ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SIENA
www.omceosiena.it

VADEMECUM
DEL GIOVANE MEDICO

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

A cura della Commissione Giovani Medici

A cura di: Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena.
Referente della Commissione: Dott.ssa Francesca Tappa Brocci.
e-mail: giovanimedici.siena@gmail.com.

Responsabile del progetto: Dott. Giuseppe Tartaglione.

Immagine di copertina: Dott.ssa Giulia Cardella.

Stesura dei capitoli: Dott. Matteo Capecchi, Dott.ssa Claudia Commisso, Dott. Niccolò Del Zanna, Dott.ssa Chiara Della Vecchia, Dott. Luca Galzerano, Dott.ssa Sabrina Gianazzetti, Dott. Federico Perotti, Dott.ssa Elena Polato, Dott. Giuseppe Tartaglione.

Revisioni: Dott. Pietro Maria Barazzoni, Dott. Matteo Capecchi, Prof. Alessandro Cuomo, Prof. Andrea Fagiolini, Dott. David Fiorentini, Dott.ssa Sabrina Gianazzetti, Dott.ssa Claudia Libri, Dott. Sandro Limaj, Dott. Tommaso Marzotti, Dott. Federico Perotti, Dott.ssa Elena Placuzzi, Dott.ssa Elena Polato, Dott. Federico Taddeini, Dott.ssa Francesca Tappa Brocci, Dott. Giuseppe Tartaglione.

Immagini esemplificative: Dott.ssa Sabrina Gianazzetti.

Allegati: Dott. Luca Galzerano, Dott. Giuseppe Tartaglione.

Impaginazione e grafica: Dott. Giuseppe Tartaglione.

Aggiornamento continuo: Dott. Giuseppe Tartaglione.

Dati aggiornati a luglio 2026.

La versione PDF del presente “Vademecum del giovane medico” è gratuitamente scaricabile dall’Area Giovani del sito dell’Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Siena (www.omceosiena.it).

APPELLO AI LETTORI

Caro/a lettore/lettrice, dacci una mano: nel caso in cui riscontrassi degli errori di qualsiasi tipo nella presente opera, mandaci una segnalazione via e-mail.
Solo con il tuo aiuto sarà possibile migliorarla e tenerla più aggiornata possibile.

Grazie,
Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

PREFAZIONE

Vademecum, da "*vade mecum*", significa "vieni con me, ti do una mano".

È proprio questo che l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Siena ha pensato quando ha deciso di scrivere una sorta di formulario contenente le nozioni ritenute più importanti per l'avvio alla nostra Professione.

Ma l'aspetto ancora più rilevante è che a scriverlo sono stati i colleghi della Commissione Giovani Medici, che ringrazio per la passione e l'impegno.

Una sorta di passaggio di testimone continuo, permanente, tra colleghi, tra generazioni, tra esperienze.

Il nostro Ordine è la casa del medico e, se con l'iscrizione ne fate parte, con il giuramento entrate con forza nel cuore della Professione.

Una Professione che dovete non solo esercitare ma che dovrete anche tutelare e proteggere con il Vostro comportamento, così come stabilito dall'articolo 1 del nostro Codice Deontologico, che siamo tutti tenuti ad osservare: "Il codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione. Il codice regola anche i comportamenti assunti al di fuori dell'esercizio professionale quando ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro della professione.".

Fate pertanto tesoro di queste preziose informazioni e custodite nel Vostro cuore il sogno che Vi ha permesso di fare il medico.

Un abbraccio a tutti Voi,

Roberto Monaco
Presidente OMCeO Siena

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SOMMARIO

PREFAZIONE **1**

SEZIONE A **9**

1) ISCRIZIONE ALL'OMCeO 10

2) STUDIARE IL CODICE DEONTOLOGICO E PRESTARE IL GIURAMENTO PROFESSIONALE 11

3) PREVIDENZA E ASSISTENZA 13

Fondazione ENPAM 13

Tutela previdenziale *13*

Fondo previdenziale generale 14

Fondi previdenziali speciali 15

Previdenza integrativa 15

Strategie previdenziali per aumentare la pensione 16

Tutela assistenziale *17*

Polizze assicurative per malattia/infortunio e non autosufficienza 17

Sistema di welfare 18

Sussidio in caso di disagio 18

Sussidi per calamità naturali 18

Sussidi per la retta di case di riposo o per l'assistenza domiciliare 19

Pensione di inabilità assoluta e permanente 19

Pensione indiretta e di reversibilità 20

Borse di studio per figli e orfani 20

Mutui, credito agevolato e altri vantaggi 21

Convenzioni 21

Sanità integrativa 21

Maternità, paternità e genitorialità 21

Fondazione ONAOSI 23

4) PEC (Posta Elettronica Certificata) 25

5) ASSICURAZIONE PROFESSIONALE E RESPONSABILITÀ MEDICA 26

6) RITIRO DELLA PERGAMENA DI LAUREA E DEL DIPLOMA DI ABILITAZIONE 28

SEZIONE B **29**

1) PARTITA IVA 30

2) I TIMBRI DEL MEDICO 32

3) PRESCRIZIONI: COSA FARE? 33

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

4) COME COMPILARE LA RICETTA "BIANCA" ... 35
5) COME COMPILARE LA RICETTA "ROSSA" E LA "DEMATERIALIZZATA" ... 36
1. Nome e cognome del paziente ... 37
2. Residenza del paziente ... 37
3. Indennità informatica ... 37
4. Codice Fiscale, Codice ENI o Codice STP del paziente ... 37
5. Ticket ed esenzioni ... 38
6. Autocertificazione reddito ... 39
7. Sigla provincia e codice ASL ... 39
8. Fascia di reddito ... 39
9. Prestazione "suggerita" ... 39
10. Ricovero in ospedale ... 39
11. Altro ... 39
12. Spazio per la prescrizione richiesta ... 39
Farmaci ... *40*
Esami diagnostici ... *41*
Visite specialistiche ... *41*
Ricoveri ospedalieri e preospedalizzazione ... *42*
Assistenza integrativa ... *42*
Trasporti sanitari urgenti (ex ordinari) ... *43*
Cure termali ... *43*
Fisioterapia ... *43*
O_2-terapia ... *44*
13. Quesito diagnostico e/o motivo della richiesta ... 44
14. Note AIFA e prescrizione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale ... 44
15. Codici di priorità ... 45
16. Numero di confezioni/prestazioni ... 45
17. Tipo di ricetta ... 45
18. Data di compilazione ... 46
19. Timbro e firma del medico prescrittore ... 46
20. Soggetti assicurati da istituzioni estere ... 46
6) COME COMPILARE LA RICETTA MINISTERIALE A RICALCO ... 52
7) FIRMA DIGITALE ... 53
8) CREDENZIALI E CODICI UTILI NELLA PROFESSIONE ... 54
Codice Regionale ... 54
Credenziali Sistema TS ... 54
Credenziali ricetta dematerializzata ... 54
Credenziali INPS ... 55

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Credenziali INAIL ... 55
9) COME COMPILARE UNA FATTURA ... 56
1. Dati del sanitario che rilascia la fattura ... 56
2. Numero progressivo della fattura ... 56
3. Data di riscossione dell'onorario della prestazione ... 57
4. Dati del soggetto destinatario della fattura ... 57
5. Descrizione della prestazione sanitaria erogata ... 57
6. Importo della prestazione sanitaria erogata ... 57
7. Ritenuta di acconto ... 57
8. Firma per quietanza ... 57
9. Spazio per marca da bollo ... 57
10. Importo totale ... 58
10) FATTURAZIONE ELETTRONICA ... 60
11) COME SI PAGANO LE TASSE ... 62
12) AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E CREDITI ECM ... 63
13) ASSISTENZA SANITARIA AGLI STRANIERI ... 65
14) CERTIFICAZIONI MEDICHE ... 68
Certificati riguardanti il lavoro ... 71
Certificato INPS di malattia per il lavoro ... 71
Certificato di riacquisto della capacità lavorativa ... 78
Certificato di malattia per i dipendenti della pubblica amministrazione ... 78
Certificati INAIL per infortunio sul lavoro o malattia professionale ... 78
Certificato per infortunio sul lavoro ... 79
Certificato per malattia professionale ... 80
Certificato di congedo per la malattia del figlio ... 80
Certificato di idoneità al lavoro ... 80
Certificato giustificativo di assenza ... 80
Certificato di accertamento per gravi infermità familiari ... 81
Certificato per la riammissione a lavoro degli alimentaristi ... 81
Certificati riguardanti la scuola ... 81
Certificato di riammissione a scuola dopo malattia ... 81
Certificato di esonero dall'attività fisica scolastica ... 81
Certificato per diete speciali ... 81
Certificati INPS per il riconoscimento delle prestazioni previdenziali (modello SS3) e assistenziali ... 82
Tutela previdenziale ... 82
Tutela assistenziale ... 83
Certificati riguardanti il decesso ... 84
Certificato di constatazione di decesso e di autorizzazione al trasporto salma e alla cremazione ... 84

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Certificato di morte ISTAT ... *85*
Certificato di visita necroscopica (accertamento della realtà di morte) ... *85*
Certificati riguardanti i veicoli a motore ... 85
Certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida ... *85*
Certificato per il rilascio/rinnovo del contrassegno veicoli di persone con capacità deambulatoria ridotta ... *86*
Certificato di incapacità di guida per veicoli a motore ... *86*
Certificati riguardanti l'attività sportiva ... 86
Certificato per l'attività ludico-motoria ... *86*
Certificato per l'attività sportiva non agonistica ... *87*
Certificato per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare ... *87*
Certificato per l'attività sportiva agonistica ... *88*
Certificato per l'attività sportiva professionistica ... *88*
Certificati riguardanti i vaccini ... 88
Certificato di avvenuta vaccinazione ... *88*
Certificato di esenzione dalla/e vaccinazione/i obbligatoria/e ... *88*
Certificati riguardanti la gravidanza ... 88
Certificato di gravidanza o di interruzione di gravidanza ... *88*
Documento per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro 90 giorni ... *89*
Certificato anamnestico per la detenzione e/o il rilascio del porto d'armi ... 89
Certificati di buona salute ... 90
Certificato per l'ammissione a colonie estive, campeggi, collegi o residenze per anziani (es.: RSA, case di riposo) ... *90*
Certificato per la cessione del quinto dello stipendio ... *90*
Certificato per il soggiorno climatico ... *90*
Certificato di esenzione dall'obbligo di uso delle cinture di sicurezza in automobile ... 90
Certificato attestante problemi fisici o psichici ... 91
Certificato di oblio oncologico ... 91
Certificato sulla capacità di intendere e di volere ... 91
Certificato a uso assicurativo e medico-legale ... 91
Certificato di necessità di somministrazione terapeutica ... 92
Certificato per l'autorizzazione al trasporto di farmaci in aereo ... 92
Certificato per l'assistenza al voto ... 92
Certificato per l'idoneità sanitaria all'adozione ... 92
Certificato di proposta di ASO o di TSO ... 93
Referto e rapporto ... 96
Referto ... *96*
Rapporto ... *98*
15) FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE) ... 99

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

16) BIOTESTAMENTO 100
Consenso informato 100
Disposizioni anticipate di trattamento (DAT) 101

SEZIONE C 104
1) LA BORSA DEL GIOVANE MEDICO 105
Strumenti diagnostici 105
Materiale (medicazioni, fleboclisi, urgenze) 105
Farmaci 105
Modulistica 106
2) CALCOLO COMPENSO SOSTITUZIONI MMG 107
3) STRUTTURA DELLA CONSULTAZIONE TELEFONICA 109
4) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA PROFESSIONALE 111
5) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA 112
6) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MORSO DI ANIMALE 113
7) PRINCIPALI SCORE NELLE URGENZE-EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE 115
GCS-P score 115
Canadian CT Head Rule 115
Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale 116
$ABCD^2$ score 116
Marburg Heart Score (MHS) 116
Clinical Prediction Heart Score 116
DS CRB-65 117
Quick Sepsis Related Organ Failure Assessment (qSOFA) 117
San Francisco Syncope Rule 117
Score di Wells 118
CHA_2DS_2-VASc e HAS-BLED 118
Modified Early Warning Score (MEWS) 119
8) FORMULE PEDIATRICHE 121
9) VIOLENZA DI GENERE 122
10) CENTRI ANTIVELENI 124
11) FARMACI E QT LUNGO 125
12) FARMACI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO 126
13) INTERAZIONI FARMACOLOGICHE 127
14) FARMACOVIGILANZA 128

SEZIONE D 129

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE E **131**

SEZIONE F **133**

SEZIONE G **141**

1) All. A - Codice deontologico .....
2) All. B - Scheda di prescrizione per i dispositivi di controllo della glicemia .....
3) All. C - Certificato cartaceo di malattia INPS .....
4) All. D - Certificato di riacquisto della capacità lavorativa .....
5) All. E - Certificato cartaceo di malattia .....
6) All. F - Certificato giustificativo di assenza .....
7) All. G - Certificato per la riammissione (attività scolastica o lavorativa per gli alimentaristi) ....
8) All. H - Certificato di esonero dall'attività fisica scolastica .....
9) All. I - Constatazione di decesso .....
10) All. J - Certificato anamnestico per il rilascio della patente di guida .....
11) All. K - Certificato per il rinnovo del contrassegno invalidi .....
12) All. L - Certificato per l'idoneità agli sport non agonistici .....
13) All. M - Documento per l'IVG entro 90 giorni .....
14) All. N - Certificato anamnestico per porto-detenzione di armi .....
15) All. O - Certificato di oblio oncologico .....
16) All. P - Certificato di condizioni cliniche psichiche e cognitive in ambito medico-legale .....
17) All. Q - Certificato a uso assicurativo .....
18) All. R - Certificato per il trasporto di farmaci .....
19) All. S - Certificato per l'idoneità sanitaria all'adozione .....
20) All. T - Proposta di ASO o TSO .....
21) All. U - Referto .....
22) All. V - Moduli per segnalare la sostituzione di un MMG .....
23) All. W - Scheda di notifica di malattia professionale .....
24) All. X - Scheda di notifica delle malattie infettive .....
25) All. Y - Scheda di notifica di morso di animale .....

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE A

COSA DEVO FARE SUBITO DOPO L'ABILITAZIONE?

Commissione Giovani Medici Siena

1) ISCRIZIONE ALL'OMCEO

In Italia esiste un sistema dualistico delle professioni che le suddivide in "regolamentate" (o "protette" o "riconosciute") e "associative": diversamente da queste ultime, le prime (che comprendono la professione medica) prevedono l'obbligo normativo di istituzione di un albo professionale.
L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (OMCeO) è un ente di diritto pubblico, autonomo e non economico che viene sottoposto a vigilanza da parte del Ministero della Salute, e i soggetti che ne fanno parte devono essere iscritti in uno specifico albo professionale per poter esercitare.
"Ciascun Ordine e Collegio ha un albo permanente, in cui sono iscritti i professionisti della rispettiva categoria […]." (D.Lgs.C.P.S n. 233/1946, art. 7, comma 1); "Per l'esercizio di ciascuna delle professioni sanitarie è necessaria l'iscrizione al rispettivo albo." (D.Lgs.C.P.S n. 233/1946, art. 8); "L'iscrizione nell'Albo dà diritto al libero esercizio della professione, oltreché nella provincia cui l'Albo si riferisce, anche in tutto il territorio della Repubblica." (D.P.R. n. 221/1950, art. 13, comma 1).
La prima cosa da fare una volta abilitati, quindi, è iscriversi all'albo OMCeO, tappa obbligatoria per legge (ai sensi dell'art. 33 della Costituzione della Repubblica Italiana) per poter esercitare la professione medica.
Con la laurea abilitante, una volta laureati è possibile iscriversi all'OMCeO nella provincia in cui si abbia:

- la residenza o il domicilio (equiparati ai sensi dell'art. 16 della L. n. 526/1999);
- l'esercizio professionale (es.: studio medico, contratto ospedaliero, specializzazione).

Per comodità è consigliabile iscriversi nella provincia in cui si lavora in maniera prevalente.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

La procedura per presentare la domanda di prima iscrizione all'OMCeO di Siena si svolge interamente online e si trova sul sito dell'ordine (www.omceosiena.it) nella sezione "servizi online", accedendo con credenziali SPID (sistema pubblico di identità digitale) o CIE (carta di identità elettronica).
Le spese per iscriversi comprendono:

- marca da bollo di 16 €;
- tassa di concessione governativa di 168 € (da pagare all'Agenzia delle Entrate);
- quota di iscrizione annuale (mediamente di 100-200 €, all'OMCeO di Siena è di circa 130 €).

Le iscrizioni saranno sottoposte dal Presidente dell'Ordine ai Consiglieri alla prima riunione di Consiglio utile, e comunque nel termine di tre mesi: "Dell'eseguita iscrizione o del rigetto della domanda è data comunicazione, nel termine di giorni 15, all'interessato, al prefetto e al procuratore della Repubblica." (D.P.R. n. 221/1950, art. 8, comma 7). Se la delibera viene approvata, da tale data si è autorizzati a esercitare la professione in tutto l'ambito nazionale e viene assegnato un numero definitivo di iscrizione all'albo provinciale che ha funzione identificativa.
A iscrizione avvenuta, i dati del medico vengono automaticamente e obbligatoriamente comunicati all'ENPAM (vedi voce "Fondazione ENPAM", sezione A), che provvederà in un tempo stimato di circa 30 giorni dalla data di iscrizione a generare a sua volta un codice di previdenza: solo a questo punto l'Ordine avrà tutti i dati necessari per la stampa del tesserino al proprio iscritto.
Trascorso circa 1 mese dalla data di iscrizione il sanitario potrà richiedere il tesserino tramite procedura guidata all'interno dell'area riservata del sito dell'OMCeO. Trascorso il tempo necessario alla stampa, la segreteria informerà l'iscritto quando il tesserino sarà pronto per essere ritirato presso gli uffici negli orari di apertura al pubblico.
Dopo l'iscrizione ci sarà la convocazione per la cerimonia del giuramento: si tratta di un obbligo morale e non giuridico che non è vincolante per l'esercizio della professione, e che a Siena viene effettuato in occasione dell'Assemblea annuale dell'OMCeO.
"E' in facoltà dell'iscritto in un Albo provinciale di chiedere il trasferimento dell'iscrizione nell'Albo della provincia ove ha trasferito o intenda trasferire la propria residenza." (D.P.R. n. 221/1950, art. 10, comma 1).
Per ulteriori informazioni e per modulistica aggiuntiva (es.: moduli di trasferimento da un altro OMCeO): www.omceosiena.it.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

2) STUDIARE IL CODICE DEONTOLOGICO E PRESTARE IL GIURAMENTO PROFESSIONALE

"Il **Codice di deontologia medica** […] identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra" e, "in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione" (C.D., art. 1, commi 1-2).
Vengono di seguito sottolineati alcuni importanti precetti che il Medico, in virtù del Codice Deontologico [allegato A] secondo cui ha prestato giuramento, è tenuto a rispettare.

Nei confronti di se stesso come professionista:

- "Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore ed il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. […] La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità." (C.D., art. 3, commi 1 e 3).
- "Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori." (C.D., art. 19, comma 1).

Nei confronti dell'assistito:

- "La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità […], considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura." (C.D., art. 20).
- "Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale. La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale", come pure "la sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi" (C.D., art. 10, commi 1-2 e 6).
- "Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza […]." (C.D., art. 11, comma 1).
- "L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile. […] Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente" e "tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano" (C.D., art. 35, commi 1 e 3-4).
- "Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale." (C.D., art. 38, comma 1).
- "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte." (C.D., art. 17).
- "Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore ed al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita." (C.D., art. 39, comma 1).

Nei confronti dei colleghi o di altre professioni:

- "Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione ed al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità […], affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita" e, "in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti" (C.D., art. 58, commi 1-2 e 4).
- "I medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica." (C.D., art. 61).
- "Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competen-

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

ze, autonomie e correlate responsabilità." (C.D., art. 66, comma 1).

- "Il medico deve collaborare con il proprio Ordine nell'espletamento delle funzioni e dei compiti ad esso attribuiti dall'ordinamento." (C.D., art. 64, comma 1): gli è vietato "collaborare a qualsiasi titolo o di favorire, fungendo da prestanome od omettendo la dovuta vigilanza, chi eserciti abusivamente la professione" e, nel caso in cui "venga a conoscenza di prestazioni effettuate da non abilitati alla professione di medico, o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente" (C.D., art. 67).

Nei confronti della collettività:

- "Il medico si adopera per la prevenzione, la cura, il recupero clinico e il reinserimento sociale della persona affetta da qualsiasi forma di dipendenza fisica o psichica, nel rispetto dei diritti della stessa, collaborando con le famiglie, le istituzioni sociosanitarie pubbliche o private e le associazioni di protezione sociale." (C.D., art. 75).
- "Il medico promuove ed attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale." (C.D., art. 55, comma 1).
- "Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate ed accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie." (C.D., art. 56, comma 4).

Secondo il Codice Deontologico della professione medica, il **giuramento professionale** è obbligatorio: "Il medico deve prestare il giuramento professionale che è parte costitutiva del Codice stesso." (C.D., art. 1, comma 5). Chi non presta il giuramento entro i primi 2 anni dall'iscrizione all'Albo professionale è passibile di provvedimento disciplinare.
L'OMCeO di Siena è solito dare il benvenuto ai nuovi iscritti che prestano giuramento con una cerimonia all'interno dell'Assemblea annuale (che generalmente si tiene nel mese di aprile): è il medico neoabilitato più giovane a leggere lo storico giuramento scritto da Ippocrate, mentre il secondo medico per minore età anagrafica ne legge la stesura moderna [allegato A]; infine, tutti i medici pronunciano un corale "Lo giuro!".

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

3) PREVIDENZA E ASSISTENZA

Fondazione ENPAM

La Fondazione ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri) è l'ente di diritto privato, senza scopo di lucro e dotato di proprie autonomie (gestionale, organizzativa, amministrativa e contabile) che garantisce tutela previdenziale ed assistenziale a favore degli iscritti, dei loro familiari e dei superstiti. L'ENPAM è sottoposto a vigilanza dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.
L'iscrizione all'ENPAM è obbligatoria, a prescindere dal fatto che effettivamente si eserciti la professione o si sia iscritti ad altri fondi previdenziali parimenti obbligatori, e avviene contestualmente all'iscrizione all'OMCeO: dopo circa 1 mese dall'iscrizione all'Albo professionale l'Ordine riceve dall'ENPAM il codice identificativo di ogni nuovo iscritto che potrà essere utilizzato per ogni contatto con la Fondazione.
La contribuzione dovuta all'ENPAM, anch'essa obbligatoria, determina benefici sui piani previdenziali e assistenziali che hanno effetto a partire dal primo giorno di iscrizione.
L'iscrizione all'ENPAM è possibile, in forma facoltativa, anche per gli studenti del 5° e 6° anno dei corsi di laurea di Medicina e Chirurgia e di Odontoiatria, che potranno così anticipare l'inizio della loro storia contributiva maturando anni di anzianità prima dei tempi consueti e godendo sin da subito del sistema di welfare (garanzie assistenziali e previdenziali) della Fondazione.
Gli studenti che vogliono iscriversi possono farlo solo attraverso una procedura online all'indirizzo www.preiscrizioni.enpam.it, compilando i moduli con i loro dati personali e i riferimenti dell'università che stanno frequentando (indirizzo, e-mail, telefono della segreteria). L'iscrizione effettuata riguarderà la "quota A" del fondo di previdenza generale (vedi oltre): gli studenti pagheranno la metà del contributo stabilito in base all'età e avranno la facoltà di scegliere se pagare subito o rimandare i versamenti al momento dell'iscrizione all'OMCeO (il saldo deve comunque avvenire entro 3 anni dalla data di preiscrizione). I contributi sono deducibili, anche dai genitori (qualora gli studenti siano a loro carico).
Per ulteriori informazioni rispetto a quanto segue: www.enpam.it.

Tutela previdenziale

La tutela previdenziale si divide in contribuzione obbligatoria (fondi previdenziali generale e speciali) e volontaria (previdenza integrativa), e la pensione ENPAM che ne deriva è una prestazione economica che si compone di varie voci:

- la pensione di base (quota A), che spetta a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine;
- le eventuali quote calcolate sui contributi versati in base alla propria attività professionale (es.: quota B per la libera professione, quota per la Medicina Generale, quota per la specialistica ambulatoriale, quota per la specialistica esterna).

La pensione dell'ENPAM può essere sommata alle prestazioni previdenziali di altri enti (es.: pensione INPS dei medici dipendenti) e per conoscerne l'importo e quando si raggiungeranno i requisiti per il pensionamento è possibile:

- accedere al servizio di "busta arancione" direttamente dall'area riservata del sito dell'ENPAM;
- interfacciarsi direttamente con i consulenti ENPAM presso la sede della Fondazione a Roma;
- recarsi presso il proprio OMCeO provinciale e usufruire del servizio di videoconsulenza;
- sfruttare le postazioni allestite dall'ENPAM in occasione di convegni e incontri organizzati dagli OMCeO provinciali.

La domanda di pensione, anticipata e di vecchiaia, si fa online direttamente dall'area riservata del sito dell'ENPAM.
Tra le varie gestioni previdenziali dell'ENPAM vige un principio di sommatoria interna automatica e gratuita: quando viene richiesta un'anzianità contributiva minima, non è necessario che i periodi siano tutti sulla stessa gestione (es.: sulla quota B) ma, se non sono coincidenti, si sommano anche quelli in altre gestioni (fondi previdenziali speciali). Ai fini di questa sommatoria di norma non valgono i periodi di quota A (valgono solo quelli che hanno accolto una ricongiunzione oppure se si riferiscono a un periodo d'iscrizione facoltativa da studente prima della laurea).
Al momento di andare in pensione si può scegliere, in alcuni casi, se prendere tutto in rendita mensile oppure una parte in capitale (fino a un massimo del 15% dell'importo maturato) e il resto in rendita ("tratta-

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

mento misto"): la scelta è riservata a chi ha maturato il diritto a una pensione ≥ al doppio del minimo INPS o ne è già titolare presso ENPAM o un altro ente. L'opzione per il trattamento misto (con l'indicazione della percentuale di capitale richiesta) va indicata nel modulo di pensione ed è possibile per tutte le gestioni dell'ENPAM ad esclusione della quota A, ma non è accessibile se si fa domanda per la pensione di inabilità assoluta e permanente o per la pensione indiretta (quella che può essere chiesta dai familiari degli iscritti deceduti prima di andare in pensione).
Con l'ENPAM i contributi versati non vanno mai persi: la Fondazione infatti restituisce i contributi pagati nel caso in cui non si raggiungono i requisiti minimi per la pensione (la restituzione è prevista anche per i familiari nel caso di morte dell'iscritto). La restituzione è prevista:

- fondo di previdenza generale → iscritto che a 68 anni ha meno di 5 anni di anzianità contributiva sulla quota A e non ha utilizzato questi anni per la ricongiunzione, la totalizzazione o il cumulo;
- fondo della medicina convenzionata a accreditata → iscritti non più attivi al fondo con un'anzianità contributiva inferiore a 15 anni (per il calcolo degli anni valgono anche i periodi contributivi sulla quota B che non sono coincidenti);
- medici cancellati dall'OMCeO → anzianità contributiva inferiore a 15 anni (con un'anzianità contributiva superiore, invece, si prende la pensione).

Le somme versate vengono restituite con gli interessi (4,5% annuo), al netto di una quota di solidarietà (12%) che serve a finanziare le pensioni d'inabilità e quelle ai coniugi superstiti e agli orfani. Al momento di chiedere la pensione all'ENPAM si compilano i moduli che si trovano nell'area riservata: se con i contributi versati non si raggiungono i requisiti minimi per la pensione (il calcolo viene fatto dagli uffici) si riceverà l'indennità di restituzione.

Fondo previdenziale generale
Il fondo previdenziale generale prevede il pagamento della "quota A" e della "quota B".
La **quota A** è un contributo fisso obbligatorio per tutti gli iscritti all'OMCeO, indipendente dal reddito annuo (va quindi pagato anche se non si percepisce alcun reddito professionale) e utile per un duplice scopo: far maturare una posizione previdenziale con interessi vantaggiosi e accedere a tutti i servizi offerti dall'ENPAM (vedi oltre).
L'importo della "quota A" dipende dall'età dell'iscritto e viene rimodulato periodicamente dall'ENPAM, a titolo esemplificativo:

- circa 250 € per tutti gli iscritti, fino al compimento del 30° anno di età;
- circa 500 € dal compimento del 30° anno di età fino al compimento del 35° anno di età;
- circa 940 € dal compimento del 35° anno di età fino al compimento del 40° anno di età;
- circa 1.700 € per tutti gli iscritti, dal compimento del 40° anno di età e fino al pensionamento.

La "quota A" può essere versata:

- in un'unica soluzione annua (entro il 30 aprile);
- in 4 rate senza interessi (scadenze: 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre).

Le modalità di pagamento sono due:

- bollettino MAV;
- domiciliazione bancaria, la cui richiesta va effettuata entro il 15 marzo tramite la compilazione di un apposito modulo presente nella propria area riservata del sito della Fondazione.

La **quota B**, invece, è un contributo variabile ed interamente deducibile che viene stabilito su una percentuale (15,50% per l'aliquota intera) del reddito professionale[1] prodotto nell'anno precedente e dichiarato ai fini IRPEF: non tutti i professionisti ne sono assoggettati, poiché il versamento di questa quota dipende dalla tipologia (riguarda l'attività libero professionale) e dall'entità (dev'essere superiore a una certa soglia specificata nel modello D, vedi oltre) del reddito.
Normalmente, gli importi da versare per la quota B si riferiscono a chi contribuisce con aliquota intera, ma vi sono alcune categorie che possono usufruire di aliquote ridotte (la lista è reperibile sul sito dell'ENPAM): tra coloro che pagano con aliquota del 2% ricordiamo gli iscritti che contribuiscono ad altre forme di contri-

[1] Vanno dichiarati tutti i redditi prodotti con attività libero-professionale che non siano soggetti ad altre forme di copertura previdenziale obbligatoria, compresi anche i redditi derivanti dalla borsa di studio del CFSMG; sono invece esclusi i redditi prodotti da un rapporto di lavoro di convenzione/accreditamento con il SSN. Per non incorrere in errori vi consigliamo comunque di controllare sempre le istruzioni di compilazione allegate al modello e, in caso di necessità, di chiedere assistenza alla Fondazione attraverso il call center o di farsi assistere da un commercialista.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

buzione obbligatoria (compresi i fondi speciali) e i tirocinanti del CFSMG. Di tale riduzione va fatta esplicita richiesta, e una volta ritornati alla contribuzione intera il passaggio risulta irreversibile.
Per il calcolo[2] della "quota B" è necessario compilare, all'interno della propria area riservata sul sito dell'ENPAM, l'apposito ***modello D***, personalizzato sulla base della posizione contributiva del singolo professionista; sono esentati da questa operazione i professionisti il cui reddito da dichiarare è stato pari o inferiore alla soglia indicata sul modello stesso. Le istruzioni per compilare il modello D sono rintracciabili all'interno della guida "Dalla laurea alla pensione" pubblicata dall'ENPAM.
Il modello D va compilato entro il 31 luglio per dare tempo all'ENPAM di calcolare l'importo dovuto. La "quota B" potrà poi essere versata:

- in un'unica soluzione annua (entro il 31 ottobre);
- in 2 rate senza interessi (scadenze: 31 ottobre e 31 dicembre);
- in 5 rate senza interessi (scadenze: 31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile, 30 giugno), esclusi gli interessi legali (pari a circa 0,1%) applicati alle 3 rate versate nell'anno successivo (febbraio, aprile, giugno).

Anche in questo caso le modalità di pagamento sono due:

- bollettino MAV;
- domiciliazione bancaria.

DIFFERENZE		
	QUOTA A	***QUOTA B***
Cos'è?	contributo fisso	contributo variabile
Chi deve pagare?	tutti gli iscritti	gli iscritti che superano una certa quota di redditi libero professionali
A quanto ammonta?	l'importo dipende dall'età dell'iscritto	l'importo dipende dall'attività libero professionale ed è proporzionale al reddito prodotto l'anno precedente
Cosa bisogna fare?	-	compilare il modello D (entro il 31 luglio)
Quando va pagata?	- in soluzione unica (entro il 30 aprile) - in 4 rate (30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre)	- in soluzione unica (entro il 31 ottobre) - in 2 rate (31 ottobre, 31 dicembre) - in 5 rate (31 ottobre, 31 dicembre, 28 febbraio, 30 aprile, 30 giungo)
Come può essere pagata?	bollettino MAV o domiciliazione bancaria	bollettino MAV o domiciliazione bancaria
N.B. Nel caso in cui il bollettino MAV non arrivi entro la/e scadenza/e, il medico dovrà scaricarlo autonomamente attraverso l'area riservata del sito della Fondazione.		

Fondi previdenziali speciali

Al fondo di previdenza generale si accosta un unico fondo per i medici convenzionati e accreditati, suddiviso in 3 gestioni: medicina generale (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta), specialistica ambulatoriale (compresa anche la medicina dei servizi) e specialistica esterna.
Il versamento di tale contributo obbligatorio è effettuato in modo diretto e per intero da parte degli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale (o altri Istituti): ciò significa che la ASL trattiene la somma dallo stipendio del medico e la versa automaticamente all'ENPAM.

Previdenza integrativa

Gli iscritti che vogliono aumentare la propria rendita pensionistica futura e le persone fisiche a loro carico possono costruirsi una pensione integrativa scegliendo di aderire a un fondo pensione.
I vantaggi della pensione complementare sono di potersi assicurare, nel momento in cui si smetterà di lavorare, un tenore di vita adeguato alle proprie aspettative, oltre al vantaggio immediato del risparmio fiscale: i contributi previdenziali integrativi sono infatti deducibili dal reddito IRPEF dell'intestatario (o del capofamiglia, nel caso dei familiari a carico) fino a un massimo di 5.164,57 € all'anno.
L'IRPEF sulle pensioni normali arriva al 43% (più le addizionali locali), mentre la tassazione sulla rendita vitalizia della previdenza integrativa è al massimo del 15%: è però importante iniziare a versare il prima possibi-

[2] Per calcolare il reddito di "quota B" bisogna considerare il reddito libero professionale e sottrarvi le spese sostenute per produrlo (le cosiddette "spese scaricabili", calcolabili dividendo il prodotto tra compensi libero professionali e spese totali con la somma tra compensi libero professionali e compensi di convenzione/accreditamento con il SSN): se il risultato di questa operazione supera la soglia indicata nel modello D, questo documento va compilato e inviato all'ENPAM.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

le, anche con cifre minime, perché tale imposta viene ridotta dello 0,3% per ogni anno eccedente il 15esimo di adesione (fino a un minimo di tassazione del 9,75%); la tassazione è invece nulla per i contributi non dedotti.
In generale i fondi pensione sempre legati all'intestatario e non alla data di sottoscrizione, dunque anche se si cambiasse fondo non si azzererebbe il conto sulla tassazione sulla rendita vitalizia; inoltre spesso il capitale è svincolabile in tutto (es.: acquisto prima casa) o in parte in caso di necessità.
La Fondazione ENPAM si fa promotore di FondoSanità, il fondo chiuso riservato ai lavoratori del settore della sanità che si caratterizza per:

- possibilità di rendita e/o capitale (fino a un massimo del 50%) al momento del pensionamento;
- anticipazioni fino al 75% per malattia (in ogni momento) o per acquisto/ristrutturazione della prima casa (dopo 8 anni), e fino al 30% per altre cause (dopo 8 anni);
- riscatto totale/parziale per perdita requisiti, invalidità, inoccupazione, mobilità, cassa integrazione, decesso (secondo le condizioni previste nello statuto);
- rendita integrativa temporanea anticipata (RITA);
- possibilità di trasferire la propria posizione ad altra forma pensionistica complementare dopo 2 anni dall'adesione;
- suddivisione degli investimenti in tre comparti con diversi rapporti tra azioni e obbligazioni (scudo, progressione, espansione), la cui gestione è improntata a criteri di sana e prudente amministrazione delle risorse, avuto riguardo alla diversificazione degli investimenti, alla massimizzazione dei rendimenti netti attesi in condizioni di rischio diversificato anche per controparte.

Per quanto riguarda la contribuzione, non c'è un'aliquota fissa ma si può scegliere, in base alle proprie esigenze, quanto e quando versare. Per aderire è necessario compilare il modulo di adesione presente sul sito (www.fondosanita.it), indicare gli eventuali beneficiari della prestazione e pagare la quota associativa d'iscrizione (una tantum) di circa 25 € (che è però gratuita per gli under35).

Strategie previdenziali per aumentare la pensione

Gli iscritti hanno a disposizione diverse soluzioni per migliorare la posizione previdenziale e aumentare l'assegno di pensione. Si tratta di strumenti flessibili che possono essere adattati secondo gli obiettivi che si vogliono raggiungere e in base alle disponibilità economiche del momento e i cui costi sono interamente deducibili. In base al tipo di attività svolta si può decidere di attivare questi strumenti sulle gestioni previdenziali a cui si versano i contributi (ad eccezione della Quota A).
Quando si valuta l'opportunità del riscatto è però importante valutare quali sono i costi/benefici dell'operazione in termini di costo del riscatto, incremento dell'anzianità contributiva, aumento della pensione futura e risparmio fiscale.
Ultimo dettaglio da tenere presente: non è possibile riscattare presso l'ENPAM un periodo già riscattato all'INPS (mentre è possibile fare il contrario): quindi, prima di fare un riscatto con l'INPS, magari perché agevolato nei costi, è bene accertarsi di poter fare un riscatto più conveniente presso l'ENPAM.
Le varie strategie possibili sono riassunte nella tabella sottostante:

TIPOLOGIA	COSTO	VANTAGGI
RISCATTO Serve a coprire, su tutte le gestioni a eccezione della quota A, periodi non coperti da contribuzione previdenziale (es.: corso di laurea, servizio militare o civile, corso di specializzazione frequentato entro il 31/12/2006, CFSMG frequentato entro il 04/11/2010). La lista completa dei periodi riscattabili è pubblicata sul sito dell'ENPAM.	Varia in base agli anni che si scelgono di coprire e al reddito dell'iscritto che fa domanda (il costo del riscatto si ottiene moltiplicando l'incremento pensionistico, determinato dal riscatto stesso, per il coefficiente di capitalizzazione che varia in base a sesso, età e anzianità contributiva).	1. aumenta l'anzianità contributiva per andare in pensione 2. aumenta l'assegno pensionistico 3. si può scegliere quanti anni riscattare
ALLINEAMENTO Consente di allineare i contributi già pagati a una contribuzione più alta versata nei periodi in cui si è lavorato di più e quindi il reddito è stato maggiore. Per la libera professione (quota B) si al-	Varia in base a quanti anni si sceglie di allineare (il costo dell'allineamento si ottiene moltiplicando l'incremento pensionistico, determinato dal riscatto stesso, per il coefficiente di capitalizzazione che	1. aumenta l'assegno pensionistico 2. è possibile fare allineamenti parziali 3. si può fare più volte nel corso degli anni

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

lineano i contributi inferiori al contributo più alto degli ultimi 3 anni. Per la Medicina Generale si allineano i contributi inferiori alla media annua dei contributi versati negli ultimi 3 anni coperti da contribuzione effettiva.	varia in base a sesso, età e anzianità contributiva effettiva maturata al momento della domanda).	
PERIODO PRECONTRIBUTIVO Serve per riscattare il periodo nel quale non risultano contributi versati per la libera professione. Per i medici chirurghi è il periodo compreso tra l'anno successivo all'iscrizione all'albo e il 01/01/1990 (data di istituzione della gestione della quota B). Per gli odontoiatri è il periodo compreso tra l'anno successivo all'iscrizione all'albo e il 01/01/1995 (data di inizio dell'obbligo contributivo all'ENPAM).	Varia in base a quanti anni si sceglie di coprire e al reddito dell'iscritto che fa domanda (il costo dell'allineamento si ottiene moltiplicando l'incremento pensionistico, determinato dal riscatto stesso, per il coefficiente di capitalizzazione che varia in base a sesso, età e anzianità contributiva).	1. aumenta l'anzianità contributiva per andare in pensione 2. aumenta l'assegno pensionistico 3. si può scegliere quanti anni riscattare
CONTRIBUTO VOLONTARIO PER GENITORIALITÀ Serve a coprire i periodi privi di contribuzione per eventi collegati alla genitorialità (es.: gravidanza, adozione/affidamento, interruzione di gravidanza) e si fa sulla quota B della libera professione.	Il contributo è calcolato sulla base del reddito libero professionale, in assenza del quale il contributo volontario è calcolato su un reddito forfettario pari al trattamento minimo INPS.	1. aumenta l'anzianità contributiva per andare in pensione 2. aumenta l'assegno pensionistico

Tutela assistenziale

Polizze assicurative per malattia/infortunio e non autosufficienza

L'ENPAM ha stipulato una polizza assicurativa per tutelare i Medici di Medicina Generale (ACN 2019-2021, art. 48, comma 5) nei primi 30 giorni di malattia/infortunio (link per il manuale operativo: www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=398&lang=it).

