



MI SONO ABILITATO ----- E ADESSO?

CONTROGUIDA DEL CAMICE GRIGIO

3.0



Cos'è Chi Si Cura di Te?

Art.2 dello Statuto di Chi Si Cura di Te?: "Chi si Cura di Te" ha l'obiettivo di dar voce e promuovere i diritti dei giovani professionisti e delle giovani professioniste della salute, mantenendo un approccio generale e di sistema, che mira al miglioramento del Servizio Sanitario e della formazione medica e alla tutela del diritto alla salute. L'associazione ha altresì l'obiettivo di coinvolgere la cittadinanza tutta promuovendo una corretta informazione e il dibattito pubblico sui temi della salute.

Da che parte cominciare a raccontare questa storia?

Il primo capitolo vede un gruppo di giovani futuri medici nelle rappresentanze universitarie; il secondo capitolo ci vide alla lotta di fronte al ginepraio in cui ci trovammo una volta abilitati. Il capitolo attuale, il terzo, racconta la nostra trasformazione in associazione spinti dal desiderio di cambiare le cose: per fare questo ci siamo posti degli obiettivi.

Il primo obiettivo era l'individuazione di tutte le carenze e le problematiche che vivono i giovani medici, che siano camici grigi, specializzandi, corsisti di medicina generale, ma anche i vecchi medici qualsiasi ruolo loro abbiano nel SSN. In questo senso è stato facile identificarci coi camici grigi, definirci, per alcuni, non sufficientemente rappresentativi per le microcategorie della nostra professione. Si tratta, quest'ultima, di una scelta motivata, partendo anche dalla nostra professione in un'ottica di dialogo tra i singoli, unico e fondamentale strumento per il vero salto di qualità del nostro lavoro e del nostro Servizio Sanitario. Migliorare la qualità della vita dei professionisti della salute, senza che il miglioramento della vita di uno vada a ledere alla vita dell'altro è, per noi, l'unica e imprescindibile via.

Il secondo obiettivo parte da quest'ultimo concetto: la lotta al corporativismo in sanità. La coltivazione del proprio orticello ha superato le aspettative iniziali portando non solo alla creazione di associazioni di categoria per le singole professioni, ma anche per i sottogruppi delle professioni. Tra queste parti il dialogo è ai minimi storici e questo porta a notevoli danni per il nostro SSN.

Il terzo obiettivo parte dal secondo, tramite il dialogo possiamo ottenere un miglioramento della formazione sanitaria, in ogni suo livello ed articolazione, con un ragionamento di filiera che va dal primo giorno di medicina in poi, ed il superamento dell'attuale sistema di specializzazioni mediche, con una programmazione adeguata delle borse, come ripetiamo ormai da anni.

Il quarto obiettivo viene di conseguenza ed è la difesa del SSN pubblico ed il suo miglioramento nell'ottica della garanzia a tutti gli esseri umani presenti sul territorio del diritto alla Salute, insieme alla garanzia del diritto al lavoro per tutti.

Per finire il quinto obiettivo, quello più ambizioso, ossia il ridare al medico ed a tutte le professioni sanitarie il ruolo sociale che hanno e stanno perdendo.

Ho passato l'Esame di Stato in Medicina: e adesso?!

Arriviamo al dunque, quello che vorresti sapere. Lasciati farti fare, da tutti noi di Chi Si Cura di Te, i complimenti! Hai finito di studiare medicina! Ti manca la formazione postLaurea per accedere a bandi statali...Così eccoti qua, a domandarti cosa devi fare e come trovare lavoro!

Questa controguida ha l'obiettivo di darti una mano e suggerimenti per saperti meglio gestire nel complicato mondo del Camice Grigio (il medico non specialista)! Non sarà, invece, nostro obiettivo darti suggerimenti clinici per i quali, invece, ti consiglieremo lungo le prossime pagine eventuali testi utili durante il percorso!

Piccola nota dei redattori: perché CAMICI GRIGI. Abbiamo coniato questo termine, ormai nel 2015, non tanto perché la libera professione sia un momento grigio e triste, anzi è un ottimo banco di prova dove per la prima volta si è chiamati a svolgere la propria professione, e mai come in questo ambito tutto dipende da voi e solo da voi, perché non ci sono reparti o strutture alle vostre spalle o colleghi più esperti ad aiutarvi. È anche vero, però, che il libero professionista, non specialista né diplomato in medicina generale, è una figura a metà che, proprio perché deve ancora terminare il proprio percorso formativo, non ha un'allocazione definitiva nel Sistema Sanitario. Insomma camici grigi perché soggetti incastrati in un limbo in attesa di completare la propria formazione.

Indice

• Cos'è Chi si cura di te?	1
• Adempimenti postabilitazione	4
I - Iscrizione all'ordine dei medici	4
II - Assicurazione	5
III - Codice regionale	7
IV - Codice di accesso al sistema TS	7
V - Credenziali per la dematerializzata	7
VI - Credenziali INPS e INAIL	8
VII - PEC (Posta elettronica certificata)	8
VIII - Ricettario per i farmaci stupefacenti	9
IX - Fiscalità e Medicina: in direzione ostinata e contraria	9
X - ENPAM	18
XI - Specializzandi e previdenza	21
XII - La previdenza complementare	22
XIII - Riscatto della laurea a fini pensionistici	23
XIV - Progetto tessera sanitaria e 730 precompilato	25
XV - Formazione ECM, ovvero la formazione continua in medicina	26
• I primi acquisti d'obbligo	31
I - Il Timbro	31
II - La borsa del giovane medico	31
• I certificati	32
• Quali lavori può fare il camice grigio?	38
I - Il medico come lavoratore autonomo	39
II - Sostituzioni: medici di famiglia e pediatri di libera scelta	42
III - La Continuità assistenziale	48
IV - Docenze	51
V - Assistenza medica a manifestazioni in generale (sportive e non)	53
VI - Il giovane medico come direttore sanitario	54
• La formazione post-lauream	58
I - Concorso Nazionale per le Specializzazioni Universitarie	58
II - Concorso per il Corso Specifico di Formazione in Medicina Generale	59
III - I corsi di Agopuntura	62
IV - Le scuole di Psicoterapia	63
• La convenzione con lo studio legale AlterEgo	66

Adempimenti post abilitazione:

Iscrizione all'ordine dei medici

Una volta abilitati si deve procedere con l'iscrizione all'ordine dei medici, poiché senza l'iscrizione all'ordine professionale, non è possibile esercitare tale professione; l'ordinamento professionale è, infatti, un obbligo di legge stabilito dall'Art. 33 della costituzione, ci si può iscrivere o nell'ordine della provincia della propria residenza oppure anche nella città dove si è studiato. **Gli Ordini delle città universitarie, di solito, permettono l'iscrizione anche a coloro che non sono residenti in quel territorio.** L'iscrizione verrà pagata per intero indipendentemente che vi abilitiate a febbraio o a luglio. Informatevi, però, perché *alcuni ordini provinciali stanno adottando politiche che vengono incontro al neoabilitato, prevedendo, nei primi anni, una quota di iscrizione ridotta.* Per farlo potrai stampare dal sito del tuo OMCeO tutti i documenti utili che ti daranno le indicazioni per il versamento del pagamento. Dovrai, inoltre, farti delle fototessere che consegnerai insieme ai tuoi documenti (e che ti marchieranno per il resto della tua vita come immagine del tuo tesserino dell'ordine ndr, ma no pressure!).

Ma che cos'è l'ordine dei medici?

Per capirlo dobbiamo, per forza di cose, parlare un po' in legalese! L'Ordine dei Medici è, infatti, un *Ente di diritto pubblico ricostituito con D.L.C.P.S. 13/9/1946 n.233 per la disciplina dell'esercizio della professione medica.* L'Ordine è retto da un *Consiglio Direttivo che viene eletto ogni 3 anni dall'assemblea degli Iscritti. Il Presidente ha la rappresentanza legale dell'Ordine.*

Si vabbè...Ma COSA FA l'ordine dei medici?

- Compila, tiene ed aggiorna l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;
- Vigila alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- Designa i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- Promuove e favorisce tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- Dà il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- Esercita il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- Si interpone, 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.

Nella pratica, l'utilità degli ordini, varia molto da città a città. Molti si dotano di

commissioni specifiche per i giovani che si occupano di provare a coinvolgere i giovani medici nelle questioni dell'ordine. In questo momento la Federazione Nazionale degli OMCeO (FNOMCeO), ha costituito una biblioteca virtuale da cui tutti gli iscritti possono scaricare file utili. Spesso i singoli ordini propongono vari corsi ECM **gratuiti**.

Giuramento

Ogni ordine dei medici esegue in determinati periodi dell'anno una cerimonia in cui i giovani medici vengono salutati dal presidente dell'ordine dei medici a cui si sono iscritti e ricevono la pergamena con scritto il giuramento di Ippocrate, giuramento che viene letto durante la cerimonia. Si riceve, inoltre, talvolta la spilla dell'ordine dei medici, o manuali utili per la diagnostica e terapia o altri tipi di regali di benvenuto!

Assicurazione

L'assicurazione è fondamentale! Il nostro è purtroppo un lavoro a rischio, l'assicurazione nonostante non sia ancora un obbligo rimane pur sempre un importante atto di previdenza! A seguire un po' di legalese:

- *La Responsabilità **civile** verso terzi è quella che **copre la polizza assicurativa**.*
- *La Responsabilità civile fa riferimento all'art. 2043 c.c.: Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che lo ha commesso a risarcire il danno, per violazione del principio "neminem laedere".*

Risulta estremamente importante la **corretta comunicazione all'assicuratore delle specifiche della propria attività** (ossia dove lavori e cosa intendi fare), per una corretta impostazione del rischio da assicurare, risulta molto utile a tal fine compilare scientemente il c.d. questionario assuntivo.

Nel caso l'attività venga svolta in qualità di dipendente di struttura pubblica o dipendente/collaboratore di struttura privata, l'assicurazione tutelerà l'Assicurato rispetto a quanto sia tenuto a rimborsare all'Erario in qualità di dipendente della P.A. (Responsabilità Amministrativa) o Istituto privato (Rivalsa), entro i limiti previsti in polizza (Massimale).

Ricordiamo che, invece, la responsabilità **penale** consiste nell'aver commesso (con dolo) un fatto previsto dalla legge come reato. **Non risulta, pertanto, MAI coperto da assicurazione, in quanto contrario a norme imperative nemmeno con patto speciale con la Compagnia di assicurazione, con l'unica eccezione della copertura anche per dolo dei dipendenti/collaboratori o persone delle quali l'assicurato debba rispondere (la Colpa Grave è sempre ammessa).**

Grazie, direte, ora è tutto molto più chiaro..... Andiamo, quindi, meglio nel dettaglio!

- **Cos'è il massimale?** Per massimale si intende la **massima esposizione della Compagnia di assicurazione per quello specifico rischio** che può essere ris-

arcito per i danni provocati **a terze persone, danni a cose o attrezzature**. Oltre quel livello, è l'assicurato a rispondere del danno di tasca propria per tutti i danni che ha causato. L'eccedenza rispetto al massimale non può essere opposta al danneggiato pertanto è consigliabile adottare un massimale adeguato al potenziale rischio di ciascuna attività sanitaria specifica.

• **Cosa si intende per premio?** Il premio assicurativo è il corrispettivo **che il cliente di una compagnia assicurativa versa per ottenere la copertura assicurativa**. Nel caso dell'assicurazione per responsabilità civile, il suo ammontare può variare notevolmente, a seconda dello spettro di copertura richiesto alla polizza, dell'attività esercitata, del massimale, delle franchigie e/o scoperti, della compagnia presso cui si decide di stipulare la polizza (specifica e di nicchia per tali rischi o meno) e così via. Tutto ciò incide infatti nel calcolo del premio di tariffa per il tal rischio da assicurare.

• **Quindi che fattori prendere in considerazione per scegliere una buona assicurazione?** Sicuramente che il massimale sia adeguato al vostro potenziale rischio, nel caso di un'assicurazione professione è importante, inoltre, valutare **quali** danni copra (colpa lievissima, lieve, grave). Per capirlo è necessario, come già accennato, specificare all'assicuratore attraverso il questionario assuntivo che tipo di lavoro si intende svolgere (manifestazioni sportive, convegni e congressi, sostituzioni, lavori al 118 ecc.). Eventuale dato da non sottovalutare è la presenza di una **franchigia** ovvero se viene stabilita nella polizza un eventuale cifra fissa superata la quale interviene la copertura o scoperto ossia la percentuale del danno che è a carico dell'assicurato. Il premio può essere utile per un confronto di prezzi, per fare questo vi conviene prendervi tempo e confrontarvi tra colleghi. È possibile, in particolare per gli abilitati di luglio, che questo tempo non ci sia, in tal caso potreste iniziare ad informarvi prima del test di abilitazione se non siete scaramantici.

• Alcuni enti possono richiedervi oltre all'assicurazione per responsabilità civile anche una polizza infortuni, ad esempio per i contratti libero professionali presso le aziende ospedaliere o anche solo per avere l'autorizzazione a frequentare un reparto come medico volontario, in tal caso (a meno che non ci sia una specifica sensibilità assicurativa) è suggeribile per un maggior contenimento dei costi propendere per la sola copertura infortuni di tipo professionale (escludendo la copertura per il tipo extra – professionale).

• Ricordatevi, inoltre, che alcune assicurazioni inseriscono nel contratto il tacito rinnovo, se, pertanto aveste desiderio, per un motivo qualunque, di cambiare assicurazione, vi conviene essere sicuri di quando avviene il rinnovo e quanto tempo prima (ed in che modalità, se per esempio doveste inviare a Roma una raccomandata A/R e foste in altra regione potrebbe volerci un po'...) questo vada eseguito.

Riassumendo, le caratteristiche di una buona polizza:

- **Massimale:** almeno **1 milione** di euro per star tranquilli!
- Verificare l'assenza di eventuali **scoperti o franchigie**.
- Verificare i **rischi inclusi** e quelli **esclusi** (colpa lieve, lievissima, grave)
- Scegliere una polizza che abbia **garanzia di retroattività o garanzia postuma** a seconda delle necessità (se cambiate assicurazione considerate sempre di andare a coprire **tutto il periodo** in cui finora avete lavorato utilizzando la formula assicurativa CLAIMS MADE!)
- Verificare che sia presente la clausola di colpa grave.

Codice regionale

È un codice di identificazione del medico rilasciato dalla ASL o USL che viene rilasciato a chi lavora in continuità assistenziale o, in generale, come medico dipendente ASL o USL (MMG, medico strutturato in reparto...). Se non avete un incarico con essa non vi verrà fornito. NB: il codice regionale vale **solo** per la mansione che si ricopre e **solo** nella regione in cui lo abbiamo richiesto pertanto se si va a svolgere la propria professione in una regione diversa ne andrà chiesto un ulteriore in quella sede e andrà fatto un nuovo timbro.

Codice di accesso al sistema TS

Serve per poter eseguire i **certificati medici di malattia** e per poter inserire i dati delle fatture dei pazienti a cui esegui i certificati medici (di qualsiasi tipo essi siano). Il consiglio è di inserirli di volta in volta, ma di per sé, a meno che tu non ti metta a lavorare per una struttura che ti faccia fare 10 certificati medici al giorno, non dovresti eseguirne più di una ventina l'anno. Le fatture dei certificati medici vanno inseriti su sistemaTS entro il 31 gennaio dell'anno dopo (ossia quelli del 2016 entro il 31 gennaio 2017, quelli del 2017 andranno inseriti entro il 31 gennaio 2018 ecc.), ma di questo parleremo meglio più avanti parlando del **"Progetto Tessera Sanitaria"**. Alcuni ordini dei medici particolarmente volenterosi si occupano di fornirti queste credenziali, in caso alternativo starà a te capire come ottenerli solitamente prendendo contatti con la direzione sanitaria dell'ASL a te più vicina. Il sistemaTS fornisce, inoltre, i medici di CA e di MMG della possibilità di vedere le esenzioni attive per i pazienti.

Credenziali per la dematerializzata

In tutte le regioni, ormai, si sta andando verso una quasi completa eliminazione delle vecchie ricette rosse in favore della cosiddetta "ricette dematerializzata". Per spiegarlo in termini molto semplificati: è un sistema elettronico che sfrutta un cloud, ossia un collegamento internet tra le farmacie, i medici di famiglia, ospedali ed ASL, per far ricevere in automatico i farmaci e le prestazioni all'erogatore. In questo modo si risparmia molto dal punto di vista economico

(le cosiddette ricette rosse vengono prodotte dalla Zecca dello Stato con il costo di circa 1 euro a ricetta) e si mantiene un ordine maggiore nelle erogazioni, sia in termini quantitativi che in termini di facilitazione per i pazienti. Se, infatti, perdono il foglio bianco, il cosiddetto "promemoria", che il medico consegna con la prestazione, si potrà ristampare senza emettere una ulteriore ricetta. Alcuni medici, per risparmiare carta, la inviano persino via email, anche se in tal senso le regole variano molto da regione a regione! Per ottenere le credenziali bisogna informarsi presso le direzioni sanitarie dei distretti e delle ASL (o USL). In Piemonte, per portare un esempio pratico, questa credenziale è chiamata "rupar" ed è nell'interesse del medico generico che tu ce l'abbia, in quanto legalmente loro devono eseguire una altissima percentuale di dematerializzata e, pertanto, può far richiesta lui stesso (in alcuni casi può far richiesta addirittura solo lui...per la serie "ufficio complicazioni affari semplici"). Altrimenti ti basterà informarti presso i tuoi colleghi o presso la più vicina direzione sanitaria di un ASL per sapere esattamente come ottenerle. **Ci mette però una decina di giorni ad arrivare, quindi bisogna partire per tempo.** Una volta ottenute, le credenziali vanno inserite nel gestionale e i promemoria porteranno il nome di chi le ha effettivamente emesse e non del medico titolare dello studio. Si sottolinea che nelle regioni in cui è presente la dematerializzata è fondamentale usarla.

Credenziali INPS e INAIL

Le prime servono per avviare eventuali domande di invalidità per i pazienti che potreste incontrare in corso di una sostituzione e si richiedono direttamente agli uffici dell'INPS o tramite internet.

Le credenziali INAIL invece servono per la trasmissione di eventuali certificati di malattia professionale o infortunio sul lavoro ed è necessario l'invio telematico della domanda. Tutta la procedura è spiegata al seguente link: https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_220208.pdf?section=servizi-per-te.

Quest'ultime sono particolarmente utili in quanto non è così raro dover chiudere una procedura inail o farne la continuazione (*piccola nota: se l'infortunio ha una prognosi di 3 giorni si autochiude, se il paziente ha la chiusura di più di 3 giorni che scade di sabato o di domenica può recarsi di venerdì all'inail e informare gli uffici*). Come vedremo più avanti i certificati inail sono a pagamento.

PEC (Posta elettronica certificata)

Alcuni ordini dei medici hanno aperto delle convenzioni grazie alle quali ti verrà fornito un indirizzo PEC al momento dell'iscrizione; in alternativa dovrai, purtroppo, acquistarla. Per nostra sfortuna la PEC ha veramente un'utilità, viene infatti spesso richiesta nella compilazione dei bandi, come quelli della Continuità Assistenziale. In teoria dovrebbe essere utilizzata per le comunicazioni ufficiali, nella pratica non è sempre così e spesso serve proprio solo per l'iscrizione ai bandi. Inoltre è molto utile per tutta la fatturazione elettronica.

Ricettario per i farmaci stupefacenti

Si tratta di un ricettario con un codice identificativo che viene utilizzato per prescrivere i farmaci "di cui alla tabella II, sezione A e all'allegato III-bis del testo unico in materia di stupefacenti". Serve per la prescrizione della terapia del dolore (nella pratica per la prescrizione di Morfina e poche altre cose). Il problema è che avendo un **codice identificativo viene allegato al medico** ed al suo codice di iscrizione all'ordine dei medici. Questo significa, banalmente, che NON si può utilizzare come quello classico, ossia **NON potete utilizzare quello del collega che state sostituendo**. Per averne una basta recarsi all'ASL (o all'USL) più vicina. Sarà molto raro che lo utilizzate, ma non è un buon motivo per non averlo. Quando vi capiterà di usarlo dovrete compilarlo esattamente come quello normale, tranne la parte dove vi è scritto "acquirente" la cui compilazione è di pertinenza del farmacista. Ogni ricetta si trascrive su due foglie di carta copiativa. Al paziente si deve consegnare i primi due fogli e timbrali entrambi e con quelli si presenterà in farmacia.

Cosa succede se un paziente perde la ricetta o il farmaco? In questo caso è necessaria la denuncia ai carabinieri!

Fiscaltà e Medicina: in direzione ostinata e contraria

Innanzitutto: l'attività medica può essere esercita:

- Alle dipendenze di un ente ospedaliero o di una casa di cura (Medico Dipendente)
- In qualità di libero professionista, anche in forma associata (Libero professionista/Studio Associato)

MEDICO LAVORATORE DIPENDENTE

Se avete un contratto di lavoro subordinato, produce fiscalmente un reddito di lavoro **dipendente**, il quale viene tassato dal sostituto d'imposta (datore di lavoro) (art. 49,50 e 51 DPR n. 917/1986 – c.d. Tuir).

L'attività può essere svolta:

- Direttamente nei confronti del paziente nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private;
- Direttamente nei confronti del paziente nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche, oltre però il normale orario di lavoro (come attività intramoenia);
- Direttamente nei confronti del paziente nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche da parte di medici specializzandi, sulla base di convenzioni stipulate con le università.

