



Guida alla professione medica e odontoiatrica

Manuale operativo per il neo-abilitato

Una guida pratica per compiere i primi passi nel mondo del lavoro elaborata dall'Osservatorio Giovani professionisti Medici e Odontoiatri della Federazione Nazionale degli Ordini – Roma – Triennio 2015-2017

NOTA BENE

Il testo elaborato dall'Osservatorio dei giovani professionisti Medici e Odontoiatri risale al triennio conclusosi il 31 dicembre 2017. Come noto, la legge n. 3 dell'11 gennaio 2018 ha modificato e riformato le professioni sanitarie, (vedi le slides di riferimento contenuto nel fascicolo consegnato nel corso dell'incontro presso l'Ordine con i neo-iscritti) e parte delle informazioni potrebbero aver subito alcune modifiche. L'osservatorio continua nella sua attività di studio e analisi per aggiornare i testi in divulgazione. Non appena possibile, pubblicheremo sul sito web dell'Ordine www.omceo-ra.it l'eventuale nuova edizione del Vademecum.

Guida alla professione medica e odontoiatrica

Manuale operativo per il giovane neo-abilitato

Cara e Caro Collega,

L'Osservatorio Giovani Professionisti Medici ed Odontoiatri della FNOMCeO è lieto di fornirTi una guida pratica per compiere i primi passi nel mondo del lavoro.

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

La guida, destinata ad avere aggiornamenti periodici, sarà presto disponibile anche attraverso una App per Smartphone e Tablet.

In bocca al lupo e buon lavoro

L'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri FNOMCeO

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 SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

- 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 Formazione della graduatoria

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 Maternità
- 6.6 Frequenza
- 6.7 Incompatibilità
- 6.8 Termine Corso ed esame finale

7. EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA (ECM) ED EBSCO

- 7.1 Definizione e normativa di riferimento
- 7.2 Come si adempie all'obbligo formativo
- 7.3 Verifiche dal portale Co.Ge.A.P.S.
- 7.4 Nuove frontiere per l'Educazione Continua in Medicina: la biblioteca EBSCO

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

9. PREVIDENZA E ASSISTENZA

9.1 E.N.P.A.M.

9.2 ONAOSI

10. ASPETTI FISCALI

11. PUBBLICITA' IN MATERIA SANITARIA

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

13. IL DATO SANITARIO

13.1 Definizione

13.2 Il dato sanitario elettronico ed i suoi “contenitori”

13.3 Gestione del dato sanitario

14. L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI

1. INTRODUZIONE

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

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

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

Chirurghi e della Commissione per gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri quali organi collegiali, dotati di specifiche competenze istituzionali.

2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Leggi Istitutive degli Ordini

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.

Capo I

- Degli Ordini e dei Collegi provinciali

Art. 1

In ogni provincia sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti ed i Collegi delle ostetriche. Se il numero dei sanitari residente nella provincia sia esiguo ovvero se sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali e gli Ordini o Collegi interessati, può disporre che un Ordine o un Collegio abbia per circoscrizione due o più province finitime, designandone la sede.

Art. 2

Ciascuno degli Ordini e dei Collegi elegge in assemblea, fra gli iscritti all'albo, a maggioranza relativa di voti ed a scrutinio segreto, il Consiglio direttivo, che é composto di cinque membri, se gli iscritti all'albo non superano i cento; di sette se superano i cento, ma non i cinquecento; di nove, se superano i cinquecento, ma non i mille e cinquecento; di quindici se superano i mille e cinquecento.

L'assemblea é valida in prima convocazione quando abbiano votato di persona almeno un terzo degli iscritti, in seconda convocazione qualunque sia il numero dei votanti purché, non

inferiore al decimo degli iscritti e, comunque, al doppio dei componenti il Consiglio. Le votazioni dovranno aver luogo in tre giorni consecutivi, dei quali uno festivo. Il presidente, udito il parere degli scrutatori, decide sopra i reclami o le irregolarità intorno alle operazioni elettorali, curando che sia fatta esatta menzione nel verbale delle proteste ricevute, dei voti contestati e delle decisioni da lui adottate. I componenti del Consiglio durano in carica tre anni e l'assemblea per la loro elezione deve essere convocata entro il mese di novembre dell'anno in cui il Consiglio scade. Ogni Consiglio elegge nel proprio seno un presidente, un vicepresidente un tesoriere ed un segretario.

Il presidente ha la rappresentanza dell'Ordine e Collegio, di cui convoca e presiede il Consiglio direttivo e le assemblee degli iscritti; il vice-presidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

Art. 3

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 della 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) interporci, 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.

Art. 4

Il Consiglio provvede all'amministrazione dei beni spettanti all'Ordine o Collegio e propone all'approvazione dell'assemblea il bilancio preventivo ed il conto consuntivo. Il Consiglio, entro i limiti strettamente necessari a coprire le spese dell'Ordine o Collegio, stabilisce una tassa annuale, una tassa per l'iscrizione nell'albo, nonché, una tassa per il rilascio dei certificati e dei pareri per la liquidazione degli onorari.

Art. 5

Contro i provvedimenti del Consiglio direttivo per le materie indicate nel secondo comma dell'art. 4 é ammesso ricorso all'assemblea degli iscritti, convocati in adunanza generale, che decide in via definitiva. Contro i provvedimenti per le materie indicate nelle lettere a) ed f) dell'art. 3 é ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 6

I Consigli direttivi possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente.

Lo scioglimento viene disposto con decreto dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali. Con lo stesso decreto é nominata una Commissione straordinaria di tre membri iscritti nell'albo della provincia. Alla Commissione competono tutte le attribuzioni del Consiglio disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento dovrà procedersi alle nuove elezioni.

Capo II

- Degli albi professionali

Art. 7

Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria, residenti nella circoscrizione. All'albo dei medici-chirurghi é aggiunto l'elenco deidentisti abilitati a continuare in via transitoria l'esercizio della professione a norma delle disposizioni transitorie vigenti.

Art. 8

Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie é necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.

Art. 9

Per l'iscrizione all'albo é 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.

Art. 10

I sanitari che siano impiegati in una pubblica amministrazione ed ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, non sia vietato lo esercizio della libera professione, possono essere iscritti all'albo.

Essi sono soggetti alla disciplina dell'Ordine o Collegio, limitatamente all'esercizio della libera professione.

Art. 11

La cancellazione dall'albo é pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi:

- a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili;
- b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- d) di rinuncia all'iscrizione;
- e) di cessazione dell'accordo previsto dal 2º comma dell'art. 9;
- f) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto. La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato.

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

Capo III

- Delle Federazioni nazionali

Art. 12

Gli Ordini ed i Collegi provinciali sono riuniti rispettivamente in Federazioni nazionali con sede in Roma. Le Federazioni sono dirette di un Comitato centrale composto di tredici membri per le Federazioni dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti; di sette membri per le Federazioni delle ostetriche. Ogni Comitato Centrale elegge nel proprio seno un presidente, un vicepresidente, un tesoriere ed un segretario. Il Presidente ha la rappresentanza della Federazione di cui convoca e presiede il Comitato centrale ed il Consiglio nazionale; il vice presidente lo sostituisce in caso di assenza o di impedimento e disimpegna le funzioni a lui eventualmente delegate dal presidente.

Art. 13

I Comitati centrali sono eletti dai presidenti dei rispettivi Ordini e Collegi, nell'anno successivo alla elezione dei presidenti e Consigli degli ordini professionali, tra gli iscritti agli albi a maggioranza relativa di voti ed a scrutinio segreto. Ciascun presidente dispone di un voto per ogni duecento iscritti e frazione di duecento iscritti al rispettivo albo provinciale.

Art. 14

Il Consiglio nazionale é composto dei presidenti dei rispettivi Ordini e Collegi. Spetta al Consiglio nazionale l'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo della rispettiva Federazione su proposta del Comitato centrale. Il Consiglio nazionale, su proposta del Comitato centrale, stabilisce il contributo annuo che ciascun Ordine o Collegio deve versare in rapporto al numero dei propri iscritti per le spese di funzionamento della Federazione. All'amministrazione dei beni spettanti alla Federazione provvede il Comitato centrale.

Art. 15

Al Comitato centrale di ciascuna Federazione spettano le seguenti attribuzioni:

- a) vigilare sul piano nazionale, alla conservazione del decoro e dell'indipendenza delle rispettive professioni;
- b) coordinare e promuovere l'attività dei rispettivi Ordini o Collegi;
- c) promuovere e favorire, sul piano nazionale, tutte le iniziative di cui alla lettera d) dell'articolo 3 del presente decreto;
- d) designare i rappresentanti della Federazione presso commissioni, enti od organizzazioni di carattere interprovinciale o nazionale;
- e) dare il proprio concorso alle autorità centrali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possano interessare gli Ordini ed i Collegi;
- f) dare direttive di massima per la soluzione delle controversie di cui alla lettera g) dell'articolo 3;
- g) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini e Collegi. Contro i provvedimenti indicati nella precedente lettera g) é ammesso ricorso alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

Art. 16

I Comitati centrali possono essere sciolti quando non siano in grado di funzionare regolarmente.

Lo scioglimento viene disposto con decreto dell'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentito il Consiglio superiore di sanità. Con lo stesso decreto é nominata una Commissione straordinaria di cinque membri iscritti agli alti professionali della categoria; alla Commissione competono tutte le attribuzioni del Comitato disciolto. Entro tre mesi dallo scioglimento dovrà procedersi alle nuove elezioni.

Capo IV

- Della Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie

Art. 17

Presso l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica é costituita, per i professionisti di cui al presente decreto, una Commissione centrale, nominata con decreto del Capo dello Stato, supposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro per la grazia e giustizia, presieduta da un consigliere di Stato e costituita da un membro del Consiglio superiore di sanità e da un funzionario dell'Amministrazione civile dell'interno di grado non inferiore al 6°.

Fanno parte altresì della Commissione:

- a) per l'esame degli affari concernenti la professione dei medici chirurghi, un ispettore generale medico ed otto medici chirurghi, di cui cinque effettivi e tre supplenti;
- b) per l'esame degli affari concernenti la professione dei veterinari, un ispettore generale veterinario e otto veterinari di cui cinque effettivi e tre supplenti;
- c) per l'esame degli affari concernenti la professione dei farmacisti, un ispettore generale per il servizio farmaceutico e otto farmacisti, di cui cinque effettivi e tre supplenti;
- d) per l'esame degli affari concernenti la professione delle ostetriche, un ispettore generale medico e otto ostetriche, di cui cinque effettive e tre supplenti;
- e) per l'esame degli affari concernenti la professione di odontoiatra, un ispettore generale medico e otto odontoiatri di cui cinque effettivi e tre supplenti. I sanitari liberi professionisti indicati nel comma precedente sono designati dai Comitati centrali delle rispettive Federazioni nazionali.

Almeno tre dei componenti sopra indicati non debbono avere la qualifica di presidente o di membro dei Comitati centrali delle Federazioni nazionali. I membri della Commissione centrale rimangono in carica quattro anni e possono essere riconfermati. Alla segreteria della

Commissione centrale é addetto personale in servizio presso l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

Per la validità di ogni seduta occorre la presenza di non meno di cinque membri della Commissione, compreso il presidente; almeno tre dei membri devono appartenere alla stessa categoria alla quale appartiene il sanitario di cui é in esame la pratica. In caso di impedimento o di incompatibilità dei membri effettivi, rappresentanti le categorie sanitarie, intervengono alle sedute i membri supplenti della stessa categoria. Per le questioni d'indole generale e per l'esame degli affari concernenti tutte le professioni sanitarie, il presidente ha la facoltà di convocare la Commissione centrale in seduta plenaria, e cioè con l'intervento, oltre che dei componenti di cui al primo comma, dei quattro ispettori generali e dei componenti rappresentanti tutte le categorie sanitarie. Per la validità delle sedute plenarie occorre la presenza di non meno di 18 membri della Commissione, compreso il presidente, ed ogni professione deve essere rappresentata da almeno tre dei membri appartenenti alla rispettiva categoria.

Art. 18

La Commissione centrale:

- a) decide sui ricorsi ad essa proposti a norma del presente decreto;
- b) esercita il potere disciplinare nei confronti dei propri membri professionisti e dei membri dei Comitati centrali delle Federazioni nazionali.

Art. 19

Avverso le decisioni della Commissione centrale é ammesso ricorso alle Sezioni unite della Corte suprema di cassazione, a norma dell'art. 362 del Codice di procedura civile.

Capo V

- Disposizioni transitorie e finali

Art. 20

I presidenti degli Ordini e dei Collegi ed i presidenti delle Federazioni nazionali sono membri di diritto rispettivamente dei Consigli provinciali e del Consiglio superiore di sanità.

Art. 21

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

Art. 22

Entro un mese dalla data di entrata in vigore del presente decreto i prefetti, sentito l'ufficio sanitario provinciale, nomineranno per ciascuno degli Ordini e Collegi dei sanitari della provincia una Commissione straordinaria composta di tre membri, iscritti ai rispettivi albi, con l'incarico di amministrare gli Ordini o Collegi fino a quando non saranno eletti i Consigli direttivi. Tale elezione dovrà essere compiuta non oltre il termine di due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto. Nelle province nelle quali, per iniziativa delle autorità locali o degli iscritti agli albi professionali, risultino già costituiti, alla data di entrata in vigore del presente decreto, i Consigli degli Ordini o Collegi, questi continueranno ad esercitare le proprie funzioni, fino alla elezione del nuovo Consiglio direttivo che dovrà essere compiuta non oltre il termine di due mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto.

Art. 23

Restano fermi i provvedimenti relativi alla iscrizione ed alla cancellazione dagli albi professionali nonché, i provvedimenti disciplinari a carico degli iscritti, adottati dagli organi indicati nell'art.22.

Art. 24

Entro un mese dalla data di entrata in vigore del presente decreto, l'Alto Commissario per l'igiene e la Sanità pubblica nominerà per ciascuna delle categorie professionali dei sanitari, una Commissione straordinaria composta di cinque membri iscritti nei rispettivi albi professionali con l'incarico di amministrare le Federazioni nazionali fino a quando non saranno eletti i

Comitati centrali. Tale elezione dovrà essere compiuta non oltre il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto. Ove, per iniziativa degli iscritti agli albi professionali, risulti già costituita alla data di entrata in vigore del presente decreto, una Federazione nazionale, il Comitato centrale di essa continuerà ad esercitare le proprie funzioni fino alla elezione del nuovo Comitato centrale che dovrà essere compiuta non oltre il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento di esecuzione del presente decreto.

Art. 25

L'attuale Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie è sciolta. Essa sarà ricostituita secondo le norme del presente decreto.

Art. 26

Fino a quando non verrà provveduto alla ricostituzione del Consiglio superiore di sanità, in luogo del membro del Consiglio stesso, il segretario generale presso l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica fa parte della Commissione centrale di cui all'art. 17.

Art. 27

Con separato provvedimento saranno emanate norme relative alla disciplina professionale dell'attività infermieristica.

Art. 28

Con il regolamento di esecuzione del presente decreto, il Governo provvederà a dettare le norme relative alla elezione dei componenti dei Consigli direttivi degli Ordini e Collegi provinciali e dei Comitati centrali delle Federazioni nazionali alla tenuta degli albi, alle iscrizioni ed alle cancellazioni degli albi stessi, alla riscossione ed erogazione dei contributi, alla gestione amministrativa e contabile degli Ordini, Collegi e Federazioni, alle sanzioni ed ai procedimenti disciplinari, ai ricorsi ed alla procedura davanti alla Commissione centrale, nonché, a quanto altro possa occorrere per l'applicazione del presente decreto.

DPR 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

Capo I

- Degli Albi professionali

Art. 1

Il Consiglio direttivo di ciascun Ordine o Collegio procede entro il mese di dicembre di ogni anno, alla revisione generale dell'Albo degli iscritti ed alle occorrenti variazioni.

Art. 2

Entro il mese di febbraio di ogni anno, ciascun Ordine o Collegio provvede, a proprie spese, alla stampa ed alla pubblicazione del rispettivo Albo e ne invia copia al prefetto, per l'affissione nella sede della Prefettura. Un esemplare dell'Albo é rimesso, entro lo stesso mese, all'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica , ai Ministeri di grazia e giustizia, della pubblica istruzione e del lavoro e della previdenza sociale, agli Uffici giudiziari della provincia, nonché, alla Federazione da cui dipende l'Ordine o Collegio e all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza della categoria.

Art. 3

L'Albo é formato secondo l'ordine alfabetico. Per ogni iscritto sono indicati: il cognome, il nome, la paternità; il luogo e la data di nascita; la cittadinanza, ove si tratti di sanitario straniero; il domicilio; la data di iscrizione nell'Albo; il titolo in base al quale ha avuto luogo l'iscrizione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data del suo rilascio. Oltre il numero progressivo e indicato per ogni iscritto il numero d'ordine corrispondente all'anzianità di iscrizione nell'Albo della provincia.

L'anzianità di ciascun professionista é stabilita dalla data della deliberazione di iscrizione nell'Albo.

Nel caso di parità di tale data si tiene conto di quella di abilitazione all'esercizio professionale e, sussidiariamente dell'età. In apposita colonna dell'Albo dei medici sono indicati i titoli di docenza o specializzazione nelle materie che per tale professione formano oggetto delle singole specialità, riconosciute ai sensi di legge; per ciascuno di essi sono indicati l'autorità, il luogo e la data del rilascio. In base alle indicazioni di cui al comma precedente sono formati separati elenchi nominativi per ogni singola specialità. Fino alla pubblicazione del nuovo Albo le cancellazioni e le variazioni si annotano a fianco del nome degli iscritti ai quali si riferiscono.

Art. 4

La domanda di iscrizione é diretta all'Ordine o Collegio nella cui circoscrizione il richiedente ha la sua residenza, e deve essere corredata dei seguenti documenti:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di cittadinanza italiana;
- c) attestato comprovante il pieno godimento dei diritti civili;
- d) certificato generale del casellario giudiziale;
- e) certificato di buona condotta;
- f) titolo di abilitazione all'esercizio professionale a norma delle disposizioni in vigore;
- g) certificato di residenza. I documenti indicati dalle lettere b), c), d), e),
- h) devono essere di data non anteriore di tre mesi a quella di presentazione. Il medico provvisto dei titoli indicati nel terzo comma dell'art. 3, deve presentare la relativa documentazione. In luogo degli originali titoli di abilitazione all'esercizio professionale, di docenza o di specializzazione può essere prodotta copia autentica. Per la domanda ed i documenti si osservano le norme vigenti in materia di bollo e di legalizzazione.

Art. 5

I sanitari che siano impiegati in pianta stabile presso una pubblica amministrazione e che richiedono l'iscrizione nell'Albo professionale, ai termini dell'art. 10 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 sono esonerati dalla presentazione dei documenti di cui alle lettere b),

c), d), e), dell'articolo precedente. Essi devono a tale fine presentare un certificato dell'amministrazione da cui dipendono che comprovi la sussistenza del rapporto d'impiego.

Art. 6

Non possono essere iscritti nell'Albo coloro che si trovano in una delle condizioni che, ai sensi degli artt. 42 o 43 importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale, salvo che sussistano le condizioni previste dall'art. 50 ai fini della riammissione nell'Albo.

Art. 7

Ai fini dell'iscrizione nell'Albo a norma dell'art. 9, ultimo comma, del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 , i sanitari stranieri devono presentare domanda nei modi previsti dal precedente art. 4, producendo i seguenti documenti:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di cittadinanza;
- c) i documenti di cui alle lettere c), d), e) dell'art. 4 o gli equipollenti documenti esteri;
- d) il titolo di abilitazione professionale;
- e) ogni altro documento previsto dagli accordi internazionali. Il certificato di buona condotta, rilasciato dal sindaco del luogo di residenza, dev'essere confermato dal prefetto della Provincia. Esso non é richiesto per coloro che risiedono in Italia da meno di tre mesi.

I documenti, rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero, devono essere autenticati dall'autorità diplomatica o consolare italiana e vidimati dal Ministero degli affari esteri della Repubblica.

Art. 8

Sulla domanda d'iscrizione il Consiglio delibera nel termine di tre mesi. Accertata la sussistenza delle condizioni richieste, il Consiglio dispone l'iscrizione nell'Albo. La deliberazione deve essere in ogni caso motivata. Il rigetto della domanda per motivi di condotta non può essere pronunciato se non dopo sentito il richiedente nelle sue giustificazioni. Nel

termine di quindici giorni la deliberazione della disposta iscrizione é trasmessa per la consegna all'interessato, all'Ufficio del registro, nei modi e per gli effetti previsti dall'art. 5, lettera g), comma quarto, del regolamento approvato con Regio Decreto 25 settembre 1874, n. 2132. La iscrizione nell'Albo é eseguita dopo che l'interessato ha dato prova dell'effettuato pagamento della tassa sulle concessioni governative. Della eseguita iscrizione o del rigetto della domanda é data comunicazione, nel termine di giorni quindici, all'interessato, al prefetto e al procuratore della Repubblica.

Art. 9

Avverso la deliberazione di rigetto della domanda di iscrizione nell'Albo l'interessato può ricorrere alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, la quale decide in merito alla iscrizione. Decorso il termine di novanta giorni dalla data di presentazione della domanda senza che il Consiglio abbia deliberato, é dato ricorso alla stessa Commissione Centrale ai fini dell'iscrizione.

Art. 10

E' in facoltà dell'iscritto in un Albo provinciale di chiedere il trasferimento dell'iscrizione nell'Albo della provincia ove ha trasferito o intenda trasferire la propria residenza.

Non é ammesso il trasferimento dell'iscrizione per il sanitario che si trovi sottoposto a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare o che sia sospeso dall'esercizio della professione. La domanda dev'essere presentata all'Ordine o Collegio della circoscrizione nella quale il sanitario si trasferisce. A corredo di essa dev'essere prodotto soltanto un certificato rilasciato dal presidente dell'Ordine o Collegio, nel cui Albo l'interessato si trova iscritto, ed attestante:

- a) la non sussistenza, su conforme deliberazione del Consiglio, di alcuna delle cause preclusive indicate dal comma precedente;
- b) la regolarità della iscrizione con la indicazione della data e del titolo di essa;
- c) gli eseguiti pagamenti dei contributi ai sensi degli artt. 4, 14 e 21 del decreto legislativo 13

settembre 1946, n. 233. Il Consiglio delibera sulla base del predetto certificato. Si applicano per il resto le disposizioni dei precedenti articoli. L'iscrizione conseguita nel nuovo Albo è comunicata all'Ordine o Collegio di provenienza, che provvede alla conseguente cancellazione e trasmette all'altro Ordine o Collegio la documentazione dell'interessato.