Dal 31° giorno di malattia/infortunio, invece, l'ENPAM garantisce una specifica indennità a tutti gli iscritti di età < 68 anni che svolgono attività libero-professionale e che sono in regola con gli adempimenti dichiarativi e contributivi al fondo previdenziale generale. Tale indennità:

- è agganciata al reddito libero professionale dichiarato (per chi versa la quota B con l'aliquota intera del 19,5% il sussidio è pari all'80% del reddito dichiarato con il modello D, al netto quindi dell'importo già assoggettato alla quota A, mentre per chi versa la quota B con l'aliquota ridotta il sussidio viene rideterminato tenendo conto della percentuale versata);
- è calcolata su base giornaliera;
- spetta per un massimo di 24 mesi (anche non continuativi nell'arco degli ultimi 48 mesi);
- può essere richiesta dagli iscritti che hanno almeno 3 anni solari (1 gennaio – 31 dicembre) di iscrizione e contribuzione alla quota B, di cui 1 nell'anno che precede l'evento (malattia o infortunio).

Sono tutelati dall'ENPAM anche i liberi professionisti che hanno un solo anno di contribuzione alla quota B con un sussidio giornaliero di 33,50 €: tale tutela scatta dal 61° giorno e viene pagata fino a un massimo continuativo di 365 giorni. A differenza della normale indennità, per richiedere il sussidio riservato ai neoiscritti sono previsti dei limiti di reddito: il reddito complessivo del nucleo familiare, di qualsiasi natura, riferito all'anno precedente, non deve infatti superare 6 volte l'importo del trattamento minimo INPS relativo all'anno precedente alla malattia, e il limite è aumentato di 1/6 per ogni componente del nucleo familiare, escluso chi fa la domanda, ma l'incremento raddoppia per ogni componente riconosciuto invalido con una percentuale ≥ 80%.

L'ENPAM offre inoltre una polizza "long term care" in caso di non autosufficienza, che permette agli iscritti e ad alcuni pensionati (quelli che al 1° agosto 2016 non avevano compiuto 70 anni e non avevano già in atto

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

condizioni di non autosufficienza) di beneficiare di un assegno esentasse di 1.200 € al mese per tutta la vita. Le caratteristiche di questa polizza sono le seguenti:

- l'adesione è automatica, senza che sia richiesto alcun esborso;
- non prevede limiti di reddito, si aggiunge alle tutele già previste dall'ENPAM e a ogni altro eventuale reddito percepito;
- sono coperti i casi in cui viene certificata la mancanza di almeno 3 su 6 ADL (Activities of Daily Life: lavarsi, vestirsi, nutrirsi, andare in bagno, mobilità, spostarsi) e gli iscritti a cui viene diagnosticato il morbo di Parkinson o di Alzheimer, a condizione che queste malattie non siano già insorte prima del momento di attivazione della copertura (1° agosto 2016);
- non sono esclusi dalla copertura gli iscritti che alla data del 1° agosto 2016 soffrivano di patologie pregresse o presentavano difetti fisici (che in futuro possano dare origine a condizioni di non autosufficienza), né i medici o i dentisti affetti da patologie mentali di origine non organica, o chi aveva compiuto atti di autolesionismo e tentativi di suicidio.

È infine possibile una garanzia ancora più solida tramite un versamento aggiuntivo a titolo individuale, volontario e detraibile dalle tasse: entro il mese di maggio di ogni anno si può incrementare la rendita mensile della polizza da 1.200 € fino a 1.560 € o a 1.800 € attraverso l'adesione, direttamente dall'area riservata del sito dell'ENPAM, a un contributo aggiuntivo, subordinato alla compilazione di un questionario sanitario e all'accettazione da parte dell'assicurazione, che si può pagare con carta di credito oppure tramite bonifico bancario; in caso di rinnovo dall'anno precedente non è necessario compilare un nuovo questionario sullo stato di salute, ma solamente la modulistica di rinnovo.

Sistema di welfare

I medici e gli odontoiatri che si trovano in situazioni di difficoltà, personali o riguardanti la propria famiglia, possono chiedere un sostegno economico.

Sussidio in caso di disagio

Gli iscritti che si trovano in difficoltà economiche possono ricevere dall'ENPAM un sussidio fino a circa 9.000 € per:

- spese di interventi chirurgici, anche se sono stati fatti all'estero, e spese accessorie che non siano state rimborsate a qualsiasi altro titolo;
- malattie che hanno richiesto cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del Ssn;
- spese di assistenza per anziani, malati non autosufficienti e portatori di handicap che fanno parte del nucleo familiare;
- spese sostenute dal nucleo familiare per la malattia o il decesso dell'iscritto/a entro i dodici mesi successivi all'evento;
- spese funerarie per il decesso di un familiare convivente;
- spese straordinarie per eventi imprevisti.

In casi eccezionali, per eventi particolarmente gravi, l'ENPAM può concedere con un provvedimento motivato (e con situazione adeguatamente documentata) un aiuto economico che non tiene conto del requisito del reddito e del limite massimo di rimborso previsto (in questo caso il sussidio ammonta a circa 5.000 € e non è prevista per gli studenti iscritti all'ENPAM).

Per il sussidio in caso di disagio, concesso una volta all'anno (solare) e per il quale sono previsti requisiti di reddito[3]), possono fare domanda:

- i medici e gli odontoiatri attivi;
- i pensionati con un'anzianità di iscrizione all'Albo precedente al pensionamento di almeno 10 anni;
- gli studenti che hanno scelto di iscriversi all'ENPAM;
- il familiare titolare di una pensione indiretta o di reversibilità a carico dell'ENPAM indicato dagli altri componenti della famiglia aventi diritto.

Sussidi per calamità naturali

In caso di calamità naturali è possibile chiedere un contributo economico all'ENPAM se si sono verificati danni a beni immobili (prima abitazione e/o studio professionale di cui si è titolari di diritto di proprietà e/o

[3] Il reddito non può essere superiore a 6 volte il trattamento minimo INPS; il limite è aumentato di 1/6 per ogni componente del nucleo familiare (escluso chi ne fa domanda) e l'incremento raddoppia per ogni componente riconosciuto invalido ≥ 80% (per determinare l'importo, dal reddito complessivo del nucleo familiare devono comunque essere dedotte le spese eventualmente sostenute per i casi per cui è previsto questo sussidio).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

usufrutto, ma se si è comproprietari il danno viene risarcito in misura proporzionale alla quota di proprietà) e/o mobili (anche se non si è proprietari dell'immobile, ad es.: automobile, attrezzature sanitarie, mobili). Possono fare richiesta di tale sussidio gli iscritti attivi e i pensionati, ma anche i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità a carico dell'ENPAM.
La somma massima rimborsabile ammonta a circa 20.000 € (somma indicizzata annualmente) e l'ENPAM può contribuire anche a pagare fino al 75% degli interessi sui mutui edilizi accesi da iscritti o familiari superstiti per ricostruire o riparare la casa e/o lo studio professionale danneggiati (il limite massimo di tale rimborso è di circa 10.000 € all'anno per un periodo non superiore a 5 anni).
Per avere diritto a tali somme, esentasse e non vincolate a soglie di reddito, è necessario essere residenti nel/i Comune/i in cui lo "stato di calamità" è stato riconosciuto con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (ma se tale stato non è riconosciuto è comunque possibile chiedere un sussidio straordinario, vincolato però a limiti di reddito).
Per i liberi professionisti che versano la quota B (per almeno 1 anno nei 3 anni che precedono la domanda) sono previsti due sussidi extra (per cui possono fare domanda i liberi professionisti attivi e pensionati, compresi i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità):

- sussidio di circa 6.000 € (somma indicizzata annualmente);
- sussidio sostitutivo del reddito di quasi 3.000 € al mese (o, per frazioni di mese, di circa 80 € al giorno) per massimo 12 mesi (riservato agli iscritti che esercitano solo in libera professione, se per i danni subiti sono stati costretti a interrompere l'attività professionale e quindi non hanno avuto reddito).

Sussidi per la retta di case di riposo o per l'assistenza domiciliare
I medici pensionati che si trovano in una situazione di difficoltà economica, possono chiedere all'ENPAM un sostegno per pagare la retta di soggiorno in case di riposo: il contributo previsto per ogni giornata di presenza effettiva nella casa di riposo è di circa 60 € e l'importo non può superare il 75% della retta effettivamente pagata.
Tale sussidio, vincolato a requisiti di reddito[4], può essere richiesto anche per il coniuge convivente e i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità di età > 65 anni.
In alternativa, in caso di non autosufficienza, i pensionati che abbiano un'anzianità di iscrizione all'albo precedente al pensionamento di almeno 10 anni possono chiedere un sussidio per l'assistenza domiciliare (non cumulabile con il contributo per le case di riposo né con la polizza "long term care"): il contributo previsto è di circa 650 € al mese (il pagamento decorre dal primo giorno successivo alla presentazione della domanda), e per i pensionati di quota B è anche possibile richiedere un incremento mensile del 50% (possibilità prevista anche per il coniuge convivente o dell'iscritto/a deceduto/a, previa adeguata motivazione).
Tale sussidio, vincolato a requisiti di reddito[5], è previsto anche per i familiari titolari di una pensione indiretta o di reversibilità (solo se di età < 50 anni e con un reddito annuo che non superi il trattamento minimo INPS) e per il coniuge convivente.

Pensione di inabilità assoluta e permanente
La pensione di invalidità spetta ai medici e agli odontoiatri che sono diventati invalidi in modo assoluto e permanente all'esercizio della professione prima di aver compiuto l'età per la pensione di vecchiaia. L'invalidità deve essere accertata dalla commissione medica dell'OMCeO a cui il professionista è iscritto (non sono ammessi altri verbali di visita, ad es.: commissione medica INPS) e per tale sussidio non è previsto un requisito minimo di anzianità contributiva ma solo l'iscrizione alla quota A: è l'ENPAM, infatti, a integrare l'anzianità contributiva dell'iscritto con gli anni che mancano per arrivare all'età pensionabile, fino a un massimo di 10 anni. L'incremento scatta anche sulle gestioni dell'ENPAM su cui si è attivi (es.: il Fondo della medicina convenzionata e accredita per l'attività in convenzione con il SSN e, per la libera professione, la quota B del Fondo di previdenza generale).
In ogni caso, dunque, l'iscritto può contare su un'entrata minima di circa 17.000 € all'anno; se è titolare di altre pensioni a carico di altri enti obbligatori e la somma dei vari assegni è inferiore a tale somma, l'ENPAM versa la differenza; se è superiore, invece, l'iscritto non ha diritto all'incremento.

[4] Il reddito non può essere superiore a 3 volte il minimo INPS o, per gli iscritti rimasti esclusi dalla polizza "long term care", a 4 volte il minimo INPS.
[5] Il reddito non può essere superiore a 6 volte il minimo INPS o, per gli iscritti rimasti esclusi dalla polizza "long term care", a 9 volte il minimo INPS; il limite è aumentato di 1/6 per ogni componente del nucleo familiare (escluso chi ne fa domanda) e l'incremento raddoppia per ogni componente riconosciuto invalido ≥ 80%.

Il medico dipendente che è divenuto totalmente inabile al lavoro può richiedere la pensione sia all'ENPAM sia all'INPS e ricevere così due pensioni autonome. Bisogna però ricordare che l'INPS garantisce una pensione se si risulta inabili in modo assoluto e permanente a qualsiasi lavoro proficuo (non solo alla professione) e si possiedono 5 anni di anzianità contributiva di cui 3 nei 5 anni precedenti alla domanda; in questo caso, inoltre, l'inabilità deve essere accertata dalla commissione medica legale dell'INPS. I medici dipendenti quindi dovranno fare l'accertamento per entrambi gli enti, secondo le regole di ciascuno, e le pensioni verranno calcolate con gli incrementi di anzianità previsti in questi casi sia dall'ENPAM che dall'INPS. È anche possibile però chiedere la pensione di inabilità in cumulo e fare l'accertamento medico solo presso l'ente a cui si fa domanda di pensione (ENPAM o INPS): con la scelta del cumulo si avrà diritto all'incremento solo da parte dell'ente istruttore, ma il beneficio verrà ripartito economicamente in misura proporzionale tra le diverse gestioni previdenziali coinvolte.
I liberi professionisti che versano la quota B e sono titolari di una pensione d'inabilità assoluta e permanente dell'ENPAM possono chiedere un aiuto economico straordinario (di circa 5.000 € all'anno) per coprire spese legate al proprio stato di salute o di un familiare, purché il loro reddito non superi 6 volte il trattamento minimo INPS (aumentato di 1/6 per ogni componente del nucleo, escluso chi fa la domanda. Tale assegno si aggiunge eventualmente al sussidio previsto in caso di disagio.

Pensione indiretta e di reversibilità
I familiari degli iscritti deceduti hanno diritto a ricevere una pensione dall'ENPAM:

- la rendita è una percentuale della pensione che il professionista percepiva al momento del decesso (pensione di reversibilità);
- se la morte è avvenuta quando il medico era ancora in attività, invece, l'assegno consiste in una percentuale della pensione a cui il medico avrebbe avuto diritto se, al momento del decesso, fosse diventato inabile in modo assoluto e permanente all'esercizio della professione medica/odontoiatrica (pensione indiretta); per la pensione indiretta l'ENPAM non prevede requisiti minimi di anzianità contributiva dell'iscritto (come per la pensione d'inabilità, infatti, è previsto un incremento di anzianità di 10 anni al massimo, che diventano 20 nei decessi per CoViD-19).

La pensione di reversibilità o quella indiretta si cumula a quelle eventualmente erogate da altri enti (es. INPS): se si è titolari di altre pensioni a carico di altri enti obbligatori e la somma dei vari assegni è inferiore all'importo minimo garantito, l'ENPAM versa la differenza; se è superiore, invece, non si ha diritto all'incremento.
La quota che va ai familiari è calcolata in percentuali diverse: se si chiedono pensioni separate, l'ENPAM verserà percentuali normalmente più elevate, mentre le percentuali sono di norma più basse sia per la pensione di competenza INPS sia nel caso di pensione in cumulo. L'ENPAM inoltre non decurta mai la pensione che eroga ai familiari, mentre l'INPS è tenuto per legge a farlo nel caso in cui i beneficiari abbiano altri redditi (compresa la pensione ENPAM).

Borse di studio per figli e orfani
Per i figli di medici e odontoiatri sono previste diverse borse di studio, soggette a requisiti di reddito (più favorevoli all'aumentare del numero di componenti del nucleo familiare del richiedente e nel caso siano presenti familiari con invalidità) e di merito, per le spese scolastiche e universitarie.
Gli orfani possono contare su un contributo economico dell'ENPAM a partire dalle scuole medie fino all'università: l'assegno annuale va da oltre 800 € fino a oltre 3.000 €, cumulabili con le altre prestazioni assistenziali previste per gli orfani e per i componenti del nucleo familiare. Ogni anno, inoltre, vengono bandite le borse per la frequenza nei collegi ONAOSI.
In memoria dei medici deceduti per CoViD-19, invece, il fondo ENPAM-BANKITALIA eroga borse di studio per gli orfani che coprono tutto il percorso di studi dalle scuole primarie all'università: l'assegno annuale, che non prevede requisiti di reddito e può essere richiesto una volta l'anno per ciascun figlio, va da 500 € fino a oltre 1.500; in alternativa sono previsti assegni di mantenimento di 2.500 € per il coniuge e per gli orfani inabili in modo assoluto e permanente oppure per ogni figlio in condizioni di disagio economico. Questi sussidi possono essere cumulati con gli altri aiuti previsti dall'ENPAM.
Gli iscritti possono inoltre chiedere per i propri figli un contributo per la retta dei collegi universitari di merito, con precedenza agli iscritti ai corsi in Medicina e Odontoiatria. Tale borsa di studio, il cui importo viene stabilito ogni anno dal Consiglio di amministrazione, non è compatibile con analoghi sussidi, indennità o trattamenti economici garantiti da un altro ente previdenziale.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Per i figli universitari dei medici che versano i contributi alla quota B, infine, è prevista una borsa di studio per l'università il cui importo viene stabilito ogni anno dal Consiglio di amministrazione e aumenta del 50% per i laureati con 110 e lode; ai liberi professionisti che versano i contributi con aliquota ridotta, però, l'importo della borsa di studio viene rideterminato.

Mutui, credito agevolato e altri vantaggi

I mutui ENPAM per la prima casa e lo studio professionale offrono la possibilità di finanziamento a molti medici e dentisti che altrimenti non avrebbero i requisiti per accedere al credito da parte di una banca; la domanda di mutuo per l'acquisto dello studio professionale può essere presentata anche dai medici o dentisti riuniti in associazione o in società di professionisti.

I prestiti messi a disposizione sono fino a 300.000 € e comunque fino all'80% del valore dell'immobile, che possono essere utilizzati per l'acquisto della prima casa o di uno studio professionale, oppure per la sostituzione di un mutuo ipotecario esistente contratto in precedenza; per l'esecuzione di lavori di ristrutturazione o ampliamento dell'abitazione di proprietà o dell'immobile utilizzato per l'attività lavorativa si possono chiedere fino a 150.000 €. Qualora successivamente alla concessione del mutuo l'iscritto trovasse condizioni migliori, potrà sempre chiedere di trasferirlo a una banca con lo strumento della surroga.

Tutti gli iscritti possono inoltre attivare gratuitamente la carta di credito della Fondazione ENPAM, in convenzione con la Banca Popolare di Sondrio, utilizzabile per spese di qualsiasi tipo e per rateizzare il pagamento dei contributi fino a 30 rate, con TAN del 9,875% su base annua (che comprende un tasso BCE del 3,75%), mentre sul versamento in unica soluzione non ci sono interessi.

Convenzioni

L'ENPAM offre la possibilità a tutti i suoi iscritti di poter accedere a delle convenzioni utili sia per la professione che per il tempo libero.

Queste convenzioni, stipulate con partner esterni, al momento comprendono tariffe agevolate per i prodotti di assicurazioni e istituti di credito (es.: finanziamenti a breve termine, finanziamenti per esigenze personali o professionali), cessione del quinto dello stipendio, sconti per acquisto di beni (es.: abbigliamento, elettronica, automobili), prezzi ridotti su viaggi e attività culturali (es.: cinema, teatro).

Per conoscerle nel dettaglio: www.enpam.it/servizi-integrativi.

Per aderire alle convenzioni è sufficiente presentare il tesserino dell'OMCeO o l'apposita certificazione rilasciata dall'ENPAM (che può essere richiesta scrivendo a convenzioni@enpam.it).

Sanità integrativa

Per integrare le prestazioni offerte dal SSN è possibile sottoscrivere un piano con SaluteMia, società di mutuo soccorso dei medici e degli odontoiatri fondata dall'ENPAM che permette di estendere la copertura anche ai familiari degli iscritti (compreso un familiare non convivente, che potrà sottoscrivere direttamente i piani sanitari per sé e per il proprio nucleo familiare).

Si può comporre un piano sanitario secondo le proprie esigenze, scegliendo tra un "piano base", a cui poter aggiungere uno o più tra i moduli integrativi previsti (ricoveri, specialistica, specialistica plus, odontoiatria), e, in alternativa o in aggiunta, il piano "Optima salus" (per prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere); esistono anche piani sanitari (Ippocrate, Leonardo, Pasteur) pensati per gli studenti di medicina e odontoiatria iscritti all'ENPAM che, con esonero dal pagamento della quota necessaria a diventare soci di SaluteMia, prevedono coperture per prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere e garantiscono un'indennità sostitutiva in caso di ricovero in istituto di cura, servizi di consulenza e prestazioni a tariffe agevolate (gli studenti che sottoscrivono un piano potranno poi, una volta conclusa la carriera universitaria in corso e con 110 e lode, fare richiesta a SaluteMia per una borsa di studio di 500 €).

I contributi associativi possono essere detratti dalle imposte al 19% fino a un massimo di circa 1.300 € per la quota intestata al professionista (sono escluse dal conteggio le quote dei familiari). Per aderire bisogna compilare il modulo che si può scaricare direttamente dal sito (www.salutemia.net), non sono previsti limiti di età e l'iscrizione dura 2 anni.

Maternità, paternità e genitorialità

La maternità e la paternità sono tutelate dal D.Lgs. n. 151/2001, che disciplina i congedi, i riposi, i permessi e il sostegno economico alla maternità e alla paternità di figli naturali, adottivi e in affidamento.

Per le dottoresse dipendenti del settore pubblico o privato la legge prevede il congedo di maternità, che

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

consiste nell'obbligo di astensione dal lavoro da 2 mesi prima la data presunta del parto sino a 3 mesi dopo, con diritto a mantenere l'80% della retribuzione; è altresì prevista la possibilità di astenersi in un momento più precoce in caso di gravidanza a rischio oppure di continuare a lavorare fino al mese precedente la data presunta del parto, sfruttando i restanti 4 mesi dopo l'avvenuta nascita del figlio.
Per le specializzande il contratto prevede che nel periodo di sospensione dell'attività lavorativa sia corrisposta la parte fissa della borsa di studio.
Per le libere professioniste, le mediche convenzionate e quelle che frequentano il CFSMG invece non esiste un vero congedo di maternità.
A tutte le dottoresse sono però garantite dall'ENPAM una serie di tutele riassunte nella tabella sottostante:

TIPOLOGIA INDENNITÀ	AMMONTARE INDENNITÀ	DURATA INDENNITÀ
gravidanza a rischio	80% del reddito professionale prodotto nel 2° anno precedente la nascita, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento	viene riparametrato sul periodo di interdizione dal lavoro riconosciuto dall'ASL (es.: se il periodo è di 3 mesi, l'assegno corrisponde all'80% di 3/12 del reddito), fino a un massimo di 6 mesi (perché poi subentra l'indennità di maternità ordinaria)
maternità e/o adozione	80% di 5/12 del reddito professionale prodotto nel 2° anno precedente la nascita o l'ingresso del minore in famiglia, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento. **N.B.** Per le dottoresse che non hanno reddito o hanno redditi molto bassi (< 20.146,03 €) viene garantito un importo minimo di 5.569,72 € a cui l'ENPAM aggiunge un assegno di 1.119,23 € (importo indicizzato); per i redditi più alti è invece stabilito un importo massimo di 27.848,60 €.	5 mesi, con possibilità di estensione a 8 mesi totali (la domanda può essere presentata fino a 180 giorni dopo il parto) **N.B.** L'indennità è considerata reddito prodotto svolgendo attività professionale, di conseguenza è assoggettata al prelievo fiscale come qualsiasi altro reddito e va dichiarata.
affidamento	80% di 3/12 del reddito professionale prodotto nel 2° anno precedente l'ingresso del minore in famiglia, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento.	3 mesi, con possibilità di estensione a 6 mesi totali
interruzione di gravidanza (aborto spontaneo o volontario dal 3° mese di gravidanza)	80% di una mensilità del reddito professionale prodotto nel 2° anno che precede la data presunta del parto, ma denunciato ai fini fiscali nell'anno precedente all'evento. **N.B.** L'indennità spetta in misura intera se l'interruzione si verifica dal 6° mese di gravidanza compiuto.	una tantum
sussidio bambino (riconosciuto anche ai neopapà)	2.000 € per le spese dei primi 12 anni di vita (es.: babysitting) per ogni neonato o per ogni minore adottato. **N.B.** L'indennità sale a 4.000 € per chi ha 3 anni di contribuzione sulla quota B nell'ultimo decennio, di cui 1 nell'ultimo triennio.	una tantum (compatibile con aiuti economici analoghi, ad es.: bonus asilo nido INPS)
specializzande	Conservano la borsa di studio per i primi 12 mesi di assenza, indipendentemente dal fatto che sia dovuta a malattia o a gravidanza. **N.B.** L'ENPAM garantisce un periodo di 8 me-	se con una gravidanza il periodo di congedo supera il limite pagato dall'università, interviene l'ENPAM (es.: se con la prima gravidanza si è

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

	si, al posto dei 5 canonici, nel caso in cui la specializzanda abbia un reddito complessivo (imponibile IRPEF, quindi non conta la borsa di studio) che non supera gli 8.804,75 €.	usufruito di 10 mesi di congedo, per la seconda gravidanza si avranno altri 2 mesi di assenza retribuita e 3 mesi pagati dall'ENPAM)
studentesse universitarie iscritte	5.569,72 € + sussidio bambino (soggetto però a requisiti di reddito)	una tantum

L'ENPAM infine dà anche la possibilità di coprire gli eventuali periodi privi di contribuzione dovuti alla possibile sospensione dell'attività professionale.
Le tutele sono estese ai papà solo in casi particolari (per esempio se la madre è deceduta o gravemente malata, oppure in caso di abbandono o di affidamento esclusivo al padre).
Per le dottoresse dipendenti la prestazione economica coincide con il periodo di congedo dal lavoro (5 mesi), mentre le libere professioniste, per la quale la legge non prevede il congedo parentale, percepiscono l'indennità di maternità dall'ENPAM a prescindere dalla loro effettiva astensione dal lavoro (obbligatoria solo in caso di gravidanza a rischio).

Fondazione ONAOSI

La Fondazione ONAOSI è un ente privato senza scopo di lucro finalizzato ad obiettivi di solidarietà e assistenza.
I suoi obiettivi primari sono il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione degli orfani degli iscritti (medici chirurghi, odontoiatri, farmacisti e veterinari) per aiutarli a conseguire un titolo di studio o ad accedere al mondo professionale o del lavoro.
L'assistenza può avvenire in maniera diretta (nelle strutture di proprietà che si trovano a Bologna, Messina, Padova, Pavia, Perugia, Torino) o indiretta (mediante assistenti sociali e sostegni economici, ad es.: assegni di studio, borse, premi al merito, assegni di conseguimento di progressi scolastici, contributi per studio all'estero, contributi per il conseguimento di titoli professionalizzanti, accesso gratuito a case vacanza) e riguarda i figli dei colleghi scomparsi (vedi Statuto della Fondazione ONAOSI, art. 6) e, in alcune condizioni (vedi Statuto della Fondazione ONAOSI, art. 2, comma 3), i figli dei sanitari contribuenti ancora in vita o i contribuenti stessi in condizioni di vulnerabilità e non autosufficienza.
Esistono due tipi di contribuenti:

- obbligatori (dipendenti pubblici), che assolvono a tale obbligo attraverso trattenuta mensile in busta paga da parte dell'ente pubblico per cui lavorano (l'entità del contributo è rapportata ad una percentuale della retribuzione di base ed all'anzianità di servizio); il contributo obbligatorio ONAOSI è deducibile;
- volontari (liberi professionisti o dipendenti di aziende private), che devono versare autonomamente la quota annuale entro il 31 marzo; l'importo dovuto dipenderà dall'anzianità ordinistica (anzianità di iscrizione all'Albo Professionale) e dal reddito complessivo individuale prodotto nell'anno precedente il versamento (fino al 2019 si andava da un minimo di 25 € a un massimo di 165,75 €).

Alla contribuzione volontaria possono accedere:

- tutti i medici e gli odontoiatri che lavorano come libero-professionisti privati o in regime convenzionato, presentando domanda all'ONAOSI entro i primi 5 anni di iscrizione al rispettivo Albo Professionale;
- gli ex dipendenti (in quiescenza o dimissionari) di Pubblica Amministrazione (quindi ex contribuenti obbligatori), facendone richiesta entro 2 anni dalla cessazione del rapporto lavorativo;
- i sanitari che beneficiano di un periodo di aspettativa senza assegni (es.: motivi personali, maternità/paternità, incarichi politici, incarichi presso Enti privati), facendone richiesta entro 2 anni dalla sospensione dal servizio.

Per aderire volontariamente è necessario compilare la domanda di adesione volontaria (e l'eventuale dichiarazione sostitutiva di certificazione), scaricabile dal sito internet dell'ONAOSI (www.onaosi.it), pagando contestualmente la quota contributiva.
La regolarità dei versamenti da parte del sanitario è indispensabile per non perdere definitivamente lo status di contribuente e per continuare a fruire delle prestazioni e dei servizi eventualmente già in godimento,

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

ma anche per non interrompere quell'essenziale continuità di contribuzione al fine di benefici e vantaggi futuri.

Per approfondire circa le prestazioni e i servizi forniti dall'ONAOSI e le modalità di accesso ed erogazione degli stessi si rimanda al sito della Fondazione (www.onaosi.it) e alla "Guida alla professione medica e odontoiatrica" della FNOMCeO.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

4) PEC (POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA)

La PEC (Posta Elettronica Certificata) è definito "ogni sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica attestante l'invio e la consegna di documenti informatici" (D.P.R. n. 68/2005, art. 1, comma 1, punto g): si tratta di uno strumento di comunicazione elettronica che consente ai cittadini, ai professionisti e alle imprese di dialogare con qualsiasi soggetto, pubblico (es.: Pubblica Amministrazione) o privato, dotato di PEC.
Il servizio di PEC consente di inviare documenti informatici, fornendo la "certificazione" dell'invio e dell'avvenuta (o mancata) consegna. La PEC, pertanto, è equivalente alla raccomandata A/R (vedi Corte di Appello di Brescia, sent. n. 4/2019) ma possiede alcuni vantaggi aggiuntivi:

- tempi di trasmissione brevissimi;
- nessun costo di invio/ricezione (si paga solo il canone annuo per l'attivazione del servizio);
- certificazione del contenuto del messaggio trasmesso (nella raccomandata A/R tradizionale viene certificata la spedizione/ricezione ma non il contenuto, cioè cosa è stato spedito/ricevuto).

La casella PEC deve necessariamente essere associata ad una persona fisica: ogni professionista, dunque, dovrà provvedere per sé e sarà responsabile unicamente della casella PEC intestata a suo nome, anche nel caso di esercizio della professione in forme associative.
Vige ormai l'obbligo da parte dei professionisti di attivare un indirizzo PEC personale e di comunicarlo all'Ordine di iscrizione (vedi D.L. n. 185/2008, art. 16, comma 7), per non incorrere in sanzioni.
Una volta attivata la casella PEC, gli eventuali messaggi qui recapitati saranno considerati legalmente ricevuti dal destinatario, anche se il messaggio non dovesse venir letto: ciò equivale alla firma sulla ricevuta di ritorno della raccomandata A/R. Per questo motivo si raccomanda, una volta effettuata l'attivazione, di tenere costantemente sotto controllo la casella PEC, direttamente o attivando un sistema di notifica automatico che manda un messaggio sulla casella mail ordinaria ogni volta che viene ricevuta una PEC.
La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha attivato convenzioni con diversi gestori (es.: Aruba, Poste, InfoCert, Namirial) per consentire ai propri iscritti l'attivazione della casella PEC a condizioni economiche agevolate.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Poiché il nostro Ordine provinciale ha aderito alla convenzione con Aruba, è possibile per ciascun iscritto attivare una casella PEC con il dominio dell'OMCeO Siena. L'accordo prevede, per ciascuna casella, un canone triennale a carico del professionista a un costo esiguo.
Sul sito dell'OMCeO di Siena è possibile trovare tutte le informazioni su come procedere all'attivazione della PEC in convenzione.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

5) ASSICURAZIONE PROFESSIONALE E RESPONSABILITÀ MEDICA

Per scongiurare la cosiddetta "medicina difensiva", la Legge Gelli-Bianco (L. n. 24/2017) ha reso obbligatoria la stipula di una RCP (responsabilità civile professionale) per tutti i medici iscritti all'OMCeO ed ha apportato alcune modifiche circa i profili di responsabilità medica penale (art. 6) e civile (art. 7).
La Corte di Cassazione (sent. n. 31/2017) ha fatto chiarezza sui profili di **responsabilità penale** introdotti dalla nuova normativa, asserendo che "l'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

a. se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da negligenza o imprudenza;
b. se l'evento si è verificato per colpa (anche "lieve") da imperizia:
   - nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione dell'atto medico quando il caso concreto non è regolato dalle raccomandazioni delle linee guida o, in mancanza, dalle buone pratiche clinico-assistenziali;
   - nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'individuazione e nella scelta di linee guida o di buone pratiche che non risultino adeguate alla specificità del caso concreto, fermo restando l'obbligo del medico di disapplicarle quando la specificità del caso renda necessario lo scostamento da esse;
c. se l'evento si è verificato per colpa (soltanto "grave") da imperizia nell'ipotesi di errore rimproverabile nell'esecuzione, quando il medico, in detta fase, abbia comunque scelto e rispettato le linee guida o, in mancanza, le buone pratiche che risultano adeguate o adattate al caso concreto, tenuto conto altresì del grado di rischio da gestire e delle specifiche difficoltà tecniche dell'atto medico.".

In sintesi, quindi, l'illecito penale è sempre presente in caso di colpa grave da imperizia e di colpa da negligenza e imprudenza, e può essere escluso quando sia legato a colpa lieve da imperizia nel solo caso in cui la condotta del medico sia stata rispettosa delle linee guida[6] adeguate alla specificità del caso concreto (vedi C.P., art. 590-sexies) o, in loro mancanza, delle riconosciute buone pratiche clinico-assistenziali accreditate dalla comunità scientifica (vedi Corte di Cassazione, sent. n. 47748/2018).
La Legge Gelli ha inoltre introdotto un "doppio binario", distinguendo la **responsabilità civile**:

- del medico libero professionista oppure della struttura sanitaria o sociosanitaria (pubblica, privata o convenzionata) che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e anche se non dipendenti dalla struttura (ciò si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria o in regime di convenzione con il SSN, per le prestazioni in telemedicina e nell'ambito di attività di sperimentazione e ricerca clinica); in questo caso la ***responsabilità*** è ***di tipo contrattuale*** (conseguente all'inadempimento di un'obbligazione assunta, per violazione di uno specifico dovere proveniente da un preesistente vincolo obbligatorio), per cui l'onere della prova è a carico del debitore ed il termine di prescrizione del reato è di 10 anni;
- dell'esercente la professione sanitaria operante in una struttura sanitaria o sociosanitaria (pubblica, privata o convenzionata), qualora direttamente chiamato in causa; in questo caso la ***responsabilità*** è ***di tipo extracontrattuale*** (per violazione del principio del *neminem laedere*, ossia del non ledere l'altrui sfera giuridica), per cui l'onere della prova è a carico del soggetto che si ritiene leso e il termine di prescrizione del reato è di 5 anni.

In sintesi, il cittadino che si sente parte lesa potrà rifarsi nei confronti dell'Azienda in cui lavora il medico (con onere della prova a carico dell'Azienda stessa) o nei confronti del singolo professionista sanitario (con onere della prova a carico del cittadino stesso): nel primo caso, il cosiddetto "primo rischio" risulta a carico dell'Azienda, che potrà poi rivalersi nei confronti del sanitario solo in caso di dolo o colpa grave (vedi L. n. 24/2017, art. 9, comma 1), tenendo conto che la misura della rivalsa non potrà mai superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua (vedi L. n. 24/2017, art. 9, comma 6).
L'obbligo normativo di stipulare un'adeguata RC professionale per colpa grave con oneri a proprio carico ha proprio lo scopo di evitare che un'eventuale rivalsa economica della struttura sul medico in essa operante che sia reo di aver cagionato il danno rimanga infruttuosa a causa dell'incapienza del professionista stesso: la finalità di questa costrizione è dunque quella di tutelare sia il medico (che beneficia, in caso di errore, della polizza stipulata) sia il paziente danneggiato e/o i suoi congiunti (che possono contare su un soggetto solvibile, identificabile nell'assicuratore).