Nel dettaglio, per quel che attiene i **medici specializzandi**:

Le attività mediche effettuate da specializzandi possono essere effettuate sulla base di convenzioni stipulate con le Università. Gli specializzandi prestano la loro opera presso gli ospedali, percepiscono una **borsa di studio**, considerata fiscalmente come reddito assimilato a lavoro dipendente. Tali borse di studio, essendo erogate per la frequenza di corsi post-laurea, **sono esenti da Irpef**.

MEDICO LAVORATORE AUTONOMO

Vedremo meglio più avanti cos'è un lavoratore autonomo e come si differenzia da un lavoratore "subordinato" nel dettaglio, vi anticipiamo per ora che in base all'art. 53, 1° comma del DPR n. 917/1986, "sono redditi di lavoro autonomo quelli che derivano dall'esercizio di arti e professioni".

I principali elementi che caratterizzano il lavoro autonomo pertanto sono:

- La prevalenza del lavoro personale del prestatore d'opera;
- L'assenza del vincolo della subordinazione;
- La libera pattuizione del compenso;
- L'assunzione delle spese e dei rischi inerenti all'esecuzione medesima.

L'attività può essere svolta:

- Direttamente nei confronti del paziente nell'ambito di uno studio privato;
- Come attività extramoenia, quando i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) utilizzano strutture o studi privati per svolgere la libera professione;
- A favore di strutture sanitarie private di terzi;
- Mediante un rapporto di convenzionamento con le Aziende sanitarie locali (ASL).

Il Medico o l'Odontoiatra che intende esercitare la libera professione deve innanzitutto provvedere a presentare all'Agenzia delle Entrate, entro 30 giorni dall'inizio dell'attività, apposita dichiarazione per ottenere il numero di Partita Iva.

Al momento di richiesta della Partita Iva, va indicato il regime contabile e fiscale che si intende adottare. Tale scelta è comunque modificabile di anno in anno. I regimi fiscali ad oggi esistenti per i liberi professionisti sono due:

- Il regime forfettario
- Il regime ordinario.

E quindi... come e quando si fa?

- **Quando?** Entro trenta giorni dall'effettivo inizio dell'attività libero professionale.
- **In che modo?**
 - Presentazione diretta del modello AA9/11 in duplice copia ad un qualsiasi ufficio locale dell'Agenzia delle Entrate.
 - Invio telematico direttamente da parte del professionista (portale Fisconline) o tramite gli intermediari abilitati (commercialista).
 - Invio per posta mediante raccomandata, allegando fotocopia del documento di identità del dichiarante (modalità poco usata).
- **Quanto costa? Zero.** L'unica spesa è quella del commercialista che annualmente compila e trasmette la vostra dichiarazione dei redditi (Modello Unico - Persone fisiche).

QUALE REGIME?

Si sottolinea che, oggetto di questa guida, sarà unicamente il regime forfettario, che è quello più comune per i neoabilitati. Non si prenderà in considerazione quello ordinario.

Il regime contabile/fiscale di un'impresa può essere definito come **l'insieme di documenti da tenere e formalità da osservare per essere in regola con il fisco (e con il Codice Civile, non dimentichiamolo) e per il calcolo esatto del risultato d'esercizio, anche ai fini della compilazione del Bilancio e della dichiarazione dei redditi.**

La Legge di Stabilità 2015, Legge n. 190/2014 ha introdotto il **regime forfettario**, successivamente modificato dagli art. 1 co. 111 – 113 della Legge di Stabilità 2016.

Il regime forfettario, istituito dalla Legge di Stabilità 2015, è un regime agevolato, riservato alle sole persone fisiche esercenti attività d'impresa, arti o professioni, non in forma associata. Si tratta di un **regime naturale**, non è quindi necessario fare una specifica opzione per la sua applicazione, inoltre non è prevista una scadenza legata ad un numero di anni di attività o al raggiungimento di una particolare età anagrafica. La sua applicazione, pertanto, è subordinata solo al verificarsi delle condizioni e al possesso dei requisiti prescritti dalla legge.

Requisiti:

- a. ricavi conseguiti/compensi percepiti, ragguagliati ad anno, non superiori a quelli individuati nell'apposita Tabella Ministeriale, in relazione all'attività esercitata in base al codice attività. Per i medici tale **limite di compensi è pari ad Euro 65.000** (Limite del fatturato diversificato per codice attività ATECO*). In presenza di più attività cui risultano applicabili soglie di ricavi/compensi diversi, va fatto riferimento alla soglia più elevata;
- b. L'unica **deduzione** ammessa è quella relativa ai **contributi previdenziali versati nell'anno** (ENPAM).

!!! Nuovo regime forfettario Legge di Bilancio 2019 !!!

Dal 2019, è prevista un'unica soglia di ricavi per l'accesso al regime, potranno così usufruirne coloro che nell'anno precedente hanno conseguito ricavi o percepito compensi annuali non superiori a 65.000 Euro. Vengono eliminate le altre condizioni per l'accesso al regime previste dalla legge precedente come non aver speso più di 20.000 euro in un anno di beni mobili e strumentali.

La verifica dei suddetti requisiti di accesso va effettuata avendo riguardo all'anno precedente a quello di riferimento (pertanto con riferimento al 2017, le condizioni di accesso vanno verificate nel 2016) e andranno **verificate anno per anno** per poter permanere in tale regime.

**La classificazione delle attività economiche ATECO (ATTività ECONomiche) è una tipologia di classificazione adottata dall'Istituto Nazionale di Statistica italiano (ISTAT) per le rilevazioni statistiche nazionali di carattere economico. Codice 86.21.00 = "Servizi degli studi medici di medicina generale - visite mediche e cure nel settore della medicina generale effettuate da medici generici".*

L'applicazione del regime forfettario permette di usufruire di una serie di semplificazioni e agevolazioni tra cui:

- Esonero dalla tenuta delle scritture contabili, sia ai fini IVA che reddituali;
- Non assoggettamento ad IVA delle operazioni attive e indetraibilità dell'iva sugli acquisti;
- Esonero dalle liquidazioni/versamenti periodici IVA, dalla dichiarazione annuale e dalla comunicazione clienti-fornitori (c.d. "spesometro");
- Non assoggettamento a ritenuta alla fonte dei compensi;
- Non assunzione della qualifica di sostituto d'imposta (il soggetto forfettario non opera ritenute alla fonte);
- Esclusione dall'IRAP;
- Esclusione dall'applicazione degli studi di settore/parametri;
- Reddito determinato forfettariamente attraverso l'applicazione di un coefficiente di redditività ai compensi percepiti, con conseguente irrilevanza dei costi/spese;
- Applicazione al reddito conseguito di un'imposta sostitutiva del 15%, da liquidare con le consuete regole stabilite per il versamento dell'IRPEF.

I contribuenti che applicano il regime forfettario **hanno l'obbligo di:**

- numerare e conservazione delle fatture di acquisto e le bollette doganali;
- certificare i corrispettivi;
- integrare le fatture per le operazioni di cui risultano debitori di imposta con l'indicazione dell'aliquota (*nella scienza delle finanze, è il tasso fisso o variabile, espresso in forma di percentuale nelle imposte ad valorem e in termini fisici nelle imposte specifiche o accise, che si applica alla cosiddetta base imponibile per calcolare il tributo. Le imposte ad valorem e specifiche si contrappongono alle imposte a quota fissa, il cui ammontare è invariabile e fissato direttamente dalla legge cit. Wikipedia*) e della relativa imposta, da versare entro il giorno 16 del mese successivo a quello di effettuazione delle operazioni, senza diritto alla detrazione dell'imposta relativa.

Per chi ha già la partita Iva sotto i vecchi regimi agevolati?

I soggetti già in attività vi accedono senza effettuare alcuna comunicazione, né preventiva né successiva. Tali soggetti però, se intendono usufruire del regime contributivo agevolato, **devono effettuare apposita comunicazione telematica all'INPS entro il 28 febbraio di ciascun anno.**

Per chi apre la partita IVA?

Per i contribuenti che iniziano l'attività, invece, e che presumono di rispettare le

condizioni previste per l'applicazione del regime, è d'obbligo darne comunicazione nella dichiarazione di inizio attività (mod. AA9/12), ai fini solo anagrafici. In caso contrario l'accesso al regime forfetario non è precluso, tuttavia si è soggetti ad una sanzione amministrativa da 250 a 2mila Euro (art. 11 comma 1 lett. a) del D.lgs. 471/97).

L'attestazione dei requisiti di accesso e dell'assenza di cause ostative avviene in sede di dichiarazione annuale dei redditi. La legge non prevede una durata particolare del regime (come nei vecchi regimi in cui la durata era di 5 anni massimo).

Sul reddito determinato forfetariamente si applica l'imposta sostitutiva pari al 15%, sostitutiva dell'Irpef e delle relative addizionali, nonché dell'IRAP.

Come per i vecchi regimi agevolati i soggetti che adottano il regime forfetario **sono esonerati dal versamento dell'Iva**, e di contro non hanno diritto alla relativa detrazione. **Le fatture emesse, pertanto, non devono recare l'addebito di Iva** e dovranno riportare nella fattura la seguente dicitura "Operazione senza applicazione dell'Iva ai sensi dell'art. 1 comma 58 L. 190/2014".

Cominciamo a sottolineare già da qui che nelle fatture di importo superiore a € 77,47 è necessario apporre la marca da bollo da € 2,00.

DETERMINAZIONE DEL REDDITO E DELL'IMPOSTA

Per i professionisti che aderiscono a questo regime, il reddito è calcolato:

1. applicando ai compensi percepiti un coefficiente di redditività differenziato a seconda dell'attività esercitata, che per i medici è pari al **78%**;

$$\text{REDDITO} = \left[\text{RICAVI / COMPENSI} \times \% \text{ FORFAIT} \right] - \text{CONTRIBUTI PREVIDENZIALI}$$

2. sottraendo i contributi previdenziali, direttamente deducibili.

3. sul reddito, così determinato, va calcolata l'imposta sostitutiva del 15%.

Esempio

Medico con compensi annui di € 30.000 e contributi Enpam versati nell'anno di, per esempio, € 5.000:

1. Reddito lordo o $(30.000 \times 78\%) = 23.400$
2. Reddito imponibile o $(23.400 - 5.000) = 18.400$
3. Imposta dovuta o $(18.400 \times 15\%) = 2.760$

Per i professionisti i compensi sono soggetti a tassazione solo nel momento in cui vengono effettivamente incassati. Per i costi invece, essendo il reddito determinato in maniera forfettaria sulla base della % fissata dalla Legge, le

fatture di acquisto sono di fatto ininfluenti sul calcolo dell'imposta.

TIPI DI FATTURE E COME FARE BENE UNA FATTURA

La fattura va SEMPRE eseguita. Tutti i tuoi movimenti devono essere segnalati alle autorità competenti o rischierai di essere accusato di evasione fiscale. Durante i lavoretti occasionali che eseguirai capiterà che alcune associazioni, per semplicità, ti diranno che fanno a meno della fattura. Questo, però, ti sottopone a numerosi rischi legali, emettere fattura è una tutela per te stesso e non un danno per il datore di lavoro, basta cambiare prospettiva! Ricordati che sei tu che devi essere pulito nel tuo lavoro, farlo è un dovere verso te stesso. **Inoltre, altrettanto importante, l'emissione della fattura impone al tuo debitore di pagarti!** Finchè non la emetti lui potrà evitare di farlo! Se, invece, una volta emessa fattura, lui non ti pagherà tu potrai legalmente avvalerti della "trattenuta impropria di stipendio" (si tratta dell'ultima spiaggia, il suggerimento è ovviamente quello di valutare prima la possibilità di un pagamento pacifico). Su ogni fattura che farai una piccola percentuale andrà in tasse, potrebbe essere utile quindi avere un salvadanaio in cui versare circa il 20% del tuo guadagno in modo tale da non essere colto impreparato quando dovrai pagare le tasse, l'ENPAM e l'Ordine dei Medici (e il commercialista magari).

Distinguiamo 3 tipi di fatturazione:

1. Fattura a Medico titolare o Ente privato (il paziente ad esempio): se un Medico di famiglia vi chiede di fare una sostituzione, al momento del pagamento dovrà versarvi direttamente il lordo. La fattura si compila sempre in duplice, copia: l'originale per il cliente e la copia per voi (di solito si usano appositi blocchetti, ma si può fare anche online, alla fine riporteremo un esempio). Su entrambe va riportato:

- Tuo nome e cognome, con la dicitura "dott/dott.ssa"
- Medico Chirurgo
- Tua P.IVA
- Tuo indirizzo di residenza (a cui di solito è legata la tua P.IVA)
- Tuo Codice Fiscale
- Un'email
- Nome del soggetto a cui fai la fattura (persona fisica o associazione)
- Indirizzo della persona o dell'ente
- P.IVA della persona (se ne ha uno, sicuramente i medici che sostituisci ne hanno uno, il paziente di solito no o non te la danno) o dell'ente
- Codice fiscale della persona a cui emetti fattura (è molto importante inserirlo perché ti sarà utile per quando dovrai inserire sul sistema TS l'eseguita fattura per il certificato al tuo paziente, il 730 di cui parlavamo prima, grazie al quale il paziente potrà scaricare dalle tasse il tuo lavoro)
- In seguito dovrai segnare una dicitura in ordine progressivo che dirà che numero di fattura è dell'anno, ad esempio se è la prima che emetti scriverai 1/2018, se è la seconda 2/2018 e così via fino all'anno successivo quando il conto ricomincerà cambiando l'anno (1/2019, 2/2019 ecc.)

- La prestazione erogata (es. Sostituzione di MMG; Medico di partita di Rugby ecc.). **Per questo ti conviene confrontarti con il soggetto a cui emetti fattura, non sai mai, infatti, quando e se potrebbero volere una scritta precisa.**
- Il prezzo stabilito per la prestazione che comprende da due a cinque righe:
 - L'onorario (ossia quanto ti devono)
 - Marca da bollo da due euro. Prima di emettere la fattura ti conviene stabilire con chi ti pagherà chi comprerà la marca da bollo. È buona norma che la metta chi emette la fattura. Il netto a pagare. Questo solitamente corrisponde all'onorario, a meno che tu ed il soggetto non abbiate stabilito che la marca da bollo la mette lui, in tal caso aggiungi il prezzo della marca da bollo da 2 euro.
 - Sconto nel caso decidessi di volerne applicare uno (può usare applicare uno sconto di 2 euro, che è equivalente alla marca da bollo unicamente nel costo, ma NON potete scontare la marca da bollo vera e propria che, invece, sarebbe sempre a carico del paziente o del collega)
 - Totale
- Marca da bollo da 2 euro: da apporre sulla copia originale (da consegnare al cliente) solo se l'importo supera i **77,47, €**; sulla copia che rimane a voi dovrete scrivere "Bollo assolto in originale", eventualmente, ma non obbligatoriamente, riportando anche il codice ID del bollo. È importante ricordate che la marca da bollo non deve avere una data successiva a quella di emissione.
- Dicitura da apporre per il regime **forfettario**: "Operazione effettuata ai sensi dell'art.1 commi 54N89, L.190/2014 pertanto non soggetta ad IVA né a ritenuta d'acconto ai sensi dell'art.1 comma 67 Legge 190/2014". È abbastanza noioso scriverlo ogni volta, pertanto se vi capita fate un timbro apposta!
- Modalità di pagamento (di solito ci si accorda prima con il debitore a riguardo)
 - Bonifico: in tal caso dovrai scrivere la sede della banca presso la quale hai aperto il conto e il tuo iban
 - A vista (assegno o contanti), ossia soldi dati a mano

2. Fattura ad ASL per turni di Continuità Assistenziale:

- Preliminarmente va appurato se il rapporto di lavoro che la vostra Azienda Sanitaria Locale stipula sia di tipo dipendente o libero professionale. Generalmente (ad es. Toscana, Umbria) i sostituti di Continuità Assistenziale vengono considerati lavoratori, autonomi, ma non in tutte le regioni è così, pertanto bisogna informarsi presso l'ufficio convenzioni o stipendi di riferimento.
- Nel caso di lavoro libero professionale, in ogni caso non c'è bisogno di rilasciare alcuna fattura alla ASL, a meno che non ne faccia specifica richiesta. Il diritto tributario infatti equipara a fattura il foglio di riepilogo mensile (cedolino) rilasciato dall'ASL: va quindi conservato e numerato al pari di una normale fattura e sarà disponibile ogni mese, a pagamento effettuato, sul portale utilizzato dalla vostra regione per i cedolini. **Bisogna ricordarsi di chiedere anche le credenziali di accesso!**
- Se invece l'ASL considera i sostituti, al pari dei titolari, come lavoratori dipendenti (ad es. Campania), non è possibile usufruire del regime dei minimi per i compensi ricevuti.

3. Fattura al paziente per certificati medici:

- A pagamento esenti IVA: va rilasciata fattura con gli stessi elementi già elencati in precedenza, indicando il codice fiscale e gli altri dati del paziente. Riguardo al bollo valgono le stesse regole.
 - A pagamento assoggettati a IVA: aderendo al **regime forfettario** (o a quello dei **minimi**), eccezionalmente **non va applicata IVA**: la fattura sarà identica a quella del caso precedente.
- NB: più avanti la lista delle certificazioni con IVA e esenti IVA.

4. Fattura ad enti pubblici:

A partire dal 31 marzo 2015 è obbligatorio che le fatture emesse nei confronti di enti pubblici siano inoltrate telematicamente: Questo "inoltrato telematico" è strutturato con un sistema informatico piuttosto complesso in cui i dati della fattura vengono inoltrati ad un sistema di interscambio gestito dall'Agenzia delle Entrate e da qui dirottati all'Ente Pubblico che deve provvedere al pagamento. Quello che gli enti vi diranno è che hanno bisogno di una "Fattura Elettronica", che a discapito del nome non è una fattura telematica, ma una metadica in cui il professionista utilizza la "Firma Elettronica". Per poter assolvere a questo obbligo, il medico può agire in tre modi:

- A** • Rivolgersi al proprio consulente fiscale di fiducia, in quanto i ragionieri, i commercialisti e i consulenti del lavoro possono svolgere il servizio in qualità di intermediari abilitati;
- B** • Utilizzare in proprio i servizi gratuiti (quali il "FERT" messo a disposizione dalla Regione Toscana sul sito hGps://fert.regione.toscana.it) che consentono l'inoltrato telematico della fattura elettronica e che sono a disposizione di tutti i professionisti titolari di Partita IVA che hanno necessità di emettere fattura nei confronti di un Ente Pubblico (purtroppo non sono presenti in tutte le regioni);
- C** • Utilizzare una apposita procedura online aderendo ad una delle convenzioni riservate ai medici e agli odontoiatri italiani stipulate dall'ENPAM o dalla FNOMeCeO.

FATTURA ELETTRONICA

Nulla cambia per quanto riguarda le fatture emesse a **sogetti facenti parte della Pubblica Amministrazione**: per tali fatture permane l'obbligo di **fatturazione elettronica secondo le particolari modalità ed il tracciato telematico previsto per la Fattura Elettronica PA** (DM n. 55/2013).

Sono esclusi dall'obbligo di fatturazione elettronica gli emolumenti percepiti dal MMG dalle Aziende Sanitarie relativamente alle prestazioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale ed esposte nel "CEDOLINO" mensilmente trasmesso dalle Direzioni Amministrative al Medico stesso (Risoluzione Agenzia Entrate N.98/E - 2015).

Sono esonerati dall'obbligo di trasmissione della fatturazione elettronica, i cosiddetti regimi agevolati:

- Contribuenti minimi di cui all'articolo 27, commi 1 e 2, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

- Contribuenti in regime forfettario di cui all'articolo 1, commi da 54 a 89, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.
- Nuovo regime forfettario inserito nella legge di bilancio 2019.

Quindi non si deve fare nulla? Bisogna comunque organizzarsi per ricevere le fatture perché per legge (art. 39 del Dpr n. 633/1972) sia chi emette che chi riceve una fattura elettronica è obbligato a conservarla elettronicamente. La conservazione elettronica, tuttavia, non è la semplice memorizzazione su PC del file della fattura, bensì un processo regolamentato tecnicamente dalla legge per avere la garanzia – negli anni – di non perdere mai le fatture, riuscire sempre a leggerle e, soprattutto, poter recuperare in qualsiasi momento l'originale della fattura stessa.

Per il processo di conservazione elettronica l'Agenzia delle Entrate mette gratuitamente a disposizione un servizio di conservazione elettronica a norma per tutte le fatture ricevute elettronicamente attraverso il Sistema di Interscambio. Tale servizio è accessibile una volta registrati sul sito FISCONLINE (registrazione tramite CNS o Identità digitale) dell'utente dalla sua area riservata del portale "Fatture e Corrispettivi". Per ricevere le fatture è necessario avere una PEC.

Ai fini dell'invio e conservazione delle fatture elettroniche, l'utente può scegliere tra gli strumenti gratuiti messi a disposizione dall'Agenzia delle Entrate (procedura web, utilizzabile accedendo al portale "Fatture e Corrispettivi" del sito internet dell'Agenzia; software scaricabile su PC; App per tablet e smartphone, denominata "Fatturae", scaricabile dagli store Android o Apple) o, in alternativa, un qualsiasi altro software disponibile sul mercato che possa svolgere la funzione.

