

CONTROGUIDA DEL CAMICE GRIGIO 2021



Chi è Chi Si Cura di Te?

Chi Si Cura di Te? (da qui abbreviata CSC) nasce nel 2016, dopo un percorso di rappresentanza universitaria locale e nazionale con Link Coordinamento Universitario e diventa associazione nel 2018 con lo scopo descritto nell'art.2 del suo Statuto: "Chi si Cura di Te" ha l'obiettivo di dar voce e promuovere i diritti dei giovani professionisti 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.

Il **primo obiettivo** dietro la nascita di CSC 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, 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, siamo, infatti, convinti che solo tramite il dialogo potremo 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 coloro che sono presenti sul territorio del diritto alla Salute, insieme alla garanzia del diritto al lavoro per tutti.

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

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

Arriviamo al dunque, quello che vorresti sapere. Lasciati fare, da tutti noi di Chi Si Cura di Te, i complimenti! Hai finito di studiare medicina!

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! Non sarà, invece, nostro obiettivo darti suggerimenti clinici per i quali ti consiglieremo eventuali testi utili durante il percorso!

Piccola nota da redattora: perché CAMICI GRIGI. Abbiamo coniato questo termine, ormai nel 2014, 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 a libera professionista, non specialista né diplomata in medicina generale, è una figura a metà che, proprio perché deve ancora terminare il proprio percorso formativo, non può trovare un'allocazione definitiva nel Servizio Sanitario Nazionale. Insomma camici grigi perché soggetti incastrati in un limbo in attesa di completare la propria formazione. Questo termine da Febbraio 2021 è stato inserito nel dizionario Zanichelli come neologismo.

Piccola nota da redattora 2: come vedrete in questa guida utilizziamo la Schwa (ə), questo perché dalla partenza della campagna Medica Transfemminista nel Novembre 2020 abbiamo aderito a questa modifica del linguaggio scritto proposta da molti movimenti femministi. Capiamo che possa rendere un po' più complessa la lettura iniziale e ci scusiamo per il disagio, ma siamo sicure che in poche righe riuscirete a superare la complessità iniziale. Buona lettura!

Adempimenti post abilitazione

Iscrizione all'ordine də medicə

Una volta abilitatə si deve procedere con l'iscrizione all'ordine dei medici, poiché senza l'iscrizione all'ordine professionale, non è possibile esercitare la 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 domiciliati e si pensa di continuare a vivere per lavorare, quindi anche nella città dove si è studiato o ci si è abilitati. Per ora quindi basta compilare il modulo online e tenere pronta una fototessera e la copia di un documento di identità da inviare all'Ordine. Alcuni ordini provinciali hanno adottato politiche che vengono incontro al neoabilitato, prevedendo, nei primi anni, una quota di iscrizione ridotta.

◆ **Attenzione!** ◆ La fototessera che invierai all'Ordine insieme ai tuoi documenti non verrà cambiata nel corso degli anni.

Ma che cos'è l'ordine də medicə?

L'Ordine də Medicə 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. Ə Presidente ha la rappresentanza legale dell'Ordine.

Si vabbè... Ma COSA FA l'ordine də medicə?

- Compila, tiene ed aggiorna l'Albo də Medicə Chirurghə e l'Albo də Odontoiatrə;
- Vigila alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- Designa ə 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 də iscrittə;
- 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 sanitari e sanitari, o fra sanitari 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 sono adibite a parlare e cercare di trovare soluzioni dei problemi specifici dei più giovani. In alcune occasioni agli iscritti vengono dati gli accessi alle piattaforme virtuali come DynaMed. Sulla piattaforma FadInMed, inoltre, di proprietà della FNOMCeO, potrete trovare una serie di FAD gratuite.

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 un atto obbligatorio.

Nella legge Gelli (8 Marzo 2017, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.") l'obbligo di stipula non è chiaramente indicato, anche se nell'art. 10 co. 3 specifica: *"Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave"*.

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".**

Per tale ragione 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/collaboratore o persone delle quali l'assicurato debba rispondere (a parte la Colpa Grave è sempre ammessa).**

Andiamo nel dettaglio:

- **Cos'è il massimale?** Per massimale si intende la **massima esposizione della Compagnia di assicurazione per quello specifico rischio** che può essere risarcito 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 e 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 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 prendere del tempo e confrontarvi tra colleghi.
- 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 so-

-la 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 il codice di identificazione del medico rilasciato dalla ASL di appartenenza ed è richiesto per i ruoli medici SSN e convenzionati ASL. Ogni Regione, però, lo fornisce in modo diverso e in condizioni differenti. Il codice identificativo, infatti, associa il medico alla spesa farmaceutica/diagnostica. Non è obbligatorio in tutte le Regioni, in quanto non tutte le Regioni lo rilasciano automaticamente al momento dell'abilitazione. Se prendiamo come esempio il Piemonte ogni ASL rilascia un codice identificativo differente, che associa il medico dipendente SSN all'ASL, la quale dovrà occuparsi dei farmaci richiesti dal suo dipendente (tramite rimborsi tra ASL e tra regioni). Questo significa che il codice in questione, per il collega piemontese, non solo vale solo nella loro Regione ma, teoricamente, solo presso la loro ASL. Per tale motivo non si può fare richiesta, appena abilitato, recandosi negli uffici del personale dell'azienda sanitaria locale, in quanto il codice verrà rilasciato solo al momento dell'assunzione. Paradossalmente: in Piemonte il medico che faccia sia assistenza primaria che continuità assistenziale presso la stessa ASL ha due codici identificativi diversi, così, ovviamente, come il collega che faccia Continuità Assistenziale presso due ASL diverse. Se, invece, facciamo un confronto con la regione Toscana, l'unico requisito per ottenere il codice è essere abilitato all'esercizio della professione. Di per sé non è un requisito fondamentale per l'esercizio della professione, però risultare un problema, non averlo, in questo particolare momento storico in quanto

alcune piattaforme covid (per esempio quella piemontese) lo richiedono per poter avere la delega all'utilizzo. Per concludere il confronto questo invece non vale per la regione Toscana, in cui non è richiesto per accedere alla piattaforma Covid.

Codice di accesso al sistema TS

Serve per poter eseguire i **certificati medici di malattia** e per poter inserire i dati delle fatture ai pazienti (730 pre-compilato). 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 finché sei sostituito. Per il 2021, la trasmissione dei dati relativi alle spese sanitarie e veterinarie sostenute nel 2021 dovrà essere effettuata con **cadenza semestrale**, con obbligo di invio entro la fine del mese successivo a ciascun semestre (vedi dopo per i dettagli), questo potrebbe cambiare il prossimo anno diventando cadenza mensile. .

Le credenziali del Sistema TS, che è un portale nazionale, vengono fornite, in alcuni casi, dagli ordini, in caso alternativo starà a te capire come ottenerle, chiedendo a colleghi più anziani o prendendo contatti con la direzione sanitaria dell'ASL a te più vicina. L'accesso al sistema TS fornisce, inoltre, ai 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 "ricetta 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 automatizzare l'erogazione delle prestazioni. 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, un paziente perde il foglio bianco, il cosiddetto "promemoria", che il medico consegna con la prestazione, si potrà ristampare senza emettere una ulteriore ricetta. Complice il COVID, ora, si sono finalmente implementati gli invii telematici per cui quasi tutte le Regioni ora permettono di inviare il promemoria, criptato e non, via email al paziente o tramite portali specifici collegati ai software medici.

Per ottenere le credenziali bisogna informarsi presso le direzioni sanitarie dei distretti e delle ASL (o USL). E' nell'interesse del medico di famiglia che il sostituto ne sia dotato, in quanto non si possono utilizzare le credenziali del titolare essendo una firma elettronica.

Ci può mettere una decina di giorni o di più ad arrivare, quindi bisogna partire per tempo in quanto i servizi informatici regionali non sono rapidissimi ad emetterle e ad inviarle all'asl.

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.

Le credenziali per la dematerializzata, si sottolinea, sono regionali, pertanto, non solo ogni regione ha un differente metodo di erogazione, ma non possono essere utilizzate in regioni diverse da quella che le ha emesse.

Credenziali INPS e INAIL

Le credenziali INPS (che non sono quelle TS) servono per avviare eventuali domande di invalidità. Queste domande vengono caricate, dal medico certificatore, direttamente sul portale INPS. Alla fine stampa, timbra, firma e rilascia al paziente un documento dichiarante l'avvenuto inserimento della suddetta domanda di invalidità. Questa procedura è a pagamento e la vedremo meglio nel passaggio che la riguarda. Le credenziali possono essere richieste direttamente agli uffici dell'INPS o tramite internet. Sul portale INPS possono essere caricate anche le certificazioni di gravidanza, ma questo, per quanto non sia così difficile attestare una gravidanza, è un ruolo che compete esclusivamente al ginecologo convenzionato SSN (in particolari quelli dei consultori).

Le credenziali INAIL, invece, servono per la trasmissione di eventuali certificati di malattia professionale, ad opera del medico del lavoro, o infortunio sul lavoro, a opera del medico di ps o degli mmg/mca. Le credenziali sono obbligatorie in quanto è obbligatorio 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.

Per quanto possa essere occasionale fare una domanda di invalidità civile, può non essere così raro, soprattutto se fate codici a bassa intensità in ps, dover aprire o chiudere una procedura INAIL o farne la continuazione (*piccola nota: se l'infortunio ha una prognosi di 3 giorni si auto-chiude, se il paziente ha una prognosi 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 se svolti come MMG.

PEC (Posta elettronica certificata)

Alcuni ordini del medico hanno aperto delle convenzioni grazie alle quali ti verrà fornito un indirizzo PEC al momento dell'iscrizione; in alternativa dovrai, purtroppo, acquistarla. La PEC è obbligatoria per tutti i iscritti a un ordine professionale, ed è molto importante averla: viene infatti spesso richiesta nella compilazione dei bandi, come quelli della Continuità Assistenziale. La sua valenza è quella di una Raccomandata A/R quindi può essere utilizzata come tale e dovrebbe essere utilizzata per le comunicazioni ufficiali. Servirà per ricevere le fatture elettroniche quando potrai scaricare, inoltre conviene buttarci spesso un occhio in quanto, per coloro che la posseggono, i comuni hanno cominciato ad utilizzarla per l'invio dei verbali di polizia locale (multe).

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”.

Avendo un codice identificativo viene allegato a medicò ed al suo codice di iscrizione all'ordine dè medicò. Questo significa che, a differenza del classico “ricettario rosso” **NON potete utilizzare quello dè collegò che state sostituendo**. Per averne uno basta recarsi all'ASL (o 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 fogli di carta copiativa. **A a paziente si devono consegnare i primi due fogli entrambi timbrati e con quelli si presenterà in farmacia**. Per specifiche sulla corretta ricettazione vedi l'apposita appendice al fondo della guida.

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

The diagram shows a prescription form with several key sections and annotations:

- Top Section:** "NEL RETRO SI ANNOTANO DATI ACQUIRENTE E DOCUMENTO RICONOSCIMENTO" and "CODICE FISCALE ASSISTITO".
- Patient Information:** "ROSSI MARIO" with an arrow pointing to the back of the form.
- Medical Information:** "Morfina cloridrato 10 mg fiale - confezione da cinque fiale", "dieci confezioni", and "una fiala i.m. ogni 6 ore".
- Physician Information:** "Dr. Carlo Bianchi", "Via Milano 1-Bologna", "C.F. xxxxxxxxxxxxxxxxx", "Med. conv. SSn - cod. reg. xxx", and "Tel. 051/123456". An arrow points to this section with the label "TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CON INDIRIZZO E NUMERO TELEFONICO PROFESSIONALI".
- Product Information:** Three boxes for "FUSTELLE" (blister packs) with barcodes and "A028249023". An arrow points to this section with the label "FUSTELLE".
- Pharmacy Information:** A box for "SSN" (Farmacia) with an arrow pointing to it and the label "TIMBRO FARMACIA CON DATA SPEDIZIONE".
- Other Details:** "SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE", "T D L O 1", and "10 0 1 1 7".

Figura 1 - esempio ricetta “farmaco stupefacente”.

Fiscaltà e Medicina: in direzione ostinata e contraria

Innanzitutto: l'attività medica può essere esercitata:

- Alle dipendenze di un ente ospedaliero o privato (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 del medico specializzando, sulla base di convenzioni stipulate con le università.

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

Le attività mediche effettuate da specializzando possono essere effettuate sulla base di convenzioni stipulate con le Università. Il specializzando e il corista MMG prestano la loro opera presso gli ospedali e le strutture territoriali, per questa ragione percepiscono una borsa di studio, considerata fiscalmente come reddito assimilato a lavoro dipendente. Le borse di studio del specializzando, a differenza di quelle del corista, sono esenti da IRPEF.

Medico lavoratore autonomo

Vedremo meglio più avanti cos'è il lavoratore autonomo e come si differenzia da il 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 \varnothing medic \varnothing 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).

\varnothing Medic \varnothing 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 Partiva 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 da 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 \varnothing neoabilitat \varnothing . 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) e 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.

La legge di bilancio 2020 ha apportato alcune modifiche alla disciplina, introducendo, tra l'altro, un nuovo requisito di accesso, una nuova causa di esclusione e un sistema di premialità per incentivare l'utilizzo della fatturazione elettronica.

Attualmente è medicè libero professionista in regime agevolato sono esentati dalla fatturazione elettronica.

Requisiti per l'accesso al regime forfettario

- 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 ò medicè 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;
- Spese sostenute per un importo complessivo non superiore a 20.000 euro lordi per lavoro accessorio, lavoro dipendente e compensi a collaboratori/collaboratrici, anche a progetto, comprese le somme erogate sotto forma di utili da partecipazione aè associatè con apporto costituito da solo lavoro e quelle corrisposte per le prestazioni di lavoro rese dall'imprenditore/imprenditrice o dai suoi familiari.
- **L'unica deduzione ammessa è quella relativa ai contributi previdenziali versati nell'anno (ENPAM).**

Cause di esclusione dal regime forfettario

Non possono accedere al regime forfettario:

- Le persone fisiche che si avvalgono di regimi speciali ai fini IVA o di regimi forfettari di determinazione del reddito;
- Ò non residenti, ad eccezione di coloro che risiedono in uno degli Stati membri dell'Unione europea o in uno Stato aderente all'Accordo sullo Spazio economico europeo che assicuri un adeguato scambio di informazioni e che producono in Italia almeno il 75% del reddito complessivamente realizzato;
- Coloro che effettuano, in via esclusiva o prevalente, operazioni di cessione di fabbricati o porzioni di fabbricato, di terreni edificabili o di mezzi di trasporto nuovi;
- Ò esercenti attività d'impresa, arti o professioni che partecipano contemporaneamente a società di persone, associazioni professionali o imprese familiari ovvero che controllano direttamente o indirettamente società a responsabilità limitata o associazioni in partecipazione, le quali esercitano attività economiche direttamente o indirettamente riconducibili a quelle svolte individualmente;

- Le persone fisiche la cui attività sia esercitata prevalentemente nei confronti di datori/datrici di lavoro con i quali sono in corso rapporti di lavoro o erano intercorsi rapporti di lavoro nei due precedenti periodi d'imposta ovvero nei confronti di soggetti direttamente o indirettamente riconducibili a tali datori/datrici di lavoro, fatta eccezione per chi inizia una nuova attività dopo aver svolto il periodo di pratica obbligatoria ai fini dell'esercizio di arti o professioni;
- Coloro che nell'anno precedente hanno percepito redditi di lavoro dipendente e/o assimilati di importo superiore a 30.000 euro, tranne nel caso in cui il rapporto di lavoro dipendente nell'anno precedente sia cessato (sempre che in quello stesso anno non sia stato percepito un reddito di pensione o un reddito di lavoro dipendente derivante da un altro rapporto di lavoro). In questo senso è attuale la problematica dei contratti USCA e CA in quanto un eccesso di ore porta facilmente a superare i 30000 euro e, se svolti con contratto da dipendente, porta ad una fuoriuscita dal regime agevolato.

Attenzione: il regime forfettario cessa di avere efficacia a partire dall'anno successivo a quello in cui viene meno anche uno solo dei requisiti di accesso ovvero si verifica una delle cause di esclusione.

Reddito e tassazione

Chi applica il regime forfettario determina il reddito imponibile applicando, all'ammontare dei ricavi conseguiti o dei compensi percepiti, il coefficiente di redditività previsto per l'attività esercitata (allegato n. 2 - pdf alla legge n. 145/2018).

Dal reddito determinato forfettariamente si deducono i contributi previdenziali obbligatori, compresi quelli corrisposti per conto dei collaboratori dell'impresa familiare fiscalmente a carico ovvero, se non fiscalmente a carico, qualora il titolare non abbia esercitato il diritto di rivalsa sui collaboratori stessi; l'eventuale eccedenza è deducibile dal reddito complessivo.

Al reddito imponibile si applica un'unica imposta, nella misura del 15%, sostitutiva di quelle ordinariamente previste (imposte sui redditi, addizionali regionale e comunale, IRAP).

Vantaggi per chi avvia una nuova attività

L'imposta sostitutiva è ridotta al 5% per i primi cinque anni di attività in presenza di determinati requisiti:

- \ominus contribuente non ha esercitato, nei tre anni precedenti, attività artistica, professionale o d'impresa, anche in forma associata o familiare
- L'attività da intraprendere non costituisce, in nessun modo, mera prosecuzione di altra precedentemente svolta sotto forma di lavoro dipendente o autonomo, escluso il caso del periodo di pratica obbligatoria ai fini dell'esercizio di arti o professioni
- Se viene proseguita un'attività svolta in precedenza da altro soggetto, l'ammontare dei relativi ricavi e compensi realizzati nel periodo d'imposta precedente quello di riconoscimento del beneficio non supera il limite che consente l'accesso al regime.

La verifica dei suddetti requisiti di accesso va effettuata avendo riguardo all'anno precedente a quello di riferimento (pertanto con riferimento al 2021, le condizioni di accesso vanno verificate nel 2020) 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 (*La bolletta doganale è una dichiarazione compilata e sottoscritta dal contribuente, relativa alla destinazione della merce e prodotta all'autorità doganale al fine della liquidazione dei diritti doganali dovuti*);
- 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?

Coloro già in attività vi accedono senza effettuare alcuna comunicazione, né preventiva né successiva. Tali soggetti però, se intendono usufruire del nuovo 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.

Questo va presentato entro 30 giorni dalla data di inizio attività:

- In duplice esemplare direttamente (o tramite persona delegata) a un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle Entrate;
- In unico esemplare a mezzo servizio postale, mediante raccomandata, allegando copia fotostatica di un documento di identificazione del dichiarante, da inviare a un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle Entrate. Le dichiarazioni si considerano presentate nel giorno in cui risultano spedite;
- In via telematica direttamente dal contribuente o tramite i incaricati della trasmissione telematica. Le dichiarazioni si considerano presentate nel giorno in cui si conclude la ricezione dei dati da parte dell'Agenzia delle Entrate.

In caso contrario l'accesso al regime forfettario 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 forfettariamente si applica l'imposta sostitutiva pari al 15%, sostitutiva dell'IRPEF e delle relative addizionali, nonché dell'IRAP.

Come per i vecchi regimi agevolati coloro che adottano il regime forfettario 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".

Determinazione del reddito e dell'imposta

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

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

1. applicando ai compensi percepiti un coefficiente di redditività differenziato a seconda dell'attività esercitata, che per *ə medicə* è pari al 78%;
2. sottraendo i contributi previdenziali, direttamente deducibili.
3. sul reddito, così determinato, va calcolata l'imposta sostitutiva del 15%.

Esempio

Medicə con compensi libero professionali 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 *ə professionistə* 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 *ə datore/datrice* 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 a *ə tuə debitore/debitrice* di pagarti! Finchè non la emetti *ə debitore/debitrice* potrà evitare di farlo! Se, invece, una volta emessa fattura, non ti pagherà 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 d*ə* Medicə (e *ə commercialista* qualora tu te ne avvalga).

Distinguiamo 3 tipi di fatturazione:

1. Fattura a Medicə titolare o Ente privato (ə paziente ad esempio): se ə Medicə 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 ə 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/Medica Chirurga
- Tua P. IVA
- Tuo indirizzo di residenza (a cui di solito è legata la tua P. IVA)
- Tuo Codice Fiscale
- Un indirizzo e-mail/la PEC
- 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 ə medicə che sostituisci ne hanno uno) 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 ə paziente, il 730 di cui parlavamo prima, grazie al quale ə 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 1/2021, se è la seconda 2/2021 e così via fino all'anno successivo quando il conto ricomincerà cambiando l'anno (1/2022, 2/2022 ecc.)
- La prestazione erogata (es. Sostituzione di MMG; Medicə 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 (qualora l'importo sia superiore a 77,47 €).
 - Il netto a pagare: questo solitamente corrisponde all'onorario
 - Sconto nel caso decidessi di volerne applicare uno: da bon ton si usa applicare uno sconto di 2 euro, facendo cifra tonda, 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 də paziente o də 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 usate il blocchetto delle fatture, conviene fare un timbro apposta!
 - Per la prestazione occasionale (vedi immagine)
- Modalità di pagamento (di solito ci si accorda prima con il debitore/debitrice 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

Esempio di fattura Regime Forfettario

Dr. Nome Cognome	
Indirizzo - CAP - Città	
P.IVA 11111111111111 C. F. CODICEFISCALE	
email.emaaaaail@gmail.com	
Sign. Nome Cognome	
Indirizzo, Città	
CF: CODICEFISCALE	
Città, Giorno Mese Anno	
Parcella n°1/2017	
Certificato medico anamnestico per rinnovo patente di guida.	
Onorario	€ 30
Netto a pagare	€ 30
<small>marca da bollo</small>	
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	
Modalità di pagamento: A vista	
OPPURE	
Coordinate Bancarie (indirizzo IBAN ecc)	

NOME _ COGNOME

Via _____, n. _____

Cap. _____ Città _____

C.F. _____

Luogo di Nascita _____

Data di nascita _____

Spett.le

NOTULA N. ... DEL

Il sottoscritto _____ dichiara di ricevere la somma lorda di euro _____ (€ _____,00), di cui euro _____ (€ _____,00) a titolo di rimborso spese per _____ l'attività occasionale di _____ collaborazione per _____

_____ per un totale di _____ giorni.

Al suddetto importo lordo andrà detratta la ritenuta d'acconto (20%) pari a euro _____ (€ _____,00) per un corrispettivo netto pagato pari a euro (€ _____,00)

dichiara inoltre

sotto la propria responsabilità

che la prestazione resa alla ditta ha carattere del tutto occasionale, non svolgendo il sottoscritto prestazione di lavoro autonomo con carattere di abitualità;

di non avere fruito nell'anno ai fini contributivi, della franchigia di € 5.000 prevista dall'art. 44 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269;

di non essere soggetto al regime Iva a norma dell'ex art. 5, comma 2, D.P.R. 633/72

Data

In fede

(FIRMA)

Esempio di fattura per prestazione occasionale

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) e sostitute di Continuità Assistenziale vengono considerate lavoratori/lavoratrici autonome, 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, qualora non le diano in automatico.

- Se invece l'ASL considera \varnothing sostitut \varnothing , al pari dei titolari, come lavoratori/lavoratrici dipendenti (ad es. Campania), non è possibile usufruire del regime forfettario per i compensi ricevuti.

3. Fattura a \varnothing 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 d \varnothing paziente. Riguardo al bollo valgono le stesse regole.
- A pagamento assoggettati a IVA: aderendo al **regime agevolato**, 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.

PER LA FATTURA A \varnothing PAZIENTI DAL 1/01/2020 SI RENDE OBBLIGATORIA LA RISCOSSIONE TRAMITE METODO DI PAGAMENTO TRACCIABILE (BONIFICO O PAGAMENTO CON CARTA) AFFINCHÉ \varnothing PAZIENTE POSSA DETRARRE LE SPESE SANITARIE. SE ALTRIMENTI L'IMPORTO DEL CERTIFICATO VERRA' PAGATO IN CONTANTI \varnothing PAZIENTE NON LO POTRA' DETRARRE. PER TALE MOTIVO PER CHI HA INTENZIONE DI LAVORARE SUL TERRITORIO NELLA MEDICINA GENERALE SI CONSIGLIA DI DOTARSI DI POS.

Esistono molte possibilità (non facciamo nomi) che hanno canoni bassissimi e sono di facile utilizzo. Consigliato per chi pensa di intraprendere la formazione in medicina generale.

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 metodica in cui \varnothing professionista utilizza la "Firma Elettronica". Per poter assolvere a questo obbligo, \varnothing medic \varnothing può agire in tre modi:

1. Rivolgersi al proprio consulente fiscale di fiducia, in quanto \varnothing ragioni \varnothing , \varnothing commercialist \varnothing e \varnothing consulenti del lavoro possono svolgere il servizio in qualità di intermediar \varnothing abilitat \varnothing ;
2. Utilizzare in proprio i servizi gratuiti (quali il "FERT" messo a disposizione dalla Regione Toscana sul sito [hGps://fert.regione.toscana.it](http://fert.regione.toscana.it)) che consentono l'inoltrato telematico della fattura elettronica e che sono a disposizione di tutt \varnothing \varnothing professionist \varnothing titolari di Partita IVA che hanno necessità di emettere fattura nei confronti di un Ente Pubblico (purtroppo non sono presenti in tutte le regioni);
3. Utilizzare una apposita procedura online aderendo ad una delle convenzioni riservate a \varnothing medic \varnothing e a \varnothing odontoiatri italian \varnothing stipulate dall'ENPAM o dalla FNOMeCeO.

Fattura elettronica

Nulla cambia per quanto riguarda le fatture emesse a soggetti 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).

Si ricorda che, 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 e che hai imparato cos'è l'IVA ed hai scelto il tuo regime...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/datrice 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 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). 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 "sanzione" 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 2020.

Nel 2020 ho guadagnato 10.000€ (N.B. al netto dei contributi previdenziali) pertanto, nel 2021 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 2021 pagherò in tutto 390€ + 156€, e a novembre 2021 altre 234€.

Questi soldi versati in acconto mi verranno scalati dall'importo che dovrò pagare a giugno 2022 sul reddito prodotto nel 2021 (se invece nel 2020 non avrò guadagnato nulla o meno del previsto, avrò un credito che non viene restituito ma è possibile utilizzarlo su altre tassazioni come TASI o altro).