[6] Quando verranno formulate, le linee guida per la valutazione sui profili di responsabilità medica saranno rintracciabili nel sito www.snlg.iss.it/.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Esiste infine un "decalogo" depositato dalla 3ª Sezione Civile della Cassazione comprendente delle sentenze (dalla 28985 alla 28994) che chiariscono alcuni aspetti riguardanti la responsabilità medica (es.: consenso informato e danni al paziente, quando l'errore aggrava una lesione preesistente, perdita di chance) e ne regolano i risarcimenti.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

È necessario porre attenzione ad alcuni aspetti al momento di scegliere a quale compagnia legarci e quale assicurazione stipulare.
Il primo aspetto da considerare è il **massimale**, ossia la cifra massima che l'assicurazione risarcisce in caso di danni a terzi, oltrepassato il quale sarà l'assicurato a rispondere di tasca propria per i danni prodotti: conviene stipulare un'assicurazione che abbia un massimale di almeno 1.000.000 €, cifra ritenuta sufficiente e compatibile con le assicurazioni da stipulare in caso di vittoria al concorso per il CFSMG o per una Scuola di Specializzazione.
All'aumento del massimale corrisponde un aumento del **premio**, ossia la cifra che l'assicurato deve pagare alla compagnia di assicurazioni per stipulare la polizza. Il premio dell'assicurazione, inoltre, risulterà più alto o più basso in base alle attività coperte dall'assicurazione: è bene dichiarare all'assicuratore tutte le attività che si intende svolgere e controllare che siano realmente tutte incluse nell'assicurazione (es.: se si esegue un intervento chirurgico nonostante non sia coperto dalla polizza stipulata, si rischia di dover pagare di tasca propria gli eventuali danni causati al paziente), in particolare per quanto riguarda la colpa grave (obbligatoria per legge).
Bisogna inoltre considerare che spesso le assicurazioni prevedono delle **franchigie**, ovvero delle cifre al di sotto delle quali l'eventuale risarcimento è a carico dell'assicurato: conviene assicurarsi che siano cifre irrisorie o che non ci siano affatto.
Ricapitolando, l'assicurazione paga al di sopra della franchigia e non oltre il massimale.
È bene verificare che nella polizza sia compresa la **tutela legale**, che garantisce all'assicurato l'assistenza di un avvocato di propria scelta (spesso i medici subiscono procedimenti penali che poi non sfociano in risarcimenti, ma hanno comunque bisogno di essere rappresentati nelle sedi legali da un avvocato di fiducia).
Bisogna controllare anche che nel contratto della polizza siano previste la **retroattività** e l'**ultrattività**: "La garanzia assicurativa deve prevedere una operatività temporale anche per gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto assicurativo, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di efficacia della polizza, incluso il periodo di retroattività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta." (L. n. 24/2017, art. 11).
Ultima cosa da considerare, quasi sempre scritta microscopicamente nelle polizze assicurative, è il **rinnovo**: in genere è automatico (rinnovo tacito), per cui se si vuole disdire il contratto è necessario inviare la disdetta prima della scadenza (in media 2-3 mesi prima), altrimenti il pagamento del premio sarà obbligatorio.
Eventuali comunicazioni potrebbero essere inviate dall'assicurazione sulla casella PEC, che è quindi consigliabile controllare periodicamente.
Oltre all'assicurazione professionale, alcuni enti richiedono anche la stipula di un'assicurazione infortunistica: se ritenuta necessaria, i requisiti di tale polizza saranno comunicati dall'ente in questione.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

6) RITIRO DELLA PERGAMENA DI LAUREA E DEL DIPLOMA DI ABILITAZIONE

La pergamena di laurea va ritirata nell'Università in cui si è concluso il proprio percorso di studi, mentre per il diploma di abilitazione ci si deve recare nell'ufficio a cui si fa capo per effettuare l'Esame di Stato.
Per maggiori informazioni scrivere alla mail diplomi@unisi.it.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE B

BUROCRAZIA, QUESTA SCONOSCIUTA

Commissione Giovani Medici Siena

1) PARTITA IVA

La **partita IVA** è una sequenza di cifre il cui obiettivo è identificare univocamente ogni soggetto che esercita un'attività rilevante ai fini dell'imposizione fiscale indiretta (IVA).
Secondo l'Agenzia delle Entrate qualsiasi professionista iscritto a un Albo professionale deve obbligatoriamente possedere una partita IVA per poter esercitare, perché il suo lavoro non può in nessun caso essere inteso come prestazione occasionale[7]: per essere in regola ed evitare contestazioni è quindi obbligatorio aprirne una prima di iniziare a effettuare prestazioni libero-professionali.
Il giovane medico che si affaccia al mondo del lavoro possiede quasi sempre i requisiti per poter accedere al regime fiscale di vantaggio noto come "regime forfettario", che è stato introdotto dalla Legge di stabilità del 2015 (L. n. 190/2014) ed ha sostituito il cosiddetto "regime dei minimi".
Il regime forfettario rappresenta il regime naturale delle persone fisiche che esercitano un'attività di impresa, arte o professione in forma individuale, purché nell'anno solare precedente siano in possesso dei seguenti requisiti stabiliti dalla legge (per valutare la propria posizione individuale consigliamo comunque di contattare il commercialista):

- non aver incassato nell'anno precedente redditi da lavoro dipendente superiori ai 30.000 €;
- avere un tetto di incasso annuale che non superi gli 85.000 €.

Il regime forfettario non prevede una scadenza legata ad un numero di anni di attività o al raggiungimento di una particolare età anagrafica, per cui la sua applicazione è subordinata solo al verificarsi delle condizioni e al possesso dei requisiti prescritti dalla legge.
I soggetti sottoposti a regime forfettario godono di una tassazione agevolata e di semplificazioni in termini imposte dirette (es.: IRPEF, IRAP) ed indirette (es.: IVA): in pratica è possibile operare senza apporre l'IVA e la ritenuta d'acconto IRPEF (es.: i certificati a cui va aggiunta l'IVA vanno fatti comunque pagare a prezzo intero, ma senza riportare l'IVA e seguendo le regole riportate nella voce "Come compilare una fattura", sezione B), applicando un'unica imposta unica sostitutiva sul 78% del fatturato corrispondente al 5% per i primi 3 anni di attività (con agevolazione start up) e al 15% a partire dal 6° anno.
Con questo regime agevolato si ha il solo impegno di conservare le fatture, ma non è possibile detrarre le spese e si possono portare in deduzione solo i contributi previdenziali obbligatori.
Quando si apre la partita IVA è inoltre necessario comunicare il tipo di attività professionale svolta, che viene identificata con un codice ATECO[8] (ATtività ECOnomica).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

All'inizio della professione si è sottoposti d'ufficio al regime forfettario, senza dover effettuare alcuna richiesta; a meno di cambiamenti normativi, si rimarrà in tale profilo fiscale fintanto che non ne decadano i requisiti.
Indipendentemente dal regime fiscale, la partita IVA va aperta entro 30 giorni dall'inizio dell'attività libero-professionale (chi sceglie di non lavorare prima del test delle Scuole di Specializzazione, quindi, può non aprirla). Per aprirla è possibile:

1. presentare il modello AA 9/12 di "inizio attività" (scaricabile dal sito www.agenziaentrate.gov.it/portale/it/web/guest/schede/istanze/aa9_11-apertura-variazione-chiusura-pf/modello-e-istr-pi-pf), in duplice copia presso un qualsiasi ufficio dell'Agenzia delle Entrate del Comune di residenza oppure in singola copia, unita alla fotocopia documento di identità, tramite raccomandata;
2. compilare e firmare digitalmente il medesimo modello e inviarlo via PEC all'ufficio dell'Agenzia delle Entrate del Comune di residenza;
3. avvalersi dell'aiuto di un commercialista.

[7] Esclusi i professionisti, la cosiddetta "prestazione occasionale" si potrebbe effettuare in assenza di partita IVA per introiti inferiori ai 5.000 €/anno (di cui 4.000 € netti e 1.000 € versati da parte del committente come ritenuta d'acconto, calcolata con aliquota del 20% sull'imponibile) e per un periodo inferiore a 30 giorni verso lo stesso committente/datore di lavoro. Le uniche prestazioni per cui un medico può presentare una ritenuta d'acconto, senza fatturare, riguardano infatti la cessione di diritti d'autore per articoli o pubblicazioni scientifiche.
[8] Ad ogni attività corrisponde un differente codice ATECO (es.: codice 86.22.01 per "prestazioni sanitarie svolte da chirurghi", codice 86.21.00 per i Medici di Medicina Generale, codice 86.22.09 per gli specialisti).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Qualora si vinca il concorso per il CFSMG non c'è obbligo di chiusura della partita IVA (d'altronde tenerla aperta non ha costi, se non si ha nulla da dichiarare): in questo caso, però, date le incompatibilità del corso, si è interdetti dall'attività libero-professionale pura (es.: ambulatorio specialistico privato, medico delle gare sportive amatoriali), ma non dalle sostituzioni dei Medici di Medicina Generale (per il cui compenso è necessario emettere regolare fattura con la propria partita IVA) e dei titolari di MMG a quota oraria (ex "Continuità Assistenziale" o "guardia medica").
Chiudere la propria partita IVA non è obbligatorio nemmeno nel caso in cui si vinca il concorso per una Scuola di Specializzazione, e comunque non interdirebbe dalla possibilità di sostituzioni a MMG a quota oraria (Medici di Famiglia) o a quota oraria (ex "Continuità Assistenziale" o "guardia medica"): "Il medico in formazione specialistica, fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno può, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della L. n. 448/2001, sostituire a tempo determinato i Medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale ed essere iscritto negli elenchi della guardia medica notturna, festiva e turistica, ma occupato solo in caso di carente disponibilità dei medici già iscritti nei predetti elenchi." (Contratto di Formazione Specialistica, art. 5, comma 2).

Per approfondire: www.agenziaentrate.gov.it/wps/portal/entrate/home.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

2) I TIMBRI DEL MEDICO

Il medico, soprattutto se lavora in regime convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (e di conseguenza anche i medici sostituti), si troverà di fronte alla necessità di adempiere a molteplici richieste burocratiche, alcune delle quali possono essere assolte più comodamente ricorrendo all'utilizzo di appositi timbri (il cui scopo è permettere la precisa identificazione del medico che ha emesso la ricetta).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Di seguito vengono elencati i timbri di maggior utilizzo.

Timbro breve
Contiene le informazioni strettamente necessarie per la validità di una prescrizione. Può essere utilizzato sia su ricette "bianche" che "rosse" e, se si lavora in regime convenzionato con il SSN, deve includere il Codice Regionale (vedi voce "Codice Regionale", sezione B).

Dott./Dott.ssa (nome e cognome)
Medico Chirurgo (+ eventuale specialità)
Codice Regionale (se necessario)

Timbro intestazione
Contiene, oltre alle suddette informazioni, anche i contatti del medico e i suoi recapiti fiscali. È preferibile utilizzarlo solo su ricevute e fatture valide ai fini fiscali.

Dott./Dott.ssa (nome e cognome)
Medico Chirurgo (+ eventuale specialità)
Codice Regionale (se necessario)
Indirizzo (residenza o domicilio fiscale)
Codice Fiscale
Partita IVA
Recapito telefonico e/o e-mail

Timbro per regime fiscale agevolato
Contiene il riferimento legislativo relativo all'agevolazione prevista dal regime fiscale agevolato.
Chi ha aperto la partita IVA con il vecchio regolamento in vigore fino al 31/12/2014 deve inserire la dicitura *"Operazione effettuata ai sensi dell'art. 27, commi 1 e 2, D.L. n. 98/2011."* (o, in alternativa, *"Prestazione svolta in regime fiscale di vantaggio ex art. 1, commi 96-117 della L. n. 244/2007 come modificata da art. 27 del D.L. n. 98/2011 e pertanto non soggetta a IVA né a ritenuta ai sensi provvedimento Direttore Agenzia Entrate n. 185820."*).
Chi ha aperto la partita IVA con il nuovo regolamento in vigore dal 01/01/2015, invece, deve inserire la dicitura *"Operazione in franchigia da IVA ai sensi dell'art. 1, commi 54-89 della L. n. 190/2014 (non soggetto a ritenuta d'acconto ai sensi del comma 67)."*.

Timbro per imposta di bollo sostitutiva
Quando la retribuzione per una prestazione è superiore a 77,47 €, indipendentemente dal regime fiscale del medico fatturante, è necessario applicare sull'originale della fattura una marca da bollo del valore di 2 € (a carico del paziente) e, sulla copia che rimane al medico, si deve specificare che tale onere è stato adempiuto attraverso la dicitura *"Imposta di bollo assolta sull'originale."* (vedi voce "Come compilare una fattura", sezione B).

Timbro per esonero dal 730 precompilato
Normalmente il medico ha l'obbligo di inserire tutte le ricevute sul sistema TS.
Qualora il paziente desideri che la fattura (o la ricevuta) non venga comunicata direttamente all'agenzia delle entrate per la compilazione elettronica della dichiarazione dei redditi, il medico deve inserire sia sull'originale (da rilasciare al paziente) che sulla copia (che rimane al medico) l'apposita dicitura *"Il paziente si oppone alla trasmissione al Sistema TS ai sensi dell'art. 3 del D.M. 31/07/2015."* (o, in alternativa, *"Fattura non trasmessa al sistema Tessera Sanitaria ai fini della predisposizione del 730 precompilato, per opposizione dell'assistito ai sensi dell'art. 3 D.M. 31/07/2015 e dell'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003."*), che dev'essere seguita dalla data e dalla firma leggibile dell'assistito.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

3) PRESCRIZIONI: COSA FARE?

Ogni medico può iniziare a esercitare la professione non appena viene ufficializzata la sua iscrizione all'Albo professionale: a questo punto sarà abilitato alla prescrizione (es.: farmaci, esami diagnostici, visite specialistiche).
Focalizziamo ora l'attenzione sulla prescrizione dei farmaci, molto comune nell'attività clinica e caratterizzata da aspetti spesso poco noti al giovane medico.
La qualità delle sostanze per uso farmaceutico, come garanzia per la loro sicurezza d'uso ed efficacia, deve essere valutata in base a norme continuamente aggiornate nei confronti del processo scientifico e tecnologico, pubblicate nella farmacopea di riferimento. Per i Paesi dell'Unione Europea tale farmacopea è costituita dai testi in vigore della Farmacopea Europea e delle eventuali farmacopee nazionali quali, in Italia, la Farmacopea ufficiale della Repubblica italiana e il suo Segretariato[9].
I farmaci sono sottoposti a diversi regimi di dispensazione al pubblico e si dividono in:

- **senza obbligo di ricetta**
  - ***medicinali da banco o da automedicazione*** (OTC, "over the counter") → vengono venduti su richiesta del paziente
  - ***medicinali senza obbligo di prescrizione*** (SOP) → vengono venduti senza prescrizione medica, su consiglio del farmacista
- **etici** → vengono venduti solo dietro presentazione di ricetta medica, il cui tipo dipende dalla classe di appartenenza del farmaco
  - ***medicinali soggetti a prescrizione medica*** (su ricetta ripetibile, RR)
    I medicinali che possono essere prescritti con RR sono quelli che, anche in condizioni di utilizzo normale, possono causare pericolo se usati senza controllo medico.
    Salvo diversa indicazione del medico prescrivente, la ripetibilità è ammessa per un periodo non superiore a 6 mesi dalla data di compilazione della ricetta e il numero delle confezioni erogabili potrà essere ≤ 10 (ma la ricetta non è più ripetibile se la prescrizione contiene un numero di confezioni superiore all'unità); per i medicinali elencati nella sezione E della tabella 2 del D.P.R. n. 309/1990 (testo unico sugli stupefacenti), invece, la validità della ricetta è ridotta a 30 giorni e il numero delle confezioni erogabili potrà essere ≤ 3.
    Ad ogni uso, il farmacista deve apporre sulla ricetta il timbro della farmacia, annotare il prezzo praticato e la data della dispensazione, e poi restituire la ricetta al cliente.
  - ***medicinali soggetti a prescrizione medica da rinnovare ogni volta*** (su ricetta non ripetibile, RNR)
    I medicinali che possono essere prescritti con RNR sono quelli il cui uso continuato può determinare stati tossici o rischi particolarmente elevati per la salute, quelli elencati nelle tabelle 3 e 5 della Farmacopea Ufficiale e quelli elencati nelle sezioni B, C e D della tabella 2 del D.P.R. n. 309/1990.
    La ricetta ha validità limitata a 30 giorni (escluso quello del rilascio) se vengono prescritte specialità o medicinali galenici preconfezionati, oppure a 3 mesi se si tratta di una preparazione galenica magistrale contenente sostanze iscritte nella tabella 5 della 12ª edizione della Farmacopea Ufficiale.
    Il medico deve indicare la forma farmaceutica, il dosaggio (se ne esiste più di uno), il numero di unità per confezione (se ne esiste più di una), il numero di confezioni totali, il Codice Fiscale del paziente (D.Lgs. n. 219/2006), la data e firma. Il farmacista deve ritirare la ricetta e conservarla per 6 mesi.
  - ***medicinali soggetti a prescrizione medica limitativa*** (su ricetta limitativa, RL)
    I medicinali che devono essere prescritti con RL sono quelli la cui prescrizione o utilizzazione è limitata ad alcuni medici o ad alcuni ambienti: medicinali utilizzabili esclusivamente in ambito ospedaliero (farmaci "OSP", che non potrebbero essere utilizzati in condizioni di sufficiente sicurezza al di fuori di strutture ospedaliere; vedi D.Lgs. n. 219/2006, art. 92), medicinali vendibili al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti (farmaci che, per poter essere somministrati correttamente, richiedono che la diagnosi sia effettuata in ambienti ospedalieri o in centri che dispongono di mezzi di diagnosi adeguati; vedi D.Lgs. n. 219/2006, art. 93), medicinali utilizzabili esclusivamente dallo specialista (farmaci che, per loro caratteristiche e per le modalità di impiego, sono destinati ad essere utilizzati direttamente dallo specialista; vedi D.Lgs. n. 219/2006, art. 94).

[9] Il Segretariato è una struttura tecnica che coordina le attività relative alla revisione e all'elaborazione della Farmacopea ufficiale e al recepimento della Farmacopea Europea, inoltre, costituisce l'interfaccia nazionale con la Farmacopea Europea e con il Direttorato Europeo per la Qualità dei Medicinali per tutte le attività della Commissione della Farmacopea Europea e dei Gruppi di esperti ad essa relativi.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

- ***medicinali soggetti a prescrizione medica speciale*** (su ricetta ministeriale a ricalco, RMR)
  Il ricettario ministeriale a ricalco (RMR) è necessario per la prescrizione dei farmaci elencati nella sezione A della tabella 2 del D.P.R. n. 309/1990 (testo unico sugli stupefacenti); fanno eccezione soltanto i principi attivi elencati nell'allegato III-bis del suddetto documento, che possono essere prescritti su ricetta rossa (a carico del SSN) solo per il trattamento dei pazienti affetti da dolore severo (vedi voce "Come compilare la ricetta rossa", sezione B).
  Le ASL provvedono alla distribuzione dei ricettari ai medici operanti nel territorio di competenza.

Il Prontuario Terapeutico Nazionale (PTN), invece, elenca i medicinali in commercio in Italia, suddivisi in fasce di rimborsabilità (vedi D.Lgs. n. 539/1992):

- **classe A** → comprende i farmaci essenziali e per le malattie croniche il cui costo è a carico dello Stato; i medicinali che rientrano in questa fascia sono dunque gratuiti anche se, a seconda delle normative regionali, può essere previsto un ticket di compartecipazione alla spesa a carico del cittadino;
- **classe C** → comprende tutti i farmaci non appartenenti alla fascia A, a totale carico del cittadino (perché non considerati essenziali o salvavita);
- **classe H** → comprende i farmaci che, per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica sono dispensabili negli ospedali (o per conto di questi nelle farmacie) o somministrabili negli ambulatori specialistici.

Ricordiamo che, esclusi gli stupefacenti, il farmacista può dispensare medicinali in assenza di prescrizione se, in caso di estrema necessità ed urgenza, essi siano necessari per non interrompere il trattamento di una patologia cronica, per non interrompere un ciclo terapeutico o per proseguire una terapia a seguito di dimissioni ospedaliere (vedi D.M. 31/03/2008); ciò è possibile purché sussistano alcune condizioni che testimonino la pregressa prescrizione del medicinale richiesto.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Le prescrizioni possono dunque essere effettuate:

- su ricetta bianca (RR e RNR), da parte di qualsiasi medico iscritto all'OMCeO a favore di qualsiasi paziente gliene faccia richiesta (vedi voce "Come compilare la ricetta bianca", sezione B);
- su ricetta rossa (RNR), da parte di qualsiasi medico che sia dipendente (es.: medico ospedaliero) o convenzionato (es.: MMG) con il Sistema Sanitario Nazionale, nelle vesti di titolare o di sostituto (per l'intero periodo della sostituzione); questa richiesta è utilizzabile nei casi previsti (vedi voce "Come compilare la ricetta rossa", sezione B);
- su ricettario ministeriale a ricalco (RMR), da parte di qualsiasi medico iscritto all'OMCeO, sia esso libero-professionista o dipendente/convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (vedi voce "Come compilare la ricetta ministeriale a ricalco", sezione B).

Per avere informazioni aggiornate circa le specialità farmaceutiche rimandiamo al sito dell'AIFA (www.aifa.gov.it/accesso-al-farmaco), che contiene anche la lista dei cosiddetti "farmaci carenti" (farmaci non reperibili sul territorio nazionale) a questo link: www.aifa.gov.it/web/guest/farmaci-carenti.

Ogni prescrizione, su qualsiasi supporto venga effettuata (es.: ricettario bianco, ricettario rosso, ricettario ministeriale a ricalco), deve garantire l'identificazione certa del prescrittore e, tramite Tessera Sanitaria, l'identificazione certa e rilevabile dell'assistito; relativamente alle prestazioni erogabili dal SSN, inoltre, è necessario che la prescrizione sia responsabilizzata e monitorabile (vedi L. n. 289/2002).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

4) COME COMPILARE LA RICETTA "BIANCA"

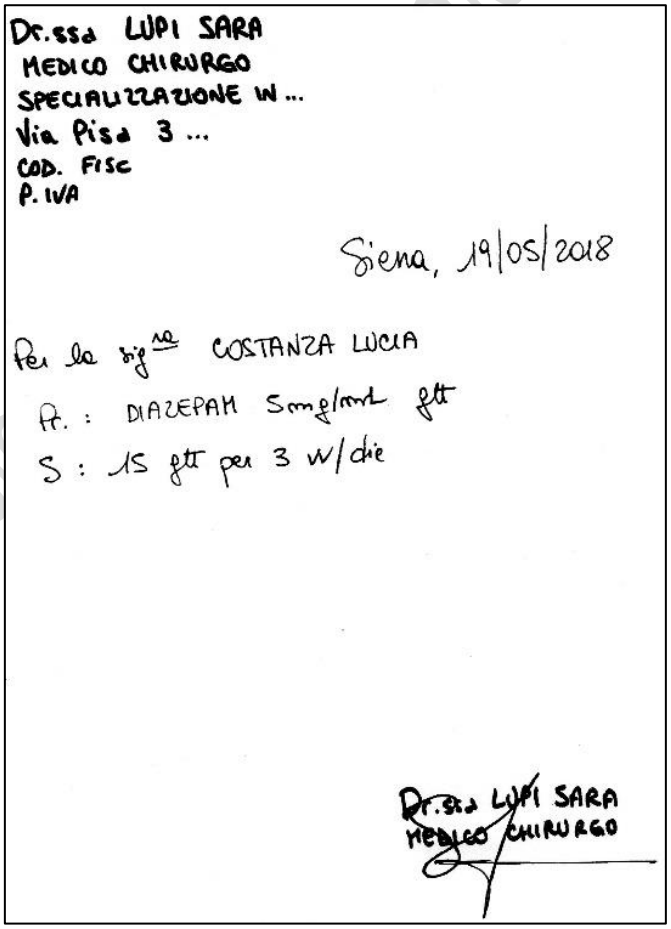
La cosiddetta ricetta "bianca" è quella che il medico redige su carta bianca: può essere ripetibile o non ripetibile (vedi voce "Prescrizioni: cosa fare?", sezione B) e vi possono essere prescritti tutti i farmaci e le prestazioni (es.: esami strumentali, esami di laboratorio, visite specialistiche), che saranno però sempre a totale carico economico dell'assistito.
Le informazioni obbligatorie da apporre sulla ricetta differiscono a seconda che essa sia "ripetibile" o "non ripetibile"[10], ma per non confondersi e commettere errori consigliamo di apporre/inserire sempre:

- timbro intestazione (vedi voce "I timbri del medico", sezione B) o relative informazioni;
- nome e cognome del/della paziente;
- principio attivo prescritto (e, possibilmente, relativa posologia);
- data e luogo di prescrizione;
- firma e, opzionalmente, timbro breve (vedi voce "I timbri del medico", sezione B) del medico.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

In linea teorica, qualsiasi foglio timbrato e firmato da un medico costituisce una ricetta.
Molti colleghi utilizzano un ricettario in carta intestata (la cui intestazione coincide con le informazioni riportate nel "timbro intestazione", vedi voce "I timbri del medico", sezione B) in formato A5, che si può facilmente acquistare in qualsiasi tipografia.

Ecco un esempio di compilazione:


Dr.ssa LUPI SARA
MEDICO CHIRURGO
SPECIALIZZAZIONE IN ...
Via Pisa 3 ...
COD. FISC
P. IVA

Siena, 19/05/2018

Per la sig.ra COSTANZA LUCIA
Rp.: DIAZEPAM 5mg/mL gtt
S: 15 gtt per 3 v/die

Dr.ssa LUPI SARA
MEDICO CHIRURGO

[10] Per approfondire: www.fofi.it/ordinero/doc/documento2128840.pdf.

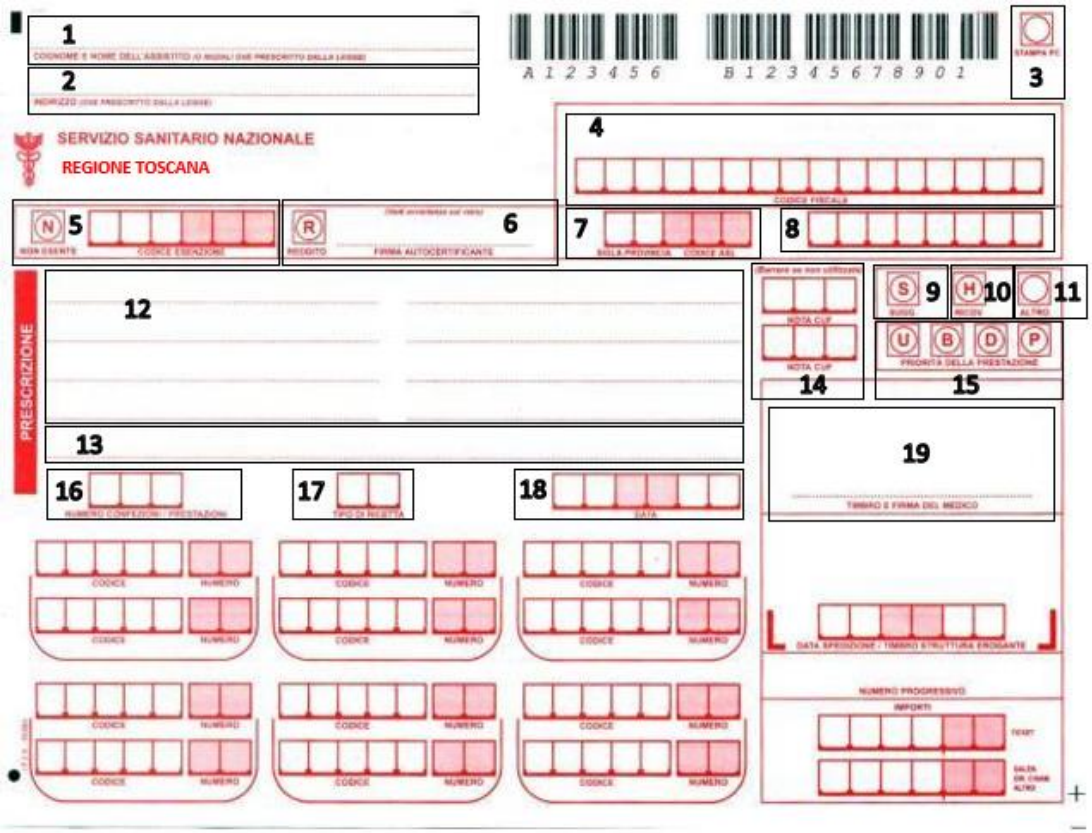
Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

5) COME COMPILARE LA RICETTA "ROSSA"[11] E LA "DEMATERIALIZZATA"

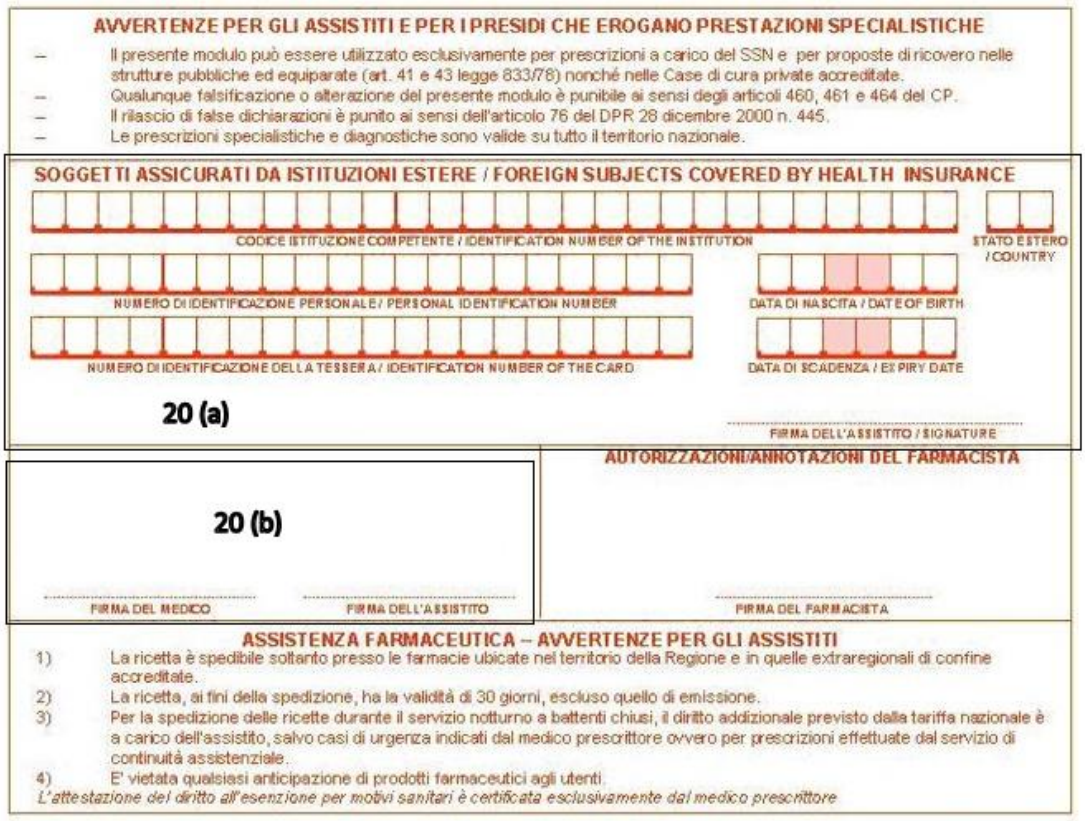
Esistono due tipi di ricettari "rossi": quello del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e quello SASN (Servizio Assistenza Sanitaria Naviganti).
Entrambi questi ricettari sono destinati alla prescrizione per l'erogazione di prestazioni sanitarie:

- ai cittadini italiani (onere a carico del SSN);
- ai cittadini stranieri, residenti o in temporaneo soggiorno in Italia (onere a carico di istituzioni estere, in base alle norme comunitarie o altri accordi bilaterali di sicurezza sociale);
- al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile (onere a carico del Ministero della Salute).

In questa sede parleremo nello specifico del ricettario del Sistema Sanitario Nazionale, che pian piano sta lasciando il posto alle ricette dematerializzate (della cui compilazione questo capitolo non parlerà nello specifico poiché sovrapponibile a quella del ricettario SSN).
La "nuova ricetta unificata" (ricetta "rossa") è stata introdotta con la Finanziaria del 2003 (L. n. 289/2002).
La ricetta a carico del SSN prevede elementi in più rispetto a quella bianca perché serve anche al farmacista per farsi rimborsare dallo Stato il costo dei medicinali forniti agli assistiti: si tratta quindi di un atto amministrativo e contabile con cui il medico pone a carico della finanza pubblica la spesa dei medicinali, ed è per questo che la sua redazione richiede la massima attenzione ed il massimo scrupolo (es.: le prescrizioni inappropriate possono essere contestate al medico da parte della Corte dei Conti[12]).
Poiché questa ricetta ha la natura giuridica di un atto pubblico e il medico prescrittore assume la qualifica di pubblico ufficiale, in caso di falsità le pene saranno molto severe; non è necessario arrivare a sanzioni penali, perché anche la semplice inappropriatezza della prescrizione espone il medico al rischio di essere accusato di danno erariale.
Il medico dispone delle risorse pubbliche ogni volta che utilizza una ricetta a carico del SSN e, dato che "pubblico" non vuol dire "di nessuno" bensì "di tutti", è ovvio e naturale che da lui si esigano responsabilità, correttezza morale, integrità e preparazione. Con la sua firma sulla ricetta, il medico autorizza il paziente a utilizzare il portafoglio della comunità.
La ricetta rossa va compilata da tutti i medici: la normativa regionale (D.G.R.T. n. 1038/2005 e DGRT n. 604-2019) delinea gli obblighi di medici territoriali e medici specialisti.



[11] Per approfondire: www.pacs.unica.it/pacs/Guida_rapida.pdf.
[12] Vedi sent. n. 706/2018 della Corte dei Conti della Puglia.



AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI E PER I PRESIDI CHE EROGANO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Il presente modulo può essere utilizzato esclusivamente per prescrizioni a carico del SSN e per proposte di ricovero nelle strutture pubbliche ed equiparate (art. 41 e 43 legge 833/78) nonché nelle Case di cura private accreditate.
- Qualunque falsificazione o alterazione del presente modulo è punibile ai sensi degli articoli 460, 461 e 464 del CP.
- Il rilascio di false dichiarazioni è punito ai sensi dell'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.
- Le prescrizioni specialistiche e diagnostiche sono valide su tutto il territorio nazionale.

SOGGETTI ASSICURATI DA ISTITUZIONI ESTERE / FOREIGN SUBJECTS COVERED BY HEALTH INSURANCE

CODICE ISTITUZIONE COMPETENTE / IDENTIFICATION NUMBER OF THE INSTITUTION

STATO ESTERO / COUNTRY

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE PERSONALE / PERSONAL IDENTIFICATION NUMBER

DATA DI NASCITA / DATE OF BIRTH

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE DELLA TESSERA / IDENTIFICATION NUMBER OF THE CARD

DATA DI SCADENZA / EXPIRY DATE

20 (a)

FIRMA DELL'ASSISTITO / SIGNATURE

AUTORIZZAZIONI/ANNOTAZIONI DEL FARMACISTA

20 (b)

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA DEL FARMACISTA

ASSISTENZA FARMACEUTICA – AVVERTENZE PER GLI ASSISTITI

1) La ricetta è spedibile soltanto presso le farmacie ubicate nel territorio della Regione e in quelle extraregionali di confine accreditate.
2) La ricetta, ai fini della spedizione, ha la validità di 30 giorni, escluso quello di emissione.
3) Per la spedizione delle ricette durante il servizio notturno a battenti chiusi, il diritto addizionale previsto dalla tariffa nazionale è a carico dell'assistito, salvo casi di urgenza indicati dal medico prescrittore ovvero per prescrizioni effettuate dal servizio di continuità assistenziale.
4) E' vietata qualsiasi anticipazione di prodotti farmaceutici agli utenti.

L'attestazione del diritto all'esenzione per motivi sanitari è certificata esclusivamente dal medico prescrittore

Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa del settore sanitario, la ricetta "rossa" è stata ormai quasi totalmente soppiantata dalla ricetta dematerializzata in formato elettronico, che però soggiace alle stesse regole che seguono.

1. Nome e cognome del paziente

2. Residenza del paziente

3. Indennità informatica

Questa casellina, ormai inutile, viene automaticamente crocettata ogni volta che la ricetta viene stampata. La sua esistenza è legata al fatto che, all'inizio dell'era informatica, era necessario un incentivo economico per convincere i medici a compilare le ricette al computer piuttosto che a mano.

4. Codice Fiscale, Codice ENI o Codice STP del paziente

In questa sezione deve essere riportato:

- il Codice Fiscale, se il paziente è residente in Italia;
- il Codice ENI (Europeo Non Iscritto), se si tratta di un cittadino comunitario privo di copertura sanitaria nel suo Paese di origine;
- il Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) se si tratta di un cittadino extracomunitario senza permesso di soggiorno o con permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato.

La Tessera ENI e la Tessera STP devono essere richieste dai cittadini al Distretto dell'ASL competente per territorio (vedi voce "Assistenza sanitaria agli stranieri", sezione C): queste tessere danno diritto alle prestazioni minime essenziali (tutela della gravidanza e della maternità; tutela della salute del minore; vaccinazioni; interventi di profilassi internazionale; interventi di profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai; prestazioni di soggetti HIV+) e alle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti (che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona) ed essenziali (prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita), da erogare secondo il principio della continuità (nel senso di assicurare all'infermo il ciclo tera-

peutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso).

5. Ticket ed esenzioni[13]

Il **ticket** rappresenta il modo con cui gli assistiti partecipano al costo di alcune prestazioni sanitarie di cui usufruiscono.

Nei seguenti casi, però, i pazienti possono aver diritto a delle **esenzioni** che evitano loro il pagamento di alcune o di tutte le prestazioni sanitarie per cui è previsto un ticket:

- particolari situazioni di ***reddito*** associate all'età o alla condizione sociale;
- presenza di particolari ***patologie***, siano esse rare (vedi lista nel DPCM del 12/01/2017, allegato 7) o croniche ed invalidanti (vedi lista nel DPCM del 12/01/2017, allegato 8);
- riconoscimento dello stato di ***invalidità***;
- altre ***condizioni di interesse sociale*** (es.: gravidanza, screening oncologici, accertamento dell'HIV).

Ogni esenzione è contrassegnata da un codice nazionale alfanumerico[14] (1 lettera + 2 numeri), che va inserito nelle 3 caselline bianche, e da un codice regionale numerico[15] (3 numeri), che andrebbe inserito nelle 3 caselline rosse: se la ricetta non riporta il codice di esenzione nell'apposito campo, il cittadino, pur possedendo l'attestato di esenzione, deve pagare il ticket senza possibilità di rimborsi.

È importante ricordare che:

- sulle ricette dei pazienti residenti in Toscana ed esenti con codice G01-G02 e V01-V02 (non paganti i farmaci in classe C né la differenza tra brand e generico, vedi art. 51 del DPCM del 12-01-2017) si deve aggiungere la dicitura "Legge n. 203/2000" con controfirma;
- per inserire l'esenzione M50 è necessario indicare il motivo per cui la gravidanza è a rischio (vedi art. 59 del DPCM del 12-01-2017);
- le esenzioni per patologie croniche ed invalidanti non prevedono le prestazioni finalizzate alla diagnosi, contrariamente a quelle per le malattie rare;
- l'esenzione B01 è utilizzabile per l'esecuzione del test HIV in caso di contatto sospetto;
- l'esenzione I01 va inserita nella prescrizione di un ECG a un minore al fine del certificato di attività sportiva non agonistica richiesto dalla scuola;
- l'esenzione X01, valida esclusivamente per la singola prestazione prescritta, può essere inserita quando il paziente è uno straniero indigente (Codice ENI o STP) che presenti una specifica dichiarazione di indigenza.

In mancanza di esenzioni è obbligatorio biffare la casellina "non esente".

Le prestazioni escluse dai LEA (vedi DPCM del 12-01-2017), erogate ai fini di interesse privato (es.: visite e/o accertamenti per il rilascio/rinnovo della patente di guida/licenza di caccia/porto d'armi, per uso assicurativo, per l'idoneità al lavoro, visite e/o accertamenti per adozione), sono a pagamento anche per gli esenti dal ticket a qualsiasi titolo (es.: reddito, invalidità, patologia). Tutte queste prestazioni devono essere prescritte dal medico sul suo ricettario personale, ma rimane il principio di gratuità per gli accertamenti eventualmente richiesti dal tribunale dei minori al fine del rilascio del certificato di idoneità all'adozione (codice di esenzione ticket: 5I2).

N. B. Nei PS della Toscana, per le situazioni classificate con codice di priorità bianco od azzurro, è previsto il pagamento di un ticket pari a 25 €, comprensivo della valutazione clinica e di eventuali esami di laboratorio; questa cifra può raddoppiare nel caso siano eseguite prestazioni di diagnostica strumentale. Sono esenti dal pagamento del ticket:

- gli assistiti esenti dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- i ragazzi di età < 14 aa;
- gli utenti dimessi dal PS con codice di priorità bianco e azzurro correlate ad avvelenamenti acuti, traumatismi (che esitino in sutura o immobilizzazione), necessità di un breve periodo di osservazione.