Art. 11

Nel caso previsto dall'art. 11, lettera c) del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, la cancellazione dall'Albo dev'essere pronunciata entro un anno dall'accertato trasferimento.

Qualora, ai sensi del citato art. 11, per la cancellazione dev'essere sentito l'interessato, il presidente gli notifica la data fissata per l'audizione, specificando il provvedimento che si intende adottare ed i motivi di esso e avvertendolo che, ove non si presenti, si procederà alla cancellazione dall'Albo, in sua assenza. Non si può pronunciare la cancellazione quando sia in corso procedimento penale o disciplinare. Il sanitario cancellato dall'Albo é, a sua richiesta, reinscritto quando siano cessate le cause che hanno determinato la cancellazione. Per la reinscrizione sono applicabili le disposizioni che regolano le iscrizioni.

Art. 12

Qualora il Consiglio ometta di disporre le cancellazioni nei casi e nei termini previsti dall'art. 11 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233 , e dall'art. 11 del presente regolamento, provvede il prefetto sentito il Consiglio provinciale di sanità. Il provvedimento del prefetto deve essere motivato.

Art. 13

L'iscrizione nell'Albo dà diritto al libero esercizio della professione, oltreché, nella provincia cui l'Albo si riferisce, anche in tutto il territorio della Repubblica, salvo l'obbligo della registrazione del titolo di abilitazione nell'Ufficio comunale, ai sensi dell'art. 100, comma secondo, del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. A margine della registrazione richiamata nel comma precedente l'Ufficio comunale deve annotare gli estremi della iscrizione del sanitario nell'Albo.

Capo II

- Delle assemblee

Art. 14

Ogni triennio, entro il mese di novembre dell'anno in cui il Consiglio scade, a cura del presidente dell'Ordine o Collegio é convocata la assemblea degli iscritti per la elezione del nuovo Consiglio.

L'avviso di convocazione da inviarsi con lettera raccomandata almeno venti giorni prima di quello fissato per l'inizio delle votazioni a ciascun iscritto nell'albo, deve indicare i membri del Consiglio uscente, i giorni delle votazioni nonché, per ciascun giorno l'ora di inizio e di cessazione delle relative operazioni.

Art. 15

L'assemblea é presieduta dal presidente in carica dell'Ordine o Collegio. I due sanitari più anziani di età e quello più giovane, presenti all'assemblea e non appartenenti al Consiglio esercitano rispettivamente le funzioni di scrutatori e di segretario.

Art. 16

Sono eleggibili tutti gli iscritti nell'albo, compresi i consiglieri uscenti. La votazione si effettua a mezzo di schede in bianco, munite del timbro dell'Ordine o Collegio, che vengono riempite con i nomi dei membri da eleggere in numero corrispondente a quello previsto dall'art. 2 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233.

Art. 17

Per lo svolgimento delle operazioni di voto si osservano le seguenti norme: La scheda in bianco e una busta recante il timbro dell'Ordine o Collegio vengono dal presidente dell'Ufficio elettorale consegnate all'elettore, previa la sua identificazione, all'atto in cui l'elettore stesso si presenta per esprimere il voto; contemporaneamente viene consegnata all'elettore una matita copiativa che dovrà essere restituita al presidente con la scheda e la busta. Spetta al presidente di predisporre i mezzi idonei a garantire la segretezza del voto. Il presidente, chiude all'ora

fissata le operazioni di voto svoltesi nel primo giorno, provvede alla chiusura dell'urna e procede alla formazione di un plico nel quale vanno riposti gli atti relativi alle operazioni già compiute ed a quelle da compiere nel giorno successivo curando che all'urna e al plico vengono incollate - in mancanza di altri sigilli - due strisce di carta recanti il bollo dell'Ordine o Collegio e la firma del presidente e degli altri componenti l'Ufficio elettorale nonché, di qualsiasi altro elettore che veglia sottoscrivere. Conseguentemente il presidente rinvia la votazione all'ora stabilita e provvede alla custodia della sala e alla chiusura degli accessi e delle aperture della stessa in maniera che nessuno possa

entrarvi. All'ora stabilita del giorno successivo il presidente, ricostituito l'ufficio e constatata l'integrità dei mezzi precauzionali apposti alle aperture e agli accessi alla sala e dei sigilli dell'urna e del plico dichiara riaperta la votazione. Per l'ulteriore rinvio delle operazioni si osserva la stessa procedura. Delle operazioni compiute si redige giorno per giorno apposito verbale in duplice esemplare che deve recare in ciascun foglio la firma di tutti i membri del seggio e il bollo dell'Ordine o Collegio.

Art. 18

Trascorso il termine per lo svolgimento delle operazioni di voto, il presidente dichiara chiusa la votazione e procede allo scrutinio assistito dagli scrutatori e dal segretario.

Art. 19

Ultimato lo scrutinio dei voti il risultato é immediatamente proclamato dal presidente, il quale fa bruciare le schede valide, mentre le nulle e le contestate sono conservate, dopo essere state vidimate dal presidente e dagli scrutatori, in piego suggellato nel quale l'uno e gli altri appongono la firma.

A parità di voti é proclamato il più anziano, a termine del precedente art. 3, secondo comma

Art. 20

Il presidente notifica immediatamente i risultati delle elezioni agli eletti ed alle autorità ed enti indicati nel precedente art. 2. Nel termine di otto giorni dall'avvenuta elezione, il nuovo Consiglio si riunisce su convocazione del consigliere più anziano di età.

Art. 21

Entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto nell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che decide nel termine di sei mesi.

Art. 22

Se i componenti del Consiglio, nel corso del triennio per cui esso é eletto, siano ridotti per qualsiasi causa, a meno della metà, si procede entro quindici giorni ad elezioni suppletive secondo le norme dei precedenti articoli. I consiglieri eletti in sostituzione di quelli cessati durano in carica sino alla scadenza del predetto triennio. Le disposizioni dei precedenti commi si applicano anche nei casi di cessazione dell'intero Consiglio.

Art. 23

L'assemblea degli iscritti si riunisce in sede ordinaria nel mese di gennaio di ciascun anno. Le assemblee straordinarie hanno luogo ogni volta che il presidente o il Consiglio lo reputino necessario, oppure su richiesta sottoscritta da almeno un sesto degli iscritti nell'Albo o quando occorra deliberare sui ricorsi indicati nell'art. 5 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233.

Art. 24

Per la validità delle assemblee occorre l'intervento di almeno un quarto degli iscritti. Si computano come intervenuti gli iscritti i quali abbiano delegato uno degli iscritti presenti. La delega deve essere apposta in calce all'avviso di convocazione rimesso al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. La delega non é ammessa per l'elezione del Consiglio. Quando non si sia raggiunto il numero legale per la validità dell'assemblea, viene

tenuta, almeno un giorno dopo la prima, una seduta di seconda convocazione, che é valida qualunque sia il numero degli intervenuti, purché, non inferiore a quello dei componenti il Consiglio.

Art. 25

Le votazioni dell'assemblea avvengono per scrutinio segreto, per appello nominale, per alzata e seduta. Le deliberazioni sono valide se adottate a maggioranza assoluta di voti. Nel caso di scrutinio segreto le schede bianche e quelle illeggibili o comunque non valide si computano per determinare la maggioranza dei votanti. A parità di voti prevale il voto del presidente, salvo che la votazione sia avvenuta per scrutinio segreto, nel qual caso la proposta si intende respinta. Si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni contenute nel Capo II del Titolo VII del Testo Unico della Legge Comunale e provinciale, approvato con Regio Decreto 3 marzo 1934, n. 383.

Art. 26

Le adunanze ordinarie dei Consigli nazionali delle Federazioni hanno luogo nel febbraio di ogni anno. La convocazione del Consiglio nazionale per la elezione del Comitato Centrale viene fatta nell'anno successivo alla elezione dei presidenti e Consigli degli Ordini e Collegi non oltre il mese di marzo. La comunicazione ai componenti il Consiglio nazionale deve essere eseguita, con lettera raccomandata, almeno venti giorni prima della votazione. Le disposizioni del presente capo, ad eccezione di quelle contenute nel secondo comma dell'articolo 14, si applicano anche alle Federazioni, intendendosi sostituiti al presidente dell'Ordine o Collegio il presidente della Federazione e al Consiglio dell'Ordine o Collegio il Comitato Centrale della Federazione.

Art. 27

Per ciascun Ordine o Collegio e per ciascuna Federazione é eletto un collegio di revisori dei conti composto di tre membri effettivi e di un supplente, scelti tra gli iscritti nell'Albo ed estranei rispettivamente ai Consigli direttivi ed ai Comitati centrali. Per la elezione si applicano

le disposizioni del presente capo. Essi durano in carica per il periodo previsto per i Consigli direttivi ed i Comitati Centrali. L'avviso di convocazione da inviarsi con lettera raccomandata almeno venti giorni prima di quello fissato per l'inizio delle votazioni a ciascun iscritto nell'albo, deve indicare i membri del Consiglio uscente, i giorni delle votazioni nonché, per ciascun giorno l'ora di inizio e di cessazione delle relative operazioni.

Capo III

- Dell'amministrazione e contabilità

Art. 28

Gli Ordini ed i Collegi hanno sede nel capoluogo della provincia per cui sono costituiti. Qualora l'Ordine o Collegio abbia per circoscrizione due o più province finitime, la sede é nel capoluogo di una di esse. Le Federazioni nazionali hanno sede in Roma.

Art. 29

I presidenti degli Ordini, dei Collegi e delle Federazioni nazionali curano l'esecuzione delle deliberazioni dei rispettivi organi collegiali e dirigono l'attività degli uffici.

Art. 30

Le adunanze dei Consigli o Comitati Centrali non sono valide se non interviene la maggioranza dei componenti. Le deliberazioni sono prese a maggioranza di voti, in caso di parità, prevale il voto del presidente. Esse debbono essere sottoscritte dal presidente e dal segretario.

Art. 31

Il segretario é responsabile del regolare andamento dell'ufficio. Sono ad esso affidati l'archivio, i verbali delle adunanze dell'assemblea e del Consiglio, i registri delle relative deliberazioni, il registro degli atti compiuti in sede conciliativa ai sensi dell'art. 3 lettera g) del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, il registro dei pareri espressi dal Consiglio, nonché, gli altri registri prescritti dal Consiglio stesso. Spetta al segretario l'autenticazione delle copie delle deliberazioni e degli altri atti da rilasciarsi a pubblici uffici o, nei casi consentiti, ai singoli

interessati. In caso di assenza o impedimento il segretario é sostituito dal consigliere meno anziano di età, che non sia il tesoriere.

Art. 32

Il tesoriere ha la custodia e la responsabilità del fondo in contanti e degli altri valori di proprietà dell'Ordine o Collegio e può essere tenuto a prestare una cauzione, di cui il Consiglio determina l'importo e le modalità. Il Consiglio può inoltre, disporre che i valori eccedenti un determinato limite siano depositati presso una Cassa postale o un Istituto di credito di accertata solidità. Il tesoriere provvede alla riscossione delle entrate dell'Ordine o Collegio non indicate nel successivo art. 33; paga, entro i limiti degli stanziamenti del bilancio, i mandati spediti dal presidente e controfirmati dal segretario; ed é responsabile del pagamento dei mandati irregolari od eccedenti lo stanziamento del bilancio approvato. Il tesoriere deve tenere i seguenti registri:

- a) registro a madre e figlia per le somme riscosse contro quietanza;
- b) registro di entrata e di uscita;
- c) registro a madre e figlia dei mandati di pagamento;
- d) inventario del patrimonio mobiliare ed immobiliare dell'Ordine o Collegio.

Art. 33

Per la riscossione dei contributi da corrispondere a norma degli artt. 4, 14, 21 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, si applicano le norme della legge sulla riscossione delle imposte dirette, osservati la forma ed i termini in essa stabiliti e con l'obbligo da parte dell'esattore del non riscosso per il riscosso. L'esattore versa, per il tramite del ricevitore provinciale, agli ordini o collegi, alle federazioni e all'ente di previdenza ed assistenza le quote di contributi ad essi spettanti.

Art. 34

Le spese non contemplate nel bilancio preventivo, alle quali non possa farsi fronte col fondo per le spese impreviste, devono essere autorizzate con deliberazione dell'assemblea.

Art. 35

I regolamenti interni degli Ordini o Collegi devono essere deliberati dai rispettivi Consigli e sono soggetti all'approvazione della competente Federazione nazionale. I regolamenti delle Federazioni nazionali debbono essere deliberati dai rispettivi Comitati Centrali e sono soggetti all'approvazione dei Consigli nazionali. Detti regolamenti sono comunicati all'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, il quale, nel termine di tre mesi dalla loro ricezione, può, con decreto motivato, disporre l'annullamento per vizi di legittimità.

Art. 36

Lo scioglimento dei Consigli degli Ordini o Collegi, previsto dall'art. 6 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, può essere ordinato, su proposta delle rispettive Federazioni nazionali, anche nei casi di:

- a) morosità nel pagamento del contributo di cui all'art. 14 terzo comma, del decreto legislativo predetto;
- b) reiterata inosservanza dei deliberati delle Federazioni nazionali nell'esercizio delle attribuzioni di cui all'art. 15, lett. b), del decreto stesso.

Art. 37

La vigilanza sugli enti indicati nell'art. 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, numero 233, è esercitata dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale, che provvede d'intesa con l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica. Capo IV

- Delle sanzioni disciplinari e del relativo procedimento

Art. 38

I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica.

Art. 39

Quando risultano fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificatene sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni. Il presidente fissa la data della seduta per il giudizio, nomina il relatore e provvede a notificare all'interessato:

- a) la menzione circostanziata degli addebiti;
- b) il termine non inferiore a giorni venti e prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale egli può prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte;
- c) l'indicazione del luogo, giorno ed ora del giudizio disciplinare;
- d) l'espresso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta del Consiglio, si procederà al giudizio in sua assenza. Nel termine di cui alla lettera b) l'interessato può chiedere di essere sentito.

Art. 40

Le sanzioni disciplinari sono:

- 1) l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa;
- 2) la censura, che é una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- 3) la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi, salvo quanto é stabilito dal successivo art. 43;
- 4) la radiazione dall'Albo.

Art. 41

La radiazione é pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria.

Art. 42

La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli artt. 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti), 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo. Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo:

- a) l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata;
- b) il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222, secondo comma, del Codice penale; l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro). La radiazione nei casi preveduti dal presente articolo, é dichiarata dal Consiglio.

Art. 43

Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione:

- a) la emissione di un mandato o di un ordine di cattura;
- b) l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli artt. 140 e 206 del Codice penale;
- c) la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni;
- d) l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive prevedute dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario);
- e) l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive prevedute nel citato art. 215 del Codice penale, comma terzo, nn. 1, 2, 3 e 4 (libertà vigilata - divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province - divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato). La sospensione é dichiarata dal Consiglio. Il

Consiglio può pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorità di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento senza pregiudizio delle successive sanzioni. Nei casi preveduti nei precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effetto la sentenza o il provvedimento da cui essa é stata determinata.

Art. 44

Fuori dei casi di radiazione, previsti dall'art. 42, il sanitario a carico del quale abbia avuto luogo procedimento penale é sottoposto a giudizio disciplinare per il medesimo fatto imputatogli, purché, egli non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso. E' altresì sottoposto a procedimento disciplinare, indipendentemente dalla sospensione di cui all'articolo precedente, il sanitario a carico del quale siano state applicate una misura di sicurezza o il confino di polizia o l'ammonizione.

Art. 45

Nel giorno fissato per il giudizio, il relatore espone i fatti addebitati e le circostanze emerse dall'istruttoria; quindi viene sentito, ove sia presente, l'incolpato. L'incolpato deve comparire personalmente. Non é ammessa l'assistenza di avvocati o di consulenti tecnici, salvo che, per questi ultimi, il Consiglio non ritenga necessario il loro intervento. Chiusa la trattazione orale ed allontanato l'incolpato, il Consiglio decide.

Art. 46

Le sedute del Consiglio non sono pubbliche. Per ogni seduta é redatto apposito verbale contenente:

- a) il giorno, mese ed anno;
- b) i nomi dei componenti il Consiglio intervenuti;
- c) i giudizi esaminati e le questioni trattate;
- d) i provvedimenti presi in ordine a ciascun procedimento. I dispositivi delle decisioni sono riportati

nel verbale.

Art. 47

La decisione deve, a pena di nullità, contenere la indicazione della data in cui é stata adottata, dei fatti addebitati e delle prove assunte, l'esposizione dei motivi, il dispositivo. E' sottoscritta da tutti i membri del Consiglio, che vi hanno preso parte. La decisione é pubblicata mediante deposito dell'originale negli uffici di segreteria che provvede a notificarne copia all'interessato. Le disposizioni dei commi precedenti si osservano, in quanto applicabili, per i provvedimenti di radiazione dall'Albo o di sospensione dall'esercizio professionale, da adottarsi ai sensi dei precedenti artt. 42 e 43.

Art. 48

Quando il Consiglio ometta di iniziare il procedimento disciplinare su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica ovvero nei procedimenti già iniziati trascuri di emettere le sue decisioni, provvede il prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità, con la procedura stabilita per i sanitari condotti nell'art. 75, primo comma, del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Il provvedimento del prefetto deve essere motivato a norma dell'art. 47. La disposizione dei precedenti commi si osserva anche, in quanto applicabile, per i provvedimenti di radiazione dall'Albo o di sospensione dall'esercizio professionale, nei casi preveduti negli artt. 42 e 43.

Art. 49

Dell'inizio e dell'esito di ogni giudizio disciplinare é data immediata comunicazione, a cura del presidente, al prefetto ed al procuratore della Repubblica territorialmente competenti per l'Albo cui é iscritto l'incolpato, nonché, alle medesime autorità di altra circoscrizione che abbiano promosso il giudizio. I provvedimenti di sospensione dall'esercizio professionale e di radiazione, quando siano divenuti definitivi, sono comunicati a tutti gli Ordini o Collegi della categoria a cui appartiene il sanitario sospeso o radiato e alle autorità ed agli enti ai quali deve essere inviato l'Albo a norma dell'art. 2. I provvedimenti stessi, se inflitti a carico di sanitari

comunali per quanto si riferisce all'esercizio della libera professione, non possono avere esecuzione prima che il prefetto della provincia, in cui i predetti sanitari prestano servizio, abbia provveduto ad assicurare l'assistenza sanitaria del Comune, anche in relazione al disposto dell'art. 57 del Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 .

Art. 50

Il sanitario radiato dall'Albo può essere rescritto, purché, siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione e, se questa derivò da condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione. In ogni caso deve risultare che il radiato ha tenuto, dopo la radiazione, irreprensibile condotta. Sulla istanza di reinscrizione provvede il Consiglio con la osservanza delle disposizioni relative alle iscrizioni.

Art. 51

L'azione disciplinare si prescrive in cinque anni.

Art. 52

Nei procedimenti disciplinari dinanzi ai Comitati Centrali delle Federazioni, ai sensi dell'art. 15, lett. g), del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, ed in quelli dinanzi alla Commissione Centrale, ai sensi dell'art. 18, lettera b), dello stesso decreto, si osservano le precedenti disposizioni del presente Capo. Nel primo caso al presidente ed al Consiglio dell'Ordine o Collegio s'intendono rispettivamente sostituiti il presidente ed il Comitato Centrale della Federazione; nel secondo caso al presidente ed al Consiglio dell'Ordine o Collegio s'intendono rispettivamente sostituiti il presidente della Commissione centrale e la stessa Commissione. L'incolpato può essere sentito per rogatoria nelle fasi istruttorie del procedimento. Si osservano le disposizioni dei precedenti articoli per quanto riguarda le facoltà attribuite ai prefetti ed ai procuratori della Repubblica relativamente ai giudizi a carico dei sanitari iscritti nell'Albo e le comunicazioni da farsi alle medesime autorità.

Capo V

- Della Commissione Centrale

Art. 53

I ricorsi alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie sono proposti dall'interessato o dal prefetto o dal procuratore della Repubblica, nel termine di trenta giorni dalla notificazione o dalla comunicazione del provvedimento. Il ricorso dell'interessato ha effetto sospensivo quando sia proposto avverso i provvedimenti di cancellazione dall'Albo o avverso i provvedimenti disciplinari, ad eccezione di quelli previsti dai precedenti artt. 42 e 43. Il ricorso del prefetto o del procuratore della Repubblica avverso il provvedimento che dispone l'iscrizione nell'Albo ha effetto sospensivo. Nel caso di comprovato difetto di uno o più titoli o requisiti prescritti per la iscrizione nell'Albo, la Commissione, in via eccezionale, può disporre che il ricorso non abbia effetto sospensivo.

Art. 54

Il sanitario deve notificare copia conforme del ricorso alla autorità che ha emanato il provvedimento impugnato o che abbia omesso la pronuncia, nonché, al prefetto e al procuratore della Repubblica.

Il ricorso previsto dall'art. 21 é notificato all'Ordine o Collegio che ha indetto le elezioni, nonché, al prefetto e al procuratore della Repubblica. Ove l'autorità che ha emanato il provvedimento sia il prefetto, il ricorso deve essere notificato anche all'Ordine o Collegio. Qualora il ricorrente sia il prefetto, la notificazione é fatta all'interessato al procuratore della Repubblica e all'Ordine o Collegio. Se il ricorrente sia il procuratore della Repubblica, la notificazione é fatta all'interessato, al prefetto e all'Ordine o Collegio. Le notificazioni previste dai precedenti commi si effettuano a mezzo di ufficiale giudiziario o di messo comunale nel termine indicato nel primo comma dell'art. 53 e nelle forme stabilite dal Codice di procedura civile. Nei trenta giorni successivi alla scadenza del termine indicato nel primo comma del precedente art. 53 debbono essere depositate presso la segreteria:

- a) le relate delle notificazioni effettuate;
- b) copia autentica dell'atto o provvedimento impugnato; quando il ricorso non sia proposto dal prefetto o dal procuratore della Repubblica, anche la ricevuta del versamento della prescritta tassa di bollo. Il ricorso é dichiarato irricevibile nel caso di inosservanza dei termini e dei modi prescritti in questo e nel precedente articolo.

Art. 55

Il ricorso deve contenere:

- 1) l'indicazione del cognome e nome, della residenza o domicilio del ricorrente.

Qualora l'impugnativa sia prodotta dal prefetto o dal procuratore della Repubblica, é sufficiente l'indicazione del pubblico ufficio da essi ricoperto;

- 2) gli estremi del provvedimento che si impugna;
- 3) l'esposizione sommaria dei fatti e dei motivi su cui si fonda e le condizioni;
- 4) la sottoscrizione del ricorrente. Il ricorso é nullo se manchi la sottoscrizione o se vi sia assoluta incertezza sulla persona del ricorrente e sull'oggetto del ricorso. La segreteria non procede ad alcuna comunicazione inerente allo svolgimento del ricorso, ove manchi l'indicazione del recapito del ricorrente. Se ricorrente é il sanitario, esso deve presentare, unitamente al ricorso in bollo, anche due copie in carta libera del ricorso stesso.