SistemaTS 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/erogatrice;
- 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:**

- Entro il **31 luglio 2021** invio dei dati relativi al primo semestre 2021 (gennaio - giugno)
- Entro il **31 gennaio 2022** invio dei dati relativi al secondo semestre 2021 (luglio - dicembre)

Attenzione: è possibile che dal 2022 l'invio diventi obbligatoriamente mensile.

- **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 dell'art. 3 del DM 31/7/2015"**.

ENPAM

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

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

Le gestioni previdenziali della Fondazione riservate a medici e odontoiatri sono articolate all'interno di due Fondi di previdenza:

a) **Fondo di previdenza generale**, articolato in: gestione previdenziale della quota A; gestione previdenziale della quota B;

b) **Fondo della medicina convenzionata ed accreditata**, articolato in: gestione previdenziale a favore de' medici di medicina generale, pediatra di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale; gestione previdenziale de' specialisti ambulatoriali e de' addetti alla medicina dei servizi; gestione previdenziale de' specialisti esterni in regime di accreditamento. Attenzione: in quest'ultimo fondo versano unicamente i colleghi che appartengono alle categorie sopra elencate, i quali si vedranno decurtare la quota direttamente dallo stipendio mensile.

Accesso al portale ENPAM:

Per poter tenere d'occhio i tuoi pagamenti, la tua ipotesi di pensione, le richieste di malattia/infortunio/gravidenza/adozione e affini la prima cosa che devi fare, una volta confermata la tua iscrizione all'ordine de' medici, è quella di iscriverti al portale ENPAM. Puoi farlo tramite modalità tradizionale (più lenta in quanto prevede l'invio tramite posta di metà della password di accesso) o agevolata (più rapida, utilizzando la metà password che l'enpam ti invia a casa quando l'ordine dei medici di appartenenza ti iscrive alla cassa previdenziale). Link all'iscrizione: <https://www.enpam.it/comefareper/area-riservata/isciversi-allarea-riservata>.

Quota A

A partire dal 2016 viene pagata sin dal primo anno di iscrizione anche per i non abilitandi di marzo. 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 i 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 2021 sono:

- € 117,06 all'anno per \bar{a} student \bar{a} ;
- € 234,11 all'anno fino a 30 anni di età;
- € 454,42 all'anno dal compimento dei 30 fino ai 35 anni;
- € 852,74 all'anno dal compimento dei 35 fino ai 40 anni;
- € 1574,86 all'anno dal compimento dei 40 anni fino all'età del pensionamento di Quota A;
- € 852,74 all'anno per gli iscritti oltre i 40 anni ammessi a contribuzione ridotta (a questa categoria appartengono solo gli iscritti che hanno presentato la scelta prima del 31 dicembre 1989. Dal 1990 non esiste più la possibilità di chiedere la contribuzione ridotta).

A queste somme va aggiunto anche il contributo di maternità, adozione e aborto di 44,55 euro all'anno. N.B. La quota di maternità/adozione/aborto è fissa e uguale per tutti, indipendentemente dall'età.

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

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

Cosa significa? Che se passi la fascia di età a metà anno pagherai la prima metà come se fossi in una fascia e la seconda come se fossi nella fascia successiva, questo vuol dire che vedrete una variazione nella quota sul MAV e vi potrebbe apparire diversa da amic \bar{e} e colleg \bar{h} a abilitat \bar{e} nello stesso periodo.

Modalità di versamento

Il relativo avviso di pagamento, trasmesso direttamente dalla Fondazione ENPAM a mezzo MAV, potrà essere corrisposto in unica soluzione, ovvero in quattro rate. Quest'anno le scadenze sono state rinviate (per quanto attiene la prima e seconda rata) come segue:

- 31 maggio (prima rata o rata unica, per chi paga in unica soluzione)
- 31 luglio (seconda rata)
- 30 settembre (terza rata)
- 30 novembre (quarta rata)

Fra le diverse modalità di versamento messe a disposizione d \bar{a} iscritt \bar{e} , si evidenzia la possibilità della domiciliazione bancaria (addebito permanente in conto corrente) attivata attraverso la procedura SDD, dalla propria area riservata, con adesione entro il 15 marzo dell'anno di riferimento del contributo.

Quota B

L'ENPAM richiede, inoltre, nell'anno **successivo** a quello di riferimento (ossia nel 2021 per il 2020, nel 2022 per il 2021 ecc), il versamento dei contributi **proporzionali al reddito libero professionale per il Fondo di Previdenza Generale**, la cosiddetta "Quota B". Tale contributo è **commisurato 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-moenia ed extra-moenia, dalle prestazioni occasionali, dalle collaborazioni coordinate e continuative, dalla borsa di studio del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG).

Il modello D

◻ **liberæ professionistæ che hanno meno di 40 anni e nel 2020 hanno avuto un reddito pari o inferiore a 4.308,41 euro (al netto delle spese sostenute per produrlo) non pagano i contributi di Quota B 2021 (redditi 2020). Il limite di reddito sale a 7.956,87 per chi ha più di 40 anni** (età a partire dalla quale si paga la Quota A per intero). Questi importi possono variare se l'iscrizione all'Albo o la cancellazione o infine il pensionamento sono avvenuti in corso d'anno.

◻ **liberæ professionistæ paga un imposta sul reddito libero professionale (al netto delle spese sostenute per produrlo) fino a 103.055,00 euro; sugli importi residui, oltre questo tetto, si versa l'1%. Il modello va compilato, inserendo il proprio reddito NETTO entro e non oltre il 31 luglio. Inviare il modello D dopo la data prevista comporta una sanzione di 120 euro. Se scopri di aver sbagliato la compilazione non preoccuparti, avrai fino all'ultimo giorno utile per modificarla. Al momento della compilazione del modello D è possibile scegliere la misura dell'aliquota (intera, 50%, ridotta), com'è illustrato nella tabella:**

CHI	QUANTO
Libera Professionista (si intende chi esercita solo la libera professione)	Aliquota intera (18,5%)
Iscritta al Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (Medici dell'assistenza primaria, Specialisti ambulatoriali, Specialisti esterni)	Aliquota intera metà dell'aliquota intera (8,75%)
Tirocinanti del corso di formazione in Medicina generale	Aliquota intera Aliquota ridotta (2%)

Ospedaliere che hanno svolto attività intramoenia	Aliquota intera Aliquota ridotta
Iscritto INPS, come ad esempio ospedalieri che non hanno percepito redditi da attività intramoenia	Aliquota intera metà dell'aliquota intera
Pensionato del Fondo di previdenza generale	Aliquota intera metà dell'aliquota intera
Pensionato INPS, ex INPDAP, Fondo della medicina accreditata e convenzionata Enpam (non pensionato del Fondo di previdenza generale)	Aliquota intera metà dell'aliquota intera

La quota B, calcolata sul reddito inserito, equivale al 19,5% 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 7000-4602, dal risultato si trae il 19,5%). Il contributo deve essere versato mediante addebito diretto o bollettino MAV precompilato, inviato dalla Banca Popolare di Sondrio, cassiere dell'Ente, a tutte le iscritte tenute 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. Come per la quota A è possibile attivare la rateizzazione: in due rate (31 ottobre, 31 dicembre) o cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile e 30 giugno*).

*queste rate sono soggette ad un INTERESSE LEGALE dello 0,1% (aggiornato 2021), in quanto pagate nell'anno successivo!

Attenzione: la rateizzazione è possibile solo attivando l'addebito diretto con l'Enpam sul conto corrente bancario.

Le iscritte della scuola di medicina generale, per la durata del corso di formazione, possono chiedere di essere ammesse alla contribuzione ridotta del 2% per quanto riguarda la QUOTA B (da cui, a differenza delle specializzande 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).

Fondo della medicina

convenzionata e accreditata:

Se un medico ottiene una convenzione con l'ASL (medicina generale, continuità assistenziale, pediatria di libera scelta o specialistica ambulatoriale), i contributi pensionistici ENPAM saranno **detratti dalle competenze mensili e versati, direttamente dalle ASL, all'ENPAM**. Pertanto, i redditi percepiti per lo svolgimento di attività in convenzione con il Ssn sono soggetti a contribuzione previdenziale presso i Fondi Speciali Enpam e non devono, pertanto, essere dichiarati alla Quota B del Fondo Generale.

Se invece un medico viene assunto come **dipendente** da un Ente Pubblico o da una **struttura sanitaria privata**, allora oltre a dover versare i contributi all'ENPAM del fondo generale, come sopra detto, subirà le **trattenute** in busta paga che il **datore di lavoro verserà all'INPS** (si sottolinea che un medico libero professionista in partita IVA non è un dipendente e fatturerà e rientrerà **nella quota A e B e stop**). In questi casi un collega non andrà a fare integrazioni a livello del suddetto secondo fondo enpam.

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

Quando si farà la dichiarazione dei redditi, 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, 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!!!

Attenzione: per correttezza informativa vi riportiamo che, a seguito della pandemia COVID-19, alcuni colleghi hanno ridotto o visto annullarsi il proprio fatturato. Per tale motivo è possibile chiedere il rinvio dei versamenti delle quote A e B. Possono fare domanda i medici e gli odontoiatri che:

- Da marzo 2020 hanno subito una diminuzione del fatturato di almeno il 33 per cento rispetto a marzo 2019;
- Si sono iscritti alla Fondazione Enpam dopo il 31 marzo 2019.

E' in fase di approvazione un ulteriore rinvio, ma il nostro consiglio, qualora tu ne abbia la possibilità, è di non rinviare i pagamenti, per non ritrovarti a pagare successivamente tutto insieme o ravvicinato. Per ulteriori aggiornamenti rispetto al 15 maggio 2021 (data di stesura di questa parte) ti consigliamo di accedere al sito dell'Enpam.

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

Specializzando 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 con le modalità viste sopra la QUOTA A, modulata in base all'età anagrafica;
- All'INPS l'ammontare che verrà versato è costituito da due quote che vengono automaticamente detratte dalla borsa di specializzazione, la cosiddetta "gestione separata INPS":

1. Quota pari al 16% dell'ammontare lordo mensile della borsa di specializzazione, a carico dall'università;
2. Quota pari all'8%, a carico dallo specializzando.

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 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 a private cittadine 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 da aderente. Esso è un **piano di risparmio ai fini previdenziali, la cui scadenza coincide con la data di quiescenza da aderente**. I versamenti sono liberi in termini di entità e cadenza e sono interamente deducibili come costo dal reddito annuo lordo per a lavoratori/lavoratrici 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.

E' 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 contributiva di servizio, gli anni trascorsi all'università.

Perché riscattare?

Questo meccanismo è concepito per agevolare il raggiungimento dell'assegno pensionistico per i lavoratori/lavoratrici che si sono immessi più tardivamente sul mondo del lavoro per via dei propri studi. In questo modo si avrà un incremento dell'assegno pensionistico.

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 (questo è importante da sapere in considerazione che ora l'iscrizione all'ENPAM può essere anticipata al V anno di corso).

Quali sono i requisiti?

Può chiedere il riscatto l'iscrittò che:

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

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 almeno dieci anni di iscrizione all'ENPAM (lato positivo dell'iscrizione ENPAM anticipata a prima della laurea). 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 de' 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 **è** soggetti che non abbiano mai versato contributi ad alcuna cassa previdenziale, quindi se l'iscrizione avviene prima della laurea questo non è possibile.

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.

⚠ATTENZIONE⚠

La legge di bilancio 2019, confermata poi nella legge di bilancio 2020, ha introdotto alcune **agevolazioni rivolte a 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.

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 corsista 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.

Formazione ECM

Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) 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.

Il professionista sanitario ha 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/operatrice 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/operatrice 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** de operatori/operatrici della sanità, richiamato anche dal Codice Deontologico ma è anche un diritto de cittadinə, che giustamente richiedono operatori/operatrici attentə, aggiornatə e sensibili. Ciò è oggi particolarmente importante ove si pensi che ə cittadinə è sempre più informatə 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.

Ə professionista sanitariə dovrə 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.

È esonerato dall'obbligo dell'E.C.M.:

- Ə sanitariə che frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base relativi alla categoria di appartenenza, durante l'esercizio dell'attività professionale. 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 de medicə 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 medicə e psicologə;
- Corsi di formazione manageriale per professionistə sanitarə.

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 Medicə e Psicologə;
- 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 micologə durata annuale.

Esoneri Durata Annuale Parziale

- Riduzione in favore de operatori/operatrici sanitarə colpite da calamità naturali
- Corso micologə 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

ESENTI per diritto

Sono esentati dall'obbligo formativo ECM, e sanitario 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 informare il co.ge.a.p.s. tramite 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 (gravidanza 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 dei figli

- Adozione e affidamento preadottivo
- Adozione internazionale con aspettativa non retribuita per la durata dell'espletamento delle pratiche
- Congedo retribuito per assistenza a figli portatori di handicap
- Aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza
- Permesso retribuito per a professionisti affetti da patologie gravi 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/direttrice sanitaria 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*)

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 a 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 giorni. Ad esempio a sanitaria 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. Risulterebbe necessario comunicare eventuali esenzioni a <https://application.cogeaps.it/login> (sito a cui consigliamo l'iscrizione tramite SPID o CiE 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) compilando il modulo di autocertificazione. Per problemi di caricamento si può contattare ecm@cogeaps.it.

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 de Medice 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 (www.fadinmed.it) gestita da

(che è specifica degli infermieri) dove potrete trovare molti corsi interessanti e gratuiti. Inoltre molte regioni hanno piattaforme specifiche a cui, come medic@, 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 d@ medic@ dopo 5 e 15 anni (scatto contrattuale)
- Valutazione d@ Dirigenti di Struttura Complessa (alla scadenza del contratto)
- Partecipazione alla selezione come Dirigenti di Struttura Complessa
- Iscrizione all'Albo d@ Medic@ Competenti
- Impiego nel privato accreditato
- Impiego in alcuni Enti Pubblici

Inoltre l'articolo 19 del nuovo Codice Deontologico dice che: *« medic@, 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 a @ discenti e a @ collaborator@. @ medic@ assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica a@ iscritt@ ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze. Pertanto in caso di contenziosi per @ giudice il mancato assolvimento dell'obbligo ECM può costituire un'aggravante in caso di contenzioso con @ 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 daē medicā di famiglia e daē sostitutē da medesimē) 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 da medicā. Si tratta pertanto di uno strumento essenziale che deve sempre essere presente nella borsa lavorativa.

Sul timbro da apporre sulle ricette dovete riportare:

- Dott./Dott.ssa Nome Cognome
- La dicitura "Medico/a Chirurgo/a"
- Il numero di iscrizione all'ordine e/o il codice regionale (qualora tu lo abbia).

Dott. Nome e Cognome
Qualifica - Specializzazione
Numero di iscrizione all'Ordine (e/o codice regionale)

Dr. MARIO ROSSI
Medico-Chirurgo
Via Matteotti, 20, 50100 Firenze (FI)
Cod.Fisc. MRRSS69M20055SZX
Part.IVA 0650550055

Vi consigliamo inoltre un secondo timbro da utilizzare per i bollettari delle fatture e per le intestazioni dei certificati in bianco. Oltre ai dati già citati, possono essere aggiunti,

- Partita Iva e/o codice fiscale
- Numero di telefono (vi consigliamo di non inserire il numero ad uso personale)
- Indirizzo e-mail o PEC.

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.

ATTENZIONE: COSA POTETE PRESCRIVERE?

Siete molti a porre questa domanda, quindi fughiamo subito ogni dubbio: **TUTTO**. Dal momento in cui siete abilitati ed avete un timbro potete prescrivere ed auto-prescrivere a voi stessi quello che volete. Potete fare ricette in bianco per tutti i farmaci vendibili in farmacia sia per voi che per ã pazienti (parenti e amicã). Di fatto il vostro timbro su un foglio con la vostra firma certifica e attesta qualunque cosa. I farmaci, essendo su ricetta bianca, non saranno passati dal SSN, ma saranno comunque acquistabili. Sta a voi in scienza e coscienza utilizzare questo potere ed è il motivo per cui, se perdete il timbro, sarà opportuno fare denuncia. Nel caso in cui aveste bisogno di fare una ricetta, ma non aveste con voi il timbro, potete anche scrivere a mano sulla ricetta il vostro codice di iscrizione all'ordine (scrivendo es: Dott. Pinco Pallo cod. 123456 Ordine dã medicã di Roma). Per dritte sulla prescrizione vedi l'appendice specifica a fondo guida.

La borsa dã giovane medicã

In questo paragrafo troverete dei consigli su cosa mettere nella vostra doctor bag, che sicuramente qualche zia o nonnã 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 dã pazienti con sospetta insufficienza respiratoria o per ã pazienti in ADI o ADP).
- Sfigmomanometro (meglio a 3 bracciali: per normopeso, obesità, bambinã/pz sottopeso)
- Otoscopio (si guarda nelle orecchie piú 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
- Oftalmoscopio (facoltativo)
- Glucurometro (facoltativo)
- 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: un medico sostituto di medicina generale non avrà bisogno dei farmaci di cui necessita un medico di continuità assistenziale. Riportiamo di seguito alcuni farmaci che possono essere utili durante le guardie mediche:

- Furosemide (Lasix in fiale)
- Amlodipina 5 mg cp
- Una benzodiazepina a durata d'azione rapida/intermedia con cui prendere dimestichezza (lorazepam o delorazepam)
- Benzodiazepina a durata d'azione lunga come Diazepam (Valium) formulazione in fiale.
- Betametasone (Bentelan in fiale 4 mg e 1,5 mg per adulto e bambino e bentelan compresse da 0,5 mg)
- Metilprednisolone fiale da 20 mg (Urbason fiale 20 mg)
- Metoclopramide (fiale e compresse) o in alternativa domperidone compresse sublinguali. NB: per il trattamento del vomito in bambini sotto i 12 anni o sotto i 35 kg di peso è controindicato l'uso di domperidone o altri farmaci, per cui si può ricorrere (ahinoi) solo a formulazioni naturali (tipo zenzero).
- Diclofenac (Voltaren fiale)
- Ketorolac fiale (Toradol)
- Tachipirina cp o supposte
- Adrenalina in fiale
- Morfina fl da 10 mg

Attenzione: tutto questo materiale, oltre che costoso, si rovina a temperature molto calde. Risulta quindi utile evitare di lasciarlo in macchina.

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 questi casi il vecchio trucco del "controllo se il farmaco è mutuabile" funziona sempre e ha tolto dagli impacci 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 \bar{a} sostituito 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, prendi 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”, cambieranno idea!

Infine: non esitate mai a chiedere un consiglio a \bar{a} colleghe, ci siamo passati tutte!

APP Utili da scaricare

Con l'avvento degli smartphone è facile ora trovare app gratuite da scaricare sui dispositivi per avere facile accesso alle informazioni o un aiuto utile che semplifichi il nostro algoritmo diagnostico. Ve ne indichiamo qualcuna a noi nota, ma vi suggeriamo ugualmente di consultare lo store del vostro telefono per trovare la migliore per voi.

- Pediatric Dosage: sulla base del peso del/della bambino/a vi permette di fare il calcolo del dosaggio del farmaco per os o iv (fare attenzione perchè di partenza di inserisce in apertura quello ev)
- MDCalc: contiene tutti gli score noti in medicina e permette un rapido calcolo
- Farmaci/I-Farmaci: prontuario farmaceutico
- FarmaFiches: prontuario di parafarmaci specifici per la cura della pelle
- Intercheck: permette di valutare le interazioni tra farmaci
- Antibiotics Herts&W Essex ICS: contiene le ultime linee guida per le infezioni batteriche, contiene anche le resistenze antibiotiche e le soluzioni alle allergie
- TonicApp: un po' social network, un po' giornale di aggiornamento e un po' raccolta di linee guida e score. Contiene di tutto un po', utile perchè fanno una raccolta settimanale dei paper più importanti rilasciati.
- Un atlante di anatomia, potete scegliere il vostro prediletto, la maggior parte costano, ma i migliori consentono di valutare ogni pezzo del corpo rimuovendo muscolo su muscolo. Non vi diamo nominativi specifici proprio in considerazione che si tratta di app a pagamento.

Inoltre esistono app per esercitarsi nella risoluzione di casi clinici, nella refertazione degli ecg, nel calcolo dei dosaggi dei farmaci e anche per la preparazione ai test.

I certificati

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

Cosa deve contenere un certificato:

- Data e luogo del rilascio
- Dati anagrafici də paziente
- Indicare elementi clinici **obiettivabili** ai fini della motivazione del certificato
- Indicare elementi clinici **referiti** da ə paziente ai fini della motivazione del certificato
- È bene indicare il periodo di validità del vostro certificato
- Timbro e firma də medicə rilasciante

STUDIO MEDICO

Dott.

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

COGNOME _____

NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

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

Fac Simile Certificato Medico sportivo non agonistico

Quali certificati potrai rilasciare?

- **Certificato anamnestico:** per detenzione/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 a medicò che stai sostituendo, ricorda che stai certificando che è paziente, che probabilmente vedi per la prima volta, può girare con un'arma!*
- Certificati di Malattia per assenza dal lavoro
- Certificati di riammissione a scuola dopo assenza superiore ai 5 giorni (solo in sostituzione di MMG o PLS e **non** in continuità assistenziale)
- Constatazione di decesso e autorizzazione al trasporto della salma (anche noto come "trasporto a bara aperta", si precisa che è un certificato non previsto dall'ACN, né per i medici di famiglia né per quelli di Continuità Assistenziale, quindi **non** gratuito, tipicamente, però, si tende per bon ton a rilasciarlo gratuitamente)
- Certificati per l'attività sportiva (da fare **solo a è pazienti da medicò che state sostituendo**)
- Certificati INPS di Invalidità Civile
- Certificati INAIL di infortunio sul lavoro

Per approfondimenti in materia, di cui a seguire facciamo un riassunto delle cose principali, consigliamo la lettura dell'ebook "La certificazione medica" a cura della FNMCEO (<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/10/PDF-EBOOK-INDICE.pdf>).

Certificato anamnestico

Si basa su quello che ci dice è paziente. Riporta le principali patologie da cui è affettò. È vero che, essendo basato su quello che riferisce è paziente, è medicò non è perseguibile penalmente nel caso in cui lui dichiarasse il falso, ma non conviene fare i pigri e controllare la cartella clinica da paziente (soprattutto se è MMG che state sostituendo è precisò 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 è Medicò formuli una Diagnosi ed una Prognosi. Deve contenere:

- Data della visita e del rilascio del certificato;
- Se è lavoratorè era assente dal lavoro anche il giorno precedente la data della visita valutare la compatibilità della copertura del certificato con un ragionevole decorso della patologia da voi diagnosticata. Si sottolinea che:
 - La Continuità Assistenziale da contratto dovrebbe fare **solo i certificati di malattia per i turnisti di quel giorno** (quindi un giorno di malattia, massimo due, senza tornare indietro).

- **ə MMG può andare indietro coprendo anche il WE, ma: ə paziente può dichiarare di essere in malattia da una settimana, ma più di uno-due giorni antecedenti alla visita non possono essere coperti (il sistema non lo permette proprio). In questo ultimo caso, teoricamente, si può dichiarare che ə paziente stava male il giorno prima solo se lo si è visitatə (magari in domiciliare) e non in base alle sue affermazioni.**

- Deve contenere la prognosi (rientro in servizio).

Per ə lavoratorə soggetti all'INPS: si può fare certificato ONLINE tramite il sistema TS, per avere le credenziali di accesso conviene rivolgersi alla segreteria dell'ordine də medicə che dovrebbe occuparsi di fornirle (come accennato sopra). Durante le sostituzioni possiamo caricare le nostre credenziali sul software də collegə e farli direttamente da lì senza accedere al sito internet. Per farlo si deve scaricare dalla propria pagina del sistema TS il PINCODE.

Per ə lavoratorə delle Forze dell'Ordine: Certificato in carta bianca, redatto in duplice copia, una con solo prognosi l'altra con indicazione esplicita della diagnosi (in tal senso, dopo il covid, alcuni commissariati hanno iniziato ad accettare anche il certificato telematico, ma conviene sempre chiedere specificatamente all'assistitə).

Certificato di riammissione dopo assenza da scuola

La Certificazione medica per la riammissione a scuola è dovuta esclusivamente in caso di assenza per malattia superiore a cinque giorni (DPR n. 1518 del 22/12/1967 art. 42); *"L'alunnə che sia lontano dalla scuola per più di cinque giorni, può esservi riammesso soltanto previa visita di controllo də medicə scolasticə, ovvero, in assenza di questi, dietro presentazione alla direzione della scuola o dell'istituto di una dichiarazione də medicə curante circa la natura della malattia e l'idoneità alla frequenza."*

In seguito il DDL n. 476 "Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2019 Legge di stabilità", approvato in data 10-07-2019, ha stabilito all'art.4 che *"Ai fini della semplificazione amministrativa in materia di sanità pubblica e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie nel territorio regionale, l'obbligo di certificazione medica per assenza scolastica, di cui all'articolo 42, comma 6, del Decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, si applica per assenze di durata superiore ai dieci giorni, fatta eccezione per le ipotesi in cui i certificati medesimi siano richiesti da misure di profilassi previste a livello internazionale e nazionale per esigenze di sanità pubblica"*.

Per ciò che riguarda, invece, **casi e focolai di SARS-CoV2**, la **circolare ministeriale n. 427 del 24/11/2020**, facendo seguito alla circolare n. 17167 del 21/08/2020, fissa i criteri da seguire nei casi di sospetta infezione da Sars-CoV2 e fornisce chiarimenti in merito agli attestati di guarigione da COVID-19 per alunnə e personale scolastico.

Le disposizioni legislative di cui sopra **non prevedono** possibilità interpretative nè tantomeno richieste arbitrarie da parte dell'autorità scolastica, fattispecie che determinerebbe, con l'impossibilità per lə studente del rientro alla frequenza, un grave nocumento per sé e la sua famiglia.

Alla luce di quanto rappresentato, e in mancanza di altra disposizione Nazionale e/o Regionale, nessun certificato medico è dovuto per assenze inferiori a cinque giorni e mai se, queste ultime, non riconducibili a stato di malattia.

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
- Autorizzazione al trasporto della salma
- 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** (tranquilla su internet potete trovare dei fac-simile da compilare, ne aggiungiamo comunque uno nella guida) 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 (periodo di osservazione necessario per attestare l'effettivo decesso, che deve essere svolto in condizioni tali da non impedire eventuali manifestazioni di vita).

CONSTATAZIONE DI MORTE

_____ li, _____

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

trattasi / non trattasi di morte per cause naturali a giudizio del sottoscritto dovuta a:

avvenuta presumibilmente alle ore _____ del giorno ____/____/____.