Oltre al precedente ticket, dal 2012 è stato introdotto un contributo aggiuntivo di 10 € per la digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (produzione, archiviazione e trasmissione dell'immagine): questa "tassa" non è però dovuta nel caso in cui si proceda al ricovero a seguito dell'accesso in PS e in tutte le categorie di soggetti esenti elencate nella D.G.R.T. n. 808/2012. Esiste inoltre una delibera regionale (D.G.R.T. n. 1001/2012) secondo cui, nel corso di un anno solare, ogni singolo cittadino può pagare fino ad

[13] Per approfondire: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/esenzione-ticket.
[14] Vedi su www.salute.gov.it/portale/esenzioni/homeEsenzioni.jsp.
[15] Per la Toscana vedi su www.regione.toscana.it/-/esenzioni.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

un massimo di 3 contributi; dal quarto in poi, attraverso apposita autocertificazione, non sarà più tenuto al pagamento dello stesso fino alla fine dell'anno solare.

6. Autocertificazione reddito

Quando era ancora in vigore la modulazione del ticket sulla base del reddito (vedi punto 8), nel caso in cui la ricetta perveniva in farmacia senza l'indicazione della fascia di reddito era possibile l'autocertificazione da parte del paziente tramite apposizione della firma nell'apposito spazio, ma solo in 2 casi (Circolare regionale AOOGRT-111576-A.090.010 del 25-03-2016):

- ricetta scritta a mano in cui sia riportata l'indicazione "visita domiciliare";
- ricetta prescritta da un medico sostituto in cui risultino contemporaneamente presenti i nominativi sia del titolare sia del sostituto.

7. Sigla provincia e codice ASL

In questo spazio si devono inserire la sigla automobilistica della provincia (nelle 2 caselline bianche) e il codice ASL (nelle 3 caselline rosse) del paziente, entrambi riferiti alla sua residenza (per Siena è "SI203").
Quando l'ASL di residenza del paziente è diversa da quella del territorio in cui viene visitato, basta inserire la sigla della provincia di residenza del paziente, omettendo quella dell'ASL; se invece il paziente è uno straniero con Codice STP, questo campo non va compilato affatto.
Quando si intende prescrivere farmaci a pazienti residenti fuori regione si deve aggiungere a mano la dizione "paziente occasionale" (ciò può succedere, ad esempio, a un MMG che visiti i familiari di un proprio paziente che lo vengono a trovare per le vacanze).

8. Fascia di reddito

Tale spazio era utile fin quando i ticket delle ricette erano modulati sulla base del reddito.

9. Prestazione "suggerita"

Questa casella, ormai in disuso, veniva biffata ogni volta che il farmaco o la prestazione segnati dal medico veniva suggerita da un collega.
La delibera regionale sulle competenze prescrittive (D.G.R.T. n. 1038/2005), però, l'ha resa obsoleta e inutile, sottolineando che i medici "sono sempre tenuti a prescrivere su ricettario regionale le prestazioni […] ritenute appropriate al bisogno sanitario dell'utente secondo il principio di assunzione diretta di responsabilità professionale".

10. Ricovero in ospedale

In caso di richiesta di ricovero, si deve biffare questa casella e devono comparire:

- la dicitura "si richiede ricovero ospedaliero per le cure e gli accertamenti del caso" nello spazio di cui al punto 12;
- la motivazione diagnostica nello spazio di cui al punto 13.

Secondo la delibera regionale sulle competenze prescrittive (D.G.R.T. n. 1038/2005), la proposta di ricovero da parte del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta deve essere accompagnata da un'apposita scheda compilata contenente i dati relativi al paziente estratti dalla scheda sanitaria individuale, oppure da una breve relazione scritta o, in caso di ricovero urgente, da un contatto telefonico.

11. Altro

Non siamo stati in grado di scoprire l'utilità di questa casella.

12. Spazio per la prescrizione richiesta

Questa è la sezione in cui indicare il bene/servizio richiesto per il paziente (es.: farmaci, esami diagnostici, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, dispositivi/presidi monouso e prodotti destinati a un'alimentazione particolare, protesi e ausili, trasporti sanitari ordinari, cure termali, fisioterapia, O_2-terapia).
Poiché si paga un ticket per ogni ricetta, per correttezza nei confronti del paziente si dovrebbe sintetizzare le richieste sul minor numero di ricette, ove possibile.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Farmaci

"Il medico, nel prescrivere un farmaco, è tenuto, sulla base della sua specifica competenza professionale, ad informare il paziente sull'eventuale presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio e dosaggio unitario uguali." (D.L. n. 1/2012, art. 11, comma 12).

"Il medico che curi un paziente, per la prima volta, per una patologia cronica, ovvero per un nuovo episodio di patologia non cronica, per il cui trattamento sono disponibili più medicinali equivalenti, indica nella ricetta del SSN la denominazione del principio attivo contenuto nel farmaco oppure la denominazione di uno specifico medicinale a base dello stesso principio attivo accompagnato dalla denominazione di quest'ultimo. L'indicazione dello specifico medicinale è vincolante per il farmacista ove nella ricetta sia inserita, corredata obbligatoriamente da una sintetica motivazione, la clausola di non sostituibilità […]. L'indicazione è vincolante per il farmacista anche quando il farmaco indicato abbia un prezzo pari a quello di rimborso, fatta comunque salva la diversa richiesta del cliente." (D.L. n. 95/2012, art. 15, comma 11-bis).

Una volta iniziato il trattamento, in generale, si raccomanda la non sostituibilità del farmaco di prima prescrizione[16].

La non sostituibilità di un farmaco, sia esso brand o generico, è possibile solo per giusta causa, ovvero in presenza delle seguenti condizioni specifiche:

1. allergia/intolleranza = in tutti casi di ipersensibilità, intolleranza, interazione o controindicazione a particolari eccipienti (es.: zuccheri per soggetti diabetici, glutine e amido di grano per celiaci, saccarina per gli allergici ai sulfamidici, aspartame per gli affetti da fenilchetonuria, lattosio per gli intolleranti) che si è sicuri essere assenti nel farmaco prescritto (es.: "NON SOSTITUIBILE" per intolleranza al lattosio; "NON SOSTITUIBILE" per pericolo di interazione dell'eccipiente "x" in pz in cura col farmaco "y"); attenzione però, perché in questo caso il medico avrebbe dovuto segnalare le precedenti ADR verso quel farmaco al servizio di farmacovigilanza;
2. obiettive difficoltà di assunzione (es.: paziente con disfagia che deve prendere proprio quel farmaco perché si scioglie in acqua, mentre un altro farmaco è solo in compresse);
3. terapia complessa/problematiche assistenziali = per "terapia complessa" ci si riferisce a quei casi in cui per una patologia si fatichi molto a individuare il farmaco e il dosaggio giusti, magari raggiunti dopo molte prove calibrate, per cui se il farmacista dovesse dare qualsiasi altro farmaco il rischio di insuccesso terapeutico sarebbe molto alto (in questo modo si salvaguardano la fatica fatta dal medico e la salute e la compliance del paziente); per "problematiche assistenziali", invece, si intendono quelle condizioni in cui c'è il rischio che il paziente faccia confusione nell'assunzione dei farmaci (es.: un anziano che vive da solo, è mal assistito o prende tantissime medicine al giorno basandosi spesso non sul principio attivo del farmaco ma solo sul nome o sul colore della scatola);
4. non art. 15, comma 11-bis = questa dicitura serve a indicare che l'articolo citato (art. 15, comma 11-bis) non è applicabile, poiché trattasi di un farmaco già assunto dal paziente prima dell'entrata in vigore del D.L. n. 95/2012.

La validità della ricetta per i farmaci è, come per ogni RNR (vedi voce "Prescrizioni: cosa fare?", sezione B), di 30 giorni, a partire dal giorno successivo all'emissione.

Vale la pena inoltre menzionare il "diritto d'urgenza" previsto dalla tariffa nazionale per la vendita al pubblico dei medicinali: tale fattispecie si verifica nelle farmacie di turno nei notturni e nei festivi (tant'è che interessa principalmente i medici del PS e i medici a quota oraria), a cui spetta il riconoscimento di una quota di circa 10 € per la dispensazione dei farmaci in tali situazioni. Secondo la convenzione tra SSN e farmacie (pubbliche e private), tale spesa sarà riconosciuta a carico del SSN solo se espressamente apposta sulla ricetta dal medico prescrivente una specifica dicitura che attesti il carattere di urgenza della fornitura; in assenza di tale indicazione, l'onere relativo al diritto d'urgenza graverà sull'assistito, che sarà tenuto a corrisponderlo direttamente in farmacia.

In Toscana, i medicinali contenenti adrenalina iniettabile monodose (es.: fastjekt, chenpen) sono a carico del SSR solo per i residenti in Regione Toscana (D.G.R.T. n. 1185/2004); la prescrizione, che dev'essere accompagnata dalla dicitura "paziente a rischio di shock anafilattico da (es.: imenotteri, alimenti, farmaci)", può essere redatta dal Medico di Medicina Generale, dal Pediatra di Libera Scelta, dallo specialista allergologo operante nel SSR, dal medico di Pronto Soccorso o, al momento della dimissione del paziente, dal medico di reparto dove è stato disposto il ricovero per anafilassi. È possibile trovare

[16] Per approfondire: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=456.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

altre indicazioni di questo tipo riguardanti alcuni tipi di farmaci nelle procedure aziendali circa l'assistenza farmaceutica diretta, da ricercare sul sito della ASL competente per territorio.
Per quanto riguarda i farmaci contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope, la prescrizione deve seguire delle regole particolari. Questi medicinali sono catalogati in una tabella suddivisa in 5 sezioni, dalla A alla E (www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto), in relazione al decrescere del loro potenziale d'abuso: alcuni dei farmaci contenuti nelle tabelle A e D (raggruppati nell'allegato III-bis del D.P.R. n. 309/1990) godono, se utilizzati nella terapia del dolore, di facilitazioni prescrittive che permettono ai medici pubblici o convenzionati l'utilizzo del ricettario del SSN. Per usufruire di queste agevolazioni è necessario sapere[17] che:

- si devono inserire il codice "TDL" nella sezione di cui al punto 5 e la dicitura "terapia del dolore" nel riquadro di cui al punto 13;
- è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un unico medicinale, per una cura di durata non superiore a 30 giorni (indipendentemente dal numero di confezioni); fanno eccezione i medicinali di cui all'allegato III-bis, per i quali la ricetta può comprendere fino a due diversi principi attivi o uno stesso medicinale con due dosaggi differenti, per una cura di durata comunque non superiore a 30 giorni;
- per i farmaci della tabella A, infine, devono comparire anche il nominativo (nome e cognome) e i recapiti professionali (indirizzo e numero di telefono) del medico prescrittore e, nella sezione di cui al punto 12, oltre al nome del medicinale, anche la modalità di somministrazione (es.: sottocute, intramuscolo, endovena), il dosaggio e la posologia (si possono utilizzare numeri o sigle, purché sia chiaro lo schema posologico prescritto).

La prescrizione dei cannabinoidi sotto forma di preparazioni magistrali può essere effettuata (vedi D.M. 09/11/2015):

- su ricetta "rossa" da medici convenzionati, solo per poche indicazioni terapeutiche indicate a livello regionale (per la Toscana fa fede la D.G.R.T. n. 1162/2013: spasticità secondaria a sclerosi multipla e ad altre gravi malattie, dolore oncologico refrattario alla morfina, dolore cronico neuropatico resistente agli altri farmaci, sindrome di Gilles de la Tourette) che siano accertate da centri specialistici ospedalieri e per le quali venga stilato un piano terapeutico della validità massima di 90 giorni;
- su ricetta "bianca" da medici in attività libero-professionale, per tutte le altre indicazioni non previste in scheda tecnica (in questo caso, trattandosi di prescrizione off-label[18], si devono seguire i dettami della L. n. 94/1998, tra cui: acquisire il consenso informato del paziente al trattamento; il prescrittore deve specificare nella ricetta le esigenze particolari che giustificano il ricorso alla prescrizione temporanea; nella ricetta il medico dovrà prescrivere, senza riportare le generalità del paziente, un riferimento alfanumerico di collegamento a dati d'archivio in proprio possesso che consenta, in caso di richiesta da parte dell'autorità sanitaria, di risalire all'identità del paziente trattato).

Esami diagnostici

Non possono essere prescritte contemporaneamente nella stessa ricetta le prestazioni esenti dal ticket con quelle non esenti.
È necessario aggiungere la dicitura "prelievo a domicilio" se il paziente non è deambulante e necessita del servizio infermieristico per effettuare alcuni esami.
Ai soli fini della prenotazione le ricette conservano la loro validità di 180 giorni dalla data di prescrizione e, se prenotate entro queste scadenze, conservano la propria validità fino all'erogazione della prestazione.

Visite specialistiche

Alcune visite specialistiche prevedono l'accesso diretto, ossia non necessitano dell'apposita prescrizione sul ricettario regionale.
In Toscana, queste prestazioni sono elencate nella D.G.R.T. n. 493/2004: "pediatria (limitatamente ai sog-

[17] Per approfondire: www.medblog.it/2016/04/20/oppiacei-regole-prescrittive.
[18] Da notare che, quando non esiste un'alternativa terapeutica valida, i farmaci off-label sono erogabili a carico del SSN solo se inseriti in un apposito elenco predisposto e periodicamente aggiornato dall'AIFA; analogo discorso vale per i medicinali non ancora autorizzati ma in corso di sperimentazione clinica e per i medicinali innovativi autorizzati in altri Stati ma non in Italia (vedi L. n. 648/1996). In presenza di una alternativa terapeutica valida, invece, sono erogabili a carico del SSN i medicinali off-label, a patto che l'indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale, secondo parametri di economicità e appropriatezza (vedi L. n. 79/2014, art. 3, comma 2).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

getti che non hanno scelto il PLS e alle prestazioni del consultorio), ginecologia-ostetricia (visita), oculistica (limitatamente all'esame del visus), odontoiatria (visita), psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia (visita), prestazioni erogate per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica, prestazioni e controlli erogati dai servizi di diabetologia, prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei donatori di sangue o di organo o di midollo (in rapporto agli atti di donazione), prestazioni per accertamenti effettuati nei confronti dei riceventi di trapianti d'organo, trattamenti dialitici, prestazioni esenti effettuate per soggetti affetti da sostanze stupefacenti, psicotrope, alcool, affetti da HIV o sospettati di esserlo".
Secondo la delibera regionale sulle competenze prescrittive (D.G.R.T. n. 1038/2005), "lo specialista cui accede il cittadino […] assume in carico lo specifico bisogno di salute" e, tra le altre cose, "richiede sul ricettario regionale le ulteriori consulenze specialistiche e/o le indagini cliniche-diagnostiche necessarie alla soluzione del caso", "provvede ad attivare il percorso di prenotazione" e, "concluso l'iter diagnostico, a darne risposta scritta al paziente".
Similmente a quelle per gli esami diagnostici, ai soli fini della prenotazione le ricette conservano la loro validità di 180 giorni dalla data di prescrizione e, se prenotate entro queste scadenze, conservano la propria validità fino all'erogazione della prestazione.

Ricoveri ospedalieri e preospedalizzazione

"Le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. I relativi referti devono essere allegati alla cartella clinica che costituisce il diario del ricovero." (L. n. 662/1996, art. 1, comma 18). Ove così non si operi si realizza una truffa ai danni del SSN: il medico, quindi, deve fare solo la richiesta per il ricovero, ma non quella per gli esami di preospedalizzazione, le cui spese sono totalmente a carico della struttura (pubblica o convenzionata) che effettuerà l'operazione (vedi D.G.R.T. n. 493/2004).
In caso di richiesta di ricovero, deve essere biffata anche la casella di cui al punto 10.

Assistenza integrativa

La Farmaceutica Territoriale tramite lo sportello di assistenza integrativa si occupa di erogazione ed autorizzazione, secondo i livelli di assistenza previsti dalle normative nazionali, regionali e aziendali di:

- presidi per diabetici;
- alimenti aproteici per pazienti nefropatici;
- presidi per pazienti stomizzati;
- medicazioni per lesioni difficili;
- alimenti e integratori per pazienti affetti da malattie rare;
- presidi per pazienti con incontinenza urinaria e/o fecale stabilizzata (pannoloni, cateteri, sacche);
- autorizzazione Tessera Sanitaria per acquisto alimenti aglutinati per pazienti celiaci.

Per la prima fornitura è necessaria una richiesta specialistica e i piani terapeutici così attivati non hanno scadenza (DGRT n. 907/2024); per quanto riguarda i dispositivi per l'automonitoraggio della glicemia nei soggetti diabetici, in particolare, la prescrizione sul territorio potrà essere effettuata:

- su un apposito modulo riservato a MMG e PLS (e loro sostituti) [allegato B];
- sul ricettario regionale (rosso), da compilare con tutte le indicazioni presenti nel suddetto modulo, facendo particolare attenzione all'indicazione della classe terapeutica di appartenenza, del tipo e del numero di dispositivi da erogare ogni mese (in mancanza dell'indicazione numerica dei dispositivi prescritti mensilmente verrà inteso il quantitativo minimo mensile erogabile per dispositivo, ad es.: 25 strisce diagnostiche, 25 lancette pungidito, 30 siringhe, 30 aghi) e del periodo di validità della prescrizione (in mancanza del quale la ricetta si intenderà valida per 1 mese).

L'erogazione degli ausili assorbenti[19] (pannoloni e traverse salvaletto) è diretta a:

- soggetti in possesso di attestazione di invalidità civile in cui sia riportata la dicitura "incontinenza", o in attesa di visita per l'invalidità civile e che abbiano presentato domanda di invalidità;
- soggetti affetti da incontinenza urinaria e/o incontinenza fecale stabilizzata (> 3 mesi) certificata;
- soggetti con relazione di ricovero ospedaliero con riportata la dicitura "incontinenza stabilizzata".

[19] Per approfondire: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/ausili-assorbenti-pannoloni-e-traverse.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Esiste infine il servizio che riguarda la fornitura gratuita di presidi[20] (es.: protesi, carrozzine, apparecchi acustici, certificazioni per rilascio bonus elettrico) per la riduzione del disagio conseguente a invalidità fisiche o sensoriali.
Il servizio è rivolto a:

- persone riconosciute invalide (civili, di guerra o per causa di servizio);
- pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- laringectomizzati; tracheotomizzati; ileo-colostomizzati; urostomizzati; portatori di catetere permanente; affetti da patologia grave che li obbliga all'allettamento; persone amputate a un arto; donne con malformazione congenita che comporti l'assenza di una o entrambe le mammelle o della singola ghiandola mammaria; donne che hanno subito una mastectomia;
- minorenni che necessitano di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione;
- persone che presentano una menomazione, riscontrata e verbalizzata, che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3.

Trasporti sanitari urgenti (ex ordinari)[21]

Il trasporto sanitario urgente verso strutture pubbliche o convenzionate al fine di eseguire alcune prestazioni (ricoveri, esami diagnostici, visite specialistiche, trattamenti terapeutici singoli) non è previsto dai LEA, ma, in Regione Toscana, è a carico del SSR per i pazienti ivi residenti (il domicilio sanitario non è condizione sufficiente se la residenza è fuori Regione) che siano:

- barellati (trasporto con ambulanza, se va garantito il trasferimento in posizione supina per via della situazione clinica);
- in carrozzina ortopedica obbligata e impossibilitato a eseguire gli atti quotidiani della vita (con mezzo attrezzato dotato di pedana mobile).

Il trasporto sanitario urgente deve essere richiesto dallo stesso medico che prescrive l'accertamento/terapia (il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta non possono rilasciare una serie di certificati singoli in sostituzione alla richiesta dello specialista, e non possono trascrivere/prescrivere trasporti proposti da altri medici), aggiungendo le seguenti indicazioni sulla ricetta della prestazione da effettuare (es.: ricovero, esame diagnostico, visita specialistica, trattamento terapeutico singolo), sia essa rossa o dematerializzata:

- mezzo di trasporto ("ambulanza" o "mezzo attrezzato");
- tipo di paziente ("pz barellato" o "pz in carrozzina");
- struttura di destinazione ("pubblica" o "privata accreditata/convenzionata").

Le richieste del trasporto sanitario per i pazienti in trattamento dialitico dev'essere rilasciata dallo specialista nefrologo, così come quelli per i pazienti in chemio- o radioterapia è a carico dello specialista oncologo/radioterapista. Per le visite specialistiche, gli esami diagnostici e tutte le prestazioni multiple (es.: cicli riabilitativi) il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Famiglia può emettere solo la prima richiesta di trasporto sanitario, dopodiché dovrà essere lo stesso medico specialista ospedaliero a emetterla, se dovuto/appropriato.
Il trasporto fuori Regione è ammesso solo per i pazienti barellati diretti verso una struttura pubblica; in questo caso, però, la richiesta del medico deve essere preventivamente autorizzata dal Distretto.
Una volta acquisita la richiesta, sarà il paziente o un suo familiare a dover prenotare il trasporto chiamando lo 0577/367774.
Le richieste per altri tipi di trasporto sanitario (es.: dimissioni post-ricovero, chemio- o radioterapia, riabilitazione, dialisi) devono essere redatte dai medici specialisti.

Fisioterapia

In Toscana esistono vari percorsi fisioterapici, ma solo 4 di essi sono prescrivibili dal MMG:

- rieducazione motoria individuale;
- rieducazione del pavimento pelvico;
- rieducazione individuale all'autonomia nelle attività della vita quotidiana;

[20] Per approfondire: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/protesi-e-ausili.
[21] Per approfondire www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/trasporto-sanitario#:~:text=contattare%20il%20numero%200577%20367774,dalle%20ore%208%20alle%2020.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

- rieducazione motoria individuale con uso di terapie fisiche strumentali di supporto.

Le persone con sindromi dolorose croniche (es.: osteoporosi, artrosi, fibromialgia) e/o con esiti stabilizzati di disturbi neuromotori (es.: ictus, morbo di Parkinson) e gli anziani con alto rischio cadute possono iscriversi ai corsi di Attività Fisica Adattata[22] (AFA): si tratta di percorsi non sanitari che prevedono una serie di programmi di attività motoria di gruppo finalizzati a migliorare il benessere della persona e a contrastare le difficoltà di movimento temporanee o conseguenti a malattie croniche. Per accedere a questi corsi non è necessaria alcuna ricetta,

Cure termali

Le cure termali possono essere prescritte a carico del SSN solo nei casi di cui all'allegato 9 del DPCM del 12-01-2017.

O_2-terapia

Esistono due tipi di ossigeno: liquido (prescrivibile solo dallo specialista) e gassoso (prescrivibile anche dal MMG, fino a 2 bombole da 14 l).

L'O_2 gassoso è indicato per un uso acuto (un trattamento continuativo con O_2 gassoso non può essere superiore a 3 mesi), mentre quando la patologia richiede una somministrazione cronica di O_2 (anche se per periodi relativamente brevi, ad es.: paziente terminale) è appropriato indirizzare il paziente all'O_2-terapia a lungo termine (OLT) con O_2 liquido.

L'O_2-terapia è indicata nei pazienti con ipossiemia acuta (l'O_2, infatti, è il trattamento dell'ipossia, non della dispnea) nei seguenti casi;

- riscontro di una $SatO_2 < 88\%$ non modificabile con altre risorse terapeutiche;
- riscontro di una $SatO_2$ tra 88% e 92% in associazione a una patologia cronica (es.: policitemia stabile con Htc > 55%, cuore polmonare cronico, edemi periferici da scompenso cardiaco destro, ipertensione arteriosa polmonare, $SatO_2 > 90\%$ durante la notte per oltre il 30% del tempo del sonno, cardiopatia ischemica, aritmie cardiache in presenza di rischio specifico quali cardiopatia dilatativa o ipertrofica);
- pazienti critici con documentata ipossiemia-ipercapnia (target di $SatO_2$ = 88-92%);
- pneumopatie acute;
- accesso asmatico acuto grave;
- alveolite;
- bronchiolite;
- scompenso cardiaco acuto.

Non sono appropriate le prescrizioni che riportano le diciture "O_2 al bisogno", "O_2 per 2-3 h/die", "O_2 la notte e al bisogno durante il giorno" e simili: l'OLT prevede che l'O_2 venga usato per almeno 15-18 h/die, altrimenti non si reca alcun beneficio al paziente!

13. Quesito diagnostico e/o motivo della richiesta

La delibera regionale sulle competenze prescrittive (D.G.R.T. n. 1038/2005) sottolinea come "il medico prescrittore deve […] redigere la prescrizione riportando sempre la motivazione clinica e il quesito diagnostico che giustificano la prestazione richiesta".

La codifica di questo campo costituisce un aspetto fondamentale dell'appropriatezza ed è uno degli elementi che contribuiscono in modo significativo al miglioramento dell'assistenza.

14. Note AIFA e prescrizione dei farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Le Note limitative prodotte dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sono uno strumento normativo volto a definire gli ambiti di rimborsabilità di alcuni medicinali: esse si ispirano ai criteri della medicina basata sull'evidenza (si fondano sui risultati di sperimentazioni cliniche randomizzate e, possibilmente, multiple) e vengono periodicamente revisionate (si possono trovare tutte le Note AIFA al seguente link: www.aifa.gov.it/elenco-note-aifa).

Quando previsto, il numero della Nota AIFA va inserito negli appositi campi, composti da 3 caselline ciascuno, mentre se la prescrizione non prevede la rimborsabilità questi campi vanno barrati, così che il farmaco

[22] Per approfondire: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/attivita-fisica-adattata-a-f-a.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

non possa essere erogato a carico del Servizio Sanitario; per i farmaci non soggetti a nota, invece, è possibile omettere l'annullamento del campo.

15. Codici di priorità

La classe di priorità si riferisce alle condizioni di salute e quindi alla gravità del quadro clinico dell'utente: deve essere presente in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso[23] e può essere utilizzata anche per gli accessi successivi[24] qualora il prescrittore rilevi la necessità di avere a disposizione approfondimenti clinico-diagnostici in un arco temporale più breve rispetto a quello standard atteso dalle evidenza scientifiche e previsto per i controlli ripetuti nel tempo a pazienti cronici.
In questo spazio della ricetta deve essere riportata la sigla del codice di priorità più adeguato alla situazione clinica del paziente:

- U (urgente) = prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona la prognosi del paziente in un arco temporale brevissimo (da erogare entro 72 ore);
- B (breve) = prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona la prognosi del paziente in un arco temporale breve o ne influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (da erogare entro 10 giorni);
- D (differita) = prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi del paziente in un arco temporale breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore, disfunzione o disabilità (visite specialistiche da erogare entro 30 giorni ed esami diagnostici da erogare entro 60 giorni);
- P (programmata) = prestazioni che possono essere programmate in un arco temporale maggiore poiché non influenzano prognosi, dolore, disfunzione o disabilità (da erogare entro 120 giorni).

L'indicazione del codice di priorità è fondamentale in termini di appropriatezza prescrittiva e per un adeguato governo delle liste di attesa: le prestazioni considerate "primo accesso" possono beneficiare dei codici di priorità U, B e D (se visite specialistiche) o U, B, D e P (se approfondimenti strumentali), mentre quelle considerate "accesso successivo" possono beneficiare dei codici di priorità B, D e P.

16. Numero di confezioni/prestazioni

Per quanto riguarda i farmaci si possono prescrivere fino a un massimo di 2 pezzi per ricetta (anche confezioni differenti e anche se con diverse note AIFA); fanno eccezione alcuni farmaci (antibiotici monodose, soluzione fisiologica e soluzione glucosata), prescrivibili fino a 6 pezzi per ricetta, e alcune malattie[25] per le quali il medico può prescrivere fino a 6 pezzi per ricetta purché già utilizzati dal paziente da almeno 6 mesi (in tal caso, comunque, la durata della prescrizione non può superare i 180 giorni di terapia, vedi art. 26 del D.L. n. 90/2014).
Per quanto riguarda gli esami di laboratorio, sono prescrivibili fino a 8 accertamenti diagnostici della medesima branca (vedi. art. 35 della L. n. 449/1997), indicando sempre la motivazione diagnostica nel campo 13.
Nel caso di soggetti esenti per patologia (vedi punto 5), "al fine di semplificare l'accesso alle prestazioni usufruite in esenzione, in modo specifico per quelle prestazioni che i medesimi soggetti devono eseguire routinariamente, il medico prescrittore può prescrivere sulla ricetta la/e prestazione/i con la cadenza temporale di esecuzione e l'utente può usufruire della medesima prescrizione entro un periodo massimo di 3 mesi dalla data di rilascio" (vedi D.G.R.T. n. 493/2004).

17. Tipo di ricetta

In questo spazio si deve inserire uno specifico codice di due lettere solo se la prestazione viene erogata a:

[23] Si considerano "primo accesso" le seguenti situazioni (vedi D.G.R.T. n. 785/2023): primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale); visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetta a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico; nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito a un peggioramento del quadro clinico.

[24] Si considerano "accesso successivo" le seguenti situazioni (vedi D.G.R.T. n. 785/2023): visita o prestazione di approfondimento per i pazienti presi in carico dal primo specialista; visita o prestazione di controllo (follow up). Tutte queste prestazioni devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente (senza che questo sia rimandato al MMG/PLS, vedi PNGLA 2019-2021) e che deve provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento. Nel caso in cui lo specialista che ha preso in carico il paziente non sia autorizzato alla prescrizione (es.: specialisti di strutture private convenzionate) la prestazione di controllo può essere prescritta dal MMG o dal PLS, che devono indicare nella ricetta l'indicazione "suggerita" nell'apposito campo previsto (vedi punto 9).

[25] Si fa riferimento alle malattie croniche ed invalidanti (vedi www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=824) e alle malattie rare (vedi D.M. n. 279/2001) individuate dal Ministero della Sanità.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

- soggetti europei (UE) o extraeuropei (EE) che siano assicurati da istituzioni estere;
- stranieri temporaneamente presenti (ST) sul territorio italiano, privi di coperture assicurative.

18. Data di compilazione

19. Timbro e firma del medico prescrittore

20. Soggetti assicurati da istituzioni estere

Nel retro della ricetta rossa si trova il campo da compilare (20 a) nel caso in cui si eroghi una prestazione a un cittadino comunitario in possesso della tessera TEAM (Tessera Europea Assicurazione Malattia), avendo sempre cura di far firmare l'assistito nell'apposito spazio (20 b). Ricordiamo che, almeno in Italia, la TEAM corrisponde al retro della Tessera Sanitaria, con cui si accede ai servizi del SSN nel nostro Paese e che ha sostituito il vecchio tesserino del Codice Fiscale.

È possibile che il paziente, al posto della TEAM o del suo certificato sostitutivo provvisorio, presenti un qualche altro tipo di attestato rilasciato dal Paese di residenza, comunque valido ai fini dell'erogazione della prestazione (valutare caso per caso, vedi voce "Assistenza sanitaria agli stranieri", sezione C).

In Toscana, i pazienti stranieri possono afferire agli ambulatori dei medici convenzionati (es.: MMG, PLS, medico di CA) per visite occasionali, con oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale. Ai fini della corresponsione del compenso da parte dell'ASL per la prestazione erogata, il medico dovrà trasmettere alla sua ASL la fotocopia di un documento d'identità dell'assistito unitamente a una ricetta che riporti:

- nome e cognome dell'assistito;
- Codice Fiscale, ENI o STP[26] nell'apposito spazio di cui al punto 4;
- tipo di prestazione erogata (es.: "visita ambulatoriale", "visita domiciliare");
- dicitura che attesti l'urgenza e l'essenzialità del servizio;
- diagnosi;
- specifico codice nell'apposito spazio di cui al punto 17.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

A Siena è possibile ritirare il ricettario rosso presso l'ufficio della Farmaceutica dell'ASL Toscana Sud-Est (viale Toselli n. 104): per sapere qual è l'ufficio che li dispensa e conoscerne l'orario si rimanda al front-office.

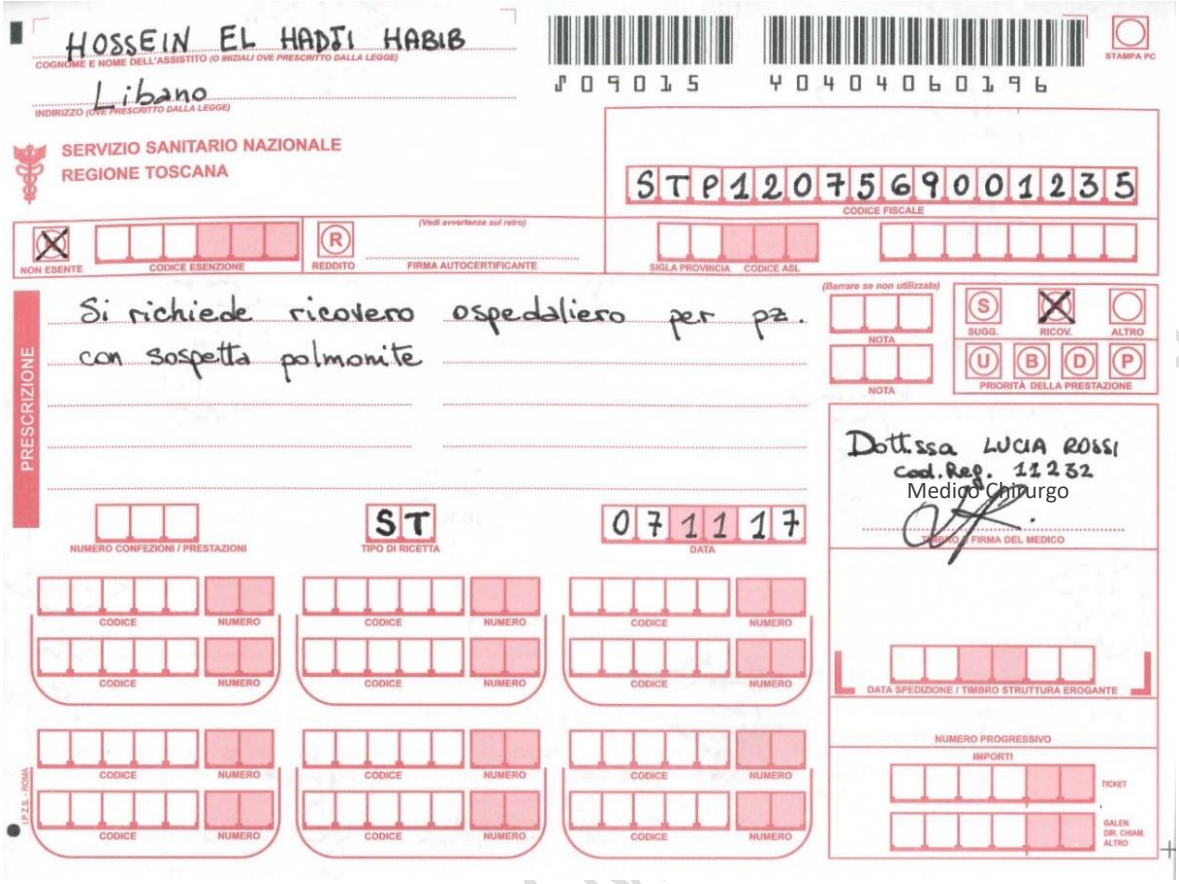
Ai medici sostituti non viene consegnato più di un ricettario alla volta, mentre i titolari hanno la possibilità di prenderne qualcuno in più.

A seguire degli esempi di ricette compilate nel modo corretto.

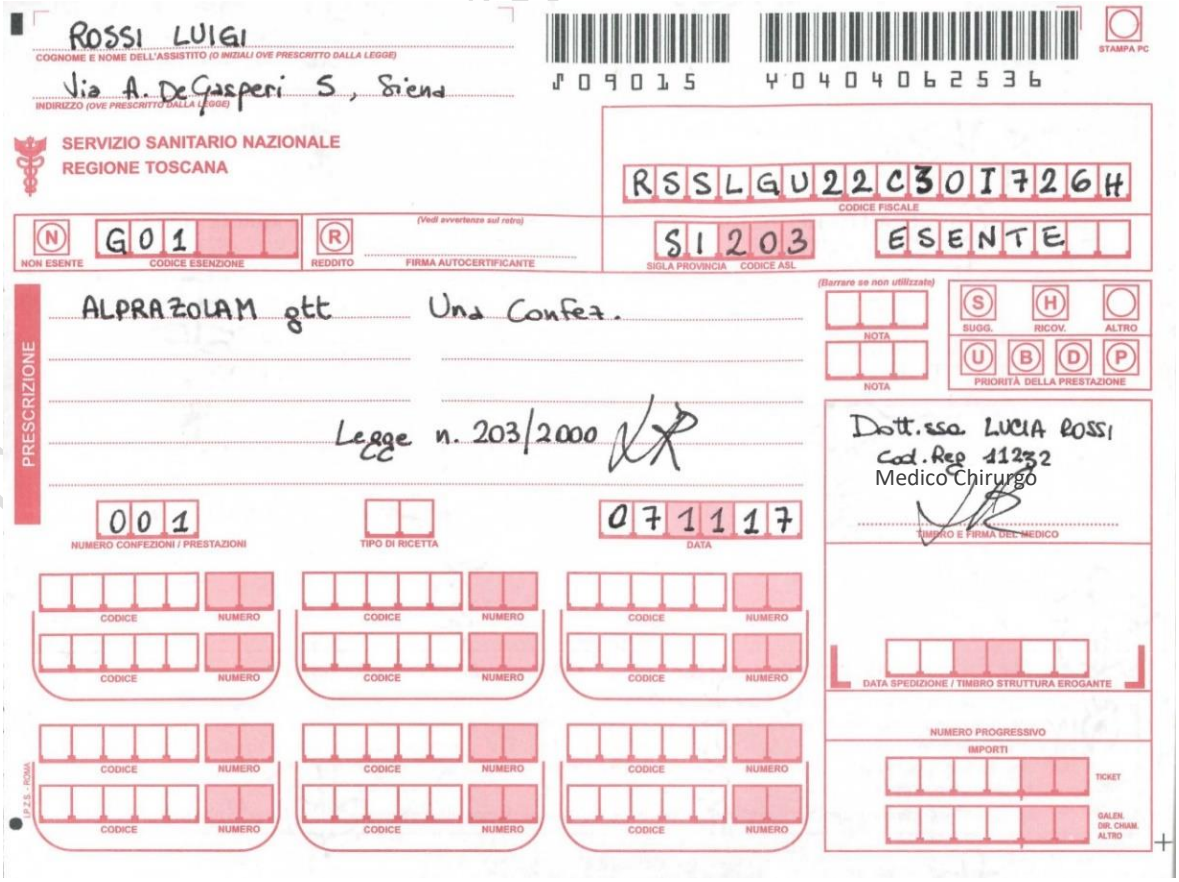
[26] I codici SSN, ENI e STP sono inconciliabili ed esclusivi.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

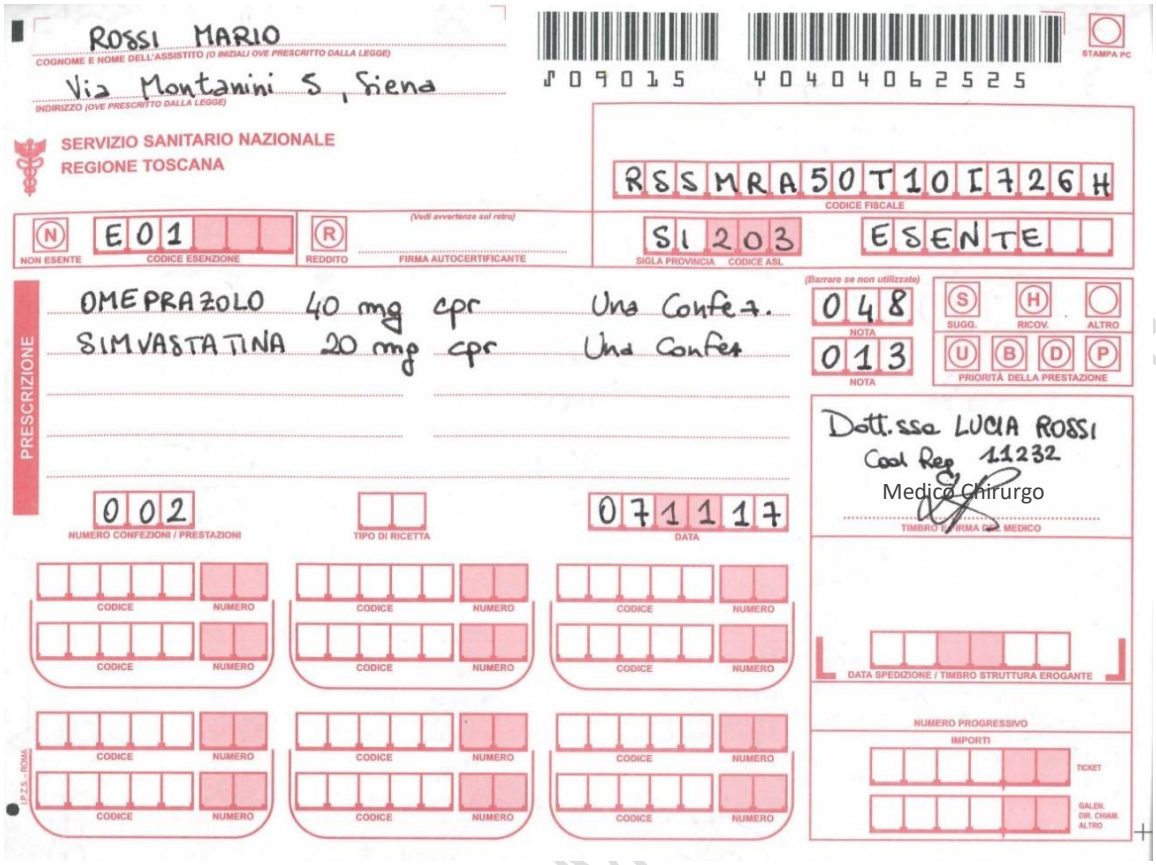
1. Paziente straniero extracomunitario, ospite a casa di sua figlia che studia in Italia, a cui si richiede un ricovero per sospetta polmonite grave.