TASSE

Ebbene sì, ora che sei un lavoratore devi pagare le tasse. Un libero professionista paga le tasse in autonomia due volte all'anno. Un dipendente pubblico, invece, si vede una differenza "netto/lordo" dello stipendio che indica che il suo datore di lavoro ha già provveduto a fare il versamento di parte del suo stipendio nelle casse dello stato. Un buon commercialista ti rammenta tutte le tue date ricordandoti qualche settimana prima che dovrai presto ricordarti di pagare le tasse e che, pertanto, è tuo compito non trovarti impreparato (da lì il discorso di mettere da parte il 20% del tuo stipendio ogni volta). Lui ti dovrebbe, inoltre, segnalare a quanto ammonta il pagamento da effettuare. A quel punto accederai al sito della tua banca e compilerai il modulo f24. Le tasse vanno pagate in due momenti dell'anno: giugno-luglio (se paghi a luglio hai una "multa" di circa il 5% e pagherai di più rispetto a giugno, uguale per il pagamento del secondo semestre, se il pagamento è più importante del previsto puoi chiedere al tuo commercialista, o magari lui stesso te lo proporrà, di pagare in 5 rate) e novembre (dove pagherai l'IRPEF). Ma andiamo più nel dettaglio con un **esempio** (con regime forfettario): Ho aperto la partita IVA nel 2016. Nel 2016 ho guadagnato 10.000€ (N.B. al netto dei contributi previdenziali) pertan-

to, nel 2017 a giugno, entro il 16, devo pagare il 5% del 78%= 390€. Devo però anche pagare l'acconto sull'anno dopo, che corrisponde alla stessa cifra, di cui pagherò il 40% a giugno e il 60% entro il 30 novembre. Quindi a giugno 2017 pagherò in tutto 390€ + 156€, e a novembre 2017 altre 234€. Questi soldi pagati in acconto mi verranno scalati dall'importo che dovrò pagare a giugno 2018 sul reddito prodotto nel 2017 (se invece nel 2017 non avrò guadagnato nulla o meno del previsto, avrò un credito che non viene restituito ma è possibile utilizzarlo su altre tassazioni come TASI altro).

ENPAM

È la cassa di Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri, ossia l'organismo previdenziale di categoria. Si risulta automaticamente iscritti a partire dal giorno della delibera di iscrizione all'albo.

Questo significa che NON dovrai chiedere un'ulteriore iscrizione all'ENPAM in quanto ciò discende automaticamente dall'iscrizione all'Ordine.

Quando e come dovrò pagarlo?

QUOTA A

A partire dal 2016 viene pagata sin dal primo anno, anche se è calcolata in base ai mesi di iscrizione agli ordini e si può presentare diversa tra un medico neoabilitato ed uno scritto già da più tempo. Per farlo il professionista riceverà dall'ENPAM la richiesta di contributi per il Fondo di Previdenza Generale "**Quota A**" che rappresenta il contributo previdenziale **minimo** dovuto da tutti gli iscritti agli Albi, indipendentemente dal tipo di lavoro svolto e da quanto incassato durante l'anno. I contributi di Quota A si possono pagare in unica soluzione oppure in quattro rate senza interessi.

Gli importi aggiornati al 2018 sono:

- € 221,09 all'anno fino a 30 anni di età
- € 429,16 all'anno dal compimento dei 30 fino ai 35 anni
- € 805,35 all'anno dal compimento dei 35 fino ai 40 anni
- € 1487,33 all'anno dal compimento dei 40 anni fino all'età del pensionamento di Quota A
- € 805,35 all'anno per gli iscritti oltre i 40 anni ammessi a contribuzione ridotta (a questa categoria appartengono solo gli iscritti che hanno presentato la scelta prima del 31 dicembre 1989. Dal 1990 non esiste più la possibilità di chiedere la contribuzione ridotta).

A queste somme va aggiunto anche il contributo di maternità, adozione e aborto di 40 euro all'anno.

I contributi sono dovuti dal mese successivo all'iscrizione all'Albo.

N.B. La quota di maternità/adozione/aborto è fissa e uguale per tutti, indipendentemente dall'età.

Le contribuzioni di QUOTA A sono dovute in **proporzione per mesi**. Nel caso di iscrizione all'Albo eseguita nel corso dell'anno: in questi casi, il contributo è frazionato in dodicesimi. La QUOTA A, infatti, comprende il periodo dal 1° gennaio al 31 di dicembre.

Cosa significa? Che se passate la fascia di età a metà anno pagherete la prima metà come se foste in una fascia e la seconda come se foste nella fascia successiva. Questo vuol dire che vedrete una variazione nella quota richiesta. Inoltre vi verrà richiesto di pagare anche la parte dell'anno in cui sarete iscritti la prima volta, quindi anche se vi abilitate a febbraio riceverete il MAV e dovrete pagare, seppur una quota ridotta calcolata sulla vostra età. Un po' mentale, ma speriamo che risulti chiaro!

Modalità di versamento

A mezzo iscrizione a ruolo, secondo la disciplina prevista per le imposte dirette. Il relativo avviso di pagamento, trasmesso direttamente dalla Fondazione ENPAM a **mezzo MAV**, potrà essere corrisposto in **unica soluzione entro il 30 aprile**, ovvero in **quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre**.

Fra le diverse modalità di versamento messe a disposizione degli iscritti, si evidenzia la possibilità della **domiciliazione bancaria (addebito permanente in conto corrente)** attivata attraverso la procedura SDD con adesione **entro il 31 marzo** dell'anno di riferimento del contributo.

QUOTA B

L'ENPAM richiede, inoltre, nell'anno successivo a quello di riferimento, il versamento dei contributi **proporzionali al reddito libero professionale per il Fondo di Previdenza Generale**, la cosiddetta "**Quota B**". Tale contributo è **com-misurato in percentuale al reddito libero professionale prodotto nell'anno precedente** e non riguarda solo i redditi derivanti da libera professione "pura", ma anche i redditi derivanti dalla professione intra-meonia ed extra-meonia, dalle prestazioni occasionali, dalle collaborazioni coordinate e continuative, dalla borsa di studio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG). Vi arriverà, all'indirizzo della vostra residenza, un documento da compilare inserendo il reddito prodotto nell'anno precedente da inviare con raccomandata A/R entro una data indicata sulla missiva. In alternativa, al momento dell'iscrizione all'ordine, vi verrà consegnata una password con cui creare un profilo sul sito dell'ENPAM su cui inserire tale dato, in tal caso potreste anche solo ricevere una email!

Il modello D

I liberi professionisti (non pensionati del Fondo di previdenza generale Enpam) non sono tenuti a presentare il modello D se nel 2017 hanno avuto un reddito pari o inferiore a 4.770,00 euro (al netto delle spese sostenute per produrlo). *Il limite di reddito sale a 8.809,33 euro per chi nel 2017 ha pagato la Quota A intera.* Il modello va compilato, inserendo il proprio reddito NETTO entro e non

CONTROGUIDA DEL CAMICE GRIGIO 3.0

oltre il **31 luglio**. Se scoprite di averlo sbagliato non preoccupatevi, avrete fino a quel giorno per modificarlo. Al momento della compilazione del modello D è possibile scegliere la misura dell'aliquota (intera, 50%, ridotta), com'è illustrato nella tabella:

CHI	QUANTO
Liberi Professionisti (si intende chi esercita solo la libera professione)	aliquota intera (16,5%)
Iscritti al Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (Medici dell'assistenza primaria, Specialisti ambulatoriali, Specialisti esterni)	aliquota intera metà dell'aliquota intera (8,25%)
Tirocinanti del corso di formazione in Medicina generale	aliquota intera aliquota ridotta (2%)
Ospedalieri che hanno svolto attività intramoenia	aliquota intera aliquota ridotta
Iscritti Inps , come ad esempio ospedalieri che non hanno percepito redditi da attività intramoenia	aliquota intera metà dell'aliquota intera
Pensionati del Fondo di previdenza generale	aliquota intera metà dell'aliquota intera
Pensionati Inps, ex Inpdap, Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (non pensionati del Fondo di previdenza generale)	aliquota intera metà dell'aliquota intera

La quota B, calcolata sul reddito da voi inserito, equivale al 16,5% di quello che rimane del guadagno come libero professionista dopo la sottrazione del reddito minimo di pagamento della quota B! (Se avete guadagnato 7000 euro sarà 7000-4.770, dal risultato si trae il 16,5%).

Tecnicamente il contributo deve essere versato mediante bollettino MAV pre-compilato, inviato dalla Banca Popolare di Sondrio, cassiere dell'Ente, a tutti gli iscritti tenuti al versamento e pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito, presso l'home banking del sito della propria banca o tramite Ufficio Postale, entro il 31 ottobre o in due rate (31 ottobre, 31 dicembre) o cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile e 30 giugno*). **Nella pratica sarà l'EN-PAM tramite lettera contenente il MAV con sopra la data di scadenza a dirvi entro quando pagare la quota.**

*queste rate sono soggette ad un **INTERESSE LEGALE** dello 0,1%, in quanto pagate nell'anno successivo!

Se il medico ottiene una **convenzione con la ASL** (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria o specialistica ambulatoriale), i contributi pensionistici ENPAM saranno **detratti dalle competenze mensili e versati**, direttamente dalle ASL, all'ENPAM.

Se invece il medico viene assunto come **dipendente da un Ente Pubblico o di una struttura sanitaria privata**, allora oltre a dover versare i contributi all'ENPAM, come sopra detto, subirà le **trattenute** in busta paga che il **datore di lavoro verserà all'INPS**. (Si sottolinea che il medico libero professionista in partita iva non è un dipendente e fatturerà).

I contributi all'ENPAM sono deducibili fiscalmente in quanto si tratta di contributi previdenziali obbligatori.

I **corsi della scuola di medicina generale**, per la durata del corso di formazione, possono chiedere di essere **ammessi alla contribuzione ridotta del 2%** per quanto riguarda la **QUOTA B** (da cui, a differenza degli specializzandi che non svolgono libera professione, non sono esenti nemmeno se non svolgono la suddetta libera professione in quanto la borsa di studio è calcolata nella quota B come reddito ndr).

Quando si farà la dichiarazione dei redditi, per chi sceglie di farlo su Internet, **non** sarà più necessario raccogliere le ricevute dei bollettini dei pagamenti (Quota A, Quota B), ma basterà **scaricare la certificazione fiscale dalla propria area riservata nel sito internet dell'ENPAM**. In quel documento saranno riportati i totali dei contributi deducibili.

Attenzione che, da quest'anno, qualora si volesse utilizzare il 730 precompilato, l'ENPAM provvede già ad inviare direttamente all'Agenzia delle Entrate i dati dei contributi. In pratica, verrà già riportata nel 730 la cifra che si potrà dedurre. Però meglio controllare che sia corretta!!!

P.S. La deduzione (ovvero quello che tornerà indietro), si ricorda, è del 19%!

Sito utile: <https://www.enpam.it/previdenza-regolamenti/vademecum-previdenza-enpam>

Specializzandi e previdenza

Per quanto riguarda l'aspetto previdenziale, il medico in formazione specialistica è soggetto al pagamento dei contributi previdenziali sia all'ENPAM sia all'INPS (art. 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995 n. 885).

- **All'ENPAM** andrà versata la QUOTA A, modulata in base all'età anagrafica;
- **All'INPS** l'ammontare che verrà versato è costituito da due quote:

1. Quota pari al 16% dell'ammontare lordo mensile della borsa di specializzazione, versato dall'università;

2. Quota pari all'8%, versata dallo specializzando come "gestione separata INPS".

Vediamolo in pratica:

Importo lordo borsa di specializzazione	22.700 Euro (quota fissa) + 2.300 (quota variabile*) = 25.000 Euro
Importo lordo mensile	2.083,33 Euro
Quota INPS 16%, versata dall'università	2.083,33 – 16% = 1.750,00 Euro
Quota INPS 8%, a carico dello specializzando come "gestione separata"	1.750,00 – 8% = 1.610,00 Euro
Netto mensile	1.610,00 Euro

*La quota variabile è pari a 2.300,00 Euro nei primi due anni di specializzazione, mentre è pari a 3.300,00 Euro negli anni successivi al secondo.

La borsa di specializzazione, in quanto borsa di studio, è esente da IRPEF.

La previdenza complementare

La previdenza complementare è oggi tema di elevato impatto sociale in virtù di tutti quelli che sono gli aspetti legati ai decreti e leggi finalizzate ad un ricalcolo delle pensioni dell' ASSICURATORE SOCIALE: " INPS ".

A questo scopo il Legislatore delega al privato cittadino l'individuazione di una forma di previdenza complementare che abbia finalità di ridurre il GAP previdenziale fra stipendio e futuro assegno previdenziale.

Per individuare una buona soluzione è possibile consultare il sito www.covip.it nel quale visionare innanzitutto che la forma di previdenza complementare scelta sia presente nell'albo dei fondi pensione riconosciuti dalla covip (ente statale che presidia la materia della previdenza integrativa).

Successivamente è molto utile valutare l'indice ISC "indicatore sintetico di costo", il quale catalizza i costi di ciascun fondo pensione (più o meno alti) per avere una chiara idea della prestazione finale caricata proporzionalmente appunto di maggiori o minori costi.

Il **fondo pensione o Pip (piano individuale previdenziale)** è un fondo pensione attuato mediante l'attuazione di una polizza vita che ne garantisce il capitale in caso di prematura morte dell'aderente. Esso è un **piano di risparmio ai fini previdenziali, la cui scadenza coincide con la data di quiescenza dell'aderente**. I versamenti sono liberi in termini di entità e cadenza e sono interamente deducibili come costo dal reddito annuo lordo per i lavoratori dipendenti e le

partite IVA in regime ordinario, non sono deducibili invece per le partite IVA "Forfait" e i regimi dei minimi.

Il cumulo di tali versamenti ha come funzione principale quello di essere trasformato in una **rendita integrativa** a quella di pensione pubblica per, appunto, colmare il GAP previdenziale che naturalmente si verrà a creare in futuro.

È tuttavia prevista la possibilità di riscattare la posizione in un'unica soluzione ed è inoltre possibile richiedere degli anticipi per determinate casistiche:

- fino al 75% della posizione maturata per acquisto prima casa o spese di ristrutturazione trascorsi 8 anni dalla data di prima adesione oppure,
- fino al 30% della posizione maturata senza alcuna giustificazione.

Riscatto della laurea a fini pensionistici

Che cos'è il riscatto?

Il riscatto consiste nel pagamento di una somma ad un istituto previdenziale al fine di vedere convertiti in periodi contributivi, validi ai fini della maturazione di anzianità di servizio, gli anni trascorsi all'università.

Perché riscattare?

Questo meccanismo è concepito per agevolare il raggiungimento dell'assegno pensionistico per quei lavoratori che si sono immessi più tardivamente sul mondo del lavoro per via dei propri studi.

Che cosa si può riscattare?

Possono essere riscattati, in tutto od in parte, gli anni del corso legale del diploma di laurea, di specializzazione, del corso di formazione specifica in medicina generale e del dottorato di ricerca.

Che cosa non si può riscattare?

Non possono essere riscattati gli anni fuori corso **né periodi in cui si siano già versati contributi previdenziali**.

Come riscattare?

La domanda di riscatto deve essere rivolta ad un fondo previdenziale, che calcola il corrispettivo dovuto in base al reddito (aliquota contributiva del 33%); i periodi così cumulati andranno a concorrere alla formazione dell'assegno pensionistico calcolato su base contributiva. **L'importo dovuto può essere corrisposto in soluzione unica o in 120 rate mensili.**

Quando riscattare?

I medici chirurghi abilitati all'esercizio della professione ed iscritti ad un ordine provinciale sono iscritti all'ENPAM, l'ente previdenziale obbligatorio di categoria. Una volta iscritti all'ENPAM si è tenuti a riscattare i periodi di interesse secondo i criteri del fondo complementare: il principale vincolo è la possibilità di

presentare la domanda di riscatto solo dopo dieci anni di iscrizione all'ENPAM. Dal momento che l'importo dovuto si basa sul reddito all'atto di presentazione della domanda, il riscatto tramite ENPAM dopo almeno dieci anni di lavoro è piuttosto dispendioso.

Ci sono soluzioni alternative? L'unica al momento è quella di **presentare la domanda all'INPS prima dell'iscrizione all'ordine dei Medici**, non avendo ancora obblighi nei confronti dell'ENPAM e figurando come inoccupato: questa categoria ha diritto al riscatto ad un importo forfettario che, nel caso del percorso di studi in medicina, si aggira attorno ai 30.000€. Possono riscattare la laurea presso l'INPS come inoccupati solo i soggetti che non abbiano mai versato contributi ad alcuna cassa previdenziale.

Bisogna però fare attenzione, dal momento che il pagamento delle rate inizia in genere poco tempo dopo avere presentato la domanda (in genere qualche mese), per cui è importante **valutare se si sarà in grado di sostenere la spesa nel tempo**. Inoltre, nell'ottica del sistema contributivo, versare un importo inferiore determina un assegno pensionistico più basso, ed in questo senso presentare la domanda in momenti successivi obbliga a costi più alti ma genera importi superiori in futuro.

!!! Novità? !!!

La legge di bilancio 2019 ha introdotto alcune **agevolazioni rivolte agli under 45** che hanno iniziato a lavorare dopo il 1996, consentendo a questa categoria di contribuenti di riscattare la laurea all'importo forfettario di 5241,30€ per ogni anno di corso, con la possibilità di detrarre il 50% dell'importo versato in cinque rate annuali. Gli anni riscattabili con questa modalità sarebbero al massimo cinque. *È circolata nei mesi la voce del riscatto gratuito per i nati tra il 1980 ed il 2000 ed attualmente iscritti ad un corso di studi, ma i fatti hanno smentito questa ipotesi.*

Altri dettagli importanti

Le spese sostenute per il riscatto della laurea **sono interamente deducibili**: ciò significa che il totale viene detratto dal reddito imponibile prima di calcolare l'imposta dovuta. L'agevolazione introdotta dai decreti attuativi della legge di bilancio 2019 prevede inoltre la detraibilità al 50% dell'importo: in questo caso, metà delle rate versate per il riscatto viene sottratta all'imposta calcolata. Questa differenza è piuttosto importante all'atto pratico, e conviene far luce su un ulteriore aspetto: le borse di formazione specialistica non concorrono alla formazione di reddito imponibile, mentre le borse in medicina generale sì. In definitiva, se si è specializzandi e si versano le rate per il riscatto della laurea, a meno di avere altri redditi le agevolazioni fiscali andranno in capo ai genitori (di cui si è fiscalmente a carico se il proprio reddito annuo è inferiore a 2840,51€); se si è corsisti in medicina generale, invece, si potrà beneficiare direttamente della deducibilità e detraibilità di queste spese entro i limiti derivanti dal proprio reddito lordo e dall'imposta derivante.

Progetto tessera sanitaria e 730 precompilato

- **Cosa:** devono essere oggetto di trasmissione tutte le fatture emesse nei confronti dei **pazienti** ovvero sia quelle soggette ad IVA che quelle esenti IVA.
- N.B.:** **NON vanno comunicate le fatture emesse nei confronti di aziende e/o di colleghi (es. sostituzione)!!!**
- **Dove:** sul sito <https://sistemats1.sanita.finanze.it/> - Area riservata - Accesso con credenziali - Gestione dati spesa 730 - Inserimento spese sanitarie.
- **Come:** direttamente da parte del medico o il medico può delegare un soggetto terzo all'invio dei dati di spesa sanitaria (commercialista). Anche in caso di delega il medico rimane responsabile dei dati trasmessi.
- **Dati da trasmettere:**
 - N° partita IVA dell'erogatore;
 - Data del documento fiscale (fattura);
 - Dispositivo (inserire "1");
 - Numero del documento (fattura);
 - Data del pagamento (spuntare la casella "pagamento anticipato" se la data del pagamento non coincide con la data della fattura);
 - Codice fiscale dell'assistito a cui si riferisce la spesa;
 - Tipologia della spesa (selezionare "SR": Spese prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale esclusi interventi di chirurgia estetica. Visita medica generica e specialistica o prestazioni diagnostiche e strumentali. Prestazione chirurgica ad esclusione della chirurgia estetica. Ricoveri ospedalieri al netto del comfort. Certificazione);
 - Importo della spesa.

A questo punto si clicca su "aggiungi" per salvare la scheda e, una volta verificato che i dati inseriti siano corretti, si invia la scheda cliccando su "conferma". Ogni trasmissione produce da parte del Sistema TS l'emissione di un numero di protocollo che viene restituito come attestazione dell'invio.

- **Scadenze:** I dati delle fatture 2019 possono essere inviati singolarmente attraverso il sito Tessera Sanitaria ad ogni emissione fattura, oppure comunque entro gennaio 2020.
- **Sanzioni:** In caso di omessa, tardiva o errata trasmissione dei dati si applica una sanzione di 100€ per ogni comunicazione con un massimo di 50.000€. Se la comunicazione è correttamente trasmessa entro 60 giorni dalla scadenza, la sanzione è ridotta a un terzo, con un massimo di 20.000€. Nei casi di errata comunicazione dei dati, la sanzione non si applica se la trasmissione dei dati corretti è effettuata entro i 5 giorni successivi alla scadenza ovvero, in caso di segnalazione da parte dell'Agenzia delle Entrate, entro i 5 giorni successivi alla segnalazione stessa.