N.b. La C.A. è tenuta comunque a rilasciare la dichiarazione di morte (sul ricettario regionale o su carta bianca). Alcune sedi virtuose potrebbero avere sul pc della sede un documento di facile compilazione redatto dall'asl.

È MMG (o sua sostituto o, in assenza, è medico necroscopista) compila, inoltre, a differenza della C.A., la scheda ISTAT (per la corretta compilazione si rimanda all'ebook della FNOMCeO).

ATTENZIONE: Nel caso in cui i carabinieri arrivino sul posto in cui vi è un deceduto prima dei familiari o del medico ci sono due possibilità:

- o la morte è più che evidente (il pz è decapitato, ha i vermi, è maciullato ecc) ed in quel caso, come qualunque altra persona, i carabinieri costatano il decesso per evidente situazione di incompatibilità con la vita e chiamano **è MEDICO LEGALE** (obbligatorio per sospetta morte violenta);
- nel caso in cui, invece, le condizioni del decesso non sono chiare, ma ci sia il sospetto che sia violenta (siringa nel braccio ed il paziente è freddo e rigido, sacchetto intorno alla testa, impiccagione, proiettili o affini), si assumono la responsabilità di constatare il decesso e chiamano **è MEDICO LEGALE**;
- **Se non vi sono segni di violenza non possono essere sicuri che sia morto e devono chiamare il 118.**

La **guardia medica** è la figura che arriva con tutta calma per fare la certificazione (il foglio), in questo caso non si devono, pertanto, sospettare violenze. È la figura, ossia, che si occupa di accertare **le morti naturali. Tutte le altre, se vi è intervento dei carabinieri, non è la C.A. la figura che deve essere da loro chiamata! Se vi obbligassero sarebbe abuso di potere.**

Altro caso da attenzionare: una persona di cui viene osservata l'assenza di segni vitali va osservata, per legge, nel letto o dove si vuole, fino all'arrivo del medico necroscopista (o comunque almeno 24 ore), vuol dire che qualcuna deve essere presente, non può essere lasciata in casa da sola (immaginiamo anziana sola e senza famiglia) né portata in camera mortuaria, va pertanto trasferita. Questo vale anche nel caso in cui muoia in un luogo non idoneo (per strada, al supermercato, a cena con amici in casa non sua, in un locale pubblico...) per cause naturali. In questi casi si devono informare le autorità sanitarie locali (sindaco, vigili urbani ecc) che disporranno il trasferimento della salma in una camera mortuaria (solitamente al cimitero) in cui vi sia qualcuna che possa fare osservazione. Questo in quanto non vi è un tanatogramma come può avvenire in caso di decesso in ospedale, ma la sola constatazione di assenza di segni vitali permanente, cioè clinica, e potrebbe (seppur raramente) trattarsi di morte apparente.

Certificati per le attività ludiche e sportive

Visto che la domanda che vi starete 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 da gestore degli impianti sportivi per finalità di tutela assicurativa. Tale certificazione riguarda è soggetti che svolgono attività sportiva o fisica, se non tesserati alle federazioni sportive nazionali di 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, contrariamente al certificato di **attività sportiva non agonistica** che può essere rilasciato SOLO da MMG o da PLS, limitatamente a propria assistita, da medico dello sport o del CONI.

Certificato di attività ludico motoria

Il 20 agosto 2013 è stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale la Legge 9 agosto 2013, n. 98, che sopprime l'obbligo di certificazione per la attività ludico-motoria e amatoriale e l'obbligo di esecuzione di ECG annuale per l'attività sportiva non agonistica e lascia a medico certificarore la responsabilità di prescrivere, dopo anamnesi e visita, eventuali accertamenti strumentali.

Da allora chi svolge **in forma autonoma e al di fuori di contesti organizzati** attività amatoriale occasionale effettuata a scopo prevalentemente ricreativo e chi pratica attività con **ridotto impegno cardiovascolare** (come bocce, biliardo, golf, pesca sportiva di superficie, caccia sportiva, sport di tiro, ginnastica per anziani, gruppi di cammino e chi pratica attività ricreative come ballo o giochi da tavolo) non è tenuto all'obbligo di certificazione della propria idoneità.

A tutte queste persone è comunque raccomandato un controllo medico prima dell'inizio della attività.

Certificato per attività sportiva NON agonistica

- È alunno 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

Chi può redigere il certificato?

- È MMG limitatamente a propria assistita
- È PLS limitatamente a propria assistita
- È medico specialista in medicina dello sport

...E è sostituito? Possono rilasciarlo, ma solo nel corso di una sostituzione e solo a è assistito da medico sostituto.

Quindi: basta certificati di attività sportiva **NON** agonistica e vicino di casa o all'amico d'infanzia... (a meno che non siate è sostituito da loro medico di famiglia).

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

ATTENZIONE!

- La validità del certificato è di un anno dalla data del rilascio. È bene indicarlo esplicitamente nelle ultime righe!
- La non obbligatorietà della certificazione non esclude che la stessa possa essere comunque richiesta da società sportive e/o palestre.

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 e 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 e 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 (anche detto certificato SS3)

Procedura di valutazione di quanto le malattie (certificate) si ripercuotono sulle funzioni del paziente a seconda dell'età:

- 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 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 (attenzione, per fare richiesta ci vuole un referto oculistico specifico che ne attesti la cecità, non basta che un paziente dica "non vedo")
 - Sordità civile
 - Handicap (da biffare se un paziente o un caregiver desidera la 104)
 - Disabilità (valido per i pazienti in età lavorativa che, per determinate patologie, possono avere difficoltà a svolgere le loro mansioni quotidiane)
- Essere inseriti nelle categorie protette.

Un medico compila la domanda 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.

Attenzione: è errore comune del medico che certifica per la prima volta, dopo essersi perso per un bel pezzo sul sito dell'inps alla ricerca della pagina per inserire la domanda di invalidità del proprio paziente, cercare di formulare l'aggravamento richiesto passando da "Certificato integrativo". Quest'ultimo è il link per inserire esclusivamente aggiunte ad un certificato già inviato, per fare un aggravamento si deve sempre cliccare su "nuovo certificato introduttivo".

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

La questione si pone solo per un medico convenzionato con il SSN (MMG e PLS e loro sostituti).

Un medico dipendenti pubblico (ospedaliero): non hanno questo problema in quanto tutte le loro certificazioni sono sempre gratuite per un paziente, in quanto ricomprese nell'attività istituzionale del medico pubblico.

Il medico libero professionista: è 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 da privata cittadina.

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

Dopo l'abolizione del tariffario minimo 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 di sostituto conviene informarsi sul prezzario utilizzato da collega, in alternativa la FNOMCeO garantisce un esempio di prezzario minimo sul proprio sito.

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

Il medico, valutando il caso di 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/vantaggi, 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.

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

Certamente sì. Deve emetterla 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.

4) Quali sono i certificati gratuiti per l'assistito?

Rientrano nei compiti del medico previsti dalle Convenzioni Nazionali e/o dagli Accordi regionali (ACN ai sensi dell'art. 45). Si tratta di prestazioni che vengono pagate al medico dallo Stato e per questo motivo sono gratuite per il paziente.

- Le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori
- La certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente
- La certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro (malattia)
- La certificazione per la riammissione al lavoro del lavoratore del settore alimentare laddove previste (lavoratore del settore alimentare, Decreto Legge N. 69/2013)
- Le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto, se previsto, dagli accordi regionali.

Risultano esenti da IVA:

- Attività ludico-motoria
- Patenti di guida - porto d'armi (solo se ad uso sportivo)
- Medicina del lavoro
- Esonero dalle lezioni di educazione fisica
- Infortunio a fini INAIL
- Invio de minori in colonie o comunità
- Ammissione de anziane 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
- Certificato anamnestico per il porto d'armi ad uso lavorativo

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 è camice grigio?

Quindi eccoci qua: bellə laureatə, abilitatə e con tutti i 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 medicə 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 è camice grigio: è lavoratorə autonomə.

Il medico come LAVORATORƏ AUTONOMƏ

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 altrə (ossia è committente), dietro pagamento di un compenso.

A differenza del lavoro dipendente è lavoratorə svolge la propria attività nei confronti də 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 generalmente 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 raggugliato 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 tra 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 subordinate, 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 libera 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 suə lavoratorə, la prestazione d'opera də libera professionista costituisce, per i committenti, un **facile strumento di elusione delle norme di tutela del lavoro**. I lavoratorə autonomə 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) də datorə di lavoro-committente nei confronti də lavoratorə. Se i lavoratorə è assoggettata a tali poteri **in misura continuativa e univoca**, e dunque la prestazione də lavoratorə è inserita **in misura stabile nell'organigramma dell'impresa də committente**, svolgendo la propria opera secondo gli **ordini impartiti**, può certamente concludersi per l'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato.

Inoltre bisognerà valutare:

1. **L'assenza del rischio d'impresa in capo i lavoratorə** (responsabilità dell'impresa sulle scelte dell'impresa stessa);
2. **La continuità** della prestazione;
3. **La misura fissa della retribuzione**;
4. **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 subordinato a tempo indeterminato, il lavoratore, come detto, deve rispettare 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 a/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: medicæ di famiglia e pediatræ di libera scelta

Conseguita l'abilitazione alla professione, ð neo-medicæ potrà effettuare le sostituzioni presso ð medicæ di medicina generale (MMG) e ð pediatra di libera scelta (PLS). Ovviamente non si è titolari, ma sostitutæ dæ medicæ e questa differenza non è solamente formale: ð sostitutæ dæ medicæ titolare, nella pratica quotidiana, dovrà infatti mantenere le scelte terapeutiche concordate tra paziente e medicæ titolare, limitandosi a trattare le acuzie, mantenendo comunque un rapporto stretto con ð 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 il 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.

Alcuni Ordini cittadini, al momento dell'iscrizione, fanno compilare la richiesta di inserimento nell'elenco dei sostituti disponibili, elenco che può essere richiesto dal mmg/pls per la consultazione o che può essere consultabile sul sito. Potete, inoltre, ormai provare ad entrare nel giro grazie ai social network dove potete trovare molti gruppi specifici per città e circondario in ogni regione.

La stessa cosa vale anche per il PLS, non abbiate paura di imparare anche come curare il bambino 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

Da ACN il 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 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 è 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, alcune di esse, in realtà ti stanno pagando molto di più che se usassero il calcolatore.

È Medica sostituita 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, ADP, €18,90 - prestazioni di assistenza domiciliare integrata, ADI, €23), queste ultime, però, potrebbero essere pagate con una certa latenza in quanto è medica 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 è 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: $0,074 \times \text{nr. pazienti} \times \text{giorni di sostituzione}$.

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

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

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

Il compenso del sostituto PLS

Qualora è 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.

Le sostituzioni superiori ai 5 giorni vanno dichiarate obbligatoriamente al Distretto di appartenenza del MMG/PLS tramite apposito modulo. Si sottolinea che, 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*).


N.b. Alcune MMG hanno preso l'abitudine, umanamente comprensibile, di far firmare tale documento una volta presi accordi con è sostituto. Una volta firmato quel documento state di fatto dichiarando all'asl che vi prendete la responsabilità dei pazienti della collega per quel periodo e non potrete più rinunciare alla sostituzione.

Il software di gestione pazienti

Esistono molti software che è medico di medicina generale possono utilizzare nel loro lavoro in ambulatorio, è consigliabile che è sostituto, prima dell'incarico, si assicuri di padroneggiare le funzioni di base in modo da semplificare il lavoro. **Purtroppo non esistono demo gratuite per fare le prove da casa.**

Cosa chiedere è medico che sostituirò durante il primo incontro (che consigliamo effettuare presso l'ambulatorio in modo che è 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 a 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 è 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 medicæ che sono disponibili a fare domiciliari per qualsiasi ragione a qualsiasi età, altri, invece, educano ð pazienti ad accedere in ambulatorio se le condizioni lo permettono. Sottolineiamo che ð pazienti non sono sempre in grado di valutare queste condizioni, cercheranno pertanto di convincerti a fare domiciliari per qualsiasi motivo o diranno che normalmente ð medicæ 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 ð pazienti febbricitanti che più stanno in sala d'aspetto più infettano ð altrø 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 ð pazienti possano contattare per confrontarsi con loro, la seconda quella di valutare ð paziente con domande accurate su età e sintomi per capire se veramente non è in grado di muoversi, se ð soggetto è giovane e sano non lasciate che a richiedere la visita sia un soggetto terzo (ð parente, ð compagnø...), ma parlate con direttamente con l'interessatø. 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 moratorie. In questi casi, se ð pazienti o ð caregiver insistono puoi usare come tattica quella di fotografarli per prepararli appena arrivi in ambulatorio.
 - **ADP? ADI? Ne ha? Devo farle?** Chiedilo subito e chiedi anche se intende pagartele subito o separatamente. Di solito in questi casi ð pazienti hanno delle "cartelle cliniche" al domicilio 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 ð collega"). Attenzione: in caso di decesso del paziente si deve compilare la sezione di chiusura della pratica al fondo della cartella.
 - **Credenziali per la dematerializzata?** Se non le ho me le puoi procurare? Salvo situazioni di emergenza estrema evitate l'utilizzo di credenziali non vostre, altrimenti rischierete di essere perseguiti per furto di identità/falso in atto pubblico.
- 

- **Certificazioni mediche:** quanto le fa pagare? Alcune hanno una tabellina che consultano, altre non si fanno pagare (teoricamente è concorrenza sleale...). 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 (vedi capitolo sui certificati). Ah! Se non sai cosa devi scrivere 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 dell'ASL ha il suo metodo di consegnarli, conviene informarsi presso il titolare sulle modalità, spesso hanno un portadocumenti con fogli precompilati che 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 su come funziona nel tuo 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 dei medici (perché i pazienti si lamentano meno e, inoltre, il medico potrebbe avere il collega con cui condivide l'ambulatorio - e in medicina associativa gli orari devono coprire tutta la giornata -, 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. *n.b. nel caso il collega non ricevesse su appuntamento nulla ti vieta di imporre tu stessa tale regola ai pazienti.*
- **Di solito paghi da tariffario? Perché il mio minimo è x.** 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 tuo 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 alcune colleghe 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, in altre il cambiamento è più lento e, attualmente, riguarda solo alcune ASL/USL.

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 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), inoltre ci sono Pagine FB/IG e canali Telegram e WA più o meno controllati.

Fai attenzione! Gira spesso voce di alcuni informatori di case farmaceutiche che sostengono di "mettere in contatto sostituto e mmg", il problema è che richiedono una percentuale del tuo guadagno e denaro al 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** (seppur non ne escano aggiornamenti da qualche anno), 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, BPCO, scompenso cardiaco, asma, gravidanze ecc. 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 a collega a cercarsi a nuova sostituto. Soprattutto non farlo poco prima della sostituzione, altrimenti a collega rischierà di non poter usufruire di quel periodo di cui aveva bisogno.*

Piccola nota di Bon Ton tra colleghi 2: *il lavoro va portato a compimento in considerazione delle tue tempistiche, ma prendendo il posto da collega devi svolgere a pieno le sue veci il più possibile con le sue modalità. Significa rispondere, magari, a tutte le chiamate e email che riesci. Potrebbe capitare di sforare le ore 20, ma sappi che questo vale anche per a collega titolare spesso. Non lasciare un lavoro non completo al suo ritorno (chiamate mai eseguite, mail non aperte...) potrebbe non farti fare bella figura e comportare, da parte del collega, il cambio di sostituto. Se sei lento (ed è normale soprattutto alle prime sostituzioni) non approfittarti da collega chiedendo straordinari che, in questo caso, non ti competono (non finire il proprio lavoro non è fare lavoro in più).*

La Continuità assistenziale

Per chi non lo conoscesse, il servizio di continuità assistenziale è quello fornito da cosiddette "mediche 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/ASL, 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 a Mediche 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") di cui parleremo più avanti.

Il servizio di continuità assistenziale è regolarmente gestito da mediche convenzionate, cosiddetti **TITOLARƏ** 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 mediche sostitute 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) o di reperibilità 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 ə candidate sono assegnate in ordine in base a:

- Possesso del diploma in MMG e quindi mediche iscritte in graduatoria regionale;
- Mediche iscritte al corso di formazione in MG residenti e non residenti;
- Mediche residenti nel territorio di competenza non in CFSGM né in specializzazione;
- Mediche 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 ə coloro iscritte in graduatoria regionale e ə mediche residenti.

COMPITI DEL MEDIC@ di continuità assistenziale

È medic@ addett@ 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 d@ medic@ di continuità assistenziale riconoscere l'emergenza/urgenza ed attivare il 112.

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'assistit@, le generalità del richiedente e l'eventuale relazione con l'assistit@ se richiedente ed assistit@ 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 @ medic@ di CA**, pertanto chi non ha dimestichezza con farmaci e dosaggi per i piccoli si doti di prontuari/app specifici.

Sarà, inoltre, compito d@ medic@ di CA la redazione di certificati di malattia (*nb @ medic@ di CA, tipicamente, NON redige certificati di malattia oltre al giorno della valutazione - vedi capitolo sui certificati*) così come le certificazioni per le riammissioni a lavoro; in particolare @ medic@ di CA esegue certificazione di malattia nei giorni prefestivi e festivi per @ lavorator@ turnist@ (che lavorano anche il sabato e la domenica) tramite il sistema TS, o in carta bianca se @ lavorator@ appartiene alle forze dell'ordine. Negli altri casi @ lavorator@ deve rivolgersi @ medic@ curante. È medic@ di CA **non può** eseguire certificazioni antecedenti alla data della visita.

RICORDA: @ medic@ in servizio deve essere presente in ambulatorio fino all'arrivo d@ collega che continua il servizio. Se @ collega tarda, sarai costrett@ a restare oltre la fine del tuo turno, con normale retribuzione delle ore in più. **Tale retribuzione verrà trattenuta in maniera corrispondente @ medic@ ritardatari@.** Per gli straordinari (che oltre @ colleg@ ritardatar@ possono essere dovute a visite terminate fuori orario) conviene informarsi presso la propria ASL, tramite @ colleg@, sulla procedura per farsele accreditare nello stipendio (può essere necessario inviare in allegato il modulo M della visita).

Quali sono i compiti d@ medic@ di Continuità Assistenziale in caso di decesso d@ paziente?

È medic@ di Continuità Assistenziale, così come ad ogni altr@ medic@ intervenga a seguito della chiamata d@ parenti, spetta la redazione della constatazione di decesso (*per i casi particolari in cui possono intervenire le forze dell'ordine si rimanda al paragrafo sul certificato di decesso*).

Non spetta a medici di CA la compilazione della denuncia di cause di morte (scheda ISTAT che spetta a MMG o a sua sostituto), tranne nelle richieste di trasporto della salma (*Legge Regionale 25 febbraio 20010, n. 4, art. 35, comma 1, lettera f*).

Si rammenta che, eccetto casi particolari, solo a medici con le sue competenze può affermare che una persona è effettivamente deceduta, pertanto a medici di continuità assistenziale o a medici addetti all'emergenza sanitaria territoriale, 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 (vedi capitolo specifico) che inoltre comproverà l'assolvimento del compito, potendosi altrimenti dover successivamente fronteggiare procedimenti sia disciplinari che giudiziari.

Prestazioni di particolare impegno professionale

Le prestazioni di particolare impegno professionale sono prestazioni aggiuntive, eseguite in sede di servizio o a domicilio da paziente, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minore ricorso all'intervento 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 da medici di CA 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.

Allegato M

L'allegato M è un modulario informativo sulla **prestazione effettuata** che a medici di Continuità Assistenziale è tenuto a compilare in **duplice copia**: una copia, da consegnare all'assistito, è destinata a medici di fiducia da paziente o alla struttura sanitaria in caso di ricovero; l'altra viene acquisita agli atti del servizio.

Nel modulo devono essere indicate:

- La sintomatologia da paziente (sì 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 a medici di C.A. ritenga utile
- Utile aggiungere al fondo la dicitura "*Se non miglioramenti o peggioramenti ricontattare la C.A., il MMG o il 112*" 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 a medici di CA in quanto riportando anche la firma da paziente egli accetta il vostro intervento terapeutico. È molto utile soprattutto nei casi di rifiuto da parte da paziente dell'invio in pronto soccorso o della chiamata al 112 contro la vostra opinione.

La medicina penitenziaria

Il mondo carcerario ha regole che si discostano dalla medicina ospedaliera e dal resto della medicina territoriale. La medicina in carcere è un argomento che non viene neanche citato durante i 6 anni di medicina. È un medico che dovesse prestare la propria opera in una Casa Circondariale (CC) avrà a che fare con figure da cui normalmente non è circondato e avrà restrizioni sia dal punto di vista del rapporto, che della libertà di scelta terapeutica e diagnostica.

Quello che faremo nelle prossime righe è un discorso generico, che va inserito, poi, nel contesto in cui deciderete di operare...se lo deciderete (cosa che invitiamo a fare).

Dal punto di vista pratico:

Telefoni: come lasciarli e dove. Normalmente nelle CC non è possibile far entrare i cellulari. Dovrete verosimilmente lasciarli in un armadietto, quindi sarà importante per voi portarvi un **lucchetto** e dotarvi di **prontuari cartacei** da consultare.

Abbigliamento: si consiglia, in generale, di utilizzare il camice ed utilizzare abiti sobri e neutri. In tutto quello che farete sarà importante far capire alle figure che vi circondano che siete una figura il più superpartes possibile.

Borsa da medico: portare il materiale già descritto in precedenza, non ci sarà bisogno di portarsi farmaci in quanto sono già provvisti dal SSN.

Come si fa a lavorare in carcere?

Si fa domanda per la continuità assistenziale, quando escono i bandi. Potrebbe essere richiesto di biffare la disponibilità per le CC durante la compilazione.

Quanto si guadagna?

Circa 32 euro lordi/ora.

Che orari farò?

Normalmente i turni sono sia diurni che notturni e vanno dalle 6 alle 12 ore. Solitamente si lavora presso un blocco carcerario specifico a cui si viene assegnati, ma potreste dover fare i turni anche in altri blocchi.

Cosa si deve fare in carcere?

Di fatto si fa attività di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale. Avrete in cura un numero di pazienti che va dalle poche decine alle centinaia a seconda della grandezza della Casa Circondariale. Dovrete saper gestire le patologie base che vanno dalla semplice ipertensione, al diabete, alla BPCO e all'asma. Contate, però, le seguenti cose: l'alimentazione, per quanto gestita in parte dalla mensa del carcere ed in parte da stessi detenuti tramite spesa personale, difficilmente può essere personalizzata su particolari problemi alimentari; i detenuti hanno il permesso di fumare all'interno dei blocchi, cosa non propriamente ideale per i pazienti affetti da asma e BPCO.

Adattare la propria capacità clinica sarà una sfida aggiuntiva al tipo particolare di pazienti e di ambiente con cui si avrà a che fare.

Potreste anche, però, dover gestire patologie urologiche e ginecologiche di natura infettiva. Per quel che attiene alle infezioni, la natura chiusa delle carceri, rende questo tipo di patologie di interesse più incalzante in quanto il rischio di contagio ed epidemia, dato il sovraffollamento e la ristrettezza dei luoghi (ricordiamoci che la popolazione carceraria vive in strutture che sarebbero adibite per numeri molto più ristretti di persone rispetto all'effettiva portata) è particolarmente elevato. Ci sono strutture che presentano al loro interno dei reparti apposta per l'HIV, ma dipende, di fatto, dai progetti specialistici che vengono svolti da infettivologi locali.

La componente psichiatrica è di natura particolare: molte detenute presentano diverse diagnosi psichiatriche (dalle sindromi ansiose, ai disturbi borderline, passando per la schizofrenia). I casi di suicidi, però, sono particolarmente frequenti nella popolazione in questione, risulta quindi essere formati nella gestione e nel riconoscimento dei casi più a rischio, in modo da poterli rapidamente inviare alla gestione psichiatrica. Il livello di autolesionismo, inoltre, è elevatissimo. Una volta dentro cercate di relazionarvi con psichiatri e psicologi per capire come poter agire in sinergia con loro.

La tossicodipendenza in carcere

Una parte non limitata di pazienti saranno tossicodipendenti (TD) in Metadone o exTD. Molte detenute, inoltre, fanno uso cronico di benzodiazepine e risulta difficile, date le condizioni in cui vivono, ridurre il quantitativo di farmaci.

Si tratta di una componente di cui tenere presente in considerazione della gestione del dolore e della gestione della componente di ansia e di astinenza.

Non sarà infrequente, inoltre, visitare nuove giunte provenienti dalla libertà che spesso arrivano sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o alcol. In questi casi attenzione ai segni e sintomi, e un buon ripasso di tossicologia e farmacologia non guasta!

Il rapporto con le detenute

Le pazienti dovranno capire ed accettare che voi siete le mediche, non le parente, non le amiche. In molte strutture non potranno nemmeno conoscere il vostro nome. Il nostro suggerimento è quello di non disumanizzarle, come cercheranno, probabilmente, di farvi fare le figure di contorno. Chiamatele sempre con nome o cognome a seconda del rapporto che vorrete instaurare con loro, cercate di essere aperti ed onesti con loro. Non sono abituati a dare fiducia alle istituzioni. Per loro il corpo è una rappresentazione del loro diritto, un voler dire: "io sono qui fisicamente e cerco di ottenere quello di cui ho bisogno a rischio e pericolo della mia salute, che è tutto ciò che possiedo qui dentro". Per questa ragione risulta fondamentale il rapporto fiduciario medico - paziente. Ricordate, però, che non siete le loro confidente.

Non avete bisogno di sapere se sono innocenti o meno, il vostro ruolo non necessita nemmeno di sapere quale sia il loro reato. La sfida da medico del carcere è riuscire a guardare negli occhi il paziente e ricordarsi che sta curando una persona e non il suo reato. Quanto fate la prima visita, se vi capiterà di lavorare al settore “nuovi giunti” (il settore che accoglie il detenuto) ricordatevi di farli spogliare, visitarli completamente, cercate ematomi e possibili fratture, in particolare in caso di paziente dichiarati di aver avuto una colluttazione, segnalare tatuaggi e cicatrici. Non siate stretti con l'esame obiettivo che dovrà essere estremamente accurato. Qualsiasi cosa accada al paziente una volta entrato lì, potrebbe essere una vostra responsabilità.

Raccogliete l'anamnesi, valutate soprattutto l'anamnesi farmacologica nel caso in cui sia il paziente pluripatologico.