HOSSEIN EL HADJI HABIB
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
Libano
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
09015 404040601 96
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
STP120756900 1235
CODICE FISCALE
NON ESENTE
CODICE ESENZIONE
REDDITO
(Vedi avvertenze sul retro)
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
SIGLA PROVINCIA
CODICE ASL
PRESCRIZIONE
Si richiede ricovero ospedaliero per pz. con sospetta polmonite
(Barrare se non utilizzate)
NOTA
SUGG.
RICOV.
ALTRO
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUCIA ROSSI
Cod. Reg. 11232
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
ST
TIPO DI RICETTA
071117
DATA
CODICE
NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN. DIR. CHAM. ALTRO
I.P.Z.S. - ROMA

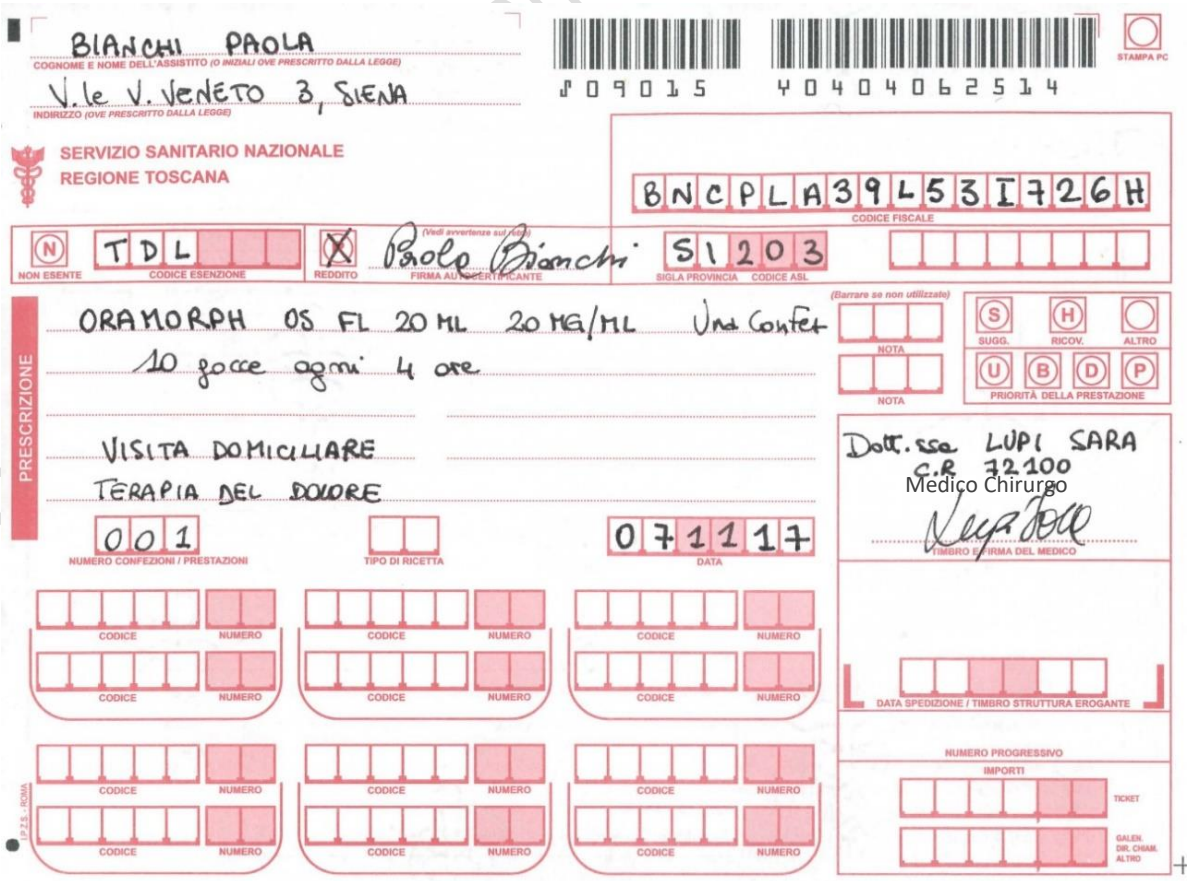
2. Paziente invalido di guerra a cui si richiedono un farmaco in fascia C a carico del SSN.


ROSSI LUIGI
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
Via A. De Gasperi 5, Siena
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
09015 404040625 36
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
RSSLGU22C30I726H
CODICE FISCALE
NON ESENTE
G01
CODICE ESENZIONE
REDDITO
(Vedi avvertenze sul retro)
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
S1203
SIGLA PROVINCIA
CODICE ASL
ESENTE
PRESCRIZIONE
ALPRAZOLAM gtt
Una Confez.
Legge n. 203/2000
(Barrare se non utilizzate)
NOTA
SUGG.
RICOV.
ALTRO
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUCIA ROSSI
Cod. Reg 11232
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
001
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO DI RICETTA
071117
DATA
CODICE
NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN. DIR. CHAM. ALTRO
I.P.Z.S. - ROMA

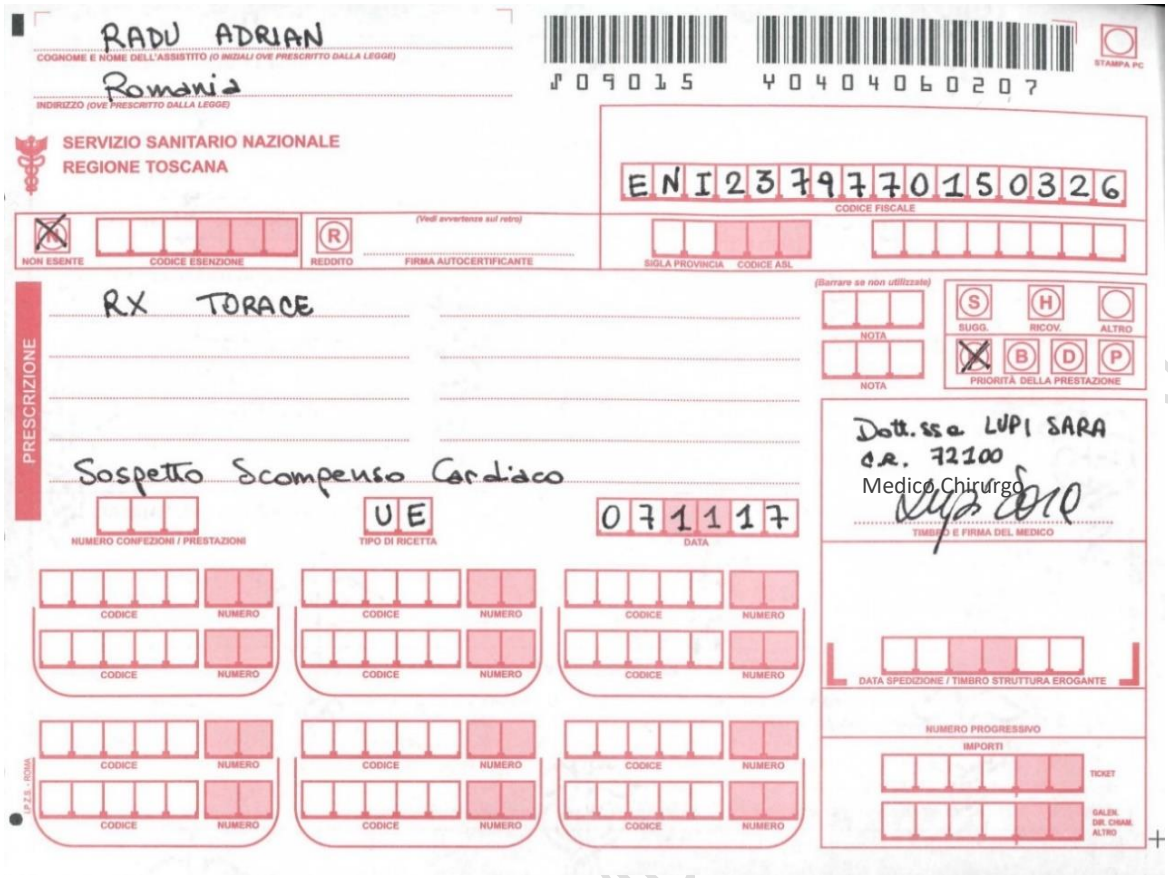
3. Paziente di 68 anni ed esente per reddito a cui si richiede un IPP (inibitore di pompa protonica) per ulcera gastrica (nota 048) e simvastatina per controllo colesterolo LDL in diabete (nota 013).


ROSSI MARIO
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
Via Montanini 5, Siena
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
RSSMRA50T10I726H
CODICE FISCALE
E01
CODICE ESENZIONE
SI203
SIGLA PROVINCIA CODICE ASL
ESENTE
PRESCRIZIONE
OMEPRAZOLO 40 mg cpr Una Confez.
SIMVASTATINA 20 mg cpr Una Confez
048
013
Dott.ssa LUCIA ROSSI
Cod Reg 11232
Medico Chirurgo
002
071117

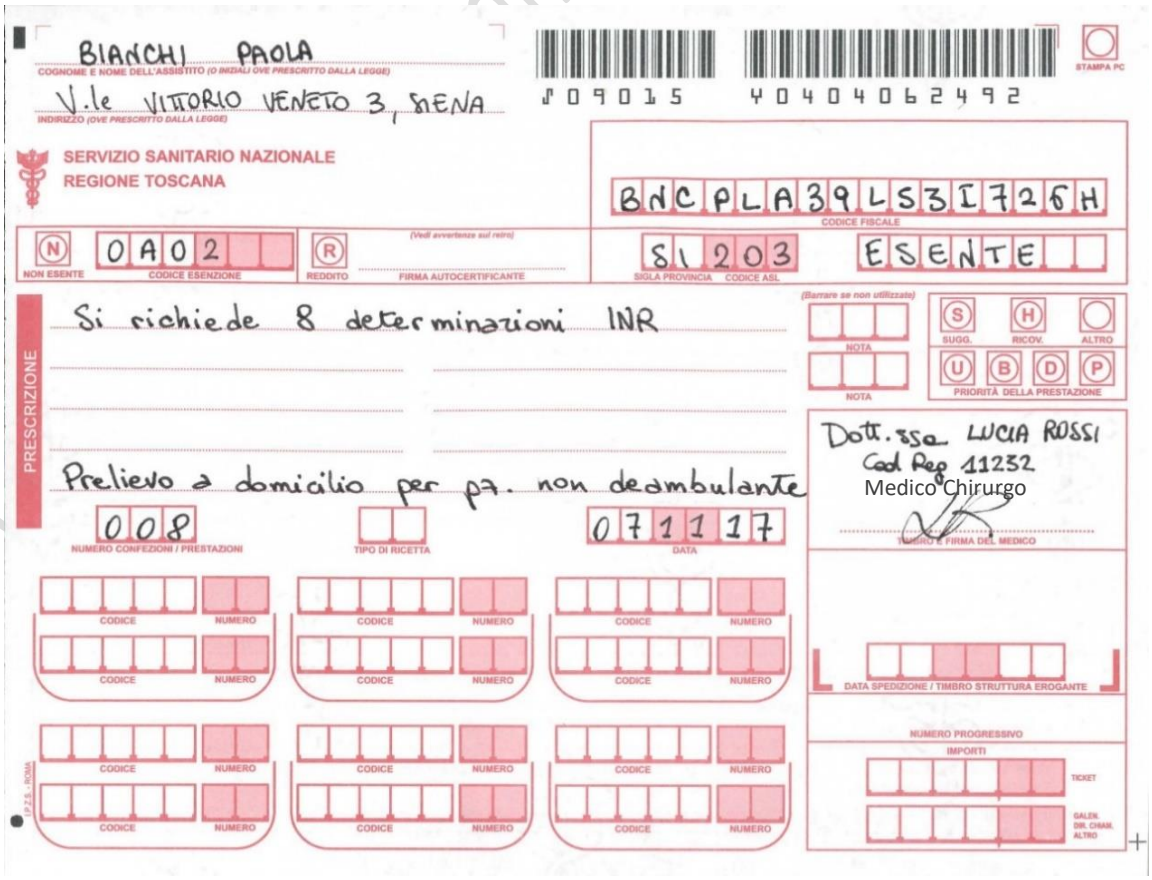
4. Paziente visitata a domicilio a cui si prescrive un farmaco oppioide per la terapia del dolore.


BIANCHI PAOLA
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
V.le V. VENETO 3, SIENA
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
BNCPLA39L53I726H
CODICE FISCALE
TDL
CODICE ESENZIONE
SI203
SIGLA PROVINCIA CODICE ASL
PRESCRIZIONE
ORAMORPH OS FL 20 ML 20 MG/ML Una Confez
10 gocce ogni 4 ore
VISITA DOMICILIARE
TERAPIA DEL DOLORE
Dott.ssa LUPI SARA
C.R 72100
Medico Chirurgo
001
071117

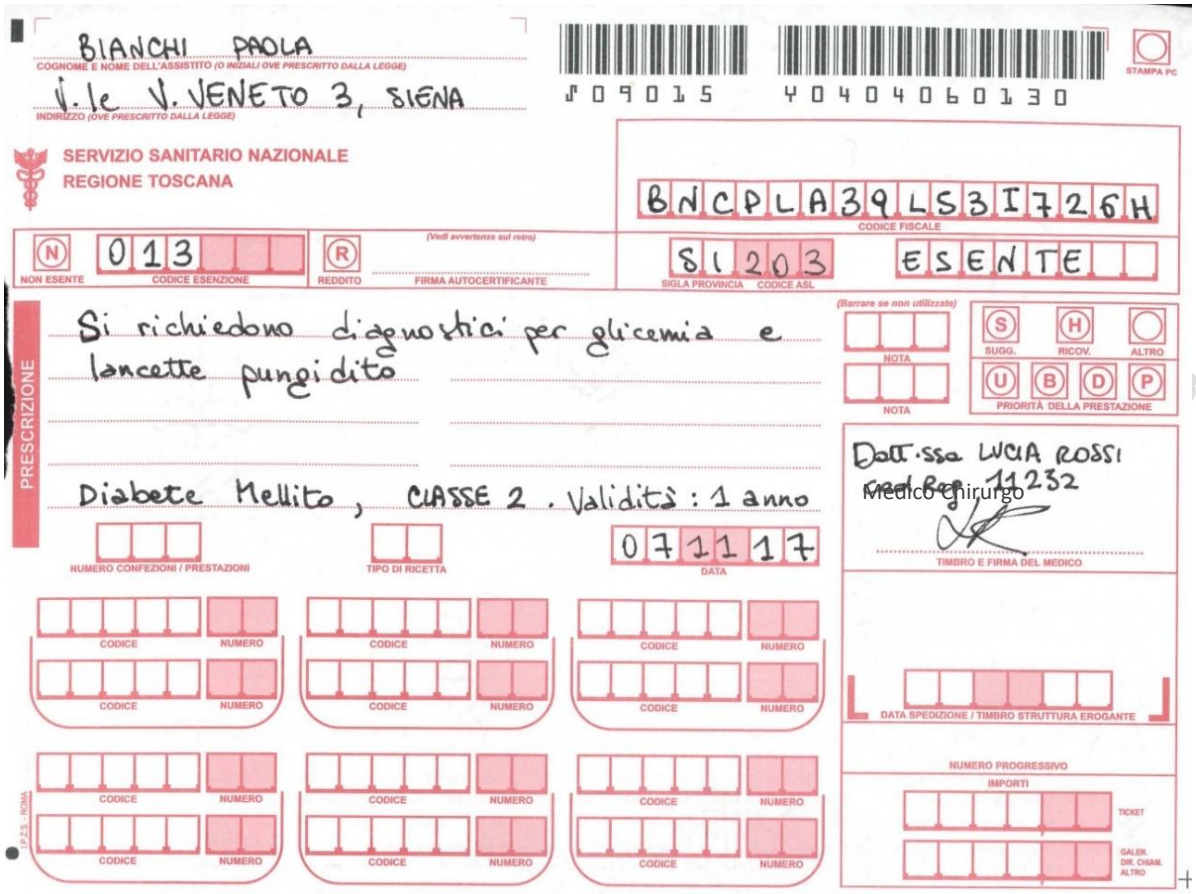
5. Paziente straniero comunitario a cui si richiede un Rx torace urgente per sospetto scompenso cardiaco.


COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE): RADU ADRIAN
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE): Romania
09015 4040406020 7
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
CODICE FISCALE: ENI237977015 0326
NON ESENTE — CODICE ESENZIONE — REDDITO — FIRMA AUTOCERTIFICANTE — SIGLA PROVINCIA — CODICE ASL
PRESCRIZIONE
RX TORACE
Sospetto Scompenso Cardiaco
NOTA — NOTA — SUGG. — RICOV. — ALTRO — PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUPI SARA
c.R. 72100
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI — TIPO DI RICETTA: UE — DATA: 071117
CODICE — NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI — TICKET — GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

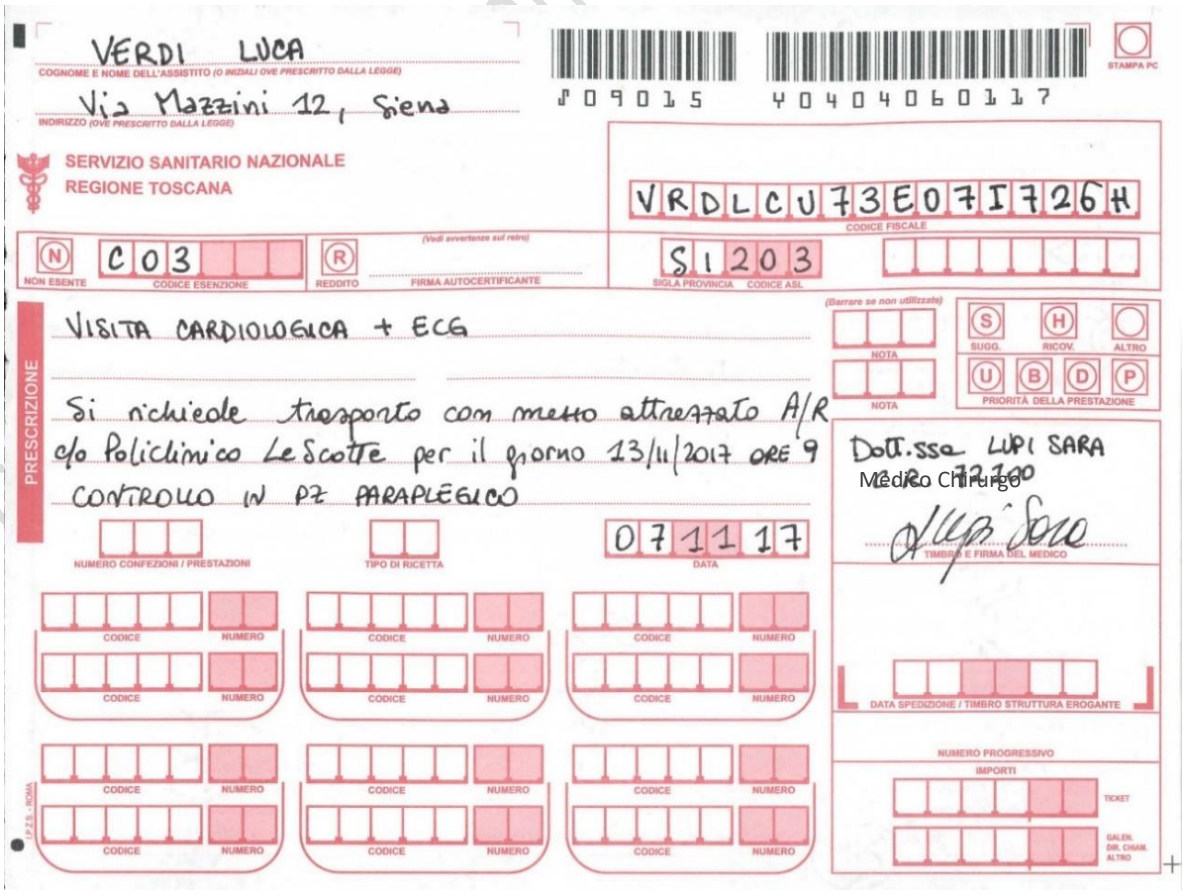
6. Paziente allettata e in terapia anticoagulante per fibrillazione atriale persistente a cui si prescrive una serie di prelievi a domicilio per valutazione INR.


COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE): BIANCHI PAOLA
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE): V.le VITTORIO VENETO 3, SIENA
09015 4040406249 2
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
CODICE FISCALE: BNC PLA 39L53I726H
NON ESENTE — CODICE ESENZIONE: 0A02 — REDDITO — FIRMA AUTOCERTIFICANTE — SIGLA PROVINCIA: SI — CODICE ASL: 203 — ESENTE
PRESCRIZIONE
Si richiede 8 determinazioni INR
NOTA — NOTA — SUGG. — RICOV. — ALTRO — PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUCIA ROSSI
Cod Reg 11232
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
Prelievo a domicilio per pz. non deambulante
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI: 008 — TIPO DI RICETTA — DATA: 071117
CODICE — NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI — TICKET — GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

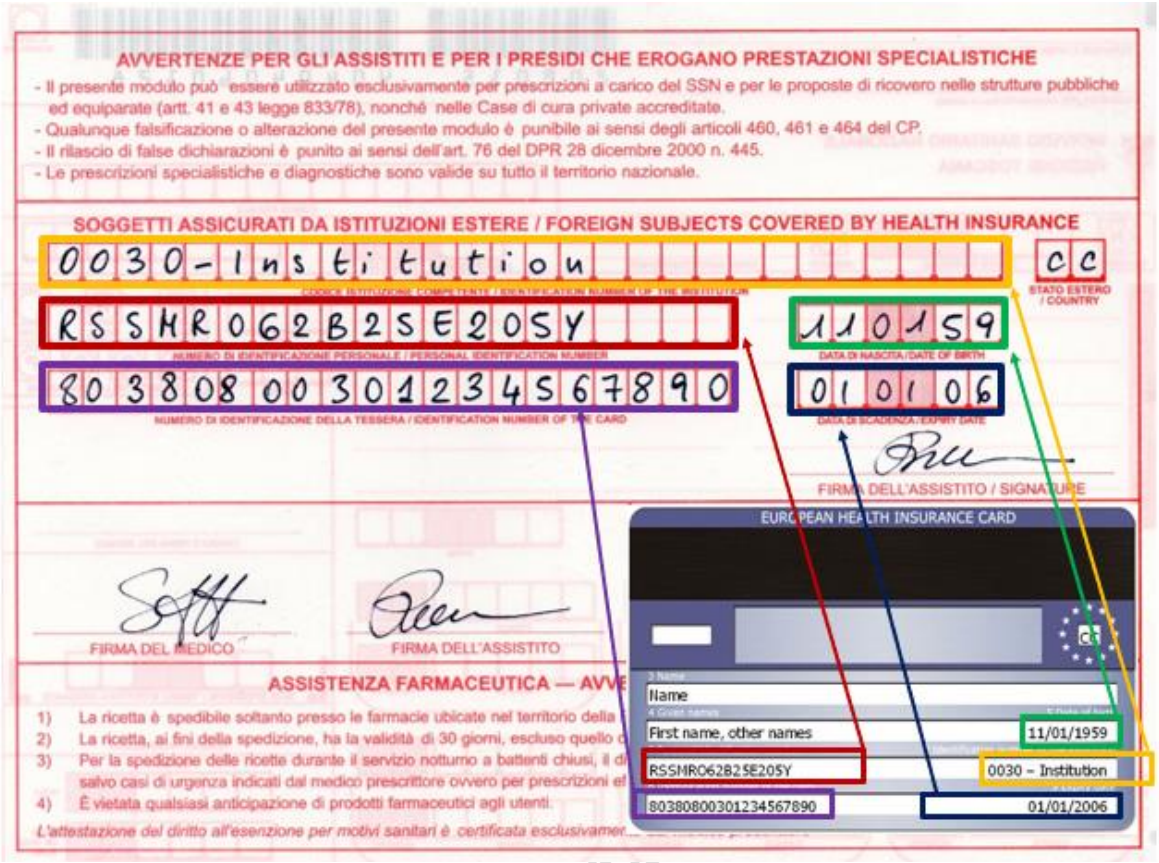
7. Paziente diabetica a cui si prescrivono i presidi.


BIANCHI PAOLA
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
V.le V. VENETO 3, SIENA
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
009015 040406013 0
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
BNCPLA39LS3I726H
CODICE FISCALE
NON ESENTE 013 CODICE ESENZIONE
REDDITO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
SI203 SIGLA PROVINCIA CODICE ASL
ESENTE
PRESCRIZIONE
Si richiedono diagnostici per glicemia e lancette pungidito
Diabete Mellito, CLASSE 2. Validità: 1 anno
NOTA
SUGG. RICOV. ALTRO
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUCIA ROSSI
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO DI RICETTA
071117
DATA
CODICE NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

8. Paziente paraplegico a cui si prescrive un controllo cardiologico con trasporto con mezzo attrezzato.


VERDI LUCA
COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
Via Mazzini 12, Siena
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
009015 040406011 7
STAMPA PC
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE TOSCANA
VRDLCU73E07I726H
CODICE FISCALE
NON ESENTE C03 CODICE ESENZIONE
REDDITO
FIRMA AUTOCERTIFICANTE
SI203 SIGLA PROVINCIA CODICE ASL
PRESCRIZIONE
VISITA CARDIOLOGICA + ECG
Si richiede trasporto con mezzo attrezzato A/R c/o Policlinico Le Scotte per il giorno 13/11/2017 ORE 9
CONTROLLO IN PZ PARAPLEGICO
NOTA
SUGG. RICOV. ALTRO
PRIORITÀ DELLA PRESTAZIONE
Dott.ssa LUPI SARA
Medico Chirurgo
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO
NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI
TIPO DI RICETTA
071117
DATA
CODICE NUMERO
DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE
NUMERO PROGRESSIVO
IMPORTI
TICKET
GALEN. DIR. CHIAM. ALTRO

9. Esempio di compilazione del retro della ricetta in caso di paziente straniero con tessera TEAM.



Commissione Giovani Me

6) COME COMPILARE LA RICETTA MINISTERIALE A RICALCO

Il ricettario ministeriale a ricalco è obbligatorio per la prescrizione di medicinali stupefacenti e psicotropi della Tabella II, Sezione A del D.P.R. n. 309/1990, garantendo il controllo sul loro utilizzo.
Esso si presenta in blocchetti da 30 ricette in triplice copia numerate progressivamente: il modello può essere compilato in duplice copia (per i medicinali non forniti dal SSN) o in triplice copia (per i medicinali forniti in regime di SSN), a ricalco in entrambi i casi.
Le norme d'uso[27] sono:

- la ricetta ha validità di 30 giorni, escluso quello di emissione;
- il medico può prescrivere, con ogni ricetta, una terapia per un periodo non superiore a 30 giorni, specificandone la posologia;
- fatti salvi i casi in cui è necessario adeguare la terapia, la prescrizione non può essere ripetuta prima del completamento della terapia indicata con la precedente prescrizione;
- per le prescrizioni a carico del SSN, il medico rilascia all'assistito la ricetta originale, la copia del SSN (da consegnare in farmacia) e la "copia assistito/prescrittore" (che l'assistito deve conservare come giustificativo del possesso dei medicinali);
- per le prescrizioni non a carico del SSN, il medico deve rilasciare al paziente solo la ricetta originale e la "copia assistito/prescrittore" (che l'assistito deve conservare come giustificativo del possesso dei medicinali);
- in caso di autoprescrizione, il medico deve conservare la "copia assistito/prescrittore";
- la ricetta risulterà firmata dal medico, in originale sulla prima pagina e in copia sulle altre;
- in caso di sostituzione del medico titolare di ambulatorio, il medico sostituto non può utilizzare il ricettario del titolare, ma deve dotarsi del ricettario personale.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

A Siena è possibile ritirare il ricettario ministeriale a ricalco presso l'ufficio della Farmaceutica dell'ASL Toscana Sud-Est (viale Toselli n. 104): per sapere qual è l'ufficio che li dispensa e conoscerne l'orario si rimanda al front-office.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

[27] Per approfondire: www.fcr.re.it/ricetta-ministeriale-speciale-rms-e-prescrizioni-di-medicinali-psicotropi.

7) FIRMA DIGITALE

La firma digitale è il risultato di una procedura informatica ("validazione") che garantisce l'autenticità e l'integrità di documenti informativi. La firma digitale conferisce al documento informatico le seguenti caratteristiche (vedi www.agid.gov.it/firma-digitale):

- autenticità → la firma digitale garantisce l'identità del sottoscrittore del documento;
- integrità → la firma digitale assicura che il documento non sia stato modificato dopo la sottoscrizione;
- non ripudio → la firma digitale attribuisce piena validità legale al documento, pertanto il documento non può essere ripudiato dal sottoscrittore.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Al momento dell'ingresso in Scuola di Specializzazione o al CFSMG vi sarà richiesta la firma del contratto che, nella maggior parte dei casi, avviene attraverso l'utilizzo della firma digitale. Tale dispositivo è a pagamento e viene offerto da varie aziende (alcuni OMCeO hanno delle convenzioni al riguardo).
Esistono due tipi di supporti elettronici acquistabili: la smart card e la chiavetta USB: per quanto abbia un costo maggiore, la chiavetta USB è da consigliare per la maggiore maneggevolezza e perché non necessita di un apposito lettore e programma di gestione; oltre a ciò, alcune segreterie accettano solo tale dispositivo.
Solo per la sottoscrizione dei contratti di specializzazione esistono dei pacchetti low cost che prevedono un'unica firma digitale "usa e getta" (es.: Namirial).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

8) CREDENZIALI E CODICI UTILI NELLA PROFESSIONE

Codice Regionale

Il Codice Regionale è un codice identificativo del medico rilasciato dalla ASL, necessario per svolgere la professione all'interno del Sistema Sanitario Regionale (è valido solo nella Regione in cui è stato richiesto).
Al medico abilitato può essere fornito, se richiesto, un Codice Regionale provvisorio, che verrà sostituito da un Codice Regionale definitivo solo nel caso in cui venisse assunto dall'ASL a tempo indeterminato in convenzione (es.: Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Specialista Ambulatoriale).
Questo codice può essere inserito nel timbro personale (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Nell'ASL Toscana Sud-Est è possibile richiedere il Codice Regionale compilando il modulo online presente sul sito aziendale (https://www.uslsudest.toscana.it/richiesta-codice-regionale-provvisorio).

Credenziali Sistema TS

Per cominciare la professione bisogna accreditarsi al Sistema TS (Tessera Sanitaria).
Le credenziali per il Sistema TS (Tessera Sanitaria) sono indispensabili per accedere al relativo portale (vedi sistemats1.sanita.finanze.it/portale/area-riservata-operatore), dal quale è possibile compilare i certificati di malattia (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B), fare prescrizioni in formato elettronico, inserire i dati delle fatture per il modello 730 precompilato (vedi voce "Come si pagano le tasse", sezione B) e, per quanto riguarda i medici in convenzione con il SSN (es.: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali), effettuare una serie di adempimenti burocratici di vario tipo.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Le credenziali del Sistema TS possono essere ottenute:
- in totale autonomia, richiedendole direttamente dal portale del Sistema TS (sistemats5.sanita.finanze.it/P730CensimentoRegistrazioneWeb/pages/includes/menu.jsf) per poi riceverle al proprio indirizzo PEC;
- rivolgendosi direttamente alla segreteria dell'Ordine dei Medici, anche solo inviando una richiesta via mail con la scansione di un documento in allegato (così facendo si viene censiti sul portale del Sistema TS come "medici certificatori" previa ricezione da parte dell'Ordine di una password provvisoria per il primo accesso).

Dopo essersi registrati al servizio, i medici possono accedere con le proprie credenziali oppure con una smart card conforme allo standard CNS (Carta Nazionale dei Servizi)

Credenziali ricetta dematerializzata

La ricetta dematerializzata (o ricetta elettronica online) sta sostituendo quasi completamente la vecchia ricetta rossa. Si tratta di un sistema elettronico che sfrutta un collegamento internet tra farmacie, MMG, ospedali e ASL in modo da far ricevere automaticamente i farmaci e le prestazioni all'erogatore.
I principali vantaggi di tale sistema sono:
- maggior ordine nelle erogazioni, sia in termini quantitativi che di facilitazione per il paziente (basti pensare che la ricetta dematerializzata vale in tutte le farmacie del territorio nazionale, pubbliche e convenzionate: ciò significa che i farmaci potranno essere ritirati ovunque, in quanto le farmacie potranno applicare il ticket della regione di residenza dell'assistito senza costringerlo a tornare dal medico in caso di smarrimento della ricetta);
- risparmio in termini economici (ogni ricetta rossa stampata dalla Zecca dello Stato costa all'incirca 1 €!);
- controllo di fenomeni come la falsificazione delle ricette o gli abusi legati al furto dei ricettari.

Esistono però farmaci esclusi da questo sistema che dovranno essere ancora prescritti su ricetta cartacea

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

(es.: stupefacenti, ossigeno, farmaci con piano terapeutico, farmaci a doppio canale).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Al giovane neoabilitato capiterà di dover stampare delle ricette dematerializzate, soprattutto durante le sostituzioni dei Medici di Medicina Generale.
Ogni volta che la sostituzione supera i 3 giorni continuativi, il medico titolare deve darne segnalazione tramite un apposito portale (GAS) o, in caso di suo malfunzionamento, deve inviare con opportuno anticipo (possibilmente almeno 15 giorni prima) all'ASL un apposito modulo [allegato V] in cui dichiara i dati del sostituto. Così facendo, la Regione Toscana può abilitare le credenziali della Tessera Sanitaria del sostituto per l'invio delle ricette dematerializzate ed i certificati di malattia INPS.
Per le sostituzioni di 1 o 2 giorni, invece, è necessario farsi mostrare dal titolare come disattivare l'opzione "ricette dematerializzate" (o simile) dal programma di lavoro (es.: MilleWin, Venere, Medico2000).
I sostituti che non sono in possesso delle credenziali di accesso al Sistema TS o che ne sono in possesso ma non riescono a utilizzarle, devono prescrivere unicamente sul ricettario rosso del SSN appartenente al Medico di Medicina Generale titolare: in questo caso sarà necessario apporre su ogni ricetta rossa, oltre al timbro del titolare, il proprio timbro e la propria firma ovunque ci sia un po' di spazio all'interno del campo 12 (vedi voce "Come compilare la ricetta rossa", sezione B).

Credenziali INPS

Le credenziali INPS sono quelle necessarie alla compilazione dei certificati per l'invalidità civile: queste certificazioni vengono compilate online e stampate al paziente, che dovrà presentare la domanda di invalidità al patronato locale.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per poter accedere ai servizi dedicati ai medici sul portale INPS (www.inps.it/) è necessario farsi assegnare le credenziali, che possono essere richieste fisicamente presso l'ufficio INPS (a Siena si trova in via Lippo Memmi n. 2, tel.: 0577/291111) oppure mandando l'apposito modulo compilato (www.inps.it/it/it/moduli/dettaglio-moduli.moduli.ap110.IT.it_ap110.html) tramite PEC a direzione.provinciale.siena@postacert.inps.gov.it.