N.B.: Dal 1° gennaio 2016, l'assistito può chiedere al Medico di **non** trasmettere online i dati di una certa prestazione al momento dell'erogazione della stessa. In tal caso, l'erogatore deve annotare sia sulla propria copia, sia sull'originale della fattura da consegnare al cliente la frase: **"Il paziente si oppone alla trasmissione al Sistema TS ai sensi del art. 3 del DM 31/7/2015"**.

Formazione ECM, ovvero la formazione continua in medicina

Il sistema ECM è lo strumento che permette al professionista sanitario la formazione continua per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e operative del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale. Il programma nazionale di ECM, riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica.

La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili ad una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale vengono stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi, misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della Sanità dedica annualmente all'aggiornamento ed al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità, per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie. Le tipologie di Provider, ovvero gli enti accreditati all'erogazione delle attività formative, attualmente previste sono:

- Università, Facoltà e Dipartimenti universitari
- Istituti scientifici del servizio sanitario nazionale
- Istituti del consiglio nazionale delle ricerche
- Società scientifiche e associazioni professionali in campo sanitario
- Ordini e collegi delle professioni sanitarie
- Fondazioni a carattere scientifico
- Case editrici scientifiche
- Società, Agenzie ed Enti pubblici
- Società, Agenzie ed Enti privati.

Sarà compito dell'Ordine, Collegio o Associazione professionale di appartenenza del partecipante all'evento la certificazione dei crediti formativi erogati dai provider.

Naturalmente, ogni operatore della Sanità provvederà, in piena autonomia, al proprio aggiornamento. Risulta, però, importante privilegiare, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale e regionale.

Partecipare ai programmi di E.C.M. è un **dovere** degli operatori della Sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico ma è anche un diritto dei cittadini, che giustamente richiedono operatori attenti, aggiornati e sensibili. Ciò è oggi

particolarmente importante ove si pensi che il cittadino è sempre più informato sulle possibilità della medicina di rispondere, oltre che a domande di cura, a domande più complessive di salute.

La formazione ECM è quindi **obbligatoria**, a partire dal 2002, anno in cui inizia la fase a regime del Programma nazionale di E.C.M.

Il professionista sanitario dovrà acquisire, ogni anno del triennio, un ammontare di crediti ECM compreso in un range che va da un minimo del 25 ad un massimo di 75, fino a raggiungere la quota di 150 crediti per il triennio. L'obbligo della formazione ECM scatta dall'anno successivo all'abilitazione, quindi al primo anno non vi è l'obbligo e non vengono nemmeno conteggiati eventuali crediti acquisiti.

I crediti acquisiti in eccedenza rispetto a quanto sopra non hanno validità ai fini del soddisfacimento del fabbisogno formativo individuale del triennio, e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo. I crediti acquisiti durante i periodi di esenzioni ed esoneri non vengono conteggiati per il soddisfacimento del fabbisogno formativo e non vengono conteggiati all'interno del Dossier Formativo.

Sono esonerati dall'obbligo dell'E.C.M.:

I sanitari che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base relativi alla categoria di appartenenza, durante l'esercizio dell'attività professionale, sono esonerati dall'obbligo formativo ECM. Sono considerati corsi di formazione post-base:

- Corso di specializzazione universitaria, dottorato di ricerca, master universitario, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica;
- Corso di formazione specifica in medicina generale, di cui alla direttiva 93/16/cee in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;
- Corsi di formazione e aggiornamento professionale svolti ai sensi del "piano di interventi contro l'aids" (l. 135/05.06.1990) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza);
- Corso di specializzazione in psicoterapia per medici e psicologi;
- Corsi di formazione manageriale per professionisti sanitari.

Non è possibile inserire **esoneri per corsi non pertinenti con l'attività sanitaria esercitata** (es. Master in Comunicazione Istituzionale/ Master in Progettazione Sociale e Gestione del territorio, in quanto entrambi trattano argomenti correlati alla professione del sanitario, ma non propriamente inerenti la professione sanitaria).

Eventuali crediti maturati nel periodo di validità dell'esonero, non verranno considerati nel computo del fabbisogno formativo individuale.

Altra condizione per l'esonero è l'esercizio dell'attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali.

Periodi con diritto all'esonero

La durata dell'esonero per formazione è riferito alla durata legale del corso di formazione universitaria. L'esonero riguarda l'intero periodo di formazione nella misura di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione abbia durata superiore a 15 giorni per ciascun mese (ad esempio un corso di formazione della durata di un mese e 10 giorni dà diritto all'esonero di 4 crediti ECM).

Le tipologie di esoneri sono:

- Annuali
- Annuali Parziali
- Mensili

Esoneri Annuali

- Master universitari di durata annuale di primo livello che erogano almeno 60 CFU;
- Master universitari di secondo livello della durata di uno o più anni che erogano almeno 60 CFU/anno;
- Corso di Formazione in Medicina Generale di cui al D.lgs. 368/17.08.1999;
- Corso di specializzazione in Psicoterapia per Medici e Psicologi;
- Laurea specialistica;
- Diploma di specializzazione;
- Dottorato di ricerca;
- Corsi di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 16-quinquies del D.lgs. n. 502/92;
- Corso micologi durata annuale.

Esoneri Durata Annuale Parziale

- Riduzione in favore degli operatori sanitari colpiti da calamità naturali
- Corso micologi durata biennale (riduzione del 50% dell'obbligo formativo individuale annuale ECM nel biennio in cui si svolge il Corso).

DURANTE GLI ESONERI PARZIALI È AMMESSO ACQUISIRE CREDITI!

Esoneri Mensili

- Frequenza corsi universitari diversi dalle tipologie elencate con meno di 60 CFU/anno: dà diritto all'esonero di 4 crediti per mese e solo se il corso di formazione ha durata superiore a 15 giorni per ciascun mese;
- Corso di aggiornamento in tematiche AIDS;
- Militari in missione all'estero.

Anni Solari e Anni Accademici

Quando il corso ricade a cavallo di due anni, l'esonero viene assegnato all'anno di maggiore impegno.

- Ad esempio:

Master di durata annuale – inizio 01/04/2014 – fine 31/03/2015

Durata legale 1 anno

Viene inserito esonero per l'anno 2014

N.B. La durata dell'esonero NON PUÒ ECCEDERE GLI ANNI DI DURATA LEGALE DEL CORSO

Risulta invece **esente** dall'obbligo:

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, i sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale per:

- Congedo maternità e paternità (quest'ultima effettuabile solo in determinate situazioni vedi sezione ENPAM) (D.lgs. n. 151/26.03.2001 e s.m.i.): **il congedo per maternità dà diritto alla riduzione dall'obbligo formativo nella misura di 4 crediti per ogni mese in cui l'attività lavorativa è sospesa**; ai fini della registrazione dell'esenzione per maternità è necessario inviare alla segreteria co.ge.a.p.s. autocertificazione e relativa documentazione in cui sono indicate le date di inizio e fine del periodo di astensione lavorativa; l'esenzione per maternità comprende tutti i periodi a tal fine previsti dalla legge (gravanza a rischio, astensione obbligatoria, astensione facoltativa, interdizione obbligatoria dal lavoro per condizioni ambientali pregiudizievoli senza possibilità di allontanamento mediante spostamento ad altre mansioni).
- Congedo parentale
- Congedo per malattia del figlio
- Adozione e affidamento preadottivo
- Adozione internazionale con aspettativa non retribuita per la durata dell'espletamento delle pratiche
- Congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap
- Aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie e/o invalidanti così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Assenza per malattia così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Richiamo alle armi o servizio volontario alla C.R.I.
- Aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale (art. 3 bis comma 11 D.lgs. 502/92 e s.m.i.);
- Aspettativa per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo e distacchi per motivi sindacali così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza (Documento Co.Ge.A.P.S. 04.12.2014)

Periodi con diritto all'esenzione

L'esenzione per motivi di salute, nella misura di 4 crediti per ogni mese, vale solo nei casi di **temporanea sospensione dell'attività professionale**. Pertanto per i sanitari affetti da **patologie gravi e/o invalidanti iscritti all'Ordine che continuano a svolgere la propria professione, NON** sono previste **esenzioni**

(salvo valutazione da parte della Commissione Nazionale ECM per "eventuali posizioni non previste").

L'unità mese è considerato il periodo di sospensione dell'attività professionale non inferiore a 16. Ad esempio il sanitario che sospende l'attività professionale per un mese e 10 giorni ha diritto all'esenzione di 4 crediti ECM. Periodi inferiori ai 16 giorni non danno diritto ad alcuna tipologia di esenzione.

N.B. *Risulta necessario comunicare eventuali esenzioni a <http://application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot> (sito a cui consigliamo l'iscrizione perché vi permette di monitorare la vostra situazione ECM) tramite accesso ai propri "Dettagli Professionista". Per poter aggiungere le esenzioni bisogna inserire i documenti che attestino tale diritto (iscrizione al corso ecc) e, si rammenta, va rinnovata di anno in anno.*

A chi mi posso rivolgere per trovare dei corsi ECM?

Un buon sito è <http://ape.agenas.it/> in cui, in seguito all'iscrizione, potrai eseguire una ricerca in base ai tuoi interessi ed alla tua regione. Le proposte che ti porterà alla luce la piattaforma ti diranno anche il prezzo, i numeri a cui rivolgersi e i luoghi in cui saranno svolti. Inoltre anche i siti degli Ordini dei Medici propongono ripetutamente Corsi ECM gratuiti di alcuni crediti. Esistono altrimenti i corsi FAD ovvero i corsi svolti on-line: molti sono a pagamento, esiste però la piattaforma FAD in MED gestita da FNOMCeO e IPASVI (che è specifica degli infermieri) dove potrete trovare molti corsi interessanti e gratuiti. Inoltre molte regioni hanno piattaforme specifiche a cui, come medico, potrai iscriverti (es. ECM Piemonte).

...E se decido di non farli o mi dimentico di farli?

Il problema è che la certificazione ECM è ormai un requisito per:

- Valutazione dei medici dopo 5 e 15 anni (scatto contrattuale)
- Valutazione dei Dirigenti di Struttura Complessa (alla scadenza del contratto)
- Partecipazione alla selezione come Dirigenti di Struttura Complessa
- Iscrizione all'Albo dei Medici Competenti
- Impiego nel privato accreditato
- Impiego in alcuni Enti Pubblici

Inoltre l'articolo 19 del nuovo Codice Deontologico dice che: *Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze. Pertanto in caso di contenziosi per il giudice il mancato assolvimento dell'obbligo ECM può costituire **un'aggravante in caso di contenzioso con un paziente.***

I primi acquisti d'obbligo

Il Timbro

Il timbro ti sarà estremamente utile in quanto con esso potrai non solo eseguire le ricette non mutuabili (le mutuabili sono eseguibili solo dal medico generico e dal sostituto del medico generico) e i certificati, ma, talvolta, ti potrebbe essere utile anche in alcune occasioni professionali (come le gare sportive) in cui, talvolta, può essere richiesto timbro e firma del medico. Si tratta pertanto di uno strumento **essenziale** che deve sempre essere presente nella borsa lavorativa. Su di esso dovete riportare:

- Dott./Dott.ssa Nome Cognome
- La dicitura "Medico/a Chirurgo/a"
- Il numero di iscrizione all'ordine

Possano essere aggiunti, ma sono facoltativi:

- Partita Iva
- Numero di telefono

Altro fattore importante è che il timbro può essere utilizzato come carta intestata. Cosa intendiamo? Semplicemente che una ricetta su foglio bianco con un buon timbro è equivalente alla vecchia e costosa carta intestata.

La borsa del giovane medico

In questo paragrafo troverete dei consigli su cosa mettere nella vostra doctor bag, che sicuramente qualche zia o nonna vi ha regalato per l'occasione. Vediamo quindi come renderla utile:

Gli strumenti che **non** possono mancare sono:

- Fonendoscopio
- Saturimetro (Utilissimo per controllare i parametri nei pazienti con sospetta insufficienza respiratoria o per i pazienti in ADI o ADP).
- Sfigomanometro
- Otoscopio (si guarda nelle orecchie più del previsto, inoltre è anche utile per valutare colorazione di laringe e cute)
- Termometro
- Siringhe (2,5 ml e 5 ml, 10 ml)
- Cerotti, bende, garze e disinfettante (iodiopovidone o betadine).
- Lacci emostatici
- Guanti
- Penne
- Il timbro
- Fogli bianchi o carta intestata per ricette

Per quanto riguarda i farmaci invece è meglio non esagerare: è inutile comprare molti farmaci che poi non userete mai e che vi scadranno nella borsa. Valutate quindi quali sono le vostre esigenze professionali: il medico sostituto di medicina generale non avrà bisogno dei farmaci di cui necessita il medico

di continuità assistenziale. Riportiamo di seguito alcuni farmaci che possono essere utili **durante le guardie mediche**:

- Furosemide (Lasix in fiale)
- Delorazepam (En in gtt)
- Betametassone (Bentelan in fiale)
- Metoclopramide (Plasil in fiale e compresse)
- Diazepam (Valium)
- Diclofenac (Voltaren fiale)
- Brufen
- Tachipirina
- Adrenalina in fiale (va conservata a temperatura inferiore a 15°C. Non congelare. Potrebbe essere pertanto un problema portarsela in giro d'estate!).

Può essere utile, soprattutto alle prime esperienze, portarsi dietro dei prontuari da consultare velocemente: ce ne sono molti e ben fatti (TERAPIA MEDICA di Bartoccioni, LA GUARDIA MEDICA di Roberto Antonicelli, DIAGNOSI E TERAPIA PEDIATRICA PRATICA di Maglietta o anche il POTESTA). È vero, un medico che controlla la terapia da somministrare su un manuale non ispira troppa fiducia, ma ovviamente per qualsiasi dubbio, seppur minimo, è **imperativo** cercare conferma su un testo: in questo caso il vecchio trucco del "controllo se il farmaco è mutuabile" funziona sempre e ha tolto dagli impicci generazioni di giovani medici, niente paura!

Inoltre: MAI vergognarsi di dire "questo non lo so, mi informo e le faccio sapere domani" (valido in particolare per i sostituti di MMG o PLS), meglio prendersi tempo che sparare risposte di cui non sei sicuro! Questo vale per qualsiasi età, anche tra 10 anni potresti trovarti a dover dire non lo so, prenditi confidenza adesso con questa pratica e fregatene se lì per lì ti guardano storto, quando li richiamerai con la risposta giusta ed un "mi sono informato come le avevo anticipato", non ti guarderanno più storto!

I certificati

Sono dichiarazioni scritte rilasciate da ente o persona qualificata (il Medico Rilasciante) ad attestare l'effettiva esistenza e verità di un fatto, di una situazione, di una condizione (obiettività).

Cosa deve contenere:

- Data e luogo del rilascio
- Dati anagrafici del paziente
- Indicare elementi clinici obiettivamente ai fini della motivazione del certificato
- Indicare elementi clinici riferiti dal paziente ai fini della motivazione del certificato
- È bene indicare il periodo di validità del vostro certificato
- Timbro e firma del medico rilasciante

Quali certificati potrai rilasciare?

- Certificato anamnestico: (per detenzione d'armi, per porto d'armi, per rinnovo o rilascio patente di guida, per ottenere contratti da assicurazioni, prestiti da istituti bancari...). Piccola nota: per il certificato del porto d'armi potrebbe essere meglio rimandare al medico che stai sostituendo, ricorda che stai certificando che quel paziente, che probabilmente vedi per la prima volta, può girare con un'arma!
- Certificati di Malattia per assenza dal lavoro (anche INPS)
- Certificati di riammissione a scuola dopo assenza
- Constatazione di Morte
- Certificati per l'attività sportiva (Nel momento in cui siete sostituiti di un Medico di Medicina Generale, nei confronti dei **pazienti del medico che state sostituendo**)
- Certificati INPS di Invalidità ed Handicap

Il certificato anamnestico: Si basa su quello che ci dice il paziente. Riporta le principali patologie da cui è affetto. È vero che, essendo basato su quello che riferisce il paziente, il medico non è perseguibile penalmente nel caso in cui lui dichiarasse il falso, ma non conviene fare i pigri e controllate la cartella clinica del paziente (soprattutto se il MMG che state sostituendo è preciso e segnala tutto!): guardate se è tutto in regola, soprattutto se c'è di mezzo l'uso di sostanze stupefacenti o alcol.

Certificati di Malattia per assenza dal lavoro: È ovviamente necessario che il Medico formuli una Diagnosi ed una Prognosi. Deve contenere:

- Data della visita e del rilascio del certificato;
- Se il lavoratore era assente dal lavoro anche nei giorni precedenti la data della visita valutare la compatibilità della copertura del certificato con un ragionevole decorso della patologia da voi diagnosticata;
- Deve contenere la prognosi (rientro in servizio).

Per **i lavoratori soggetti all'INPS:** si può fare certificato ONLINE tramite il sistemaTS, per avere le credenziali di accesso conviene rivolgersi alla segreteria dell'ordine dei medici che dovrebbe occuparsi di fornirle (come accennato sopra).

Per **i lavoratori delle Forze dell'Ordine:** Certificato in carta bianca, deve indicare esplicitamente la diagnosi.

Certificato di riammissione dopo assenza da scuola: è necessario solo dopo un'assenza per malattia di **oltre cinque giorni** (il rientro a scuola il 6° giorno non richiede certificato!). I giorni festivi sono conteggiati solo se il periodo di malattia risulta a cavallo del festivo. Dipende, inoltre, molto dalle scuole. Alcune scuole lo richiedono anche per assenza inferiori, i genitori, però, saranno informati direttamente dalla scuola a riguardo. Nel certificato dovrà essere specificata la diagnosi e l'idoneità alla frequenza.

Certificato in seguito a decesso (constatazione di morte): In caso di decesso ci sono essenzialmente quattro adempimenti da svolgere:

- Constatazione del decesso
- Compilazione della scheda ISTAT
- Accertamento di morte (o visita necroscopica)
- Comunicazione del decesso

Il decesso può essere dichiarato da **qualunque medico**. Il certificato deve essere rilasciato in **carta bianca** (tranquilli su internet potete trovare dei fac-simile da compilare) ai familiari del defunto dopo aver constatato – oltre alle circostanze del fatto – la cessazione di tutte le funzioni vitali.

Andrà quindi valutata:

- l'assenza del respiro spontaneo;
- l'assenza dei polsi periferici;
- l'assenza di battito cardiaco;
- l'assenza del riflesso corneale;
- l'assenza del riflesso fotomotore della pupilla.

La dichiarazione del medico segna l'inizio di tutta una serie di procedure che hanno una sequenza e una tempistica ben precise, a cominciare dalle attività da parte delle onoranze funebri.

L'accertamento di morte ad opera del medico necroscopo non potrà avvenire prima di 15 ore dal decesso e la sepoltura non prima delle 24 ore.

Il MMG compila, inoltre, la scheda ISTAT.

N.B. il medico di Continuità Assistenziale è tenuto comunque a rilasciare la dichiarazione di morte sul ricettario regionale o su carta bianca.

Visto che la domanda che vi state ponendo è se potete rilasciare i certificati per le palestre fughiamo subito questo dubbio: il certificato per **attività ludico motoria**, originariamente previsto dal decreto Balduzzi per alcune tipologie di attività, è stato reso **facoltativo**. Viene talora richiesto dai gestori degli impianti sportivi per finalità di tutela assicurativa. Tale certificazione riguarda i soggetti che svolgono attività sportiva o fisica, se non tesserati alle federazioni sportive nazionali, discipline sportive associate, agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI (es. nuoto, palestra, calcetto, sci, ecc. svolti da soggetti non tesserati) e può essere **rilasciata da qualsiasi medico, al contrario del certificato di attività sportiva non agonistica** che può essere rilasciato SOLO dai MMG o dai PLS, limitatamente ai propri assistiti, dai medici dello sport o del Coni (Vedi immagine pagina seguente per le principali differenze tra i due certificati).

Quindi il certificato ludico motorio non è contrario alla legge e, a richiesta dell'interessato, può essere rilasciato, ma non è OBBLIGATORIO. Ovviamente è onorabile a tariffa libero professionale, non si applica l'IVA e la fattura deve

essere, almeno per il 2019, CARTACEA, non elettronica.

Riassumendo:

Certificato di attività ludico motoria:

- Soggetti **non** tesserati alle Federazioni Sportive alle discipline associate, né agli organismi riconosciuti dal CONI
- Attività individuale o collettiva
- **Non** occasionale, finalizzata al benessere psico-fisico
- **Non** regolamentata da organismi sportivi, compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio al di fuori di rapporti con organizzazioni e soggetti terzi. Necessaria valutazione clinica con il proprio medico curante (qualunque medico abilitato) o il sostituto del medesimo.

Diverso è il **certificato per attività sportiva NON agonistica**:

- Gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione
- Coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (esclusi atleti agonisti)
- Chi partecipa ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Paziente < 60 aa	Paziente > 60 aa + FR cardiovascolari	Paziente di qualsiasi età portatore di patologie croniche che comportano aumento del rischio CV
Anamnesi + Es. Obiettivo	Anamnesi + Es. Obiettivo	Anamnesi + Es. Obiettivo
Misurazione PA	Misurazione PA	Misurazione PA
ECG basale eseguito almeno una volta nella vita	ECG basale eseguito ogni anno	ECG basale eseguito ogni anno

Chi può redigere il certificato?