Ad ogni modo, la compilazione delle cartelle, deve essere il più possibile completa e attinente alle vostre conoscenze cliniche, se non siete sicuri di qualcosa confrontatevi con un altro professionista sanitario prima di scriverlo in cartella. Il detenuto, infatti, possono facilmente richiedere un accesso alla documentazione e dovrete essere sempre in grado di spiegare quanto avete segnalato o quanto avete ommesso.

Potrebbe essere richiesto di scrivere l'obiettività in seguito ad una colluttazione, ribadiamo di ricordarvi che non siete né poliziotto né giudice, il vostro ruolo non è stabilire chi è il colpevole della colluttazione, ma di capire dove e come il detenuto risulta ferito e se siano, o meno, necessari ulteriori accertamenti.

Il rapporto con il Poliziotto Penitenziario

Ribadiamo: voi siete una figura neutrale. Nella pratica il detenuto e il detenuto non devono poter pensare che voi teniate le parti del detenuto o del detenuto, non è il motivo per cui siete lì. Questo è importante per voi ricordarlo sempre, in quanto è l'unico modo per svolgere al meglio il nostro lavoro tra quelle mura.

A differenza che per il detenuto, però, voi non sarete il medico del poliziotto penitenziario. Non potete e non dovete far loro certificati di malattia, né certificati medici di alcun tipo (vale anche in caso di colluttazione con il detenuto, in questo caso il Poliziotto si dovrà recare in PS ed eventualmente aprire un INAIL).

Hanno il ruolo di guardie, ma non quello di partecipare alle visite mediche in cui il paziente deve potersi sentire libero di dire quello che vuole. Attenzione, però, il loro ruolo è anche quello di difendervi e questo sia il PolPen che il detenuto devono averlo ben chiaro. Questo significa che al piano non dovete rimanere in alcun modo soli con il detenuto, non visitate se non ci sono Poliziotto a pochi metri di distanza. La distanza deve essere sufficiente per non sentire, ma per poter agire nel caso riceviate minacce o decidiate di chiamarli.

Nel caso non vi sentiate al sicuro nel dialogo con il paziente, però, non esitate a chiedere la presenza del detenuto durante la visita.

Il rapporto con   infermier 

La figura veramente al centro della vita d  detenut , con loro dalle 8 alle 12 ore al giorno, sono proprio   infermier . Molti di loro, scoprirete, fanno questo lavoro da anni o sono freschi di laurea lanciati in un primo lavoro come noi. Entrano nelle celle per le terapie del mattino e sono, per   pazienti, dei veri e propri riferimenti. Per poter avere una visita medica dovranno prima eseguire un triage presso   infermier .

Come sempre il ruolo di assistenza e di aiuto che svolgono non   semplice, per tale ragione dovete imparare a inserirvi nel contesto facendovi il pi  possibile insegnare i loro ritmi e la loro gestione d  pazienti e delle loro terapie (orari di somministrazione e preparazione delle terapie in primis).

In carcere, ambiente ancora pi  angusto di un ospedale o di un RSA, risulta fondamentale non cercare di sovvertire le abitudini ormai sedimentate, bens  comprenderle a pieno dalle origini pi  remote.

Questo non vuol dire svolgere il proprio ruolo secondo i dettami di altre figure, ma in piena collaborazione: se all'esterno un errore di equipe pu  essere valutato nella tranquillit  della propria libert , un errore in una casa circondariale risentir  delle ingerenze del sistema legale.

Sciopero e detenut : il proprio corpo e la propria salute come performativit 

Capire quando   detenut  sta dicendo la verit  sulla propria salute e quando, invece, vi sta mentendo sar  la sfida professionale pi  grande con cui potrete dovervi confrontare. Ricordatevi che si tratta di uomini e donne che devono sopravvivere in un ambiente ostile e questo potrebbe voler dire farsi anche del male per poter ottenere un diritto o un vantaggio di qualche tipo. Noi medic  siamo la connessione tra loro e quel diritto/vantaggio.

Questo significa mettere in atto strategie diverse che andranno dallo sciopero della fame, passando per il fingere vere e proprie crisi epilettiche. Potrebbero arrivare a decidere di rifiutare consapevolmente i propri farmaci (insulina e farmaci antiretrovirali compresi).

Il vostro ruolo sar  non solo quello di monitorare la loro salute durante quel periodo, ma cercare pure di fargli capire i danni che questa scelta comporta. Se vi   possibile dialogate con l'ispettor  del blocco per comprendere come venire incontro al   detenut  evitando che si danneggi gravemente la salute.

La diagnostica in carcere

Quando iniziate il vostro lavoro informatevi su quali presidi sono presenti nella struttura per la diagnosi, in che giorni e con che orari. Informatevi sulla presenza o meno d  specialist  e sul modo con cui potervi accedere in urgenza. A seconda della struttura, inoltre, ci saranno delle procedure diverse per eseguire le visite all'esterno del carcere, informatevi sulle modalit . **In alcune strutture si   inserita la procedura di richieste tramite ricetta elettronica dematerializzata, quindi anche in questo caso siate sicuri di avere le credenziali. Altrimenti richiedete che ve le forniscano.**

La terapia in carcere

Fino a qualche anno fa le detenute non dovevano acquistare farmaci durante la loro permanenza. Le regole in tal senso sono cambiate alcuni anni fa, per tale ragione, nella farmacia del carcere, vi sono alcuni farmaci che possono essere dati, per emergenza, gratuitamente ed altri che vanno pagati come tutte le cittadine. In alcune situazioni ci sono alcune associazioni di beneficenza che aiutano nell'acquisto coloro che non possono permetterselo. In generale contate che le regole sono le medesime all'esterno (esenzione sì, esenzione no, fascia C, fascia A, ticket, non ticket), ma conviene informarsi all'ingresso sulla propria specifica realtà.

La maggior parte dei pazienti riceverà la loro terapia al mattino per tutto il giorno. Nel caso notaste qualche anomalia nella patologia del paziente (eventuale scompenso che non migliora o di nuova insorgenza) potrete decidere di inserire un "controllo" della terapia. Fate attenzione perché si tratta di un potere nelle vostre mani. Per loro dover essere presenti ad ore precise della giornata per assumere la propria terapia è un'ulteriore forma di controllo nel controllo (banalmente potrebbero perdere l'ora d'aria o altri ritmi di cui dispongono). Potrebbe capitare, purtroppo, che alcune figure che vi circondano utilizzino questo vostro potere per minacciare le detenute e potrebbe, in caso di diverbio, venire voglia a voi stessi di utilizzarlo. Cercate di usarlo con cautela.

Detenute e mutua

Alcune di loro lavorano all'interno del carcere o all'esterno (detenute in semi-libertà). Ci potrebbe essere bisogno, pertanto, di eseguire proprio il certificato telematico per alcune (che solitamente, vedendovi nuovo, ve lo specificheranno, ma conviene che chiediate direttamente a una paziente o al personale). Per altri, invece, basterà scriverlo in cartella e, eventualmente, su un foglio in bianco che verrà consegnato al commissario del blocco (lavoranti). Potrebbe capitare, per le lavoranti all'interno del carcere, che sia una detenuta che le figure che vi circondano provino ad utilizzare questo vostro potere, così come quello del monitoraggio della terapia, ritorna lo stesso concetto di cui sopra.

In generale questo è quanto possiamo dirvi. **Non è un lavoro facile, ma è umanamente un lavoro stimolante.** Si tratta di un lavoro silenzioso, che non fa chiasso, anche se entrando lì dentro potreste trovarvi in preda ad emozioni diverse. Il nostro consiglio è quello di non farsi spaventare, e di non rifuggirla in assoluto come esperienza lavorativa perché può essere davvero molto gratificante e fornire una visione più completa del complesso mondo delle CC e del ministero della giustizia.

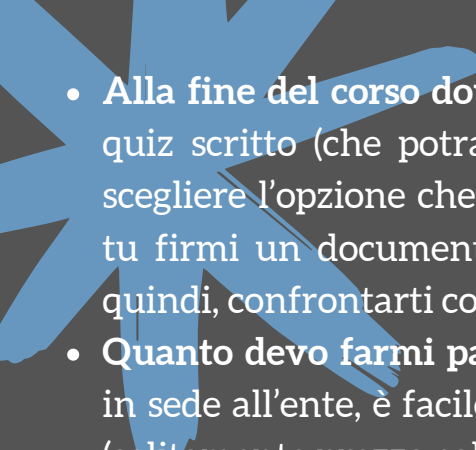

Consigliamo a tutti di vedere "Sulla mia pelle", film sulle ultime ore di vita di Stefano Cucchi, che esprime molto bene il disfunzionamento e l'atteggiamento medio dei professionisti sanitari operanti nelle Case Circondariali.

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, come già più volte ripetuto nel capitolo sulla fiscalità, **NON paga l'IVA.**

Per quanto riguarda i corsi di primo soccorso (gli unici che tratteremo in questa guida):

- **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. \ominus colleghi urgentista 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. ATTENZIONE: causa covid ci sono stati dei cambiamenti nel normale ABC del BLS e nel metodo di insegnamento, risulta ancora più importante fare un corso.
- **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 a \ominus studenti, potrebbero fornirteli già stampati o in pdf da stampare.

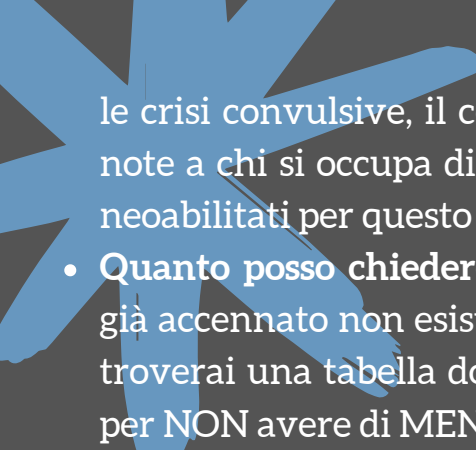
- 
- **Alla fine del corso** dovrai esaminare $\text{\textcircled{a}}$ **tuoi studenti**, per fare questo potrai usare un quiz scritto (che potranno fornirti loro o meno) o uno orale. Puoi tranquillamente scegliere l'opzione che prediligi, ma nel secondo caso alcuni enti avranno bisogno che tu firmi un documento in cui attesti che hai eseguito un esame orale, ti conviene, quindi, confrontarti con l'ente.
 - **Quanto devo farmi pagare?** I prezzi variano molto, dai 50€ l'ora (solitamente eseguiti in sede all'ente, è facile che tu non debba andare fuori città in quei casi) ai 30€ all'ora (solitamente prezzo calmierato per gruppi specifici come associazioni cittadine), tutti gli enti ti devono far firmare una "lettera di incarico" in cui vi è scritto modalità e prezzo della prestazione. Conviene che tu vi faccia inserire anche il rimborso spese. Una volta firmata tienine una copia al sicuro!
 - **Dopo quanto mi devo aspettare un pagamento?** Gli enti erogatori di corsi di primo soccorso (così come alcun $\text{\textcircled{a}}$ organizzator $\text{\textcircled{a}}$ di festival e fiere) difficilmente pagano prima di 60 giorni, sebbene per legge dovrebbero pagare a 30 giorni data fattura. 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 $\text{\textcircled{a}}$ avvocat $\text{\textcircled{a}}$ per far valere i tuoi diritti per "trattenuta impropria di stipendio".
 - **Posso farlo in autonomia o devo sempre passare da degli enti?** $\text{\textcircled{a}}$ medic $\text{\textcircled{a}}$ 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 organizzat $\text{\textcircled{a}}$ tra colleg $\text{\textcircled{h}}$ per acquistare un manichino insieme, quindi prova a parlarne con $\text{\textcircled{a}}$ tu $\text{\textcircled{a}}$ colleg $\text{\textcircled{h}}$!
- 

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 112 (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 ultime richieste 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 attesta sui 2€, se vuoi fare il precisino di quelle conviene averne una decina, quindi 20€;
 - Il Peaf (bendaggio autoreggente) 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€ se generico), l'EN (altri 8€) e gli antipertensivi d'urgenza (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 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 subito 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 e 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'empima 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?** I tariffari minimi consigliati (che come già accennato non esistono più a livello statale dal 2006 sono in fase di aggiornamento, troverai una tabella dopo questo passaggio). Il nostro consiglio è, per lo più, di trattare per NON avere di MENO.
 - **Sono pericolose?** Sì e no, ti diciamo questo per tenerti in guardia. Intendiamoci, 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 all'erta, 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 tutte le 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! Un medico, infatti, deve essere presente già durante il riscaldamento) e, tramite eventuali arbitri o 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 finire in un occhio! Il consiglio è sempre quello di confrontarsi e chiedere a un arbitro 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 30 giorni, informati prima, in quanto la legge è una, ma l'applicazione può trovare modalità diverse.
- 

ə giovane medicə come direttorə sanitariə

L'assistenza all'adultə e anzianə non completamente autosufficiente

Sempre di più anche a ə medicə non specialistə capita di lavorare nel settore dell'assistenza residenziale con un mansionario che va da ə medicə internə della struttura/consulente a ə direttorə sanitariə.

Infatti anche strutture che fino a poco fa si rivolgevano preferibilmente a medicə specialistə si rivolgono sempre di più a medicə non specializzate 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 tuttə, ma anche ad essere inseritə in una fetta del mercato del lavoro poco contemplata dalla formazione universitaria, nonostante interessino un numero elevato di cittadinə sul suolo nazionale e, in previsione, questo numero è destinato a crescere. Anche MMG e loro sostitutə 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 adultə non autosufficienti) possono aver bisogno di servizi residenziali che lə aiutino nella gestione della quotidianità, per una momentanea condizione di salute o permanentemente. In base ai bisogni dell'ospite e alle sue abilità residue si può trovare 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 ə medicə internə né ə direttorə sanitariə.

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 ospitate in altre strutture di tipo assistenziale o essere prese in carico dalla rete familiare. Il livello di medicalizzazione è maggiore, per cui ə ospiti, oltre essere comunque in carico alla Medicina Generale, necessitano di interventi di altre figure del settore sanitario come Infermierə Professionali e O.S.S.

Per essere accreditate queste strutture richiedono almeno la presenza di ə medicə a svolgere il ruolo di direttorə sanitariə, 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.

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 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 dei ospiti presenti.

Sia R.A.F. che R.S.A. possono ospitare un Nucleo Residenziale Alzheimer.

La Direzione Sanitaria è una mansione che spetta esclusivamente a un medico abilitato, possibilmente, ma non obbligatoriamente, specialista, 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 dei ospiti delle strutture, ne segue i ricoveri, si accerta che vengano eseguiti e organizzati gli interventi specialistici prescritti da un collega e quant'altro.

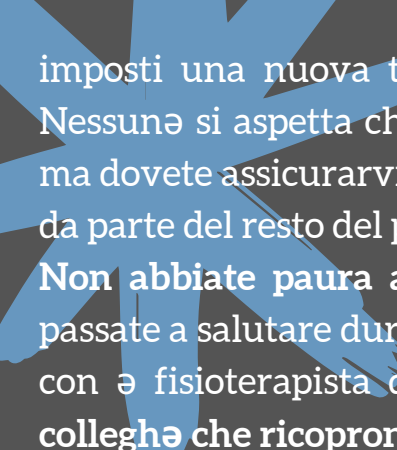
In realtà questo aspetto gestionale è meno noioso di quanto sembrerebbe descritto così: permette di stare al contatto con tante professionalità diverse e di **coordinare gli interventi che riguardano la salute dei ospiti**. Con un po' di umiltà e tanta curiosità si possono promuovere e supervisionare interventi con figure con cui spesso un medico ha poche occasioni di confrontarsi come fisioterapista, terapisti occupazionali, educatori, psicologi... Un direttore sanitario, inoltre, **promuove attivamente politiche di prevenzione sia per i operatori sia per i ospiti, vigilando su norme igieniche, funzionamento dei dispositivi presenti in struttura.**

Per finire, come spiegato nella *L. 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 le strutture dove tale figura è richiesta, un 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. L'elenco di cose su cui un direttore sanitario deve supervisionare, infatti, è lungo. La legislazione, però, dice chiaramente che il compito del direttore sanitario è organizzativo e di gestione manageriale e politica, non diventare automaticamente tuttofare della struttura per cui lavorate. Non incarnate le competenze specifiche di tutte le figure sanitarie che lavorano nella vostra struttura, ne siete un 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 immaginare 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 e 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 ed equipe, passate a salutare durante i passaggi consegne, parlate con e coordinatori infermieristici o con e 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 delegare questo settore a un mondo di cooperative che perseguono 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 dei ospiti della struttura.

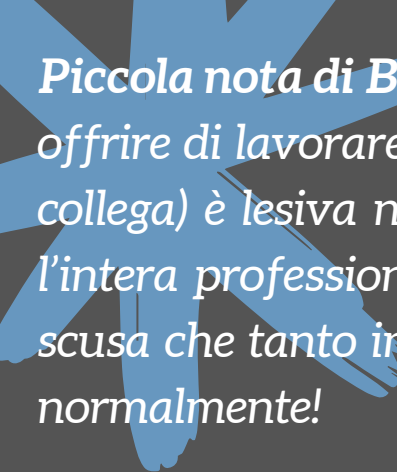
Da confronti con diversi colleghi risulta non così poco comune il provare ad assumere medici da poco abilitati per provare a pagarli meno o per accentrare maggiormente su di sé il mansionario dirigenziale.

Ricordate loro (e ricordate anche a voi) che la direzione sanitaria spetta 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 e non abilitati 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:

- Servizi di guardia medica privata;
- **Medicø per assicurazioni:** ø cliente stipula una polizza dove è prevista anche assistenza medica per cui tu sarai ø collaboratorø dell'emittente della polizza.
- **Medicø del 112:** per il 112 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.
- **Medicø 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 liberø professionistø anche non specializzatø per la gestione dei codici a bassa intensità. **ALLERT:** ci è stato segnalato di assunzione di collegħø che si sono poi trovatø a gestire codici anche a intensità alta. Se vi sentite prontø in tal senso avete il diritto di farlo, quando previsto, ma siate sempre ben certø di cosa vi viene proposto e di quali sono le vostre capacità.
- **Medicø presso case di cura per anziani e disabili.** **ALLERT:** ci è stato segnalato di assunzioni di collegħø che si sono ritrovatø poi a svolgere anche il ruolo infermieristico. Fatevi sempre dire esattamente in cosa consisterà il lavoro e quali figure saranno con voi durante il turno. Fatevelo anche mettere nero su bianco.
- Servizio prelievi presso cliniche private
- Servizio di prelievo di tessuti cutanei
- Corsi di formazione sui Fitotossici



Piccola nota di Bon Ton tra colleghe 3: evitate l'“offerta al ribasso” (ossia offrire di lavorare per un guadagno inferiore a quello promesso ad a'altra collega) è lesiva non solo per a' collega a cui togli il lavoro, ma anche per l'intera professione. 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 colleghe 4: c'è abbastanza lavoro per tutta, 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 a' collega che ti ha passato il lavoro.

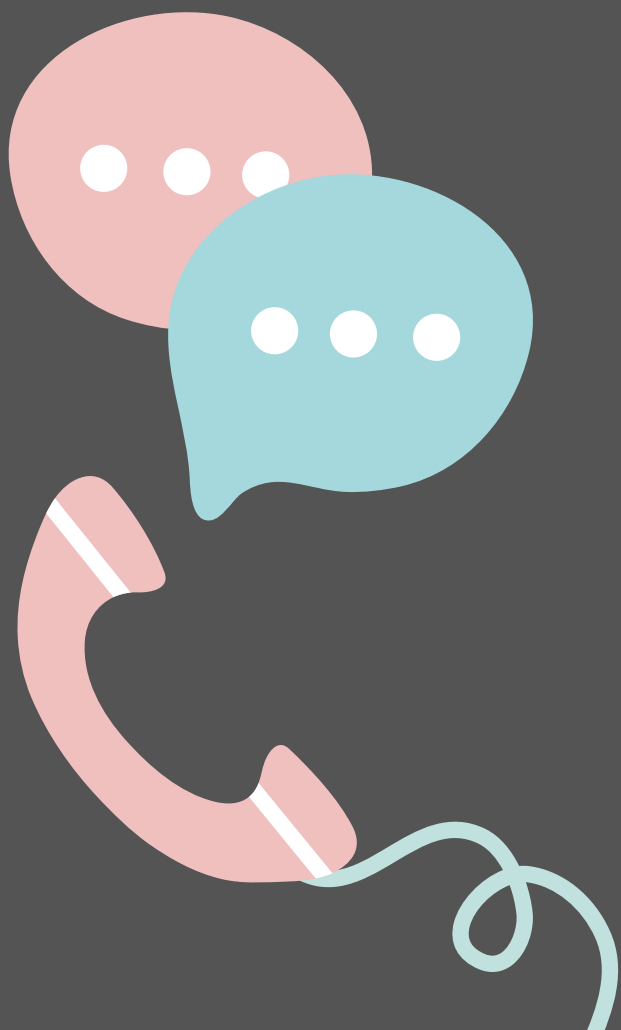


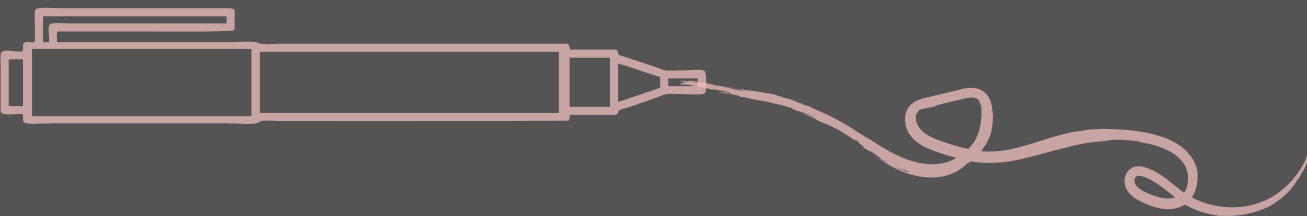
Il tariffario minimo consigliato

PRESTAZIONE	Onerario consigliato	Competenze minime consigliate	Note
			In ogni caso richiedere eventuale rimborso spese di viaggio e materiale, se non fosse fornito
EMERGENZA			
Turno Automedica	50/h	BLS, ACLS, PTC + Affiancamento	Adeguare onorario se Specialista
ALS - attività territoriale 118	50/h	BLS, ACLS, PTC + Affiancamento	Adeguare onorario se Specialista
PRESIDIO EVENTI			
Fiere, festival culturali, congressi (diurno)	40/h	BLS + (Facoltativo ALS, PTC)	Adeguare onorario se non presente ambulanza e se necessari presidi e farmaci personali
Concerti	50/h	BLS + (Facoltativo ALS, PTC)	Adeguare onorario se non presente ambulanza e se necessari presidi e farmaci personali
Presidio notturno	50/h	BLS + (Facoltativo ALS, PTC)	Adeguare onorario se non presente ambulanza e se necessari presidi e farmaci personali
Presidio superfestivo (Capodanno, Natale, ecc)	60/h	BLS + (Facoltativo ALS, PTC)	Adeguare onorario se non presente ambulanza e se necessari presidi e farmaci personali
SPORT			
Partita singola - livello amatoriale	50 totali	BLS, ACLS, PTC	Adeguare se pediatrico
Partita singola - livello agonistico/avanzato	70 totali	BLS, ACLS, PTC	Adeguare se pediatrico
Torneo (pallavolo, basket, pallanuoto, calcio, ecc) - livello amatoriale	40/h	BLS, ACLS, PTC	Adeguare se pediatrico
Torneo (vedi sopra) - livello agonistico/avanzato	50/h	BLS, ACLS, PTC	Adeguare se pediatrico

Arti Marziali - livello amatoriale	40/h	BLS, ACLS, PTC	Adeguare in base alla Disciplina e al grado di contatto tra i partecipanti
Arti Marziali - livello agonistico/avanzato	50/h	BLS, ACLS, PTC	Adeguare in base alla Disciplina e al grado di contatto tra i partecipanti
Competizioni Equestri	50/h	BLS, ACLS, PTC	
Competizioni in moto da Cross o Bicicletta	50/h	BLS, ACLS, PTC	
CLINICHE PRIVATE			
RSA, long-term care	40/h	Affiancamento	Adeguare in base a n° Di letti e disponibilità di consulenze esterne
Reparto internistico, lungodegenza	40/h	Affiancamento	Adeguare in base a n° Di letti e disponibilità di consulenze esterne
Reparto chirurgico, degenze post-operatorie	40/h	Affiancamento	Adeguare in base a n° Di letti e disponibilità di consulenze esterne
Hospice, cure palliative	40/h	Affiancamento	Adeguare in base a n° Di letti e disponibilità di consulenze esterne
Direzione Sanitaria	50/h	Affiancamento	Adeguare in base a n° Di letti e disponibilità di consulenze esterne
TAMPONI IN FARMACIA	20/h + 30% a Tampone		
DOCENZE	50/h	Meglio procurarsi un manichino in condivisione e slide pronte	
CAMPEGGI ESTIVI	2500/SETTI	BLS, ACLS, PTC	Adeguare onorario se non presente AMBULATORIO e se necessari presidi e farmaci personali
I prezzi a seconda della valutazione del singolo professionista, possono essere ridotti o resi probono in determinate condizioni quali:			
Dimensioni dell'associazione			
Evento organizzato da cittadini o piccole associazioni per raccolta fondi o in memoriale			
Associazioni di nicchia (es scherma medievale)			

**QUALCHE DRITTA
DI CONSULENZA
TELEFONICA**





Partendo dal presupposto che una consulenza medica telefonica **NON SOSTITUISCE** una visita medica con esame obiettivo, abbiamo cercato in queste pagine, sulla base della nostra esperienza, di raccogliere informazioni utili ad eseguire una consulenza telefonica presso la Continuità Assistenziale o presso l'Assistenza Primaria, che sia il più possibile adeguata alle necessità del medico e del paziente. Ribadiamo qui quanto detto all'inizio della guida: lo scopo di questo libricolo non è darvi lezioni cliniche, ma condividere con voi la nostra esperienza. Contando che, per telefono, non è possibile eseguire una diagnosi ed è facile anche errare un sospetto diagnostico, lo scopo di queste pagine è quello di condividere con voi un algoritmo decisionale. Modificatelo sulla base delle vostre conoscenze e dei vostri approfondimenti.

Un primo suggerimento: procuratevi sempre qualcosa su cui prendere appunti.

