

INDICE

1. Iscrizione all'albo
2. Servizi offerti dall'Ordine (attività formativa ECM, visti di equità, pubblicità sanitaria)
3. Polizza assicurativa
4. Strumenti del Medico (timbro, borsa)
5. Partita IVA
6. Previdenza e maternità (INPS, ENPAM, riscatto di laurea e specialità, riscatto di allineamento, previdenza integrativa, maternità)
7. ONAOSI
8. Posta Elettronica Certificata
9. Certificati (malattia INPS, INAIL, altri)
10. Continuità assistenziale (ex Guardia Medica)
11. Sostituzioni di Medico di Medicina Generale e Pediatra di libera Scelta
12. Accesso per corsi formativi

1) ISCRIZIONE ALL'ALBO

L'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è un atto necessario per l'esercizio della professione medica o odontoiatrica. L'esercizio in mancanza di iscrizione all'Ordine configura il reato di abusivo esercizio di una professione (art 348 Codice Penale), punibile con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da euro diecimila a euro cinquantamila.

L'articolo 5 comma 3 della Legge dell'11 gennaio 2018 definisce necessari per l'iscrizione all'albo:

- a) pieno godimento dei diritti civili;
- b) possesso del prescritto titolo ed abilitazione all'esercizio professionale in Italia;
- c) residenza o il domicilio o luogo di esercizio della professione nella circoscrizione dell'Ordine.

Per la corretta procedura di iscrizione all'Albo si rimanda al seguente link:

<https://www.omceogrosseto.it/21-iscrizione-cancellazione-dall-albo/45-prima-iscrizione-albo-medici.html>

La richiesta di iscrizione viene poi accolta con delibera dal Consiglio, che si riunisce mensilmente.

Il professionista potrà esercitare su tutto il territorio nazionale.

L'iscrizione può essere effettuata solo dopo aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia o in Odontoiatria e aver sostenuto con esito positivo l'esame di Stato per l'abilitazione alla professione. La normativa prevede che il medico possa iscriversi all'Ordine della provincia di residenza, ma è possibile anche iscriversi all'Ordine della provincia dove il sanitario ha eletto il domicilio, anche se non svolge ancora una attività lavorativa (secondo il codice civile il domicilio è "il luogo in cui la persona ha la sede principale dei suoi affari e interessi").

Per l'iscrizione all'Ordine è necessario il pagamento della tassa obbligatoria annuale.

La Legge dell'11 gennaio 2018 prevede la Cancellazione dall'albo per morosità e quindi l'impossibilità di esercitare la professione, qualora non si paghi la tassa annuale; è pertanto opportuno essere puntuali nel versamento. A questo proposito, al fine di non risultare irreperibili e insolvibili, si ricorda l'obbligo di comunicare tempestivamente all'Ordine ogni variazione di indirizzo.

La cancellazione dall'albo viene pronunciata dal Consiglio Direttivo, d'ufficio o su richiesta del Ministro della Salute o del Procuratore della Repubblica, dopo aver sentito l'interessato, o dopo mancata risposta del medesimo a tre convocazioni per tre mesi consecutivi, nei casi di:

- a) perdita del godimento dei diritti civili;
- b) accertata carenza dei requisiti professionali;

- c) rinuncia all'iscrizione;
- d) morosità nel pagamento dei contributi previsti;
- e) trasferimento all'estero, salvo casi particolari esplicitati.

La tassa di iscrizione all'Ordine a differenza dei contributi ENPAM, che sono contributi previdenziali e quindi deducibili fiscalmente, non ha finalità previdenziale e quindi non è un onere deducibile. Tuttavia i medici e gli odontoiatri che nella dichiarazione dei redditi compilano il quadro relativo ai redditi di lavoro autonomo possono inserire la tassa di iscrizione all'Ordine fra le spese per la produzione del reddito.

In maniera automatica e simultanea all'iscrizione all'Ordine, avviene l'iscrizione all'ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) (vedere sezione dedicata). Nel caso in cui il medico o l'odontoiatra consegua una specializzazione universitaria, il diploma di formazione in medicina generale o un master universitario lo deve comunicare all'Ordine allo scopo di permettere l'aggiornamento della sua posizione nell'Albo professionale.

Può essere prodotta una autocertificazione indicando l'esatta denominazione della specializzazione o master conseguito, l'Università presso la quale è stato conseguito, la data di conseguimento e il voto.

2) SERVIZI OFFERTI DALL'ORDINE

- Attività formativa ECM

L'Ordine organizza eventi di aggiornamento professionale accreditati ECM. Ogni medico è obbligato ad aggiornarsi nel corso della propria carriera partecipando a corsi di formazione frontali (residenziali) e online (formazione a distanza, FAD). Tale obbligo decorre dal 1 gennaio successivo alla data di iscrizione all'albo. Ogni corso di formazione accreditato mette a disposizione, una volta superato, un certo numero di crediti detti ECM. La Commissione Nazionale E.C.M. ha stabilito in 150 crediti il debito formativo complessivo per il triennio 2020-2022.

Tuttavia nell'anno 2020 a seguito della situazione Covid-19, sono state emanate la L. 6 giugno 2020, n. 41, art. 2-ter della e la legge 17 luglio 2020 n. 77 l art. 5 bis che hanno stabilito che i crediti formativi del triennio 2020-2022, da acquisire, ai sensi dell'articolo 16-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e dell'articolo 2, commi da 357 a 360, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, attraverso l'attività di formazione continua in medicina, si intendono già maturati in ragione di un terzo per tutti i professionisti sanitari di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3, che hanno continuato a svolgere la propria attività professionale nel periodo dell'emergenza derivante dal COVID-19". Pertanto l'obbligo

formativo per il triennio viene ridotto da 150 a 100 ECM.

Esistono alcune situazioni che comportano l'esonero dall'obbligo formativo, come la partecipazione a scuole di specializzazione o al corso di medicina generale; in tali casi l'esenzione è valida per tutti gli anni di durata del corso. Altri motivi di esonero sono quelli che comportano la temporanea sospensione dell'attività medica, ad esempio: maternità, svolgimento di cariche pubbliche elettive, gravi patologie, ecc. In tutti questi casi l'esonero equivale a 4 crediti ECM per ogni mese comprovato di non svolgimento della professione. Attualmente non sono previste specifiche sanzioni per chi non rispetta tale obbligo ma sempre più spesso enti, privati e pubblici, ne richiedono il rispetto prima di procedere all'assunzione, inoltre in caso di contenzioso con un paziente il giudice potrebbe tenere presente il regolare aggiornamento del medico.