- Il MMG limitatamente ai propri assistiti
- Il PLS limitatamente ai propri assistiti
- Il medico specialista in medicina dello sport

E i sostituti? Possono rilasciarlo, ma **solo nel corso di una sostituzione** e solo agli assistiti del medico sostituto. Quindi: **basta certificati di attività sportiva NON agonistica al vicino di casa o all'amico d'infanzia... (a meno che non siate il sostituto del loro medico di famiglia).**

La validità del certificato è di un anno dalla data del rilascio. È bene indicarlo esplicitamente nelle ultime righe!

Ah! Ultima nota sull'argomento: i software di MMG hanno la possibilità di eseguire direttamente i certificati. Per scoprire come puoi decidere di chiedere direttamente al collega che sostituisci o fare varie prove sul portale!

Certificato di attività sportiva agonistica: lo rilascia il **medico dello sport** riguarda l'idoneità a svolgere uno specifico sport. *Non riguarda **mai** un medico neoabilitato.*

Certificati per attività ad alto impiego CV:

Richiesto per:

- Manifestazioni podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km
- Granfondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe

Redatto da:

- MMG e PLS limitatamente ai propri assistiti
- Medico dello sport

Accertamenti richiesti:

- Esame clinico, PA
- ECG basale
- Test da sforzo
- Altri esami ritenuti opportuni

Certificato di invalidità civile: valuta quanto le malattie (certificate) si ripercuotono sulle funzioni del paziente a seconda dell'età:

- Nel minore: valuta le funzioni proprie dell'età
- Età lavorativa: valuta la capacità lavorativa
- >65anni: valuta funzioni della vita quotidiana rispetto all'età

Sono **escluse** menomazioni per cause di guerra, servizio o lavoro.

N.B. Il certificato di handicap (l.104/92) di solito si valuta anche le ripercussioni sociali, infatti è valutato da una commissione che comprende anche un assistente sociale.

Il certificato **serve ad avviare l'iter** per:

- Il riconoscimento/aggravamento di:
 - Invalidità civile
 - Cecità civile
 - Sordità civile
 - Handicap
- Essere inseriti nelle categorie protette.

Il medico compila il certificato online sul sito INPS (bisogna avere delle credenziali specifiche come già detto ndr) e ne consegna una copia all'interessato

che dovrà portarla al patronato entro 30 giorni. Seguirà convocazione dell'ASL entro 90 gg. Verranno effettuati 2 tentativi, poi la pratica verrà archiviata salvo assenza giustificata.

Quando si pone il problema del pagamento o meno dei certificati medici?

La questione si pone **solo per i medici convenzionati con il SSN (MMG e PLS)**.

I medici dipendenti pubblici (**ospedalieri**): non hanno questo problema in quanto tutte le loro certificazioni sono sempre gratuite per il paziente, in quanto ricomprese nell'attività istituzionale del medico pubblico.

I medici liberi professionisti: i quali, al contrario, hanno sempre diritto ad un compenso per la loro attività che, essendo di natura privata e libero professionale, **non è mai ricompensata dallo Stato**, ma sempre e solo dal privato cittadino.

Quant'è il compenso che in questi casi il medico può chiedere in libera professione?

Dopo l'abolizione del tariffario a norma del "Decreto Bersani" del 2006, non esiste più una tariffa vincolante, per cui ogni medico è libero di fissare le tariffe che crede. In ogni caso è necessario che il medico informi preventivamente il paziente sul costo della sua prestazione, in modo da evitare ogni spiacevole discussione. Nel caso del sostituto conviene informarsi sul prezzario utilizzato dal collega, in alternative la FNOMCeO garantisce un esempio di prezzario minimo sul proprio sito.

Il medico può decidere di rilasciare gratuitamente certificati che sarebbero a pagamento?

Il medico, valutando il caso del singolo paziente, può ritenere opportuno evitare di chiedere il pagamento del certificato. Questo spesso succede per motivi di solidarietà sociale, se però questo comportamento viene tenuto solo per accaparrarsi clienti/pazienti, rappresenta una forma di concorrenza sleale che deve essere ovviamente evitata ed è punibile con sanzioni da parte dell'Ordine, fino alla sospensione, in quanto violazione del codice deontologico.

Quando il medico riceve il compenso, deve sempre emettere fattura?

Certamente sì. E la deve emettere nello stesso momento in cui viene pagato, né prima né dopo. Il paziente deve uscire dallo studio con la fattura in tasca. **In realtà** anche se decidi di non far pagare il paziente dovresti emettere fattura, con scritto che è stato rilasciato a **titolo gratuito**. Questo per evitare la spiacevole incombenza per cui, trovato il certificato, qualcuno possa pensare che tu non abbia fatto la fattura.

Quali sono i certificati gratuiti per l'assistito?

Rientrano nei compiti del medico **previsti dalle Convenzioni Nazionali e/o dagli Accordi regionali**. Si tratta di prestazioni che vengono pagate al medico dallo Stato e per questo motivo sono gratuite per il paziente.

I classici esempi di **certificati gratuiti** sono:

- Incapacità temporanea al lavoro;
- Riammissione a scuola;
- Attività sportiva non agonistica parascolastica;
- Assistenza domiciliare integrata;
- Denunce obbligatorie (nascita, morte, malattie infettive e diffuse, AIDS, ecc.).

Risultano **esenti da IVA**:

- Attività ludico-motoria
- Patenti di guida - porto d'armi
- Medicina del lavoro
- Esonero dalle lezioni di educazione fisica
- Infortunio a fini INAIL
- Invio di minori in colonie o comunità
- Ammissione di anziani in case di riposo
- Invio in soggiorni marittimi o montani per motivi di salute
- Avvenuta vaccinazione
- Dieta personalizzata alla mensa
- Idoneità a viaggi

Si deve invece **aggiungere l'IVA**:

- Invalidità civile
- Infortunio a fini privati
- Riconoscimento causa di servizio
- Fini assicurativi
- Idoneità allo svolgimento di generica attività lavorativa
- Impossibilità a presentarsi in tribunale
- Inabilità a riscuotere la pensione

A quanto ammonta l'IVA in questi casi? Al **22% del compenso**, ma rammentiamo che finché rientri in regime agevolato **NON** devi aggiungere l'IVA!

Quali lavori può fare il camice grigio?

Quindi eccoci qua: belli laureati, abilitati e con tutti documenti in regola! Viene naturale domandarsi come le nostre competenze possano essere impegnate in questo sistema che, a differenza di altri paesi, come la vicinissima Svizzera, non prevede l'impiego di medici in possesso della "sola" laurea all'interno di strutture pubbliche in maniera stabile. Restano comunque dei lavori che possono essere svolti e che permettono di sopravvivere durante il periodo di limbo tra la laurea e l'ingresso in un corso di specializzazione o formazione specifica

post-laurea. Ma prima di vederli soffermiamoci un attimo ad identificare la categoria in cui rientra il camice grigio: il lavoratore autonomo.

Il medico come LAVORATORE AUTONOMO

Si può parlare di **lavoro di tipo autonomo**, quando una parte, con il lavoro prevalentemente proprio e **senza vincolo di subordinazione**, compie un'opera in favore di qualcun altro (ossia un **committente**), dietro pagamento di un compenso.

A differenza del lavoro dipendente il lavoratore svolge la propria attività nei confronti del committente, **decidendo i tempi e le modalità per il compimento dell'opera**.

*Le prestazioni d'opera trovano il proprio riferimento normativo negli articoli dal 2222 al 2228 del codice civile e, nel caso di prestazioni d'opera intellettuali, anche agli articoli 2229-2238 sempre del codice civile. La species del tipo lavoro autonomo ricorrente nel caso di **prestazione svolta da personale medico, è la prestazione d'opera INTELLETTUALE, di cui all'art. 2230 c.c.** e se stante la presenza degli indici caratterizzanti le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali, a mente dell'art. 2229 c.c. "è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi".*

*Tali professioni sono state definite "protette" dalla stessa Corte Costituzionale laddove il ruolo protettivo è svolto dall'albo stesso, il quale ha una duplice efficacia di protezione: un'efficacia esterna nei confronti dei concittadini, i quali hanno uno strumento di accertamento contro l'esercizio abusivo della professione, ed un'efficacia interna nei confronti dei professionisti, a tutela dell'onorabilità della professione. Lo svolgimento della prestazione medica in assenza della protezione determina **l'interdizione dell'esercizio a coloro che non siano iscritti nell'albo e nella privazione del diritto alla retribuzione del prestatore che non sia iscritto** (art. 2231 c.c.).*

Al di fuori del requisito obbligatorio, il contratto d'opera professionale **non presenta elementi essenziali tipici**, e soprattutto non necessita di forma scritta ai fini della sua validità ed efficacia, ossia **non necessita di un contratto**.

Il "contratto" si identifica, quindi, mediante l'accordo fra il committente e il professionista: **il professionista assume l'impegno a prestare la propria opera intellettuale e scientifica per raggiungere il risultato domandato dal committente, con ciò precisando che il professionista non è per questo obbligato a conseguirlo, ma esclusivamente a svolgere la propria opera osservando la diligenza necessaria**. La diligenza dovrà essere più o meno elevata a seconda dell'attività esercitata. Di contro, il committente, ai fini del perfezionamento dell'accordo, si impegna a versare al professionista un compenso per l'opera prestata e tale corrispettivo rappresenta la controprestazione del committente in favore del professionista.

Come detto, non è obbligatoria la sottoscrizione di un contratto; tuttavia gen-

eralmente si procede alla compilazione di un **"Ordine di lavoro o contratto di prestazione d'opera"** scritto e firmato dalle parti. **È importante che tale documento ci sia, poiché è l'unico oggetto di riferimento in un eventuale contenzioso.**

A tal fine è bene che questo comprenda:

- La descrizione sufficientemente dettagliata dell'opera o del servizio richiesti;
- I tempi di consegna da parte del committente dei materiali necessari all'esecuzione;
- I tempi di consegna del lavoratore;
- Il prezzo pattuito;
- I tempi di pagamento;
- La data e le modalità di recesso.

In generale il **recesso** del professionista **deve essere sempre giustificato**, mentre **quello del committente può essere libero**, salvo però il diritto al rimborso delle spese sostenute e il compenso per l'opera svolta (art. 2237 c.c.). **Fate attenzione: alcuni di questi documenti contengono anche una mora in caso di mancata prestazione, questa di solito non è comprensiva di una mancata prestazione per questioni di provata emergenza (malattia, incidente stradale ecc.)!!**

Il compenso

In caso di tardivo o mancato pagamento, è possibile il ricorso alle vie legali che seguono la procedura di una normale causa civile, con quel che ne consegue in costi e tempi. **Perciò può essere utile che l'ordine di lavoro preveda una penale per il ritardato pagamento così da predeterminare un risarcimento senza necessità di chiedere un accertamento giudiziale.**

La prestazione d'opera si presume, pertanto, obbligatoria e, **in ogni caso, le disposizioni del codice civile prevedono che il compenso debba essere ragguagliato all'importanza dell'opera e al decoro della professione.**

In particolare l'articolo 2233 c.c. introduce una gerarchia di carattere preferenziale riguardo ai relativi criteri di liquidazione del compenso, indicando, in primo luogo, la convenzione intervenuta fra le parti e, in via soltanto subordinata, in mancanza di convenzione fra le parti, il compenso viene stabilito dalle tariffe professionali ed in via di estremo subordine, dalla decisione del giudice previo parere obbligatorio (anche se non vincolante) delle associazioni professionali.

Il rischio di abusi per i giovani professionisti

La legislazione fiscale italiana prevede l'obbligo di aprire la partita Iva quando si svolge un'attività come libero professionista in maniera abituale. Visto che, a differenza del lavoro subordinato, non è previsto l'aggancio ai minimi retributivi e il costo della previdenza viene scaricato interamente sui lavoratori, la

prestazione d'opera del libero professionista costituisce, per i committenti, **un facile strumento di elusione delle norme di tutela del lavoro. Il lavoratore autonomo non ha, infatti, diritto agli istituti di retribuzione indiretta e differita quali le ferie retribuite, i riposi retribuiti, i permessi, la malattia, il Trattamento di Fine rapporto.**

Ma come facciamo a non essere sicuri che siamo diventati da lavoratori indipendenti a dei lavoratori, invece, subordinati con dei veri diritti e tutele?

Dottrina e Giurisprudenza **individuano alcuni indicatori della natura subordinata del rapporto di lavoro.**

Innanzitutto è necessario soffermarsi sull'esistenza o meno di **poteri direttivi, organizzativi e disciplinari** (ovvero, la cd. eterodirezione) del datore di lavoro-committente nei confronti del lavoratore. Se il lavoratore è assoggettato a tali poteri **in misura continuativa e univoca**, e dunque la prestazione del lavoratore è inserita **in misura stabile nell'organigramma dell'impresa del committente**, svolgendo la propria opera **secondo gli ordini impartiti**, può certamente concludersi per l'esistenza di un rapporto di lavoro di subordinato. Inoltre bisognerà valutare:

- L'assenza del rischio d'impresa in capo al lavoratore (responsabilità dell'impresa sulle scelte dell'impresa stessa);
- La continuità della prestazione;
- La misura fissa della retribuzione;
- L'osservanza di un orario di lavoro.

L'accertamento giudiziale del rapporto di lavoro subordinato

Il lavoratore che ritenga di svolgere, o aver svolto un'attività lavorativa di natura subordinata può ricorrere all'autorità giudiziaria mediante la rappresentanza tecnica di un avvocato del lavoro, per ottenere tale riconoscimento. L'azione può avere ad oggetto due domande, cumulabili, una avente ad oggetto la richiesta di assunzione alle dipendenze del committente, ed è soggetta a decadenza, l'altra avente ad oggetto la richiesta di pagamento delle retribuzioni derivanti dalla differenza tra le somme percepite in regime di partita iva e le somme che avrebbe dovuto ricevere il lavoratore se fosse stato correttamente inquadrato come lavoratore subordinato., dunque calcolate sulla base dei minimi contrattuali del CCNL.

Tale seconda azione non è soggetta a decadenza, ma sono soggetti a prescrizione i diritti di crediti conseguenti all'accertamento, e nello specifico i diritti di credito da lavoro si prescrivono in 5 anni.

Per ottenere il posto di lavoro, dunque la trasformazione del rapporto in rapporto subordinato a tempo indeterminato il lavoratore, come detto deve ris-

pettare dei termini stringenti: in pendenza del rapporto, oppure dal giorno di cessazione dell'incarico, ha tempo **massimo 60 giorni** per impugnare la cessazione del rapporto di lavoro mediante una lettera raccomandata r/r tramite un avvocato del lavoro o un sindacato (impugnazione stragiudiziale), e dalla data dell'invio della raccomandata ha tempo **180 giorni** per depositare il ricorso innanzi al Giudice del Lavoro (impugnazione giudiziale).

Per ottenere le sole differenze retributive, il lavoratore non è soggetto a tali termini di decadenza, ma alla sola prescrizione dei 5 anni.

Sostituzioni: medici di famiglia e pediatri di libera scelta

Conseguita l'abilitazione alla professione, il neo-medico potrà effettuare le sostituzioni presso il medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. Ovviamente non si è titolari, ma sostituti del medico e questa differenza non è solamente formale: il sostituto del medico titolare, nella pratica quotidiana, dovrà infatti mantenere le scelte terapeutiche concordate tra paziente e medico titolare, limitandosi a trattare le acuzie, mantenendo comunque un rapporto stretto con il titolare per quanto concerne la gestione di nuove problematiche ed eventuali cambi terapeutici (utile in tal senso, se le tempistiche dell'ambulatorio lo permettono, l'utilizzo di un taccuino su cui appuntarle e/o la più pratica compilazione della cartella in cui spiegherete le motivazioni delle vostre scelte terapeutiche).

Per tale incarico **non occorre** essere inseriti in alcuna graduatoria, il rapporto lavorativo è strettamente libero-professionale e il medico titolare ha piena facoltà di scegliere il sostituto che preferisce o che conosce personalmente. È quindi necessario crearsi una rete professionale di contatti con medici di medicina generale: si può iniziare proponendosi per affiancare un medico nel suo ambulatorio, così da imparare i rudimenti del mestiere (programmi gestionali dei pazienti, come compilare una ricetta, come fare una certificazione ecc...) e al contempo farsi conoscere da pazienti e colleghi.

Può essere utile, giusto perché non costa nulla, farsi inserire nell'**elenco dei Medici disponibili alle sostituzioni** affisso all'ufficio dell'Ordine dei Medici e pubblicato sul loro sito. Inoltre potete provare ad entrare nel giro grazie a Facebook dove potete trovare, ormai, molti gruppi specifici per città e circondario in ogni regione.

La stessa cosa vale anche per i PLS, non abbiate paura di imparare anche come curare i bambini sul territorio! Il consiglio è comunque assicurarsi, però, di essere coperti a livello assicurativo anche per questo genere di sostituzioni.

N.b. Ricordiamo che tutti gli obblighi e i diritti in ambito di medicina del territorio sono contenuti nell'**Accordo Collettivo Nazionale** (ACN), che consigliamo caldamente di sfogliare per essere più preparati, in ogni caso è buona norma consultarlo in caso di dubbi.

Visite e reperibilità:

il medico di medicina generale è obbligato ad essere **reperibile telefonicamente** dalle ore 8:00 alle ore 10:00, **dal lunedì al sabato**, ed effettuare le visite domiciliari richieste in questa fascia oraria **entro la giornata stessa**; le richieste di visita domiciliare ricevute al di fuori di questa fascia oraria possono essere soddisfatte entro le ore 12:00 del giorno seguente nel caso in cui riteniate che non abbiano caratteristiche di urgenza. Le visite domiciliari dovrebbero essere eseguite in caso di **intrasportabilità** del paziente che, altrimenti, può essere invitato a recarsi in ambulatorio.

Il **compenso** per la sostituzione: al medico sostituto è previsto un compenso forfettario del 70% del compenso previsto al medico titolare. Inoltre, individuata nel 20% la variazione relativa alla maggiore o minore morbilità, **i compensi dovuti al sostituto, sono corrisposti per intero se relativi a sostituzioni effettuate nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre, se relativi ai mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo essi sono maggiorati del 20% con oneri a carico del titolare e ridotti del 20% se relativi ai mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.** Su Google potrai facilmente trovare delle **applicazioni che ti permetteranno di calcolare il compenso** che ti è dovuto sulla base dei pazienti del collega (MMG o pediatra di libera scelta). Ricorda che si tratta comunque di un compenso minimo al di sotto del quale, per correttezza, il collega non dovrebbe andare, non vuol dire che tu non possa chiedere di più o che lui stesso non decida di darti di più. Il consiglio è **chiedere subito**, durante il primo incontro tra di voi, quanto intende pagare. Nel caso in cui tu non fossi convinto della correttezza del prezzo **prenditi del tempo e rifletti su quanto ti convenga**. Una volta accettato, se, fatti i tuoi conti, decidessi di tirarti indietro, potrebbe essere più complicato contrattare o comunque non faresti una buona impressione (che nel nostro lavoro è fondamentale purtroppo).

N.B. Il sabato e la domenica compresi nel periodo di sostituzione dovrebbero essere pagati per intero!

N.B.2 Non necessariamente il collega che non utilizza il calcolatore ti sta pagando di meno, ci sono colleghi che pagano sempre la stessa quota indipendentemente dal periodo dell'anno, tienine conto in quanto, alcuni di essi, in realtà ti stanno pagando molto di più che se usassero il calcolatore.

Al Medico sostituto competono inoltre, i compensi previsti dall'art. 59, lett. C, comma 1 e 2 per le relative prestazioni eseguite nel corso della sostituzione (prestazioni aggiuntive - **prestazioni di assistenza domiciliare programmata** - **prestazioni di assistenza domiciliare integrata**), queste ultime, però, potrebbero essere pagate con una certa latenza in quanto il medico potrebbe essere pagato 1-2 mesi dopo, in tal caso conviene mettersi d'accordo prima.

Eccezioni:

- La sostituzione svolta per motivi sindacali paga sempre l'importo normale, senza variazioni del 20%.

- Nel caso di malattia del MMG, al MS spetta l'80% del compenso forfettario dei 3 mesi precedenti, diviso per 90, moltiplicato per il numero di giorni di sostituzione.

Esempio di calcolo: l'onorario spettante al sostituto é calcolato nella misura del 70% della quota capitaria annua (38.62 euro/paz/anno). Il 70% corrisponde a 27.03 euro/paz/anno.

Per ottenere la somma da corrispondere al sostituto per giorno di sostituzione, occorre dividere il compenso al 70% per 365 e moltiplicare tale cifra (0,074) per il numero dei pazienti e per il numero dei giorni della sostituzione.

Formula:

$0,074 * nr.pazienti * giorni\ di\ sostituzione.$

Un medico con 1000 pazienti dovrà versare $0.074 * 1000 = 74$ Euro al giorno.

La cifra va ulteriormente corretta a seconda del periodo dell'anno.

- cifra intera nei mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre ($0.074 * pazienti * nr.\ giorni\ sostituzione$);
- maggiorata del 20% nei mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo ($0.074 + 0.0148 = 0.089$ Euro * paziente * giorni).
- ridotta del 20% nei mesi di giugno, luglio, agosto e settembre ($0.074 - 0.0148 = 0.059$ Euro * pazienti * giorni).

E il pediatra?