Una buona comunicazione telefonica parte da un punto fondamentale: la presentazione.

1. È fondamentale identificarsi sempre quando riceviamo una telefonata di lavoro. Può sembrare una cosa scontata, ma ricorda al nostro interlocutore che stai parlando con un medico e non con un centralino.

2. Far identificare la persona che chiama e valutare, in questo modo, se ci sta chiamando per se stesso o per qualcun altro.

A questo punto si aprono di fronte a voi due situazioni lavorative:

1. Consulenza come medico o sostituto del medico

2. Consulenza come medico di continuità assistenziale.


Nel primo caso possiamo avere o meno davanti il gestionale, nel secondo è più verosimile non disporre di alcuna notizia sulla persona che ci contatta.

Sembrerà ovvio, ma una volta fatte le presentazioni del caso dovremo appuntare: nome e cognome di chi ci chiama, nome e cognome della persona PER CUI ci chiama (potrebbe essere anche parente), età della persona persona che ha bisogno.

Se ci troviamo in CA, per evitare di doverlo chiedere successivamente e far immaginare che lo si chieda per una eventuale domiciliare, chiedere anche l'indirizzo del paziente. Bisogna tener presente che, in tutta Italia, si stanno via via attivando i servizi 116117 con centrale unica armonizzata, quindi la parte dell'anagrafica è ora di pertinenza del centralino.

Una volta identificato chi ha bisogno della nostra consulenza dobbiamo capire se stiamo parlando con lui/lei o con un/una parente. In quest'ultimo caso: si trovano insieme nella stessa stanza? Chiama da altro luogo e non vede la persona per cui chiama da un po'?





Le domande generiche a cui dover rispondere sono:

1. Per quale motivo chiama
2. Da quanto è insorto il problema qualora ci fosse un problema
3. Cosa ha fatto per trattare il problema (eventuale assunzione di farmaci o terapie fisiche)
4. Anamnesi patologica
5. Terapia quotidiana
6. Allergie


ATTENZIONE: è possibile che il paziente o il parente del medesimo non sia a conoscenza dell'elenco delle patologie, una tattica in tal senso può essere, allora, chiedere direttamente i farmaci che assume quotidianamente. In tal senso potremo anche valutare molti aspetti della persona chiamante: livello culturale, alfabetizzazione, relazione con le patologie proprie e/o del paziente, caregiving, livello di memoria, pazienza, umore...


Vediamo ora gli scenari che possiamo avere davanti e facciamo quindi due distinzioni:

SCENARIO UNO

Caso in cui il paziente chiama per se stesso: valutare se il paziente è orientato e collaborante, valutare qual è il problema e il livello di urgenza. Si tratta di un dolore toracico? Lamenta sintomi neurologici? Oppure ha una banale sindrome da raffreddamento respiratoria/intestinale?

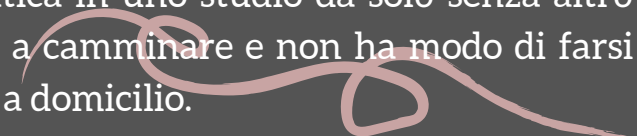
A) Se si tratta di un dolore toracico ed il paziente NON è a noi NOTO fare l'anamnesi: fuma? ha fattori di rischio? ha già avuto episodi CV? ha familiarità per patologie CV? che tipo di dolore è? da quanto tempo è insorto? presenta sudorazione algica? è dispnoico? (fare molta attenzione alla dispnea, può capitare che il paziente chiami per altre ragioni ed al telefono risulti dispnoico e con difficoltà a portare a termine una frase, in questo caso chiedere se è normale e intervistare il paziente su questo sintomo) il dolore varia con l'inspirazione? è un dolore ben identificato o puntorio? **ATTENZIONE:** ricordiamo che i diabetici possono NON avere dolore. Se il dolore insorge improvvisamente nella notte e sveglia il paziente NON è normale (attenzione: raramente un banale reflusso sveglia il paziente). Se il paziente ha in casa uno sfigmomanometro chiedere di misurare la pressione per avere un segno in più (zona grigia su cui l'anamnesi ha forte impatto: entro i 150/90, zona assoluta di emergenza dolore toracico + pao > 180/100).






B) Se si tratta di sintomi neurologici: che sintomi sono? Parestesie agli AAI di nuova insorgenza? Difficoltà deambulatoria? Dolore urente? Le parestesie sono mono/bilaterali? Se monolaterali da dove sono partite e dove vanno? Qual è la storia del paziente? Anamnesi familiare (ha familiarità per patologie CV, se si sono avvenute in giovane età (entro i 60 aa?)) e personale (fuma? prende farmaci tutti i giorni per qualche motivo? se si sono farmaci per problematiche cv?). Una volta escluse le possibili problematiche CV, passare all'anamnesi lavorativa: il paziente fa lavori pesanti? Ha già avuto diagnosi di erniazioni lombari? Da quanto tempo sono insorte le parestesie? Quanto è preoccupato per questo motivo? A questo punto in base alla preoccupazione che viene espressa valutare eventuale accesso ambulatoriale a breve termine. Se però fossero presenti: migrazione delle parestesie, risveglio notturno improvviso per questa ragione con durata del sintomo superiore ai 10-20 minuti con peggioramento del sintomo nel tempo, dolore al giugulo prima dell'inizio del sintomo, iniziale difficoltà a muovere l'arto. Si tratta di red flag indipendentemente dall'età del paziente e si deve, pertanto, girare immediatamente la chiamata al servizio di emergenza territoriale!

C) Dolore addominale: Innanzitutto ricordiamo che il dolore epigastrico, in particolare nelle donne e nei diabetici rientra nei dolori toracici e pertanto nell'algoritmo decisionale al punto a). Valutare anche in questo caso l'insorgenza (da quanto tempo? Minuti, ore, giorni, mesi?), il tipo di dolore (lancinante? fastidioso? colico? persistente? accessuale? posizionale?) ed il valore sulla scala VAS. È accompagnato da sintomi GI (diarrea, nausea, vomito)? È presente febbre? In un dolore addominale valutare bene l'alvo: da quanto tempo non va di corpo? Aria ne esce? Se la risposta è superiore ad un giorno per il gas e due giorni per le feci (in questo caso domandare come sia l'alvo normale e l'alimentazione) valutare il paziente a domicilio in giornata. Se il dolore è gestibile ed il paziente non ha febbre possiamo valutare due opzioni:


- Il paziente ha in casa degli antidolorifici: proviamo a farli assumere al paziente tenendo conto della scala del dolore e del fatto che i FANS su una verosimile infiammazione dell'intestino possono provocare un peggioramento della suddetta. Rivalutare, poi, il paziente dopo un paio d'ore per vedere se il dolore è regredito/migliorato o meno. Qualora non ci fossero stati cambiamenti valutare il paziente fisicamente. **ATTENZIONE:** il buscopan NON è un antidolorifico, quindi utilizzarlo unicamente se non dovessero fare effetto gli oppiacei, soprattutto non usare in una sospetta GI infettiva.
 - Il paziente non ha antidolorifici o ha piacere ad essere visitato: valutare la trasportabilità del paziente. Se possibile inviarlo in ambulatorio (tenendo conto degli orari ambulatoriali, ricordiamo che possiamo anche riaprire lo studio per il paziente se lo studio è in solo practice, alias il MMG che pratica in uno studio da solo senza altri colleghi), se il dolore è così forte da non riuscire a camminare e non ha modo di farsi portare può essere opportuno valutare il paziente a domicilio.
- 




D) Cefalea: valutare se il dolore è noto, oppure diverso dal solito, se ha sintomi neurologici o meno. Attenzione, è possibile che la cefalea con PaO alta non sia un sintomo neurologico della PaO, ma più probabilmente è il contrario: un aumento pressorio da dolore e non un dolore da aumento pressorio. Può essere comunque utile una valutazione de ə paziente con EON per escludere la presenza di sintomi neurologici franchi. Considerare i fattori di rischio, e valutare se sono note artrosi o discopatie delle vertebre cervicali. Valutare il livello di dolore e se ə paziente abbia già assunto dei farmaci e quali e per quanto tempo. Ə paziente ha febbre? Se si quanti anni ha? Nella popolazione pediatrica escludere la meningite. Attenzione alla cefalea da farmaci (che vi consigliamo di studiare qualora fosse a voi non nota)! In caso di assenza di franchi sintomi che vi facciano sospettare una patologia neurologica acuta si può provare a trattare ə paziente con un antidolorifico aggiornandosi dopo un paio d'ore sull'andamento del dolore.

E) Dolore corporeo noto: cefalea, lombalgia, cistite, affini. Il dolore si tratta con gli antidolorifici. Chiedere a ə paziente la sua storia clinica ed i farmaci che utilizza normalmente per valutare se li abbia già assunti, essere sicuri che il dolore sia esattamente quello che già conosce, valutare se il paziente ha farmaci in casa o meno. Nel caso in cui non ne avesse, ipotizzate un accesso ambulatoriale per prescrizione. **Attenzione:** se ə paziente viene in ambulatorio, prima di prescrivere, fate un esame obiettivo anche se lui conosce il suo dolore, sia per tutela legale che per escludere problematiche anche serie a lui non note. Se ə paziente è solito usare farmaci antidolorifici maggiori, chiedete di mostrare la documentazione e, se vi trovate in CA inserite nel registro o ove possibile, un alert per informare ə collegħə della prescrizione. Nel caso in cui ə paziente lamentasse l'insorgenza di sintomi compatibili con una cistite, invitate ə paziente a recarsi in ambulatorio per indagare il tipo di dolore e l'insorgenza, valutando la possibilità di eseguire uno stick urine e visita uro-ginecologica (approfondiremo in un altro contesto il dolore pelvico femminile).

F) Paziente febbrile con sintomi respiratori: in una situazione non pandemica da COVID, se ə paziente è giovane, conviene inviarlo in ambulatorio per valutazione, a seconda del periodo di insorgenza: dalla mattina? Da più giorni? Da poche ore? In quest'ultimo caso, se non sono presenti altri sintomi, possono bastare degli antipiretici ed una rivalutazione a breve. Bisogna valutare la necessità o meno di prescrizione del certificato di malattia INPS per il lavoro (ricordiamoci che ə paziente che richiede mutua va, per legge, sempre valutatə fisicamente e non solo per telefono). Stessa cosa per la sospetta gastroenterite infettiva. Se ə paziente ha febbre con sintomi di IVU è sicuramente utile una valutazione per inserimento di terapia antibiotica, se è uomo valutare anche la prostata.






D) Cefalea: valutare se il dolore è noto, oppure diverso dal solito, se ha sintomi neurologici o meno. Attenzione, è possibile che la cefalea con PaO alta non sia un sintomo neurologico della PaO, ma più probabilmente è il contrario: un aumento pressorio da dolore e non un dolore da aumento pressorio. Può essere comunque utile una valutazione de ə paziente con EON per escludere la presenza di sintomi neurologici franchi. Considerare i fattori di rischio, e valutare se sono note artrosi o discopatie delle vertebre cervicali. Valutare il livello di dolore e se ə paziente abbia già assunto dei farmaci e quali e per quanto tempo. Ə paziente ha febbre? Se si quanti anni ha? Nella popolazione pediatrica escludere la meningite. Attenzione alla cefalea da farmaci (che vi consigliamo di studiare qualora fosse a voi non nota)! In caso di assenza di franchi sintomi che vi facciano sospettare una patologia neurologica acuta si può provare a trattare ə paziente con un antidolorifico aggiornandosi dopo un paio d'ore sull'andamento del dolore.

E) Dolore corporeo noto: cefalea, lombalgia, cistite, affini. Il dolore si tratta con gli antidolorifici. Chiedere a ə paziente la sua storia clinica ed i farmaci che utilizza normalmente per valutare se li abbia già assunti, essere sicuri che il dolore sia esattamente quello che già conosce, valutare se il paziente ha farmaci in casa o meno. Nel caso in cui non ne avesse, ipotizzate un accesso ambulatoriale per prescrizione. **Attenzione:** se ə paziente viene in ambulatorio, prima di prescrivere, fate un esame obiettivo anche se lui conosce il suo dolore, sia per tutela legale che per escludere problematiche anche serie a lui non note. Se ə paziente è solito usare farmaci antidolorifici maggiori, chiedete di mostrare la documentazione e, se vi trovate in CA inserite nel registro o ove possibile, un alert per informare ə collegħə della prescrizione. Nel caso in cui ə paziente lamentasse l'insorgenza di sintomi compatibili con una cistite, invitate ə paziente a recarsi in ambulatorio per indagare il tipo di dolore e l'insorgenza, valutando la possibilità di eseguire uno stick urine e visita uro-ginecologica (approfondiremo in un altro contesto il dolore pelvico femminile).

F) Paziente febbrile con sintomi respiratori: in una situazione non pandemica da COVID, se ə paziente è giovane, conviene inviarlo in ambulatorio per valutazione, a seconda del periodo di insorgenza: dalla mattina? Da più giorni? Da poche ore? In quest'ultimo caso, se non sono presenti altri sintomi, possono bastare degli antipiretici ed una rivalutazione a breve. Bisogna valutare la necessità o meno di prescrizione del certificato di malattia INPS per il lavoro (ricordiamoci che ə paziente che richiede mutua va, per legge, sempre valutatə fisicamente e non solo per telefono). Stessa cosa per la sospetta gastroenterite infettiva. Se ə paziente ha febbre con sintomi di IVU è sicuramente utile una valutazione per inserimento di terapia antibiotica, se è uomo valutare anche la prostata.



G) Paziente che necessita di supporto psicologico per qualunque motivo: in questo caso non ci sono molte domande da fare, risulta importante sedersi e prendersi tempo per ascoltare.


H) Paziente che necessita di informazioni generali: queste possono essere orari di ambulatorio, farmacie di turno, ma anche fattori di rischio correlati all'alimentazione e, attualmente, esiti di tamponi e consigli su isolamenti e quarantene. In questi casi non dare informazioni di cui non si ha la certezza, in caso informarsi e richiamare con le informazioni richieste.

SCENARIO DUE

Parente/amico che chiama per paziente: quale grado di parentela c'è tra i due? Sono insieme in quel momento? Il paziente è adulto e orientato? Se sì, fatevelo passare. È consigliabile evitare le consulenze per interposta persona, soprattutto per pazienti che non si trovino insieme al chiamante in quel momento. È possibile che questo indispetta l'interlocutore, soprattutto se si tratta di un parente stretto. In questo caso, dobbiamo non perdere la pazienza e rimanere fermi sulla nostra posizione, spiegando i rischi di una consulenza svolta in quel modo. Possiamo offrirvi di contattare noi stessi il paziente. Se un parente chiama per dolore toracico o sintomi neurologici di un paziente giovane o anziano: stesse domande degli algoritmi visti sopra. Ricordarsi che, in caso di parente che non si trova con il paziente, è importante cercare di contattare qualcun altro che si trovi nel medesimo luogo, in primis il paziente stesso. Se non fosse possibile recarsi al domicilio allertando il 112.

Casi particolari:

- Paziente ansioso: in questo caso la scelta migliore è prendersi tempo per l'ascolto, qual è il problema? Com'è insorto? L'ansia è nota? Prende farmaci? Solitamente come la tratta? Vive da solo? Non dare per scontato che l'ansia sia un problema isolato: può capitare che dietro il sintomo ansia, soprattutto in un paziente non ansioso, possa nascondersi in realtà qualcosa di più grave (un infarto, violenza domestica, mobbing, altre patologie cliniche di tipo ormonale), escludere pertanto in primis, eventualmente anche tramite visita ambulatoriale, patologie diverse della sindrome ansioso-depressiva.
- Parente/paziente aggressivo: per approfondimenti a riguardo vi rimandiamo al capitolo sulla sicurezza, ma il consiglio principale è di **non fare a gara a chi è più testardo!** Mantenere un tono di voce calmo e assertivo, se dall'altra parte della cornetta vi urlano contro tacete fino a che l'escursus violento non è finito. Ricordatevi che non può aggredirvi fisicamente (siete al telefono) e che, soprattutto, non ce l'ha con voi: siete "solo" capitati sulla sua strada. Più facile a dirsi che a farsi, ma è un primo punto a cui aggrapparsi. Quando ha finito domandate "Va meglio? Posso parlare ora?". Se vedete che la situazione non migliora e che state perdendo la calma avete due scelte:

- 
- Interrompere la conversazione mettendo giù la chiamata. In questo caso può essere utile da un lato prendere nota del numero della chiamata per informare i vostri responsabili di quanto accaduto, dall'altra prendere contatti col servizio di emergenza territoriale. Questo perché spesso, in questi casi, i pazienti chiamano immediatamente loro, dare una vostra versione dei fatti e avvisare potrebbe essere utile sia per il buon mantenimento dei rapporti con loro, che per migliorare la gestione della situazione.
 - Nel caso in cui non foste da sole in turno, ma accompagnate da un'altra collega, può essere utile chiederne l'intervento nella gestione della conversazione prima che essa degeneri. Non vergognatevi ad ammettere di non poter gestire una situazione violenta, meglio rinunciare che stare male dopo.
 - Paziente tossicodipendente noto o non noto che chiama per prescrizione di farmaci: in questo caso la gestione migliore è cercare di rimandare il paziente al servizio di competenza, se questo non fosse possibile non mettete a rischio la vostra incolumità.

In conclusione l'esperienza e gli errori sul campo, purtroppo, non possono essere sostituiti. Ce ne rendiamo conto. Speriamo, però, che con queste poche dritte, possiate avviarvi con meno paura al percorso che vi attende.



**LA SICUREZZA SUL
POSTO DI LAVORO
IN MEDICINA**



C'è una cosa fondamentale che non ci viene insegnata nè durante la scuola dell'obbligo, nè in università: la sicurezza sul lavoro, prima, e nella nostra specifica professione, poi.

Il nostro è un lavoro considerato "ad alto rischio" e per tale ragione dovrebbe essere svolta, per noi operatori, una formazione specifica di 12 ore in più sul nostro rischio specifico.

Tristemente tutti i corsi di sicurezza dicono solo poche cose: come salvarsi in caso di incendio, come usare una scala, come eseguire il blsd e come lavarsi le mani. C'è però una cosa su cui dovremmo essere veramente formati ed è la violenza sul nostro luogo di lavoro. Lavorando presso gli studi medici di medicina generale e gli ambulatori di ps o specialistici ospedalieri scoprirete una disarmante verità: quasi nessuno è organizzato per la fuga da professionista in caso di tentativo di aggressione.

Quelle che seguono sono pochi paragrafi di **suggerimenti raccolti**, che non potranno sostituirsi ad un corso di sicurezza, ma vogliono in qualche modo aiutarvi a prevenire situazioni di emergenza ed evitare di trovarvi in avvenimenti spiacevoli.

Per prima cosa **valutate il contesto in cui andrete ad operare:**

- Livello di rischio: zona considerata a rischio, oppure no, parcheggi vicini, luminosità delle strade, pazienti con cui avrete a che fare.
- Ambulatorio in cui operate: dove sono le vie di fuga e come potete raggiungerle.
- Distanza e facilità dal raggiungimento dei servizi di sicurezza.
- Se operate in solitudine o meno, in PS ad esempio, a medicare non dovrebbe mai visitare da sola per questioni di sicurezza.

Consiglio fondamentale, poi, è quella di eseguire una iniziale spesa di anche pochi euro per acquistare un telefono con altra scheda telefonica per poter comunicare con i pazienti senza lasciar loro il vostro numero privato. Dal punto di vista dei Social Network, inoltre, il consiglio è quello di cambiare il proprio nome in modo da essere rintracciabili con più difficoltà e rendere privati i vostri profili. Seguendo questi ultimi consigli dovrete riuscire a limitare il rischio di stalking.

Se andate a casa di qualcuna di cui sapete poco, conviene mettervi d'accordo con qualche collega o amica per dare il proprio itinerario e per informarlo quando finite la domiciliare.

Se non siete, inoltre, convinti della sicurezza del luogo o se il paziente non era convinto della visita (magari è stato costretto da qualche familiare) non accomodatevi, non toglietevi la giacca e non posate la borsa fino a quando non siete sicuri che il paziente sia a proprio agio. Imparate immediatamente le vie di uscita dell'abitazione e controllate dove vengono messe le chiavi qualora il proprietario chiuda a chiave l'ingresso.

Se sapete di dover avere a che fare con un paziente con precedenti violenti togliere cravatta, sciarpa, collane, simboli religiosi o politici prima di incontrarlo e cercate di non essere sola.



Per ragionare sulla prevenzione di un paziente agitato per prima cosa dobbiamo identificare i contesti in cui potrebbe agitarsi.

1. Fattori ambientali

- a. mancanza d'aria
- b. assenza di Privacy
- c. ambiente troppo caldo o troppo freddo
- d. ambiente poco curato
- e. angoli nascosti nel fabbricato
- f. sovraffollamento
- g. divisioni dei ruoli poco chiara all'interno dello staff
- h. attività non strutturale
- i. sovraccitazione
- j. clima autoritario
- k. accessibilità alle armi

2. Cause mediche

- a. ferite alla testa con lesioni vascolari, specialmente ematoma subdurale
- b. delirium tremens
- c. intossicazione da droghe e alcool
- d. overdose di farmaci
- e. meningite
- f. encefalite
- g. ipoglicemia
- h. diminuita ossigenazione cerebrale
- i. encefalopatie
- j. epilessie del lobo temporale
- k. condizioni neoplastiche
- l. demenza
- m. oligofrenia
- n. condizioni psichiatriche particolari

3. Motivazione dietro una escalation aggressiva:

- a. frustrazione
- b. disperazione
- c. umiliazione
- d. immaturità
- e. eccitamento
- f. comportamento appreso
- g. reputazione
- h. per porre fine a qualcosa
- i. valori
- j. disturbi mentali (paranoia, psicosi, deliri)

Parliamo adesso di alcuni principi di comunicazione verbale e non verbale.

Comunicazione non verbale:

1. Posizionare il corpo in modo da comunicare lateralmente con il paziente
2. Essere consapevoli della propria postura: evitare posizioni che possano suggerire una posizione di chiusura o autorità (es. braccia incrociate)
3. Tentare di comunicare allo stesso livello del paziente (es. seduti o in piedi)
4. Esercitarsi sul controllo della propria mimica facciale, assicurarsi che sia coerente con i contenuti espressi
5. La distanza deve essere di almeno 1 metro e può essere necessario aumentarla di 3-4 volte in risposta ad un'aggressione verbale; al diminuire della risposta aggressiva potrà essere diminuita anche la distanza;
6. Evitare il contatto fisico con il paziente fino a quando la situazione non si calma, cercare segnali verbali e non che consentano il contatto;
7. Essere consapevoli del contatto visivo: mantenere lo stesso contatto visivo che si avrebbe con una persona non aggressiva, evitare sguardi intimidatori;
8. Non minacciare: una volta eseguita una minaccia, vale come un ultimatum, si è cessata ogni trattativa e ci si è posti in una posizione di vincitori/vinti, deve essere proprio l'ultima delle nostre possibilità.

Ricordiamoci sempre due principi fondamentali:

1. La nostra è una professione d'aiuto, non siamo lì per dimostrare il nostro potere o la nostra ragione.
2. Dietro la rabbia di una persona ci sono delle motivazioni, il più delle volte non causate da noi, inoltre il paziente ha il diritto di dire e provare i pensieri e le emozioni che lo riguardano.

Oltre alla carenza sulle informazioni circa la sicurezza, purtroppo, la maggior parte delle nostre università non impegnano molto tempo ad insegnarci come comunicare correttamente coi nostri pazienti. **La prima cosa da fare, infatti, sarebbe sempre quella di presentarsi:** ricordiamoci che stiamo iniziando una nuova relazione con qualcun. Sulla base del livello di rischio, dovrete, però, valutare se riferire al paziente il vostro cognome e nome o solo il secondo o presentarvi solo come "dottore/dottoressa". *Se iniziata a lavorare in un posto ad alto rischio informatevi circa le procedure di sicurezza messe in atto (vedi Casa Circondariale ed SPDC).* **Presentarci ci pone già su un piano reale con il paziente: non saremo più un ologramma, ma una persona in carne ed ossa, si sentiranno già più a loro agio.** Se riuscite, metteteci un sorriso sincero. In tal senso, se vi sentite timidi, esercitatevi anche a casa davanti allo specchio. Magari le prime volte vi sentirete a disagio, ma presto o tardi rientrerà nella vostra zona comfort e diventerà un'abitudine. Questo vale anche per le conversazioni telefoniche con pazienti nuovi (es. consulti telefonici presso le postazioni di CA e sostituzioni).

Nonostante vi siate posti con professionalità ed educazione, però, potrebbe essere che vi troviate ugualmente di fronte ad un paziente aggressivo, qualcuno che vi darà l'impressione di volervi aggredire per mettervi in difficoltà per il desiderio di sfogare qualche frustrazione personale banalmente qualcuno che, per motivi che possono o meno dipendere da noi, perde la calma.

I requisiti per una buona De-Escalation sono:

1. Buona capacità di ascolto (La maggior parte di noi mentre qualcuno parla riflette su cosa rispondere e non su quello che viene comunicato)
2. Comprensione empatica
3. Capacità di mantenere calma e controllo
4. Effettiva capacità di problem solving
5. Assertività

Sugli ultimi due dovrete probabilmente fare degli studi approfonditi in quanto, per quanto possano, in alcuni, essere capacità innate particolarmente sviluppate, ci sono tecniche specifiche che permettono a chiunque di migliorare in tal senso. Vi consigliamo di leggere libri specifici, in quanto migliorare queste skills vi aiuterà a diventare professionisti più comunicativi e, pertanto, più efficienti.