Sono inoltre previste le seguenti riduzioni quantificabili in:

- 30 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio hanno maturato un numero di crediti compreso tra 121 e 150;
 - 15 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente triennio hanno maturato un numero di crediti compreso tra 80 e 120;
 - 20 crediti, ai professionisti sanitari che nel precedente hanno soddisfatto il proprio dossier formativo di gruppo dato a tutti dalla FNOMCeO.
- Nell'anno 2020 è stata aggiunta una ulteriore riduzione di 10 crediti per gli iscritti che nel triennio precedente avevano ottenuto crediti relativi a corsi su vaccini e strategie vaccinali.

Un'ultima importante novità riguarda l'obbligatorietà di ECM relativi alla radioprotezione, a questo proposito si rimanda al seguente link:

<https://www.omceogrosseto.it/docman-categorie/513-informativa-ecm/file.html>

Ognuno può consultare i crediti che ha accumulato e l'esonero a cui ha diritto iscrivendosi al sito del Cogeaps (<http://www.cogeaps.it/>), il quale è l'unico ente ufficiale designato alla gestione e verifica della formazione dei liberi professionisti.

L'iscrizione agli eventi formativi promossi dall'Ordine di Grosseto avviene direttamente online tramite un link inviato dalla segreteria dell'Ordine all'indirizzo mail di ciascun iscritto circa 2 settimane prima dell'evento. Sul sito dell'Ordine è disponibile il calendario degli eventi deliberati per l'anno in corso.

Tutti gli eventi organizzati dall'Ordine si intendono a partecipazione gratuita ove non altrimenti specificato.

- Visti di equità

All'Ordine può essere richiesto parere di congruità per prestazioni sanitarie rese ai

pazienti. La richiesta va presentata su carta intestata accompagnata da marca da bollo di € 16 allegando una nota dettagliata delle prestazioni effettuate ovvero copia della fattura emessa. La tassa dovuta all'Ordine per il rilascio del parere per la liquidazione degli onorari professionali è di € 30.00.

Il modulo è scaricabile al seguente link:

<https://www.omceogrosseto.it/professione/modulistica/modulistica/52-parere-di-congruita.html>.

Ottenuto il visto si potrà procedere per le vie giudiziali al fine del riconoscimento del proprio diritto.

- Pubblicità sanitaria

L'Ordine offre ai propri iscritti la possibilità di un consulto inerente la materia pubblicitaria, tema oggi alquanto dibattuto e per questo complesso e delicato anche in virtù dei recenti mutamenti normativi. In particolare, è possibile richiedere parere preventivo in merito a messaggi pubblicitari, a targhe ed insegne da esporre ed anche alle corrette diciture relative alle specialità "di fatto"; a tal proposito, è possibile contattare telefonicamente l'ufficio competente per informazioni di carattere operativo ed altresì rivolgere per scritto specifici quesiti cui verrà dato relativo riscontro.

3) POLIZZA ASSICURATIVA

Per il medico neolaureato e neospecialista l'assicurazione per la responsabilità professionale (colpa lieve e grave) è una necessità e talvolta anche una condizione imprescindibile richiesta spesso dall'Ente in cui il giovane medico è chiamato ad operare in forma continuativa o saltuaria. A partire dal 14 agosto 2014, infatti, i medici e gli operatori sanitari sono tenuti a sottoscrivere un'assicurazione per la responsabilità civile professionale a copertura delle richieste di risarcimento danni da parte di pazienti che hanno subito episodi di medical malpractice.

Tale obbligo di assicurazione non trova applicazione nei confronti di medici e altri operatori sanitari dipendenti e convenzionati del Sistema Sanitario Nazionale, i quali sono tenuti a sottoscrivere la polizza assicurativa in esame solo nel caso di svolgimento di attività privata extramoenia. Ciò è corollario di quanto stabilito dall'Articolo 28 della Costituzione, ovverosia che "I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti. In tali casi la responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici". Pertanto, il soggetto danneggiato ha titolo per richiedere il pagamento

dei danni subiti direttamente all'ente pubblico. Le Aziende ed Enti del SSN sono obbligate, per legge e per contratto, a garantire al proprio personale medico di ruolo, precario o convenzionato un'adeguata copertura assicurativa per i danni da responsabilità civile derivanti a terzi, ad eccezione dei casi di dolo o colpa grave. È bene rilevare che, in caso di dolo o colpa grave, tali soggetti possono comunque essere sottoposti ad azione di rivalsa dinanzi la Corte del Conti, al fine di permettere al Sistema Sanitario Nazionale di recuperare l'esborso sofferto. Pertanto, ove un medico operi come dipendente pubblico o convenzionato, questi potrà (pur in assenza di un obbligo a riguardo) sottoscrivere una polizza finalizzata a garantire una copertura in caso di colpa grave (considerando che il dolo, comunque, non può essere assicurato).

Tutto questo è valido anche per i medici in formazione specialistica infatti la legge (v. art. 41, co. 2, D.lgs. n. 368/1999) stabilisce che l'Azienda Sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provveda, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

Stipulando detta polizza assicurativa, data la delicatezza dell'argomento, è bene porre molta attenzione al contratto in ogni sua clausola, ai massimali, alle franchigie, alle condizioni particolari di rimborso. Può essere utile rivolgersi ad un mediatore (agenzia od agente assicurativo) esperto e con il quale si ha già instaurato un rapporto di fiducia. A seguito dell'emergenza Covid-19 è bene porre attenzione alle eventuali coperture riguardanti la suddetta patologia ed eventualmente valutare di integrare la propria polizza assicurativa.

In linea generale seguendo un criterio di buon senso ed il consiglio di colleghi più esperti si tengano presenti le seguenti caratteristiche:

- _Rischi coperti e rischi esclusi dalla copertura: in particolare capita che ci si assicuri per una determinata attività, limitando così a quel campo la copertura assicurativa; successivamente si estende il proprio campo di attività, ed in questo caso è bene integrare la polizza in qualsiasi momento del contratto (upgrade);
- _Presenza di clausola "colpa grave": estendere la copertura anche alla colpa lieve;
- _Entità del massimale (in relazione all'attività che si intende svolgere ed al danno che si potrebbe cagionare): anche qui, più è alto il massimale e maggiore è il premio; tuttavia è bene non scendere sotto i 2.000.000,00 di euro;
- _Se si possiede già una polizza attenzione alla sovrapposizione di copertura dei rischi;
- _Le spese legali: è bene stipulare una polizza per il rimborso delle spese legali, in ogni sede giudiziaria (penale, civile, erariale, amministrativa). In ogni caso, per evitare conflitti di interesse, sarebbe opportuno stipulare due polizze (una professionale e l'altra legale) con due diverse compagnie.