Art. 56

Nei quindici giorni successivi alla data di scadenza del termine indicato nel sesto comma dell'art. 54 per il deposito degli atti, il ricorrente e coloro ai quali sia stato notificato il ricorso possono presentare alla segreteria della Commissione documenti e deduzioni. Nei successivi quindici giorni coloro che vi hanno interesse possono prendere visione dei documenti e delle deduzioni, che siano stati presentati, proporre le proprie controdeduzioni ed esibire documenti. Il prefetto, il procuratore della Repubblica e il Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia di Roma possono essere incaricati rispettivamente dai prefetti, dai procuratori della Repubblica

e dai Consigli di altre sedi prendere visione degli atti depositati in segreteria. I sanitari interessati possono avvalersi di un delegato fornito di mandato speciale.

Art. 57

Il deposito dei ricorsi, di istanze, memorie atti e documenti, relativi alle impugnazioni, quando non sia fatto personalmente nella segreteria della Commissione Centrale, deve effettuarsi a mezzo posta, ai sensi del successivo art. 79. Ai fini della decorrenza dei termini, la data del deposito é quella apposta sui relativi atti dalla segreteria, la quale, nel caso di invio a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, appone contemporaneamente la stessa data sulla ricevuta che viene restituita al mittente.

Art. 58

La segreteria, scaduti i termini fissati dal precedente art. 56, presenta il ricorso con tutti i relativi atti e documenti al presidente, il quale nomina il relatore e fissa, seguendo l'ordine di presentazione dei ricorsi, l'adunanza per la decisione della Commissione sul ricorso. E' in facoltà del presidente di variare l'ordine predetto.

Art. 59

Nei procedimenti sui ricorsi in materia disciplinare il sanitario interessato può chiedere di essere udito personalmente dalla Commissione. Qualora la Commissione ritenga necessario che le parti diano chiarimenti ovvero producano atti o documenti o si presentino personalmente, ne fa richiesta alle parti stesse. Quando i chiarimenti, gli atti ed i documenti non siano forniti entro il termine fissato o la parte non si presenti nella data stabilita, la Commissione decide allo stato degli atti.

Art. 60

I provvedimenti istruttori, preliminari all'esame del ricorso da parte della Commissione, possono essere disposti dal presidente.

Art. 61

In caso di assenza o di impedimento il presidente é sostituito dal funzionario piú elevato in grado, che faccia parte della Commissione, ed il segretario, dal membro presente meno anziano di età.

Art. 62

La Commissione é convocata d'ordine del presidente con avviso scritto del segretario. Le adunanze non sono pubbliche e le decisioni sono adottate fuori della presenza degli interessati. Non é ammessa l'assistenza di avvocati o di consulenti tecnici, salvo che, per questi ultimi, la Commissione non ritenga necessario il loro intervento.

Art. 63

Alle decisioni della Commissione Centrale sui ricorsi presentati contro i provvedimenti della Federazione nazionale non possono prendere parte i componenti che abbiano la qualità di presidente o di membro del Comitato Centrale della Federazione medesima. Non possono partecipare alle decisioni sui ricorsi proposti contro i provvedimenti del Consiglio dell'Ordine o Collegio coloro che abbiano la qualità di presidente o membro del Consiglio stesso.

Art. 64

I componenti i Consigli degli Ordini o Collegi, dei Comitati Centrali delle Federazioni e della Commissione Centrale, possono essere ricusati per i motivi stabiliti dal Codice di procedura civile, in quanto applicabili, e debbono astenersi quando vi sia un motivo di ricusazione che essi conoscono anche se non proposto.

Art. 65

Le decisioni della Commissione sono adottate a maggioranza; in caso di parità prevale il voto del presidente, che vota per ultimo, dopo aver raccolto i voti dei componenti.

Art. 66

La decisione é pronunciata in nome del Popolo Italiano e deve contenere:

- 1) l'indicazione del cognome e nome del sanitario ricorrente o dell'autorità che ha proposto l'impugnazione;
- 2) l'oggetto del ricorso;
- 3) una succinta esposizione del fatto e dei motivi di diritto;
- 4) il dispositivo;
- 5) la data e il luogo in cui la decisione é pronunciata. La decisione é sottoscritta dal presidente, dall'estensore e dal segretario.

Art. 67

La pubblicazione della decisione ha luogo mediante il deposito dell'originale nella segreteria.

Art. 68

La decisione della Commissione Centrale é notificata a cura della segreteria nei modi previsti dal successivo art. 79, entro trenta giorni dalla sua pubblicazione, all'interessato, al prefetto e al procuratore della Repubblica. Nello stesso termine é comunicata al Consiglio dell'Ordine o Collegio ed al Comitato Centrale della Federazione nazionale. Il ricorso alle Sezioni unite della Corte di Cassazione avverso la decisione della Commissione può essere proposto entro trenta giorni dalla sua notificazione, dall'interessato, dal prefetto o dal procuratore della Repubblica.

Il ricorso non ha effetto sospensivo.

Art. 69

In qualunque stadio della controversia si può rinunciare al ricorso mediante dichiarazione sottoscritta dal ricorrente ed autenticata da notaio o mediante dichiarazione resa personalmente dalla parte al segretario della Commissione che redige apposito verbale. Il prefetto e il procuratore della Repubblica possono desistere dal ricorso con lettera di ufficio. Dell'avvenuta rinuncia é data comunicazione dalla segreteria della Commissione alle parti ed alle autorità alle quali era stato notificato il ricorso. Della rinuncia é preso atto con apposita decisione.

Art. 70

Di ogni adunanza il segretario redige processo verbale nel quale devono essere indicati:

- a) il giorno, il mese e l'anno in cui ha luogo l'adunanza;
- b) i nomi dei componenti intervenuti;
- c) i ricorsi esaminati e le questioni trattate;
- d) i provvedimenti presi in ordine a ciascun ricorso.

Art. 71

La segreteria, oltre al registro dei processi verbali delle adunanze della Commissione, deve tenere un registro per ogni categoria professionale, nel quale, sotto numerazione progressiva e con la data di presentazione, si iscrivono i ricorsi con la indicazione del ricorrente, del provvedimento impugnato e degli atti e documenti uniti al ricorso. Nello stesso registro, in altrettante colonne, sono annotati:

- 1) le memorie, deduzioni e documenti prodotti dalla controparte con la data della loro presentazione;
- 2) la prova delle eseguite notificazioni del ricorso;
- 3) l'indicazione degli atti istruttori disposti e compiuti;
- 4) il nome del relatore e il giorno fissato per la relativa adunanza;
- 5) la data della decisione definitiva o della rinuncia al ricorso. Gli originali delle decisioni sono, anno per anno, raccolti in volumi rilegati e muniti di indice.

Art. 72

La segreteria rilascia, previa autorizzazione del presidente, copia legale di ogni decisione e degli atti a chi dimostri di avervi legittimo interesse. Il rilascio delle copie, eccettuato che per il prefetto ed il procuratore della Repubblica, é fatto su carta da bollo competente secondo le leggi fiscali.

Art. 73

Alla sostituzione dei componenti della Commissione Centrale dimissionari, defunti, cancellati, radiati dall'Albo o revocati, si provvede con decreto del Capo dello Stato, osservate le disposizioni dell'art. 17 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233. Coloro che sono nominati a termine del comma precedente rimangono in carica per il tempo in cui sarebbero rimasti i membri sostituiti.

Art. 74

Indipendentemente dall'esercizio del potere disciplinare, con decreto del Capo dello Stato, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri, di concerto con il Ministro per la grazia e giustizia, sentite le rispettive Federazioni, può essere revocata la nomina di uno o più dei componenti professionisti della Commissione, qualora ciò si renda necessario per il miglior funzionamento di essa e per la dignità della classe.

Art. 75

Le disposizioni contenute nei precedenti articoli del presente capo si applicano anche ai ricorsi prodotti avverso i provvedimenti delle Federazioni. In tal caso, oltre alle notifiche prescritte negli articoli stessi, deve farsi luogo.

Legge di Riforma degli Ordini

Il presente capitolo sarà – a breve integrato – dal D.D.L. Lorezin di recente approvazione (dicembre 2017) nonché dei relativi decreti attuativi ancora in fase di stesura.

3. ISCRIZIONE ALL'ALBO

In Italia, così come negli altri Paesi dell'Unione Europea, pur con forme diverse, queste professioni sono definite "protette", ciò implica che per essere legittimati ad esercitare tali professioni è necessaria l'iscrizione all'apposito albo professionale e che solo con detta iscrizione si acquisisce lo status professionale di medico chirurgo e quello di odontoiatra.

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

Capo II - Degli albi professionali

Art. 7

Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria, residenti nella circoscrizione. All'albo dei medici-chirurghi é aggiunto l'elenco dei dentisti abilitati a continuare in via transitoria l'esercizio della professione a norma delle disposizioni transitorie vigenti.

Art. 8

Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie é necessaria l'iscrizione al rispettivo albo.

Art. 9

Per l'iscrizione all'albo é 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.

Art. 11

La cancellazione dall'albo é pronunciata dal Consiglio direttivo, d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica, nei casi:

- a) di perdita, da qualunque titolo derivata, della cittadinanza italiana o del godimento dei diritti civili;
- b) di trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto;
- c) di trasferimento della residenza dell'iscritto ad altra circoscrizione;
- d) di rinuncia all'iscrizione;
- e) di cessazione dell'accordo previsto dal 2° comma dell'art. 9;
- f) di morosità nel pagamento dei contributi previsti dal presente decreto. La cancellazione, tranne nei casi di cui alle lettere d) ed e), non può essere pronunciata se non dopo sentito l'interessato.

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

Art. 21

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

DPR 5 aprile 1950 n.221

Art. 4

La domanda di iscrizione è diretta all'Ordine o Collegio nella cui circoscrizione il richiedente ha la sua residenza, e deve essere corredata dei seguenti documenti:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di cittadinanza italiana;
- c) attestato comprovante il pieno godimento dei diritti civili;

d) certificato generale del casellario giudiziale;

e) certificato di buona condotta;

f) titolo di abilitazione all'esercizio professionale a norma delle disposizioni in vigore;

g) certificato di residenza. I documenti indicati dalle lettere b), c), d), e),

h) devono essere di data non anteriore di tre mesi a quella di presentazione. Il medico provvisto dei titoli indicati nel terzo comma dell'art. 3, deve presentare la relativa documentazione. In luogo degli originali titoli di abilitazione all'esercizio professionale, di docenza o di specializzazione può essere prodotta copia autentica. Per la domanda ed i documenti si osservano le norme vigenti in materia di bollo e di legalizzazione.

Art. 5

I sanitari che siano impiegati in pianta stabile presso una pubblica amministrazione e che richiedono l'iscrizione nell'Albo professionale, ai termini dell'art. 10 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 sono esonerati dalla presentazione dei documenti di cui alle lettere b), c), d), e), dell'articolo precedente. Essi devono a tale fine presentare un certificato dell'amministrazione da cui dipendono che comprovi la sussistenza del rapporto d'impiego.

Art. 6

Non possono essere iscritti nell'Albo coloro che si trovano in una delle condizioni che, ai sensi degli artt. 42 o 43 importino la radiazione dall'Albo o la sospensione dall'esercizio professionale, salvo che sussistano le condizioni previste dall'art. 50 ai fini della riammissione nell'Albo.

Art. 7

Ai fini dell'iscrizione nell'Albo a norma dell'art. 9, ultimo comma, del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233 , i sanitari stranieri devono presentare domanda nei modi previsti dal precedente art. 4, producendo i seguenti documenti:

- a) certificato di nascita;
- b) certificato di cittadinanza;

- c) i documenti di cui alle lettere c), d), e) dell'art. 4 o gli equipollenti documenti esteri;
- d) il titolo di abilitazione professionale;
- e) ogni altro documento previsto dagli accordi internazionali. Il certificato di buona condotta, rilasciato dal sindaco del luogo di residenza, dev'essere confermato dal prefetto della Provincia. Esso non é richiesto per coloro che risiedono in Italia da meno di tre mesi.

I documenti, rilasciati dalla competente autorità dello Stato estero, devono essere autenticati dall'autorità diplomatica o consolare italiana e vidimati dal Ministero degli affari esteri della Repubblica.

Art. 8

Sulla domanda d'iscrizione il Consiglio delibera nel termine di tre mesi. Accertata la sussistenza delle condizioni richieste, il Consiglio dispone l'iscrizione nell'Albo. La deliberazione deve essere in ogni caso motivata. Il rigetto della domanda per motivi di condotta non può essere pronunciato se non dopo sentito il richiedente nelle sue giustificazioni. Nel termine di quindici giorni la deliberazione della disposta iscrizione é trasmessa per la consegna all'interessato, all'Ufficio del registro, nei modi e per gli effetti previsti dall'art. 5, lettera g), comma quarto, del regolamento approvato con Regio Decreto 25 settembre 1874, n. 2132. La iscrizione nell'Albo é eseguita dopo che l'interessato ha dato prova dell'effettuato pagamento della tassa sulle concessioni governative. Della eseguita iscrizione o del rigetto della domanda é data comunicazione, nel termine di giorni quindici, all'interessato, al prefetto e al procuratore della Repubblica.

Art. 9

Avverso la deliberazione di rigetto della domanda di iscrizione nell'Albo l'interessato può ricorrere alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, la quale decide in merito alla iscrizione. Decorso il termine di novanta giorni dalla data di presentazione della domanda senza che il Consiglio abbia deliberato, é dato ricorso alla stessa Commissione Centrale ai fini dell'iscrizione.

Art. 10

E' in facoltà dell'iscritto in un Albo provinciale di chiedere il trasferimento dell'iscrizione nell'Albo della provincia ove ha trasferito o intenda trasferire la propria residenza.

Non é ammesso il trasferimento dell'iscrizione per il sanitario che si trovi sottoposto a procedimento penale o a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza o a procedimento disciplinare o che sia sospeso dall'esercizio della professione. La domanda dev'essere presentata all'Ordine o Collegio della circoscrizione nella quale il sanitario si trasferisce. A corredo di essa dev'essere prodotto soltanto un certificato rilasciato dal presidente dell'Ordine o Collegio, nel cui Albo l'interessato si trova iscritto, ed attestante:

- a) la non sussistenza, su conforme deliberazione del Consiglio, di alcuna delle cause preclusive indicate dal comma precedente;
- b) la regolarità della iscrizione con la indicazione della data e del titolo di essa;
- c) gli eseguiti pagamenti dei contributi ai sensi degli artt. 4, 14 e 21 del decreto legislativo 13 settembre 1946, n. 233. Il Consiglio delibera sulla base del predetto certificato. Si applicano per il resto le disposizioni dei precedenti articoli. L'iscrizione conseguita nel nuovo Albo é comunicata all'Ordine o Collegio di provenienza, che provvede alla conseguente cancellazione e trasmette all'altro Ordine o Collegio la documentazione dell'interessato.

Art. 11

Nel caso previsto dall'art. 11, lettera c) del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, la cancellazione dall'Albo dev'essere pronunciata entro un anno dall'accertato trasferimento.

Qualora, ai sensi del citato art. 11, per la cancellazione dev'essere sentito l'interessato, il presidente gli notifica la data fissata per l'audizione, specificando il provvedimento che si intende adottare ed i motivi di esso e avvertendolo che, ove non si presenti, si procederà alla cancellazione dall'Albo, in sua assenza. Non si può pronunciare la cancellazione quando sia in corso procedimento penale o disciplinare. Il sanitario cancellato dall'Albo é, a sua richiesta,

reiscritto quando siano cessate le cause che hanno determinato la cancellazione. Per la reiscrizione sono applicabili le disposizioni che regolano le iscrizioni.

Art. 12

Qualora il Consiglio ometta di disporre le cancellazioni nei casi e nei termini previsti dall'art. 11 del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233 , e dall'art. 11 del presente regolamento, provvede il prefetto sentito il Consiglio provinciale di sanità. Il provvedimento del prefetto deve essere motivato.

Art. 13

L'iscrizione nell'Albo dà diritto al libero esercizio della professione, oltreché, nella provincia cui l'Albo si riferisce, anche in tutto il territorio della Repubblica, salvo l'obbligo della registrazione del titolo di abilitazione nell'Ufficio comunale, ai sensi dell'art. 100, comma secondo, del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. A margine della registrazione richiamata nel comma precedente l'Ufficio comunale deve annotare gli estremi della iscrizione del sanitario nell'Albo.

3.1 Iscrizione all'Ordine di cittadini comunitari

Coloro che, in possesso di un titolo italiano, desiderano esercitare la professione sanitaria all'estero, devono rivolgersi direttamente all'autorità competente del Paese dove intendono lavorare. Qualora fosse richiesto, il Ministero della salute italiano rilascia un "attestato di conformità e del good professional standing".

ATTESTATO DI CONFORMITA'

Il processo di mobilità può riguardare anche i cittadini italiani che hanno conseguito in Italia un titolo professionale di area sanitaria e vogliono trasferirsi in un altro Stato membro dell'Unione europea per esercitarvi la professione per la quale sono abilitati.

La domanda di riconoscimento, come prevede la direttiva 2005/36/CE nei casi in cui si applica il sistema di riconoscimento automatico deve essere corredata da un certificato dell'autorità competente dello Stato membro di origine attestante che il titolo di formazione soddisfa i requisiti stabiliti dalla normativa comunitaria in materia di riconoscimento dei titoli di formazione.

Per quanto concerne le qualifiche sanitarie di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, infermiere, ostetrica, tutte riconoscibile con il sistema automatico, il rilascio di tale attestato è di competenza del Ministero della salute.

Il certificato, se richiesto dall'interessato, è rilasciato anche ai titolari delle qualifiche professionali sanitarie che non rientrano nel sistema automatico di riconoscimento.

In questo caso nell'attestato di conformità si certifica che il professionista ha effettivamente conseguito il titolo professionale, il livello della qualifica conseguita rispetto alla classificazione delle qualifiche prevista dalla direttiva 2005/36/CE e l'attività che il titolo consente di svolgere in Italia.

Nello stesso certificato, sulla base di apposita documentazione prodotta dall'interessato, può essere attestata anche la pratica professionale svolta in Italia.

Per richiedere il rilascio dell'ATTESTATO DI CONFORMITA':

- **i medici chirurghi, medici specialisti, medici veterinari, farmacisti, odontoiatri e odontoiatri specialisti** devono: compilare il **MODELLO G1** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO G1**
- **i medici chirurghi** che intendono esercitare la professione di **odontoiatra**, in virtù della loro laurea in medicina e chirurgia devono: compilare il **MODELLO G1BIS** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO G1**
- **i medici di medicina generale** (provvisi di Attestato/Diploma di formazione specifica in medicina generale) devono: compilare il **MODELLO G3** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO G1**

In assenza di attestato/diploma di formazione specifica in medicina generale, i **medici chirurghi** con il titolo conseguito in Italia, che si sono abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994 devono:

- compilare il **MODELLO G3/BIS** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO G1**
- Per tutte le altre professioni, gli interessati devono:
- compilare il **MODELLO G2** presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO G2**

Per richiedere il rilascio dell'attestato utile ai fini del riconoscimento del loro titolo in un altro Stato: **gli Psicologi e gli Psicoterapeuti** devono compilare il **MODELLO L** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO L**

La procedura di riconoscimento in Italia di un titolo straniero, acquisito in un Paese dell'Unione Europea, è diversa se il titolo appartiene a cittadini dell'Unione Europea o a cittadini NON comunitari.

La procedura di riconoscimento in Italia di un titolo conseguito in un Paese dell'Unione Europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) o della Confederazione Svizzera è differenziata a seconda se il titolo appartiene a:

- **cittadini NON comunitari**
- cittadini dell'Unione Europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera

Cittadini dell'Unione Europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera.

DIRITTO DI STABILIMENTO

I cittadini dell'Unione Europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera che possiedono un titolo professionale conseguito in un Paese

comunitario, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) o della Confederazione Svizzera ed intendono svolgere stabilmente la loro professione in Italia, possono presentare domanda per il riconoscimento del loro titolo ai fini dell'esercizio del diritto di stabilimento.

La procedura è **diversificata** a seconda delle professioni:

- per le professioni di **medico chirurgo, medico specialista, medico di medicina generale, medico veterinario, farmacista, odontoiatra, odontoiatra specialista, infermiere e ostetrica**, la normativa comunitaria ha fissato regole di armonizzazione tra i Paesi dell'U.E., dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera per effetto delle quali la procedura di riconoscimento consiste in una verifica documentale della sussistenza dei requisiti minimi di formazione, previsti dalla norma a fondamento del riconoscimento.

In particolare, dovranno essere compilati i seguenti moduli di domanda, distinti per singola professione:

- **i medici chirurghi il MODELLO A1M, i medici specialisti il MODELLO A1MS, i medici veterinari MODELLO A1V, i farmacisti MODELLO A1F, gli odontoiatri MODELLO A1D, gli odontoiatri specialisti MODELLO A1DS**, i documenti da presentare per tutte le suddette professioni sono indicati nell' **ALLEGATO A1**
- **I medici di medicina generale il MODELLO A2**, i documenti da presentare sono indicati nell' **ALLEGATO A2**
- **gli infermieri ed ostetriche il MODELLO A3**, i documenti da presentare sono indicati nell' **ALLEGATO A3**
- **gli psicologi e gli psicoterapeuti il MODELLO M**, i documenti da presentare sono indicati nell' **ALLEGATO M**

Per tutte le **altre professioni**, gli interessati dovranno compilare il **MODELLO B** e presentare i documenti dell'**ALLEGATO B**

DIRITTO ALLA LIBERA PRESTAZIONE DI SERVIZI

Per le professioni di **medico chirurgo, medico specialista, farmacista, medico veterinario, odontoiatra, odontoiatra specialista, infermiere o ostetrica** è prevista anche la possibilità, per i soli cittadini dell'Unione europea, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera, in possesso di un titolo conseguito in un Paese dell'Unione Europea, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera, di erogare prestazioni professionali saltuarie ed occasionali **senza stabilirsi definitivamente in Italia** e senza iscriversi al rispettivo Ordine, Albo o Collegio professionale italiano, ma rimanendo comunque soggetti agli stessi obblighi e sanzioni disciplinari previsti per i sanitari italiani.