Qualora il medico sostituto **non** sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, i rapporti economici di cui al presente articolo verranno regolati secondo le norme previste dall'Accordo della Medicina Generale. Al medico sostituito viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

I distretti di solito hanno un numero minimo di giorni sopra il quale richiedono da parte del MMG la stesura di un documento che attesta la presenza di un sostituto, vi conviene, pertanto, informarvi con collega se ci siano documenti da firmare prima dell'inizio della sostituzione (tecnicamente il collega dovrebbe saperlo da solo, ma il nostro lavoro ci insegna a non dar mai nulla per scontato ndr). Ricorda che, tra l'altro, ogni sostituzione superiore ai 5 giorni che viene dichiarata può essere segnata come punteggio nella cosiddetta "dichiarazione sostitutiva" da compilare per l'accesso alle graduatorie di Continuità Assistenziale e di conferimento delle Carenze della Medicina Generale ottenendo, così, un punteggio maggiore in graduatoria (*questi punteggi non si possono accumulare durante il corso di formazione specifica in medicina generale, che conferisce già un punteggio di 7,2 alla fine del triennio ndr*).

Il software di gestione pazienti: esistono molti software che i medici di medicina generale possono utilizzare nel loro lavoro in ambulatorio, è consigliabile che il sostituto, prima dell'incarico, si assicuri di padroneggiare le funzioni di base in modo da semplificare il lavoro. Spesso on-line sono scaricabili delle Demo dei programmi.

Cosa chiedere al medico che sostituirò durante il primo incontro (che consigliamo effettuare presso l'ambulatorio in modo che il collega possa mostrare tutte le particolarità del suo studio, alias dove trovare cosa)?

• **Quanti pazienti ha?** Utile perché ti fai un'idea del quantitativo di gente che vedrai durante il giorno, fai comunque conto che se fa 1 ora al giorno ha meno di 800 pazienti, se ne fa 2 ha intorno ai 1000 pazienti, se ne fa 3 stai sostituendo un massimalista con almeno 1300 pazienti, è infatti l'ASL ad imporlo. Inoltre ti è utile per utilizzare il calcolatore del compenso. Per farti un'idea di quanti pazienti abbia il collega ricorda che 100 pazienti corrispondono ad un'ora di lavoro per l'asl, quindi se ne ha 800 deve fare almeno 8 ore la settimana di lavoro, se 1500 almeno 15 eccetera.

• **Come si organizza per le domiciliari?** Ci sono medici che sono disponibili a fare domiciliari per qualsiasi ragione a qualsiasi età, altri, invece, educano i pazienti ad accedere in ambulatorio se le condizioni lo permettono. Sottolineiamo che i pazienti non sono sempre in grado di valutare queste condizioni, cercheranno pertanto di convincerti a fare domiciliari per qualsiasi motivo o diranno che normalmente il medico curante le fa sempre. Il consiglio è chiedere sempre (o valutare direttamente sulla cartella clinica) l'età del paziente e le possibili comorbidità, starà poi a te, in base a questi dettagli, decidere se il paziente è in grado di venire nel tuo ambulatorio o meno. Ricorda che tu puoi decidere la priorità di coda per legge, quindi puoi suggerire un accesso in ambulatorio dicendo che comunque non lo farai attendere e lo farai passare davanti (utile per i pazienti febbricitanti che più stanno in sala d'aspetto più infettano gli altri pazienti). In questo senso possono essere utili due dritte: la prima non limitarsi a prendere le visite tramite la segreteria telefonica, piuttosto lasciate un numero di telefono che i pazienti possano contattare per confrontarsi con loro, la seconda quella di valutare il paziente con domande accurate su età e sintomi per capire se veramente non è in grado di muoversi, se il soggetto è giovane e sano non lasciate che a richiedere la visita sia un soggetto terzo (un parente, un compagno...), ma parlate con lui direttamente. Ricordate che NON dovete fare le ricette per le terapie continuative durante le domiciliari in quanto le regioni devono (quasi sempre con le solite variabili regionali) contabilizzare i farmaci (le singole compresse, singoli puff ecc.), quindi farli su ricetta rossa in domiciliare potrebbe essere un rischio per more al titolare.

• **ADP? ADI?** Ne ha? Devo farle? Chiedilo subito e chiedi anche se intende pagarle subito o separatamente. Di solito in questi casi i pazienti hanno delle "cartelle cliniche" che dovrai compilare con: data, i dati clinici della visita e timbro del collega firmato con il tuo nome a cui accanto apporrai una x come per le ricette rosse (che sta per "firmo per il collega").

• **Cosa predilige per i certificati medici di malattia?** Alcuni medici preferiscono che tu non utilizzi il sistemaTS, sono pochi, per fortuna, in quanto, legalmente, non dovresti, ma conviene chiederlo o al massimo specificare da subito che

utilizzerai SistemaTS. Alcuni software inseriscono anche le tue credenziali del SistemaTS, quindi non avrai bisogno di fare accessi specifici al sito per eseguire il certificato, ma potrai limitarti a farli dal suddetto software. In caso però non fosse possibile ti conviene scaricare il protocollo e fare una cartella sul desktop del collega dove inserire i vari certificati di malattia così che il collega possa sapere chi hai messo in malattia (piccolo consiglio pratico, segna anche il codice di protocollo INPS sulla cartella del paziente in modo che sia segnato pluramente e non possa sfuggire al titolare). Altra piccola nota pratica: se il paziente va a fare una visita medica è l'ospedale/l'ambulatorio a dover fare il certificato per il permesso di lavoro, non il curante, quindi non potete mettere il paziente in malattia per quel motivo.

• **Credenziali per la dematerializzata? Ne ho bisogno? Se non le ho me le puoi procurare?** Ti conviene ricordare al collega che è importante, dal punto di vista legale, che le tue ricette dematerializzate non portino il suo nome quando le fai tu e che è sempre meglio fare uno sforzo in più per essere legalmente trasparenti entrambi.

• **Certificazioni mediche: le fa pagare? Se sì quanto?** Alcuni hanno una tabellina che consultano, altri non si fanno pagare. Una volta stabilito questo starà a te decidere se farti pagare o meno, ma ti conviene saperlo in quanto almeno sai come reagiranno i pazienti. Ricorda che quasi tutti i certificati, di fatto, sono a pagamento, in quanto atti legali. Ricorda: anche l'avvocato si farebbe pagare i semplici fogli di carta, allo stesso tempo tu hai il diritto di farti pagare quei certificati, non vergognarti solo perché ti sembra di fare poco. Anche perché se quel certificato che hai emesso gratuitamente può essere stato fatto ad uno che poi muore di infarto mentre fa sport o che lo usa per avvalersi contro uno che l'ha tamponato e ti chiamano a deporre, legalmente ci rimetti, in particolare se scoprono che non hai emesso una fattura. Ah! Se non sai cosa devi scriverlo curiosa un po' nel software del collega, molti hanno la dicitura "certificati" con i certificati che ti servono già pronti e modificabili come più prediligi.

• **Pannoloni e altre dotazioni:** ogni distretto ha il suo metodo di consegnarli, conviene informarsi presso il medico sulle modalità, spesso hanno un portadocumenti con fogli precompilati che tu dovrai limitarti a compilare. Altro punto di riferimento utile in questo caso sono i contatti telefonici dell'ufficio del distretto che gestisce questi servizi in modo tale da poterli contattare in caso di dubbi.

• **Forniture per diabetici e pazienti in TAO:** informati con lui su come funziona nel suo distretto per la fornitura di aghi pungidito e strisce e sulla modifica dei dosaggi del coumadin.

• **Posso spostare i suoi orari?** Per legge sei tu a decidere che orari deve fare l'ambulatorio, è, però, molto comodo tenere quelli del medico (perché i pazien-

ti si lamentano meno e, inoltre, il medico potrebbe avere dei colleghi con cui condivide l'ambulatorio, in altri casi è l'ASL che non gradisce gli spostamenti), ma potrebbe essere utile cambiarli, a tuo rischio e pericolo, per poter fare più sostituzioni nello stesso giorno. Non conviene impuntarsi per cambiarli, ma sappi che, nella teoria, puoi.

• **Quanto mi darai per il lavoro?** Come già accennato sopra trova il modo di chiederlo alla prima conversazione, meglio mettere le cose in chiaro subito. Se decidi di muoverti in macchina ed hai molta strada da fare ti conviene spiegarlo e chiedere il rimborso per la benzina (il consiglio è comunque quello di valutare, se devi muoverti di molti chilometri, la possibilità di spostarsi coi mezzi pubblici lasciando al suo ambulatorio l'auto).

• **La reperibilità del sabato, devo farla?** Fino a qualche anno fa tutti i medici di famiglia avevano la reperibilità dalle 8 alle 10 del sabato mattina per domiciliari urgenti. Spesso i pazienti nemmeno sanno di questa possibilità, pertanto sono sempre molto poche le richieste in quel paio di ore. Per tale motivo alcuni colleghi si organizzano per fare a turno come reperibili, mentre in alcune regioni si è rimossa tale reperibilità inserendo direttamente quelle due ore alla Continuità Assistenziale.

Ultimo suggerimento pratico: prima di accettare, preso dalla frenesia di lavorare, fermati e rifletti per 24 ore sulla sensazione che ti dà il collega, su quanto vuole pagarti e se puoi avere altre opzioni che valuti migliori. Questo ti eviterà molte situazioni spiacevoli, come discussioni per il pagamento o problemi con pazienti con cui potresti trovarti in disaccordo. Ricorda che si tratta di una prestazione tra colleghi quindi il rapporto, per quanto lui ne sappia di più di te, dovrebbe essere rispettoso ed alla pari.

Come faccio a trovare sostituzioni? Come già accennato su facebook sono nati molti gruppi che si occupano di aiutare nella ricerca di sostituzioni (e altri lavoretti vari).

Fai attenzione! Gira spesso voce di alcuni informatori di case farmaceutiche che sostengono di "mettere in contatto sostituti e mmg", il problema è che richiedono una percentuale del tuo guadagno e dal mmg per il "servizio". Si tratta di una cosa illegale a cui non dovresti sottostare nemmeno se hai paura di non lavorare!

Avete da consigliarmi qualche libro o lettura? Ribadiamo che potrebbero essere utili il Podesta, che contiene molte informazioni utili su esenzioni e terapie delle patologie più comuni, e il Maglietta che è l'equivalente del primo per i bambini. Potrebbe esserti, inoltre, utile ripassare le ultime linee guida per ipertensione, diabete e asma. In alternativa, ogni anno, viene redatto l'Antonicelli, il manuale della guardia medica, che contiene anche alcune possibili terapie delle patologie più comuni.

Piccola nota di Bon Ton tra colleghi: se accetti una sostituzione è vero che puoi cambiare idea, ma se lo fai assicurati di farlo nel modo corretto. Trova qualcuno che vada al tuo posto e non lasciare il collega a cercarsi un nuovo sostituto. Soprattutto non farlo poco prima della sostituzione, altrimenti il collega rischierà di non poter usufruire di quel periodo di cui aveva bisogno.

La Continuità assistenziale

Per chi non lo conoscesse, il servizio di continuità assistenziale è quello fornito dal cosiddetto "medico di guardia". Tale servizio è attivo nei giorni feriali dalle ore 20.00 alle ore 8.00 del giorno successivo e, nei giorni prefestivi e festivi, dalle ore 10.00 del giorno prefestivo alle ore 8.00 del giorno successivo al festivo. In alcune Regioni, poi, comprende tutto il weekend a partire dalle 20.00 del venerdì alle 8.00 del lunedì, in altre, invece, c'è una interruzione di due ore (8.00-10.00) il sabato mattina, in quanto i Medici di Famiglia, come accennato nel paragrafo specifico, hanno ancora la reperibilità del sabato mattina.

Come ogni servizio sanitario pubblico, anche questo viene gestito dalle singole regioni, con peculiarità diverse da luogo a luogo. Il servizio si svolge sia sul territorio, nei presidi di continuità assistenziale, che possono essere semplici ambulatori o UCP. Tale servizio, inoltre, da qualche anno comprende anche la medicina carceraria e, pertanto potrebbe portarvi a lavorare presso **case circondariali** (di solito nella domanda di inserimento in graduatoria viene richiesto di specificare la propria disponibilità per tali presidi, che sono poi le vecchie "carceri").

Il servizio di continuità assistenziale è regolarmente gestito da medici convenzionati, cosiddetti **TITOLARI** ai quali ogni mese vengono assegnati dei turni (fino ad un massimo di turni stabilito secondo ACN). Ogni ASL inoltre per garantire la copertura del servizio in zone carenti, si avvale di medici sostituiti che vengono nominati per incarichi a tempo determinato (il tempo di incarico varia molto da ASL ad ASL, come variano anche le modalità di assunzione che possono essere in rapporto di dipendenza o di libero-professione) seguendo la graduatoria specifica. I bandi possono esser uno o più all'anno, dipende dall'ASL in questione. Informatevi dunque su QUANDO viene stilata tale graduatoria a cui, per accedervi, basta fare richiesta alla propria ASL seguendo le indicazioni del bando.

Per la stesura della graduatoria si fa riferimento alla parte specifica dell'ACN per cui i candidati sono assegnati in ordine in base a:

- Possesso del diploma in MMG e quindi medici iscritti in graduatoria regionale;
- Medici iscritti al corso di formazione in MG residenti e non residenti;
- Medici residenti nel territorio di competenza non in CFSGM né in specializzazione;
- Medici iscritti a corsi di specializzazione residenti e non residenti.

Inoltre a parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età alla laurea e il voto di laurea. In ogni caso queste informazioni sono specificate sul bando e ogni ASL può decidere di redigere la graduatoria diversamente, sempre rispettando però la precedenza agli iscritti in graduatoria regionale e ai medici residenti.

Compiti del medico di continuità assistenziale:

Il medico addetto alla continuità assistenziale deve offrire prestazioni sanitarie **non differibili** a qualsiasi persona si presenti in ambulatorio o comunque che afferisce al territorio di competenza del servizio. Per prestazioni non differibili si intendono esigenze cliniche, psicologiche, sociali e organizzative che richiedano un intervento medico finalizzato ad una soluzione del caso contingente, entro l'arco temporale del turno di servizio. Il servizio si articola su tre compiti basilari: le visite domiciliari, le visite in ambulatorio e le consulenze telefoniche. Sarà inoltre compito fondamentale del medico di continuità assistenziale riconoscere l'emergenza/urgenza ed attivare il 118.

Le varie chiamate che vengono ricevute vengono registrate e rimangono agli atti (spesso su un grande registro). Dovranno quindi essere registrate le generalità (nome, cognome ed età) e l'indirizzo dell'assistito, le generalità del richiedente e l'eventuale relazione con l'assistito se richiedente ed assistito non fossero la stessa persona, l'ora della chiamata e l'eventuale sintomatologia e, infine, l'ora dell'intervento o le motivazioni del mancato intervento e la tipologia dell'intervento stesso. NB: nei territori dove non viene istituita una specifica guardia medica pediatrica il **caso pediatrico** compete al medico di CA, **pertanto chi non ha dimestichezza con farmaci e dosaggi per i piccoli si doti di prontuari specifici.**

Sarà compito del medico di CA la redazione di certificati di malattia (NB il medico di CA **NON** può fare certificati di malattia superiori al giorno) così come le certificazioni per le riammissioni a lavoro; in particolare il medico di CA esegue certificazione di malattia nei giorni prefestivi e festivi per i lavoratori turnisti (che lavorano anche il sabato e la domenica) tramite il sistemaTS, o in carta bianca se il lavoratore appartiene alle forze dell'ordine. Negli altri casi il lavoratore deve rivolgersi al medico curante. Il medico di CA **non può** eseguire certificazioni antecedenti alla data della visita.

RICORDA: il medico in servizio deve essere presente in ambulatorio fino all'arrivo del collega che continua il servizio. Se il collega tarda, sarai costretto a restare oltre la fine del tuo turno, con normale retribuzione delle ore in più. **Tale retribuzione verrà trattenuta in maniera corrispondente al medico ritardatario.**

*Quali sono i compiti del medico di Continuità Assistenziale **in caso di decesso del paziente?***

Al medico di Continuità Assistenziale, così come ad ogni altro medico interven- ga a seguito della chiamata dei parenti, spetta la redazione della constatazione di decesso. Non spetta al medico di CA la compilazione della denuncia di cause di morte (scheda ISTAT che spetta al MMG o al suo sostituto), tranne nelle rich-ieste di trasporto della salma (Legge Regionale 25 febbraio 20010, n. 4, art. 35, comma 1, lettera f).

Si rammenta che, eccetto casi particolari, solo il medico con le sue competenze può affermare che una persona è effettivamente deceduta, pertanto al medico di continuità assistenziale o al medico addetto all'emergenza sanitaria territo-riale, qualora venga esplicitamente richiesto un intervento a domicilio, sia pure per "constatare un decesso", risulta opportuno che si ottemperi con solerzia a tale richiesta, rilasciando poi la eventuale certificazione che inoltre compro-verà l'assolvimento del compito, potendosi altrimenti dover successivamente fronteggiare procedimenti sia disciplinari che giudiziari.

A seguire un esempio di cosa scrivere in un certificato di morte, spesso nelle sedi di CA sono presenti dei documenti inseriti nel pc e potresti trovare un pres-tampato da compilare. Se non lo trovi utilizza pure l'esempio in questa guida.

Come accertarsi dell'effettivo decesso?

- l'assenza del respiro spontaneo;
- l'assenza dei polsi periferici;
- l'assenza di battito cardiaco;
- l'assenza del riflesso corneale;
- l'assenza del riflesso fotomotore della pupilla.

Se tutto negativo il paziente si può dichiarare deceduto.

Prestazioni di particolare impegno professionale e Allegato M:

Le prestazioni di particolare impegno professionale sono prestazioni aggiun-tive, eseguite in sede di servizio o a domicilio del paziente, finalizzate a garan-tire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'in-tervento specialistico e/o ospedaliero.

Sono retribuite **aggiuntivamente** rispetto al compenso orario spettante (alcuni esempi sono le ADI ed il cambio di catetere...).

Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai medici di c.a. sono elencate alla lettera A del nomenclatore tariffario presente nell'allegato D dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN).

Il pagamento delle prestazioni aggiuntive è vincolato all'invio di una distinta riepilogativa (entro il giorno 15 del mese successivo) all'Azienda di competenza. L'**allegato M** è un modulario informativo sulla prestazione effettuata che il medico di Continuità Assistenziale è tenuto a compilare in **duplice copia**: una copia, da consegnare all'assistito, è destinata al medico di fiducia del paziente o alla struttura sanitaria in caso di ricovero; l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

Nel modulo devono essere indicate:

- La sintomatologia del paziente (sii più dettagliato possibile),
- L'eventuale diagnosi sospetta o accertata,
- La terapia prescritta e/o effettuata,
- Le motivazioni dell'eventuale proposta di ricovero e ogni altra osservazione che il medico di c.a. ritenga utile
- Utile aggiungere al fondo la dicitura "Se non miglioramenti o peggioramenti ricontattare la C.A., il MMG o il 118" che vi tutela in caso di peggioramenti della sintomatologia.

L'allegato M contribuisce quindi ad assicurare la continuità dell'assistenza ed una efficace integrazione delle professionalità operanti nel territorio e inoltre costituisce una tutela legale per il medico di CA in quanto riportando anche la firma del paziente egli accetta il vostro intervento terapeutico. É molto utile soprattutto nei casi di rifiuto da parte del paziente dell'invio in pronto soccorso o della chiamata al 118 contro la vostra opinione.

Docenze

Corsi di primo soccorso per aziende, corsi di anatomia per corsi professionalizzanti (estetiste parrucchieri, tatuatori ecc...), corsi di alimentazione... Prima di affrontarli nello specifico un piccolo appunto: la docenza presso enti pubblici o centri accreditati non è soggetta ad IVA in fatturazione; lo è invece se la docenza è svolta presso centri privati (primo soccorso aziendale ad esempio) e si applica al 22% **MA** solo se **non rientrate nel regime agevolato che, essendo appunto agevolato, NON** paga l'iva.

Corsi di primo soccorso:

- **Cosa devo sapere?** Di fatto gli argomenti da affrontare con il loro trattamento sono l'arresto cardiaco, le principali patologie respiratorie acute, la traumatologia (dalle emorragie alle fratture e lussazioni), passando per tutti i principali tipi di shock, le ustioni e le intossicazioni, le ipotermie ed i colpi di calore, le lesioni oculari, l'attacco di panico e i morsi di vipera (può essere utile per non scatenare confusione, fare un confronto tra le lipotimie e i segni dello shock specificando l'importanza della contestualizzazione dei sintomi). Prima sarà opportuno parlare un poco di fisiologia. Dovrai spiegare nei dettagli la sicurezza personale e le principali manovre cardiorespiratorie (RCP). Se ti appoggi ad un ente puoi provare a chiedere se ha già pronte delle slide che puoi, eventualmente, adattare al tuo stile.

- **Dove posso aggiornarmi per prepararmi?** Ogni 4-5 anni le linee guida vengono aggiornate, su Google al momento si trovano quelle del 2016. I colleghi urgentisti consigliano di prepararsi su quelle, in alternativa puoi decidere di frequentare tu stesso un corso di BLS-D, questi di solito costano intorno ai 40€, la cosa positiva è che ti consegnano un **patentino per l'utilizzo del DAE** che in alcuni eventi lavorativi (ad esempio fiere e festival) potrebbe essere richiesto, ma che **non basterà per diventare istruttore DAE**. Fare un corso,

inoltre, ti darà suggerimenti su argomenti da trattare e altri dettagli che magari non vengono spiegati nelle linee guida.