4) STRUMENTI DEL MEDICO

- Il timbro

Il timbro può essere utile in caso di ricette (sia in bianco che su ricetta rossa) in quanto riportando i dati necessari evita di trascriverli manualmente (nome e cognome, titolo ed eventualmente numero di iscrizione all'Ordine, indirizzo e numero di telefono). In caso si utilizzi per la fatturazione, il timbro deve riportare il numero di P.Iva e il codice fiscale. Nel caso in cui il medico intenda esercitare in qualità di medico convenzionato (sostituzioni MMG/PLS, Continuità Assistenziale, specialisti ambulatoriali) il timbro deve riportare anche il numero di Codice Regionale; quest'ultimo viene rilasciato su richiesta del medico interessato dall'ufficio ASL competente (ufficio AACCNN).

- La borsa del medico

http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/bif4_08_borsa_mmg.pdf

Per indicazioni sul contenuto della "borsa" rimandiamo direttamente ad un'utile pubblicazione di AIFA. Le funzioni principali della borsa del medico sono da un lato di rispondere alle necessità di una visita domiciliare di routine e dall'altro, in modo rapido, ad una condizione di urgenza. La prima evenienza è molto più frequente della seconda e i medici di famiglia sono sempre meno coinvolti nelle emergenze, a meno che non si trovino ad operare in aree particolarmente disagiate e lontane da un Dipartimento di Emergenza-Urgenza. Se è facile stabilire un set minimo di strumenti per la routine, non è semplice definire che cosa serva per l'urgenza, legata al luogo e alla tipologia di pazienti del medico. Fra gli oggetti "standard" vi deve essere materiale cartaceo come la modulistica del Servizio Sanitario, un prontuario tascabile dei farmaci, una guida alle posologie pediatriche o a farmaci di impiego non comune. Per i farmaci esiste una dotazione di base e una specifica che tiene conto di diversi fattori: il luogo in cui il medico lavora, la sua competenza ed esperienza, il tipo di pazienti che assiste, l'epidemiologia delle malattie più frequenti in una certa area, la distanza da un Dipartimento di Emergenza, dalla farmacia o altro. Ad esempio, può succedere che sia vantaggioso poter prendersi cura di un anziano che vive solo e che non può procurarsi rapidamente i medicinali.

A seguito dell'emergenza Covid-19 sarebbe opportuno integrare la dotazione minima della borsa del Medico con i seguenti DPI:

- mascherine di tipo FFP2/FFP3/chirurgiche
- camici monouso/grembiuli monouso idrorepellenti

- occhiali di protezione/occhiali a mascherina/visiere
- guanti monouso
- copricapo
- copri calzari

Inoltre strumenti fondamentali nella dotazione minima particolarmente utili riguardo alla suddetta patologia sono il pulsiossimetro e il termometro digitale no contact.

5) PARTIVA IVA

Per svolgere attività libero professionale sarà obbligatorio aprire la Partita Iva. Infatti per l'agenzia delle entrate la semplice iscrizione ad un albo professionale, indipendentemente dalla frequenza delle prestazioni rese, costituisce «idoneo presupposto per considerare il soggetto come esercente attività di carattere abituale», escludendolo quindi da "attività occasionale". La partita IVA va aperta entro 30 gg dall'effettivo inizio dell'attività libero-professionale. Dopo l'approvazione della Legge di Stabilità per il 2016, i regimi possibili sono:

1. regime forfetario agevolato con aliquota del 15% oppure ulteriore agevolazione per i soggetti che iniziano una nuova attività con aliquota 5%
2. regime ordinario.

Il regime forfetario agevolato è applicabile ai contribuenti che:

- a) abbiano conseguito non più di 65.000 euro di ricavi;
- b) non abbiano sostenuto spese per il personale (in qualsiasi forma) superiori a Euro 5.000;
- c) abbiano non più di 20.000 euro di beni strumentali;
- d) in caso di redditi da lavoro dipendente e/o assimilati, questi non devono superare i 30.000 euro.

La casistica è molto complessa, quindi i requisiti devono essere verificati di volta in volta. Chi non abbia esercitato altre attività professionali o d'impresa nei tre anni precedenti può accedere a questa agevolazione, che consente di applicare un'imposta sostitutiva ridotta al 5% per i primi 5 anni di attività a condizione che non siano superati i limiti di accesso al regime dei forfetari. L'imposta del 5% è applicata al reddito, calcolato applicando all'ammontare dei ricavi il coefficiente di redditività a seconda del codice ATECO (per i Sanitari il coefficiente è pari al 78%). Non c'è un limite temporale per la permanenza nel regime, si esce con la perdita dei requisiti di accesso. Se viene meno uno dei requisiti necessari per l'accesso (e per la permanenza) nel regime forfetario, le agevolazioni cessano di avere efficacia a partire dall'anno successivo. In fattura andrà sempre inserita una dichiarazione in cui si specifica che il proprio reddito è soggetto ad imposta sostitutiva.

La manovra del 2015 aveva stabilito che chi era già nel regime fiscale di vantaggio (decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98) potesse continuare ad avvalersene fino al completamento del quinquennio agevolato o comunque fino al compimento del 35esimo anno di età

Il 730 precompilato

L'articolo 3, comma 3 del D. Lgs. 175/2014 indica che le informazioni concernenti le spese sanitarie sostenute dai cittadini debbano essere trasmesse telematicamente al Sistema Tessera Sanitaria dalle strutture sanitarie accreditate e dagli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Tale comunicazione deve avvenire entro il 30/09/2022 per le spese sanitarie rese nel primo semestre 2022 ed entro il 31/01/2023 per il secondo semestre; per le spese sostenute a partire dal 01/01/2023, la trasmissione dovrà avvenire entro la fine del mese successivo alla data del documento fiscale (ad es. una ricevuta datata 12/01/2023 dovrà essere trasmessa entro il 28/02/2023).

La trasmissione presuppone che il medico abbia ottenuto le credenziali che sono le stesse utilizzate per rilasciare certificati di malattia INPS. La trasmissione può essere fatta manualmente, fattura per fattura, oppure può essere fatta trasmettendo un file generato dal programma di contabilità. Una nota: per trasmettere correttamente e senza errori le fatture, i codici fiscali dei pazienti devono essere esatti e corrispondere ai dati anagrafici indicati in fattura. La cosa non è scontata perché il codice fiscale può cambiare sia per la presenza di nomi doppi, sia per i casi di duplicazione (due persone nate lo stesso giorno, nello stesso comune e con lo stesso nome). È essenziale che i codici fiscali siano copiati esattamente dalla tessera sanitaria.