Per esercitare tale diritto, tali professionisti **dovranno comunicare di volta in volta, preventivamente**, al Ministero della Salute, i seguenti dati relativi allo svolgimento della prestazione :

- la data
- la struttura
- la motivazione
- le informazioni sulla copertura assicurativa per la responsabilità professionale

dovranno inoltre presentare i documenti indicati nell'**ALLEGATO C1** e compilare i relativi modelli come di seguito indicato:

- **medici chirurghi il MODELLO C1 MEDICO CHIRURGO**
- **medici specialisti il MODELLO C1 MEDICO SPECIALISTA**
- **farmacisti il MODELLO C1 FARMACISTA**
- **medici veterinari il MODELLO C1 MEDICO VETERINARIO**
- **odontoiatri il MODELLO C1 ODONTOIATRA**

- **odontoiatri specialisti** il **MODELLO C1 ODONTOIATRA SPECIALISTA**.
- **infermieri ed ostetriche** dovranno compilare il **MODELLO C2** e presentare i documenti dell' **ALLEGATO C2**

3.2 Iscrizione all'Ordine di cittadini non comunitari

La procedura di riconoscimento di titoli conseguiti in Paesi non comunitari si applica anche quando il titolo è stato già riconosciuto in un altro Paese dell'Unione Europea, pur tenendo in considerazione le eventuali integrazioni di formazione e di attività professionale acquisite.

Tutti i cittadini comunitari, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera e non comunitari, in possesso di titoli conseguiti in un Paese non comunitario, per ottenere l'autorizzazione all'esercizio della professione in Italia, devono presentare domanda di riconoscimento del loro titolo.

Per ottenere il riconoscimento:

i medici chirurghi, medici veterinari, farmacisti e odontoiatri devono presentare i documenti indicati nell'**ALLEGATO D1** e compilare i seguenti modelli in base alla professione:

- **MODELLO D1 MEDICO**
- **MODELLO D1 VETERINARIO**
- **MODELLO D1 FARMACISTA**
- **MODELLO D1 ODONTOIATRA**

I medici specialisti e odontoiatri specialisti devono presentare i documenti indicati nell'**ALLEGATO E1** e compilare i seguenti modelli in base alla professione:

- **MODELLO E1 MEDICO SPECIALISTA**
- **MODELLO E1 ODONTOIATRA SPECIALISTA**

Gli **Psicologi** devono presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO N** e compilare il **MODELLO N**.

Gli **Psicoterapeuti** devono presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO N** e compilare il **MODELLO N1**.

CASI PARTICOLARI riguardanti i cittadini comunitari, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera:

i cittadini comunitari, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera in possesso di titolo abilitante all'esercizio della professione di medico chirurgo, medico veterinario, farmacista, odontoiatra conseguito in un Paese non comunitario e già riconosciuto (con provvedimento formale) in un Paese membro dell'Unione Europea, dell'area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e della Confederazione Svizzera possono chiederne il riconoscimento presentando i documenti indicati nell' **ALLEGATO D4** e compilando i seguenti modelli in base alla professione:

- **MODELLO D4 MEDICO;**
- **MODELLO D4 ODONTOIATRA**
- **MODELLO D4 FARMACISTA**
- **MODELLO D4 MEDICO VETERINARIO**

Tutte le altre professioni sanitarie devono utilizzare il **MODELLO D2** e presentare i documenti indicati nell' **ALLEGATO D2**.

In particolare, **infermieri e tecnici sanitari di radiologia medica** che intendono lavorare in una delle seguenti Regioni o Provincie:

- Calabria
- Campania
- Toscana
- Sardegna

- Liguria
- Piemonte
- Lombardia
- Valle d'Aosta
- P.A. di Trento e Bolzano

devono inviare le richieste di riconoscimento dei titoli **direttamente agli uffici regionali competenti** (elenco file formato **PDF**), utilizzando il **MODELLO H** e presentando i documenti indicati nell' **ALLEGATO H**.

Altrettanto dovranno fare le cooperative, gli organismi o i singoli soggetti delegati all'istruttoria delle pratiche di riconoscimento, che abbiano la residenza legale nelle citate Regioni o Province.

Coloro che hanno conseguito all'estero un titolo professionale dell'area sanitaria ed intendono esercitare la professione in Italia, devono ottenere dal Ministero della Salute il riconoscimento del titolo. Di seguito si fornisce l'elenco delle professioni sanitarie e arti ausiliare per le quali si può presentare istanza di riconoscimento presso il Ministero della salute italiano.

La mobilità dei professionisti in ambito europeo, compresi quelli appartenenti all'area sanitaria, è prevista dalla **direttiva comunitaria 2005/36/CE**.

La direttiva descrive le specifiche modalità procedurali basate sul principio del riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali, al fine di consentire ai cittadini di uno Stato membro dell'Unione europea, ai cittadini dei Paesi aderenti allo Spazio economico europeo (Area SEE: Norvegia, Islanda, Liechtenstein) e ai cittadini della Confederazione Svizzera di esercitare in un altro Stato membro la professione regolamentata per la quale hanno conseguito la relativa qualifica nello Stato di origine.

Per applicare la direttiva è necessario che la professione che si intende esercitare in un altro Stato membro sia regolamentata nello Stato ospitante, cioè sia una professione il cui esercizio è subordinato, come prevede la normativa legislativa, regolamentare o amministrativa, al

possesso di determinate qualifiche e che tale professione sia equivalente a quella per la quale si è qualificati nel Stato membro di conseguimento del relativo titolo di studio.

L'esercizio dell'attività professionale regolamentata è consentito solo se il titolo professionale viene riconosciuto dallo Stato di stabilimento ospitante.

L'Italia ha dato attuazione alla predetta direttiva con il **decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206**, le cui disposizioni, per effetto degli articoli 49 e 50 del D.P.R. 31 agosto 1999, si estendono anche ai cittadini extracomunitari in possesso di un titolo abilitante all'esercizio di una professione conseguita in un Paese non appartenente all'Unione Europea, che intendono esercitare stabilmente la professione in Italia.

Alla medesima normativa si fa riferimento anche per i titoli professionali conseguiti da cittadini extracomunitari in uno Stato Membro oppure conseguiti da cittadini italiani in uno Stato extracomunitario.

Il Ministero della salute è competente per i titoli di area sanitaria conseguiti all'estero, come previsto dal **d.lgs. 206/2007**.

Pertanto, il professionista che voglia trasferirsi in Italia per esercitare stabilmente una professione sanitaria regolamentata sulla base della qualifica conseguita nello Stato di origine deve chiedere e ottenere dal Ministero della salute il riconoscimento del suo titolo professionale.

Se il professionista intende svolgere in Italia una prestazione professionale sanitaria in modo occasionale e temporaneo non deve chiedere il riconoscimento del proprio titolo di studio, bensì deve dare comunicazione al Ministero della salute circa la prestazione da eseguire, per la libera prestazioni di servizi come previsto dal **d.lgs. 206/2007**.

L'**elenco** delle professioni sanitarie regolamentate per le quali è possibile chiedere il riconoscimento del proprio titolo estero è consultabile sul sito del Ministero della salute.

L'istanza di riconoscimento deve essere presentata al Ministero della salute – Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale -

Viale Giorgio Ribotta, n.5, 00144 ROMA. secondo il procedimento previsto dal d.lgs. 206/2007.

Dal sito del Ministero della salute è possibile stampare, con riferimento all'attività professionale che si vuole esercitare in Italia, il modello di domanda e l'elenco dei documenti che è necessario trasmettere unitamente alla domanda di riconoscimento.

Le procedure di riconoscimento differiscono a seconda che si tratti di titoli di formazione riferiti a qualifiche settoriali, quali quelle di medico, odontoiatra, veterinario, farmacista, infermiere, ostetrica, alle quali si applica il sistema automatico di riconoscimento o di titoli formativi concernenti qualifiche non settoriali, per le quali si applica il regime generale di riconoscimento.

Il procedimento di riconoscimento si attiva con la presentazione della domanda e si conclude con il rilascio del decreto di riconoscimento , se sussistono i requisiti e le condizioni previsti dal **d.lgs. 206/2007**.

Nei casi in cui si applica il sistema di riconoscimento con il sistema generale, qualora si riscontrino dalla documentazione prodotta sostanziali carenze formative in materie caratterizzanti la professione, il riconoscimento può essere eventualmente subordinato al superamento di misure compensative, consistenti in un tirocinio di adattamento o in una prova attitudinale.

Il riconoscimento può essere negato qualora la qualifica conseguita all'estero non abbia alcuna corrispondenza con la professione che si chiede di esercitare in Italia.

L'obbligo di pubblicità relativo ai decreti di riconoscimento dei titoli professionali è di competenza del Ministero della salute, (art. 32 della legge n. 69/ 2009 - art. 16, comma 6, del d.lgs 206/2007), ed è assolto con la pubblicazione dei decreti sul sito del Ministero.

3.3 Permessi di soggiorno

Per i cittadini non UE:

- dichiarazione di essere in regola col permesso di soggiorno (autocertificazione)
- fotocopia documento+conferma Questura

La maggior parte delle richieste sono date a tempo determinato, quindi è necessario da parte del richiedente comunicazione del rinnovo+ versamento (tassa governativa per il rinnovo).

Decade la richiesta per chi ottiene il permesso ILLIMITATO (per problemi familiari, di ricongiungimento, etc).

4. ATTIVITA' DEGLI ORDINI

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è un Ente di Diritto Pubblico, ausiliario dello Stato, dotato di una propria autonomia gestionale e decisionale, posto sotto la vigilanza del Ministero della Salute e coordinato nelle sue attività istituzionali dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. L'ordinamento giuridico ha voluto così tutelare il Cittadino, garantendo che Medici e Odontoiatri siano in possesso dei titoli necessari allo svolgimento delle due professioni e che l'esercizio stesso avvenga secondo dei principi di correttezza e decoro.

In Italia, così come negli altri Paesi dell'Unione Europea, pur con forme diverse, queste professioni sono definite "protette", ciò implica che per essere legittimati ad esercitare tali professioni è necessaria l'iscrizione all'apposito albo professionale e che solo con detta iscrizione si acquisisce lo status professionale di medico chirurgo e quello di odontoiatra.

L'ORDINE: FUNZIONI E POTERI

L'Ordine quale organo ausiliario dello Stato

- 1. Tenuta dell'Albo.
- 2. Vigilanza sull'abusivismo

- 3. Magistratura speciale
- 4. Potere tariffario (ora abolito di fatto)
- 4. Presenza consultiva in commissioni.
- 5. Presenza esami di stato e gestione della formazione specifica in medicina generale.

Aspetti normativi

1) L'Ordine deve in primo luogo tenere e pubblicare gli Albi professionali, garantendo a tutti i cittadini la possibilità di verificare l'effettiva iscrizione di un medico o di un odontoiatra e, dunque, il possesso dei titoli e delle competenze indispensabili per esercitare la professione.

2) Il Consiglio Direttivo deve vigilare sul decoro e sull'indipendenza dell'Ordine, come espressione di autonomia e capacità di autogoverno. I principi contenuti nel Codice Deontologico non costituiscono, a differenza delle leggi della Repubblica, un completo ed esaustivo elenco di norme da osservare ma, ispirando l'azione di vigilanza, consentono di effettuare autonome valutazioni sulla correttezza comportamentale dei medici e degli odontoiatri.

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

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

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

6) Se richiesto, l'Ordine può interporre nelle controversie tra sanitari e tra questi ed Enti o

persone, "per ragioni di spese e di onorari". L'intervento dell'Ordine può anche non limitarsi a ciò, ma anche intervenire, sempre se richiesto, per conciliare le parti all'interno di contenziosi per responsabilità professionale.

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

4.1 Aggiornamento dei professionisti

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

ART. 3 Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni: d) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti.

4.2 Tenuta dell'Albo

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

ART. 3 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.

DPR 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

Capo I - Degli Albi professionali

Art. 1 Il Consiglio direttivo di ciascun Ordine o Collegio procede entro il mese di dicembre di ogni anno, alla revisione generale dell'Albo degli iscritti ed alle occorrenti variazioni.

Art. 2 Entro il mese di febbraio di ogni anno, ciascun Ordine o Collegio provvede, a proprie spese, alla stampa ed alla pubblicazione del rispettivo Albo e ne invia copia al prefetto, per l'affissione nella sede della Prefettura. Un esemplare dell'Albo é rimesso, entro lo stesso mese, all'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica , ai Ministeri di grazia e giustizia, della

pubblica istruzione e del lavoro e della previdenza sociale, agli Uffici giudiziari della provincia, nonché, alla Federazione da cui dipende l'Ordine o Collegio e all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza della categoria.

Art. 3 L'Albo é formato secondo l'ordine alfabetico. Per ogni iscritto sono indicati: il cognome, il nome, la paternità; il luogo e la data di nascita; la cittadinanza, ove si tratti di sanitario straniero; il domicilio; la data di iscrizione nell'Albo; il titolo in base al quale ha avuto luogo l'iscrizione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data del suo rilascio. Oltre il numero progressivo e indicato per ogni iscritto il numero d'ordine corrispondente all'anzianità di iscrizione nell'Albo della provincia. L'anzianità di ciascun professionista é stabilita dalla data della deliberazione di iscrizione nell'Albo. Nel caso di parità di tale data si tiene conto di quella di abilitazione all'esercizio professionale e, sussidiariamente dell'età. In apposita colonna dell'Albo dei medici sono indicati i titoli di docenza o specializzazione nelle materie che per tale professione formano oggetto delle singole specialità, riconosciute ai sensi di legge; per ciascuno di essi sono indicati l'autorità, il luogo e la data del rilascio. In base alle indicazioni di cui al comma precedente sono formati separati elenchi nominativi per ogni singola specialità. Fino alla pubblicazione del nuovo Albo le cancellazioni e le variazioni si annotano a fianco del nome degli iscritti ai quali si riferiscono.

4.3 Potere disciplinare

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

ART. 3 Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni: 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.

DPR 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.

Capo IV - Delle sanzioni disciplinari e del relativo procedimento

Art. 38 I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine o Collegio della provincia nel cui Albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare é promosso d'ufficio o su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica.

Art. 39 Quando risultano fatti che possono formare oggetto di procedimento disciplinare, il presidente, verificatene sommariamente le circostanze, assume le opportune informazioni e, dopo aver inteso il sanitario, riferisce al Consiglio per le conseguenti deliberazioni. Il presidente fissa la data della seduta per il giudizio, nomina il relatore e provvede a notificare all'interessato: a) la menzione circostanziata degli addebiti; b) il termine non inferiore a giorni venti e prorogabile su richiesta dell'interessato, entro il quale egli può prendere visione degli atti relativi al suo deferimento a giudizio disciplinare e produrre le proprie controdeduzioni scritte; c) l'indicazione del luogo, giorno ed ora del giudizio disciplinare; d) l'espresso avvertimento che, qualora non si presenti alla seduta del Consiglio, si procederà al giudizio in sua assenza. Nel termine di cui alla lettera b) l'interessato può chiedere di essere sentito.

Art. 40 Le sanzioni disciplinari sono: 1) l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza commessa; 2) la censura, che é una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa; 3) la sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi, salvo quanto é stabilito dal successivo art. 43; 4) la radiazione dall'Albo.

Art. 41 La radiazione é pronunciata contro l'iscritto che con la sua condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria.

Art. 42 La condanna per uno dei reati previsti dal Codice penale negli artt. 446 (commercio clandestino o fraudolento di sostanze stupefacenti), 548 (istigazione all'aborto), 550 (atti abortivi su donna ritenuta incinta) e per ogni altro delitto non colposo, per il quale la legge commina la pena della reclusione non inferiore nel minimo a due anni o nel massimo a cinque anni, importa di diritto la radiazione dall'Albo. Importano parimenti la radiazione di diritto dall'Albo: a) l'interdizione dai pubblici uffici, perpetua o di durata superiore a tre anni, e la interdizione dalla professione per una uguale durata; b) il ricovero in un manicomio giudiziario nei casi indicati nell'art. 222, secondo comma, del Codice penale; l'applicazione della misura di sicurezza preventiva preveduta dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, n. 1 (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro). La radiazione nei casi preveduti dal presente articolo, é dichiarata dal Consiglio.

Art. 43 Oltre i casi di sospensione dall'esercizio della professione preveduti dalla legge, importano di diritto tale sospensione: a) la emissione di un mandato o di un ordine di cattura; b) l'applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, a norma degli artt. 140 e 206 del Codice penale; c) la interdizione dai pubblici uffici per una durata non superiore a tre anni; d) l'applicazione di una delle misure di sicurezza detentive prevedute dall'art. 215 del Codice penale, comma secondo, nn. 2 e 3 (ricovero in una casa di cura e di custodia o ricovero in manicomio giudiziario); e) l'applicazione di una delle misure di sicurezza non detentive prevedute nel citato art. 215 del Codice penale, comma terzo, nn. 1, 2, 3 e 4 (libertà vigilata - divieto di soggiorno in uno o più comuni o in una o più province - divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche - espulsione dello straniero dallo Stato). La sospensione é dichiarata dal Consiglio. Il Consiglio può pronunciare, sentito il professionista, la sospensione del sanitario ammonito dalla autorità di pubblica sicurezza o contro il quale sia stato emesso mandato od ordine di comparizione o di accompagnamento senza pregiudizio delle successive sanzioni. Nei casi preveduti nei

precedenti commi la sospensione dura fino a quando abbia effetto la sentenza o il provvedimento da cui essa é stata determinata.

Art. 44 Fuori dei casi di radiazione, previsti dall'art. 42, il sanitario a carico del quale abbia avuto luogo procedimento penale é sottoposto a giudizio disciplinare per il medesimo fatto imputatogli, purché, egli non sia stato prosciolto per la non sussistenza del fatto o per non averlo commesso. E' altresì sottoposto a procedimento disciplinare, indipendentemente dalla sospensione di cui all'articolo precedente, il sanitario a carico del quale siano state applicate una misura di sicurezza o il confino di polizia o l'ammonizione.

Art. 45 Nel giorno fissato per il giudizio, il relatore espone i fatti addebitati e le circostanze emerse dall'istruttoria; quindi viene sentito, ove sia presente, l'incolpato. L'incolpato deve comparire personalmente. Non é ammessa l'assistenza di avvocati o di consulenti tecnici, salvo che, per questi ultimi, il Consiglio non ritenga necessario il loro intervento. Chiusa la trattazione orale ed allontanato l'incolpato, il Consiglio decide.

Art. 46 Le sedute del Consiglio non sono pubbliche. Per ogni seduta é redatto apposito verbale contenente: a) il giorno, mese ed anno; b) i nomi dei componenti il Consiglio intervenuti; c) i giudizi esaminati e le questioni trattate; d) i provvedimenti presi in ordine a ciascun procedimento. I dispositivi delle decisioni sono riportati nel verbale.

Art. 47 La decisione deve, a pena di nullità, contenere la indicazione della data in cui é stata adottata, dei fatti addebitati e delle prove assunte, l'esposizione dei motivi, il dispositivo. E' sottoscritta da tutti i membri del Consiglio, che vi hanno preso parte. La decisione é pubblicata mediante deposito dell'originale negli uffici di segreteria che provvede a notificarne copia all'interessato. Le disposizioni dei commi precedenti si osservano, in quanto applicabili, per i provvedimenti di radiazione dall'Albo o di sospensione dall'esercizio professionale, da adottarsi ai sensi dei precedenti artt. 42 e 43.

Art. 48 Quando il Consiglio ometta di iniziare il procedimento disciplinare su richiesta del prefetto o del procuratore della Repubblica ovvero nei procedimenti già iniziati trascuri di

emettere le sue decisioni, provvede il prefetto, sentito il Consiglio provinciale di sanità, con la procedura stabilita per i sanitari condotti nell'art. 75, primo comma, del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265. Il provvedimento del prefetto deve essere motivato a norma dell'art. 47. La disposizione dei precedenti commi si osserva anche, in quanto applicabile, per i provvedimenti di radiazione dall'Albo o di sospensione dall'esercizio professionale, nei casi preveduti negli artt. 42 e 43.

Art. 49 Dell'inizio e dell'esito di ogni giudizio disciplinare é data immediata comunicazione, a cura del presidente, al prefetto ed al procuratore della Repubblica territorialmente competenti per l'Albo cui é iscritto l'incolpato, nonché, alle medesime autorità di altra circoscrizione che abbiano promosso il giudizio. I provvedimenti di sospensione dall'esercizio professionale e di radiazione, quando siano divenuti definitivi, sono comunicati a tutti gli Ordini o Collegi della categoria a cui appartiene il sanitario sospeso o radiato e alle autorità ed agli enti ai quali deve essere inviato l'Albo a norma dell'art. 2. I provvedimenti stessi, se inflitti a carico di sanitari comunali per quanto si riferisce all'esercizio della libera professione, non possono avere esecuzione prima che il prefetto della provincia, in cui i predetti sanitari prestano servizio, abbia provveduto ad assicurare l'assistenza sanitaria del Comune, anche in relazione al disposto dell'art. 57 del Regio Decreto 27 luglio 1934, n. 1265 .

Art. 50 Il sanitario radiato dall'Albo può essere rescritto, purché, siano trascorsi cinque anni dal provvedimento di radiazione e, se questa derivò da condanna penale, sia intervenuta la riabilitazione. In ogni caso deve risultare che il radiato ha tenuto, dopo la radiazione, irreprensibile condotta. Sulla istanza di reinscrizione provvede il Consiglio con la osservanza delle disposizioni relative alle iscrizioni.

Art. 51 L'azione disciplinare si prescrive in cinque anni.

Art. 52 Nei procedimenti disciplinari dinanzi ai Comitati Centrali delle Federazioni, ai sensi dell'art. 15, lett. g), del Decreto Legislativo 13 settembre 1946, n. 233, ed in quelli dinanzi alla Commissione Centrale, ai sensi dell'art. 18, lettera b), dello stesso decreto, si osservano le

precedenti disposizioni del presente Capo. Nel primo caso al presidente ed al Consiglio dell'Ordine o Collegio s'intendono rispettivamente sostituiti il presidente ed il Comitato Centrale della Federazione; nel secondo caso al presidente ed al Consiglio dell'Ordine o Collegio s'intendono rispettivamente sostituiti il presidente della Commissione centrale e la stessa Commissione. L'incolpato può essere sentito per rogatoria nelle fasi istruttorie del procedimento. Si osservano le disposizioni dei precedenti articoli per quanto riguarda le facoltà attribuite ai prefetti ed ai procuratori della Repubblica relativamente ai giudizi a carico dei sanitari iscritti nell'Albo e le comunicazioni da farsi alle medesime autorità.

4.4 Interposizione nelle controversie – pareri sugli onorari

DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

ART. 3 Al Consiglio direttivo di ciascun Ordine e Collegio spettano le seguenti attribuzioni: g) interporre, 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

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Art 54. Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile

Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.

Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.

In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purchè tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

TARIFFARIO

L'onorario professionale

In materia di onorario vige il principio generale secondo cui in ogni caso la misura del compenso deve essere adeguata all'importanza dell'opera e al decoro della professione. E' stabilito inoltre che il compenso, se non è convenuto dalle parti e non può essere determinato secondo le tariffe o gli usi, è determinato dal giudice, sentito il parere dell'Ordine cui il professionista appartiene (art. 2233 cc).

Nel caso dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, la determinazione degli onorari è effettuata, sulla base di apposita tariffa e con l'osservanza di una dettagliata disciplina che, a differenza di quanto avviene per la generalità delle professioni, è stabilita direttamente dalla legge, anziché in via amministrativa con il provvedimento che approva la tariffa.

La normativa giuridica

La c.d. Legge tariffaria, n. 244 del 21 febbraio 1963, stabilisce anzitutto che la tariffa minima nazionale di cui prevede appunto la determinazione con decreto del Presidente della Repubblica, a cura del Ministro della sanità, sentito il parere della FNOMCeO, con possibilità di revisione ogni cinque anni – debba fissare l'onorario in relazione all'importanza e delicatezza della prestazione. L'onorario stabilito rappresenta il minimo compatibile con il decoro e la dignità professionale.

E' sancito il divieto di esercitare la professione sanitaria a onorari inferiori a quelli indicati nella tariffa minima. L'onorario richiesto, peraltro, deve essere contenuto in misura equa, tenuti presenti i valori minimi tariffari. Sono vietati i compensi forfettari. Al professionista è lasciata la facoltà di effettuare prestazioni a titolo gratuito (art. 2).

La tariffa minima nazionale è unica, valevole sia per i medici generici sia per gli specialisti. Gli onorari minimi delle prestazioni degli specialisti, dei professori universitari, liberi docenti, primari ospedalieri (e, ora, medici dirigenti di secondo livello), nel campo della relativa specialità o d'insegnamento o incarico ospedaliero, sono aumentati del 50% sull'ammontare dei compensi stabiliti nella tariffa. Tuttavia, l'aumento non si applica quando il tipo di intervento, per sua natura, presupponga la specializzazione e sia corrispondentemente compensato come prestazione specialistica (art. 3). Per gli interventi effettuati con carattere di urgenza dalle ore 22 alle ore 7, gli onorari minimi sono raddoppiati per le visite e aumentati della metà per le altre prestazioni (art. 4).

I compensi dovuti all'aiuto e all'assistente non sono compresi negli onorari minimi stabiliti per gli atti operativi e sono determinati nella misura rispettivamente del 20% e del 10% della tariffa stabilita per gli atti medesimi. Al medico curante che, a richiesta del paziente o dell'operatore, assista all'intervento spetta un compenso minimo, a carico del cliente, pari al 10% della tariffa afferente alla prestazione principale. Gli onorari minimi dovuti all'anestesista sono invece stabiliti in modo autonomo con una distinta e apposita tariffa (art. 5). Le prestazioni terapeutiche eseguite nel corso delle visite sono retribuite a parte secondo la tariffa.

Per le prestazioni multiple, eseguite nella stessa seduta, la tariffa si applica per intero per la prestazione più importante, anche se non preveduta e resasi necessaria nel corso di un'operazione chirurgica; si applica con la riduzione del 50%, per le rimanenti (art. 6). Agli Ordini provinciali era attribuita la potestà di aumentare (o diminuire), entro il limite massimo del 30%, la tariffa nazionale in rapporto alla particolare situazione locale,

sottoponendo la relativa delibera del Consiglio Direttiva all'approvazione del Medico provinciale (art. 7). Con la soppressione di tale Organo periferico del Ministero della sanità, a seguito della riforma sanitaria del 1978, la norma, di fatto, non ha più avuto applicazione ed è tuttora incerta la sua operatività.

Va notato che, invece, è tuttora vigente, ancorche scarsamente applicata, la disposizione della legge tariffaria secondo la quale per i certificati che non debbano essere rilasciati gratuitamente, il richiedente è tenuto a versare, oltre l'onorario stabilito per la visita o la prestazione medico-chirurgica, l'importo di lire 500 per l'applicazione sul certificato, a cura del medico, di una marca di previdenza di uguale valore. Dette marche, stampate a cura dell'ENPAM, sono distribuite dagli Ordini provinciali dei Medici e degli Odontoiatri. Il ricavato della loro vendita è assegnato per tre quinti all'ENPAM, per un quinto al sanitario che ha applicato la marca e per un quinto all'Ordine di appartenenza del medesimo.

Le norme contenute nella Legge n. 244/1963 non si applicano alle prestazioni e alle certificazioni eseguite dai medici impiegati dello Stato e degli altri Enti pubblici nell'esercizio delle loro funzioni. Non si applicano parimenti alle prestazioni e alle certificazioni eseguite per conto dello Stato da medici liberi professionisti (art. 12).

La tariffa nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche - adottata una prima volta nel lontano 1965 e rimasta troppo a lungo immutata, tanto da perdere del tutto la sua funzione di strumento regolatore del minimo compatibile con il decoro e la dignità professionale - è attualmente stabilita dal DPR 17 febbraio 1992, pubblicato nella GU n. 128, SO, del 2 giugno 1992, che a sua volta si rivela ormai obsoleta, rispetto sia ai valori monetari correnti, sia, soprattutto, al progresso scientifico e tecnologico.

Il provvedimento si compone di due tabelle: la tabella A, recante la tariffa minima delle prestazioni medico-chirurgiche, comprese quelle odontoiatriche; e la tabella B, recante il tariffario nazionale delle prestazioni professionali degli igienisti. Questa seconda tabella contempla quattro diversi tipi di compenso (a vacazione, a tabella, a percentuale, a discrezione),

con l'obiettivo di coprire le peculiari e diversificate esigenze dell'attività medica nell'area dell'igiene pubblica e dell'igiene ambientale.

In caso di controversia, il sanitario chiede parere circa l'onorario con richiesta di valutazione della congruità della parcella alla commissione sanitaria, che viene riunita e fornirà parere di congruità.

4.5 PEC (Posta Elettronica Certificata)

La Pec al cittadino è lo **strumento che consente di inviare e ricevere messaggi** di testo ed allegati con lo **stesso valore legale di una raccomandata** con avviso di ricevimento. In questo modo si può dialogare con tutti gli uffici della PA direttamente via e-mail senza dover più produrre copie di documentazione cartacea ma soprattutto senza doversi presentare personalmente agli sportelli. **I benefici sono concreti e immediati**, a cui si deve anche aggiungere il risparmio sulle spese di spedizione della raccomandata A/R.

Per richiedere l'attivazione del servizio di Posta Certificata al cittadino sarà sufficiente collegarsi al portale www.postacertificata.gov.it e seguire la procedura guidata che consente di inserire la richiesta in maniera semplice e veloce. Trascorse 24 ore dalla registrazione online (ed entro 3 mesi) ci si potrà quindi recare presso uno degli Uffici postali abilitati per l'identificazione e la conseguente **firma sul modulo di adesione**. Il richiedente dovrà portar con sé un documento di riconoscimento personale e uno comprovante il codice fiscale (codice fiscale in originale o tessera sanitaria). Bisogna inoltre portare anche una fotocopia di entrambi i documenti che dovranno essere consegnate all'ufficio postale. Ad oggi **sono oltre 80mila le Pec richieste dai cittadini**, grazie alla sperimentazione avviata a fine settembre 2009 da Aci e Inps. Pur essendo una casella di posta elettronica "come le altre", **la Pec al cittadino è l'unica dedicata esclusivamente ai rapporti con la PA**.

L'utilizzo della Pec nella PA non solo consente di lavorare e comunicare meglio, ma è anche un **obbligo previsto dalla legge**. Infatti, tutte le Pubbliche amministrazioni devono:

- dotarsi di una casella di posta elettronica certificata per qualsiasi scambio di informazioni e documenti (articolo 6 del Codice dell'amministrazione digitale);
- istituire una casella Pec per ciascun registro di protocollo (comma 3 dell'articolo 47 del Codice dell'amministrazione digitale);
- dare comunicazione al DigitPA degli indirizzi Pec istituiti per ciascun registro di protocollo (comma 8 dell'articolo 16 della legge 2/2009);
- pubblicare nella pagina iniziale del sito web istituzionale l'indirizzo Pec a cui il cittadino può rivolgersi (comma 2-ter dell'articolo 54 del Codice dell'amministrazione digitale);
- comunicare con i propri dipendenti unicamente tramite Pec (comma 6 dell'articolo 16-bis della legge 2/2009).

Gli indirizzi Pec delle Pubbliche amministrazioni – istituiti per ogni registro di protocollo e comunicati al **DigitPA** - sono disponibili sull'archivio informatico accessibile attraverso il sito www.indicepa.gov.it, fonte ufficiale e riferimento per gli adempimenti previsti per le amministrazioni. E' stato inoltre sviluppato il sito www.paginepecpa.gov.it con **tecnologie atte a rendere più semplice la ricerca degli indirizzi Pec** per il cittadino. Il mancato assolvimento degli adempimenti relativi alla Pec influisce ai fini della misurazione della performance individuale e organizzativa strumentale al calcolo della retribuzione di risultato dei Dirigenti degli uffici preposti (*decreto legislativo n. 150/09, la cd. "Riforma Brunetta della PA*).

I dati più recenti comunicati da **DigitPA** indicano che sono oltre **12.500 le Pec attivate dalle PA centrali e locali**. Non tutte, però, pur avendola attivata, lo hanno ancora comunicato. Per accelerarne la diffusione, dunque, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione ha affidato al *Formez* la realizzazione di un'indagine diretta a quantificare la dotazione effettiva di Pec delle PA e all'Ispettorato della funzione pubblica un'**attività di controllo** volta a individuare eventuali **inadempimenti normativi**.

Sempre in base alla **legge n. 2/2009** anche i professionisti e le imprese hanno l'obbligo di dotarsi di Pec. In particolare per i professionisti questo decorre dal novembre 2009, mentre per

le nuove aziende dal novembre del 2008. Le imprese già esistenti, invece, dovranno dotarsi di Pec entro il mese di novembre 2011. A seguito del recente incarico di controllo affidato dal Ministro Brunetta all'Ispettorato per la Funzione pubblica, è risultato che **circa il 75% degli Ordini e Collegi Professionali hanno fatto registrare un significativo incremento percentuale** di adempimento agli obblighi di legge.

In molte realtà sono gli stessi Ordini Provinciali a deliberare le convenzioni per sostenere i costi di attivazione della PEC a favore degli iscritti.

5. ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

5.1 Modalità di svolgimento della formazione specialistica

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

per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo omnicomprensivo.

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

5.2 Trattamento economico

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

Altre attività consentite

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

Qualora il medico specializzando svolga attività non incluse tra quelle compatibili emettendo regolare fattura, risulterà in regola dal punto di vista fiscale, ma sarà passibile di procedimento amministrativo da parte del suo Ateneo, con possibile risoluzione anticipata del contratto.

Sospensione del contratto (maternità, ferie, malattia)

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

l'allattamento (c.d. riposi giornalieri) fino al compimento dell'anno di età del nascituro; deve essere esonerata dal lavoro notturno.

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

Frequenza presso altre strutture o all'estero

Il medico in formazione specialistica svolge tale formazione presso strutture universitarie e ospedaliere inserite all'interno della rete formativa dal Consiglio della Scuola di Specializzazione e dall'Osservatorio Nazionale della formazione specialistica (v. art. 38, co. 2 ed art. 43, co. 1, D.lgs. 368/1999). Nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattica

scientifica integrata tra Università italiane ed Università di Paesi stranieri, la formazione specialistica può svolgersi anche in strutture sanitarie dei predetti Paesi, in conformità al programma formativo personale del medico e su indicazione del Consiglio della Scuola (v. art. 40, co. 6, D.lgs. 368/1999). I periodi di formazione specialistica che i medici possono svolgere anche in strutture sanitarie di Paesi stranieri, nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica, non possano essere superiori a diciotto mesi (v. art. 40 co. 6, D.lgs. 368/1999 e Conferenza Stato Regioni del 18 Aprile 2007).

5.3 Individuazione delle specializzazioni

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

5.4 Concorso di ammissione

La normativa è disciplinata dal D.lgs. n. 368/1999 e s.m.i. Si tratta della normativa italiana che recepisce la direttiva 93/16/Cee che ha disciplinato le condizioni generali e specifiche della formazione, ai fini del reciproco riconoscimento dei titoli e della libera circolazione dei medici nella Unione Europea. La legge n. 128/2013 (*“Misure urgenti in materia di Istruzione, Università e Ricerca”*), ha modificato profondamente le procedure per il concorso di ammissione alle Scuole di Specializzazione di Area Medica. Fino al 2013 era prevista una commissione d'esame per ogni Ateneo, a partire dal 2014 il concorso ha un'unica commissione nazionale.

5.5 Prove di esame

A partire dal 2017 la prova è stata così strutturata:

Prova unica a graduatoria unica: comune a tutte le tipologie di scuola, prevede la soluzione di 140 quesiti a risposta multipla (5 possibili risposte) su argomenti caratterizzanti il corso di laurea in medicina e chirurgia e argomenti inerenti I settori scientifico-disciplinari di riferimento delle diverse tipologie di scuola inerenti il concorso.

Si tratta di quesiti inerenti la valutazione, nell'ambito di scenari predefiniti mono e/o interdisciplinary, di dati clinici, diagnostici, analitici, terapeutici ed epidemiologici.

Per ogni risposta corretta viene assegnato 1 punto, mentre per le risposte sbagliate vengono sottratti 0,25 punti. Le risposte non date hanno valore di 0 punti. Al punteggio totalizzato nella prova deve essere aggiunto il punteggio relativo al curriculum accademico (solo per chi alla data di presentazione della domanda non è già in possesso di un diploma di specializzazione, o ha già un contratto di specializzazione da almeno un anno), il quale si compone di un Massimo di 7 punti così distribuiti:

1) Voto di laurea: massimo 2 punti

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

2) Media ponderata dei voti degli esami (corrispondente per i laureati ante 509/99 alla media aritmetica) dei voti degli esami sostenuti: massimo 3 punti

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

3) Punteggi aggiuntivi

- tesi sperimentale: 0,5 punti
- dottorato di ricerca in una disciplina di ambito medico-sanitario

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

5.6 Formazione della graduatoria

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

A seguito della pubblicazione della graduatoria i candidati potranno esprimere le preferenze di tipologia di scuola e sede. È possibile concorrere per un massimo di 3 Scuole di Specializzazione, che devono essere messe in ordine di preferenza. Per ogni Scuola per cui si vuole concorrere devono essere inoltre indicate le sedi, anche queste in ordine di preferenza.

Il funzionamento e lo scorrimento delle graduatorie di ciascuna tipologia di Scuola ai fini dell'iscrizione avviene secondo le seguenti regole, fasi e limiti, tenuto conto delle specifiche situazioni derivanti dalla copertura dei posti mediante contratti aggiuntivi finanziati da Regioni e Province autonome. L'assegnazione dei candidati alle Scuole segue, in ragione della loro posizione in graduatoria, l'ordine delle preferenze scelte in via preventiva dagli stessi candidati al momento della produzione della graduatoria. Nell'indicare la tipologia o le tipologie di Scuola il candidato accetta anticipatamente di accedere, in ragione della propria posizione in graduatoria, alle tipologie di Scuola preventivamente scelte.

All'interno di ogni tipologia di Scuola preventivamente indicata il candidato ha facoltà di scegliere da una sede a tutte le sedi elencate. Nell'indicare la sede o le sedi il candidato accetta anticipatamente di essere assegnato, in ragione della propria posizione in graduatoria, ad ognuna delle possibili sedi preventivamente scelte, ciò al fine di realizzare l'interesse prioritario all'iscrizione alla tipologia di Scuola preventivamente scelta. Nel funzionamento della graduatoria e nell'individuazione delle relative assegnazioni si considera, dunque, in ragione della collocazione in graduatoria, la tipologia di Scuola indicata come prima scelta e all'interno di essa le sedi selezionate secondo l'ordine di preferenza preventivamente scelto. A seguire, e in ordine della preferenza espressa, si considera l'eventuale successiva tipologia di Scuola preventivamente scelta e all'interno di essa la sede o le sedi indicate, secondo l'ordine di preferenza preventivamente scelto.

Terminate le operazioni di scelta da parte del candidato delle tipologie di scuola e delle sedi di proprio interesse, il Ministero procede alla pubblicazione delle assegnazioni dei candidati alle specifiche scuole presso cui risultano ammessi in ordine di graduatoria. Sono ammessi alle scuole di specializzazione coloro che, in relazione al numero dei posti disponibili, sulla base del punteggio complessivo riportato e sulla base delle scelte di tipologia di scuola e di sede effettuate, si siano collocati in una posizione utile nella graduatoria unica nazionale. Tra i candidati ammessi alle scuole di specializzazione è precluso lo scambio di sede, inoltre non sono possibili subentri su posti eventualmente rimasti non coperti in conseguenza di mancata immatricolazione o rinuncia da parte dei candidati assegnati o di ogni altra ragione. In ogni caso, i contratti rimasti non coperti in conseguenza di mancata immatricolazione o rinuncia da parte dei candidati assegnati o di ogni altra ragione sono comunque oggetto, compatibilmente con le procedure ministeriali in atto, di riassegnazione nell'ambito del contingente dei contratti di specializzazione per i successivi anni accademici.

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 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.

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 consegua a seguito di un corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della durata di tre anni.

Lo stesso articolo, al comma 2 *bis*, 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 Maternità

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

Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per gravidanza sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni (art.40 del D.Lgs. 368/1999). Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni.

Il periodo di sospensione per gravidanza, che sarà preventivamente comunicato ai destinatari di cui sopra, potrà essere recuperato a fine corso seguendo un piano personalizzato elaborato dai Coordinatori delle attività didattiche.

Le regioni e le province autonome possono prevedere anche ulteriori sedute di esame per i tirocinanti che hanno sospeso la frequenza a seguito di malattia, gravidanza o servizio militare; in tale ipotesi le sedute di esame devono essere indette secondo i criteri di economicità ed opportunità.

La borsa di studio non viene erogata per tutto il periodo di sospensione.

Qualora il medico intendesse usufruire di un periodo di sospensione inferiore a quello normativamente previsto dovrà consegnare una dichiarazione di “assunzione di responsabilità” al referente amministrativo dell’Azienda ASL che gestisce aspetti amministrativi e contabili.

Nuove tutele sono state introdotte nel 2017 dall’ENPAM per la maternità: più soldi per l’assegno minimo che sfiora i 1200 per 5 mesi.

L’assegno copre i 2 mesi precedenti la data presunta del parto e i tre mesi successivi alla nascita del bambino. A differenza dell’Inps, l’Enpam paga l’indennità anche se non si interrompe l’attività lavorativa.

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

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

Gravidanza a rischio

Le professioniste potranno essere tutelate da una copertura specifica, prevista per un massimo di 6 mesi (il periodo rimanente ricade nell'assegno di maternità). L'importo viene stabilito annualmente dal Consiglio di amministrazione dell'Enpam (1000 euro al mese per l'anno 2017).

Questa nuova tutela protegge anche le dottoresse convenzionate con il Ssn.

Studentesse in Medicina e Odontoiatria

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

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

6.6 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. 2 *octies*).

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”.

6.7 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).

Ai sensi dell’art. 19, comma 11, della legge n. 448 del 28 dicembre 2001, ai medici in formazione sono consentite - unicamente nei casi di accertata carente disponibilità dei medici già iscritti nei relativi elenchi regionali per la medicina convenzionata e purchè compatibili con lo svolgimento dei corsi stessi - le sostituzioni a tempo determinato di medici di medicina

generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nonché le sostituzioni per le guardie mediche notturne, festivee turistiche.

Nel conferimento dei suddetti incarichi, è fatto onere alle Regioni ed alle province autonome di verificare preventivamente l'effettiva sussistenza dello stato di carenza.

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

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

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

6.8 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) ED EBSCO

7.1 Definizione e normativa di riferimento

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

L'aggiornamento E.C.M. viene per la prima volta previsto nel 1992 con il D.Lgs. 502 e poi richiamato nel 229 del 1999. Successivamente l'articolo 2, comma 357 della legge 244/07, meglio conosciuta come legge Finanziaria 2008, ha reso operativo il "Riordino del sistema di Formazione continua in Medicina". Si segnala, inoltre, l'art. 3, comma 5, lettera b), della recente Legge 14 settembre 2011, n. 148 che, ancora una volta, prevedeva l'obbligo per il professionista di seguire percorsi di formazione continua permanente. Infine, il regolamento di esecuzione della normativa di cui sopra (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.

L'obbligo di acquisire i crediti formativi ECM per tutti i medici è vincolato all'iscrizione all'Albo Professionale per l'esercizio della professione. Tale obbligo formativo decorre

dall'anno solare successivo a quello di iscrizione all'Albo Professionale, ad esempio per un neo Iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi o degli Odontoiatri a marzo 2017 l'obbligo ECM decorre dal 1 gennaio 2018.

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

7.2 Come si adempie all'obbligo formativo

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

L'obbligo formativo standard per il triennio 2017-2019 è pari a 150 crediti, questi vengono accumulati prevalentemente partecipando agli eventi formativi accreditati E.C.M. ma anche certificando altre attività che il professionista può individuare autonomamente a prescindere dal Provider. Una delle caratteristiche della formazione E.C.M. è proprio la flessibilità con la quale si possono conseguire i crediti, di seguito elenchiamo tutte le possibili attività utili a conseguire gli stessi:

- La Formazione residenziale, che deve essere realizzata in una sede adeguatamente predisposta ed idonea per spazi e strumenti.
- La Formazione a distanza (FAD), che include diverse modalità con cui è possibile comunicare con interlocutori localizzati in sedi diverse e che possono partecipare in tempi diversi da quelli in cui opera il docente/formatore.
- La Formazione sul campo (FSC) in cui vengono utilizzati direttamente per l'apprendimento i contesti, le occasioni di lavoro e le competenze degli operatori impegnati nelle attività

assistenziali. Questa modalità di formazione, che include anche la partecipazione ad attività di ricerca e a commissioni e gruppi di miglioramento, offre la massima possibilità di essere legata alle specifiche esigenze di sviluppo dei servizi e di miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi.

- L'attività di docenza e di tutoraggio in programmi E.C.M.
- La presentazione di relazioni e comunicazioni in consessi scientifici.
- L'attività scientifica e di ricerca, inclusa la pubblicazione di lavori scientifici.

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

La normativa E.C.M. prevede anche delle forme di premialità, in virtù della formazione effettuata nel triennio precedente (2014-2016), che si estrinsecano in una riduzione del debito formativo che, a seconda dei casi, può arrivare fino a 30 crediti.