Le regole da seguire in questo caso sono le seguenti:

- Ricordarsi che anche se arrabbiato, la sua aggressività potrebbe essere rivolta a voi, non dovuta a voi, gli insulti e la rabbia **non sono "personali" nei vostri confronti**, ma un modo per dire che ha bisogno di essere ascoltato.
- La regola delle 3 A:
 - **Attend**: ascolta, osserva e presta attenzione; l'obiettivo è capire quali siano i sentimenti e le motivazioni della persona che ci sta di fronte.
 - **Assess**: pensa alla spiegazione più probabile dalle informazioni che hai ottenuto prima, esprimi comprensione ed empatia.
 - **Address**: guida l'altro a orientarsi suggerendo soluzioni e facendo domande per arrivare ad una possibile risoluzione.
- Per fare questo mantieni il controllo, ascolta, usa un **tono di voce calmo, caldo e chiaro**. Fai domande brevi, non dilungarti in ricerca di spiegazioni che un paziente finirebbe, a causa della rabbia, per non riuscire a seguire.
- Utilizza un **linguaggio appropriato** a quella persona (non cercare di alzare il suo livello comunicativo, abbassa il tuo: se necessario utilizza un mediatore culturale), evita, però, il linguaggio gergale.
- Utilizza tutto il **tempo** necessario per comunicare, non mettere fretta
- **Verifica di aver ben capito, piuttosto utilizza la riflessione** ripetendo frasi del paziente (dimostrai non solo di star ascoltando, ma in tal modo puoi valutare quanto stai comprendendo)

- Nella prima fase della de-escalation **non perdere di vista il problema principale**, anche se il paziente si mette a parlare d'altro
- **Mostrati come qualcunə che può risolvere il problema**, anche se quel problema dovesse essere risolto da altrə, non dare l'impressione di volertene "lavare le mani"
- Se il paziente ha già iniziato una fase di vera e propria escalation fisica (magari contro degli oggetti) prova ad enfatizzare l'impatto sociale del suo comportamento
- Ricordagli e ricordati che sei lì per **aiutarlə, non per reprimerlə**
- Mantieni la comunicazione fluida e centrata sul problema, non cercare di sdrammatizzare o di farlo concentrare su altro nel caso in cui si sia già entrati nella fase di escalation.

Inoltre:

- Dobbiamo **comunque essere cortesi anche se ci si mostra scortesia**, usare termini come "per favore" e "grazie" (es. *Capisco che lei sia arrabbiato, ma le chiederei comunque di rispettare me e il resto dello staff, per favore*)
- Dobbiamo essere flessibili ed ascoltare

Possono essere **barriere comunicative**:

1. **Rumore** (cerca di eseguire le visite in locali più tranquilli possibili, alzare la voce potrebbe essere interpretato come un atteggiamento minaccioso)
2. **Linguaggio/idioma** (sii il più diretto possibile, evita di usare parole per creare impatto emotivo, evita allusioni o parole senza significato)
3. **Percezione e pregiudizio** (ricordati che il nostro ruolo non è quello di giudicare, ma quello di curare, ovvio che il pregiudizio può venire anche dall'altra parte, ma starà a te non farti coinvolgere nella spirale di pregiudizio del tuo paziente, non c'è bisogno di ricordare a il paziente che sei il medico, non ti deve rispettare per il tuo rango, ti deve rispettare perchè sei una persona)
4. **Intrusione nello spazio personale** (dai al paziente uno spazio fisico, avvicinati per visitarlə se la situazione lo permette, ma dagli il tempo di capire e chiedigli il permesso prima di prendere contatto fisico, ricordiamo, inoltre, che stare troppo vicini ad una persona rabbiosa, può rendere quella persona insicura e te stesso in condizioni di pericolo)

Non è facile evitare o superare tutte queste barriere, ma dobbiamo fare del nostro meglio per limitare al minimo le loro interferenze.

Aggressione: ogni comportamento che è percepito dalla vita come deliberatamente lesivo e dannoso sia psicologicamente che fisicamente. Il nostro obiettivo dev'essere quello di prevenire l'escalation dell'aggressività in una reale violenza fisica.

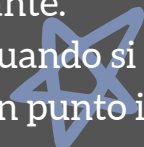
Possiamo distinguere quattro fasi:

- **Fase del fattore scatenante** in cui possiamo già cogliere uno scostamento dalla normalità psicoemotiva con comportamenti verbali ed emotivi differenti.
- **Fase dell'escalation:** ulteriore deviazione dalla normalità psicoemotiva
 - Segnali di possibile aggressione:

- alzarsi in piedi
- volto rosso o paonazzo
- voce alta
- respiro rapido
- contatto oculare diretto e prolungato
- gestualità esagerata
- tensione muscolare
- Segni addizionali:
 - ogni cambiamento del comportamento che varia da ciò che è normale per quella persona
 - chiusura dei pugni (clenched fist)
 - restringimento delle palpebre (narrowing of the gaze)
 - tensione dei muscoli del volto o della mandibola
 - aumento progressivo del livello di agitazione
- Assessment:
 - è paziente sta affrontando un alto livello di stress in questo periodo?
 - è paziente appare sotto l'effetto di alcool e/o droghe?
 - è paziente ha una storia di violenza?
 - è paziente ha una storia di malattia psichiatrica?
 - è paziente ha mai aggredito lo staff verbalmente in passato?
 - è paziente ha mai minacciato lo staff con comportamenti violenti in passato?
- Rapido self assessment: chi interagisce con un soggetto rabbioso dovrebbe essere in grado di identificare le proprie emozioni in ogni momento: se l'operatore è anch'esso rabbioso non sarà efficace nella gestione del comportamento aggressivo (anzi!). Una volta riconosciuta la rabbia, dovrebbe essere in grado di modificare ciò che stava facendo o pensando per porre sotto controllo il proprio stato emotivo o chiedere aiuto/assistenza per gestire la situazione. Chiedersi:
 - Posso evitare di criticare e di evidenziare errori con la persona arrabbiata?
 - Posso evitare di essere giudicante?
 - Posso evitare il conflitto?
 - Posso provare a vedere la situazione dal punto di vista della persona arrabbiata o di comprendere il bisogno che sta cercando di soddisfare?
 - Mi ricordo che il mio compito è quello di mantenere la pace e tutelare pazienti e personale?
- Ricordiamoci che le persone fuori controllo sono sotto l'influenza di "cocktail adrenalinici", ragionare in quel momento è molto difficile per loro. Una volta che abbiamo acquisito il controllo di noi stessi:
 - Apparire fiducioso
 - Mostrare calma
 - Creare uno spazio (anche solo verbale: se sei al telefono lascia che è paziente parli, ascoltandolo, e quando ha finito lo sfogo domandagli con calma se va meglio e se puoi parlare)



- Parlare lentamente, con dolcezza e chiarezza
- Abbassa la voce, se il tuo naturale tono lo rende necessario
- Evita di fissare la persona (uno sguardo fisso può essere interpretato come provocatorio)
- Evita di discutere e di confrontarti sugli argomenti che il paziente tira in ballo, se fa domande generiche provocatorie non rispondere (es *Come mai tutti i medici sono degli st...?*) mantieni il focus sulla richiesta di aiuto del paziente
- Dimostra che stai ascoltando, questo è rassicurante
- Tenta di risolvere il suo problema, non argomentare, piuttosto consenti di vedere possibilità diverse
- Non stare sulla difensiva e non mostrare un atteggiamento giudicante
- Tieni entrambe le mani visibili
- Non dare le spalle
- Non sorridere: farlo può dare l'impressione che tu ti stia prendendo gioco del paziente
- Evita movimenti bruschi che possono spaventare o essere percepiti come un attacco, ma, lentamente, cerca di muoverti verso un luogo sicuro (vale a dire evitare di essere intrappolati in un angolo)
- Evita il pubblico (quanto possibile), in quanto può aggravare la situazione
- Possibili tecniche di talk down:
 - Semplice ascolto: a volte una persona arrabbiata ha bisogno di qualcuno che si prenda il tempo necessario per consentire di sfogare rabbia e frustrazione (dare feedback di ascolto: uh-uh, sì, vai avanti, ecc. o riflessioni delle sue affermazioni quando fa pause)
 - Ascolto attivo: cercare di riconoscere e capire che cosa una persona sta dicendo, cerca di porti dalla prospettiva dell'altro. Rispondi alle domande che cercano informazioni (es *Perché devo compilare questi moduli di m...?*) e non alle domande tendenziose (es *Perché tutti i medici sono degli s...?*)
 - Riconoscimento: una volta colto il sentimento alla base del discorso del paziente per lui potrebbe essere più facile risolvere quel sentimento, ma senza chiederlo direttamente, e una volta colto non interpretarlo in modo analitico.
 - Tollera il silenzio: a volte le persone arrabbiate potrebbero aver anche solo bisogno del tempo necessario per riflettere e pensare, anche se per noi può risultare pesante concedere quello spazio può essere per lui fondamentale. In tal senso è importante anche il timing, una pausa troppo lunga può essere anche frustrante.
 - Accordarsi: quando si tenta di attenuare la rabbia di qualcuno è importante concordare un punto in cui il soggetto ha ragione.



- Invitare alla critica: nel nostro lavoro non avere dubbi è il modo migliore di sbagliare, invita il paziente ad esprimersi, fagli capire che la critica costruttiva esiste e che non si deve vergognare delle aspettative che aveva nei nostri confronti, starà poi a noi decidere se far tesoro delle sue critiche o se ritenerle distruttive
- Scusarsi: non si tratta di scuse per un immaginario errore, ma delle scuse sincere, anche solo dire che si è dispiaciuti per come la persona arrabbiata si sente in quel momento, in particolare nel caso noi si sia la causa della rabbia, una scusa sincera può attenuare l'escalation, non dobbiamo cambiare per la persona che abbiamo di fronte, ma renderci conto che il nostro comportamento potrebbe aver causato la sua rabbia e fargli percepire il messaggio che lo abbiamo compreso
- Avere un piano: non agire di impulso, ricordati sempre di fermarti, ascoltare, ragionare e, rapidamente, valutare eventuali alternative qualora la de-escalation non funzionasse
- Sii sempre rispettoso, anche quando metti con fermezza dei limiti o chiami aiuto e sii consapevole che una persona agitata è molto sensibile alla vergogna ed alla mancanza di rispetto, l'obiettivo è fargli capire che non è necessario mostrarsi agitato per essere rispettato, prova ad invitare il paziente a scelte alternative, come ad esempio, quando possibile, anche il rinvio dell'appuntamento ad un momento in cui il paziente si senta più tranquillo;
- **Fase critica:** se il talk down è stato efficace si potrebbe non arrivare a questo punto. Ci possono essere occasioni, in particolare con pazienti affetti da patologie psichiatriche o demenza, in cui l'ascolto e la de-escalation non hanno risultato. In quel caso la nostra sicurezza personale deve essere di primaria importanza. Qualsiasi intervento non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma piuttosto sul fondarsi della scelta di opzioni sintetiche e massimali: contenimento, fuga, autoprotezione.
- **Fase del recupero:** è caratterizzata dal graduale ritorno al comportamento ordinario della normalità psicoemotiva, ma con un livello di eccitamento ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti. Rappresenta una fase delicata in quanto interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione della crisi. Come obiettivi a medio termine possiamo poi porci:
 - Interventi:
 - Aiutare il paziente a identificare la fonte di rabbia
 - Aiutare il paziente a identificare le conseguenze della rabbia
 - Motivazione: aiutare il paziente a reagire ai problemi in modo non violento



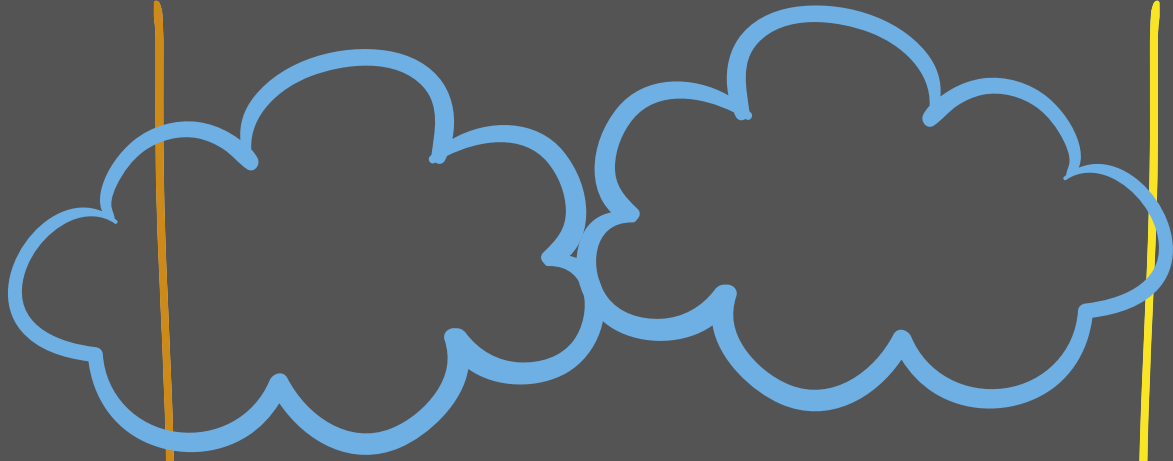
La De-Escalation è un'abilità molto difficile in quanto non sempre ci permette di salvaguardare il nostro orgoglio e la nostra autostima, si deve essere in grado in ogni momento di ricordarsi che la rabbia di chi abbiamo di fronte non è "personale" nei nostri confronti e controllare, così, la nostra rabbia. Dobbiamo essere in grado di vedere il quadro per la sua ampiezza e non per il particolare del momento.

Sii sempre consapevole che hai la possibilità di andartene, chiedere a un paziente di andarsene o chiamare le Forze dell'Ordine qualora la de-escalation non fosse efficace. Evita i comportamenti eroici.

Ricordati, inoltre, che per un paziente rabbioso, il più delle volte, la perdita del controllo di se stesso con passaggio da rabbia ad aggressività, può essere fonte di estremo imbarazzo e vergogna.

Speriamo che queste poche pagine possano essere per te un piccolo aiuto per metterti in gioco al meglio, il resto è esperienza: in bocca al lupo!





La formazione post-Laurea

Ti piace essere α medic α , 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 dottorato 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** la data della prova d'esame. 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, viene pubblicata una graduatoria di merito e successivamente \grave{e} candidato possono esprimere un certo numero di scelte in termini di tipologia di scuola e sede (es. Medicina Interna - università degli studi di Torino). Nel concorso SSM 2020, non sono stati posti limiti al numero di scelte esprimibili da ogni candidato. Dopo la chiusura della fase di scelta, si procede all'assegnazione: \grave{e} candidato hanno in genere 3 giorni lavorativi per perfezionare l'iscrizione, pena la decadenza dall'assegnazione.

I posti non assegnati, così come i posti assegnati rimasti vacanti per mancata immatricolazione verranno rimessi in fase di scelta nei successivi scaglioni straordinari di assegnazione.

Nel concorso 2020, la mancata immatricolazione per una borsa su cui si era stati assegnati comportava l'impossibilità per \grave{e} candidato di scegliere nuovamente quella combinazione di scuola-sede: ad esempio, se \grave{e} candidato era stato assegnato a Psichiatria a Firenze e non perfezionava l'immatricolazione, non era possibile tornare indietro e scegliere nuovamente quella scuola, anche se il posto fosse rimasto vacante. Allo stesso modo, se si rinunciava a un posto per il quale si era perfezionata l'immatricolazione in favore di una nuova assegnazione in uno scaglione straordinario, non era possibile "Tornare indietro"; se, per esempio, \grave{e} candidato si fosse spostato da Medicina d'urgenza a Roma La Sapienza a Cardiologia a Torino, non avrebbe potuto partecipare alla riassegnazione del posto in Medicina d'urgenza in un successivo scaglione.

Sempre secondo il bando di concorso SSM 2020, era possibile per tutt \grave{e} \grave{e} candidato, anche coloro che si erano già immatricolati, partecipare agli scaglioni straordinari fino alla data fissata per la presa di servizio: dopo questa data, chi lasciava la borsa assegnata non poteva partecipare alle riassegnazioni, e la borsa stessa non poteva essere rimessa in gioco.

Poiché negli anni le procedure concorsuali hanno subito modifiche sostanziali, raccomandiamo di leggere attentamente il bando di concorso per comprendere il corretto svolgimento di tutti i ripescaggi.

Quanto dura un corso di specializzazione 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 lo 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 MUR). **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 avveniva, fino al 2018, solitamente, tra aprile e maggio. Tra il primo ritardo causato da un aumento improvviso dei posti e la successiva emergenza covid i mesi si sono accumulati fino alla perdita di un anno di corso. Motivo per cui, attualmente, il concorso svolto in data 28 aprile 2021 era quello dell'anno accademico 2020-2023.

Ogni Regione, come già accennato, ha una sua piattaforma/modalità per permettere l'iscrizione da candidato, 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 con un proprio collega 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, bpc, 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 social 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. Attualmente non è facilmente prevedibile quando si svolgerà il test per il triennio 2021-2024, si può correttamente immaginare di nuovo un anno da quello precedente svoltosi ad aprile 2021.

Quanti posti ci sono in totale?

Ogni regione ha un numero suo, in totale, quest'anno, sono stati messi a bando 1987 posti, a cui vanno aggiunti i posti senza borsa di studio previsti dal Decreto Calabria.

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 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 (da cui si deve togliere la tassazione sulla base del proprio reddito, se si fa guardia la percentuale rimossa equivale a quella che si vede tolta sul cedolino della CA) 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 (attenzione! In Piemonte i corsisti MMG sono coperti dall'INAIL! Quindi non affrettatevi a spendere soldi per una polizza infortuni prima dell'iscrizione). 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 CFSMG). 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.

Dal 2019, il Decreto Semplificazioni 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).

Che cos'è un Medico di Famiglia?

Un 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 a un specialista solo nei casi più dubbi e complicati. **Il suo scopo, infatti, non è quello di inviare da un correttore 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 dei specialisti stessi. Sta in più avendo un ruolo sempre più centrale nella gestione dei 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.

Novità introdotte dal DL Calabria:

Questo decreto legge ha introdotto importanti novità in merito sia all'ingresso senza borsa al concorso MMG con posti banditi ad hoc da ogni singola regione, sia per l'assegnazione delle convenzioni di assistenza primaria e di titolarità di continuità assistenziale per chi sta frequentando il CFSMG.

Per quanto riguarda il primo punto, sono ammessi al CFSMG previa idoneità al concorso tutte le mediche che abbiano conseguito almeno 24 mesi di attività lavorativa sul territorio. All'art.12 invece si evince che le laureate in medicina e chirurgia abilitate all'esercizio professionale, iscritte al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali a tempo indeterminato sia di assistenza primaria che di continuità assistenziale rimessi all'accordo collettivo nazionale.



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 un paziente al fine di escludere qualsiasi patologia che possa interessare il suo collega specialista. Dopo di che, 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 su iniziativa personale o su indicazione del medico curante o di un altro specialista. 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 agopuntore?

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 iscritto 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 un medico. Tutte queste scuole sono parte della FISA (Federazione Italiana Scuole di Agopuntura).

Quanto dura il corso?

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

Quanto costano in media?

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 di psicoterapeuti possono automaticamente accedere tutti i 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 MUR** (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 MUR 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 dei psicologi. Ogni scuola organizza e seleziona in base al proprio statuto e ai suoi studenti. Alcune (poche) scuole possono prevedere, ad esempio, come requisito un periodo pregresso all'iscrizione di analisi, magari presso terapeuta o analista 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 esame 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, prevedono la possibilità di acquisire ulteriori titoli successivamente, come quello di 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.

CORSO DI PET THERAPY: sì esiste!

1) In cosa consiste la Pet therapy e quali sono le figure coinvolte?

La Pet Therapy (correttamente definita come IAA: Interventi Assistiti con Animali) è una pratica terapeutica di supporto ad altre forme di terapia tradizionale, che utilizza gli effetti positivi derivanti dalla vicinanza tattile, visiva e soprattutto emotiva, con gli animali domestici per migliorare la salute e il benessere delle persone con l'ausilio di animali da compagnia. È emerso, infatti, come in molte persone a cui è stata proposta si siano rilevati interessanti benefici sotto il profilo psicofisico, spesso correlati al soddisfacimento del bisogno d'amore, d'affetto e di relazione. La presenza dell'animale agisce in diversi ambiti: motivazionale, affettivo-emozionale, stimolazione sensoriale e psicologica e socializzazione. La Pet Therapy non è un'entità unica ma si differenzia a seconda del tipo di intervento svolto. Esistono programmi caratterizzati da obiettivi, attività e nomi diversi proprio in funzione dell'utenza a cui sono rivolti: AAA (Attività Assistite con Animali, con finalità ludico-ricreative), EAA (Educazione Assistita con Animali, con finalità educative) e TAA (Terapia Assistita con Animali, con obiettivi terapeutico-riabilitativi).

Gli IAA prevedono il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare in grado di gestire la complessità della relazione uomo-animale, composta da diverse figure professionali, sanitarie e non, e operatori che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dell'intervento, ognuno per le proprie competenze, lavorando in stretta collaborazione. Le figure professionali e operatori coinvolti sono: Medico veterinario esperto in IAA (monitora l'animale dal punto di vista clinico-comportamentale), Coadiutore dell'animale (prende in carico l'animale durante le sedute, assume la responsabilità della corretta gestione dell'animale ai fini dell'interazione e provvede a monitorarne lo stato di salute e di benessere), Responsabile di progetto (coordina l'équipe nella definizione degli obiettivi del progetto, delle relative modalità di attuazione e valutazione degli esiti. È medico o psicologo-psicoterapeuta), Referente di Intervento (prende in carico la persona durante la seduta ai fini del raggiungimento degli obiettivi del progetto).

2) In cosa consiste il corso?

Sono disponibili corsi differenti a seconda del tipo di attività che si vorranno intraprendere:

- Corso propedeutico (comune a tutte le figure professionali e operatori coinvolti): fornisce nozioni di base sugli IAA e sulla relazione uomo-animale, sugli aspetti deontologici, sulla normativa nazionale e sui contenuti delle Linee Guida. Consente inoltre di approfondire le conoscenze sul ruolo dell'equipe e sulle responsabilità delle diverse figure professionali e operatori.
- Corsi base (differenziati per le diverse figure professionali e operatori coinvolti) per coadiutore dell'animale (cane, gatto, coniglio, cavallo o asino): fornisce le competenze specifiche necessarie a un coadiutore dell'animale, i cui compiti sono di assumere la responsabilità della corretta gestione dell'animale ai fini dell'interazione, coerentemente con il contesto e gli obiettivi dell'intervento; inoltre insegna al coadiutore a monitorare lo stato di salute e il benessere dell'animale impiegato, individuando i segnali di malessere (sia fisici che psichici), secondo i criteri stabiliti da

è medica veterinaria e ad applicare metodi per la preparazione dell'animale all'interazione in un setting degli IAA in diversi ambiti terapeutici, educativi, di attività culturale e di socializzazione. Il corso fornisce conoscenze teoriche e applicate sulle caratteristiche dei utenti e dei IAA, nonché elementi di etologia e di pratica di gestione specie-specifica necessari alla coppia animale-coadiutore per poter far parte dell'équipe di lavoro in un progetto di IAA e consente di conoscere alcune attività di centri specializzati per gli IAA.

- Corso base per responsabili di progetto e referenti di Intervento: fornisce le competenze tecnico-professionali necessarie per costruire una relazione efficace ai fini terapeutici/educativi e gli strumenti utili alla valutazione e al monitoraggio degli interventi nonché le competenze metodologiche e le conoscenze normative per quanto riguarda il ruolo e le responsabilità delle figure di responsabile di progetto e di referente di Intervento. In particolare vengono forniti gli elementi utili alla gestione dei setting operativi riguardanti TAA/EAA. Vengono approfondite le conoscenze metodologiche atte a stabilire e gestire la corretta relazione del paziente/utente con la specie animale impiegata, in base agli obiettivi progettuali.

3) Chi può accedere al corso?

Chiunque può accedere al corso ma potrà effettuare attività di IAA solo in ambiti inerenti la sua formazione professionale e le sue esperienze lavorative.

4) Come scegliere il corso?

Possono realizzare i corsi di formazione gli enti di formazione professionale accreditati e le Università, previa autorizzazione da parte della Regione. Il corso è standardizzato a livello nazionale ed è possibile cercare online gli enti/le associazioni presso cui iscriversi.

5) Quanto dura il corso?

Secondo le "Linee Guida Nazionali per gli IAA", approvate nel 2016 dal Ministero della Salute il percorso formativo comprende un corso propedeutico (21 ore minime di lezione frontale, con obbligo di frequenza del 90%), un corso base per coadiutore dell'animale (56 ore minime, con obbligo di frequenza del 90%), corso base per referente d'intervento e responsabile di progetto (40 ore minime, con obbligo di frequenza del 90%) e un corso avanzato (120 ore minime, di cui almeno 72 ore di lezioni frontali, almeno 32 ore di esperienza pratica e almeno 16 ore di visite guidate).

L'iter formativo di ogni corsista deve essere completato in un arco di tempo non superiore a quattro anni e al suo termine viene rilasciato un attestato di idoneità agli IAA.

6) Quanto costa in media?

- Corso propedeutico: circa 350 euro.
- Corso base per referente d'intervento e responsabile di progetto: circa 600 euro
- Corso base per coadiutore dell'animale. Circa 900 euro
- Corso avanzato: circa 1500 euro.

7) Come è spendibile il titolo?

Il titolo è spendibile nella partecipazione a progetti o a sedute individuali di TAA, EAA o AAA inerenti diversi campi (sanitario-ospedaliero, ambulatoriale, al domicilio o in strutture dedicate-, psico-socio-educativo, ludico-motorio).

I principali campi di applicazione degli IAA in letteratura riguardano gli ambiti geriatrici, pediatrici, neuropsichiatrici, oncologici e della cronicità. I sintomi di dolore, depressione del tono dell'umore, ansia, disturbi comportamentali, deterioramento cognitivo ed anoressia sono risultati quelli che hanno maggiormente beneficiato di tale co-terapia, alla pari di patologie che vanno dalla demenza senile al dolore cronico, dalle sindromi neurologiche alle patologie cardiovascolari.

Anche la qualità di vita è un parametro spesso valutato e ricercato, a sottolineare l'utilità degli IAA non solo come semplice co-terapia per molte patologie e supporto per la prevenzione di altre, ma anche come intervento per il miglioramento generale del benessere soggettivo in ambito di malattie gravi ed invalidanti.



CORSO DI OSTEOPATIA

(AGGIORNAMENTO DEL 26 GIUGNO 2021: l'osteopatia, dal 24 giugno 2021, è ufficialmente una professione sanitaria. Il Consiglio dei Ministri ha infatti approvato il Decreto del Presidente della Repubblica per l'istituzione della professione sanitaria dell'osteopata)

Che cos'è un osteopata? Qual è la differenza da un fisioterapista?