Le sanzioni per chi non trasmette i dati nei tempi sono:

- in caso di omessa, tardiva o errata trasmissione telematica dei dati è prevista una sanzione di € 100 per ogni comunicazione con un massimo di € 50.000, senza possibilità di avvalersi del cumulo giuridico (articolo 12 del D.Lgs. 472/1997).
- se la comunicazione è correttamente trasmessa entro 60 giorni dalla scadenza, la sanzione è ridotta a un terzo, con un massimo di € 20.000.
- nessuna sanzione prevista per coloro che trasmettono un'errata comunicazione e la correggono nei 5 giorni successivi alla scadenza.

Come compilare la fattura

Acquistato il blocchetto dei moduli delle ricevute sanitarie in una cartoleria rifornita, per redigere una fattura corretta essa deve contenere le seguenti informazioni:

i dati del medico: nome e cognome, domicilio, codice fiscale, partita IVA; si tratta degli stessi dati del timbro, da apporre in alto a sinistra nel campo apposito;

- numero progressivo della fattura;
 - data: che deve corrispondere alla data di riscossione dell'onorario della prestazione;
 - dati del soggetto destinatario della fattura, ovvero il medico sostituito o il paziente che ha usufruito di una prestazione o certificazione: nome e cognome e residenza; si raccomanda di compilare il campo del codice fiscale (e della partita IVA nel caso della fattura al collega) con estrema cura poiché questi dati serviranno al commercialista per l'invio della fattura;
 - descrizione della prestazione sanitaria: con definizione del tipo e quantità di prestazione erogata al paziente, oppure indicazione esplicita dei giorni di sostituzione effettuati;
 - ritenuta d'acconto: se esenti, lasciare il campo relativo bianco oppure sbarrare, se non esenti, calcolare la ritenuta d'acconto da sottrarre al totale;
 - firma per quietanza: la firma sta ad indicare che è stata ricevuta la cifra indicata;
 - marca da bollo: deve essere apposta una marca da bollo da 2 Euro su ogni ricevuta che contenga compensi NON assoggettati ad IVA per un importo netto superiore a 77.47 Euro; la marca da bollo deve essere apposta nel momento stesso in cui si redige il documento sull'originale del cliente, mentre sulla copia dovremmo aver cura di apporre la dicitura "imposta di bollo assolta sull'originale", magari con un piccolo timbro.
 - PER CHI APPARTIENE A REGIMI FISCALI AGEVOLATI ESENTI IVA vi è l'obbligo di apporre la seguente dicitura: "Operazione in franchigia da IVA art. 1 cc. 54-89 L. 190/14 - non soggetto a ritenuta d'acconto ai sensi del c.66 l/190/2014 e successive modifiche". Anche in questo caso si consiglia di procurarsi un timbro e timbrare ogni ricevuta sia sull'originale che sulla copia.
- Per tutto il 2022 (Legge n.215 del 17/12/2021) esiste il divieto di emettere fattura elettronica a fronte di prestazioni sanitarie per i soggetti tenuti all'invio dei dati tramite sistema TS (certificati, prestazioni, ecc.). Resta obbligatoria invece per le prestazioni verso assicurazioni, ditte, altri professionisti, ecc., fatto salvo per chi aderisce al regime forfettario (ad eccezione delle fatture per gli enti pubblici).

6) PREVIDENZA

- Previdenza INPS

L'articolo 21 del decreto legge n. 201/2011 (convertito in legge n. 214/2011) ha previsto l'integrazione di Inpdap ed Enpals in Inps. Obiettivo della riforma era di realizzare una riduzione dei costi amministrativi di gestione della previdenza pubblica e soprattutto di rendere più efficiente ed efficace il servizio pubblico, anche assicurando ai cittadini un unico soggetto interlocutore per i servizi di assistenza e previdenza. Pertanto ad oggi tutti i medici e gli odontoiatri che lavorano come dipendenti nelle strutture sanitarie pubbliche sono iscritti all'INPS. Gli specializzandi, ma non i corsisti MMG, devono iscriversi alla

Gestione Separata; viene versato il 24% della borsa, di cui il 16% a carico dell'Università e l'8% come trattenuta sulla borsa di studio.

- ENPAM

La Fondazione E.N.P.A.M. (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici) è una fondazione senza scopo di lucro e con personalità giuridica di diritto privato che ha lo scopo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti e dei loro familiari e superstiti. Rappresenta l'Ente previdenziale privato dei medici italiani, in quanto è proprietà dei medici e dai medici è gestito ed amministrato.

L'ENPAM ha due funzioni fondamentali: previdenziale ed assistenziale.

Previdenziale - Sostenuta da un patto generazionale tra colleghi: il giovane medico lavora e versa i contributi, il collega a riposo percepisce la pensione.

Assistenziale - Si fa carico di assistere i medici che siano in condizioni di invalidità, di indigenza e le loro famiglie in caso di decesso. In base all'ultima riforma approvata dagli organi statutari ed in vigore dal 13/09/2017 l'ente si compone di 2 fondi:

- il fondo di previdenza generale
- il fondo della medicina convenzionata ed accreditata.

Sono iscritti obbligatoriamente al Fondo di Previdenza generale E.N.P.A.M. tutti i medici e gli odontoiatri, come conseguenza necessaria ed automatica della loro iscrizione all'Albo Professionale, a prescindere dalla circostanza che vi sia esercizio effettivo della professione o iscrizione presso altri fondi di previdenza parimenti obbligatori.

Il Fondo di Previdenza Generale si articola in due gestioni alimentate da due quote contributive:

- "Quota A" per tutti gli iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- "Quota B" riferita alla Libera Professione per i medici e gli odontoiatri che producono redditi da libera professione eccedenti delle soglie specifiche già assoggettate a quota A. Questa quota deve essere pagata anche dai corsisti MMG.

Il primo anno di iscrizione il medico dovrà versare una frazione della quota A che corrisponde al numero di mensilità per i quali risulta iscritto all'Ordine, dal secondo anno invece verserà la quota A completa ed eventualmente la quota B: la prima deve essere versata da tutti i medici per un importo diverso che varia a seconda dell'età; la seconda, invece varia secondo il reddito prodotto nell'anno precedente.

QUOTA A

La quota A è composta dal contributo di maternità, adozione e aborto (pari a 49,93 euro/anno), che tutti gli iscritti sono tenuti a versare, e dai contributi ordinari.