Credenziali INAIL

Le credenziali per accedere ai servizi dell'INAIL servono per poter aprire, prolungare o chiudere le pratiche relative agli infortuni avvenuti sul luogo di lavoro o alle certificazioni di malattia professionale (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B), che dovranno essere trasmesse all'istituto per via cartacea o telematica (dal portale del sito).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per ottenere l'abilitazione al servizio di rilascio della certificazione medica di infortunio e malattia professionale è necessario presentare l'apposita modulistica (www.inail.it/cs/internet/docs/richiesta-attribuzione-codice-medico_2443090886760.pdf?section=atti-e-documenti), corredata da una copia del documento di identità in corso di validità, presso lo "sportello lavoratori" della sede INAIL competente per territorio (a Siena si trova in viale F. Tozzi n. 7, tel.: 0577/2561 o 0577/256202, fax: 0577/256240, e-mail: siena@inail.it) o tramite via telematica (www.inail.it/app/iaa/IAA/public/login?idVoceMenu=2).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

9) COME COMPILARE UNA FATTURA

Dopo l'abilitazione e l'iscrizione all'Albo professionale (vedi voce "Iscrizione all'OMCeO", sezione A), un medico può iniziare a esercitare la sua attività: a meno di proseguire la formazione post-laurea entrando in una scuola di specializzazione, quindi, gli sarà necessario aprire una partita IVA (vedi voce "Partita IVA", sezione B) per poter rilasciare regolare fattura, poiché "le persone fisiche che esercitano arti e professioni" (vedi D.P.R. n. 600/1973, art. 13) in qualità di lavoro autonomo sono obbligate alla tenuta delle scritture contabili.
Il blocchetto con i moduli delle ricevute sanitarie (vedi figura sottostante) può essere acquistato in quasi tutte le cartolerie e, diversamente dai blocchi standard, è caratterizzato dalla presenza, sull'originale di ogni fattura, della seguente dicitura (solitamente in basso a destra): "La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, del D.P.R. n. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetto alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA. In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo." (vedi le sezioni 7, 9 e 10 per la relativa spiegazione).
In virtù di questo, con un unico blocchetto sarà possibile staccare sia ricevute per prestazioni sanitarie che non richiedono l'apposizione dell'IVA (tra le quali rientrano anche le sostituzioni ai colleghi MMG e PLS), sia ricevute per certificazioni soggette ad IVA (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B). Se invece si volesse utilizzare un blocchetto standard si dovrebbe aver cura, ogni qual volta non si applicasse l'IVA, di apporre la suddetta dicitura che ne giustifichi la mancata applicazione.
Per quanto riguarda gli obblighi contabili, i medici che esercitano in qualità di liberi professionisti devono sapere che:

- "le persone fisiche che esercitano arti e professioni […] devono annotare cronologicamente in un apposito registro le somme percepite sotto qualsiasi forma e denominazione nell'esercizio dell'arte o della professione" (vedi D.P.R. n. 600/1973, art. 19), indicando per ciascuna riscossione il relativo importo, i dati (generalità, residenza anagrafica e domicilio) del soggetto che ha effettuato il pagamento e gli estremi della fattura emessa, oltre all'annotazione cronologica delle spese inerenti all'esercizio dell'arte o professione delle quali si richiede la deduzione;
- il luogo in cui si tengono i registri contabili deve essere segnalato nella dichiarazione di inizio attività e, nel caso in cui essi vengano affidati ad altri soggetti (es.: commercialista), è necessario che questi ultimi forniscano un documento in cui vengano specificati il luogo di conservazione ed il fatto che le scritture contabili sono in loro possesso;
- le scritture contabili devono essere redatte a penna senza spazi in bianco, interlinee e trasporti in margine, e vanno tenute secondo le cosiddette "norme di ordinata contabilità" (quelle che rendono possibile risalire a tutte le operazioni effettuate ai fini della determinazione del reddito imponibile); inoltre non possono contenere abrasioni e, "se è necessaria qualche cancellazione, questa deve eseguirsi in modo che le parole cancellate siano leggibili" (vedi C.C., art. 2219);
- le suddette scritture contabili "devono essere conservate per 10 anni dalla data dell'ultima registrazione" (o anche oltre, nel caso in cui siano in corso accertamenti relativi al corrispondente periodo di imposta), e ne è permessa la conservazione sotto forma di registrazioni su supporti di immagini (sempre che ne vengano garantite la fedeltà all'originale e la leggibilità).

Vediamo ora quali sono i campi da compilare in una fattura sanitaria (vedi immagine).

1. Dati del sanitario che rilascia la fattura
In questa sezione si devono inserire alcuni dati (nome e cognome, domicilio fiscale, Codice Fiscale, partita IVA) del sanitario che rilascia la fattura. Si può valutare se, per maggiore comodità, possa valere la pena farsi preparare un timbro ad hoc (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

2. Numero progressivo della fattura
Sebbene con i regimi agevolati non ci sia l'obbligo dell'archiviazione delle ricevute, è necessario essere molto precisi a non sbagliare la numerazione progressiva (nemmeno in vizi di forma, ad es.: i numeri dall'1 al 9 vanno indicati come 01, 02, 03, ecc.) per non incorrere in sanzioni pecuniarie.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

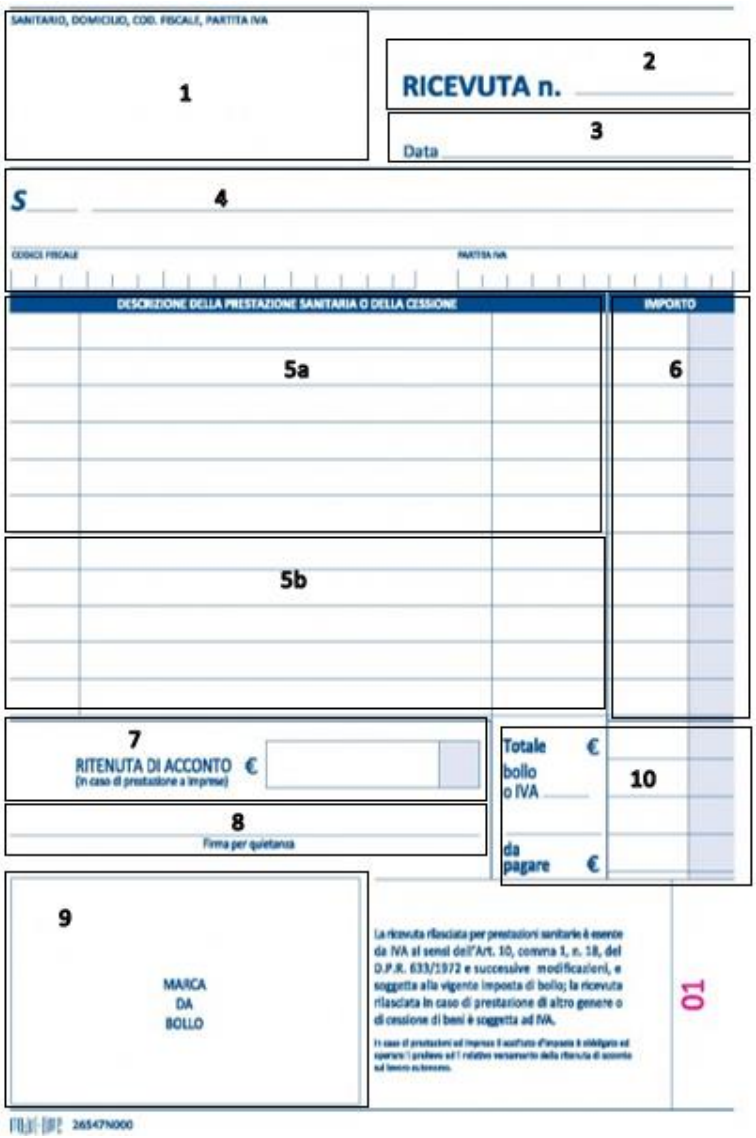
3. Data di riscossione dell'onorario della prestazione

4. Dati del soggetto destinatario della fattura

In questo spazio si devono inserire il nome, il cognome, la residenza e, nell'apposito spazio, il Codice Fiscale (in caso di pazienti stranieri che non possiedono il Codice Fiscale si deve inserire il codice ENI o STP o, in sua mancanza, il luogo e la data di nascita dell'assistito) del destinatario della fattura (es.: medico sostituito, paziente che ha usufruito di una prestazione o certificazione).

Questo campo va compilato con estrema cura poiché questi dati serviranno al commercialista per l'invio telematico della fattura.

Il campo "partita IVA" va compilato quando la fattura è indirizzata ad un collega o a un'impresa.



5. Descrizione della prestazione sanitaria erogata

La sezione 5a è dedicata alla definizione del tipo e della quantità di prestazione/i erogata/e al paziente o al collega (ricordiamo che si devono indicare esplicitamente i giorni di sostituzione effettuati).

Si ricorda che, per correttezza compilativa, bisogna annullare lo spazio vuoto sottostante la definizione di prestazione erogata (vedi esempi).

La sezione 5b è utile a chi può usufruire del regime forfettario (vedi la voce "Partita IVA"), con l'obbligo di apporvi una delle diciture che servano a indicare di quale regime fiscale agevolato si usufruisca (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

Anche in questo caso si può valutare se, per maggiore comodità, possa valere la pena farsi preparare un timbro ad hoc (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

6. Importo della prestazione sanitaria erogata

7. Ritenuta di acconto

Chi possiede un regime agevolato deve sbarrare questa casellina.

Chi non è esente, invece, deve calcolare il 20% di ritenuta d'acconto, da sottrarre al lordo della spesa (comprendente o meno l'IVA, a seconda del tipo di prestazione), solo in caso di fatturazione a soggetti in possesso di partita IVA (es.: imprese, colleghi).

8. Firma per quietanza

In questa sezione va apposta la firma del medico che rilascia la fattura, per confermare l'incasso della cifra indicata.

9. Spazio per marca da bollo

La marca da bollo da 2 € è un sostituto di imposta dell'IVA e va apposta in questo spazio solamente nelle ricevute esenti IVA che contengono compensi per un importo netto superiore a 77,47 €.

Commissione Giovani

La legislazione non si è espressa su chi dei due soggetti in gioco debba pagare la marca da bollo, perciò nella pratica comune è possibile comportarsi in due modi:

- apporre la marca senza richiederne il pagamento e senza scrivere la cifra di 2 €; in questo caso il medico che rilascia fattura può portare le spese che sostiene per l'acquisto delle marche in deduzione nelle spese sostenute per l'esercizio dell'attività;
- aggiungere al totale i 2 € del bollo (vedi sezione 9) facendolo pagare al paziente, così che lui possa detrarlo in dichiarazione dei redditi insieme all'onorario della prestazione; se l'importo della marca viene scritto sulla ricevuta, il costo non è deducibile dal fatturante in quanto risulterebbe come recuperato dal cliente, anche nel caso questi avesse saldato solo le prestazioni e non il costo della marca stessa.

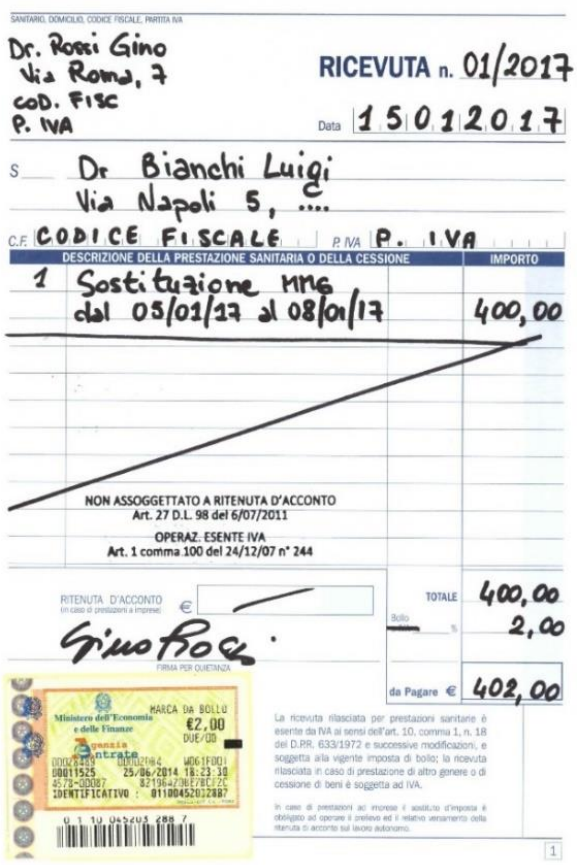
La marca da bollo deve recare la data del giorno dell'emissione della fattura o una data precedente, ma mai successiva, e deve essere apposta nel momento stesso in cui si redige il documento sull'originale, che viene rilasciato al destinatario.
Sulla copia che rimane al fatturante, invece, si deve aver cura di apporre la dicitura "imposta di bollo assolta sull'originale". Anche in questo caso si può valutare se, per maggiore comodità, possa valere la pena farsi preparare un timbro ad hoc (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

10. Importo totale

Accanto alla dizione "totale" va riportata la somma dei costi delle singole prestazioni elencate nella sezione 5°; accanto alla dizione "da pagare", poi, andrà riportata la somma delle suddette prestazioni e dei 2 € della marca da bollo (o, per chi non usufruisce di un regime agevolato, dell'eventuale 22% di IVA), a cui si deve sottrarre la ritenuta d'acconto nei casi previsti (vedi punto 7).
È da notare che, tranne alcuni certificati (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B), le prestazioni sanitarie sono tutte esenti da IVA, indipendentemente dal regime fiscale utilizzato.

A seguire tre esempi.

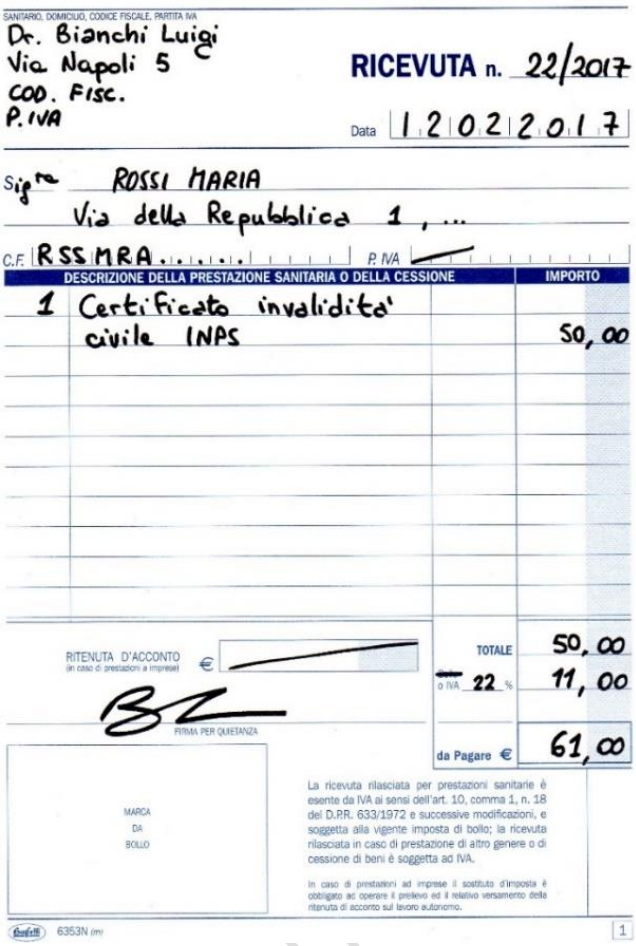
1) Fattura emessa da un medico in regime agevolato con cifra superiore a 77,47 €.


SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA
Dr. Rossi Gino
Via Roma, 7
COD. FISC
P. IVA
RICEVUTA n. 01/2017
Data 15012017
S Dr Bianchi Luigi
Via Napoli 5, ...
C.F. CODICE FISCALE P.IVA P. IVA
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE | IMPORTO
1 Sostituzione MMG dal 05/01/17 al 08/01/17 | 400,00
NON ASSOGGETTATO A RITENUTA D'ACCONTO
Art. 27 D.L. 98 del 6/07/2011
OPERAZ. ESENTE IVA
Art. 1 comma 100 del 24/12/07 n° 244
RITENUTA D'ACCONTO (in caso di prestazioni a imprese) €
TOTALE 400,00
Bollo 2,00
Gino Rossi
FIRMA PER QUIETANZA
da Pagare € 402,00
Ministero dell'Economia e delle Finanze
MARCA DA BOLLO €2,00 DUE/00
Agenzia Entrate
IDENTIFICATIVO : 01100452012887
La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del D.PR. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.
In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.
1

SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA
Dr. Rossi Gino
Via Roma, 7
COD. FISC.
P. IVA
Madre della
RICEVUTA n. 01/2017
Data 15012017
S Dr Bianchi Luigi
Via Napoli, 5 ...
C.F. CODICE FISCALE P.IVA P. IVA
DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE | IMPORTO
1 Sostituzione MMG dal 05/01/17 al 08/01/17 | 400,00
NON ASSOGGETTATO A RITENUTA D'ACCONTO
Art. 27 D.L. 98 del 6/07/2011
OPERAZ. ESENTE IVA
Art. 1 comma 100 del 24/12/07 n° 244
RITENUTA D'ACCONTO (in caso di prestazioni a imprese) €
TOTALE 400,00
Bollo 2,00
Gino Rossi
Riepilogo degli onorari e delle fatture
RIEPILOGO | RIPORTI | IMPORTI RICEVUTA | A RIPORTARE
da Pagare € 402,00
IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA SULL'ORIGINALE
2

Medici OMCeO Siena

2) Fattura emessa da un medico in regime standard per una prestazione non esente da IVA.



SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA
Dr. Bianchi Luigi
Via Napoli 5
COD. FISC.
P. IVA

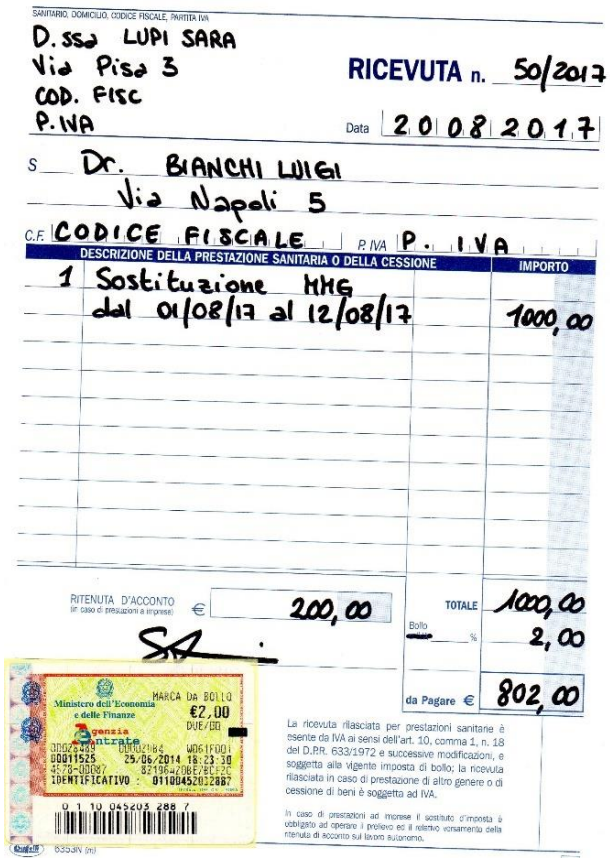
RICEVUTA n. 22/2017
Data 12.02.2017

Sig.ra ROSSI MARIA
Via della Repubblica 1, ...
C.F. RSSMRA..... P. IVA

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE	IMPORTO
1 Certificato invalidita' civile INPS	50,00

RITENUTA D'ACCONTO (in caso di prestazioni a imprese) €
TOTALE 50,00
o IVA 22 % 11,00
da Pagare € 61,00
FIRMA PER QUIETANZA
MARCA DA BOLLO
La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del D.PR. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.
In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.
6353N (m) 1

3) Fattura emessa da un medico in regime standard a un collega, e quindi soggetta a ritenuta d'acconto.



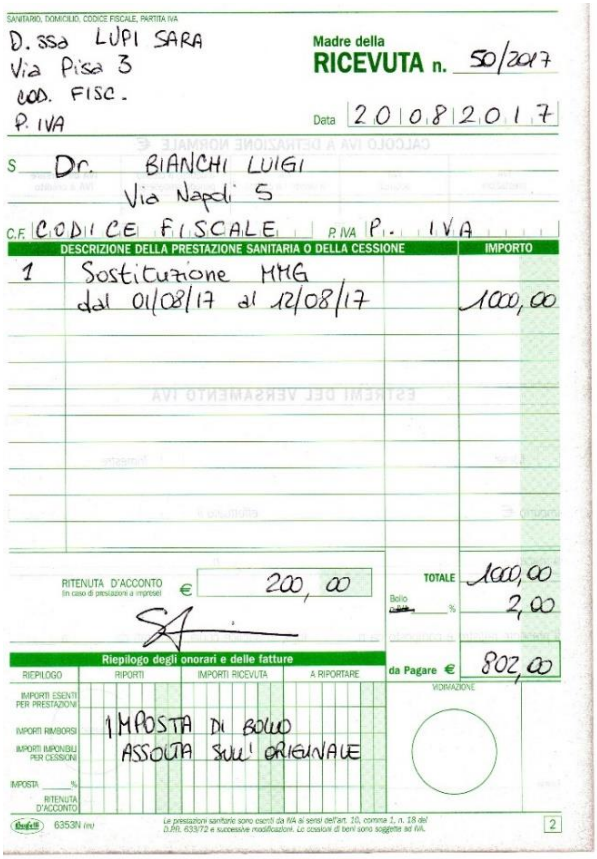
SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA
D.ssa LUPI SARA
Via Pisa 3
COD. FISC
P. IVA

RICEVUTA n. 50/2017
Data 20.08.2017

S Dr. BIANCHI LUIGI
Via Napoli 5
C.F. CODICE FISCALE P. IVA P. IVA

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE	IMPORTO
1 Sostituzione MMG dal 01/08/17 al 12/08/17	1000,00

RITENUTA D'ACCONTO (in caso di prestazioni a imprese) € 200,00
TOTALE 1000,00
Bollo % 2,00
da Pagare € 802,00
MARCA DA BOLLO €2,00 DUE/00 Ministero dell'Economia e delle Finanze Agenzia Entrate
La ricevuta rilasciata per prestazioni sanitarie è esente da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del D.PR. 633/1972 e successive modificazioni, e soggetta alla vigente imposta di bollo; la ricevuta rilasciata in caso di prestazione di altro genere o di cessione di beni è soggetta ad IVA.
In caso di prestazioni ad imprese il sostituto d'imposta è obbligato ad operare il prelievo ed il relativo versamento della ritenuta di acconto sul lavoro autonomo.
6353N (m)



SANITARIO, DOMICILIO, CODICE FISCALE, PARTITA IVA
D.ssa LUPI SARA
Via Pisa 3
COD. FISC.
P. IVA

Madre della
RICEVUTA n. 50/2017
Data 20.08.2017

S Dr. BIANCHI LUIGI
Via Napoli 5
C.F. CODICE FISCALE P. IVA P. IVA

DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE SANITARIA O DELLA CESSIONE	IMPORTO
1 Sostituzione MMG dal 01/08/17 al 12/08/17	1000,00

RITENUTA D'ACCONTO (in caso di prestazioni a imprese) € 200,00
TOTALE 1000,00
Bollo % 2,00
da Pagare € 802,00
Riepilogo degli onorari e delle fatture
RIEPILOGO | RIPORTI | IMPORTI RICEVUTA | A RIPORTARE
IMPORTI ESENTI PER PRESTAZIONI
IMPORTI RIMBORSI
IMPORTI IMPONIBILI PER CESSIONI
IMPOSTA %
RITENUTA D'ACCONTO
IMPOSTA DI BOLLO ASSOLTA SULL'ORIGINALE
VIDIMAZIONE
6353N (m)
Le prestazioni sanitarie sono esenti da IVA ai sensi dell'art. 10, comma 1, n. 18 del D.PR. 633/72 e successive modificazioni. Le cessioni di beni sono soggette ad IVA.
2

10) FATTURAZIONE ELETTRONICA

Dal 1° gennaio 2019, con l'approvazione della Legge di bilancio 2018 (L. n. 145/2018), è entrato in vigore l'obbligo di "fatturazione elettronica", espressione con cui si indica il processo comprendente la compilazione in formato digitale della fattura (e-fattura), la firma digitale della stessa, l'invio al Sistema di Interscambio (SDI) dell'Agenzia delle Entrate, il recapito al destinatario e la conservazione del documento per 10 anni dalla data di emissione.
Quando una e-fattura viene emessa, il sistema di interscambio (SDI) verifica automaticamente che siano presenti e validi sia i dati fiscali obbligatori sia l'indirizzo telematico del cliente (indirizzo PEC o, in alternativa, il cosiddetto "codice destinatario"), controllando anche che la partita IVA del fornitore (cedente/prestatore) e la partita IVA o il Codice Fiscale del cliente (cessionario/committente) siano esistenti. A questo punto:

- in caso di rilevazione di omissioni o errori nella compilazione della fattura, il SDI è impostato in modo tale da inviare, entro il 5° giorno dall'emissione della stessa, un messaggio di "scarto" (evenienza che costringerà il fornitore a correggerla e rispedirla);
- se non ci sono errori né omissioni, è lo stesso SDI che inoltra la fattura al cliente, all'indirizzo PEC comunicato o al cassetto fiscale dell'area riservata del sito dell'Agenzia delle Entrate (www.agenziaentrate.gov.it/wps/content/nsilib/nsi/area+riservata).

Per approfondimenti circa le regole per predisporre, trasmettere, ricevere e conservare le fatture elettroniche tra privati si rimanda alla consultazione del Provv. n. 89757/2018.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Fatturazione attiva
La redazione della fattura elettronica (e-fattura) deve avvenire necessariamente utilizzando un pc, un tablet o uno smartphone, e il documento inviato deve essere prodotto nel formato XML (eXtensible Markup Language); sarà possibile produrre anche copie pdf/word/excel della fattura che avranno come unico scopo quello di fungere da promemoria per il ricevente, senza alcuna validità fiscale.
L'obbligo della fattura elettronica riguarda tutte le fatture emesse a seguito di cessioni di beni e prestazioni di servizi effettuate tra soggetti residenti o stabiliti in Italia: questo si applica sia nel caso in cui la cessione del bene o la prestazione di servizio venga effettuata tra due operatori IVA (operazioni B2B, cioè "business to business"), sia nel caso in cui la cessione/prestazione sia effettuata da un operatore IVA verso un consumatore finale (operazioni B2C, cioè "business to consumer").
In linea generale, i medici con partita IVA ordinaria sono obbligati a emettere la e-fattura (es.: per le sostituzioni svolte nei confronti dei colleghi, per attività svolta per assicurazioni o strutture sanitarie private, per la vendita di un bene professionale), mentre i medici con regimi fiscali agevolati (vedi voce "Partita IVA", sezione B) sono esonerati. Il D.Lgs. n. 81/2025 infine vieta ai medici di emettere e-fatture direttamente ai pazienti con lo scopo di tutelarne a privacy.
Per tutti i medici, indipendentemente dal regime fiscale utilizzato, sono inoltre previste delle eccezioni:

- sono esclusi dall'obbligo di e-fattura gli emolumenti percepiti dal Medico di Medicina Generale dalle ASL relativamente alle prestazioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale ed esposte nello "statino" mensilmente trasmesso dalle Direzioni Amministrative al Medico stesso (vedi Ris. n. 98/E/2015 dell'Agenzia delle Entrate);
- non sussiste l'obbligo di emissione di e-fattura da parte del Medico di Medicina Generale convenzionato con l'ASL in relazione alle prestazioni svolte a favore di Enti (vedi Risp. n. 54/2019 dell'Agenzia delle Entrate).

Fatturazione passiva
Si ricorda che tutti, esonerati o meno dall'obbligo di emetterle, sono costretti a ricevere le e-fatture: affinché si possa riceverle correttamente, al momento del pagamento è necessario comunicare, oltre alla propria partita IVA, anche un indirizzo PEC o un Codice Destinatario (codice alfanumerico che viene fornito direttamente dal gestionale di fatturazione integrato con il SDI e rappresenta il proprio indirizzo telematico, in assenza del quale il fornitore inserirà nell'apposito campo un codice a sette zeri).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Una volta ricevute le e-fatture, si pone infine la questione della loro archiviazione, in quanto non è sufficiente conservarle nel proprio computer ma è necessario rispettare le norme contenute nel Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD, per approfondire: www.agid.gov.it/it/agenzia/strategia-quadro-normativo/codice-amministrazione-digitale).
Anche per la sola conservazione quindi sarà necessario servirsi di un gestionale fornito da operatori certificati o avvalersi dei servizi dell'Agenzia delle Entrate o del supporto di un commercialista, cui può essere conferita, con apposita delega, la gestione del proprio cassetto fiscale.
Per supportare gli operatori IVA, l'Agenzia delle Entrate mette a disposizione diversi servizi gratuiti per la fatturazione elettronica (es.: procedura web utilizzabile accedendo al portale "Fatture e Corrispettivi" del sito internet, software per PC, App "Fatturae" per tablet e smartphone); in alternativa, è sempre possibile utilizzare software e servizi reperibili sul mercato (es.: Fattura1Click), anche offerti dalle stesse aziende informatiche produttrici di programmi di gestione degli studi medici, purché conformi a specifici requisiti (vedi Provv. n. 89757/2018).
Si ricorda infine che la Fondazione ENPAM ha stipulato alcune convenzioni con aziende di informatica per offrire ai medici e agli odontoiatri opportunità vantaggiose anche in materia di fatturazione elettronica (www.enpam.it/tipologia-convenzioni/servizi-informatici).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

11) COME SI PAGANO LE TASSE

I medici che lavorano come liberi professionisti devono pagare le tasse in autonomia due volte all'anno (giugno e novembre). È senz'altro utile trovare un buon commercialista che rammenti le date in cui pagare le tasse e soprattutto il loro ammontare.
Per effetto del D.L. n. 50/2017 vige l'obbligo di pagamento delle imposte con modello F24 attraverso i canali telematici ufficiali dell'Agenzia delle Entrate (Fisconline, per quanto riguarda i medici e gli altri contribuenti che non devono presentare la dichiarazione dei sostituti d'imposta): ciò si può fare personalmente (richiedendo e attivando le proprie credenziali di accesso ai portali) o avvalendosi di un intermediario abilitato (es.: commercialisti privati, CAF).
È possibile pagare anche tramite il **modello 730 precompilato**, un sistema informatico che permette l'invio di tutte le spese sanitarie tramite Sistema TS. In particolare:

- vanno inviate tutte le fatture relative a prestazioni sanitarie, certificative, a carattere peritale rilasciate a persone fisiche;
- non vanno inviate le fatture emesse nei confronti di aziende o di colleghi (es.: sostituzione MMG);
- ai fini dell'invio non rileva il fatto che la fattura sia gravata o meno da IVA;
- può essere trasmesso direttamente dal medico o da un suo delegato (es.: commercialista).

I lavoratori dipendenti, invece, non devono compilare il modello 730 perché non emettono fatture a persone fisiche (es.: il lavoratore dipendente di una clinica emette fattura alla clinica stessa).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per utilizzare il modello 730 precompilato è necessario seguire la seguente procedura online: collegarsi al sito www.sistemats1.sanita.finanze.it/wps/portal → area riservata → accesso con credenziali → gestione dati spesa 730 → inserimento spese sanitarie.
A questo punto si devono inserire:

- numero della partita IVA dell'erogatore;
- data del documento fiscale (fattura);
- dispositivo (inserire 1);
- numero del documento (fattura);
- data del pagamento;
- Codice Fiscale dell'assistito a cui si riferisce la spesa;
- tipologia della spesa (selezionare "SR");
- importo della spesa.

Bisogna poi cliccare su "Aggiungi" per salvare la spesa.
Dopo aver controllato la correttezza dei dati inseriti si deve cliccare su "conferma" per inviarli telematicamente (per ogni spesa inviata il sistema produce un documento di protocollo che ne attesti l'invio).
È importante sapere che 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 il medico deve inserire sia sull'originale (da rilasciare al paziente) che sulla copia (che rimane al medico) l'apposita dicitura *"Il paziente si oppone alla trasmissione al Sistema TS ai sensi dell'art. 3 del D.M. 31/07/2015."* (vedi voce "I timbri del medico", sezione B).

Facciamo un esempio pratico: ho aperto la partita IVA con regime dei forfettari nel 2016 e nel corso di quell'anno ho guadagnato 10.000 € al netto dei contributi previdenziali. Quindi a giugno 2017 dovrò pagare il 5% del 78% del guadagno (390 €); nel 2017 dovrò pagare anche l'acconto sull'anno successivo, che corrisponde alla stessa cifra (390 €), di cui pagherò il 40% (156 €) a giugno e il 60% (234 €) a novembre. In sintesi, dovrò pagare 546 € (390 € + 156 €) a giugno e 234 € a novembre: nel 2018 questi soldi dati in acconto mi verranno scalati sulle tasse da pagare per il reddito prodotto nel 2017. Se invece nel 2017 non avrò guadagnato nulla o meno del previsto avrò un credito che non viene restituito ma può essere scalato su altre tassazioni.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

12) AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E CREDITI ECM

"Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori. Il medico assolve agli obblighi formativi. L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze." (Codice di deontologia medica, art. 19).
"La formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in Medicina Generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale." (D.Lgs. n. 502/1992, art. 16-bis, comma 1). "La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate […], nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua […] è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale." (D.Lgs. n. 502/1992, art. 16-bis, comma 2).
Per perseguire l'obiettivo dell'aggiornamento professionale, ormai obbligatorio anche per legge[28], è stato istituito il processo di Educazione Continua in Medicina (ECM), attraverso cui il sanitario si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale ed alla propria crescita professionale: l'obbligo formativo dura per l'intera vita professionale e consiste nell'accumulare un totale di 150 crediti ECM per ogni triennio (quindi, in media, 50 crediti ECM all'anno). È bene ricordare che medici e odontoiatri devono garantire l'acquisizione rispettivamente del 10% e del 15% dei crediti totali di ogni triennio su corsi riguardanti la radioprotezione.
Tutti i medici devono acquisire crediti ECM a partire dall'anno successivo rispetto all'iscrizione all'OMCeO, ma solo per gli anni residui del triennio formativo in corso (es.: se l'iscrizione all'albo avviene nel 2020, il medico dovrà accumulare un totale di 100 crediti ECM solo per gli anni 2021 e 2022).
I crediti ECM possono venire accumulati partecipando agli eventi formativi accreditati (gestiti da Enti o Società, siano essi pubblici o privati, che vengono accreditati come Provider) o certificando altre attività che il professionista può individuare autonomamente, quali:

- formazione a distanza (FAD);
- formazione sul campo (FSC, ad es.: attività di ricerca, commissioni e gruppi di miglioramento);
- formazione residenziale;
- attività di docenza e tutoraggio in programmi ECM;
- presentazione di relazioni e comunicazioni in consessi scientifici;
- attività scientifica e di ricerca (es.: pubblicazione di lavori scientifici).

Ciascuna di queste attività può erogare un certo numero di ECM, conseguibili attraverso la semplice presenza o il superamento di una o più prove di apprendimento.
Sono però esonerati, nella misura di 4 ECM/mese:

- i sanitari che, durante l'esercizio dell'attività professionale, frequentano, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base relativi alla categoria di appartenenza (ma solo se il corso di formazione abbia una durata superiore a 15 giorni per ciascun mese):
  - corsi di formazione post-laurea (es.: CFSMG, corsi di specializzazione, corso di formazione manageriale per professionisti sanitari, dottorati di ricerca, master, corsi di perfezionamento scientifico o lauree specialistiche);
  - formazione complementare (es.: corsi di emergenza territoriale, piani di intervento contro l'AIDS);
  - esercizio dell'attività professionale presso le zone colpite da catastrofi naturali previste dall'Accordo Stato-Regioni del 19/04/2012 e dalla Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 20/06/2012, limitatamente al periodo definito con Determina della stessa Commissione;

[28] Per approfondire: www.omceosiena.it/formazione/educazione-continua-in-medicina/normativa-ecm.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

- i professionisti sanitari che sospendono l'esercizio della propria attività professionale (ma solo se il periodo di sospensione dell'attività professionale sia superiore a 15 giorni) a seguito di:
  - congedo maternità e paternità;
  - congedo parentale e congedo per malattia del figlio;
  - adozione e affidamento preadottivo;
  - adozione internazionale aspettativa non retribuita durata espletamento pratiche;
  - congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap;
  - aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari così come disciplinato dai CCNL delle categorie di appartenenza;
  - permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie 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 volontariato alla C.R.I.;
  - aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale e direttore generale;
  - aspettativa per cariche pubbliche elettive;
  - 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.

Nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dei crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore
I corsi eseguiti nel periodo di esonero non attribuiscono crediti ECM.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Ogni volta che si partecipa ad un evento formativo accreditato, il Provider organizzatore ha l'obbligo di inviare la comunicazione dei crediti acquisiti al Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie), che costituisce il gestore dell'Anagrafe Nazionale dei crediti formativi ECM (www.wp.cogeaps.it).
Qualora il Provider non ottemperi all'invio corretto del rapporto sulla partecipazione ad eventi formativi, il professionista può trasmettere direttamente al Co.Ge.A.P.S. le evidenze documentali e, con una specifica procedura informatica, può richiedere l'inserimento manuale dei propri crediti.
Dall'area riservata del servizio (www.application.cogeaps.it/cogeaps/login.ot) è possibile, accedendo con credenziali SPID (sistema pubblico di identità digitale) o CIE (carta di identità elettronica), visualizzare online il proprio dossier formativo ECM e, tramite apposite procedure informatiche, effettuare la richiesta di esoneri ed esenzioni e per inserire autonomamente le attività di formazione individuale.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

13) ASSISTENZA SANITARIA AGLI STRANIERI

Il diritto degli individui di accedere alle cure sanitarie sul territorio nazionale è un principio che si fonda sulla Costituzione italiana (art. 32) e sulla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35), ed è sancito da disposizioni contenute nella nostra normativa nazionale (es.: D.Lgs. n. 286/1998, D.Lgs. n. 30/2007, D.Lgs. n. 142/2015, DPCM 12/01/2017).
Questo coerente e moderno corpo giuridico intende sia includere in maniera ordinaria gli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini che intercettare il bisogno e la domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema.
Per garantire il diritto alle cure, il personale sanitario deve assicurare all'assistito la comprensione di tutti i passaggi burocratici e delle spiegazioni mediche, fornendo la traduzione in una lingua a lui conosciuta o, almeno, in una delle lingue veicolari (inglese, spagnolo, francese).
Vige l'obbligo di iscrizione al SSN (vedi D.Lgs. n. 286/1998, art. 34) per tutti i soggetti regolarmente soggiornanti o che abbiano richiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per lavoro (autonomo o subordinato), motivi familiari, asilo (umanitario o politico, compresi i rifugiati), protezione (temporanea o sociale), minori stranieri e donne in stato di gravidanza e di puerperio (fino a un massimo di 6 mesi dalla nascita del figlio).
L'obbligo di iscrizione al SSN è esteso anche a coloro che si trovino in una delle seguenti situazioni:

- ospitalità in centri di accoglienza;
- minori in attesa di adozione;
- affidamento (compresi i minori non accompagnati);
- richiesta della cittadinanza in attesa della definizione del procedimento di riconoscimento;
- detenuti e internati, soggetti in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena;
- rinnovo per motivi di studio per chi sia già in possesso di un permesso per i sopraelencati motivi;
- pendenza del ricorso contro il provvedimento di espulsione o di mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno (in tal caso il soggetto dovrà esibire idonea documentazione attestante la pendenza del ricorso).

L'iscrizione non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno: le ASL, attraverso i servizi di anagrafe sanitaria, non dovranno cancellare o sospendere le iscrizioni già esistenti.
In tutti i casi citati, l'iscrizione è estesa anche ai familiari a carico, regolarmente soggiornanti. Se il familiare è un minore studente, al compimento del 18° anno di età potrà ottenere il rilascio di un permesso di soggiorno per motivi di studio e non dovrà pagare il contributo di iscrizione al SSN previsto per l'iscrizione volontaria.
Per le persone che non ricadono in queste categorie, infatti, l'iscrizione al SSN (in alternativa alla stipula di un'assicurazione privata) può essere volontaria: in questo caso è previsto il pagamento di un contributo di qualche centinaio di € (tranne per chi paga le imposte, nel qual caso basta presentare alla ASL di pertinenza, oltre ai documenti richiesti, una copia del modello della dichiarazione dei redditi).
L'iscrizione al SSN è gratuita se la persona straniera è:

- disoccupata con permesso di soggiorno e iscritta alle liste di collocamento o munita di permesso per attesa occupazione;
- rifugiata con regolare certificato attestante lo status di rifugiato e/o richiedente asilo;
- coniugata con un cittadino italiano e a carico dello stesso;
- minore con genitore residente in Italia e appartenente a una delle categorie sopraelencate.