A partire dal triennio 2017-2019 entra in gioco il Dossier Formativo, ovvero il percorso di aggiornamento che ciascun medico può disegnare e seguire sulla base delle proprie esigenze di aggiornamento professionale. In altre parole per il triennio 2017-2019 il professionista potrà gestire più autonomamente il suo percorso di aggiornamento attraverso il **dossier formativo**, sempre rispettando l'obbligo dei 150 crediti nel triennio. Ciascun professionista registrandosi al COGEAPS potrà creare e visionare il proprio dossier.

Il professionista può anche richiedere, all'Ordine di appartenenza, l'attestato di partecipazione al programma ECM o il certificato di complesso soddisfacimento dell'obbligo formativo.

Fanno eccezione i medici iscritti nell'Elenco Nazionale dei Medici Competenti che devono ottemperare a regole previste dal D.Lgs. 81 del 2008. Ad esempio per questa tipologia di medici la trasmissione della certificazione o dell'autocertificazione attestante l'avvenuto

conseguimento dei crediti (di cui il 70% specifici nella disciplina “medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro”) va comunicata, a fine triennio, al Ministero della Salute.

7.3 Verifiche dal portale Co.Ge.A.P.S.

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

Il Co.Ge.A.P.S. è un organismo che riunisce le Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi e le Associazioni dei professionisti della salute che partecipano al programma di ECM.

La verifica finalizzata alla certificazione dei crediti formativi - CF spetta all’Ordine che utilizzerà, al termine del triennio, i dati archiviati dal Co.Ge.A.P.S.

Anche i professionisti sanitari possono autonomamente registrarsi sul sito del Co.Ge.A.P.S. per visualizzare i crediti ECM acquisiti e definire il proprio Dossier Formativo. Di seguito il link per accedere direttamente all’area riservata: <http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot>

Infine è utile ricordare che il programma E.C.M. prevede anche degli esoneri per i medici che si trovano in una o più delle seguenti condizioni:

- Corsi di formazione post-laurea (scuola di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico, corso di formazione specifico in medicina generale, etc.).
- Formazione complementare (es.: corsi di formazione di emergenza territoriale; piano di interventi contro l’AIDS, etc.).
- I soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza.
- I soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di adempimento del servizio militare per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

L’esonero dall’obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) i cui soggetti interessati ne usufruiscono. Occorre specificare che in caso in cui il periodo di

assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dei crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore. Ad esempio: se l'astensione obbligatoria cade nel periodo da settembre 2017 a settembre 2018, l'esenzione dall'obbligo di acquisire i crediti sarà valida esclusivamente per l'anno 2018.

7.4 Nuove frontiere per l'Educazione Continua in Medicina – la biblioteca EBSCO

Come anticipato nel paragrafo 7.2 gli approfondimenti scientifici autonomi e le attività di pubblicazione e ricerca scientifiche documentate rientrano nel programma E.C.M.

La FNOMCeO ha finalizzato un accordo con la EBSCO Information Services di Boston, uno dei principali produttori mondiali di banche dati di letteratura scientifica, che consente ai medici l'accesso alla biblioteca medica virtuale con la più imponente rassegna di riviste internazionali di medicina ed odontoiatria in FULL TEXT; alla Cochrane Library ed il più potente sistema di supporto alla pratica clinica basato sull'evidenza (Dynamed Plus).

Tutti i medici iscritti ai vari ordini provinciali d'Italia potranno, gratuitamente, acquisire sapere medico ed ad ogni valido aggiornamento professionale per affrontare con la massima sicurezza e competenza i quesiti diagnostici e terapeutici di cui la pratica professionale quotidiana li espone.

Consultando il link <http://professionisti.fnomceo.it/Fnomceo/public/areaRiservata.public> potrete registrarvi ad EBSCO, visualizzare i tutorial per familiarizzare con il portale e, di seguito, navigare per aggiornarvi sulle ultime linee guida internazionali o per consultare articoli scientifici di specifico interesse.

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

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

Proprio in virtù del concetto di cui sopra, per molti anni agli studi medici ed odontoiatrici non è stato imposto alcun obbligo autorizzativo, in quanto non rientranti fra le strutture soggette ad autorizzazione ai sensi del Testo Unico delle Leggi Sanitarie. Tuttavia, a seguito della riforma

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

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

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

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

8.2 Medicina convenzionata (MMG – Pediatri di libera scelta)

Per garantire l'erogazione dell'assistenza medica di base il SSN si avvale, essenzialmente, di medici convenzionati, stabilmente inseriti nell'organizzazione distrettuale delle ASL, il cui rapporto di lavoro autonomo è regolamentato dagli appositi accordi collettivi nazionali (ACN) previsti dall'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e stipulati da una delegazione delle Regioni, assistita dal Ministero della Salute, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Gli ACN, aventi validità quadriennale per la parte normativa e biennale per quella economica, disciplinano, in primo luogo, il rapporto di convenzione dei medici di fiducia, preposti sia alla assistenza di medicina generale (medico di medicina generale) sia a quella pediatrica di base (pediatra di libera scelta). L'attività di entrambe queste categorie trae origine e fondamento dalla libera scelta del paziente, ed ha l'obiettivo di assicurare le cure primarie, rivolgendo particolare attenzione alla prevenzione, ma anche di fungere da filtro dei bisogni espressi dall'assistito, 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 continuità assistenziale (ex guardia medica) notturna e festiva; la *medicina dei servizi*, e l'*emergenza territoriale* assicurate mediante sanitari convenzionati – dando luogo così alla stipula di accordi nazionali a carattere unitario.

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

disagiare 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 zionali.

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.

9. PREVIDENZA E ASSISTENZA

9.1 E.N.P.A.M.

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

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

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

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

QUOTA A

CHI?

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

QUANDO?

La quota A va versata annualmente, la scadenza è il 30 Aprile.

Il professionista potrà decidere di versare i contributi in un'unica soluzione o se dividere il versamento in quattro rate, senza interessi, con scadenze: 30 Aprile, 30 Giugno, 30 Settembre e 30 Novembre.

I neoiscritti la cui domanda d'iscrizione sia stata approvata dal Consiglio dell'Ordine prima di metà Marzo riceveranno, come tutti gli altri colleghi, il bollettino secondo il calendario precedentemente ricordato. In caso contrario pagheranno nel 2018 la quota inerente al 2017.

QUANTO?

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

Gli importi aggiornati al 2017 sono:

- € 216,07 all'anno fino a 30 anni di età
- € 419,41 all'anno dal compimento dei 30 fino ai 35 anni
- € 787,05 all'anno dal compimento dei 35 fino ai 40 anni
- € 1453,54 all'anno dal compimento dei 40 anni fino all'età del pensionamento

Ricapitolando, quindi, chi non risulta iscritto all'Ordine entro la prima metà di marzo, dovrà versare nel 2018:

1. i contributi per il 2018, a seconda della fascia di età di appartenenza (comprendono il contributo per maternità adozione e aborto)
2. le rate dovute per il 2017, che partono dal mese successivo all'iscrizione all'Albo.

COME?

L'E.N.P.A.M. invia a domicilio il bollettino da pagare in unica soluzione o in forma rateizzata.

Attenzione! Nel caso il bollettino non arrivasse entro la scadenza bisognerà scaricarlo autonomamente attraverso l'area riservata del portale.

In alternativa si può optare per la **domiciliazione bancaria**, la cui richiesta va effettuata, compilando l'apposito modulo presente nella propria area riservata, entro il **15 Marzo**. Sarà possibile effettuare tale pratica anche dopo questa scadenza ma l'addebito si attiverà dall'anno successivo (con la domiciliazione di una delle due quote in automatico scatta anche quella per l'altra).

ENPAM

Addebito Diretto

Autorizzazione addebito diretto - FONDAZIONE ENPAM

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
Codice ENPAM _____ Codice fiscale _____
Indirizzo **VIA** _____

AUTORIZZAZIONI

Autorizzo la Fondazione a riscuotere i contributi dovuti al Fondo di Previdenza Generale mediante addebito di ("Quota A" e "Quota B")

ULTERIORI PAGAMENTI / MUTUI AGLI ISCRITTI

Chiedo inoltre che anche tutti gli ulteriori versamenti dovuti alla Fondazione ENPAM per i quali sarà attivato il servizio di pagamento mediante addebito diretto vengano addebitati permanentemente sul c/c sotto indicato. (barrare la casella)

RIFERIMENTO MANDATO

CODICE ENPAM ISCRITTO/A: 0 0 0 4 8 0
DATA DI COMPILAZIONE: 07 12 2016
8 0 0 1 5 1 1 0 5

BANCA DELL'ISCRITTO (PSP)
Banca _____
Agenzia _____
Iban _____
 Iban Italiano Iban Estero

SOTTOSCRITTORE DEL MODULO (da compilare obbligatoriamente solo se diverso dall'iscritto)
Cognome _____
Nome _____
Codice fiscale _____

MODALITA' ADEBITO DIRETTO CONTRIBUTI

CONTRIBUTO "QUOTA A"
L'addebito sarà effettuato alle scadenze di rata previste (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre), a decorrere dal 30 aprile 2017.
Se si desidera l'addebito in unica soluzione (non rateale), barrare la casella

CONTRIBUTO "QUOTA B"
L'addebito sarà effettuato in cinque rate, aventi scadenze il 31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile e 30 giugno a decorrere dai versamenti dovuti con riferimento al reddito prodotto nell'anno 2016. E' possibile comunque scegliere l'addebito:
• in unica soluzione (non rateale) entro la scadenza prevista (barrare la casella)
• in due rate (31 ottobre; 31 dicembre) (barrare la casella)

Le rate versate nell'anno successivo a quello in cui è dovuto il contributo saranno maggiorate del tasso legale pro tempore vigente.
Qualora la scadenza della rata dell'addebito diretto (SOD) del 31 dicembre coincidesse con un giorno festivo, gli importi verranno prelevati il giorno precedente per garantire la deducibilità fiscale delle somme corrisposte.

Io sottoscritto/a autorizzo:
- la Fondazione E.N.P.A.M. a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa;
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Fondazione E.N.P.A.M.

DATI DELLA FONDAZIONE E.N.P.A.M. (CREDITORE) - INDIRIZZO: PIAZZA VITTORIO EMANUELE II, 79 00185 ROMA - CODICE IDENTIFICATIVO: IT56ZZ000000015110560

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dall'iscritto (debitore) con la Banca stessa. L'iscritto/a (debitore) ha facoltà di richiedere al PSP (Banca) il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

N.B. I diritti dell'iscritto (debitore) riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dal PSP.

Luogo e data: Roma, 07/12/2016

INFORMATIVA PRIVACY

Al sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali acquisiti dall'Ente verranno trattati nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità, riservatezza e tutela dei diritti per i fini istituzionali dell'Ente e secondo le finalità previste dallo Statuto e dai Regolamenti della Fondazione. Per maggiori dettagli consultare <https://www.enpam.it/privacy>
 Pressa visione dell'informativa sulla privacy

RIVA RICHIESTA

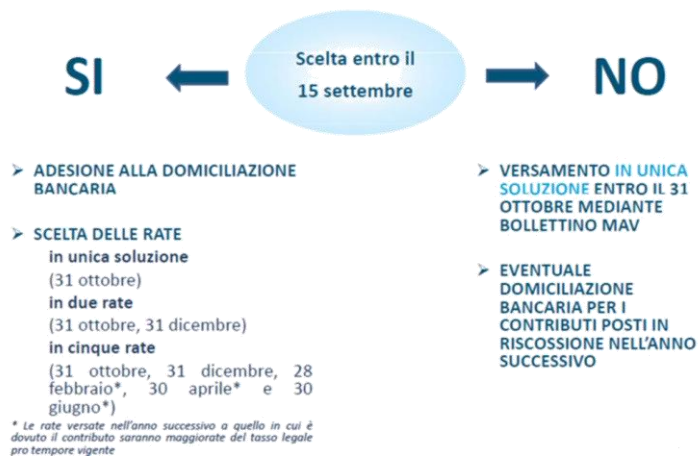
Il piano di ammortamento va indicato al momento della domanda; se non viene specificato, sistema sceglierà in automatico quello con il maggior numero di rate (nel caso della Quota A sono 4, per la Quota B 5).

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

SCADENZE MODULO ADDEBITO DIRETTO «QUOTA A»



SCADENZE MODULO ADDEBITO DIRETTO «QUOTA B»



LA QUOTA B

CHI?

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

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

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

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

COME SI CALCOLA IL REDDITO DI QUOTA B?

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

Ricorda! Non va sottratta la quota A.

Bisognerà compilare e inviare il modello D solamente se il reddito risultante supera la soglia indicata dal modello stesso.



È OBBLIGATORIO COMPILARE IL MODELLO D?

Non necessariamente. I medici e gli odontoiatri in attività non sono obbligati a compilare il Modello D se il reddito professionale, al netto delle spese sostenute per produrlo, nel 2016 è stato pari o inferiore a una certa soglia specificata nel Modello D.

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

QUANDO?

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

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

Se il bollettino MAV non dovesse arrivare è comunque possibile scaricarlo dall'area privata del portale E.N.P.A.M..

COME?

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

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

QUANTO?

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

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

Di seguito alcuni esempi che rientrano in quota B:

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

E' POSSIBILE PAGARE A RATE?

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

Dopo tutte queste nozioni entriamo nel vivo e vediamo come viene inquadrato praticamente un sostituto o un medico che effettua il servizio di Continuità Assistenziale:

1. Se si sostituisce un MMG non si praticherà attività convenzionata, bensì libera professione, quindi il reddito rientra in **QUOTA B**.
2. Nel caso, invece, si sia sostituiti di Guardia Medica (anche se in qualità di liberi professionisti e non dipendenti) si è considerati convenzionati e quindi tale reddito non è assoggettato a quota B; la prova del nove è data dalla ritenuta E.N.P.A.M. applicata già in busta paga. Questi contributi verranno versati nel fondo speciale apposito quello dei **MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA E ADDETTI AI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**.
3. Nel caso di Guardie presso strutture private non convenzionate ovviamente il reddito rientra in **QUOTA B**.

FONDO SANITA'

INTRODUZIONE

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

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

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

L'ADESIONE

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

Per aderire al fondo è necessario:

- A) Compilare e sottoscrivere il "Modulo di adesione" presente e scaricabile dal sito www.fondosanita.it nella sezione "documenti e modulistica" e nel sottomenù "Modulistica";

B) Inoltre è necessario compilare il “Modulo indicazione Beneficiari” scaricabile dalla stessa sezione.

C) Per i medici e gli odontoiatri che si iscrivono oltre il 35° anno di età sarà necessario versare un contributo di € 26,00, quale quota associativa “una tantum”, indicando nella causale del versamento il proprio codice fiscale. (L’adesione in questo caso decorre dalla data di versamento della quota di iscrizione al Fondo).

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

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

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

LA CONTRIBUZIONE

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

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

ALCUNI VANTAGGI FISCALI

La deducibilità dei contributi versati fino al valore di 5.164,57 euro annuali (sui versamenti oltre tale soglia non verranno pagate tasse al momento dell'erogazione) I giovani che non raggiungono questa soglia nei primi anni, potranno usufruire di un bonus fiscale da utilizzare in una fase più avanzata della carriera.

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

Inoltre conviene iscriversi prima possibile, in quanto dopo che sono trascorsi 15 anni dall'iscrizione, **per ogni anno successivo di iscrizione al Fondo, la tassazione (che verrà applicata in fase di erogazione) si riduce dello 0,3%, fino a un minimo del 9%, mentre la** rendita della pensione "normale", il primo pilastro, viene tassata dallo Stato come reddito, con gli stessi scaglioni Irpef (27-43%).

L'IMPORTO DELLA PRESTAZIONE

Essendo dipendente dal capitale che è stato versato ed accumulato negli anni, al fine di una corretta valutazione è bene ricordare che **l'importo della prestazione che verrà erogata dipenderà**

essenzialmente dalla durata, quantità, continuità dei versamenti effettuati rendendo comunque per i giovani conveniente un investimento ad inizio carriera anche se di piccola quantità perché i primi versamenti sfruttano per un maggiore numero di anni l'effetto leva dovuta all'accumulo degli interessi.



LE PROPOSTE DI INVESTIMENTO

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

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

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

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

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

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

IN QUALI CASI POSSO DISPORRE DEL CAPITALE PRIMA DEL PENSIONAMENTO?

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

In generale, non è possibile chiedere la restituzione della posizione, neanche in parte, tranne che nei casi di seguito indicati.

LE ANTICIPAZIONI

Prima del pensionamento è possibile fare affidamento sulle somme accumulate nel FONDOSANITA' richiedendo una anticipazione della tua posizione individuale laddove ricorrano alcune situazioni di particolare rilievo per la tua vita (ad esempio, spese sanitarie straordinarie, acquisto della prima casa di abitazione) o per altre tue personali esigenze.

Va ricordato che la percezione di somme a titolo di anticipazione riduce la propria posizione individuale e, conseguentemente, le prestazioni che potranno esserti erogate successivamente.

In qualsiasi momento si potrà tuttavia reintegrare le somme percepite a titolo di anticipazione effettuando versamenti aggiuntivi al fondo.

IL RISCATTO DELLA POSIZIONE MATURATA

In presenza di situazioni di particolare delicatezza e rilevanza attinenti alla propria vita lavorativa, si potrà inoltre riscattare, in tutto o in parte, la posizione maturata, indipendentemente dagli anni che ancora mancano al raggiungimento della pensione.

IL TRASFERIMENTO AD ALTRA FORMA PENSIONISTICA COMPLEMENTARE

Si può trasferire liberamente la propria posizione individuale in un'altra forma pensionistica complementare alla sola condizione che siano trascorsi almeno due anni dall'adesione a FONDOSANITA'.

Prima di questo termine, il trasferimento è possibile soltanto in caso di vicende che interessino la propria situazione lavorativa. È importante sapere che il trasferimento consente di proseguire il piano previdenziale presso un'altra forma pensionistica complementare senza alcuna soluzione di continuità e che l'operazione non è soggetta a tassazione

ULTERIORI INFORMAZIONI e più dettagliate sono disponibili on-line sul sito www.fondosanita.it, inoltre in questa pagina <https://fondipensione2-f.previnet.it/fondipensione/psimula/fondosanita/> potrai effettuare delle simulazioni sulla eventuale pensione complementare.

9.2 ONAOSI

STORIA E MISSION

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

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

Fin dall'origine, quindi, le risorse e i finanziamenti per sostenere l'iniziativa provengono esclusivamente e per intero dalle categorie sanitarie. Non si fa ricorso ad alcun finanziamento pubblico diretto o indiretto.

Con Regio Decreto 20 luglio 1899, che ne approva lo Statuto organico, l'Opera viene eretta in Ente morale con la denominazione di "Collegio-convitto per i figli orfani dei Sanitari italiani in Perugia".

Nel 1995, in base al decreto legislativo n.509/1994, l'ONAOSI (insieme ad Enpam, Enpav, Enpaf, Cassa degli Avvocati, Cassa dei Notai, Cassa degli Ingegneri, ecc.) si trasforma da ente pubblico in fondazione privata. Il 30 ottobre i Ministeri competenti approvano il primo statuto ed il regolamento della "privatizzazione".

Una serie di interventi legislativi ha prima esteso anche ai liberi professionisti (art. 52, comma 23 della L. 27 dicembre 2002, n. 289) e poi ripristinato la situazione *quo ante* per quanto riguarda l'obbligatorietà della contribuzione (art. 1, comma 485 della L. 27 dicembre 2006, n. 296).

A seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007, il Legislatore è intervenuto per colmare una propria lacuna normativa con l'art. 29 del D.L. 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni in L. 29 novembre 2007, n. 222, individuando, i parametri ("*percentuale della retribuzione di base e all'anzianità di servizio*") cui gli organi della Fondazione commisurano l'entità del contributo.

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

Con L. 7 luglio 1901, n. 306 i sanitari "*agli stipendi di pubbliche amministrazioni*" furono assoggettati a contribuzione per il sostentamento e l'educazione del Collegio-convitto per gli orfani dei sanitari italiani in Perugia. Il contributo fu fissato nella misura del 2% dello stipendio base con L. 31 gennaio 1949, n. 21. I sanitari "*liberamente esercenti*" avevano la facoltà, invece, di iscriversi quali contribuenti volontari.

Il D. Lgs. 30 giugno 1994, n. 509 ha operato la privatizzazione di una serie di enti tra cui l'ONAOSI.

Con l'art. 52, comma 23 della L. 27 dicembre 2002, n. 289 il legislatore aveva esteso l'obbligo contributivo a tutti i farmacisti, medici chirurghi, odontoiatri e veterinari iscritti ai rispettivi albi professionali.

La misura del contributo veniva fissata dal Consiglio di Amministrazione "con regolamenti soggetti ad approvazione dei Ministeri vigilanti".

Con l'approvazione dell'art. 14, commi 8 e 9, del Decreto Balduzzi del 2012 è stato inoltre colmato un vuoto normativo in materia contributiva ONAOSI. La norma, nello specifico, ha consentito all'Ente di cancellare i crediti contributivi inferiori a 500 euro relativi al periodo 2003-2006 (in realtà fino al 21 giugno 2007 in base alla sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007), quando furono obbligati all'iscrizione ONAOSI anche i medici e gli odontoiatri che non erano dipendenti pubblici.

ORGANI COSTITUTIVI

Sono Organi della Fondazione:

- il Comitato di Indirizzo;
- il Consiglio di Amministrazione;
- il Presidente;
- il Vice Presidente;
- il Collegio Sindacale.

SCOPO DELLA FONDAZIONE

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

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

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

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

A. ai figli del contribuente vivente, il quale si trovi in situazioni di grave e documentata difficoltà economica;

B. ai figli di contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario nel caso di grave e documentata difficoltà economica;

C. ai contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo.

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

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

SOGGETTI ASSISTITI

Hanno diritto alle prestazioni della Fondazione:

- gli orfani di contribuenti obbligatori e volontari che, alla data del decesso, risultino iscritti e in regola con il versamento dei contributi:

- i figli di contribuenti obbligatori e volontari dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione, in regola con i versamenti e con cancellazione dai rispettivi Ordini provinciali;

- i figli di contribuenti obbligatori cessati dal servizio, anche per dimissioni volontarie, o con 60 anni di età e che abbiano, in ogni caso, un minimo di 30 anni di contribuzione complessiva e che mantengano la contribuzione all'ONAOI;

- i figli di contribuenti volontari che, avendo un minimo di 60 anni di età, abbiano versato complessivamente il contributo annuale per almeno 30 anni e che mantengano la contribuzione all'ONAOI.