Gli importi relativi per l'anno 2022:

- € 120,04 annui per gli studenti;
- € 240,08 annui fino a 30 anni di età;

- € 466,01 annui dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 874,48 annui dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.615,02 annui dal compimento dei 40 anni fino al raggiungimento del requisito anagrafico pro tempore vigente indicato nella Tabella B allegata al Regolamento del Fondo (68 anni dal 2018), ovvero fino al compimento dei 65 anni in caso di esercizio dell'opzione per il calcolo della pensione con il sistema contributivo (art.18, comma 1 bis);
- € 874,48 annui per tutti gli iscritti ultraquarantenni ammessi a contribuzione ridotta.

Il pagamento può avvenire a mezzo PagoPa corrisposto in unica soluzione entro il 30 aprile, oppure in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre e 30 novembre. Fra le diverse modalità di versamento vi è la domiciliazione bancaria. I contributi fissi sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

Gli iscritti di età inferiore a 40 anni a contribuzione ridotta possono chiedere di essere ammessi a contribuire nella misura intera. Tale opzione è irrevocabile.

QUOTA B

La quota B va corrisposta qualora il reddito libero professionale netto, prodotto nell'anno precedente, sia superiore ad una certa soglia indicata per quell'anno ed età. Per fare un esempio, i Contributi di Quota B dovuti nell'anno 2022 sui redditi prodotti nell'anno 2021 sono:

- 19,50% del reddito professionale netto, con esclusione delle voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria, sino all'importo di € 103.055,00; 1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,50% pensionabile.

Tali contributi sono dovuti se il Reddito libero professionale netto, prodotto nell'anno 2017, è superiore a:

- € 4.373,03 annui per gli iscritti attivi di età inferiore a 40 anni, ovvero ammessi al contributo ridotto alla "Quota A";
- € 8.076,21 annui per gli iscritti attivi di età superiore a 40 anni.

I medici iscritti al corso di formazione in Medicina Generale possono decidere di aderire all'aliquota di contribuzione ridotta al 2% per tutta la durata del corso, invece che a quella intera; l'istanza di ammissione va formalizzata entro il 31 luglio.

I medici iscritti al fondo della Medicina accreditata e convenzionata ENPAM possono pagare metà aliquota (9,75%).

L'importo del contributo di quota B è calcolato dall'E.N.P.A.M. sulla base dei dati indicati nel Modello D, che deve essere inviato alla Fondazione per via telematica entro il 31 luglio (salvo proroghe).

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, extra-moenia, prestazioni occasionali mediche e collaborazioni coordinate e continuative. Non contribuiscono al raggiungimento della soglia le voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria.

Il contributo deve essere versato mediante PagoPa entro il 31 ottobre. È anche prevista la possibilità di effettuare il pagamento mediante addebito diretto su conto corrente. In tal caso l'iscritto può optare per una delle seguenti forme di versamento: unica soluzione (31 ottobre); due rate (31 ottobre, 31 dicembre); cinque rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile e 30 giugno). I contributi proporzionali al reddito sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

Se il medico ottiene una convenzione a tempo determinato o indeterminato con la ASL (medicina generale, pediatria, continuità assistenziale, emergenza territoriale o specialistica ambulatoriale), i contributi pensionistici ENPAM saranno detratti dalle competenze mensili e versati, a cura della ASL, al fondo ENPAM della medicina convenzionata ed accreditata.

Se invece il medico viene assunto come dipendente da un Ente Pubblico o di una struttura sanitaria privata, allora oltre a dover versare i contributi obbligatori di quota A all'ENPAM, come sopra detto, subirà le trattenute in busta paga che il datore di lavoro verserà all'INPS.

- Riscatto anni di laurea e specialità

Ai fini pensionistici possono essere riscattati gli anni di laurea e specialità (massimo 10 anni). Il riscatto degli anni di laurea e specialità può essere effettuato, a seconda dell'attività prevalente, all'INPS o all'ENPAM. Per l'INPS la domanda può essere effettuata da subito (non appena il Medico comincia a contribuire ovvero da quando viene assunto) mentre all'ENPAM la richiesta di riscatto anni può essere inoltrata solo dopo almeno 10 anni di contribuzione. Anche questi contributi previdenziali sono, ai fini IRPEF, interamente deducibili dal reddito.

- Riscatto di allineamento

In ambito ENPAM è possibile anche "allineare" i propri redditi ovvero effettuare versamenti contributivi integrativi volti ad incrementare la futura pensione. Anche i contributi di questa forma di riscatto sono considerati dal punto di vista fiscale alla stregua di quelli obbligatori (pur essendo invece facoltativi) e pertanto interamente deducibili dall'imponibile IRPEF. Ulteriori informazioni possono essere trovate sul sito dell'INPS e su quello dell'ENPAM: www.INPS.it e www.enpam.it.

- Previdenza integrativa

Esistono forme di previdenza integrativa, tra le quali ricordiamo FONDO SANITÀ dedicato agli operatori del settore sanitario.

- Indennità di maternità, adozione e affidamento a scopo di adozione

Può essere richiesta in caso di nascita di un figlio, adozione o affidamento a scopo di adozione da parte di Sanitarie libere professioniste in costanza di iscrizione all'Albo

professionale. La domanda deve essere presentata a partire dal compimento del 6° mese di gravidanza ed entro il termine perentorio di 180 gg. dal parto (o dell'ingresso in famiglia del bambino). L'indennità copre i due mesi precedenti la data dell'evento ed i tre mesi successivi alla stessa. Esclusivamente in caso di adozione internazionale di minore, che abbia già compiuto i 6 anni di età e fino a 18 anni, l'indennità è riconosciuta in misura pari ai tre mesi successivi all'ingresso del minore in famiglia. L'indennità è pari all'80% di cinque dodicesimi del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo nel secondo anno precedente a quello dell'evento. L'indennità - come sopra determinata - non può essere inferiore a 5 mensilità di retribuzione calcolata nella misura dell'80% del salario minimo giornaliero e non può essere superiore a 5 volte l'importo minimo che, per il 2022, è pari ad € 5.180,50. L'importo massimo è invece di €25.902,50.

L'indennità di aborto può essere richiesta in caso di Aborto spontaneo o terapeutico verificatosi non prima del 3° mese di gravidanza, relativo a Sanitarie libero professioniste. La domanda deve essere presentata entro 180 gg dalla data dell'aborto stesso. L'indennità viene erogata per una sola mensilità ed è pari all'80% di una mensilità del solo reddito professionale percepito e denunciato ai fini fiscali come reddito da lavoro autonomo nel secondo anno precedente a quello dell'evento. L'indennità non può essere inferiore a 1 mensilità di retribuzione calcolata nella misura dell'80% del salario minimo giornaliero (salvo modifiche nei bandi annuali consultabili sul sito ENPAM sezione "interruzione di gravidanza").

In caso di aborto dopo il 6° mese di gravidanza, all'iscritta spetta l'intera indennità prevista per i casi di maternità, adozione e affidamento a scopo di adozione.