☺ osteopatia è una professione considerata dall'OMS come sanitaria; in Italia però le turbolenze legislative l'hanno riconosciuta solamente grazie ad una legge del 2018, cosicché ad oggi ne stanno organizzando l'inserimento all'interno del personale sanitario dedito alla PREVENZIONE della Salute. L'osteopata ha un approccio olistico verso il corpo umano. Il lavoro consiste nell'identificazione e trattamento delle DISFUNZIONI SOMATICHE della persona (non si occupa quindi direttamente dell'aspetto organico delle patologie, ma di tutto ciò che ne è anticipatorio o corollario, come tensioni e dolori ostoarticolari o viscerali) affinché si possa conservare il benessere bio-psico-somatico del paziente, favorendo il ripristino e/o il mantenimento dello stato di salute. L'osteopatia è principalmente suddivisa in tre grosse categorie che sono quella muscoloscheletrica, quella viscerale e quella cranio-sacrale. Affinché tale professione possa essere svolta al meglio è necessaria una conoscenza approfondita dell'anatomia, della fisiologia e della neurologia che permettono all'osteopata di indagare la causa che porta ad una determinata problematica/disfunzione. ☺ osteopata può rivolgersi ad ogni fascia di età: una branca molto importante che si sta sviluppando sempre più è l'osteopatia neonatale e pediatrica. Ci si può rivolgere ad ☺ osteopata per dolori muscolo-scheletrici, per problematiche intestinali o di digestione, reflusso gastroesofageo, colon irritabile, problematiche durante il ciclo ecc., e ancora per cefalee.

☺ **fisioterapista, invece, è una figura sanitaria che si occupa di RIABILITAZIONE** (spesso post-traumatica, ma non solo), con una visione più mirata alla struttura del corpo umano (riabilitazione muscolo-scheletrica, respiratoria ecc). Perciò le due figure non hanno grandi comunanze, ma sicuramente la presa in cura di ☺ paziente da entrambi ☺ specialistè può far sì che si arrivi prima alla risoluzione del sintomo de paziente.

Chi può accedere al corso?

Coloro che possono accedere ad un corso di osteopatia sono tuttè coloro che detengono un titolo di Scuola Superiore nel caso in cui si consideri una formazione a tempo pieno; scegliendo invece l'opzione di frequentare un corso part-time allora è necessario aver conseguito già una laurea in Scienze Motorie o in una professione sanitaria quale ad esempio Fisioterapia, Infermieristica, Tecnico di Laboratorio, Tecnico di Radiologia, ecc. Nel caso specifico di chi sta frequentando Medicina, quasi tutte le scuole accettano ☺ studenti a partire dal completamento dei crediti dei primi 3 anni di corso

Quanto dura il corso?

Nonostante il fatto che attualmente è in corso un cambiamento di come in futuro verrà insegnata l'osteopatia in ambito pubblico, inserendola tra le professioni sanitarie e quindi riducendo gli anni di studio a 3 (sicuramente troppo pochi per acquisire le conoscenze e le competenze necessarie a svolgere in maniera consapevole questa professione), attualmente i casi sono due: 5 anni oppure 6 anni. Visto che ora le scuole sono esclusivamente private sul territorio italiano, scegliendo in maniera oculata quale frequentare, si considerano 5 anni per il tempo pieno e 6 anni per il tempo parziale.

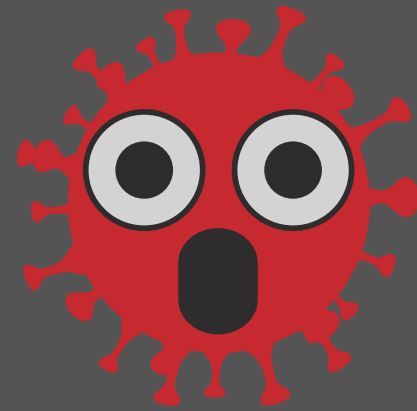
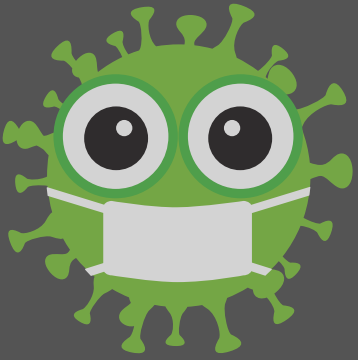
Quanto costa in media?

Circa 3500 euro all'anno per il tempo parziale e 8000 euro all'anno per il tempo pieno, a secondo della scuola scelta.

Come è spendibile il titolo?

In attesa dell'integrazione a tutto titolo di tale figura all'interno del Sistema Sanitario Nazionale quale professione sanitaria nel pubblico, per ora è osteopata può esercitare solo in qualità di libero professionista. Le spese dei pazienti che si rivolgono ad un osteopata, a differenza di quelle delle altre figure sanitarie, ad oggi non possono dunque ancora essere detratte come spese sanitarie.





APPENDICE I: MI SONO ABILITATĀ AI TEMPI DEL COVID-19



È ormai passato più di un anno e più dall'inizio della pandemia di Sars-Covid 19. Probabilmente qualcuno di voi ci ha persino fatto sopra la tesi, ma questa piccola appendice vuole essere un riassunto di quanto sappiamo e della gestione territoriale dei pazienti affetti da Covid-19 e rendervi, così, più semplice l'approccio lavorativo.

La pandemia, per fare un piccolo passaggio storico, non ha portato unicamente l'affollamento delle terapie intensive, ma anche allo scoperchiamento dei veri problemi del territorio, almeno nel nostro paese. I primi contagi tra il personale sanitario e la popolazione, infatti, hanno portato all'infezione delle popolazioni vulnerabili dentro le case di riposo con contagi intraoperatori ed intra-pazienti e decesso di molti pazienti anziani. Le strategie adottate, non repentine nel contenere i contagi all'interno delle strutture, hanno fatto sì che, durante il lockdown, si sia agito chiudendo gli accessi al personale all'interno delle strutture per anziani e, inoltre, l'impossibilità per molti mesi al personale di uscire all'esterno, chiudendoli, di fatto nelle strutture. In contemporanea, all'interno delle Case Circondariali, le ore libere per il personale e l'accesso dei visitatori è stato bloccato, provocando legittime insurrezioni da parte dei detenuti.

Il secondo grosso problema è stata la limitazione dell'accesso agli ospedali, dove molti reparti sono stati trasformati in reparti COVID, con accesso esclusivo agli interventi di priorità U prima e, da maggio 2020 ad ottobre 2020 (periodo di inizio della 2a ondata), prenotazione esclusiva delle prescrizioni con priorità U e B ed organizzazione degli interventi solo con questi tipi di priorità. A catena, queste scelte, si sono riversate sul territorio con grosse difficoltà gestionali da parte dei medici di medicina generale che, da inizio pandemia, hanno via via visto i loro pazienti passare dal panico dell'inizio pandemia, alla frustrazione verso le limitazioni agli spostamenti ed alla vita sociale, alla rabbia degli impedimenti alle visite diagnostiche. Il lavoro sul territorio è diventato, quindi, molto più difficoltoso, rivelando i disinvestimenti degli ultimi 30 anni nella medicina di assistenza primaria.

Cos'è un coronavirus?

I coronavirus sono una grande famiglia di virus che possono causare patologie negli animali e/o negli umani. In questi ultimi sono noti per causare patologie respiratorie. Lo spettro patologico varia da patologie lievi come il raffreddore a severe come la SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome, 2003), la MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e il Covid-19.

Storia del Sars-CoV-2, anche noto come Covid19

Identificato in qualità di nuovo virus da alcuni colleghi oculisti a Wuhan, in Cina, nel Dicembre 2019, il covid-19 si è presentato in tempo breve come causa di una sindrome respiratoria molto grave e contagiosa. Otto colleghi cinesi che trovarono il virus in alcuni pazienti con congiuntivite furono screditati, minacciati e fermati dalla polizia per aver dato l'allarme. All'inizio dell'epidemia si scoprì che molti pazienti erano collegati a un grosso mercato del pesce e di animali vivi nel centro della regione di Wuhan. La connessione probabile è stata trovata in un salto di specie dal pipistrello.

Trasmissione

La trasmissione da persona a persona può avvenire:

- Droplets (rilasciati tramite starnuti, tosse e parola)
- Contatto con mani, oggetti e superfici su cui si sono depositati i droplets, con cui si toccano, poi, occhi, naso e bocca

I droplet si possono spostare facilmente in stanze non adeguatamente areate o durante procedure che creano aerosol (anche quello domestico). La distanza di sicurezza per ridurre le possibilità di contagio è di almeno 1-2 metri.

Sintomi

L'incubazione della patologia è stimata tra i 2 e i 12 giorni con una media a 5 giorni. Alcune persone non manifestano sintomi e non si sentono male. Ad ogni modo i segni e sintomi di presentazione sono vari:

- Febbre (83-99%)
- Tosse (59-82%)
- Affaticamento/astenia (44-70%)
- Anoressia (40-84%)
- Dispnea (11-35%)
- Mialgie (11-35%)
- Anosmia e ageusia: estremamente specifici, sono considerati sintomi maggiori e possono insorgere a distanza di alcuni giorni da sintomi lievi o insorgere in assenza di sintomi precedenti e possono durare anche molte settimane dopo la guarigione.
- Altri non specifici
 - Mal di gola
 - Congestione nasale
 - Cefalea
 - Nausea e/o vomito
 - Diarrea
- \exists pazienti anzian \grave{e} e \exists immunodepress \grave{e} tendono ad avere una presentazione atipica con astenia, confusione, riduzione della mobilitazione, diarrea, inappetenza, delirio in assenza di febbre
- \exists bambin \grave{e} non hanno una percentuale di presentazione con febbre e mal di gola elevata quanto quella d \grave{e} adult \grave{e}

Sono fattori di rischio per una patologia severa:

- Et \grave{a} superiore ai 60 anni (ed aumenta con l'et \grave{a})
- Sono associate ad una pi \grave{u} alta mortalit \grave{a} :
 - Diabete
 - Ipertensione
 - Patologie cardiache



- BPCO/Asma e altre patologie polmonari croniche
- Patologie cerebrovascolari
- IRC
- Obesità
- Immunodepressione
- Cancro
- Fumo

Severità della patologia:

Nonostante la grande preoccupazione sulla mortalità, la maggior parte delle infezioni da Covid19 sono moderate e, la maggior parte dei pazienti, guarisce spontaneamente con un po' di supporto sintomatologico. In particolare è bambini ed è giovani adulti. I dati dicono che il 14-19% richiede ospedalizzazione (ed è questo il grande problema, ossia l'intasamento dei servizi di emergenza) e il 3-5% l'ammissione in rianimazione.

Contact tracing

Per contact tracing (tracciamento dei contatti) si intende l'attività di ricerca e gestione dei contatti di un caso confermato COVID-19. Si tratta di un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso.

Identificare e gestire i contatti dei casi confermati di COVID-19 permette di individuare e isolare rapidamente gli eventuali casi secondari e interrompere così la catena di trasmissione.

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Il "contatto stretto" (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano)
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei

- è operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche il compagno di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Il Servizio di Igiene, sulla base di valutazioni individuali del rischio, può ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

A parte questa ultima premessa necessaria, parliamo di lavoro. Cosa si può fare e come fare richiesta? Di cosa avete bisogno per lavorare? Vediamolo insieme.

Il servizio U.S.C.A. (Unità speciali di continuità assistenziale)

Istituite in ottemperanza all'Art. 8 del D.L. 9/3/2020 al fine di consentire al MMG e al PLS o al MCA di garantire l'attività assistenziale ordinaria.

Organizzazione, personale, sedi e dotazioni:

Le Unità Speciali garantiscono l'assistenza nei confronti di:

- Pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 - Covid-19 in isolamento domiciliare, che non necessitano di ricovero ospedaliero ma di assistenza a domicilio;
- Pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 - Covid-19 dimessi dall'Ospedale a domicilio o in strutture socio-sanitarie e che necessitano di assistenza domiciliare o residenziale;
- Pazienti che si configurano come "casi sospetti" Covid-19 anche in attesa di esecuzione di tampone diagnostico e che necessitano di assistenza a domicilio.

L'U.S.C.A. è attiva sette giorni su sette, in orario 8-20, fino a decisioni ministeriali che ne determinino la cessazione.

Da decreto sono attive in ogni ASL del territorio nazionale ed è previsto che ognuna di loro attivi una funzione di Centrale USCA col compito di coordinare a livello aziendale, garantire uniformità di criteri e di gestione dell'attività a livello distrettuale assicurata da:

- un Coordinatore USCA aziendale (individuato tra il Direttore dei Distretti o suo delegato)
- un dirigente medico per ciascun Distretto con compiti di coordinamento locale - operatori
- supporto amministrativo tramite personale dei Distretti.

La Centrale USCA, anche tramite le sue articolazioni distrettuali:



- assicura i rapporti con i MMG/PLS, in particolare, con i Referenti EAT e le UCAD, tramite il Direttore di Distretto, con i quali programma l'effettuazione di riunioni periodiche con il SISP e con gli altri servizi aziendali;
- assicura la fornitura dei DPI - Dispositivi di Protezione Individuale, dei test rapidi, delle attrezzature e del materiale necessario a tutte le sedi USCA distrettuali;
- monitora l'attività delle USCA e raccoglie giornalmente ed elabora i report d'attività.

Ogni USCA è costituita da un team integrato composto da:

- almeno due medici USCA per turno;
- infermiere domiciliari dedicate all'ADI Covid-19 Sintomatici per l'effettuazione di accertamenti diagnostici (prelievi ematochimici, ECG, tampone naso-faringeo, ecc.) e l'assistenza a domicilio;
- infermiere/OSS in sede che co-adiuvano i medici USCA nella gestione del monitoraggio dei pazienti presi in carico;
- un assistente sociale part-time con compiti di affiancamento nella valutazione e nel monitoraggio sociale dei pazienti e dei loro familiari;
- personale amministrativo che coadiuva i medici nelle pratiche amministrative di inserimento dati, richieste e stampa ID tamponi e altre prestazioni di tipo amministrativo.

Ogni USCA dispone di:

- sede adeguata costituita da almeno due locali attigui, uno adibito a studio medico e un altro come ufficio per attività amministrativa e di monitoraggio, dotati di postazioni informatiche (pc, tablet, stampanti, ...); le sedi sono, inoltre, dotate dei corretti sistemi di smaltimento dei rifiuti e soggette a sanificazione periodica e frequente degli ambienti di lavoro;
- un'auto di servizio dedicata e messa a disposizione di ulteriori auto in rapporto alle necessità;
- test rapidi per la ricerca dell'antigene su tampone naso-faringeo;
- concentratori di O2 ad alto flusso per la gestione delle emergenze;
- strumenti informatici (pc, tablet, smartphone) e di attrezzatura diagnostica (saturimetro, saturimetro pediatrico, termometro, fonendoscopio, sfigmomanometro, ecografo portatile ove disponibile, farmaci ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi).

I Medici dell'USCA utilizzeranno nello svolgimento delle loro attività che prevedono un contatto diretto con il paziente i seguenti dispositivi di protezione individuale (DPI):

- n. 1 mascherina di tipo FFP2/FFP3;
- n. 1 camice monouso/grembiule monouso idrorepellente/tuta in tyvek;
- n. 1 occhiale di protezione/occhiale a mascherina/visiera;
- n. 3 paia di guanti;

- n. 1 copricapo;
- n. 1 paio di copricalzare.

Una mascherina chirurgica sarà fornita e fatta indossare a lə paziente, qualora non l'avesse. **L'ASL provvede, tramite la Struttura aziendale preposta, in relazione alle forniture richieste e pervenute, a fornire ogni USCA di un quantitativo di DPI sufficiente a svolgere l'attività.**

Ə medicə dell'U.S.C.A., per lo svolgimento delle specifiche attività, sono dotati di ricettario del Servizio Sanitario Nazionale che dovrà essere utilizzato esclusivamente per la gestione, in acuto, dei pazienti da trattare.

COMPITI DE LƏ MEDICƏ U.S.C.A.

Ə medicə dell'USCA **interviene**, effettuando visite domiciliari e presso strutture socio-sanitarie su richiesta de lə medicə di medicina generale, de lə pediatra di libera scelta, de lə medico di continuità assistenziale o del 118 per:

- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 in isolamento domiciliare, che non necessitano di ricovero ospedaliero ma di assistenza a domicilio;
- pazienti con infezione accertata da SARS-CoV-2 dimessi dall'Ospedale a domicilio o in strutture socio-sanitarie e che necessitano di assistenza domiciliare o residenziale;
- pazienti che configurano "casi sospetti" di infezione da SARS-CoV-2 anche in attesa di esecuzione di tampone diagnostico e che necessitano di assistenza a domicilio.

Il medico attivo in ogni USCA ha il compito di:

- recepire le segnalazioni da parte də MMG, də PLS, də MCA, relativamente ai casi da visitare a domicilio;
- condividere con ə medico richiedente le modalità di presa in carico, dopo aver analizzato e verificato la presenza dei previsti criteri clinici e anamnestici;
- assumere da lə medicə richiedente la formalizzazione dell'incarico mediante segnalazione sul portale informatizzato Covid-USCA ad attivare la presa in carico de lə paziente;
- effettuare la visita a domicilio, previo contatto telefonico con ə paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento;
- collaborare con le Cure Domiciliari del Distretto di competenza;
- rendicontare sul sistema informatizzato le attività svolte, le visite effettuate, anche attraverso la raccolta di questionari utili a profilare la tipologia dei casi sottoposti a visita domiciliare.

Ə medicə USCA, in relazione al quadro clinico evidenziato, potrà disporre permanenza al domicilio con supporto terapeutico o ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche con attivazione del 118 e comunicazione a lə medicə curante.

In situazioni particolari ove non sia possibile l'attivazione da parte de lə MMG/MCA/PLS l'intervento USCA può essere attivato direttamente dal Distretto.

DAL PUNTO DI VISTA PRATICO:

Ora che abbiamo visto sulla carta come sono immaginate le USCA sottolineiamo che, nella pratica, ogni servizio USCA è organizzato diversamente sia a livello regionale, che, in alcune Regioni, a livello delle asl e dei distretti (*alcune non hanno la centrale, molte sono prive di oss e assistenti sociali*). A seconda del servizio a cui afferirete potrete avere possibilità di fornire farmaci (una piccola scorta è prevista, ma non presente in tutti i servizi) per ə pazienti che necessitano di più che i sintomatici, possibilità di eseguire in autonomia prelievi ematici, ecografie polmonari ed ecg, far partire l'ossigeno terapia domiciliare. Per queste specifiche conviene prendervi del tempo per fare affiancamento e capire come lavorano nel distretto.

Cosa dovete sapere dal punto di vista clinico?

Di per sé è un ramo della medicina territoriale, quindi dovete essere in grado di maneggiare e gestire le terapie croniche də pazienti che valuterete: dal diabete (che si può scompensare per l'utilizzo di cortisone), all'ipertensione, passando dalle aritmie allo scompenso.

Come funzionano le prescrizioni USCA?

Vi verrà fornito un ricettario SSN su cui potrete fare richieste per farmaci ed esami diagnostici inerenti al COVID su cui inserirete l'esenzione di patologia P01.

Dove posso imparare la vestizione/svestizione?

In alcune asl si va in due per permettere una vestizione/svestizione più accurata, ma ultimamente sempre di più viene eseguita in solitaria. Per impararla ci sono molti video (in particolare molto belli quelli di Rainbow For Africa) su youtube a cui potrete far riferimento per prepararvi, altrimenti potrete chiedere un momento formativo durante l'affiancamento.

Altri compiti də medicə USCA:

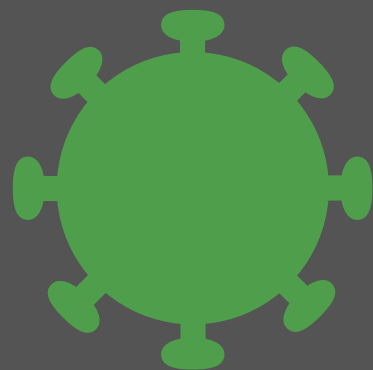
Dalla partenza della campagna vaccinale i medici USCA vengono, in moltissime ASL, utilizzati anche in supporto alle vaccinazioni domiciliari ed ospedaliere.

Quanto si guadagna?

Il servizio viene pagato 40 euro/ora in libera professione.

Quanto durano i contratti?

Attualmente è prevista una durata fino a fine emergenza.



Sono incompatibili con la specialità e con il corso mmg?

Per ora no, potete decidere di far parte delle USCA anche se frequentate la specializzazione ed il corso MMG. In questo ultimo caso, fino a fine emergenza, le ore di di USCA sono inserite come integrazione delle ore di tirocinio.

Come si può fare domanda?

Per questo ogni ASL ha un comportamento differente, conviene informarsi presso ə colleghi della propria ASL/Regione di appartenenza.

A fine emergenza cosa ne sarà delle USCA?

Non ne abbiamo idea, per ora si mormora che ci sono progetti per trasformarle in un ramo definitivo della medicina territoriale che possa supportare la medicina generale nella gestione də pazienti più fragili, però ancora non c'è nulla di scritto o di definitivo.

Le sostituzioni MMG/PLS nel periodo covid

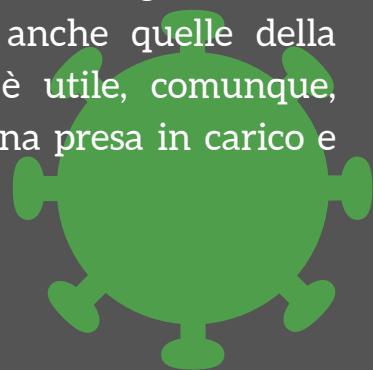
Il modo di lavorare è cambiato enormemente nell'ultimo anno. Per voi che vi approximate al mondo del lavoro e non avete grosse idee di cosa fosse prima il lavoro də mmg dovete sapere che ci sono molte differenze legate, da un lato, allo stress də medicə e pazienti e, dall'altra, alle complicazioni delle liste d'attesa e dell'aumento della burocratizzazione.

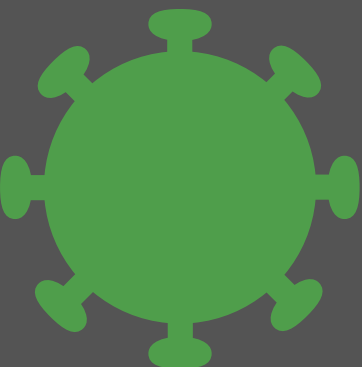
Come funzionano gli studi fino a fine emergenza?

Gli ingressi devono essere contingentati, la cosa migliore da fare è dare un appuntamento a ə pazienti. Potete decidere, volendo, di inserire voi stessi gli appuntamenti. Questi devono essere distanziati in modo da garantire 5-10 minuti per permettere la disinfezione di mobilia e strumenti (con alcool al 70%) e di areare la stanza. Molto del lavoro è passato alla via telematica. Vuol dire che adopererete molto di più la consulenza telefonica e la ricetta dematerializzata. Fate attenzione in quanto questo non vi esime dal visitare. Se da un lato ha semplificato la vita, infatti, ha però peggiorato l'abitudine di alcunə pazienti di fare richieste via email/messaggio senza passare in visita. Il consiglio è, accordandovi anche col titolare, di limitare il più possibile questa abitudine.

Come facciamo a fare segnalazione se sospetto un paziente COVID?

Ogni Regione ha istituito una piattaforma telematica con la quale mmg/pls/mca possono comunicare con SISP e USCA. Da lì è possibile istituire quarantene/isolamenti e prenotare tamponi, oltre che tenere diari di monitoraggio e richiedere ADI-covid. Per ognuna sono previste delle credenziali che possono essere specifiche o essere anche quelle della dematerializzata. Prima di caricare ə paziente sulla piattaforma è utile, comunque, prendere contatti con il servizio USCA per specificare le ragioni di una presa in carico e della richiesta di una eventuale domiciliare.

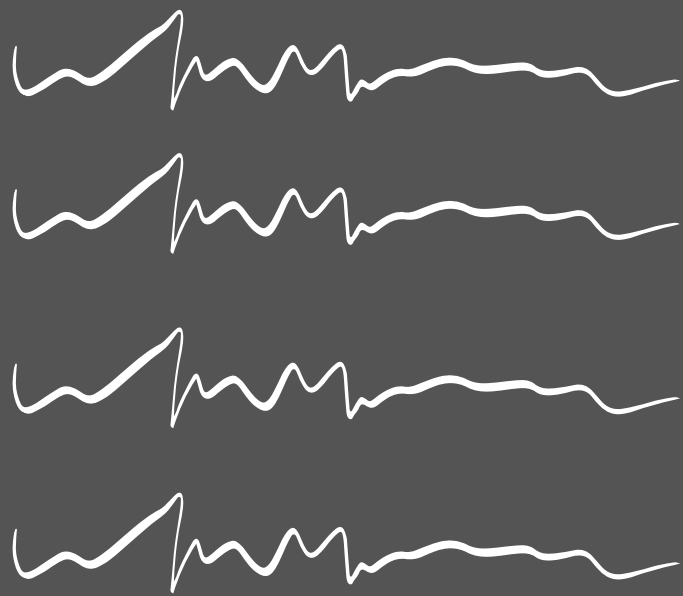




ALTRI LAVORI PER L'EMERGENZA:


- Servizio vaccinazioni
- Contratti covid per l'emergenza, per lo più per α specializzand α , ma in alcune situazioni anche per α neoabilitat α , all'interno dei reparti
- Contratti covid presso il SISP e i distretti MMG





APPENDICE 2: LA
RICETTAZIONE
MEDICA





Siete diventate mediche e ora avete libero accesso al potere di...PRESCRIVERE! Ma come fare bene una ricetta? Soprattutto: cosa potete prescrivere? Andiamo con ordine.


Tipi di ricette possibili

- Ricetta privata: nota come “ricetta bianca” può farla chiunque sia abilitata alla professione medica e, soprattutto, iscritta all’ordine dei medici. Con una ricetta privata “standard” possiamo prescrivere tutte le visite e i farmaci che vogliamo in scienza e coscienza. Così facendo, però, il paziente non avrà accesso alle riduzioni di pagamento previste dalle convenzioni col SSN. Questo può essere molto utile da sapere non solo per vostra zia o vostra nonna, ma anche per l’attività come sostituta qualora non trovaste corretta l’insistenza di un paziente per un determinato farmaco o una determinata visita. In quel caso, i software mmg/pls, prevedono la possibilità di scegliere l’opzione “ricetta privata standard”. Con questa ricetta il paziente potrà recarsi in farmacia o in centri medici privati convenzionati e non per l’esecuzione delle indagini.
- Ricetta per il SSN: nota come “ricetta rossa”, ancora utilizzata presso i servizi di continuità assistenziale e per la ricetta di alcuni farmaci ed impegnative che ancora non prevedono la dematerializzata (es le cure termali). Questa ricetta prevede il pagamento di parte o tutta la spesa per il farmaco o per l’indagine, a seconda di quello che viene richiesto a seconda della presenza o meno delle esenzioni del ticket, da parte del SSN. ATTENZIONE: se il paziente è in carico ad un mmg, ma per domiciliazione o per piacere suo preferisce essere in cura da un mmg che però non è il suo e che non ha potuto scegliere (per es: nei piccoli comuni può capitare che per residenza il paziente sia in carico ad un ASL e si debba pertanto iscrivere come assistito di un medico in quell’asl, ma per kilometraggio non sia per lui complesso recarsi presso un’altra collega o, magari, è residente in un luogo e domiciliato in altro) non gli si può fare la ricetta dematerializzata in quanto varrebbe come ricetta bianca. In questo caso meglio farsi spiegare come escludere l’invio in dematerializzata ed utilizzare il blocchetto rosso.