CONTRIBUENTI E CONTRIBUTI

I contribuenti obbligatori e volontari sono tenuti al versamento dei contributi nella misura e con le modalità deliberate dal Comitato di indirizzo con regolamenti soggetti ad approvazione dei Ministeri vigilanti ai sensi dell'art. 3 comma 2 DL 30 giugno 1994 n.509 e successive modifiche e integrazioni.

Per i contribuenti obbligatori l'entità del contributo è rapportata, per ciascun interessato, ad una percentuale della retribuzione di base ed all'anzianità di servizio nei termini previsti dal regolamento.

Obbligatori

Sono contribuenti obbligatori della Fondazione tutti i Sanitari, dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi Ordini professionali dei medici chirurghi, veterinari, odontoiatri e farmacisti.

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

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

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

Il contributo obbligatorio ONAOSI (l. 7.7.1901 n. 306 e successive modifiche) è deducibile ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e) del TUIR (Testo Unico delle Imposte sui Redditi D.P.R. 22.12.1986 n. 917 e s. m.) che recita:

"Articolo 10 - Oneri deducibili.

1. Dal reddito complessivo si deducono, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo, i seguenti oneri sostenuti dal contribuente:

(... *omissis* ...)

e) i contributi previdenziali ed assistenziali versati in ottemperanza a disposizioni di legge (... *omissis* ...) "

Ai sanitari dipendenti il contributo ONAOSI è trattenuto dallo stipendio: quindi non devono indicare l'onere ONAOSI nella propria dichiarazione fiscale in quanto dedotto "a monte" dall'imponibile a cura del datore di lavoro.

I sanitari in quiescenza o dimissionari dagli Enti di cui all'Art. 1 comma 2 D.Lgs. 30 marzo 2001 n.165 (e successive modifiche e integrazioni), devono iscriversi alla Fondazione in forma volontaria entro due anni dalla cessazione dal servizio, pena la perdita di ogni diritto e l'impossibilità di una successiva nuova iscrizione (art. 24 del vigente Statuto).

In analogia, devono iscriversi alla Fondazione in forma volontaria, entro due anni dalla sospensione dal servizio, i sanitari che beneficiano di un periodo di aspettativa senza assegni (motivi personali, maternità, incarichi politici, incarichi presso Enti privati), pena la perdita di ogni diritto e l'impossibilità di una successiva nuova iscrizione).

Volontari

Sono contribuenti volontari tutti gli altri sanitari laureati in medicina e chirurgia, medicina veterinaria, odontoiatria e farmacia che ne facciano richiesta, a condizione che la stessa venga accolta.

Dal 1 gennaio 2007: per effetto della Legge Finanziaria 2007 (art. 1, comma 485 della Legge 296/2006 a modifica dell'art. 2, lettera e) della Legge 7 Luglio 1901): sono contribuenti volontari

della Fondazione tutti i Sanitari laureati in Medicina-Chirurgia, Odontoiatria, Medicina-Veterinaria e Farmacia, che non prestino servizio presso Amministrazioni Pubbliche e che ne facciano apposita richiesta, a condizione che la stessa venga accolta.

L'iscrizione volontaria all'ONAOSI e la durata della stessa sono disciplinate, oltre che dalla **Legge n. 306/1901**, dalle norme dello Statuto, del Regolamento su prestazioni e servizi e del Regolamento della contribuzione dei contributi obbligatori e volontari della Fondazione.

I contribuenti volontari sono tenuti al versamento dei contributi nella misura e con le modalità deliberate dal Comitato di Indirizzo con regolamenti soggetti ad approvazione ministeriale.

I contribuenti volontari devono versare la quota annuale entro il 31 marzo di ogni anno. Misure di contribuzione volontaria in vigore dal 2012:

- PER ANZIANITÀ' ORDINISTICA INFERIORE/UGUALE A 5 ANNI COMPLESSIVI -

- € 165,75 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 148,30 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 75,00 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 25,00 ANNUI aventi reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00.

- PER ANZIANITÀ' ORDINISTICA SUPERIORE A 5 ANNI COMPLESSIVI -

- € 165,75 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 60.000,00;
- € 148,30 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 40.000,00 ed inferiore/uguale a € 60.000,00;
- € 125,00 ANNUI aventi reddito complessivo individuale superiore a € 20.000,00 ed inferiore/uguale a € 40.000,00;
- € 40,00 ANNUI aventi reddito complessivo individuale inferiore/uguale a € 20.000,00;
- € 166,00 ANNUI Quota vitalizia - pagamento una tantum.

Requisiti:

- età superiore a 67 anni (compiuti al 31/12 dell'anno precedente a quello di riferimento);
- nessun rapporto convenzionale in corso con la Pubblica Amministrazione;
- anzianità contributiva (ONAO SI) complessiva (obbligatoria e/o volontaria) di almeno trenta (30) anni (atto n. 180 del CdA del 04/09/2012).

I requisiti che danno titolo al pagamento dell'eventuale quota ridotta, devono essere autocertificati utilizzando l'apposito modello di dichiarazione sostitutiva di certificazione e si intendono riferiti e posseduti alla data del 31.12 dell'anno precedente.

A seguito dell'entrata in vigore dell'art.1, comma 485, Legge 27 dicembre 2006, n.296, per i sanitari neoiscritti rispettivamente agli Albi provinciali dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari **entro 5 (cinque) anni** dalla data di prima iscrizione all'albo.

Trascorso inutilmente tale termine la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

Per i sanitari già contribuenti obbligatori, che cessino da tale regime di contribuzione, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari entro 2 (due) anni dalla cessazione. Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

COME ISCRIVERSI

E' possibile aderire volontariamente alla Fondazione ONAO SI, in base a quanto stabilito dall'Art. 24 dello Statuto vigente , compilando l'apposito modulo di Domanda di Iscrizione Volontaria (e l'eventuale Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione), scaricabile qui: Moduli Riservati ai Contribuenti e versando contestualmente la quota contributiva tramite ccp:

N. 10071066 intestato a "FONDAZIONE ONAO SI GESTIONE ALTRE ENTRATE - SERVIZIO TESORERIA"

oppure tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate IBAN:

IT 11 G 01030 03000 000003805884, presso banca Monte dei Paschi di Siena fil. di Perugia – Via XX Settembre, 77, intestazione "ONAO SI FONDAZIONE OPERA NAZIONALE ASSISTENZA ORFANI SANITARI ITALIANI VIA RUGGERO D'ANDREOTTO 8/18 06124 PERUGIA".

Il mancato o irregolare versamento dei contributi, comporta l'automatica decadenza da qualsiasi diritto alle prestazioni e/o ai servizi erogati dalla Fondazione.

L'eventuale regolarizzazione dei pagamenti, nelle forme stabilite dal Consiglio di Amministrazione con proprie delibere, non conferisce in ogni caso diritti per il periodo del mancato o irregolare versamento.

PRESTAZIONI E SERVIZI

La Fondazione assolve il proprio scopo primario erogando le seguenti prestazioni in favore dei soggetti assistiti:

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

Servizio sociale

Gli interventi del Servizio Sociale dell'ONAO SI, nel quadro normativo, statutario e regolamentare di riferimento, sono rivolti sia a soggetti singoli che ai nuclei familiari di sanitari contribuenti della Fondazione.

Con una copertura dell'intero territorio nazionale, mediante uffici referenti per aree geografiche omogenee, nei casi previsti dalla normativa, svolge una funzione di sostegno per poter affrontare i problemi personali, scolastici e di integrazione sociale oltre ad offrire un aiuto per affrontare e prevenire difficoltà nella sfera familiare dell'avente titolo alle prestazioni e ai servizi. Il Servizio Sociale si occupa, altresì, dell'ingresso dei giovani minorenni nei Convitti ONAOSI di Perugia e monitora, in accordo con i responsabili delle strutture, l'andamento degli studenti ospiti, durante tutto il periodo di loro permanenza nei Collegi e Centri Formativi della Fondazione.

Il Servizio Sociale, inoltre, promuove e cura il primo accesso alle prestazioni assistenziali, le pratiche di integrazione assistenziale e le prestazioni annuali agli assistiti disabili e gli interventi economici a favore di regolari contribuenti ONAOSI con nuclei familiari numerosi o in condizione di disagio economico, professionale e sociale.

Integrazione Assistenziale

Vengono erogati contributi agli assistiti, sia a domicilio sia ospiti delle strutture (purché possiedano, rispettivamente, i requisiti per ottenere il contributo base a domicilio, oppure i requisiti per beneficiare del contributo agli assistiti ospiti delle strutture, oppure beneficino del contributo per formazione post-lauream) che si trovino in condizioni economiche disagiate e che facciano richiesta entro il mese di agosto 2013.

Il contributo viene erogato a ciascun assistito purché il reddito dell'anno 2012, sommato a quelli (sempre dell'anno 2012) dei genitori viventi sia inferiore o pari ad € 32.000,00 (compresi i contributi certificati da CUD erogati dall'ONAOSI).

Il contributo viene erogato in un'unica soluzione dopo la presentazione di apposita istanza corredata da tutta la documentazione richiesta.

Regioni di residenza dell'assistito

Ufficio di Servizio Sociale competente

Recapito telefonico

PER GLI ASSISTITI

Gli assistiti dalla Fondazione ONAOSI, secondo il Regolamento su prestazioni e servizi, sono:

- a) Gli orfani dei contribuenti obbligatori e volontari che, alla data del decesso, risultino iscritti e in regola con i versamenti dei contributi;
- b) I figli dei contribuenti obbligatori e volontari dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione, in regola con i versamenti e con cancellazione dai rispettivi Ordini provinciali;
- c) I figli dei contribuenti obbligatori cessati dal servizio, anche per dimissioni volontarie, oppure con 60 (sessanta) anni di età e che abbiano, in ogni caso, un minimo di 30 anni di contribuzione complessiva e che mantengano la contribuzione all'ONAOSI;
- d) I figli dei contribuenti volontari che, avendo un minimo di 60 anni di età, abbiano versato complessivamente il contributo annuale per almeno 30 anni e che mantengano la contribuzione all'ONAOSI.

Le Prestazioni erogate in favore dei soggetti assistiti sono:

- a) Ammissione nei Convitti e Collegi Universitari in Perugia e nei Centri Formativi in varie città italiane;
- b) contributi in denaro, di carattere ordinario e/o straordinario il cui importo è legato all'ordine di studi seguito (con una maggiorazione per gli studenti fuori sede). E' prevista inoltre l'erogazione di un'integrazione assistenziale in relazione alle condizioni economiche del nucleo familiare di appartenenza.
- c) interventi diretti a favorire la formazione;
- d) interventi speciali a favore dei disabili di cui alla L. 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni;
- e) convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca per specializzazioni post-lauream;
- f) ogni altra forma ritenuta idonea al conseguimento dei fini istituzionali, o a essi strumentale, complementare o comunque connessa.

Altre prestazioni:

- interventi per specializzazione post-laurea;
- masters di gestione e di formazione aziendale;
- interventi per perfezionamento lingua straniera all'estero;
- sostegno da parte del Servizio Sociale dell'Ente;
- interventi integrativi a favore di giovani portatori di handicap;
- l'assegnazione di case vacanze invernali ed estive in Prè Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico);

Accesso alle prestazioni ed ai servizi

Per l'accesso alle prestazioni e ai servizi occorre formulare apposita domanda, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documentazione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti. L'eventuale diritto alle prestazioni e/o servizi decorre dal momento della domanda, previo accoglimento della stessa.

La domanda di prestazioni deve essere sottoscritta:

- a) dall'interessato maggiorenne capace di agire;
- b) nel caso di minori o di interdetti, dal legale rappresentante, previa eventuale autorizzazione dell'autorità giudiziaria, nei casi richiesti dalla legge;
- c) nel caso di inabilitati, dall'interessato e dal curatore congiuntamente, previa eventuale autorizzazione dell'autorità giudiziaria, ove necessario.

Le erogazioni dei contributi verranno effettuate al maggiorenne, o, in caso di minori, ovvero di interdetti, al/i genitore/i esercente/i la potestà e/o al tutore. Nei casi di figli di contribuenti dichiarati totalmente e permanentemente inabili all'esercizio della professione l'avvio della contribuzione in favore dell'ONAOISI deve essere precedente all'insorgenza della malattia che ha portato alla dichiarazione di totale e permanente inabilità.

Modalità di erogazione delle prestazioni e degli interventi

Le prestazioni vengono erogate secondo criteri stabiliti dagli organi della Fondazione mediante delibere contenenti criteri direttivi generali. Tali criteri possono prevedere differenziazioni a seconda del tipo di studi o di attività dell'assistito.

Il diritto alle prestazioni si estingue al compimento del trentesimo anno di età. Detto termine può essere elevato a 32 anni nel caso di convenzioni con Università, Istituti e Centri di ricerca per specializzazioni post-lauream, nonché in caso di frequenza a master di secondo livello e corsi di formazione.

In deroga a quanto sopra potranno fruire delle prestazioni fino al conseguimento del titolo di studio, coloro che abbiano un grado di invalidità pari o superiore al 46%, purché si registri un minimo di progresso negli studi.

In caso di certificata invalidità civile, totale e permanente, il diritto all'assistenza, con prestazioni stabilite dagli organi competenti, può essere riconosciuto, in costanza di tale condizione, anche continuativamente e fino al decesso.

Come Accedere

Per l'accesso ai servizi occorre compilare le apposite domande allegare agli avvisi predisposti annualmente dalla Fondazione, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documentazione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti.

L'eventuale diritto decorre dal momento dell'accoglimento della domanda, e/o dalle date riportate nei relativi avvisi.

La domanda per accedere ai servizi deve essere sottoscritta dall'interessato.

Per la modulistica si rimanda al sito www.onaosi.it

PER I CONTRIBUENTI

La Fondazione, annualmente, dopo aver soddisfatto le richieste degli assistiti, mette a disposizione servizi a pagamento cui possono accedere i contribuenti in regola con la contribuzione obbligatoria o volontaria ed i loro coniugi.

I servizi erogati a pagamento consistono nell'assegnazione di case vacanze invernali ed estive in Pré Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico).

Per l'accesso ai servizi occorre compilare le apposite domande allegate agli avvisi predisposti annualmente dalla Fondazione, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documentazione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti.

L'eventuale diritto decorre dal momento dell'accoglimento della domanda, e/o dalle date riportate nei relativi avvisi.

La domanda per accedere ai servizi deve essere sottoscritta dall'interessato.

PER I FIGLI DEI CONTRIBUENTI

La Fondazione, annualmente, dopo aver soddisfatto le richieste degli assistiti, mette a disposizione servizi a pagamento cui possono accedere i figli di sanitari in regola con la contribuzione obbligatoria o volontaria e gli orfani dei sanitari non contribuenti con retta a carico degli Enti di categoria, sulla base delle convenzioni stipulate con la Fondazione ONAOSI.

I servizi erogati a **pagament** o sono:

A. l'ammissione nei Convitti e Collegi Universitari in Perugia e nei Centri Formativi in varie città italiane;

B. partecipare a corsi di formazione specialistica;

C. l'assegnazione di case vacanze invernali ed estive in Pré Saint Didier (Aosta) e Porto Verde (Misano Adriatico).

Per l'accesso ai servizi occorre compilare le apposite domande allegate agli avvisi predisposti annualmente dalla Fondazione, cui dovrà essere allegata, anche tramite le dichiarazioni sostitutive di cui al D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (e successive modifiche e integrazioni), la documentazione atta a comprovare il possesso dei requisiti previsti.

L'eventuale diritto decorre dal momento dell'accoglimento della domanda, e/o dalle date riportate nei relativi avvisi.

La domanda per accedere ai servizi deve essere sottoscritta:

- a) dall'interessato maggiorenne capace di agire;
- b) nel caso di minori, dal genitore o dal legale rappresentante.

STRUTTURE

Il Collegio Unico di Perugia è composto da una sezione convitto e da una sezione universitaria.

Le Sezioni Convitto accolgono ragazze e ragazzi in età preadolescenziale e adolescenziale. Si tratta di una fascia di età delicata e complessa in cui ciascuno di loro "pone le basi" della propria identità adulta, nella quale avvengono cambiamenti e trasformazioni che non sempre si riescono a comprendere ed a gestire pienamente.

La Sezione Universitaria del Collegio Unico ospita giovani studenti e studentesse universitarie accompagnandoli nel percorso di studi intrapreso attraverso una costante attività di supporto finalizzata al consolidamento della motivazione e del metodo di studio ed alla consapevolezza del valore della cultura, promuovendo la conquista dell'autonomia in tutti gli ambiti di intervento.

Il centro Formativo *“La Sapienza Vecchia”* è una struttura che ospita sia studenti che studentesse si trova in prossimità delle facoltà umanistiche, economico-giuridiche e di molte facoltà scientifiche, mentre le Facoltà di Medicina Veterinaria, Agraria, Medicina e Chirurgia ed Ingegneria si raggiungono con i mezzi pubblici.

L'ospitalità prevede confortevoli camere singole, di cui alcune con bagno interno, tutte dotate di frigorifero. Per la preparazione dei pasti sono state allestite delle cucine attrezzate ad uso degli ospiti i quali possono anche usufruire di altri spazi comuni (sale studio, sale tv, sale gioco, sala musica, sala Internet, biblioteca, emeroteca, videoteca e palestra) pensati e realizzati anche per facilitare la socializzazione e i momenti di aggregazione.

Sono altresì previsti servizi di pulizia delle camere e delle zone comuni e di lavanderia per quanto riguarda la biancheria da letto e gli asciugamani, mentre per il bucato personale sono a disposizione delle lavatrici.

Il personale di portineria è presente sulle 24 ore.

Sono presenti altri centri formativi nel territorio Nazionale:

- Bologna
- Messina
- Milano
- Napoli
- Padova
- Pavia
- Torino

La retta annua, comprensiva di eventuale imposta di soggiorno è pari a:

- € 6.725,00, oltre oneri di legge, per il Collegio Universitario di Perugia (Viale Antinori, 28);
- € 4.186,00, oltre oneri di legge, per i Centri Formativi di Bologna e Torino (sede centrale di Via della Basilica, 4);
- € 4.500,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Napoli;
- € 4.600,00 (camera doppia) - 5.100,00 (camera singola), oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Milano;
- € 3.304,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Messina;
- € 3.855,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Padova;

- € 3.765,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Pavia;
- € 4.056,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Perugia (Via della Cupa, 52);
- € 3.736,00, oltre oneri di legge, per il Centro Formativo di Torino (sede distaccata di Via Palazzo di Città, 10);
- € 8.539,00, oltre oneri di legge, per il Convitto di Perugia (Viale Antinori, 28).

10. ASPETTI FISCALI

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

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

Il medico che esercita attività intramoenia non è tenuto all'apertura della partita IVA ed il reddito è classificabile tra quelli di lavoro dipendente ai sensi dell'art. 50 del D.P.R. n. 917/1986.

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

In ogni caso, gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri come tutta la tipologia dei professionisti che operano sia in forma individuale che associata non sono obbligati all'iscrizione alla CC.IAA.

Tra gli adempimenti fiscali a cui deve provvedere il professionista, in primo luogo, si annovera la presentazione all'Agenzia delle Entrate, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, di apposita dichiarazione per ottenere il numero di partita IVA.

In determinate e precise condizioni si può ricorrere all' istituto della Prestazione Occasionale anche in assenza di numero di Partita Iva.

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

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

Per quanto riguarda il tipo di prestazione, 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 prestazione sanitaria in genere è soggetta a fatturazione che va rilasciata al momento in cui viene eseguita. 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 € 2.

Il medico che sostituisce il collega o che collabora a vario titolo, 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.

OBBLIGHI CONTABILI PER I PROFESSIONISTI

L'art. 13 del D.P.R. 29 settembre 1973 n. 600 sancisce l'obbligo della tenuta delle scritture contabili anche alle persone fisiche che esercitano l'attività di lavoro autonomo derivante dall'esercizio di arti e professioni sia in forma individuale che in forma associata. L'art. 19 dello stesso decreto sancisce che le persone fisiche che esercitano arti o professioni e le società o associazioni fra artisti e professionisti, devono annotare cronologicamente in un apposito registro le somme percepite sotto qualsiasi forma e denominazione nell'esercizio dell'arte o della professione, anche a titolo di partecipazione agli utili, indicando:

- Il relativo importo al lordo e al netto della parte che costituisce rimborso di spese diverse da quelle inerenti alla produzione del reddito eventualmente anticipate p,er conto del soggetto che ha effettuato il pagamento e l'ammontare della ritenuta d'acconto subita
- Le generalità di residenza anagrafica e l'indirizzo del soggetto che ha effettuato il pagamento;
- Gli estremi della fattura Nello stesso registro devono essere annotate cronologicamente le spese inerenti all'esercizio dell'arte e della professione delle quali si richiede la deduzione analitica ai sensi dell'art. 54 del DPR 917/1986.

LUOGO DI CONSERVAZIONE DELLE SCRITTURE CONTABILI

Il luogo dove devono essere tenuti i registri contabili deve essere segnalato nella dichiarazione di inizio attività. Qualora il contribuente dichiari che le scritture contabili sono tenute presso altri soggetti (es. commercialista) deve esibire un'attestazione predisposta dai soggetti medesimi (depositari delle scritture) riportante il luogo in cui esse sono conservate e la specificazione delle scritture contabili in loro possesso. Se in sede di verifica non viene esibita e se il soggetto che l'ha rilasciata si oppone all'accesso degli organi verificatori o non esibisce in tutto o in parte le scritture, si applicano le disposizioni sanzionatorie previste nel caso di rifiuto di esibizione delle scritture contabili.

TENUTA DELLE SCRITTURE CONTABILI - ORDINATA CONTABILITÀ

Secondo l'art. 2219 del Codice Civile le scritture contabili devono essere tenute secondo le norme di una ordinata contabilità: - senza spazi in bianco; - senza interlinee; - senza trasporti in margine; - senza abrasioni e, se necessaria qualche cancellazione, questa deve eseguirsi in modo che le scritture cancellate siano leggibili; - le scritture devono essere riportate a penna e non a matita. Per ordinata contabilità si intende la possibilità di risalire a tutte le operazioni effettuate ai fini della determinazione del reddito imponibile.

TENUTA DELLE SCRITTURE CONTABILI - CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI

L'art.2220 del Codice Civile dispone che le scritture contabili vanno conservate per almeno 10 anni dalla data dell'ultima registrazione. In presenza di accertamenti relativi al corrispondente periodo di imposta le scritture contabili obbligatorie devono essere conservate fino a quando non siano stati definiti, anche oltre il termine dei 10 anni dalla data dell'ultima registrazione. L'Autorità adita in sede di contenzioso può peraltro limitare l'obbligo di conservazione alle scritture rilevanti per la risoluzione della controversia in corso. Sempre per 10 anni vanno

conservati, ordinatamente, per ciascun incarico, gli originali delle lettere, dei telegrammi e delle fatture ricevuti e le copie delle lettere e dei telegrammi spediti e delle fatture emesse.