• **Cosa devo portare?** Per prima cosa se ti appoggi ad un ente chiedi sempre se ha in dotazione un manichino da prestarti. Spesso dovrai portarti il pc, in alcuni casi il proiettore. Per quest'ultimo il consiglio è di domandare all'ente se l'azienda o, più in generale, l'aula dove eseguirai il corso ha una televisione, potrai, infatti, in tal modo proiettare anche su di essa! Risulta infatti raro dover eseguire il corso a più di 10 persone, in tal caso una televisione a cui attaccare il pc sarà sufficiente. La ditta ti fornirà, inoltre, i fogli delle presenze e talvolta i fogli di valutazione del corso da far compilare agli studenti, potrebbero fornirteli già stampati o in pdf da stampare. Alla fine del corso dovrai esaminare i tuoi studenti, per fare questo potrai usare un quiz scritto (che potranno fornirti loro o meno) o uno orale. Puoi tranquillamente scegliere l'opzione che prediligi, ma nel secondo caso alcuni enti avranno bisogno che tu firmi un documento in cui attesti che hai eseguito un esame orale, ti conviene, quindi, confrontarti con l'ente.

• **Di solito intorno a che prezzo si attesta il pagamento?** I prezzi variano molto, dai 30€ l'ora (solitamente eseguiti in sede all'ente, è facile che tu non debba andare fuori città in quei casi) ai 45€ all'ora, tutti gli enti ti devono far firmare una "lettera di incarico" in cui vi è scritto modalità e prezzo, tienine una copia al sicuro!

• **Dopo quanto mi devo aspettare un pagamento?** Gli enti erogatori di corsi di primo soccorso (così come alcuni organizzatori di festival e fiere) difficilmente pagano prima di 60 giorni. Dovrebbe essere, ad ogni modo, scritto sulla lettera di incarico. Se non vi fosse scritto domandalo e fallo mettere per iscritto! Superato quel periodo ti conviene iniziare a domandare quando verrai pagato, non essere timido! Hai tutto il diritto per richiedere quei soldi! Se dopo 6 mesi non hai ancora ricevuto nulla potrai avvalerti di un avvocato (ed in tal senso al fondo della guida ti daremo alcune dritte) per far valere i tuoi diritti per "trattenuta impropria di stipendio".

• **Posso farlo in autonomia o devo sempre passare da degli enti?** I medici possono in autonomia tenere corsi di BLS o primo soccorso aziendale (non BLS-D, per quelli, ribadiamo, c'è necessità di un diploma da istruttore i cui corsi hanno prezzi dai 150€ ai 600€). Il problema pratico è che per fare un corso c'è bisogno di un manichino il cui prezzo può anche aggirarsi intorno ai 180€. In alcune realtà ci si è organizzati tra colleghi per acquistare un manichino insieme, quindi prova a parlarne coi tuoi colleghi!

Assistenza medica a manifestazioni in generale (sportive e non)

• **Cosa devo portarmi?** Per prima cosa informati su cosa ti forniscono. Una sacca piena di materiale: garze, bende, ghiaccio, disinfettante? Un vero e proprio ambulatorio pieno di farmaci? Supporto del 118 (ambulanza e volontari)? Normalmente dovrebbero fornirti almeno la prima (agli eventi sportivi) ed il secondo (ai festival), ma, ahinoi, ci sono organizzatori poco corretti che potrebbero chiederti di fornire tutto quanto. Per decidere sulla correttezza o meno di queste manovre condivideremo con te qualche calcolo: un singolo sacchetto di ghiaccio costa 2€, se vai ad un evento sportivo ti conviene averne almeno 5, il che fa 10€; un pacchetto di garze sterili ha anch'esso un costo che si attende sui 2€, se vuoi fare il precisino di quelle conviene averne una decina, quindi 20€; il bendaggio da solo sono altri 20€ al singolo pezzo; se prendi il ghiaccio spray altri 5-10€. Già così ci avviciniamo ai 50€. Se poi ti chiedono di comprare i farmaci dovrai comprare la tachipirina 1000 (altri 5€), l'EN (altri 8€) e gli antipertensivi d'emergenza (altri 8-10€), alcuni comprano il Ventolin ed una serie di distanziatori. Conta che di solito dovrai muoverti in macchina, quindi userai benzina. Normalmente in questi eventi (di solito quelli sportivi) verrai pagato intorno ai 20-25€ all'ora. Ti invitiamo, quindi, a fare due conti prima di accettare proposte lavorative in cui ti dicono che DEVI comprare tutto tu. **Impara a contrattare!** In questo periodo ti servirà! Se ti tiri indietro entro poco da quando hai accettato (non andare oltre le 48 ore, soprattutto se l'evento è di lì a poco) non lasciarti intimorire da chi ti fa la voce grossa, soprattutto se ti stava proponendo un lavoro in cui tutta la spesa sarebbe ricaduta su di te. Ricordati: **finché non firmi un contratto, non hai un impegno da cui non puoi tirarti indietro.** Questo è importante da sapere in quanto in questo momento siamo tutti in balia di soggetti poco onesti che potrebbero cercare di farti credere il contrario approfittando della tua inesperienza!

• **Cosa devo aspettarmi?** Di solito si tratta di eventi più tranquilli di quanto credi. Ripassati per sicurezza gli esami obiettivi ortopedici per le distorsioni alle caviglie, in alcune partite di rugby potresti facilmente vedere sangue e ferite da cucire, in quel caso ti conviene imparare a dare dei punti di sutura in quanto alcuni rugbisti potrebbero insistere per tornare in campo rapidamente! Per quanto riguarda le fiere ed i festival: se si tratta di fiere difficilmente vedrai più di influenze, cefalee, attacchi ipertensivi (conviene infatti portare qualcosa da fare in quanto potresti trovarti inattivo per molte ore), più complessa la situazione ai festival ed alle feste in quanto, questi ultimi, da nostra esperienza, essendoci un grosso afflusso di persone potrebbero, potenzialmente, essere un facile bersaglio per la vendita sostanze di abuso e di grandi quantitativi di alcolici con, pertanto, rischi di emergenze anche gravi quali l'empiema polmonare, le crisi convulsive, il coma etilico ecc. Queste ultime situazioni, però, sono abbastanza note a chi si occupa di fornire l'assistenza medica e, solitamente, non vengono assunti neoabilitati per questo genere di lavoro.

• **Quanto posso chiedere all'ora come minimo?** Puoi chiedere un minimo di 20-25€ all'ora, ma questo non esclude che tu, valutando la tua esperienza e le distanze che devi percorrere per arrivare all'evento, possa trattare per chiedere

di più. **Il nostro consiglio è, per lo più, di trattare per NON avere di MENO.** Più avanti trovi, comunque, una tabella di tariffari minimi.

- **Sono pericolose?** Sì e no, ti diciamo questo per tenerti in guardia. Intendiamo, è molto raro che ci siano situazioni gravi, ma questo non vuol dire che una brutta caduta non possa causare ad un ragazzino danni ingenti o che tu non possa avere a che fare con un infarto. Il consiglio è: vivila con calma, ma stai allerta, il tuo compito non è quello di essere in ogni singolo angolo del campo o della fiera, ma di essere pronto a riconoscere una situazione di emergenza. Alle partite ti conviene tenere d'occhio i movimenti di tutti i partecipanti, vedere la modalità di un trauma ti aiuterà anche nella diagnosi di esclusione, inoltre, così facendo, sarai sempre pronto ad entrare in campo.

- **Consigli pratici:** Parlando di eventi sportivi ti conviene informarti al telefono sugli orari (le partite di basket iniziano mezz'ora prima di quanto ti dicono! Il medico, infatti, deve essere presente già durante il riscaldamento) e, tramite eventuali arbitri od incaricati, di quando puoi o non puoi entrare. Ricordati che starà a te decidere chi può o meno partecipare se vi sono degli infortuni precedenti o se ci sono malesseri durante la gara, se, ad esempio, durante un confronto di arti marziali vi sono infortuni alle mani che si devono bendare con eventuali sindattilie, potrebbe essere pericoloso per l'avversario un confronto, in quanto potrebbe cavargli un occhio! Il consiglio è sempre quello di confrontarsi e chiedere agli arbitri dettagli sulle regole dello sport. Ti conviene sempre tenerti del ghiaccio e delle garze sotto mano o in tasca, non sai mai quando potresti dover correre a soccorrere un atleta. D'inverno copriti bene (!) in quanto potresti dover star fermo a lungo nella stessa posizione all'aperto.

- **Modalità di pagamento:** emetti sempre fattura, alle partite di solito verrai pagato a vista (salvo casi particolari, comunque passeranno pochi giorni), mentre alle fiere potresti anche essere pagato a 60 giorni, informati prima in quanto non c'è una regola specifica in tal senso.

Il giovane medico come direttore sanitario

Assistenza all'adulto e anziano non completamente autosufficiente

Sempre di più anche ai medici non specialisti capita di lavorare nel settore dell'assistenza residenziale con un mansionario che va dal medico interno della struttura / consulente al direttore sanitario.

Infatti anche strutture che fino a poco fa si rivolgevano preferibilmente a medici specialisti si rivolgono sempre di più a medici non specializzati in questo momento di blocco del turn over e accesso programmato in modo molto stringente alle specializzazioni mediche.

Questo si traduce in possibilità di lavoro per tutte e tutti, ma anche ad essere inseriti in una fetta del mercato del lavoro poco contemplata dalla formazione universitaria, nonostante interessino un numero elevato di cittadini sul suolo

nazionale e, in previsione, questo numero è destinato a crescere. Anche MMG e loro sostituti si trovano ad avere un numero crescente di pazienti ospiti in questo tipo di strutture, nonostante non sempre ne conoscano la natura.

In che tipo di struttura potresti trovarti a lavorare?

Persone per lo più anziane (ma non solo, anche giovani e adulti non autosufficienti) possono aver bisogno di servizi residenziali che li aiutino nella gestione della quotidianità, per una momentanea condizione di salute o permanentemente. In base ai bisogni dell'ospite e alle sue abilità residue la regione Piemonte in strutture residenziali o semiresidenziali a bassa, media e alta intensità di intervento.

In ordine di intensità troviamo:

R.A. ovvero Residenze Assistenziali, per persone anziane autosufficienti nella maggior parte delle attività quotidiane a cui vengono erogati servizi definiti di tipo alberghiero. Queste strutture per essere accreditate (cioè siano riconosciute come adeguate dalla Regione) non prevedono né un medico interno né un direttore sanitario.

R.S.A. ovvero Residenza Assistenziale Sanitaria, per persone la cui autosufficienza è minata in modo permanente o temporaneo (ricovero di sollievo) che non possono essere ospitati in altre strutture di tipo assistenziale o essere prese in carico dalla rete familiare. Il livello di medicalizzazione è maggiore, per cui gli ospiti, oltre essere comunque in carico alla Medicina Generale, necessitano di interventi di altre figure del settore sanitario come Infermieri Professionali e O.S.S.

Per essere accreditate queste strutture richiedono almeno la presenza di un ulteriore medico a svolgere il ruolo di direttore sanitario, il cui orario è calcolato in base al numero di ospiti presenti nella struttura e all'intensità di cure di cui necessitano secondo una valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica. Più avanti torneremo su chi è e cosa fa un direttore sanitario.

R.A.F. ovvero Residenza Assistenziale Flessibile, destinata a un'utenza che non necessita dell'alto livello di medicalizzazione offerto dalle R.S.A. ma non comunque con limitata autosufficienza. Sono per lo più persone portatrici di disabilità psichica o di importante decadimento cognitivo.

Queste strutture per essere accreditate non prevedono necessariamente un direttore sanitario (ma spesso ne nominano uno) ma la presenza comunque di un medico interno il cui minutaggio è calcolato sulla base degli ospiti presenti. Sia R.A.F. che R.S.A. possono ospitare un Nucleo Residenziale Alzheimer, anche se pochi sono attivi al momento sul territorio.

La Direzione Sanitaria

La direzione Sanitaria è una mansione che spetta esclusivamente a medici abilitati, possibilmente ma non obbligatoriamente specialisti, e consiste nella gestione manageriale dell'aspetto sanitario della struttura.

Il suo compito principale è assicurarsi che la struttura rispetti i criteri per cui è accreditata e garantisca l'erogazione dei servizi. Per fare questo è in costante

contatto con i curanti degli ospiti delle strutture, ne segue i ricoveri, si accerta che vengano eseguiti e organizzati gli interventi specialistici prescritti dai colleghi e quant'altro.

In realtà questo aspetto gestionale è meno noioso di quanto sembrerebbe descritto così: permette di stare al contatto con tante professionalità diverse e di coordinare gli interventi che riguardano la salute dell'ospite. Con un po' di umiltà e tanta curiosità si possono promuovere e supervisionare interventi con figure con cui spesso il medico ha poche occasioni di confrontarsi come fisioterapisti, terapeuti occupazionali, educatori, psicologi...

Il direttore sanitario, inoltre, promuove attivamente politiche di prevenzione sia per operatrici e operatori sia per gli ospiti, vigilando su norme igieniche, funzionamento dei dispositivi presenti in struttura...

Per finire, come spiegato dalla 412/91 che delinea il mansionario di questa figura in tutte le strutture accreditate e che fa da modello per tutte le leggi regionali che regolano figure dove tale figura è richiesta, il Direttore Sanitario assume altresì in ogni caso tutte le responsabilità che gli provengono dall'appartenenza all'ordinamento professionale e sanitario su tutto ciò che abbia rilevanza deontologica e riflessi sul decoro e la dignità professionale.

Cioè tutto.

Pro e contro

Spaventati? Meglio. Ma non lasciatevi scoraggiare. Se avete accettato questo lavoro con qualche titubanza ci sono dei motivi per

L'elenco di cose su cui il direttore sanitario deve supervisionare è lungo. La legislazione, però, dice chiaramente che il compito del direttore sanitario è organizzativo e di gestione manageriale e politica, non diventare automaticamente tuttotfare della struttura per cui lavorate. Non incarnate le competenze specifiche di tutte le figure sanitarie che lavorano nella vostra struttura, ne siete il coordinatore.

Per fare un esempio: se nella vostra struttura sono presenti una quarantina di ospiti e voi siete presenti in struttura una volta alla settimana, è impensabile immaginarsi di essere i responsabili diretti delle terapie somministrate a tutti i vostri ospiti (e non lo fate, è compito del medico curante prescrivente, non vostro). Ma se una di queste terapie viene posta alla vostra attenzione perché non più sufficiente o perché portatrice di effetti collaterali, sarà vostro compito prendere in mano la situazione (contattare il curante perché imposti una nuova terapia, contattare la continuità assistenziale o il 112 se è il caso). Nessuno si aspetta che voi prendiate decisioni cliniche a 360° per tutti i vostri pazienti, ma dovete assicurarvi che queste decisioni vengano prese, siano adeguate e siano rispettate da parte del resto del personale sanitario.

Non abbiate paura a presenziare al maggior numero possibile di riunioni, equi-
pe, passate a salutare durante i passaggi consegne, parlate con il coordinatore infermieristico o con il fisioterapista quando avete tempo. Fate rete, confrontatevi il più possibile con colleghi che ricoprono / hanno ricoperto questo ruolo. Purtroppo sempre di più le politiche nazionali e regionali hanno spinto a dele-

gare questo settore a un mondo di cooperative che proseguono il profitto. Non è facile orientarsi in questo sistema e spesso ci si deve confrontare con direttori amministrativi più impegnati a essere sicuri di pagare il numero minimo di O.S.S. possibile che a perseguire il benessere degli ospiti della struttura. Da confronti con diversi colleghi risulta non così poco comune il provare ad assumere medici da poco abilitati per provare a pagarli meno o per accentrare maggiormente su di sé il mansionario dirigenziale. Ricordate loro (e ricordate anche a voi) che la direzione sanitaria aspetta per definizione e legge a medici e medici solamente. Le scelte politiche e dirigenziali devono necessariamente nascere da un confronto con voi e chiunque prenda decisioni di direzione sanitaria al posto vostro sta esercitando abusivamente la professione medica, né più né meno di un non abilitato che operi in sala. Siate umili e curiosi, cercate di capire come funzionano i lavori che meno conoscete, ma siate anche determinati e imponete che la vostra figura sia una figura di reale dirigenza. Le soddisfazioni che trarrete da questo lavoro, potenzialmente di responsabilità e di continuo stimolo, dipenderanno molto da quanto vi sentirete non dei burocrati ma dei responsabili attivi della salute dei vostri ospiti.

Ci sono tante altre attività della libera professione come:

- Servizi di guardia medica privata;
- Medico per assicurazioni: il cliente stipula una polizza dove è prevista anche assistenza medica per cui tu sarai un collaboratore dell'emittente della polizza.
- Medico del 118: per il 118 ogni ASL effettua uno specifico bando e redige anche in questi casi specifica graduatoria. Un requisito di accesso, salvo casi di estrema carenza, è aver effettuato il corso MET (medicina di emergenza territoriale, ex corso DEU); tali corsi stanno scomparendo da quando è stata istituito il corso di specializzazione in medicina d'urgenza. Alcune regioni comunque attivano ancora i corsi ai quali bisogna presentare domanda e per cui rimandiamo ai singoli bollettini regionali.
- Medico dei codici a bassa intensità in pronto soccorso: è possibile che alcuni ospedali non riescano a far fronte con il personale in opera a tutte le esigenze lavorative in PS pertanto è possibile che vengano assegnati incarichi a tempo determinato a liberi professionisti anche non specializzati per la gestione dei codici a bassa intensità.
- Servizio prelievi presso cliniche private
- Servizio di prelievo di tessuti cutanei

Probabilmente non siamo riusciti a scrivere tutto quello che un libero professionista può fare, ci sono davvero tante attività ma ci auguriamo di essere stati abbastanza esaustivi. In ogni caso ogni territorio ha le sue carenze specifiche per cui informati con i colleghi delle varie opportunità presenti nella tua zona.

Piccola nota di Bon Ton tra colleghi 2: evitate l'"offerta al ribasso" (ossia offrire di lavorare per un guadagno inferiore a quello promesso ad un altro collega) è lesiva non solo per il collega a cui togli il lavoro, ma anche per l'intera pro-

fessione. Non offrirti **mai** per un lavoro gratuitamente (con la scusa che tanto impari) o a prezzi che vanno al di sotto di quanto si paga normalmente!

Piccola nota di Bon Ton tra colleghi 3: c'è abbastanza lavoro per tutti, evitiamo di "rubarci" i lavori a vicenda, se, però, dopo aver lavorato con un qualche ente vieni ricontattato su decisione stessa dell'ente è buona norma informare il collega che ti ha passato il lavoro.

La formazione post-lauream

Ti piace essere un medico, ma ti piace meno l'insicurezza della condizione del Camice Grigio. Vediamo allora, senza andare troppo nel dettaglio, in quanto esula dallo scopo della guida, di darti qualche dritta su quali percorsi puoi scegliere.

Concorso Nazionale per le Specializzazioni Universitarie

A cosa serve?

L'obiettivo del test è stilare una graduatoria in base alla quale si può scegliere a quale scuola di specializzazione iscriversi. La scelta riguarda sia la sede in cui svolgere il periodo di formazione, sia la scuola stessa. Secondo il bando dello scorso anno, il punteggio massimo è di 147 pt. Di questi 140 possono essere conseguiti durante l'esito della prova scritta e 7 vengono assegnati in base ai seguenti titoli: voto di laurea (max 2 pt); media ponderata complessiva dei voti degli esami sostenuti durante il corso di laurea (max 3 pt); altri titoli (0,5 tesi a carattere sperimentale; 1,5 pt titolo di dottore di ricerca in discipline di ambito medico-sanitario).

Quando posso iscrivermi e come?

L'uscita del bando di iscrizione è prevista, salvo modifiche al bando che possono ritardarne l'uscita, nel mese di **Maggio**. Come per tutti i concorsi pubblici l'uscita del bando deve precedere di **almeno 60 gg** il giorno di avvio del concorso. In base alle informazioni disponibili la prova scritta è prevista nel mese di Luglio. L'iscrizione avviene online sul portale www.University.it, previa registrazione, da potersi effettuare dopo l'uscita del bando, secondo le scadenze in esso contenuto.

Quanto costa?

L'iscrizione ha un costo di €100,00 da versare nei conti delle tesorerie provinciali del luogo in cui si fa il versamento o nella tesoreria provinciale di Roma tramite IBAN.

Cosa devo studiare?

Le prove vertono sugli argomenti caratterizzanti il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia. Come per tutti i concorsi pubblici in cui il numero di

partecipanti è molto maggiore dei posti messi a bando, si sono viste nascere aziende italiane e estere che vendono materiale didattico cartaceo e informatico per la preparazione alla prova. Ovviamente lo studio è un argomento molto personale e l'iscrizione a questi corsi il cui costo può rappresentare una spesa non indifferente è una scelta del tutto individuale, non ci soffermeremo, pertanto, su tale argomento. Ci sono, però, su Facebook e Telegram, una serie di gruppi in cui ci si scambiano appunti e consigli utili

Come funziona il test?

140 domande a risposta multipla, 5 risposte, l'unica esatta assegna 1 pt, una risposta errata decurta di 0,25 pt l'esito della prova

Come funzionano gli scorrimenti?