7) ONAOSI

La Fondazione ONAOSI è un istituto di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani. È un'istituzione di antica data, sorta a fine 800 per assistere e sostenere gli orfani dei medici, dei veterinari e dei farmacisti, che si trovavano a vivere sprovvisti di mezzi. Oggi, più modernamente, si occupa di sostenere con varie modalità e iniziative le situazioni di difficoltà che possono intervenire nelle famiglie dei medici. L'adesione all'ONAOSI è automatica per i medici dipendenti pubblici (tant'è che costoro hanno una trattenuta in busta paga che il datore di lavoro versa all'ONAOSI), mentre per i medici e gli odontoiatri liberi professionisti o convenzionati l'adesione è su base volontaria. L'Ordine consiglia caldamente ai giovani colleghi di consultare il sito www.onaosi.it in modo da conoscere l'attività e gli scopi della Fondazione e di aderirvi perché con un modesto contributo si possono "assicurare" i propri familiari nella malaugurata ipotesi in cui venga a mancare il sostegno economico del medico "capofamiglia".

8) PEC

La posta elettronica certificata è obbligatoria ai sensi della Legge 2/2009 per qualunque medico. Essa è l'equivalente di una raccomandata elettronica con ricevuta di ritorno. Con questo strumento sono stati semplificati i rapporti fra i professionisti e la Pubblica Amministrazione, riducendone tempi e costi. I professionisti possono gestire le comunicazioni ufficiali con gli Enti di previdenza e, in generale, con la PA centrale (indagini finanziarie con il fisco, concorsi ecc.) e con gli Enti pubblici locali. Tra le possibilità offerte: inviare e ricevere contratti e fatture; sostituire le raccomandate A/R e tutti quei documenti che possono essere utilizzati in via legale, ad esempio lettere di sollecito crediti e lettere di diffida. Con l'entrata in vigore del Decreto Semplificazione (DL 76 del 16/07/2020) è fatto obbligo dell'Ordine di procedere, previa diffida, alla sospensione dall'Albo per il Professionista che non regolarizzerà la propria posizione e non comunicherà la propria PEC.

Per facilitare ai medici e agli odontoiatri il rispetto di questo obbligo, l'Ordine di Grosseto mette a disposizione in forma gratuita una casella di Posta Elettronica Certificata in convenzione con Poste Italiane. Per approfondire, contattare la segreteria dell'Ordine (tel 0564/497333; e-mail: info@omceogrosseto.it). Infine c'è da tener presente che, col passare del tempo, sempre più Amministrazioni e Uffici interagiscono con i professionisti tramite la PEC, per cui di fatto diventa necessario averla per non perdere opportunità professionali; dal 30 giugno 2014 i professionisti iscritti agli ordini che prestano consulenza presso i Tribunali Italiani dovranno provvedere a dotarsi di indirizzo PEC per la ricezione e l'invio delle comunicazioni tra Tribunali e consulenti tecnici d'ufficio, nell'ambito delle procedure per le quali questi ultimi hanno ricevuto incarico peritale. Per la partecipazione alla maggior parte dei bandi è obbligatorio avere un indirizzo PEC da comunicare al momento della richiesta di partecipazione.

9) CERTIFICATI

- **Certificato di malattia**(astensione da lavoro INPS)

A partire dal 1 febbraio 2011, a seguito il Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n.150, in attuazione della Legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, è stata introdotta la "trasmissione telematica" delle certificazioni di malattia.

A seguito dell'entrata in vigore della legge del 17 dicembre 2012, n. 221 è stato introdotto l'obbligo della certificazione telematica di malattia per tutti i lavoratori dipendenti del settore pubblico e privato con la sola esclusione del personale delle Forze armate, dei corpi armati dello Stato e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco; *per queste ultime categorie di lavoratori la certificazione rimane in formato cartaceo.*

Tutti i medici quindi, sia essi medici di medicina generale, di continuità assistenziale, ospedalieri o liberi professionisti, sono obbligati ad effettuare l'invio telematico dei certificati di malattia all'INPS, attraverso il Sistema di Accoglienza Centrale (SAC) curato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Inviare i certificati di astensione dal lavoro è semplice, basta collegarsi al sito www.sistemats.it, accedere con le proprie credenziali e dal menu di "accesso utente" una volta entrati sarà possibile inviare i certificati di malattia ma non solo, anche controllare le esenzioni da reddito degli assistiti e da fine anno 2015 erogare (reso obbligatorio da quest'anno) le ricevute per le spese sanitarie degli assistiti, in modo che tali spese risultino poi nel 730 precompilato del paziente. Per richiedere le credenziali d'accesso basta rivolgersi direttamente alla Segreteria dell'Ordine.

- INAIL

Le certificazioni INAIL, riguardano gli Infortuni sul Lavoro, siano essi certificati di apertura d'infortunio, continuazione, definitivo o di riammissione in temporanea e le Malattie Professionali tabellate e non tabellate. Per il certificato di Infortunio sul Lavoro basta essere in possesso o scaricare dal sito INAIL il modulo SS1, compilarlo nelle sue parti dedicate al medico e poi consegnarlo al paziente specificando bene che la copia A è per l'assicurato, la copia B deve essere inviata o recapitata all'INAIL e la copia C consegnata al datore di lavoro. Un'altra procedura, oltre all'uso della modulistica cartacea, è di collegarsi al sito www.inail.it accedere tramite le credenziali personali (SPID, CNS, CIE) all'area Servizi Online, nel menù selezionare Certificati Medici e da qui procedere alla compilazione della modulistica (simile al cartaceo SS1) ed una volta compilato inviarlo per via telematica all'INAIL; in questo caso non è presente la copia per il datore di lavoro e non c'è necessità di stampare nessun documento. Per ricevere le credenziali personali da riportare sul modulo SS1 o per accedere all'area servizi online basta recarsi all'ufficio territoriale INAIL (via Mameli 13, Grosseto) e lì richiedere le credenziali personalmente, oppure rivolgersi ai suddetti uffici tramite posta elettronica. Per i certificati di Malattie Professionali, è prevista la compilazione del modulo 5 SS bis, anch'esso scaricabile dal sito internet dell'INAIL oppure compilabile alla stessa maniera dei certificati di infortunio. Per la corretta compilazione del modulo servono tutti i dati del paziente inerenti le attività lavorative svolte in quali periodi e i datori di lavoro, specificando rischi, esposizioni, agenti patogeni, attività e mansioni svolte.