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 medico o l'odontoiatra che si apprestano ad intraprendere un'attività libero professionale devono confrontarsi con numerose norme in materia sanitaria, di promulgazione nazionale ma recepite a livello regionale, a volte, con diverse sfaccettature.

Nelle linee guida della Regione Lazio (Deliberazione 9 settembre 2015 n. 447) rivolte all'esercizio dell'attività sanitaria da parte dei professionisti (singoli o associati), da un punto di vista operativo, è possibile identificare due diverse tipologie di "studio medico/odontoiatrico":

- 1) Studio non sottoposto ad autorizzazione regionale poiché non attrezzato per “erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero, procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente”;
- 2) Studio sottoposto ad autorizzazione regionale ai sensi della L.R. 4/2003 e del R.R. 2/2007 e s.m.i.

CHI È ESCLUSO DAL REGIME AUTORIZZATIVO

Sono esclusi dal regime autorizzativo, oggetto soltanto di una comunicazione preliminare all'Azienda ASL territorialmente competente, gli studi medici/odontoiatrici ove il singolo professionista svolga procedure diagnostiche e terapeutiche non implicanti un rischio per la sicurezza del paziente (la DGR 447/2015 prevede una tabella, distinta per le varie discipline mediche, con l'elenco di tutte le prestazioni considerate a minore invasività).

Qualora ricorrano le suddette condizioni, oltre agli studi singoli o associati, è prevista un'altra tipologia di studi non soggetti ad autorizzazione all'esercizio: gli Studi Polimedici.

Si definiscono “*Studi Polimedici*” gli studi nei quali più professionisti espletano la propria attività professionale nella medesima unità immobiliare, anche in discipline specialistiche diverse, in maniera totalmente autonoma e indipendente dagli altri.

L'azienda ASL territorialmente competente è tenuta ad effettuare i dovuti controlli, conseguenti alla comunicazione di avvio attività, in una data concordata con il soggetto interessato e con la presenza, se richiesta, di un membro delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

COME RICHIEDERE L'AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO

I titolari di strutture soggette ad autorizzazione devono invece presentare un'istanza alla Regione Lazio per l'autorizzazione all'esercizio.

La richiesta prevede l'invio di una mole consistente di documenti, in formato cartaceo e in triplice copia, che è sottoposta ad una procedura valutativa da parte della Regione, in prima istanza, e successivamente da parte dell'ASL, che effettua i sopralluoghi per la verifica *in loco* dei "requisiti minimi".

ASPETTI PIÙ RILEVANTI PER AVVIARE UN'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Di seguito sono illustrati alcuni degli aspetti più rilevanti da prendere in esame per chi si appresta ad avviare un'attività libero-professionale, soggetta o meno ad autorizzazione regionale.

1) Destinazione d'uso dei locali

Primo aspetto da considerare è la destinazione d'uso dei locali scelti, che devono essere idonei per l'attività sanitaria che si vorrà esercitare o, qualora non lo fossero, bisognerà accertarsi che sia possibile effettuare un cambio di destinazione d'uso (si consiglia in ogni caso di parlare prima con i tecnici del Comune competente).

2) Certificato di agibilità dell'immobile

Altro aspetto importante, che spesso porta a delle lungaggini burocratiche e quindi ad un ritardo notevole nell'apertura dell'attività, è la presenza del certificato di agibilità dell'immobile:

nell'eventualità non fosse stato mai rilasciato, bisognerà richiederlo direttamente agli uffici preposti.

3) Requisiti minimi (strutturali, tecnologici-impiantistici, organizzativi)

Una volta individuato l'immobile con le caratteristiche suddette, dovrà essere reso idoneo al tipo di attività che si vuole svolgere seguendo, oltre ai regolamenti edilizi e di igiene, anche i cosiddetti "requisiti minimi" dettati dalla Regione, specifici per l'attività scelta.

I requisiti minimi sono suddivisi in tre macro-aree:

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

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

4) Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)

Un ultimo ma non meno importante aspetto da considerare è legato alla sicurezza nei luoghi di lavoro, con obblighi per il datore di lavoro sanzionabili sia amministrativamente che penalmente.

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

13. IL DATO SANITARIO

In ambito sanitario, così come in altri settori, si è assistito - negli ultimi anni - ad una massiccia digitalizzazione degli strumenti e delle procedure utilizzate.

Nello specifico, la cartella clinica non è più l'unico spazio dove sono contenuti i dati degli assistiti. La mole di dati sanitari digitali è, infatti, in continua crescita e comprende i flussi informatici riguardanti la spesa sanitaria relativa al consumo farmaceutico, a ricoveri e prestazioni specialistiche, oltre che i dati contenuti nei *software* dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta.

La gestione del dato sanitario è, quindi, un argomento di attualità e grande interesse per tutta la comunità scientifica.

13.1 Definizione

Cos'è il dato sanitario?

Il dato sanitario rientra nell'ambito dei cosiddetti dati sensibili, vale a dire di quei dati personali che – per loro natura - richiedono particolari cautele. Sono dati sensibili, ad esempio, quelli che possono rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose o di altra natura, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati o associazioni, la vita sessuale delle persone e - per l'appunto - lo stato di salute di un soggetto.

In merito alla gestione dei dati sanitari, secondo quanto previsto dall'art.4 del D. Lgs. 196/2003, si possono fare le seguenti distinzioni:

titolare del dato

- può essere una persona fisica o giuridica oppure un ente o un'associazione
- che ha supremazia e capacità decisionali in merito alle modalità di trattamento dei dati e sulle decisioni relative alla sicurezza informatica

responsabile del dato

- designato dal titolare attraverso una dettagliata lettera di incarico
- possono coesistere nella medesima struttura più responsabili per diverse categorie di dati e/o uffici con specifiche funzioni

incaricato del dato

- riceve dal titolare o dal responsabile una specifica lettera di incarico
- deve utilizzare i dati in conformità alla mansione ed alle indicazioni ricevute

13.2 Il dato sanitario elettronico ed i suoi “contenitori”

E' parso opportuno, in questo documento, riportare una sintetica definizione di alcuni “contenitori” del dato sanitario, così da permettere al giovane medico di comprendere come interfacciarsi con questi strumenti digitali di aggregazione del dato sanitario.

Il *dossier* sanitario o Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il fascicolo sanitario elettronico (FSE), altrimenti denominato *dossier* sanitario, è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito.

La legge istitutiva del FSE (D. Lgs. 18 ottobre 2012 n. 179), prevede che il fascicolo sia istituito dalle Regioni e Province Autonome ai fini di:

- a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è stato istituito anche il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione.

Nel FSE confluiscono informazioni provenienti da soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del SSN e dei servizi socio sanitari regionali nonché, su richiesta del cittadino, i dati medici in possesso dello stesso.

La FNOMCeO si è espressa a favore del trattamento dei dati, resi anonimi e non tracciabili, anche per finalità di ricerca e di governo, in quanto sarebbe stato riduttivo limitare al solo utilizzo clinico un'insostituibile fonte di informazioni utili per migliorare le conoscenze ed il servizio; pertanto, con opportune modifiche di legge, è stato reso possibile l'utilizzo dei dati clinici "*senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE*" (Legge 98/2013). A tale fine è previsto che vi sia l'attribuzione di un codice identificativo univoco dell'assistito che non consenta l'identificazione diretta dell'interessato.

Nel rispetto della *Privacy*, la legge afferma come il Fascicolo Sanitario Elettronico possa essere costituito solo dopo che il paziente abbia prestato il proprio consenso, peraltro sempre revocabile. Il paziente, inoltre, può sempre chiedere l'oscuramento di uno o più dati relativi al suo stato di salute e anche che di tale oscuramento non vi sia traccia. Com'è facilmente intuibile questo "oscuramento" potrebbe indurre in errore il medico che, avendo accesso ad un fascicolo di dati sanitari incompleto (e, come tale, potenzialmente fuorviante), potrebbe giungere a decisioni terapeutiche non ottimali.

Per legge è, infine, prevista un'interoperabilità del Fascicolo a livello regionale, nazionale ed europeo, e successive modifiche di legge hanno individuato nel Sistema Tessera Sanitaria

l'infrastruttura per poter garantire la suddetta interoperabilità a livello nazionale (il Sistema Tessera Sanitaria è una piattaforma gestita dal MEF - Ministero dell'Economia e Finanza).

Essendo creata dalle Regioni, l'interfaccia con cui è consultabile in ciascuna ambito territoriale può essere diversa, più o meno agevole per la consultazione e possono o meno essere previste modalità per l'importazione diretta dei documenti nelle schede sanitarie del medico curante.

La Cartella Clinica

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 - originariamente di genesi ospedaliera - è un documento eterogeneo, nel quale sono raccolti una serie di dati (anagrafici, sanitari, sociali, ambientali, etc.) 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, nello specifico, contenere i seguenti dati:

- generalità del paziente
- motivo del ricovero (e/o dell'accesso)
- regime di ricovero (e/o dell'accesso)
- data e struttura di ammissione
- provenienza del paziente
- anamnesi ed 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 ed ineludibili della compilazione della cartella clinica, essi sono quelli propriamente previsti per la compilazione di qualsiasi certificazione sanitaria.

Essi, in sintesi, sono rappresentati da:

la *chiarezza* nei contenuti e la leggibilità degli stessi; pertanto, la cartella clinica deve essere compilata dal medico con grafia intellegibile, meglio se battuta a macchina o al computer;

la *veridicità*, di ciò che è constatato;

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;

l'*accuratezza* relativamente ai dati e alle informazioni prodotte;

la *pertinenza*, vale a dire la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite;

la *completezza*, cioè l'inserimento in cartella di tutti gli elementi che la compongono;

la *contestualità*: la cartella clinica è, per sua natura, un acclaramento storico contemporaneo, pertanto, le annotazioni ivi presenti vanno apportata pressoché contemporaneamente allo svolgersi dell'evento descritto, senza ritardo se non quello fisiologico legato alla prestazione da eseguirsi sul paziente.

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. I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono, invece, tenuti alla creazione e alla conservazione dell'analogha Scheda Paziente, di cui oltre si dirà. Analogamente dovrebbero comportarsi tutti i medici che operano in regime libero-professionale puro, ivi compresi gli odontoiatri.

La cartella clinica per costante giurisprudenza della Cassazione, è un atto pubblico di fede privilegiata (in altri termini, quanto in essa riportato fa fede fino a prova di falso) e gode - inoltre - di apposita regolamentazione per quanto concerne la sua archiviazione e conservazione.

Dalla qualificazione di atto pubblico della cartella clinica, unita al riconoscimento giurisprudenziale del medico quale pubblico ufficiale nel momento in cui la compila (svolgendo, cioè, un atto amministrativo per conto dello Stato) deriva la punibilità dello stesso per eventuali reati di falsità (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.) e professionali (art. 622 c.p.).

La cartella clinica va, quindi, compilata in tempo reale e vanno evitate tutte le successive modifiche, aggiunte, alterazioni o cancellazioni in quanto determinano reato di falso (a seconda del caso concreto materiale e/o ideologico) in atto pubblico.

Se il documento clinico è incompleto, inoltre, possono essere ammesse presunzioni logiche come fonti di prova, e non può essere escluso il nesso eziologico tra condotta colposa dei medici e patologia accertata, consentendosi – al contrario - il ricorso alle presunzioni.

Per tali ragioni non se ne può nemmeno delegare la compilazione.

Per quanto riguarda, poi, la tenuta della cartella clinica, si tratta di un obbligo che grava sulla struttura. Il paziente, dal canto suo, ha diritto di prenderne e di estrarne copia in qualsiasi momento.

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.

Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, devono essere conservate per un tempo illimitato.

La documentazione diagnostica assimilabile alle radiografie, o alla restante documentazione diagnostica, va conservata – invece – per almeno vent'anni, non rivestendo il carattere di atti ufficiali. Tuttavia, i referti stilati dal medico specialista radiologo o medico nucleare seguono la sorte della cartella clinica, dovendo essere conservati in maniera illimitata nel tempo (quali allegati della cartella).

Scheda paziente

Si definisce Scheda paziente l'insieme dei dati relativi ad un assistito presente nel *software* del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di libera scelta (PLS).

Per raccogliere dati nella scheda il medico di famiglia deve raccogliere il consenso e può farlo in modo semplificato annotandolo sulla scheda sanitaria.

E' comunque obbligato a fornire mediante pieghevoli, manifesti in sala d'attesa e/o sul sito internet dello studio, una chiara informativa.

La scheda contiene i dati anagrafici dell'assistito ed è generalmente ordinata per problemi clinici, e per ciascun problema sono annotati in modo ordinato e codificato le terapie prescritte ed in atto, gli accertamenti effettuati ed ha la funzione di permettere al medico di prescrivere impegnative per farmaci ed esami, tenendone traccia. Nella scheda sono, inoltre, predisposti i campi per poter contenere informazioni su esenzioni dalla spesa sanitaria, reazioni avverse a farmaci, fattori di rischio, abitudini di vita e attività lavorativa, oltre che per tenere traccia di ogni contatto dell'assistito con lo studio medico definendone la tipologia (visita domiciliare, visita ambulatoriale, telefonata, richiesta indiretta tramite personale).

Dal momento dell'avvio a regime, da parte della Regione o Provincia Autonoma di appartenenza, del progetto Tessera Sanitaria (DPCM 26 marzo 2008, art. 13 comma 5), formalizzato dalla normativa nazionale e dagli accordi i medici di medicina generale (secondo quanto previsto dal contratto di categoria) i medici provvedono - con la ricetta elettronica - ad inviare un flusso continuo di dati sanitari; dati che, in ogni caso, sono presenti nella scheda paziente.

Il *Patient Summary* o Profilo Sanitario Sintetico PSS

Ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del succitato decreto, il profilo sanitario sintetico è il documento socio sanitario informatico redatto e aggiornato dal MMG/PLS, che riassume la storia clinica del paziente e la sua situazione corrente conosciuta.

Il patient summary, affermano le Linee guida ministeriali, "è creato, aggiornato e mantenuto solo dal MMG/PLS; non può essere creato in maniera automatica a partire dal FSE; è sempre frutto di una valutazione professionale e la frequenza di aggiornamento, che deve essere adeguata, è a discrezione del MMG/PLS".

A questo proposito si è condiviso un modello che, pur essendo in prospettiva adeguabile a un sistema totalmente codificato e potenzialmente in grado di consentire - quindi - un'interoperabilità internazionale a prescindere dalle differenze linguistiche, consente, in una prima fase, di inserire solo le informazioni essenziali anche con l'utilizzo di campi a testo libero.

Il modello dovrebbe contenere:

- dati anagrafici identificativi dell'assistito
- recapiti telefonici ed e-mail
- esenzioni dalla spesa sanitaria
- dati anagrafici e recapiti del medico curante (medico di famiglia/pediatra)
- capacità motoria
- attività lavorativa
- patologie croniche
- organi mancanti/trapianti effettuati
- malformazioni
- reazioni avverse a farmaci
- allergie
- protesi/ausilii
- terapia cronica
- terapia farmacologica pregressa
- anamnesi familiare
- fattori di rischio

E' ovviamente previsto il caricamento, in automatico, dei dati amministrativi già presenti nel sistema.

Nella elaborazione del modello del *patient summary* la FNOMCeO ha fornito contributi relativi a numerosi aspetti della stesura della bozza di decreto relativi, ad esempio, alle definizioni, ai profili di accesso e ai profili di responsabilità dei diversi soggetti interessati.

13.3 Gestione del dato sanitario

In tema di gestione del dato sanitario, oltre a quanto sin qui riportato in riferimento alla normativa vigente, si ritiene utile riportare il testo integrale di alcuni articoli del Codice di Deontologia Medica 2014:

Art. 11 Riservatezza dei dati personali

Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza, in particolare dei dati inerenti alla salute e alla vita sessuale.

Il medico assicura la non identificabilità dei soggetti coinvolti nelle pubblicazioni o divulgazioni scientifiche di dati e studio clinici. Il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati stessi.

Art. 12 Trattamento dei dati sensibili

Il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa o del suo rappresentante legale e nelle specifiche condizioni previste dall'ordinamento.

Art. 25 Documentazione sanitaria

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o del suo rappresentante legale o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto. Il medico, nei casi di arruolamento in protocolli di ricerca, registra i modi e i tempi dell'informazione e del consenso informato anche relativamente al trattamento dei dati sensibili.

Art.78 Tecnologie informatiche

Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche. Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel Rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la Consapevole partecipazione della persona assistita. Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati.

Si riportano, inoltre, gli indirizzi applicativi allegati al succitato art. 78, proposte dal gruppo di lavoro FNOMCeO su *Information Communication Technology*:

comma 1

Il medico, nell'uso di qualsiasi strumento informatico, deve acquisire il consenso al trattamento dei dati, garantire che i dati da lui raccolti siano coerenti con le finalità del trattamento stesso, nonché provvedere, per quanto di competenza, alla garanzia della pertinenza e veridicità dei dati raccolti, impegnandosi per la loro assoluta riservatezza.

comma 2

Il medico collabora a eliminare ogni forma di discriminazione nell'uso delle tecnologie informatiche e a garantire uguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari, nonché il recupero del tempo necessario per la relazione di cura.

comma 3

Il medico deve utilizzare sistemi affidabili e privilegiare i servizi pubblici o privati che consentano la creazione di un formato indipendente rispetto alla piattaforma, senza che sia impedito il riuso dell'informazione veicolata, assicurandone la disponibilità, la riservatezza e le modalità di conservazione.

comma 5

L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla più idonea gestione dei percorsi assistenziali e al miglioramento della comunicazione interprofessionale e con i cittadini.

comma 8

Il medico deve favorire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici per la gestione della complessità propria della medicina e per il miglioramento degli strumenti di prevenzione individuale e collettiva in particolare a fronte di risultanze cliniche e scientifiche che ne documentino o giustifichino la scelta preferenziale.

comma 9

Il medico collabora a garantire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici ad esclusiva finalità di tutela della salute, ivi comprese le finalità di ricerca, di governo e di controllo e di telemonitoraggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza da attuarsi

secondo le previsioni della vigente normativa, della raccolta, utilizzo e monitoraggio dei dati dei pazienti.

L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla maggiore efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, nonché alla promozione del miglioramento delle procedure professionali e della valutazione dei risultati delle prestazioni mediche.

14. L'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA PER I PROFESSIONISTI

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

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

Sono, altresì, rivisitate le modalità e le caratteristiche dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, nonché gli obblighi di assicurazione. In estrema sintesi, il cittadino che si sente parte lesa farà valere - in concreto - i propri diritti di risarcimento nei confronti dell'Azienda in cui lavora il medico. L'onere della prova, in questo caso, è a carico dell'Azienda stessa; ribaltato è, invece, l'onere della prova laddove il paziente agisca direttamente nei confronti del singolo professionista sanitario. L'art. 7, in particolare, definisce la responsabilità civile del medico e della struttura sanitaria stabilendo, al comma 1, che *“la struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria*

obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose". In altre parole rimane in capo struttura sanitaria una responsabilità di natura contrattuale, anche in relazione alle prestazioni sanitarie svolte dai medici in regime di libera professione intramuraria, in regime di convenzione col SNN e attraverso la telemedicina. Extra-contrattuale, invece, diventa la natura del rapporto tra paziente e singolo medico, a meno che quest'ultimo non svolga un'attività professionale di tipo privatistico svincolata da rapporti di collaborazione con strutture sanitarie. In definitiva la riforma intende spostare il rischio sul soggetto maggiormente capiente (l'Azienda Sanitaria - sia essa pubblica o privata), a vantaggio tanto dell'esercente la professione sanitaria, il quale risponde solo dei danni integralmente provati dal paziente (art. 7 comma 3, *ex art.* 2043 cod. civ.), tanto del paziente medesimo che viene invitato ad agire contro chi più facilmente può ristorare i danni.

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

Al comma 2 dell'art 10 si stabilisce, invece, che *"per l'esercente la professione sanitaria che svolga la propria attività al di fuori di un'azienda, struttura o ente di cui al comma 1 del presente articolo resta fermo l'obbligo di cui all'articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, dall'articolo 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, e dall'articolo 3, comma 2, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189"*. L'articolo stabilisce,

quindi, come già anticipato, che il medico che svolge la sua attività in regime libero-professionale “al di fuori di strutture sanitarie pubbliche o private” è obbligato a stipulare una polizza privata a copertura del rischio professionale.

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

Guida ad opera deill'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri della FNOMCeO in carica nel triennio 2015-2017: **Prof. Alessandro Bonsignore (Coordinatore), Dott.ssa Giulia Zonno (Esperta), Marco Gardini (Responsabile), Dott. Nicola Arcelli, Dott. Alessandro Bonci, Dott. Lorenzo Capasso, Dott.ssa Michela Chiarlo, Dott. Alessandro Conte, Dott. Virgilio De Bono, Dott. Luigi Di Marino, Dott.ssa Carla Fundoni, Dott. Eugenio Garofalo, Dott.ssa Laura Iorio, Dott.ssa Noemi Lopes, Dott. Carlo Manzi, Dott.ssa Caterina Marcucci, Dott. Carlo Manzi, Dott. Filippo Marsella, Dott. Tiziano Palma, Dott. Enrico Peterle, Dott. Carlo Piredda, Dott. Fabrizio Sottile, Dott. Antonio Velluto, Dott. Andrea Ziglio.**

Si ringraziano, per la collaborazione, i seguenti Ordini: **Alessandria, Aosta, Asti, Arezzo, Avellino, Belluno, Bergamo, Biella, Bologna, Brescia, Brindisi, Campobasso, Caserta: Chieti, Como, Cremona, Cuneo, Enna, Ferrara, Firenze, Forlì-Cesena, Genova, La Spezia, Latina, Lecce, Lecco, Lucca, Macerata, Matera, Messina, Modena, Monza e Brianza, Napoli, Novara, Palermo, Parma, Pesaro e Urbino, Piacenza, Prato, Ravenna, Reggio Emilia, Rieti, Rimini, Roma, Salerno, Savona, Siena, Torino, Trento, Treviso, Udine, Varese, Venezia, Vercelli, Verona.**

Si ringrazia, altresì, l'Osservatorio Giovani ENPAM (Concetta D'Ambrosio, Stefano De Gregoriis, Camilla Russo, Francesca Manzieri, Enrico Peterle).

Testo di partenza: "Vademecum per neolaureati", a cura del Segretario della FNOMCeO Dr. Luigi Conte – in collaborazione con l'Ufficio Legale della FNOMCeO, 2013.