Dopo lo svolgimento della prova l'intera graduatoria sarà divisa in più scaglioni di scelta fino a un massimo di 23 scaglioni. La grandezza degli scaglioni viene decisa in seguito allo svolgimento della prova. In SSM 2018 i primi 3 scaglioni hanno incluso 200 candidati ciascuno, dal IV al XV scaglione 700 candidati ciascuno, XVI e XVII scaglione hanno incluso 2000 candidati, XVIII e XIX 1000 candidati fino a fine graduatoria. Il XX scaglione ha riguardato tutti coloro che nel XIX erano stati esclusi da una selezione delle borse rimanenti. Nel giorno in cui il proprio scaglione è chiamato a fare una scelta si ha la possibilità di stilare una graduatoria di preferenza fra tre scuole di specializzazione diverse in tutte le sedi d'Italia, avendo anche la possibilità di alternare scuole e sedi in modo vario. Alla chiusura dello scaglione se tutte le opzioni della graduatoria di preferenza da noi stilata sono state assegnate ai candidati che ci hanno preceduto, si è inclusi nello scaglione successivo e si è chiamati ad effettuare di nuovo la scelta secondo le stesse modalità. *(Queste informazioni sono aggiornate a gennaio 2019 ndr)*

Quanto dura e cosa posso fare dopo?

La specializzazione ha una durata di circa 4 o 5 anni in base alla scuola scelta. Dopo la specializzazione è possibile spendere il proprio titolo per partecipare ai concorsi pubblici, oppure per lavorare nel privato o all'estero.

Concorso per il Corso Specifico di Formazione in Medicina Generale

A cosa serve?

Serve per iscriversi al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale con il quale potrai diventare un Medico di Medicina Generale, anche noto come Medico di Famiglia (non "di Base" occhio che si offendono se li chiamate così! La disciplina, infatti è tutt'altro che "basica!").

Un po' di storia: 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). Nel 2003 il corso è diventato, però, TRIENNALE.

Quando posso iscrivermi e come?

La cosa è leggermente complicata, ma nulla di spaventoso. Partiamo dal presupposto che ogni Regione ha una sua modalità di iscrizione in quanto il bando ed il corso sono su base regionale in dipendenza diretta dal Ministero della Salute (principale differenza dalle Specializzazioni universitarie, che sono in dipendenza diretta del MIUR). **Una volta che tutte le Regioni hanno pubblicato il proprio bando pubblico sui "Bollettini Ufficiali", bandi in cui segnalano il numero di posti messi a disposizione per il triennio, la Gazzetta Ufficiale della Repubblica può pubblicarne un estratto.** Una volta avvenuto quest'ultimo passaggio si avranno 30 giorni, a partire da giorno seguente la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, per iscriversi al concorso. Questo avviene, solitamente, **tra aprile e maggio.**

Ogni Regione, come già accennato, ha una sua piattaforma/modalità per permettere l'iscrizione dei candidati, le indicazioni dettagliate sono, solitamente, contenute nel bando ufficiale della propria Regione. Il consiglio è quello, nel caso in cui non foste sicuri della procedura, di prendere contatti coi propri colleghi per fare una quadra insieme o informarsi presso le segreterie regionali. Attenzione: essendo il test su base REGIONALE, **si può concorrere per i posti di una sola regione.**

Quanto costa?

Niente, a parte in Sicilia, dove è richiesto il pagamento di un bollettino di 50 euro all'Ordine dei Medici di Palermo.

Cosa devo studiare?

Il test può essere, in un certo senso, considerato più semplice di quello SSM. Non per la difficoltà delle domande, ma per **l'assenza del malus per risposta errata e per il minor numero di domande.**

La preparazione, però, non va sottovalutata. Il consiglio è, in primis, colmare le proprie lacune universitarie in quanto, proprio per la tipologia di materia che è la Medicina di Famiglia, il test spazia in tutte le materie della medicina. Non hai studiato bene oculistica? Ripassala, una domanda potrebbe esserci. Di per se, però, il test si sofferma molto sulle principali patologie che approdano in un

ambulatorio MMG: ipertensione, asma, bpcO, diabete... Di queste in particolare conviene studiare le linee guida più recenti in quanto facilmente le domande vengono prese proprio da esse. Possono, inoltre, capitare domande sugli score (non necessariamente i più famosi) e sulle reazioni avverse ai farmaci.

In generale il test è composto di circa 60 domande relativamente "semplici", 30 di difficoltà maggiore e 10 ultra-specialistiche.

Come tutti i quiz bisogna entrare un po' nella testa di chi li fa, in tal senso il consiglio è quello di fare più esercitazioni possibili, anche nell'ottica di capire quali siano le proprie carenze. In questo senso il consiglio è di avvalersi a siti specifici (come, ad es. compitoinclasse.it) dove sono raccolti tutti i quiz degli ultimi 20-25 anni (fai solo occhio che alcune domande sono, appunto, vecchie... in particolare quelle delle linee guida, quindi controlla la data, che solitamente i siti inseriscono, prima di rispondere) e di confrontarsi il più possibile sui gruppi facebook dove ci si prepara ai test.

Come funziona e quando è il test?

Si svolge in tutta Italia nello stesso giorno alla stessa ora ed è composto di 100 domande a risposta multipla, prive di malus per risposta errata. Solitamente il test si svolge a **fine Settembre** (a parte gli ultimi due anni in cui è stato spostato ad Ottobre, nel 2017, e Dicembre, nel 2018).

Quanti posti ci sono in totale?

Ogni regione ha un numero suo, ma sono circa 2000 posti in tutta Italia (aumento avvenuto nel 2018).

Quanto dura il corso e cosa posso fare dopo?

Il corso dura 3 anni ed è un corso a tempo pieno composto di attività teoriche e pratiche, quelle pratiche sono poi i tirocini che complessivamente, nei tre anni, equivalgono a 3200 ore. Il corso è strutturato in periodi di formazione sul territorio (due periodi di 6 mesi dal tutor di medicina generale e un periodo di 6 mesi presso la ASL) e in ospedale (6 mesi di medicina interna, 3 mesi di chirurgia, 3 di pronto soccorso, 2 di ginecologia e 4 di pediatria). La borsa di studio è di circa 900 euro al mese e vale come reddito nella quota B dell'ENPAM (ricorda, come accennato nella parte specifica sull'ENPAM, che puoi richiedere l'aliquota ridotta al 2%). Tra le spese da sostenere ci sono inoltre l'assicurazione per Responsabilità Civile e la polizza infortuni. Ogni Regione richiede in merito delle caratteristiche e dei massimali della polizza differenti.

Una volta concluso ottieni il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale e puoi fare richiesta di inserimento nelle graduatorie di assegnazione delle carenze regionali. La posizione in graduatoria è data da un punteggio di partenza (7,2 punti dopo il corso CFSGM). Successivamente con il diploma si accumulerà punteggio con sostituzioni e guardie mediche. Secondo graduatoria verranno assegnati gli incarichi di assistenza primaria (la cosiddetta convenzione) e titolarità di guardia medica. Viste le attuali carenze e il tasso di pensionamenti non passa molto tempo tra il diploma e la convenzione, da

pochi mesi in zone periferiche a qualche anno in città più grandi. Recentemente, il Decreto Semplificazioni appena approvato dal Governo, ha inserito la possibilità per i corsisti di accedere anch'essi alla graduatoria regionale per l'assegnazione delle carenze di medicina generale (seppur con limitazioni sul numero degli assistiti che variano di Regione in Regione), si tratta, in tal senso di una novità del 2019 su cui non sappiamo dirvi di più.

Che cos'è un Medico di Famiglia?

Il medico di famiglia è la vera connessione tra i pazienti ed il SSN. Il suo ruolo è quello di tenere le fila della salute di un paziente per tutta la durata della sua vita in modo da poter fare da un lato informazione e prevenzione sanitaria, dall'altra cogliere le patologie quando ancora non sono nel loro momento di acuzie, che è sicuramente il momento più complesso. Col corso imparerai anche a trattare le patologie principali con l'obiettivo di rivolgerti allo specialista solo nei casi più dubbi e complicati. **Il suo scopo, infatti, non è quello di inviare dal corretto specialista (non è mica un triagista!), ma quello di curare laddove possibile, proprio senza aver bisogno dello specialista.** Un buon Medico di Famiglia, infatti, è in grado non solo di alleggerire il SSN, ma anche di evitarne gli sprechi e, inoltre, di difendere i pazienti da atteggiamenti scorretti sia nei confronti del SSN che degli specialisti stessi. Sta inoltre avendo un ruolo sempre più centrale nella gestione di pazienti complessi geriatrici, oncologici o neurologici che non trarrebbero giovamenti da numerose ospedalizzazioni, gestendo i servizi e le risorse del territorio per assicurare le cure adeguate a domicilio in funzione delle necessità assistenziali del paziente e del contesto sociale in cui è inserito.

I corsi di Agopuntura

Che cos'è e cosa fa un agopuntore?

Prima di tutto, in Italia, un agopuntore è sempre un medico, quindi innanzitutto visita il paziente al fine di escludere qualsiasi patologia che possa interessare un suo collega specialista. Dopo di ché, in base alla scuola di Agopuntura che ha seguito, fa la diagnosi e usa gli aghi, le coppette o la moxa per effettuare il trattamento.

In Italia gli agopuntori lavorano in gran parte in studi o cliniche private, in alcune regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana ed altre ancora) esistono anche alcuni ambulatori di agopuntura.

In che modo il mestiere di agopuntore si interseca con le varie specializzazioni?

La maggior parte dei pazienti arriva in studio solitamente o su iniziativa personale o su indicazione del medico curante o di altri specialisti. Per questo motivo è estremamente importante riuscire a fare rete creando una proficua collaborazione con gli altri specialisti che abbia come unico fine la cura del paziente. In molti centri ormai è prassi consolidata chiedere anche la consulenza del medico agopuntore per la gestione di alcune patologie quali le nevralgie, le

cefalee e tutto il mondo delle possibili disfunzioni che avvengono durante la gravidanza (nausea, dolori addominali, versione podalica ecc..)

Come si diventa agopuntori? Quanto dura il corso? Quanto costano in media?

Purtroppo, in Italia, la normativa nazionale è ancora poco chiara. Sancisce che per poter praticare l'agopuntura si deve possedere la laurea in Medicina e Chirurgia ed essere regolarmente iscritti all'ordine provinciale. La formazione post-laurea purtroppo non è ancora stata uniformata a livello nazionale. Vari iter sono in corso e alcune regioni stanno accreditando alcune scuole di agopuntura autorizzate a formare i medici. Tutte queste scuole sono parte della FISA (Federazione Italiana Scuole di Agopuntura).

Il corso dura 3 anni ed è a cadenza seminariale (un weekend al mese di solito). Prevede anche un tirocinio formativo.

I costi vanno dai 1500€ ai 2000€ all'anno in media.

Consigli utili

L'agopuntura è sicuramente una disciplina interessante che può dare numerose soddisfazioni sia personali che professionali. Le opportunità di lavoro nel settore privato sono ancora numerose e nel pubblico forse ancora di più (dipende dalle regioni chiaramente). Molti iniziano il corso di agopuntura affiancandolo ad una scuola di specialità e questo potrebbe essere un buon modo per ampliare le proprie competenze ed avere qualche bagaglio in più.

Le scuole di Psicoterapia

Il titolo di psicoterapeuta è un titolo di specializzazione a cui si può accedere **dopo il conseguimento di titolo di medico o psicologo** attraverso un percorso di formazione quadriennale riconosciuto dal MIUR in una scuola di specializzazione accreditata presso lo stesso o, più raramente, in una sede universitaria.

Si tratta di un titolo di specializzazione a tutti gli effetti e come tale vale a fini concorsuali. All'albo degli psicoterapeuti possono automaticamente accedere tutti gli psichiatri e neuropsichiatri infantili, anche se solitamente esercitano come psicoterapeuti solo coloro che hanno effettuato un ulteriore percorso di formazione in psicoterapia.

Come scegliere la scuola di psicoterapia?

Le scuole di psicoterapia, nella maggioranza dei casi, sono **istituti privati riconosciuti dal MIUR** (che ha anche il compito di vigilare che vengano rispettati gli standard educativi, la frequenza obbligatoria, lo svolgimento dei tirocini professionalizzanti ecc..).

Esistono (poche) scuole universitarie, a cui si accede tramite graduatorie bandite dall'ateneo che le organizza, ed esistono molte scuole private accreditate.

Contrariamente agli altri titoli di specializzazione, queste non prevedono borse ma, anzi, rette i cui prezzi possono variare in base alla scuola e alla città. Una cifra alta non equivale per forza a un alto livello di formazione, ma ha sempre senso indagare sulla reale qualità di formazione di scuole il cui

prezzo è sensibilmente inferiore alla media.

Altro elemento variabile è **l'orientamento/inquadramento teorico** della scuola. Non esiste un indirizzo in assoluto migliore di altri e, se è ormai da anni che è stata dimostrata l'efficienza della psicoterapia nel modificare circuiti neuronali anche nell'adulto e nell'anziano oltre all'utilità clinica, non è stato dimostrato che un tipo sia più efficace di un altro nel trattamento della psicopatologia. L'elemento terapeutico è la relazione tra paziente e terapeuta, ed è per questo che è importante chiedersi quale sia lo strumento più adatto a noi, poiché si rischia di trovarsi in un percorso impegnativo e "che non ci appartiene". Scegliendo la scuola è importante avere un'idea di base della storia della psicologia, della nascita della psicoanalisi e dei vari orientamenti psicoterapeutici. Se questo non bastasse, **molte scuole organizzano open days in cui mostrano il proprio approccio.**

Se è possibile informatevi il più possibile sulla qualità di formazione e la serietà della preparazione, magari confrontandovi con chi sta frequentando o ha già frequentato. Può avere più senso fare una scuola di orientamento affine a quello che avremmo scelto, ma non proprio lo stesso se la qualità della formazione o l'organizzazione dei tirocini fosse migliore.

Alcune scuole danno la possibilità di formarsi in maniera più specifica per l'età evolutiva. Se si vuole lavorare con questa fascia di età può avere senso tenere questo in considerazione (*anche se il MIUR riconosce solo il titolo di psicoterapeuta e non differenzia psicoterapeuti dell'età evolutiva, dell'adulto, dell'anziano...*).

Per aiutarsi a orientare nella giungla degli indirizzi psicoterapeutici è utile accedere a: https://study.sagepub.com/system/files/Theoretical%20Orientation%20Scale%20Online_0.pdf. Si tratta di un test che non sostituisce sicuramente un minimo di studio preliminare e i colloqui con le scuole, ma può essere utile, soprattutto per noi medici che spesso abbiamo masticato poco la materia durante l'università.

Come si accede?

Il requisito per accedere al titolo è, come detto, l'iscrizione all'albo dei medici o a quello degli psicologi. Ogni scuola organizza selezioni in base al proprio statuto i suoi studenti. Alcune (poche) scuole possono prevedere, ad esempio, come requisito un periodo pregresso all'iscrizione di analisi, magari presso terapeuti o analisti appartenenti a questa o quella scuola di pensiero e non riconoscono utile ai fini formativi altri percorsi eventualmente intrapresi.

Durata e impegno

La scuola di specializzazione in psicoterapia dura **quattro anni**, ognuno con esami di superamento finale e tirocinio.

Non sono previste borse di specializzazione e le lezioni si concentrano, a seconda dell'organizzazione della scuola, **i venerdì, i sabati e le domeniche**, spesso in lunghe giornate concentrate per ridurre i numeri di giorni da frequentare per raggiungere il monte ore, al fine di rendere il percorso di specializzazione compatibile con il lavoro.

Anche l'organizzazione della scuola e la compatibilità con il proprio lavoro può essere un criterio da tenere in considerazione durante la scelta.

Spendibilità del titolo

Il titolo di psicoterapeuta può essere **spendibile sia nel Sistema Sanitario Nazionale che nel privato**. Le indicazioni alla psicoterapia sono molteplici e sempre più valorizzate, anche nel pubblico. A questo si somma una cultura al benessere psicofisico, non troppo diffusa ma sicuramente in espansione, che porta sempre più persone a intraprendere un cammino terapeutico o di analisi personale, anche senza uno stato di patologia diagnosticato. Alcuni indirizzi di stampo psicomotivo e psicoanalitico, possono prevedere la possibilità di acquisire ulteriori titoli successivamente, come quello dell'analista (o psicoanalista, secondo l'orientamento). Sono titoli non riconosciuti nel pubblico e non validi a fini di concorso, ma nel mercato privato questa differenza esiste. Se foste interessati anche a questo aspetto ha senso informarsi prima dell'iscrizione se la scuola a cui siamo interessati sia riconosciuta da o collabori anche con società scientifiche che formano in questo senso.

La convenzione con lo studio legale AlterEgo

L'Associazione "Chi si Cura di Te" ha l'obiettivo di dar voce e promuovere i diritti dei giovani professionisti e delle giovani professioniste della salute, mantenendo un approccio generale e di sistema, che mira al miglioramento del Servizio Sanitario e della formazione medica e alla tutela del diritto alla salute.

In quest'ottica nasce l'obiettivo di affiancare gli associati oltre che dal punto di vista politico e delle rivendicazioni, anche da quello giuridico e legislativo.

Una categoria, un collettivo, nasce e si rafforza se vive di consapevolezza e di unione. La convenzione con AlterEgo - Legal Service è nata per **fornire uno strumento che risponde alla nostra "vocazione sindacale" cercando un soggetto che, anche politicamente, fosse a noi affine in termini di collaborazione con un gruppo di professionisti che esercitano la loro professione con principi simili ai nostri.**

Ogni associata/o, iscrivendosi al portale del sito (www.alterego.studio -> AREA RISERVATA), potrà prendere visione di tutte le attività che la propria associazione porta avanti, essere informato delle novità legislative e normative che lo riguardano (Alterego si occupa della redazione costante di articoli di informazione giuridica destinati alle e agli associati di Chi si Cura di Te?) e scegliere liberamente 3 materie del diritto in cui voler essere aggiornato.

Proprio sull'assistenza legale lo Studio Legale Alterego - Legal Service propone alle associate e agli associati di Chi si Cura di Te? un'assistenza in convenzione su tantissime materie del diritto.

Il servizio proattivo e l'assicurazione legale

Per facilitare la connessione con lo studio legale è stata creata una casella di posta elettronica dedicata (chisicuradite@alterego.studio) dove sarà possibile contattarli per questioni di ogni tipo. Infatti, gli associati appartenenti alle categorie A, B, C (medici e professionisti della salute abilitati o già lavoratori) hanno diritto a porre un quesito gratuito al mese agli avvocati dello studio e a ricevere una risposta entro 7 giorni lavorativi (ovviamente con una opportuna valutazione sull'urgenza della richiesta).

Per rendere ancora più efficiente l'assistenza legale pro-attiva, Chi si cura di te? e gli Avvocati di Alterego - Legal Service, **stanno organizzando la costituzione di Sportelli Legali fisici mensili**, dove poter incontrare le associate e gli associati che ne abbiano necessità.

Vista la natura dell'associazione, per quanto riguarda eventuali attività di assistenza legale in materia di diritto del lavoro e di diritto previdenziale, ogni associata/o (anche gli appartenenti alla categoria D, Studenti e Sostenitori)

avrà diritto ad un'assicurazione legale gratuita (salvo solo il costo di € 200,00 iniziali per l'apertura della pratica, che diventano € 50 dalla quinta persona che si aggiunge, in caso di causa collettiva). L'idea è quella di offrire a ogni associato la possibilità di portare avanti le proprie battaglie, anche nelle sedi giudiziarie qualora si scelga insieme di affrontarle, riducendo al minimo il rischio, anche economico.

Oltre a ciò, è previsto che ogni associata/o sia assistito anche in altre materie con una riduzione del 40% sulle tabelle ministeriali (DM 55/2014) quali:

- Diritto fiscale e tributario.
- Proprietà Immobiliare.
- Compravendita.
- Contrattualistica.
- Diritto Condominiale.
- Assicurativo/Finanziario.
- Diritto di Famiglia.
- Diritto minorile e Amministrazione di Sostegno.
- Diritto societario.
- Diritto penale.
- Diritto Amministrativo.
- Diritto Fallimentare.
- Locazione e sfratti.

Tale trattamento in convenzione (sia quella del diritto del lavoro e previdenza, sia quella delle altre materie di diritto) **è esteso ad ogni familiare diretto** (genitori, figli, coniugi anche conviventi, sorelle e fratelli).

- Primo step -----> ISCRIVITI A CHI SI CURA DI TE?
<https://chisicuradite.wordpress.com/aderisci/>
- Secondo step -----> scegli dal listino sui siti sopracitati
- Terzo step -----> invia la tua scelta alla nostra mail dedicata:
convenzionichisicuradite@gmail.com
- Quarto step -----> PARTECIPA! Facci sapere cosa pensi del nostro lavoro, dacci suggerimenti, aiutaci ad informarti al meglio che possiamo!
- Quinto step -----> #StayTuned

Questo è tutto caro collega, in queste pagine abbiamo provato ad inserire le informazioni che noi abbiamo accumulato in questi pochi anni lavorativi. Speriamo ti siano utili! Per pareri, errori, aggiunte o per entrare a far parte del gruppo scrivici alla email chisicuradite@gmail.com o aderisci direttamente su <https://chisicuradite.wordpress.com/aderisci/>.

In bocca al lupo!

Il coordinamento Chi Si Cura Di Te?

Ringraziamenti

T.D. Guadalupi, intermediario assicurativo, per la parte sulle assicurazioni e sulle pensioni integrative

Avv. A. Marafioti, per la parte sul lavoratore autonomo

Dott. Simon Grosjean, agopunturista, per la parte sui corsi di agopuntura