- Altri certificati

Il certificato medico è la testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge, ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa. L'argomento della Certificazione è talmente importante che gli viene dedicato l'Articolo 24 del Codice di Deontologico: "Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è

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

Requisiti formali di una corretta certificazione sono l'intestazione del medico certificante, le generalità del paziente che lo richiede, l'oggetto della certificazione (per esempio diagnosi e prognosi di malattia,) la firma del medico e la data e il luogo di redazione. Inoltre il certificato deve essere redatto con scrittura a termini comprensibili, senza correzioni che possano far sorgere il dubbio di successive alterazioni o contraffazioni.

Requisito sostanziale del certificato è l'attestazione di fatti di natura biologica, obiettivi e tecnicamente rilevabili. In altri termini, il certificato quindi dovrà contenere dati certi, obiettivi, valutabili anche da terzi. Questo poiché il certificato è un atto pubblico e fa fede fino a querela di falso. Il rigore obiettivo non sottintende certezza diagnostica. Il codice deontologico impone al medico di redigere il certificato con affermazioni che derivino da constatazioni dirette personalmente effettuate oppure sulla base di documentazione oggettiva (referti).

Veridicità, si deve “testimoniare il vero” –obbligo di certificare sempre dopo l'accertamento clinico personalmente eseguito dal certificante.

Necessità di distinguere i segni clinici obiettivi dai sintomi lamentati dal paziente, in quanto oggetto del certificato sono i fatti di natura tecnica e non già solo quanto soggettivamente dichiarato.

Chiarezza, non solo chiarezza grafica (comprensibilità della scrittura), ma intelligibilità e chiarezza dei concetti espressi o dei fatti descritti. Evitare gli acronimi. La redazione e rilascio del certificato avvengono a richiesta del paziente o del legale rappresentante dello stesso (genitore nel caso del minore degli anni 18, tutore nel caso del soggetto interdetto per incapacità di intendere e di volere). La falsità in certificato, commessa da pubblici ufficiali o da esercenti un servizio di pubblica necessità, configura il reato di falso ideologico previsto agli artt. 479, 480 e 481 c. p.

In caso di falsità nella certificazione la responsabilità ricade sia sul sanitario che sul paziente in quanto la legge punisce anche l'uso di atti falsi (Art 489 CP). Per i medici pubblici ufficiali e incaricati di pubblico servizio (dipendenti e convenzionati SSN) il rifiuto alla certificazione può configurare il reato di rifiuto/omissione di atti d'ufficio (Art 328 CP), ogni medico tuttavia deve rifiutarsi di redigere certificati non rispondenti al vero.

La nuova normativa in materia di rilascio di certificazioni per infortuni avvenuti in ambito stradale merita una specifica attenzione; a seguito dell'entrata in vigore della legge 41/2016 la FNOMCEO ha emanato la comunicazione 93/2017, rivolta a tutti i medici, per chiarire le linee di comportamento da tenere in tali situazioni.

Lesioni personali stradali gravi o gravissime -obblighi per i medici

L'art. 635 c. p. punisce chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio, omette o ritarda di riferirne all'autorità.

L'art. 361 c.p. punisce il pubblico ufficiale che omette o ritarda di denunciare un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni.

La legge 23 marzo 2016 n. 41 ha introdotto i reati di omicidio stradale (art. 589 bis c.p.) e di lesioni personali stradali gravi o gravissime (art. 590 bis c.p.) commessi con violazione delle

norme sulla circolazione stradale, ai quali rimane affiancato il reato di lesioni personali colpose disciplinato dall'art. 590 c.p. che continuerà ad essere applicato a tutte le ipotesi di lesioni in cui vi sia stata guarigione entro i quaranta giorni, con procedibilità a querela della persona offesa e la competenza del giudice di pace.

Qualora invece le lesioni comportino una malattia superiore ai quaranta giorni, sono considerate gravi o gravissime, la procedibilità è d'ufficio e la competenza è rimessa al tribunale in composizione monocratica. In questi casi il medico che, nell'esercizio della professione, abbia prestato la propria assistenza in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio, deve far pervenire il referto o la denuncia entro quarantotto ore al pubblico ministero o ad un ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera.

Pertanto l'obbligo ricadrà principalmente su qualsiasi medico del pronto soccorso che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni e su ogni altro medico che si trovi nelle necessità di prolungare tale prognosi iniziale.

Si ricorda che il medico che ha compilato il referto o la denuncia potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata.

10) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE(Ex Guardia Medica)

La Continuità Assistenziale è un servizio che le Asl istituiscono per garantire la copertura assistenziale della Medicina Generale nelle notti e nei giorni festivi e prefestivi. Il servizio è di norma garantito da medici titolari di contratto di C.A. ma regolarmente accade che ci sia carenza di personale medico, e per sopperire a tali mancanze le Asl stesse istituiscono delle graduatorie per medici sostituti, che possono poi essere contattati in caso di necessità secondo graduatoria. I medici che desiderano inserirsi nelle graduatorie per sostituti di Continuità Assistenziale devono presentare domanda presso le Asl in quei periodi dell'anno in cui vengono aperti i bandi per gli incarichi di sostituzione. Per iscriversi ai bandi il medico deve essere, laureato, abilitato, iscritto all'Ordine ed all'Enpam e in possesso di Codice Regionale. In periodo estivo (giugno-settembre), l'Azienda USL Toscana Sud Est ambito provinciale Grossetano, come da indicazioni regionali, attiva nelle aree a forte afflusso turistico una rete di assistenza sanitaria (la guardia medica turistica,) in aggiunta al servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) e Continuità Assistenziale, operativi tutto l'anno. La guardia medica turistica è un servizio rivolto ai villeggianti. Effettua prestazioni, in orario diurno, compresi festivi e prefestivi, per le quali è richiesto il pagamento di un ticket. Il bando per reperire i medici incaricati viene solitamente pubblicato sul sito dell'Asl Toscana Sud Est nel mese di aprile. I medici incaricati a svolgere tale servizio devono essere in possesso della P. Iva.

11) SOSTITUZIONI MMG E PLS

Per poter fare sostituzioni ai medici di medicina generale o ai pediatri di libera scelta è necessario richiedere alla ASL l'attribuzione del codice regionale provvisorio. Esso serve per identificare che il medico sta svolgendo attività in sostituzione di un medico convenzionato di medicina generale o di pediatria. Ma serve anche per svolgere gli incarichi temporanei di Guardia Medica e Turistica presso le ASL. In queste vesti, il medico sostituto o con incarico provvisorio è a tutti gli effetti un "medico pubblico", o meglio un "incaricato di pubblico servizio", con tutte le conseguenze legali del caso. Viceversa, se il medico esercita in regime di libera professione "pura", non deve utilizzare il codice regionale provvisorio perché in questo caso sta esercitando nella veste di "medico privato", o libero professionista.