Le fasce dei farmaci:

- Fascia A: solo i medici che dispongono di convenzione (MMG, MCA, PLS) possono fare questo tipo di prescrizione. Qualora il paziente optasse per il farmaco generico non lo pagherà, altrimenti pagherà la differenza della marca del farmaco (un po’ come per i vestiti, che se di marca costano di più). Ricordate di controllare, quando date la ricetta al paziente, se il software ha stampato il nome originale del farmaco o meno in quanto, alcune disposizioni o alcuni bug di sistema, possono impedirlo di tanto in tanto. In quel caso avete due opzioni:
 - La prima, più semplice, dite al paziente di riferire in farmacia che lui desidera l’originale dicendo esattamente il nome del farmaco, in quel caso il farmacista non può rifiutarlo al paziente



- 
- L'esclusione della stampa con dematerializzata, così facendo la ricetta verrà rossa, ma dovrebbe venire col nome corretto o, in ogni caso, potrete modificarla a mano.

Può essere buona norma, qualora il call center del gestionale medico fosse affidabile, contattarlo per riferirne la svista/il problema.

- Fascia C: viene pagato il prezzo intero.
- Fascia H/ Modalità diretta: è il Servizio Sanitario Nazionale che acquista direttamente il farmaco dall'industria e poi lo distribuisce ai pazienti attraverso le sue strutture, siano ospedali o Asl. Questa modalità di prescrizione ESULA dalle nostre possibilità, solo i specialisti possono fare questa prescrizione tramite Piani Terapeutici specifici.
- Farmaci in DISTRIBUZIONE PER CONTO (DPC): La DPC è un modo di dispensare i farmaci che vengono acquistati direttamente dalle Asl e distribuiti attraverso le farmacie che si trovano sul territorio. Con questo sistema di distribuzione attraverso le farmacie aperte al pubblico, si permette ai pazienti di ritirare i farmaci vicino a casa, senza doversi recare ogni volta presso strutture ospedaliere più lontane. Gli elenchi dei farmaci disponibili in distribuzione per conto (Dpc) sono resi noti dalle Aziende sanitarie provinciali. Tra i farmaci compresi in modalità Dpc troviamo, ad esempio, l'insulina, gli ipoglicemizzanti orali, gli antiaggreganti piastrinici, i preparati antianemici, alcuni preparati ormonali, l'interferone. È possibile consultare i prontuari sui siti internet della propria regione e scaricando l'elenco dei farmaci Dpc.

Come fare bene una ricetta?


Ricetta bianca

Un tempo si aveva la tendenza ad acquistare la carta intestata, oggi, però, non si usa più per risparmio economico (se vi fa piacere averla, ovviamente, nessuno ve lo vieta). Per fare una ricetta bianca servono tre cose: un foglio bianco (può essere anche un A4 diviso a metà), il timbo, una penna.

Le cose da scrivere sono:

- Data
- Nome e Cognome del paziente
- R|| che è un'antica dicitura che sta per "rimedio", a cui seguire indicate il farmaco, segnate se compresse (cpr), bustine (bst), fiale (fl), crema o gocce (gtt). Nella riga subito sotto inserite il numero di confezioni (abbreviabile conf).
- S|| che è verosimile che sia anch'essa una antica dicitura da portarsi accanto alla posologia il cui si è perso il significato, ma che verosimilmente sta per "suggerisco", a seguire si indica quante volte va assunto il farmaco ed in che modalità ed in quanti giorni.



- 
- In questa ricetta possiamo anche specificare la ripetibilità o meno del farmaco (RR o RNR): ossia se il paziente può o meno riutilizzare la nostra ricetta per riacquistare il farmaco in farmacia. Farmaci ripetibili sono, ad esempio, le benzodiazepine (di cui però le nuove prescrizioni non consigliamo la ripetibilità e nemmeno in caso di prescrizioni presso la MCA) e gli anticoncezionali. In questo caso basta apporre una riga tra la R|| e la S|| in cui scriviamo "Ripetibile" o "Non ripetibile"
 - Timbro e firma

Fac Simile Ricetta

REGIONE LAZIO
AZIENDA SANITARIA LOCALE RM A
SERVIZIO DI CONTINUITA ASSISTENZIALE

Roma 1/1/2014

Cognome Nome Paziente

R Farmaco


S 1 misurino 3 - 4 volte al

giorno per 5 giorni

Firma

Dott. CAIO SEMPRONIO
via Michelangelo 1 ROMA
Tel. 06 99999999





Questo tipo di ricette può essere utilizzata, in caso di visita a domicilio di un paziente come MMG o sua sostitutrice per richieste di indagini diagnostiche. In questo caso possiamo inserire massimo 8 richieste per ricetta che siano tra di loro affini: es 8 richieste di ematochimici, 2 richieste di indagini di pneumologia (spirometria semplice e visita pneumologica) o 2 richieste di chirurgia vascolare (es ecocolordoppler arti inferiori arterioso e venoso). Nella linea unita in basso si deve inserire il quesito diagnostico: es. astenia ingravescente, anemia? oppure asma allergico ecc. Oggi giorno non si ha più la tendenza, salvo urgenze, a fare prescrizioni rosse cartacee al domicilio, questo per poter mantenere conto sia delle ricette di farmaci che di visite. Buona norma può essere fare una foto con lo smartphone ai farmaci del paziente o alle richieste di indagini e invitare qualcuna a ritirarle per lei oppure inviarle tramite dematerializzata NRE (criptata) via email, se possibile. Utile invece per l'invio in PS in cui spiegare in poche righe le proprie ragioni di invio (siccome lo spazio è poco per inserire tutta l'anamnesi remota e prossima, se lunghe, nulla vieta la compilazione di foglio allegato).

LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Premessa necessaria è che la *legge 38 del 2010*, che regola la **Terapia del dolore**, riguarda **tutte le patologie con dolore cronico**, oncologiche e non, con prognosi infausta e non.

- Il testo da cui partiamo per la comprensione è il “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” ossia il DPR 309/90.
- La prima modifica a questo testo si ha con la L 12/01 ossia “Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore” che ha recepito importanti modifiche al testo originario con lo scopo di agevolare la prescrizione e la somministrazione dei principi attivi prescritti nella terapia del dolore in pazienti affetti da dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa. Questa modifica introduce il cosiddetto **“allegato III/bis”** nel quale erano segnati i farmaci per la terapia del dolore ed il ricettario RMR (Ricettario Ministeriale a Ricalco).

Tale modifica, inoltre, prevede che, nella compilazione del RMR, si inserisca “l'indicazione del domicilio professionale e del numero di telefono professionale del medico chirurgo o del medico veterinario da cui è rilasciata. Qualora un medico che rilascia la ricetta non sia titolare di uno studio medico, in quanto magari trattasi di sostitutrice di medicina generale o di guardia medica, si può mettere quello che **IN QUEL MOMENTO** è l'indirizzo professionale, ossia quello del medico che viene sostituito, o la sede di Continuità Assistenziale presso cui si opera!

- I farmaci inseriti nell'allegato III/bis (aggiornato al 2019) sono:
 - Buprenorfina
 - Codeina
 - Diidrocodeina





- Fentanil
- Idrocodone
- Idromorfone
- Medicinali a base di cannabis per il trattamento sintomatico di supporto ai trattamenti standard
- Metadone
- Morfina
- Ossicodone
- Ossimorfone
- Sufentanil per somministrazioni ad uso sublinguale
- Tapentadolo
- Circolare 04 novembre 2003, n. 7990 inviata agli Assessorati alla Sanità delle Regioni e Province Autonome, alla FNOM, alla FOFI, alla FNOVI, alla Federfarma, alla Assofarm ed al Comando Carabinieri sanità in cui si deliberava che si poteva eseguire la **“prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le «tutte lettere» per scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il dosaggio del medicinale prescritto, la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni”**.
- L. 449/06 “Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell’Amministrazione dell’interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi”: 2° modifica che trasforma le 6 tabelle degli stupefacenti in 2 sole tabelle:
 - I Sostanze d’abuso
 - II Medicinali stupefacenti – farmaci usati in terapia

Questa viene poi sostituita dalla L. 79/14 “Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope”, ma dalla L449/06 risultano ancora valide:

- Utilizzo della RMR per tutti i farmaci della tabella dei medicinali sez. A, validità 30 giorni delle ricette, possibilità di prescrizione per 30 giorni di terapia e la possibilità di non inserire più tutte le lettere – vedi punto 4 -;
- Validità unica fissata in 30 giorni, escluso quello di emissione, per tutte le ricette relative agli stupefacenti;
- Riduzione a 2 anni dalla chiusura del registro (cioè dall’ultima registrazione) dell’obbligo di conservazione delle ricette delle sezioni A, B e C;
- Tutte le sanzioni relative alla dispensazione degli stupefacenti diventano di carattere amministrativo.



- Segue a questo punto “Ordinanza del Viceministro Fazio in MATERIA di farmaci stupefacenti nella TERAPIA DEL DOLORE” 16/06/2009 che prevede al fine di SEMPLIFICARE LA PRESCRIZIONE, in considerazione delle prioritarie esigenze terapeutiche nei confronti DEL DOLORE SEVERO, il passaggio dalla tabella IIA (ora sez.A) alla IID (ora Sez.D) di alcuni farmaci oppioidi appartenenti all’allegato III/bis.
- Arriviamo, così, finalmente alla legge 38/10 la quale conferma l’ordinanza suddetta al punto 6, che, dal punto di vista prettamente burocratico prevedeva le modifiche nell’immagine.



- Il problema, però, fu che la suddivisione nelle tabelle I e II creò un vuoto normativo, per tale ragione con la già citata al punto 5 L 79/14 “Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope” si modificano le 2 tabelle della legge del 2006 in 5 tabelle di cui:
 - Le tabelle I, II, III e IV sono collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti e vi sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo nazionale e internazionale.
 - La tabella V di interesse medico-sanitario: suddivisa in cinque sezioni indicate con lettere (A- B-C-D -E), nelle quali sono distribuiti i medicinali (in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso) di corrente impiego terapeutico ad uso umano o veterinario ed il relativo regime di dispensazione.

TABELLA DEI MEDICINALI			
SEZIONI	A	RMR o SSN nei casi previsti	Movimenti documentati sul registro stupefacenti
	B	RNR	
	C	RNR (o SSN)	
	D	RNR (o SSN)	
	E	RR (o SSN)	

RMR: Ricettario Ministeriale a Ricalco

SSN: Ricetta “Rossa” Normale

RNR: Ricetta Non Ripetibile

TUTTE LE RICETTE RELATIVE AI MEDICINALI STUPEFACENTI HANNO VALIDITA' 30 giorni (escluso il giorno di redazione). LA CONSEGNA DEI MEDICINALI APPARTENENTI A QUESTA TABELLA E' CONSENTITA SOLAMENTE A PERSONE MAGGIORENNI E NON MANIFESTAMENTE INFERME DI MENTE





Nulla è mutato nella disciplina dell'allegato III bis, nel quale permangono i medicinali stupefacenti che usufruiscono di modalità prescrittive semplificate.

ANALISI DELLE SINGOLE SEZIONI DELLA TABELLA V E LORO MODALITÀ PRESCRITTIVE

- La **Sezione A** contiene:
 - Oppiacei naturali, di sintesi e semisintesi
 - Barbiturici
 - Sostanze di corrente impiego terapeutico per le quali sono stati accertati concreti pericoli di induzione di grave dipendenza fisica e/o psichica

Di questi avremo quelli in Allegato III/bis e quelli no.

Farmaci NON in All. III/bis	Farmaci in All. III/bis
Flunitrazepam (Roipnol® cpr)	Morfina fiale
Metilfenidato Cloridrato (Ritalin® cpr)*	Metadone fi e fl os (Eptadone®, Metadone clor fl os)
Petidina Cloridrato fi	Buprenorfina cpr – fiale (Temgesic® compresse e fiale)
Ketamina (Ketavet® – uso veterinario)	
Deca-Durabolin® fi (a pagamento)	

*Il Metilfenidato è utilizzato nel trattamento del disturbo da deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) nei bambini a partire dai 6 anni di età e negli adolescenti come parte di un programma di trattamento multimodale; la prescrizione richiede RMR su diagnosi differenziale e PT di centri di riferimento di neuropsichiatria infantile individuati dalle Regioni.
La prescrizione è a carico del SSN negli adulti (>18 anni) se già in trattamento prima del compimento della maggiore età (Det. AIFA 488/2015)

Quelli dell'Allegato III/bis di questa sezione, come già accennato, possono essere prescritti in due modi:

1. RMR

2. SSN: Obbligatoria l'indicazione della **posologia** (dose, modo e tempi di somministrazione) per una terapia **non superiore ai 30 gg.**

Quelli non dell'Allegato III/bis oppure quelli dell'Allegato III/bis prescritti **NON** per la Terapia del Dolore (es Metadone prescritto per disassuefazione) vanno, invece, prescritti col ricettario RMR che ha una validità massima di 30 giorni escluso il giorno del rilascio.

- Dal punto di vista puramente prescrittivo (sempre parlando della Sezione A):
 - Farmaci NON allegato III/bis o III/bis NON per la TDL -> **1 solo tipo di medicinale** per n. confezioni che garantiscano una cura di durata non superiore a 30 giorni su ricettario RMR.
 - Farmaci all'allegato III/bis -> **fino a 2 tipi di medicinali diversi tra loro o 1 stesso tipo con 2 dosaggi differenti** per numero di confezioni che garantiscano una cura **non superiore a 30 giorni** (ossia di MASSIMO 30 giorni, questo vuol dire che se ne possono anche prescrivere meno ovviamente ndr).



- Farmaci all'allegato III/bis per l'autoprescrizione: si fa su ricettario RMR, non sono previsti limiti, ma si deve tenere un registro di entrate/uscite (banalmente un quaderno in cui segni acquisto ed utilizzo) e si fa in triplice copia di cui 1 copia la tiene il medico, 1 copia il farmacista ed 1 copia viene inviata dal farmacista all'ASL. Deve riportare la dicitura "AUTOPRESCRIZIONE".
- **Aggiunta 1:** se il farmaco vi dovesse scadere, siccome il vostro è un trasporto di poche fiale per uso lavorativo, basta segnare sul quaderno "giacenza di farmaci scaduti" o direttamente eliminarli nel box dei farmaci da eliminare scrivendo sul quaderno "eliminazione n°x di fiale", se volete essere precisini potete anche segnare presso che smaltitoio lo avete lasciato (è lo stesso dei farmaci classici scaduti). Se doveste per errore rompere una fiala basta segnare sul registro l'avvenimento "in data x rottura accidentale di 1 fl".
- La RMR deve essere compilata in duplice copia a ricalco per i medicinali spediti in regime privato ed in triplice copia a ricalco per i medicinali dispensati a carico del SSN; una copia va consegnata all'acquirente come giustificativo del trasporto e detenzione del farmaco. Ai fini della rimborsabilità, la RMR vale su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla residenza del paziente, dalla regione di appartenenza del medico prescrittore e dall'ubicazione della farmacia.
- Aggiunta nostra 2: attenzione perché se il paziente "smarrisce" la ricetta deve dichiararlo con denuncia presso la polizia locale!
- Il ricettario è personale, quindi anche il sostituto deve averne uno proprio e non può usare quello del titolare!

Tabella dei medicinali sez.A, RMR o SSN

OBBLIGHI DI PRESCRIZIONE del medico chirurgo (RMR o SSN)

1. CF, cognome e nome dell'assistito (indirizzo non più obbligatorio)
2. Prescrizione per massimo 30 GIORNI DI TERAPIA, dose (permette di calcolare il n. dei pezzi che si possono consegnare), modo e tempi di somministrazione
3. TDLO1 (solo su ricetta SSN)
4. Timbro indicante l'indirizzo e il numero telefonico professionali (possibilità di contattare il prescrittore) del medico da cui la ricetta è rilasciata, il timbro IN ORIGINALE su tutte le copie
5. la data (la ricetta è valida 30 giorni escluso quello di emissione)
6. la firma per esteso (in originale sulla prima copia e in calce sulle altre se RMR) del prescrittore da cui la ricetta è rilasciata;

Esempio ricetta TDL SSN





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE A 000 000

ACQUIRENTE
Cognome e Nome
Piazza
Passaporto
Altre informazioni

RESIDENZA
Via
C.A.P.

Morfina cloridrato 10 mg fiale.

1. presentazione
6 scat/5fl Una fiala/di

2. presentazione
Oramorph gocce orali
2 conf. Se dolore 5 gocce fino a 6 volte al di.

NUMERO SEGNALI, SEGNALI E TELEFONO PROFESSIONALITÀ

DATA DI PRESCRIZIONE

DATA DI DISPENSAZIONE

Esempio 1 di ricetta RMR

Esempio 2 di ricetta RMR

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE A 000 000

ACQUIRENTE
Cognome e Nome
Piazza
Passaporto
Altre informazioni

RESIDENZA
Via
C.A.P.

Morfina cloridrato 10 mg fiale.

1. presentazione
60 fiale Una fiala sc ogni 8 ore

2. presentazione
Oramorph gocce orali
2 conf. Se dolore 5 gocce fino a 6 volte al di.

NUMERO SEGNALI, SEGNALI E TELEFONO PROFESSIONALITÀ

Dr. Carlo Bianchi Via Roma n.1-Torino
C.F. xxxxxxxxxxxxxxxxx
Medico Cod.reg. xxx
Tel. 011/123456

DATA DI PRESCRIZIONE

DATA DI DISPENSAZIONE

Nelle slide dell'ordine de Farmacisti di Bologna, da cui sono stati presi questi dati (e che ringraziamo pubblicamente), trovate una serie di tabelle, intorno alla slide numero 56, che riportano le posologie e le esenzioni e i corrispettivi di dispensazione. Vi consigliamo di darci un'occhiata per farvi meglio l'idea di quanto scrivere la posologia.

- **La sezione B** comprende medicinali contenenti:
 - I barbiturici ad azione antiepilettica e barbiturici con breve durata d'azione;
 - Le benzodiazepine, i derivati pirazolopirimidinici e i loro analoghi ad azione ansiolitica o psicostimolante che possono dar luogo al pericolo di abuso e generare farmacodipendenza.

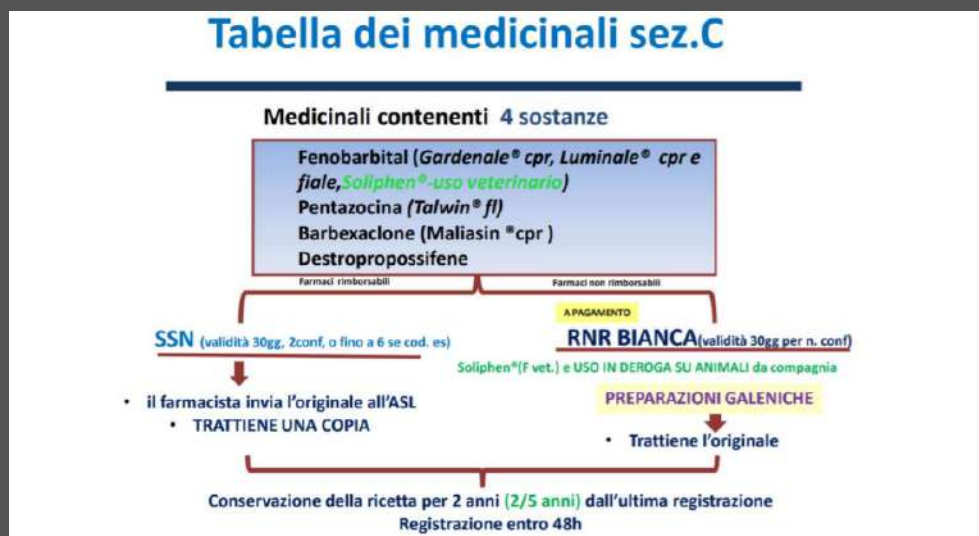


Una specialità medicinale ad uso umano appartenente a questa tabella è l'Alcover® sciroppo (sodio oxibato, prescritto per l'alcoolismo):

- RNRL- Ricetta Limitativa Non Ripetibile (prescrivibile da medici di strutture ospedaliere o assimilate-SERT) bianca, a pagamento (non concedibile SSN) con indicazione di nome e cognome paziente
- Validità 30 giorni per il numero di confezioni prescritte
- Scarico su registro entrata/uscita
- Conservazione ricetta per 2 anni dalla chiusura del registro

Il DM 23/01/13 ha introdotto in sezione B anche i medicinali di origine vegetale a base di cannabis. In Italia esiste un'unica specialità medicinale registrata: il SATIVEX SPRAY orale (estratto totale della pianta di cannabis standardizzato) prescrittibile con RNRL (redatta da centri ospedalieri o specialisti in neurologia) in classe H.

• La sezione C:



• La sezione D:

Tabella dei medicinali sez.D

Farmaci NON in All. III/bis	
• Benzodiazepine iniettabili (per es. Valium® fl, Noan® fl, En® fl)	
Farmaci in All. III/bis	
Già in D prima del 15/06/2009 per esempio: Co-Efferalgan® – Tachidol®(cpr) Hederix Plan®(supp) Cardiazol – Paracodina® (gtt)ecc. Depalgos®(cpr) 5-10 mg (DM 21/12/07) Oxycotin®(cpr) 5-10 mg (DM 26/09/08)	Trans. in D dopo il 15/06/2009 per esempio: Actiq® (cpr sol)– Oramorph®(fl os) Transtec®– (Fentanil ,sist.trans.) Jurnista®(cpr) MS Contin®(cpr) Depalgos®20 mg(cpr) Oxycotin® 20-40-80 mg(cpr)
Zalviso®cpr (in all. da Agosto 2016)-uso ospedaliero	
• Medicinali per uso non parenterale contenenti codeina e derivati: Poliver(cpr,cps) 10-100mg; Solus orali 1-2,5%; Supponit20-100mg. • Medicinali non iniettabili contenenti alcaloidi dell'oppio con equivalente ponderale in morfina non superiore allo 0,05 % in peso su base anidra.	

Tutti questi farmaci [Sez. C-D-E] sono in Fascia A (rimborsabile) quando prescritti on-label e in fascia C (a pagamento) quando prescritti off-label.

Tabella dei medicinali sez.D

Sezione D

Farmaci rimborsabili Farmaci non rimborsabili

SSN
 validità 30gg, 2 o fino a 6 conf (con esenzione)

• il farmacista invia l'originale all'ASL
 • NON trattiene alcuna copia

A PAGAMENTO

RNR BIANCA
 (validità 30gg per n. conf)

SSN DI ALTRA REGIONE

PREPARAZIONI GALENICHE

USO IN DEROGA SU ANIMALI da compagnia

USO VETERINARIO Tabl sez.C, D, E
 ANIM. DA REDDITO TRIPlice COPIA (durata 30 gg lavorativi)
 ANIM. DA COMPAGNIA RNR bianca(durata 30 gg)

Solo per All. III BIS

Fino a 2 conf	Nessuna esenz.
Fino a 3 conf	Codice esenzione patologia(Circ.ER n.55840 02/04/10)
> 2 conf, per un max di 30 gg di terapia	TDL01

Poiché la posologia non è obbligatoria per la sezione D con il codice TDL01 il medico si assume la responsabilità di aver calcolato le quantità per i 30 gg.

- Per concludere, la sezione E:

Tabella medicinali sez.E

<u>Benzodiazepine orali</u>	TAVOR® cp, Minias® cp e gtt
<u>Codeinici a basso dosaggio</u> Polveri(cpr,cps) ≤10 mg, Soluz.oralι ≤1%, Supposte ≤ 20mg	PARACODINA®gtt e sciroppo
<u>Barbiturici o sedativo ipnotici in associazione</u>	OPTALIDON® cpr e supposte

Sezione E



- il farmacista invia l'originale all'ASL
- **NON** trattiene alcuna copia

PREPARAZIONI GALENICHE

Fine



Questo è tutto carə collega, potrai, volendo, consultare le nostre appendici per completezza. 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 info@chisicuradite.it o aderisci direttamente su - > chisicuradite.wordpress.com/aderisci/.

In bocca al lupo!

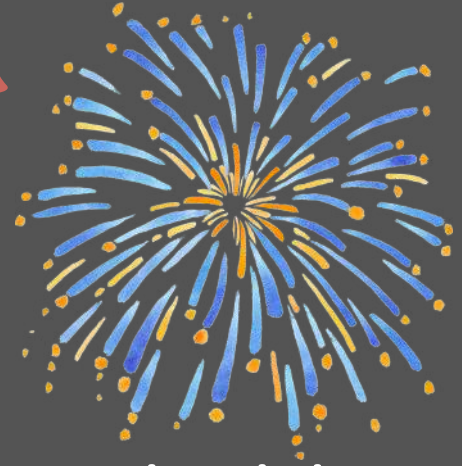
Chi Si Cura Di Te?

NDR ALCUNE SCADENZE PER GLI ADEMPIMENTI FISCALI ED ULTERIORI NOVITÀ' PER IL REGIME LIBERO PROFESSIONALE POTREBBERO SUBIRE ULTERIORI VARIAZIONI A CAUSA DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19.





THANKYOU



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

Dott.ssa Eleonora Carie, dell'associazione La casa del Sole (<http://www.lacasadelsoleaps.com/pet-therapy/>), per la parte sulla Pet Therapy

I fratelli Edoardo, osteopata, e dott. Vittorio Forneris, Medico e Chirurgo e osteopata in formazione, per la parte sull'osteopatia.

...soprattutto grazie a te, per essere arrivato fino alla fine di questa guida!