Per gli immigrati irregolari non è invece prevista la possibilità di iscrizione al SSR, ma l'assistenza è comunque erogabile previa assegnazione di un Codice STP composto di 16 caratteri: 3 costituiti dalla sigla "STP", 3 costituiti dal codice ISTAT relativo alla Regione (090 per la Toscana), 3 costituiti dal codice ISTAT relativo all'ASL (203 per l'ASL Toscana Sud-Est) e infine 7 caratteri progressivi attribuiti al momento del rilascio. Questo codice identificativo, valido per 6 mesi in tutto il Paese e rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale, può essere richiesto direttamente dal cittadino presso gli uffici anagrafe a seguito della presentazione di un documento di riconoscimento (o, in sua assenza, registrazione delle generalità fornite) e della sottoscrizione della dichiarazione di indigenza e della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.
Ai titolari del Codice STP sono garantite, nelle strutture pubbliche o private accreditate del SSN, le seguenti prestazioni:

- cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti (quelle che non possono essere differite senza pericolo o

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

danno per la salute della persona) o comunque essenziali[29] (quelle relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita), ancorché continuative (quelle volte ad assicurare all'individuo l'intero ciclo terapeutico e riabilitativo completo al fine di garantire la possibile risoluzione dell'evento morboso), per malattia e infortunio;

- interventi di medicina preventiva e prestazioni a essa correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati dalla normativa e precisamente:
  - la tutela della gravidanza e della maternità[30];
  - la tutela della salute dei minori[31];
  - le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito della prevenzione collettiva autorizzati dalla Regione;
  - gli interventi di profilassi internazionale;
  - la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive e l'eventuale bonifica dei relativi focolai;
  - cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza.

Le prestazioni saranno erogate con pagamento di un ticket (a parità di condizioni con il cittadino italiano) o, in caso di ribadita indigenza (serve una seconda dichiarazione di indigenza) dello straniero, gratuitamente (tramite assegnazione del codice X01, valido solo per gli extracomunitari e solo per una singola prestazione, che si tratti di una visita specialistica o di un esame diagnostico, escluse le prescrizioni farmaceutiche).
Al medico MMG/PLS che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia che esibiscono l'attestato STP sono attribuite tariffe omnicomprensive per la visita ambulatoriale (15 € per MMG e 25 € per PLS) e per la visita domiciliare (25 € per MMG e 35 € per PLS); per il pagamento delle prestazioni il medico deve inviare al Distretto territorialmente competente la copia della ricetta fatta al titolare di STP, e l'Ufficio Convenzioni Uniche provvederà alla liquidazione degli importi previa autorizzazione delle U.F. di Cure Primarie.
L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero irregolare non può comportare alcun tipo di segnalazione all'Autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto (a parità di condizioni con il cittadino italiano, vedi D.Lgs. n. 286/1998, art. 35, comma 5).
Vi è, inoltre, una serie di situazioni particolari nelle quali lo straniero irregolare ha diritto all'iscrizione al SSR:

- richiesta di protezione internazionale/asilo;
- affidamento (ivi compresi i minori non accompagnati);
- attesa di regolarizzazione (iscrizione temporanea per i regolarizzandi o per emersione dal lavoro nero);
- donna in stato di gravidanza, sino a 6 mesi dopo il parto;
- detenuti negli istituti penitenziari per adulti o minori, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, in semilibertà o sottoposti a misure alternative della pena;
- vittime soggette alla tratta o riduzione in schiavitù ammesse a programmi di protezione sociale.

Nella tabella sottostante riportiamo il quadro riassuntivo dell'assistenza sanitaria agli stranieri in Italia.

Status giuridico	**Modalità di accesso alle cure**
regolare (lavoro, famiglia, gravidanza, minori, protezione, asilo)	iscrizione obbligatoria al SSN
regolare (studio, personale, organizzazioni internazionali)	iscrizione volontaria al SSN (dietro pagamento di un contributo)
regolare (permesso per turismo)	nessuna iscrizione (pagamento prestazione/assicurazioni/accordi tra Paesi)
irregolare	STP (cure urgenti ed essenziali)

[29] L'accertamento dell'urgenza e dell'essenzialità della prestazione rientra nell'ambito della responsabilità del medico prescrittore (vedi Circ. min. n. 5/2000).
[30] Le titolari di prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità (fino a 6 mesi successivi al parto) sono esonerate dal ticket sanitario (a parità di condizioni con il cittadino italiano).
[31] L'assistenza sanitaria per i minori figli di immigrati irregolari è prevista tramite l'iscrizione al SSR (Servizio Sanitario Regionale). Tutti gli stranieri nella fascia di età compresa tra 0 e 6 anni sono esonerati dal ticket sanitario (a parità di condizioni con il cittadino italiano).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Gli stranieri che dovessero aver bisogno del Codice STP in provincia di Siena possono rivolgersi agli uffici anagrafe presenti sul territorio:

- Zona Senese (Asciano, Buonconvento, Castellina in Chianti, Castelnuovo Berardenga, Chiusdino, Gaiole in Chianti, Monteriggioni, Montalcino, Monteroni d'Arbia, Monticiano, Murlo, Radda in Chianti, Rapolano Terme, Siena, Sovicille) → anagrafe.senese@uslsudest.toscana.it
- Zona Val d'Elsa (Casole d'Elsa, Colle di Val d'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli, San Gimignano) → anagrafe.poggibonsi@uslsudest.toscana.it o anagrafe.collevaldelsa@uslsudest.toscana.it
- Zona Amiata Senese (Abbadia San Salvatore, Castiglione d'Orcia, Piancastagnaio, Radicofani, San Quirico d'Orcia) e Val d'Orcia-Valdichiana Senese (Cetona, Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano, Pienza, San Casciano dei Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda) → anagrafe.amiatasenese@uslsudest.toscana.it e anagrafe.valdichianasenese@uslsudest.toscana.it

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

14) CERTIFICAZIONI MEDICHE

Il certificato medico è un'attestazione scritta richiesta dal paziente di fatti e comportamenti, tecnicamente apprezzabili e valutabili dal medico nell'esercizio della sua attività, destinato a provarne la verità; è la riproduzione integrale, fedele ed obiettiva di fatti biologici direttamente constatati[32] dal certificante, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge o determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa[33].
In sintesi, quindi, il certificato medico è un atto con il quale il medico dichiara, conformi a verità, fatti riscontrati nell'esercizio della propria professione dei quali il certificato stesso è prova.
Il legislatore attribuisce alla certificazione medica un valore particolare e richiede al professionista la massima attenzione nella sua redazione, poiché non si tratta di un semplice adempimento amministrativo ma di un vero e proprio atto professionale[34]. Quando il medico sottoscrive un certificato, infatti, non comunica soltanto con il paziente, poiché tale documento è destinato a essere utilizzato da terzi (es.: datori di lavoro, istituti previdenziali, compagnie assicurative, scuole, amministrazioni pubbliche, autorità giudiziarie) e produce dunque effetti che vanno ben oltre il rapporto fiduciario instaurato con la persona assistita. Dietro un certificato non c'è soltanto un documento, ma un equilibrio delicato tra tutela del paziente, correttezza professionale e responsabilità verso la collettività: da qui deriva la particolare attenzione ai profili di responsabilità che accompagna l'attività certificativa.
C'è però da considerare anche l'altra faccia della medaglia riguardante il valore che l'ordinamento attribuisce alla valutazione clinica espressa dal medico: per mettere in discussione una diagnosi certificata, infatti, non è sufficiente una valutazione generica ma è necessario un approfondimento medico-legale capace di verificare, sul piano tecnico-scientifico, la correttezza della diagnosi formulata dal professionista, pena il rischio di sostituire con opinioni personali il giudizio clinico espresso dal medico che ha visitato il paziente (Corte di Cassazione, ordin. n. 8738/2026).
Quando certifica, quindi, il medico deve essere cosciente di poter attestare esclusivamente i dati o gli stati di salute che rientrano nella competenza della sua attività professionale (riguardanti quindi l'anamnesi, l'esame obiettivo, la terapia, ecc.), e non ciò che riguarda altre sfere di competenza non attinenti alla scienza medica. Per la sua finalità medico-legale, infatti, l'attività certificativa esula dai compiti clinici di cura del paziente, ma mira a tutelarlo nella sua dimensione di persona depositaria di diritti e di doveri, allo stesso tempo soggetto e oggetto delle norme giuridiche. Per questo ogni medico deve avere chiara conoscenza sia del valore giuridico della certificazione che degli aspetti più strettamente tecnico-professionali che la regolano.
La legge riconosce solo in casi specifici la validità dei certificati anamnestici, che si fondano sulle informazioni direttamente acquisite e valutate dal medico senza l'effettuazione della visita fisica del paziente (es.: certificato anamnestico per la detenzione di armi o per il rilascio del porto d'armi, certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida): questi sono riconosciuti validi sebbene fondati sull'anamnesi, ma comunque richiedono un'attività ricognitiva della storia del paziente e dei suoi precedenti di malattia direttamente constatati o derivanti da altra documentazione sanitaria visionata.
Ogni medico abilitato all'esercizio della professione ed iscritto all'albo può rilasciare certificati, ma esistono leggi specifiche che riservano la potestà certificativa a medici in possesso di particolari qualifiche (es.: idoneità all'attività sportiva agonistica, certificato di visita necroscopica, idoneità a una mansione lavorativa specifica).
I requisiti che un certificato deve possedere si dividono in:

[32] Per il medico, in particolar modo per il MMG, la migliore tutela resta quella più semplice: poter ricondurre ogni attestazione a dati clinici raccolti, osservazioni documentate e valutazioni professionali verificabili. In questa cornice l'anamnesi, l'esame obiettivo e la documentazione sanitaria non rappresentano soltanto strumenti di lavoro clinico, ma costituiscono anche il fondamento su cui poggia la validità della certificazione.
[33] È utile che il medico si informi sul perché il certificato gli venga richiesto e valuti la possibilità di segnalare la motivazione apportata per iscritto sul certificato stesso.
[34] Questo è probabilmente uno degli aspetti meno compresi dell'attività certificativa: per il paziente il certificato rappresenta spesso la conclusione di un percorso amministrativo, mentre per il medico costituisce un atto professionale che produce effetti verso terzi e del quale risponde personalmente. La firma apposta in calce a una certificazione non attesta soltanto uno stato di salute, ma può incidere su diversi ambiti (es.: rapporti di lavoro, prestazioni previdenziali, attività sportive, procedure assicurative, provvedimenti amministrativi): per questa ragione la normativa e il codice deontologico impongono che ogni attestazione sia fondata su elementi clinici direttamente osservati o adeguatamente documentati.

FORMALI	SOSTANZIALI
generalità del medico certificante	***precisione*** (redazione esatta del testo)
indicazione chiara e inequivoca del soggetto cui è rivolta la certificazione	***chiarezza*** (redazione comprensibile del testo e integrità formale)
oggetto (motivo) della certificazione	***completezza*** del dato osservato
data, luogo e, se necessario, ora della compilazione	***veridicità***[35] (attestazione di fatti per i quali vi sia corrispondenza veritiera fra il dato osservato e quando asserito)
sottoscrizione (con timbro e firma leggibile per esteso da parte del medico certificante)	

Redigere correttamente un certificato è indispensabile per non incorrere in reati di tipo penale quali:

- *falso materiale*, consistente nella commissione di alterazioni o contraffazioni formali (reato caratterizzato dalla presenza di un errore di forma, ad es.: cancellature o aggiunte apposte con la penna, utilizzo di bianchetto, contraffazione);
- *falso ideologico*, consistente nell'attestazione di fatti e situazioni non veritieri (reato caratterizzato dalla presenza di un errore di contenuto, ad es.: attestazione di patologie false o non direttamente constatate); per concretizzare questo reato è sufficiente il solo rilascio del certificato, anche se questo non viene poi utilizzato dall'interessato.

Redigere un certificato falso può avere ripercussioni sotto vari profili di responsabilità che possono anche coesistere: civile (quando una certificazione errata provoca un danno a terzi, ad es.: truffa per procurati oneri a carico di terzi o dello Stato), penale (nei casi più gravi, riguarda la veridicità delle attestazioni contenute nel documento) e deontologica.
Il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto riferitogli da terzi o su quanto egli non abbia personalmente constatato o raccolto in anamnesi diretta. Poiché il certificato è redatto previa richiesta del paziente e può riportare sintomi riferiti ma non sempre obiettivabili, è bene che il medico ricordi di distinguere nella certificazione ciò che ha direttamente constatato (segni) da quanto gli viene riferito (es.: sintomi, dati anamnestici, circostanze): di qui l'utilità di segnalare sempre nella certificazione gli elementi obiettivi su cui viene fondato il giudizio interpretativo.
A questo proposito si sottolinea che a nessun medico potrà mai essere contestata la falsità ideologica in certificati nei quali vi siano errori di diagnosi e/o di prognosi che nascano dall'interpretazione erronea di rilievi clinici, purché questi siano stati realmente e personalmente constatati dal medico[36]; non sussiste inoltre falso ideologico quando il medico certifica in buona fede una sindrome non obiettivabile sulla base dell'anamnesi fornita con inganno dal paziente al fine del rilascio del certificato di malattia (Corte di Cassazione, sent. n. 5923/1994).
La professione sanitaria ha natura pubblicistica: i medici, infatti, svolgono un'attività sociale di pubblico interesse che comporta in molte situazioni la collaborazione con la Pubblica Amministrazione e l'Autorità Giudiziaria. In questo senso è importante sottolineare come, secondo la legge penale, gli operatori sanitari assumano qualifiche giuridiche diverse in base alle quali cambia la forma del certificato:

1. **pubblico ufficiale**
   "Sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa" (C.P., art. 357).
   Possono quindi acquisire la qualifica di pubblico ufficiale gli impiegati dello Stato o di altro ente o istituto pubblico od ogni altra persona, sebbene non dipendente dallo Stato, che eserciti una funzione pubblica nel momento in cui incarnano la volontà della Pubblica Amministrazione. Ciò che caratterizza il ruolo del pubblico ufficiale è il possesso di poteri autoritativi e certificativi.
   Per i pubblici ufficiali il certificato riveste la forma di un ***atto pubblico*** o di ***atto facente fede***.
2. **incaricato di pubblico servizio**

[35] Da notare che "veridicità" (concreta e reale possibilità) non coincide con "verità" (certezza assoluta). La non veridicità, infatti, riguarda ciò che il medico attesta nel certificato, non il giudizio interpretativo che egli dà agli elementi raccolti: ciò significa che, per evitare di esporsi al rischio di certificare qualcosa di non veritiero, è fondamentale segnalare sempre nella certificazione gli elementi obiettivati su cui viene fondato il giudizio interpretativo.
[36] È "falsa" la certificazione che si basa su premesse oggettive non corrispondenti al vero (fare diagnosi lasciando intendere intenzionalmente di averla accertata mediante visita), mentre invece è "errata" (quindi senza dolo) se nella certificazione risulta inattendibile l'interpretazione data per motivare il giudizio clinico basato su presupposti reali, cioè una visita realmente effettuata (Corte di Cassazione, sent. del 18/03/1999): la legge penale richiede infatti che sia dimostrata l'intenzionalità della condotta illecita per accertare il reato, non essendo prevista dalla legge la figura del falso documentale colposo (Corte di Cassazione, sent. del 31/01/1992).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

"Sono incaricati di pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio" (C.P., art. 358) ma sono privi di potestà di imperio e di certificazione.
Il pubblico servizio va inteso come un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzato dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, senza però che si qualifichi come mera attività materiale[37]. Incaricato di pubblico servizio è dunque chi agisce per soddisfare i bisogni e gli interessi della collettività, la cui tutela è assunta dallo Stato.
Per gli incaricati di pubblico servizio il certificato riveste la forma di ***certificato amministrativo***.

3. **esercente servizio di pubblica utilità**
"I privati che esercitino professioni […] sanitarie o altre professioni il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato" e "i privati che […] adempiono un servizio dichiarato di pubblica necessità mediante un atto della pubblica amministrazione" (C.P., art. 359).
Per gli esercenti un servizio di pubblica utilità il certificato riveste la forma di ***scrittura privata***, secondo cui fa prova, fino a querela di falso, della provenienza delle dichiarazioni di chi l'ha sottoscritta.

In sintesi, la qualifica giuridica di ogni sanitario non dipende dall'intera funzione devoluta dal soggetto, ma dai singoli momenti in cui l'attività stessa viene concretamente esercitata: in questo senso, a titolo esemplificativo, non sono considerabili pubblici ufficiali né incaricati di pubblico servizio i medici ospedalieri che svolgono solo attività consultiva o diagnostico-terapeutica, data la natura tecnica delle prestazioni che non concorrono a formare o a manifestare la volontà della Pubblica Amministrazione; i medici convenzionati (es.: MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni) sono invece liberi professionisti incaricati di un pubblico servizio, ma vestono il ruolo di pubblici ufficiali nel momento in cui rilasciano prescrizioni a carico del SSN e certificati.
Si ricordano in un breve elenco le certificazioni che sono state soppresse nel corso degli anni (la maggior parte delle quali dalla L. n. 98/2013, art. 42, comma 1):

- certificato di sana e robusta costituzione;
- certificato di idoneità fisica al servizio civile volontario;
- certificato sanitario per l'esercizio di attività motorie con finalità educative o ludico-ricreative (ossia attività che possono essere praticate singolarmente o in gruppi, occasionalmente e in forma non continuativa, per il perseguimento di fini esclusivamente educativi, igienico-sanitari e ricreativi e caratterizzate dall'assenza di ogni aspetto competitivo);
- certificato di idoneità a svolgere generica attività lavorativa (limitatamente alle lavorazioni non a rischio);
- certificato di idoneità sanitaria per il personale di assistenza operante presso colonie o centri estivi;
- certificato medico di non contagiosità per la riammissione a scuola dopo l'assenza per malattia oltre i 5 giorni (escluso quello per misure di profilassi previste a livello nazionale e internazionale per esigenze di sanità pubblica) e per la riammissione al lavoro degli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre i 5 giorni[38].

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Le certificazioni possono essere distinte in:

- obbligatorie = sono atti dovuti per precise normative e/o su richiesta del cittadino per esercitare un proprio diritto (es.: certificato di malattia, certificati previsti dall'assicurazione obbligatoria contro infortuni e malattie professionali, constatazione di decesso), e sono normalmente gratuiti;
- facoltative = sono atti rilasciati dal medico su richiesta dell'assistito per uso privato ed esibiti a discrezione dell'interessato, e sono normalmente a pagamento (ad alcuni va aggiunta l'IVA, altri ne sono esenti).

In linea di massima il medico ha l'obbligo di rilasciare direttamente al cittadino che ne faccia richiesta i

[37] A titolo esemplificativo, il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS) sono da ritenere incaricati di pubblico servizio o espletanti un servizio di pubblica necessità nel momento in cui svolgono solo compiti diagnostici o terapeutici, mentre quando svolgono attività certificativa rivestono la qualifica di pubblici ufficiali.

[38] L'abolizione di questi certificati è da ritenersi legittima per motivi sia scientifici (le malattie infettive sono spesso contagiose in fase di incubazione, ma raramente quando il soggetto è convalescente) che normativi (vedi Consiglio di Stato, sent. n. 1276/2014). Nonostante ciò, alcune Regioni non hanno ancora accolto la normativa nazionale in merito e reputano pertanto obbligatorie tali certificazioni.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

certificati relativi al suo stato di salute "che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati" (Codice Deontologico, art. 24). In alcune circostanze però il rifiuto non è una facoltà ma un obbligo professionale, pena la possibilità di compiere un illecito:

- quando la legge prevede che il certificato possa essere rilasciato solo da colleghi rivestiti di particolari qualifiche;
- per fatti che il medico non abbia constatato personalmente o che non siano supportati da riscontri oggettivi;
- per fatti che il medico sappia non essere corrispondenti al vero;
- per elementi che esulano dalle sue competenze (es.: capacità di intendere e di volere).

Il certificato può essere consegnato al diretto interessato, a un altro richiedente cui la legge ne riconosca il diritto (es.: legale rappresentante, esercente patria potestà, amministratore di sostegno) oppure a una persona espressamente indicata dal paziente (mediante la presentazione di una delega scritta dell'interessato e di fotocopia del suo documento d'identità che autorizza il rilascio del certificato in mani di terzi).
I prezzi dei certificati vengono fissati localmente in seguito a contrattazione collettiva, solitamente di tipo sindacale: sono esentate dall'IVA le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona (vedi parere dell'Agenzia delle Entrate, prot. n. 954-131675/2010), oltre alle prestazioni effettuate a fini profilattici (essendo dirette alla riduzione del costo delle spese sanitarie), e per usufruire dell'esenzione dall'IVA è necessario che sulla certificazione rilasciata sia riportata la finalità principale di "tutela della salute".

Certificati riguardanti il lavoro

Certificato INPS di malattia[39] per il lavoro

Per "certificato di malattia" si intende "l'attestazione scritta di un fatto di natura tecnica destinata a provare la verità di fatti direttamente rilevabili dal medico curante nell'esercizio della professione, che attesti l'incapacità temporanea al lavoro, con l'indicazione della diagnosi e della prognosi" (DPCM 26/03/2008, art. 7). Si tratta di una certificazione gratuita, obbligatoria per tutti i lavoratori (settori privato e pubblico), che giustifica l'assenza dal posto di lavoro a causa di un evento morboso[40]: costituisce dunque prova della liceità dell'assenza dal lavoro (è necessario anche per un solo giorno di malattia), e per questo deve coprire l'intero periodo di astensione (da notare che non va considerata la "prognosi clinica", ma la "prognosi lavorativa").
Poiché la legge riconosce al certificato il valore di prova dello stato di incapacità lavorativa temporanea[41], questo documento va richiesto immediatamente al medico che ha effettuato la prestazione sanitaria[42], sia esso dipendente o convenzionato con il SSN, operante in strutture private accreditate oppure libero professionista: non può quindi essere sempre demandato al Medico di Medicina Generale.
In base a quanto suddetto sono dunque illecite le seguenti situazioni:

- medico che rilasci un certificato attestante quanto sostenuto dal/dalla paziente senza averlo constatato direttamente o che compili il certificato al posto del collega che ha visitato per primo il paziente

[39] Per approfondire: "L'indennità di malattia a carico INPS, raccolta della normativa vigente" (OMCoO Gorizia).
[40] Ci si riferisce qui alla malattia cosiddetta "comune", così chiamata per distinguerla dall'infortunio, dalla malattia professionale tecnopatica) e dalla malattia tubercolare (malattia "specifica"). Da rimarcarsi, come condizione indispensabile per questo tipo di malattia, la transitorietà dell'alterazione dello stato di salute: in assenza di questo requisito di limitazione temporale, infatti, si configura una condizione cronica che può eventualmente transitare in uno stato di menomazione permanente suscettibile di valutazione in sede di invalidità civile.
[41] L'infermità diagnosticata deve cioè ridurre le energie produttive del lavoratore rendendolo incapace a espletare la propria mansione specifica o ad assumerne l'esposizione/gravosità (è dunque necessario che la compromissione dello stato di salute sia rapportata caso per caso alla mansione lavorativa nel suo impegno ergonomico e nelle sue peculiari modalità di espletamento).
[42] Per i ricoveri, i day-hospital (equiparate al ricovero) e le prestazioni di Pronto Soccorso sussiste l'obbligo di rilascio delle relative comunicazioni o dei relativi certificati di malattia da parte di quelle strutture (caso particolarmente frequente è quello del paziente che si presenti in Pronto Soccorso e ne venga dimesso senza permanenza notturna in struttura: in questa fattispecie il medico di PS è obbligato a redigere tale certificazione, come da Messaggio INPS n. 1074/2018). Qualora la struttura ospedaliera sia impossibilitata al rilascio del certificato telematico e ne consegni uno cartaceo, sarà il paziente stesso a provvedere all'invio al datore di lavoro e all'INPS (vedi Circ. n. 2/2010/DFP/DDI, punto 2.3) entro 48 h dall'emissione.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

assegnandogli una prognosi, poiché commette falso ideologico "il medico che attesti una malattia senza aver compiuto la visita, anche se di essa non abbia fatto esplicita menzione nel certificato" (Corte di Cassazione V sezione penale, n. 4451/2008), con le aggravanti previste per i pubblici ufficiali (Codice Penale, art. 476);
- medico che attesti ciò che è avvenuto nei giorni precedenti alla redazione del documento, pena 1 mese di sospensione senza stipendio (Corte di Cassazione, sentenza n. 3705-2012);
- medico che non compili tale certificazione ove dovuta, con rischio di imputazione per illecito disciplinare (vedi Circ. min. n. 1/2011/DFP/DDI e D.Lgs. n. 165/2001, art. 55 septies, comma 4) e per omissione di atti d'ufficio.

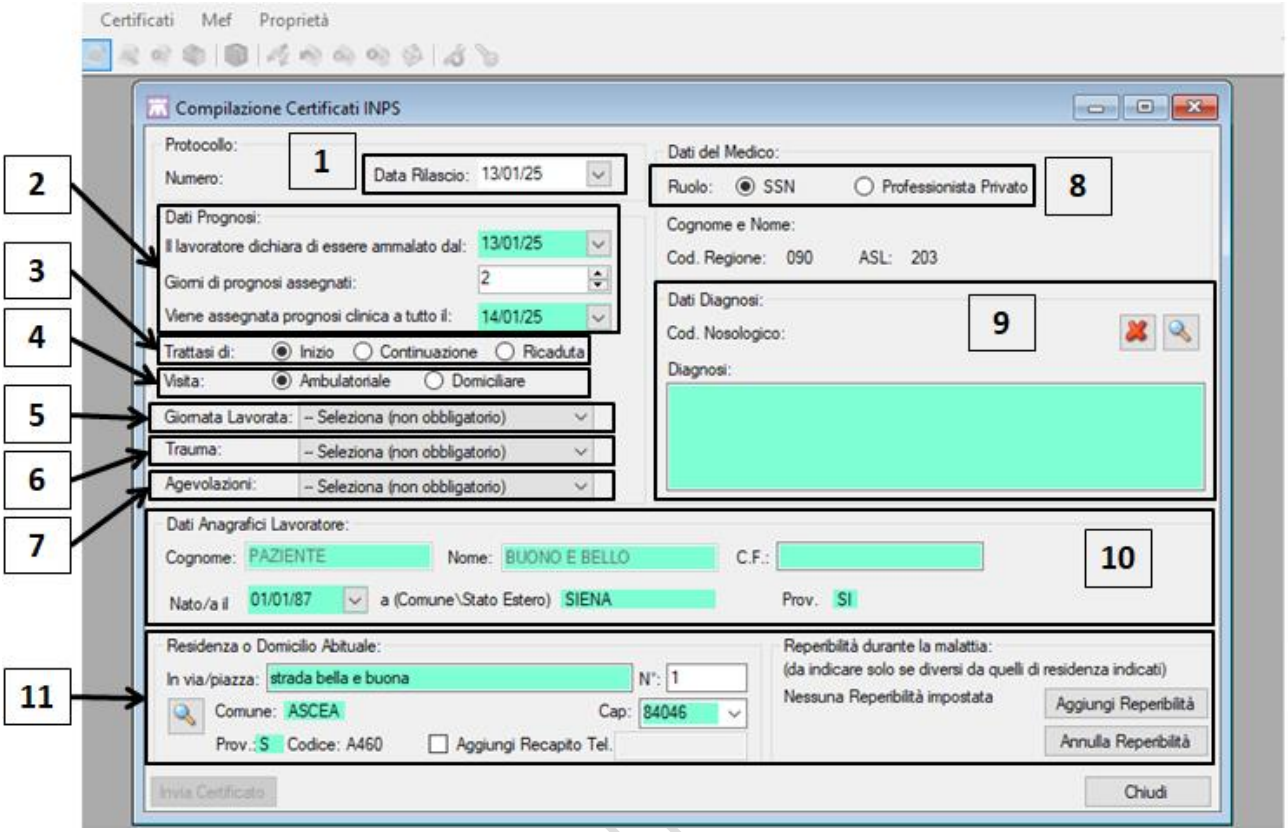
Quando ha bisogno di un certificato di malattia, dunque, il/la paziente deve dunque rispettare le regole di ingaggio del proprio MMG, che potrà così scegliere la gestione più adeguata al caso specifico. A scanso di equivoci, preme precisare che il MMG svolge la propria attività in ambulatorio: solo in casi giustificati dall'intrasferibilità dell'ammalato/a e da elementi di evidente immobilità potrà essere accordata la visita domiciliare; tuttavia, laddove l'ammalato/a chieda di essere visitato/a a casa nonostante le sue condizioni non siano talmente gravi da impedirgli di muoversi, il MMG è legittimato a chiedere un compenso per la prestazione (Corte di Cassazione, sentenza n. 41646-2001).
Un caso particolare di certificato di malattia è quello riguardante la tubercolosi, regolato da una specifica normativa (L. n. 1132/1928, L. n. 1088/1970, L. n. 419/1975, D.M. 29/07/1998)[43].
Entriamo ora negli aspetti tecnici riguardanti la compilazione del certificato INPS di malattia per il lavoro.
"In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via ***telematica***, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale […]." (D.Lgs. n. 165/2001, art. 55-septies, comma 2), e tale regime di trasmissione "riguarda i medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, i medici convenzionati […] (di Medicina Generale, specialisti e Pediatri di Libera Scelta), nonché i medici liberi professionisti." (Circ. n. 2/2010/DFP/DDI, punto 2.2). Le credenziali per la compilazione telematica sono personali e non possono essere trasferite nemmeno al medico sostituto, che deve essere in possesso di credenziali proprie.
L'inosservanza dell'obbligo di trasmissione telematica costituisce, salvo i casi di impedimenti tecnici di trasmissione (Circ. INPS n. 79/2017), una violazione della normativa vigente (valida per tutti i medici) e, per i medici dipendenti del SSN e per i medici convenzionati, anche una fattispecie di illecito disciplinare.
La compilazione telematica è estremamente intuitiva (tutte le informazioni necessarie per poter considerare valido il certificato sono inseribili dal medico prescrittore tramite appositi menù a tendina, in maniera molto semplice e veloce) e può essere effettuata:
- dal sito www.sistemats.it tramite le credenziali del Sistema TS (vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B);
- da alcuni software di lavoro (es.: Millewin, Medico2000) dei MMG tramite smartcard, ma solo se si è in possesso di un profilo nominativo creato dal medico titolare (altrimenti questa operazione non è possibile in quanto è reato compilare un certificato a nome di un altro medico).

Quando redatto in forma telematica, l'INPS gli assegna un numero univoco di Protocollo Unico di Colloquio (PUC). Una volta inviato, è sufficiente comunicare al lavoratore anche solo questo codice, che dovrà egli stesso inoltrare al suo datore di lavoro (vedi Circ. n. 60/2010); se espressamente richiesto dal paziente, il medico ha la possibilità di spedirgli via mail il certificato (vedi L. n. 221/2012, art. 7, comma 1-bis); in particolari situazioni[44] in cui il datore di lavoro ha la necessità di conoscere la diagnosi, infine, il medico dovrà anche provvedere a stampare e consegnare al lavoratore una copia del certificato.
In caso di ricovero il sistema prevede che il medico ospedaliero possa trasmettere la comunicazione di inizio ricovero, ricevendo accettazione dell'invio con assegnazione da parte dell'INPS del relativo codice di protocollo (PUCIR); in fase di dimissione, poi, il servizio consente al medico specialista di certificare la diagnosi e l'eventuale prognosi per la convalescenza (considerando che la data di dimissione non va considera-

[43] Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.
[44] Ciò può accadere solo per i dipendenti contrattualizzati delle pubbliche amministrazioni nelle ipotesi di esenzione dalla decurtazione della retribuzione e dal regime della reperibilità ai fini della visita fiscale: in questi casi, infatti, l'amministrazione è tenuta ad applicare il regime generale a meno che non abbia la documentazione che consenta di derogarvi, ed è innanzitutto interesse del dipendente che si assenta far pervenire all'amministrazione tutti gli atti necessari per applicare in maniera corretta la normativa di riferimento. In questi casi, quindi, l'assenza dal servizio del dipendente verrà comunque giustificata dalla trasmissione telematica del certificato, ma il regime giuridico sarà condizionato dalla ricezione della copia del documento cartaceo da parte dell'amministrazione (vedi Circ. n. 2/2010/DFP/DDI, punto 3).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

ta giornata di degenza), con assegnazione da parte dell'INPS di un altro codice di protocollo (PUC) e generazione del certificato e dell'attestato di malattia, che possono essere stampati a richiesta del lavoratore (vedi D.M. 18/04/2012). Se non compilato in maniera telematica ma cartacea, il certificato di ricovero può essere spedito o recapitato all'INPS anche oltre 48 h, purché entro i termini prescrizionali di 1 anno.



Nella *compilazione* del certificato di malattia, il medico deve riempire i seguenti campi:

1. data rilascio
   La data del rilascio del certificato, durante la quale deve essere svolta la visita, coincide con l'inizio della tutela previdenziale e della liceità dell'assenza del lavoratore.
   È importante notare che il medico non può giustificare giorni di assenza precedenti alla visita, a meno che non si tratti di un certificato redatto in un giorno feriale a seguito di visita domiciliare espressamente indicata dal medico stesso (vedi oltre).
2. dati prognosi
   La data di inizio prognosi è una data anamnestica ("Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal…") e non può essere in nessun caso successiva alla data di rilascio.
   La data di fine prognosi rappresenta un elemento previsionale sul decorso clinico e sull'esito dello stato patologico riportato in diagnosi, formulato da parte del medico certificatore sulla base di un giudizio tecnico: è dunque evidente come essa sia suscettibile di possibili variazioni sia in termini di prolungamento (continuazione del certificato) che in termini di riduzione (rettifica del certificato) in base a un decorso rispettivamente più lento o più rapido della malattia.
   La data di fine prognosi riportata sull'ultimo certificato dell'evento morboso viene automaticamente considerata come la data di fine malattia, per cui dal giorno successivo il soggetto potrà tornare al lavoro per riacquisto della capacità lavorativa (solo la ripresa del lavoro, infatti, interrompe la presunzione di continuità della certificazione).
   Tranne rarissime eccezioni, la malattia del lavoratore privato, a differenza di quello pubblico, non può essere indennizzata per più di 180 giorni nell'anno solare, e spesso il periodo di comporto (periodo durante il quale il datore di lavoro non può procedere al licenziamento) ha, nei contratti di lavoro, durata analoga.
3. tipo di certificato
   In questo capo il medico deve segnalare correttamente se il certificato emesso è un "inizio" di malat-

Commissione Giovani

tia, una "continuazione" o una "ricaduta": ciò è importante ai fini dell'indennizzo[45], perché per molte categorie di lavoratori i primi 3 giorni di malattia sono pagati a conguaglio (ossia direttamente dal datore di lavoro, la cosiddetta "carenza"), e solo i successivi sono rimborsati dall'INPS.
Alla scadenza del certificato sarà compito del medico, se da lui ritenuto necessario tenuto conto del complessivo stato di salute del paziente e dell'effettivo lavoro svolto, di prolungare o meno la prognosi, redigendo un nuovo documento e barrando la casella "continuazione". In presenza di certificati di "continuazione" intervallati dalla giornata festiva (o dalle giornate di sabato e/o domenica in caso di settimana corta) si presume che essi certifichino un unico evento morboso, ma le giornate non certificate non saranno indennizzabili.
Nel caso in cui un certificato copra il lavoratore fino a venerdì e il medico si trovi a doverne redigere un altro il lunedì successivo, le situazioni possono essere due:

- se l'evento morboso è il medesimo si deve barrare la casella "continuazione";
- se l'evento morboso è differente si deve barrare la casella "inizio".

La casella "ricaduta", invece, determina l'onere economico a carico dell'INPS già dal 1° giorno di ricaduta e va barrata:

- quando l'assenza dal lavoro è dovuta ad una malattia che aveva già prodotto un'incapacità temporanea precedente e che si ripresenta dopo una ripresa lavorativa entro 30 giorni dal precedente episodio cui è causalmente legata;
- se il lavoratore si sottopone a lunghi cicli periodici di terapie ambulatoriali e specialistiche che influenzano la sua capacità lavorativa (es.: emodialisi, day service ambulatoriale, ospitalità diurna nei centri di igiene mentale, trattamenti per morbo di Cooley); in questo caso, i lavoratori privati aventi diritto alla tutela previdenziale della malattia possono produrre un'unica certificazione (attestante la necessità di trattamenti ricorrenti e qualificante ciascun periodo come ricaduta del precedente), avendo cura di inviarla all'INPS e al datore di lavoro prima dell'inizio della terapia con l'indicazione dei giorni previsti per la sua esecuzione.

4. tipo di visita
   In questo campo il medico deve indicare se la visita si è svolta in ambulatorio o a domicilio del/della paziente. Questo aspetto è importante ai fini della tempistica di trasmissione del certificato: il medico ha l'obbligo di trasmetterlo immediatamente se la visita è ambulatoriale o entro 24 h se la visita è domiciliare (in questo caso dovrà selezionare il giorno precedente nel campo "data rilascio").
5. giornata lavorata (opzionale)
   In questo campo può essere inserita la dichiarazione del lavoratore di aver completato la propria attività lavorativa alla data della visita.
6. trauma (opzionale)
   Sapere se la condizione certificata è stata determinata da un evento traumatico è indispensabile affinché l'INPS possa valutare se il caso sia di competenza INAIL o se vi siano le condizioni per attivare un'azione surrogatoria verso i terzi responsabili che, in caso di esito positivo, comporterà per il lavoratore il non conteggio delle giornate di indennità di malattia dal computo del periodo massimo assistibile previsto.
7. agevolazioni (opzionale)
   I dipendenti per i quali l'assenza è riconducibile a una delle seguenti agevolazioni[46] (vedi D. n. 206/2017, art. 4) sono esclusi dall'obbligo di rispettare le fasce di reperibilità:
   - patologie gravi che richiedono terapie salvavita, che "devono risultare da idonea documentazione, rilasciata dalle competenti strutture sanitarie, che attesti la natura della patologia e la specifica terapia salvavita da effettuare" (D.M. 11/01/2016, art. 1, comma 2);
   - stati patologici sottesi o connessi alla situazione di invalidità riconosciuta di entitò pari o superiore al 67%;
   - causa di servizio riconosciuta (esclusivamente per dipendenti pubblici) che abbia dato luogo all'ascrivibilità della menomazione, unica o plurima, a specifiche categorie previste dal D.P.R. n. 834/1981 (le prime 3 categorie della tabella A o le patologie rientranti nella tabella E).

[45] L'indennità di malattia è subordinata al requisito lavorativo: il diritto non sorge dalla semplice stipulazione del contratto, ma dalla data di effettivo inizio del rapporto di lavoro (è necessaria l'effettuazione in concreto di attività lavorativa, anche se soltanto per poche ore).
[46] Lo status di invalido civile (INPS), per lavoro (INAIL) o per servizio (causalità di servizio) deve risultare dai rispettivi verbali rilasciati dalle strutture deputate al loro riconoscimento, di cui il medico deve prendere visione.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

In queste situazioni è però da sottolineare come l'esonero sia dalla reperibilità al domicilio nelle fasce orarie prescritte e non dal controllo medico, che può essere esercitato, se ritenuto utile, previo appuntamento.