Durante una sostituzione al medico di medicina generale, il medico sostituto ha le stesse identiche potestà certificative e prescrittive del medico titolare.

A tal proposito il medico sostituto deve essere dotato di accesso al sistema TS regionale per redigere certificazioni di malattia e piani terapeutici. L'accesso può essere fatto tramite CNS o tramite credenziali richiedibili all'Azienda sanitaria di competenza (per ulteriori info è possibile consultare il sito (<https://sistemats1.sanita.finanze.it>))

È inoltre necessario che il titolare abiliti il sostituto sul portale regionale GAS così che sia abilitato alla ricetta dematerializzata per i suoi assistiti.

L'Ordine raccoglie le disponibilità a svolgere attività di sostituzione ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, creando una lista di contatti visionabile da parte dei Titolari. Tale servizio ha lo scopo di mettere in contatto i colleghi, in modo da costruire un rapporto diretto, senza intermediari, per facilitare anche le occasioni di lavoro.

CALCOLO COMPENSO SOSTITUTO MMG

Il compenso spettante al medico sostituto di Medicina Generale viene stabilito in base al vigente Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale, che rappresenta di fatto il contratto di lavoro del MMG. Nello specifico la struttura del compenso è regolata dall'allegato C dell'ACN modificato, per quanto riguarda la Regione Toscana, dalla delibera regionale 785/2010. L'ACN prevede per il medico titolare un compenso forfettario annuo lordo di 40,05 € per paziente (0,109 € per paziente al giorno). L'onorario spettante al sostituto è calcolato nella misura dell'83% di questa quota capitaria annua, che corrisponde a 33,24 € per paziente all'anno; dividendo per 365 giorni, si ottiene la quota di 0,091 € per paziente al giorno. Per ottenere l'esatta cifra da corrispondere, però, occorre moltiplicare 0,091 per il numero dei pazienti del medico titolare e per la durata della sostituzione ($0,091 \times n. \text{ pazienti} \times n. \text{ giorni di sostituzione}$). La cifra va ulteriormente corretta a seconda del periodo dell'anno, poiché è stato stimato che la morbilità della popolazione (e di conseguenza il carico di lavoro per il medico) sia variabile e aumenti nel

periodo invernale, per diminuire durante i mesi estivi.

Si calcolerà quindi come segue:

- compenso intero nei mesi di aprile-maggio, ottobre-novembre (0,091 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione);
- compenso maggiorato del 20% (0,091 + 0,018) nei mesi di dicembre-gennaio-febbraio-marzo (0,109 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione);
- compenso ridotto del 20% (0,091 - 0,018) nei mesi di giugno-luglio-agosto-settembre (0,073 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione).

Come previsto dall'ACN al sostituto spettano anche i compensi relativi alle eventuali prestazioni aggiuntive effettuate (es.: visite domiciliari nel contesto dell'ADI o dell'ADP, medicazioni, cateterismo uretrale, ecc). Poiché gli importi sopra riportati sono lordi, dalla cifra complessiva andrà detratta la ritenuta d'acconto IRPEF nella misura del 20% (fa eccezione chi appartiene a partita IVA con regimi agevolati, che potrà lasciare la cifra lorda). Il sostituto dovrà rilasciare regolare fattura.

CALCOLO COMPENSO SOSTITUTO PLS

Si rimanda allo strumento di calcolo utilizzato dalla FIMP Toscana, secondo ACN 2009 con modifiche ACN 2010, che permette facilmente e rapidamente di calcolare il compenso dovuto, sulla base della Specializzazione del sostituto, del numero di pazienti, dei giorni lavorativi, della stagionalità. calcolo sostituto FIMP TOSCANA.xls

12) ACCESSO PERCORSI FORMATIVI

Con la sola laurea in Medicina e Chirurgia (e abilitazione alla professione) le possibilità di lavoro sono piuttosto limitate (sostituzioni MMG e Continuità Assistenziale) per cui la strada da intraprendere, dopo i sei anni di corso di laurea, è quella di una scuola di specializzazione.

Per accedere a qualunque formazione post laurea è necessario superare un concorso, che sia quello per l'ingresso alle Scuole di Specializzazione (SSM) o quello per accedere al Corso di Formazione in Medicina Generale (CFSMG).

Entrambi i concorsi si svolgono con cadenza annuale. Il concorso per le SSM non ha una data fissa e prestabilita ma ogni anno viene sancita dopo l'uscita del bando ministeriale, mentre solitamente il concorso per CFMMG si svolge ogni anno a metà settembre.

Di seguito un breve riassunto delle due tipologie di concorso e di formazione.

SSM

- Durata delle SSM: da 4 a 5 anni
- Borsa di studio: ai medici specializzandi è corrisposto un trattamento economico

composto da una quota fissa ed una variabile. La quota fissa è pari a 22.700,00 € annui lordi. La quota variabile è pari a 2.300,00 € annui lordi per i primi due anni di corso, 3.300,00 € annui lordi per gli anni di corso successivi. Il trattamento economico è corrisposto mensilmente allo specializzando vedi D.P.C.M. 15/01/20020.

- Concorso a livello nazionale:
 - Periodo: da aprile a ottobre (media degli ultimi 10 anni)
 - Sede del concorso: Firenze, Pisa o Siena (se residenti in Toscana) con distribuzione nelle tre sedi, in base all'anno di nascita.
 - Tipologia: quiz a scelta multipla (140 domande ognuna con 5 risposte tra cui scegliere)
 - Durata della prova :210 minuti
 - Preparazione: argomenti dei sei anni del CdL in Medicina e Chirurgia
 - Graduatoria: nazionale
 - Possibilità di scegliere 3 scuole diverse
 - Possibilità di concorrere per tutte le sedi italiane

CFMMG

- Durata delle CFMMG: 3 anni
- Borsa di studio: importo annuo complessivo di euro 11.603,50 (circa 966 euro mensili). borsa è soggetta alle ritenute fiscali (trattenuta IRPEF) ed è assimilata a reddito da lavoro dipendente
- Concorso a livello regionale:
 - Periodo: metà settembre
 - Sede del concorso: Firenze
 - Tipologia: quiz a scelta multipla
 - Durata del concorso: 1 giorno (120 minuti)
 - Preparazione: argomenti degli ultimi tre anni CdL in Medicina e Chirurgia e linee guida aggiornate
 - Graduatoria: regionale
 - Possibilità di concorrere per le tre sedi toscane (in media
 - N posti variabile ogni anno (ultimo bando 120) in tutta la Toscana, distribuiti fra le sedi di Firenze, Pisa e Siena.