8. ruolo del medico
   In questa sezione il medico che redige il certificato deve indicare se è dipendente o convenzionato con SSN oppure se è libero professionista. Tale informazione è importante perché, "nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata esclusivamente mediante presentazione di certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il SSN" (D.Lgs. n. 165/2001, art. 55-septies, comma 1): i medici liberi professionisti dunque, pur avendo l'obbligo di redazione del certificato di malattia telematico, non possono assegnare al/alla paziente una prognosi superiore a 10 giorni, e in ogni caso dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza deve essere giustificata esclusivamente mediante certificazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato (es.: MMG).
9. diagnosi
   Al fine della verifica circa l'indennizzabilità da parte dell'INPS, nel campo compilabile a mano libera è necessario specificare la diagnosi e l'eventuale presenza di "postumi" (danni successivi alla guarigione clinica della malattia) che causano l'incapacità temporanea al lavoro, avendo cura di evitare la locuzione "esiti di…" (in quanto "esito" indica la conclusione di un processo morboso e come tale non può essere indennizzato o retribuito). Esistono infatti delle condizioni per le quali non è prevista l'indennizzabilità (es.: chirurgia a fini meramente estetici, chirurgia oculistica refrattiva).
   Sono invece indennizzabili:
   - la chirurgia estetica al fine di rimuovere vizi funzionali e non meramente estetici;
   - malattie provocate da cause violente con presunta responsabilità di terzi per le quali l'INPS ha facoltà di rivalsa;
   - le malattie presunte professionali o infortuni sul lavoro non riconosciuti dall'INAIL;
   - la tubercolosi in assenza del requisito contributivo o assicurativo;
   - il trattamento emodialitico;
   - il trattamento trasfusionale del morbo di Cooley;
   - la donazione di organi e il prelievo di cellule per conseguenti trapianti per le giornate di degenza effettiva e per quelle di convalescenza necessarie al recupero delle energie lavorative;
   - i provvedimenti del SSN con allontanamento dal posto di lavoro per esigenze profilattiche con somministrazione di mezzi terapeutici;
   - gli eventi morbosi correlati all'assunzione di sostanze alcoliche e stupefacenti;
   - la fisiochinesiterapia (se è documentata l'incapacità lavorativa);
   - il mancato suicidio;
   - l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto entro il 180° giorno dall'inizio della gestazione (300 giorni prima della data presunta del parto);
   - la procreazione assistita se certificata, per le giornate di ricovero e per quelle successive alla dimissione (massimo 2 settimane, ferma restando la specifica valutazione medico legale), e in fattispecie particolari anche per le giornate antecedenti alla fecondazione (orientativamente 10 giorni) e in caso di prelievo di spermatozoi al lavoratore.
10. dati anagrafici del lavoratore
    Indipendentemente che il certificato sia redatto in forma telematica o cartacea, è obbligo del lavoratore il controllo circa l'esattezza dei suoi dati, in particolare riguardo all'indirizzo di reperibilità.
11. residenza/domicilio abituale o altro indirizzo di reperibilità durante la malattia
    Questo campo è particolarmente importante ai fini della reperibilità del lavoratore per eventuali controlli da parte dei medici inviati dall'INPS: egli dovrà infatti essere reperibile dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19 per tutti i giorni compresi nel periodo di prognosi assegnato.
    "Qualora il dipendente debba allontanarsi dall'indirizzo comunicato durante le fasce di reperibilità per effettuare visite mediche[47], prestazioni o accertamenti specialistici o per altri giustificati motivi,

[47] L'INPS ha distinto il caso di visita medica generica presso l'ambulatorio del curante da quello di visite d'urgenza: nel primo caso l'assenza è giustificata quando la visita è effettuata necessariamente su prenotazione e l'orario di ambulatorio cade nelle fasce di reperibilità (il relativo giustificativo deve essere rilasciato dal medico contestualmente o al massimo il giorno successivo, precisando

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

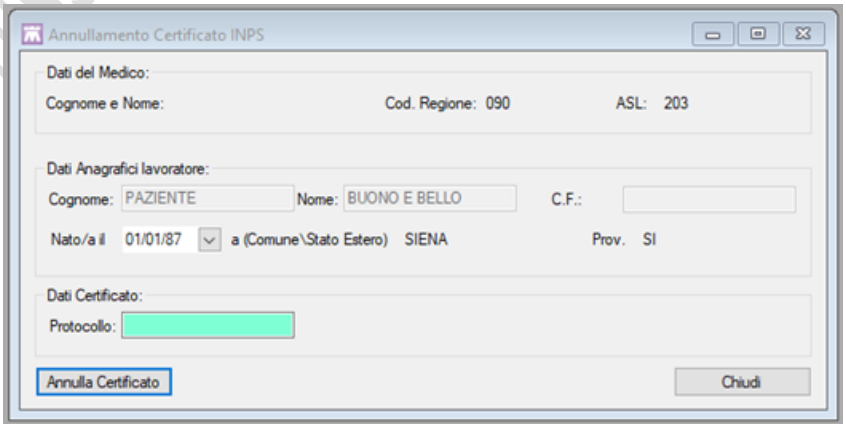
che devono essere, a richiesta, documentati, è tenuto a darne preventiva comunicazione all'amministrazione che, a sua volta, ne dà comunicazione all'INPS." (D.Lgs. n. 75/2017, art. 18, punto d): con la dicitura "altri giustificati motivi" si intendono le cause di forza maggiore ed i provati gravi motivi personali o familiari (situazioni che abbiano reso imprescindibile e indifferibile la presenza del soggetto altrove per evitare gravi conseguenze per sé o per i componenti del nucleo familiare, ad es.: ricoveri ospedalieri, funerali, gravi infortuni, partecipazione a esami pubblici, convocazione da parte di pubbliche autorità). Ai fini della giustificabilità, l'assenza alla visita medica di controllo deve essere sempre documentata anche quando il lavoratore, assente al momento dell'arrivo del sanitario, rientra al domicilio prima dell'allontanamento del medico e viene comunque visitato (tale visita non annulla l'assenza iniziale).

Il dipendente, inoltre, "è tenuto a comunicare […] l'eventuale variazione dell'indirizzo di reperibilità, durante il periodo di prognosi" (vedi D.M. n. 206/2017, art. 6) solo qualora la variazione di domicilio intervenga successivamente all'invio telematico del certificato di malattia. Le modalità della comunicazione variano dal settore pubblico a quello privato: il lavoratore privato assicurato INPS deve avvertire la struttura INPS territoriale di competenza (per Siena può usare la mail medicolegale.siena@inps.it) e il datore di lavoro; il lavoratore privato non assicurato INPS deve avvertire immediatamente solo il datore di lavoro e attenersi alle disposizioni del contratto di lavoro in materia di assenze per malattia; il lavoratore pubblico, infine, deve avvertire subito il datore di lavoro, che provvederà a sua volta ad informare tempestivamente l'INPS per mezzo degli appositi canali.

È utile anche conoscere alcune particolarità:

- se il lavoratore si ammala mentre è in vacanza ha diritto alla conservazione delle ferie (riposo e recupero delle energie psico-fisiche) nel caso in cui la malattia sia incompatibile con lo svolgimento di attività ricreative (Corte di Cassazione, sentenza n. 2847-1995), e tale diritto decorre dal momento della data di comunicazione da parte del lavoratore al datore di lavoro (Corte di Cassazione, sentenza n. 1947-1998), sul quale ricade l'eventuale onere di dimostrare la compatibilità dello stato morboso con le suddette attività ricreative (Corte di Cassazione, sentenza n. 6808-1996);
- la malattia insorta durante il congedo parentale è indennizzabile, e una volta terminata il lavoratore può riprendere a suo piacimento la fruizione del congedo;
- la malattia insorta durante il congedo di maternità o durante il congedo matrimoniale non è indennizzabile;
- l'indennità di malattia non è dovuta ai lavoratori che percepiscono l'indennità giornaliera antitubercolare o l'assegno di inabilità.

L'*annullamento* di un certificato già inviato può essere effettuato in maniera telematica (se effettuato entro il giorno successivo alla data di rilascio, vedi D.M. 26/02/2010, punto 3.4) o cartacea (se effettuato oltre le 24 h successiva alla trasmissione). Per poter annullare un certificato bisogna conoscerne il numero di protocollo e inserirlo nell'apposito spazio. Si ricorda che ogni medico può annullare unicamente i certificati da lui redatti, e non quelli compilati da altri colleghi.



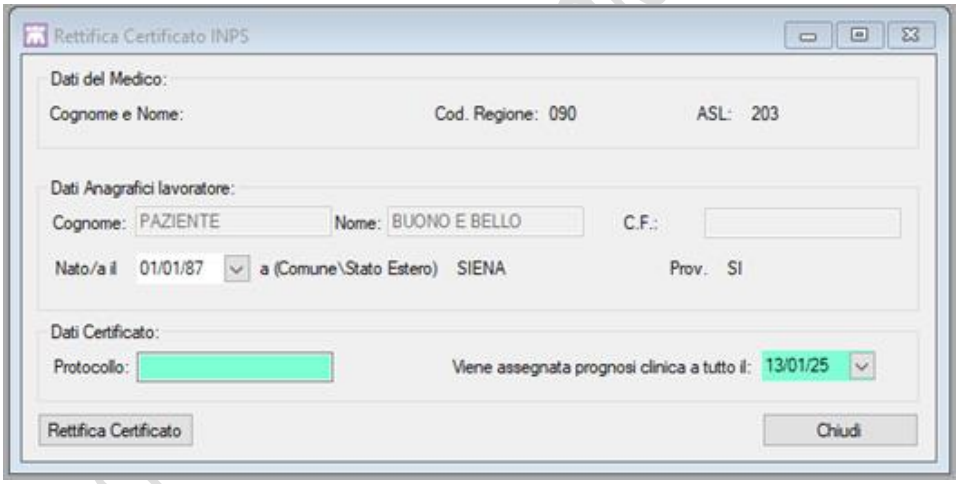
il giorno, l'ora e il motivo della visita); nel secondo caso, invece, se tale circostanza non risulta da altra documentazione è necessario che il medico rilasci una dichiarazione da cui sia desumibile la necessità per il lavoratore di sottoporsi a un trattamento urgente, comprendendo tra i motivi di urgenza anche quelli soggettivi del paziente (che abbiano cioè generato il lui la convinzione di doversi recare al più presto dal curante).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Un'eventuale *rettifica* può essere effettuata entro il termine del periodo di prognosi indicato dal certificato: "La rettifica della data di fine prognosi, a fronte di una guarigione anticipata, rappresenta un adempimento obbligatorio da parte del lavoratore […]. Affinché la rettifica venga considerata tempestiva non è sufficiente che essa venga effettuata prima del termine della prognosi originariamente certificata, bensì è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa." (Circ. INPS n. 79/2017). In presenza di un certificato con prognosi ancora in corso, il datore di lavoro non può consentire al lavoratore la ripresa dell'attività lavorativa[48]: in pratica "il dipendente assente per malattia che, considerandosi guarito, intenda riprendere anticipatamente il lavoro rispetto alla prognosi formulata dal proprio medico curante potrà essere riammesso in servizio solo in presenza di un certificato medico di rettifica della prognosi originariamente indicata" (Circ. INPS n. 79/2017).
È importante sapere che, ai fini della ripresa dell'attività lavorativa per guarigione anticipata rispetto al periodo di prognosi inizialmente indicato nel certificato di malattia, "il dipendente è tenuto a richiedere un certificato sostitutivo" che dev'essere rilasciato "dal medesimo medico che ha redatto la certificazione di malattia ancora in corso di prognosi ovvero da altro medico in caso di assenza o impedimento assoluto del primo" (vedi D. n. 206/2017, art. 9). Ciò significa che se un paziente ha necessità di rientrare a lavoro prima della scadenza del certificato di malattia ci sono due strade percorribili:

- lo stesso medico che ha redatto il certificato può rettificare la prognosi, anticipando la data di rientro;
- un altro medico può compilare un nuovo certificato di malattia, indicando come data di inizio della malattia quella corrispondente al certificato già attivo e come fine della prognosi la nuova data prescelta, precedente a quella del certificato già attivo.

Per poter rettificare un certificato bisogna conoscerne il numero di protocollo e inserirlo nell'apposito spazio, anticipando poi la data della prognosi precedentemente assegnata.



I servizi per l'assistenza tecnica e normativa nella redazione del certificato telematico sono i seguenti:

- mail di assistenza del Sistema TS (gestionets@sogei.it);
- contact center del Sistema TS (800090070), dal lunedì a sabato nella fascia oraria 8-20;
- contact center dell'INPS (803164), dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20 e il sabato nella fascia oraria 8-14.

La compilazione ***cartacea*** [allegato C], infine, è prevista solo:

- qualora sussista l'impossibilità di invio telematico per malfunzionamento dei sistemi informatici;
- qualora sia stato commesso un errore di compilazione (es.: certificato fatto a nome di un'altra persona invece che del paziente) il medico deve rilasciare al paziente un nuovo certificato cartaceo con i dati corretti, riportando dettagliatamente la variazione rispetto al certificato errato.

In questi casi il certificato deve essere redatto in duplice copia (il "certificato" vero e proprio con la diagnosi, e l'"attestato" che non contiene l'esplicitazione della diagnosi, vedi Circ. n. 1/2010/DFP/DDI), avendo cu-

[48] La presentazione di un nuovo certificato da parte del lavoratore che, guarito, desidera rientrare in servizio anticipatamente, è giustificata dal fatto che il datore di lavoro risulta responsabile dell'integrità psicofisica dei dipendenti e, non essendo in grado di comprendere la reale situazione del soggetto che vuole rientrare, ha l'obbligo di attendere il certificato di rientro onde evitare di ledere la salute sua e di quella degli altri.

ra di specificare la residenza del paziente ed eventualmente il domicilio (se diverso dalla residenza) ed evitando abrasioni o cancellazioni (eventuali correzioni dovranno essere controfirmate dal medico certificatore).
Il certificato cartaceo non deve contenere abrasioni o cancellazioni, ed eventuali correzioni devono essere controfirmate dal medico.
Nei casi in cui tale documento venga redatto in forma cartacea sarà il paziente stesso a provvedere all'invio al datore di lavoro e all'INPS (vedi Circ. n. 2/2010/DFP/DDI, punto 2.3) entro 48 h dall'emissione; qualora tale termine di scadenza cada in un giorno festivo, esso si proroga al primo giorno non festivo successivo.
Per quanto concerne l'INPS, in particolare, è prevista il recapito del certificato cartaceo originale presso la sede provinciale di riferimento (la sede INPS di Siena si trova in via L. Memmi n. 2), possibile in 3 modalità:

1. consegna di persona;
2. invio tramite raccomandata con ricevuta di ritorno;
3. spedizione via PEC (direzione.provinciale.siena@postacert.inps.gov).

È infine possibile, come ultima risorsa in caso di impossibilità delle precedenti opzioni, la compilazione ***telefonica*** attraverso uno dei seguenti call center:

- call center con assistenza di operatore reso disponibile dall'INPS al numero 800180919;
- call center basato su risponditore automatico reso disponibile da MEF Sogei al numero 800013577.

Certificato di riacquisto della capacità lavorativa

Questo certificato gratuito [allegato D] è utile al/alla paziente per fare richiesta di NASpI (Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego, ossia l'indennità di disoccupazione) e dev'essere redatto dal medico che aveva rilasciato il certificato INPS di malattia (molto spesso il Medico di Medicina Generale dell'assistito/a) o in alternativa dal medico INPS della sede provinciale, il quale deve dichiarare se il/la paziente ha riacquisito un'idoneità al lavoro parziale o totale a seguito della malattia per la quale gli/le era stato redatto il suddetto certificato di malattia INPS.

Certificato di malattia per i dipendenti della pubblica amministrazione

La normativa vigente (D.Lgs. n. 165/2001 e L. n. 222/2012) esonera i dipendenti della pubblica amministrazione, in regime di diritto pubblico e disciplinati da propri ordinamenti (Forze Armate, Corpi Armati dello Stato, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco), dall'invio telematico della certificazione di malattia.
Le professioni coinvolte sono:

- magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
- avvocati e procuratori dello Stato;
- professori e ricercatori universitari;
- personale delle carriere diplomatica e prefettizia;
- personale del Comitato Interministeriale per il Credito e il Risparmio (CICR);
- personale della Commissione Nazionale per la Società e la Borsa (CoNSoB);
- personale dell'autorità garante della concorrenza e del mercato;
- personale militare e forze di Polizia di Stato;
- personale della carriera dirigenziale e direttiva penitenziaria;
- personale, anche di livello dirigenziale, del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, esclusi il personale volontario e il personale volontario di leva.

A questi lavoratori va quindi redatto un certificato di malattia cartaceo in duplice copia [allegato E]: quello contenente la diagnosi ("certificato" vero e proprio) dovrà essere spedito dal lavoratore, in busta chiusa, al Dirigente Sanitario dell'Ente Militare ai fini della verifica della persistenza dell'idoneità psico-fisica ad attività istituzionali connesse alla detenzione o all'uso di armi; quello con la sola prognosi ("attestato"), invece, dovrà essere recapitato dal paziente al Comando del proprio Ente di appartenenza (vedi D.M. 24/11/2015).
Il certificato in esame può essere rilasciato dal medico della struttura sanitaria militare o da un qualunque medico che abbia accertato tale condizione (dipendente o convenzionato con il SSN oppure libero professionista).

Certificati INAIL per infortunio sul lavoro o malattia professionale[49]

L'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è gestita in via esclusi-

[49] Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

va dall'INAIL (ente pubblico non economico sottoposto alla vigilanza del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).
I certificati INAIL hanno finalità assicurativo-previdenziali e devono essere compilati per via telematica (in questo caso sono necessarie le credenziali INAIL, vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B): "Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale[50] è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia […] e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore […] contestualmente alla sua compilazione. La trasmissione per via telematica del certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale […] è effettuata utilizzando i servizi telematici messi a disposizione dall'Istituto assicuratore." (D.Lgs. n. 151/2015, art. 21, comma 1, punto b-5). In particolare:

1. "Qualunque medico presti la prima assistenza ad un infortunato è obbligato a rilasciare un certificato della visita quando, a suo giudizio, la lesione possa avere per conseguenza un'inabilità che importi l'astensione assoluta dal lavoro per più di 3 giorni. Detto certificato vale anche come denunzia dell'infortunio […]." (D.P.R. n. 1124/1965, art. 238);
2. "Il medico, che ha prestato assistenza ad un lavoratore affetto da malattia ritenuta professionale, deve trasmetterne il certificato-denuncia all'istituto assicuratore, entro 10 giorni dalla data della prima visita medica […], quando la malattia possa, a suo giudizio, determinare inabilità che comporti l'astensione assoluta dal lavoro per più di 3 giorni. Con le stesse modalità debbono essere denunciate all'istituto assicuratore le ricadute in precedenti malattie professionali." (D.P.R. n. 1124/1965, art. 251).

In caso di malfunzionamento del sito dell'Istituto, però, è possibile compilare i suddetti certificati per via cartacea (scaricando gli appositi moduli dal sito dell'INAIL).
Le pratiche di infortunio sul lavoro e di malattia professionale si avvalgono principalmente del "primo certificato" (di apertura) e del "certificato definitivo" (di chiusura), a cui possono aggiungersi i "certificati continuativi" (qualora si decidesse di prolungare la prognosi del paziente) e, nel caso in cui il medico riconosca gli estremi della ricaduta[51], i "certificati di riammissione in temporanea" (questi certificati possono essere redatti entro 10 anni dal verificarsi dell'infortunio ed entro 15 anni dalla manifestazione primaria di malattia professionale).
Entro le 24 ore successive alla compilazione, il medico dovrà trasmettere il certificato all'INAIL per via telematica, comunicando al lavoratore i dati (numero identificativo del certificato medico, data di emissione e giorni di prognosi) che questi dovrà a sua volta fornire al datore di lavoro (vedi D.P.R. n. 1124/1965, art. 52), il quale è obbligato a inoltrare telematicamente la denuncia all'INAIL entro 1 (in caso di morte), 2 (in caso di infortunio) o 5 (in caso di malattia professionale) giorni da quello in cui ne ha avuto notizia.
Si approfitta per sottolineare che le ricette per visite specialistiche o esami diagnostici strumentali o di laboratorio prescritti al lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale devono riportare l'esenzione L04 (vedi "Come compilare la ricetta rossa", sezione B) nel caso in cui siano correlate alla relativa patologia lavorativa.

Certificato per infortunio sul lavoro
Questo certificato gratuito va compilato quando il medico rileva lo stato di inabilità temporanea assoluta al lavoro a causa di lesioni riportate per un evento che presenta le caratteristiche di un infortunio lavorativo[52]; in questa fattispecie è compreso anche l'infortunio in itinere[53] (incidenti che si verificano nel tragitto casa-

[50] Trasmettendo telematicamente questo certificato si intende assolto l'obbligo di trasmissione della denuncia per le malattie professionali indicate nell'apposito elenco redatto e aggiornato ciclicamente dal Ministero del Lavoro (vedi voce "Notifica obbligatoria di malattia professionale", sezione C).
[51] È necessario sottolineare la differenza tra "ricaduta" e "recidiva": nel secondo caso, infatti, si presuppone l'esistenza di una nuova causa violenta, motivo per cui non si dovrà compilare il "certificato di riammissione in temporanea" ma un nuovo "primo certificato", trattando l'infortunio o la malattia professionale come un nuovo evento.
[52] L'**infortunio sul lavoro** è quell'evento di danno verificatosi per causa violenta/virulenta in occasione di lavoro. In questo caso la causalità è rapida e concentrata nel tempo (l'infortunio deve avvenire nell'ambito della cosiddetta "occasione di lavoro", la cui unità cronologica è il turno lavorativo, indipendentemente dalla sua lunghezza), e il lavoro è solo l'occasione del danno. Va infine sottolineato che è la causa a dover essere concentrata, non gli effetti: ciò significa che le malattie infettive e parassitarie (es.: epatite virale, HIV, tubercolosi, legionellosi) devono essere considerate come infortunio e richiedono la compilazione del relativo certificato (l'unica eccezione è l'anchilostomiasi, inquadrata come malattia professionale).
[53] "Salvo il caso di interruzione o deviazione del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

lavoro e viceversa, durante il trasferimento da una sede lavorativa all'altra e, in mancanza di una mensa aziendale, quando il lavoratore è costretto a lasciare il posto di lavoro per la pausa pranzo).
Il primo certificato viene redatto generalmente presso strutture sanitarie pubbliche e, in alcuni casi, dal Medico di Medicina Generale; in alternativa, il lavoratore può recarsi presso la sede INAIL territoriale competente rispetto alla propria residenza/domiciliazione e richiedere di essere visitato ai fini del rilascio delle certificazioni da produrre al datore di lavoro.
Il primo certificato non può essere redatto più tardi dal secondo giorno dopo l'infortunio, e l'eventuale certificato continuativo può essere redatto fino 2 giorni dopo la scadenza del primo certificato: in ogni caso i giorni di prognosi decorrono dalla data di certificazione.
Prima di rientrare a lavoro non è più obbligatorio redigere al paziente il certificato definitivo, ma nonostante ciò non tutti i datori di lavoro sono propensi a far rientrare il lavoratore (soprattutto in caso di inabilità temporanea assoluta lunga e/o se si prevedono esiti): ciò pone dei problemi di gestione del rientro lavorativo del lavoratore, che non può sapere a priori se il datore di lavoro accetta o meno il rientro senza certificazione medica. È pertanto necessario suggerire al lavoratore di accordarsi preventivamente col datore di lavoro per un eventuale rientro in azienda senza certificazione; se però il lavoratore giunge dal MMG o all'INAIL perché il datore di lavoro esige il certificato definitivo, entrambe queste figure sanitarie hanno l'obbligo di rilasciarlo direttamente senza delegare né creare disagi all'interessato.

Certificato per malattia professionale
Questo modulo si usa quando un medico rileva una malattia associata o associabile a uno stato di inabilità temporanea al lavoro per la quale sospetta un'origine professionale[54].
Il certificato di malattia professionale è composto da 3 copie: la prima per l'INAIL, la seconda per l'assicurato e la terza per il datore di lavoro.
Solo alcune malattie professionali sono previste dalla legge (vedi D.M. 10/06/2014, allegato), ma, nel caso in cui se ne sospetti una non riportata nell'elenco, la segnalazione deve essere fatta ugualmente e viene comunque accettata dall'INAIL: in questo modo, se nel corso del tempo più medici faranno la stessa segnalazione, si rende possibile all'apposita Commissione Scientifica (vedi D.lgs. n. 38/2000, art. 10, comma 1) l'aggiornamento delle tabelle previste dalla normativa vigente.

Certificato di congedo per la malattia del figlio
"Entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di astenersi dal lavoro per periodi corrispondenti alle malattie di ciascun figlio di età non superiore ai 3 anni" e "nel limite di 5 giorni lavorativi all'anno, per le malattie di ogni figlio di età compresa tra i 3 e gli 8 anni" (vedi D.Lgs. n. 151/2001, art. 47, commi 1 e 2).
Si ricorda che la certificazione necessaria al genitore per fruire del congedo per la malattia del figlio è inviata per via telematica direttamente all'INPS dal medico che ha in cura il minore utilizzando il sistema di trasmissione delle certificazioni di malattia (vedi D.Lgs. n. 151/2001, art. 47, comma 3).
"La malattia del bambino che dia luogo a ricovero ospedaliero interrompe il decorso del periodo di ferie in godimento da parte del genitore." (L. n. 1204/1971, art. 7, comma 4).

Certificato di idoneità al lavoro
Poiché il concetto di "idoneità generica al lavoro" è stato abolito in favore di quello di "idoneità alla mansione specifica" (vedi D.Lgs. n. 81/2008), questa certificazione è appannaggio esclusivo del medico competente aziendale, attivato dal datore di lavoro del paziente.
Qualunque ente (pubblico e privato), quindi, deve dotarsi di un proprio medico competente aziendale che, all'assunzione del lavoratore, ne verifichi le condizioni di salute e ne certifichi l'idoneità alla mansione specifica.

Certificato giustificativo di assenza
Alcune categorie di lavoratori possono richiedere un certificato giustificativo per essersi assentati alcune

di lavoro […]. L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti." (D.lgs. n. 38/2000, art. 12).

[54] La **malattia professionale** (o "tecnopatia") è uno stato morboso in rapporto causale o concausale con lo svolgimento dell'attività lavorativa contratto per l'azione lenta e progressiva dell'agente nocivo. In questo caso la causalità è lenta e diluita nel tempo, e il lavoro è la causa specifica del danno (la malattia deve essere contratta nell'esercizio e a causa della lavorazione espletata o di noxae patogene specifiche, motivi per cui le malattie professionali sono per la maggior parte evitabili).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

ore da lavoro (es. insegnante che per effettuare una vista medica non va ad una riunione nel pomeriggio).
Il certificato [allegato F] è gratuito e va redatto in carta bianca intestata, indicando l'orario al quale la visita e/o l'accertamento sono stati eseguiti.

Certificato di accertamento per gravi infermità familiari

La lavoratrice e il lavoratore hanno diritto a un permesso retribuito di 3 giorni lavorativi all'anno in caso di decesso o di documentata grave infermità del coniuge (anche separato legalmente), di un convivente (purché la stabile convivenza con il lavoratore o la lavoratrice risulti da certificazione anagrafica) o di un parente entro il 2° grado (es.: nonno e nipote, fratelli e sorelle) anche non convivente (vedi L. n. 53/2000, art. 4, comma 1).
Per usufruire di tale permesso è necessario che l'interessato/a presenti richiesta scritta alla Medicina Legale dell'ASL territorialmente competente allegando la necessaria documentazione, e la certificazione eventualmente prodotta dallo specialista sarà gratuita.
Il certificato di ricovero del familiare malato è sufficiente per fruire dei permessi retribuiti per assistenza anche se non riportano la specificazione sulla gravità della malattia (Corte di Cassazione, sent. n. 14794/2019).

Certificato per la riammissione a lavoro degli alimentaristi

In questo certificato gratuito [allegato G], totalmente affine a quello di riammissione a scuola dopo l'assenza per malattia oltre i 5 giorni, si dichiara che il paziente è effettivamente guarito e non contagioso, e che può riprendere l'attività lavorativa senza costituire un rischio per gli altri lavoratori.
Il requisito della guarigione e dell'assenza di contagiosità si basa sull'anamnesi e sull'esame obiettivo che il medico deve sempre compiere prima di rilasciare la certificazione.

Certificati riguardanti la scuola

Certificato di riammissione a scuola dopo malattia

"L'alunno che sia rimasto assente per malattia dalla scuola per più di 5 giorni, può esservi riammesso soltanto previa visita di controllo del medico scolastico, ovvero, in assenza di questi, dietro presentazione alla direzione della scuola o dell'istituto di una dichiarazione del medico curante circa la natura della malattia e l'idoneità alla frequenza." (D.P.R. n. 1518/1967, art. 42, comma 6): entro i 5 giorni continuativi (inclusi i festivi) di assenza per malattia fa fede un'autocertificazione da parte dei genitori, mentre per assenze superiori ai 6 giorni continuativi la scuola richiede un certificato medico che giustifichi l'assenza dell'alunno/a.
In questo certificato gratuito [allegato G], totalmente affine a quello di riammissione a lavoro degli alimentaristi dopo l'assenza per malattia oltre i 5 giorni, si dichiara che il paziente è effettivamente guarito e non contagioso, e che può riprendere l'attività scolastica senza costituire un rischio per gli altri alunni.
Il requisito della guarigione e dell'assenza di contagiosità si basa sull'anamnesi e sull'esame obiettivo che il medico deve sempre compiere prima di rilasciare la certificazione.
Molte Regioni (es.: Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Provincia di Trento, Provincia di Bolzano, Emilia-Romagna, Umbria, Marche, Lazio, Veneto, Toscana) hanno abolito tale certificazione.

Certificato di esonero dall'attività fisica scolastica

Si tratta di un certificato [allegato H] con cui è possibile esonerare il soggetto, temporaneamente o per l'intero anno scolastico, dall'attività fisica per il sussistere di particolari condizioni patologiche (es.: patologie osteoarticolari, patologie respiratorie).
Nei casi in cui l'esonero sia temporaneo è sufficiente il certificato del medico di fiducia, mentre per l'estensione all'intero anno scolastico sarà necessario il certificato di un medico dipendente di una struttura pubblica (solitamente il medico di distretto o un altro dipendente a ciò delegato dalla ASL).
Si tratta di certificati gratuiti fino alla fine del liceo, altrimenti sono a pagamento (senza IVA) per l'attività didattica non prevista tra le scuole dell'obbligo.

Certificato per diete speciali

Questa certificazione deve essere rilasciata dal medico sulla base di criteri rigorosamente scientifici, nell'interesse dello studente che deve far uso di diete speciali per particolari patologie (es.: favismo, celiachia, diabete, fenilchetonuria, allergie/intolleranze alimentari); per motivi diversi (es.: disgusto verso alcuni

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

alimenti, motivi etici o religiosi), invece, l'attestazione deve essere sottoscritta esclusivamente dai genitori del bambino o dall'esercente la patria potestà.
Il fine di queste accortezze è di non esporre i bambini a inutili restrizioni dietetiche o a errati regimi alimentari che possano avere ripercussioni sul loro sviluppo psicofisico, e anche di individuare e proteggere quei soggetti con un'accertata e grave allergia ad alimenti ubiquitari che potrebbero causare, se ingeriti accidentalmente, reazioni anafilattiche pericolose per la vita.

Certificati INPS per il riconoscimento delle prestazioni previdenziali (modello SS3) e assistenziali

Le **prestazioni previdenziali**, normate dalla L. n. 222/1984, servono a prevenire uno stato di bisogno e sono finanziate principalmente dai contributi degli iscritti a una certa forma di assicurazione: questo spiega perché, per queste tutele, sono richiesti determinati requisiti contributivi. Le **prestazioni assistenziali**, invece, regolamentate dalla L. n. 181/1971, consistono in un intervento economico per tutti i cittadini (lavoratori o non lavoratori), finanziato unicamente dalle entrate pubbliche ed utile come sostegno in situazioni di bisogno, il cui fondamento giuridico risiede nel dovere di solidarietà (secondo l'art. 38 della Costituzione): per queste prestazioni non è richiesto alcun requisito contributivo, ma sono stabiliti dei limiti di reddito generalmente più severi rispetto a quelli eventualmente previsti per le prestazioni previdenziali.
Tranne per le finalità, sono certificati molto simili tra loro: entrambi sono a pagamento (a cui va aggiunta l'IVA) e prevedono che il medico rediga una relazione sullo stato di salute del paziente.
La compilazione del certificato introduttivo deve essere effettuata in entrambi i casi dal medico per via telematica dal sito dell'INPS (vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B), scegliendo se compilare il modello per la tutela previdenziale (SS3) o quello per la tutela assistenziale (riconoscibile in caso di invalidità civile con o senza accompagnamento, handicap, sordità e/o cecità civile[55]).
Una volta stampato e consegnato al paziente, il certificato resta valido per 90 giorni: sarà il paziente stesso, personalmente o tramite un patronato, ad assicurarsi che il certificato pervenga all'INPS. Una volta arrivato a destinazione, il paziente verrà invitato mediante lettera scritta ad effettuare una visita presso la commissione INPS (i tempi di attesa per la visita sono molto variabili, fatta eccezione per i pazienti neoplastici che godono di una via preferenziale), dopo la quale gli arriverà una comunicazione scritta sull'esito del riconoscimento dell'invalidità.

Tutela previdenziale
Le prestazioni previdenziali servono a prevenire uno stato di bisogno e sono finanziate principalmente dai contributi degli iscritti a una certa forma di assicurazione (anche se, a volte, ci può essere una compartecipazione pubblica): ciò spiega perché, per usufruire di queste tutele, l'assicurato debba presentare specifici requisiti amministrativi, di carattere sia medico (condizione irreversibile che riduca permanentemente la capacità di lavoro) sia contributivo (è necessario avere almeno 5 anni di contributi, 3 dei quali devono essere stati maturati nei 5 anni precedenti alla data in cui si presenta la domanda per la pensione).
La normativa vigente distingue:

- invalidità ordinaria
  - invalidità pensionabile

    "Si considera invalido […] l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti le sue attitudini[56], sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di

[55] "Si considerano mutilati e invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivate da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a 1/3 o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie per la loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento si considerano mutilati e invalidi i soggetti ultra65enni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età." (L. n. 118/1971, art. 2, commi 2 e 3).
[56] Si parla di "***capacità di lavoro semi-specifica***", intendendo tutte quelle occupazioni, anche diverse da quelle esercitate abitualmente prima del sopraggiungere della causa invalidante, che si dimostrino realmente adeguate alla personalità del lavoratore, alla sua preparazione, alla sua competenza tecnica, ai suoi interessi, alla sua età, ecc.: si deve quindi trattare di attività per le quali l'assicurato è in grado di utilizzare le residue capacità lavorative, senza sforzo o fatica eccessivi, senza un lungo tirocinio e senza declassamento (maggiore è il grado di specializzazione acquisito dal lavoratore e più avanzata è la sua età, più ristretto diventa il campo delle sue attitudini lavorative).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

1/3[57]." (L. n. 222/1984, art. 1).

- inabilità

  "Si considera inabile […] l'assicurato […] il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa[58]." (L. n. 222/1984, art. 2).

- invalidità particolare
  - superinvalidità

    "Ai pensionati per inabilità, che si trovano nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua, spetta […] un assegno mensile non reversibile […]." (L. n. 222/1984, art. 5, comma 1).
  - invalidità privilegiata (condizione ormai coperta da altre forme assicurative, ad es.: INAIL)

    "L'iscritto nell'assicurazione generale obbligatoria per invalidità, vecchiaia e i superstiti dei lavoratori dipendenti ha diritto all'assegno di invalidità ed alla pensione di inabilità […] quando:

    a) l'invalidità o l'inabilità risultino in rapporto causale diretto con finalità di servizio;
    b) dall'evento non derivi il diritto a rendita a carico dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, ovvero a trattamenti a carattere continuativo di natura previdenziale o assistenziale a carico dello Stato o di altri enti pubblici." (L. n. 222/1984, art. 6, comma 1).

Nella compilazione del certificato introduttivo per la richiesta di prestazioni previdenziali (modello SS3), il medico dovrà dunque valutare la condizione clinica del soggetto e stimarne le attitudini lavorative.

Tutela assistenziale

La tutela assistenziale consiste in un intervento economico per tutti i cittadini (lavoratori o non lavoratori), finanziato unicamente dalle entrate pubbliche ed utile come sostegno in situazioni di bisogno, il cui fondamento giuridico risiede nel dovere di solidarietà (secondo l'art. 38 della Costituzione). Per queste prestazioni non è richiesto alcun requisito contributivo, ma sono stabiliti dei limiti di reddito generalmente più severi rispetto a quelli eventualmente previsti per le prestazioni previdenziali.

Questo tipo di tutela è riconosciuta in caso di:

- invalidità/inabilità civile

  "Si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa[59] non inferiore a 1/3 o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza sociosanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Sono esclusi gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché i ciechi e i sordomuti, per i quali provvedono altre leggi." (L. n. 181/1971, art. 2).

  Può presentare domanda di visita di accertamento per l'invalidità civile qualsiasi persona, maggiorenne o minorenne che abbia una menomazione, perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano anatomico, fisiologico, psicologico.

- sordità civile (sordomutismo), cecità civile e sordocecità

  "Si considera sordomuto il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio." (L. n. 381/1970, art. 1, comma 2): da ciò deriva che ogni deficit dell'udito che insorga dopo il 12° anno di età e che non abbia una natura congenita o acquisita entro il predetto limite temporale non può essere valutato come "sordità civile" e, nel certificato introduttivo, non può essere richiesta la sordità civile ma solo la valutazione di invalidità civile.

[57] Per la definizione di invalido pensionabile non sono previste percentualizzazioni tabellate delle menomazioni ma solo un valore di cut-off a meno di 1/3 della residua capacità lavorativa in occupazioni confacenti (si tratta dunque di una valutazione qualitativa: o si è invalidi o non lo si è).

[58] Si parla di "***capacità di lavoro ultragenerica***".

[59] Si parla di "***capacità di lavoro generica***", regolata da gradienti percentualistici stabiliti da tabelle di legge e dalle relative regole d'uso (si tratta di una valutazione quantitativa, diversa da quella qualitativa che riguarda la tutela previdenziale).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Analogo è il discorso per quanto riguarda le minorazioni visive non derivanti da cause di guerra, di servizio o di lavoro (regolamentata dalla L. n. 138/01): la compilazione del certificato introduttivo deve essere correttamente mirata, perché le minorazioni visive di minore entità sono giudicate nell'ambito delle invalidità civili e percentualizzate secondo apposite tabelle.

- handicap

  "È persona handicappata colui che presenta minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione." (L. n. 104/1992, art. 3, comma 1). "Qualora la minorazione […] abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità." (L. n. 104/1992, art. 3, comma 3).

  C'è da sottolineare come il concetto di handicap (stato di svantaggio, basato sulla difficoltà di apprendimento, di vita di relazione e di integrazione lavorativa) sia molto diverso da quello di invalidità (perdita della capacità di lavoro basata sulla menomazione lavorativa): si valuta in questo caso la "capacità complessiva residua" (completa capacità di interagire ed adattarsi alle diverse circostanze). Anche in questo caso, quindi, similmente all'invalidità pensionabile, la valutazione non è quantitativa ma unicamente qualitativa (o si è portatori di handicap o non lo si è).

  Da notare come si possa essere riconosciuti portatore di handicap pur in assenza di invalidità civile (uno svantaggio sociale, infatti, può derivare anche dall'interazione di una persona non affetta da minorazioni o menomazioni (es.: dislessia, condizioni patologiche temporanee dell'adulto quali la frattura di femore) con l'ambiente: in questo modo possono essere riconosciuti al richiedente alcuni vantaggi (es.: rilascio del contrassegno invalidi per il parcheggio).

- disabilità

  L'accertamento delle condizioni di disabilità rientra tra le misure per agevolare l'inserimento mirato e la ricerca del posto di lavoro più adatto alla singola persona disabile. Pertanto, l'attività della commissione di accertamento è finalizzata in questo caso ad individuare la capacità globale, attuale e potenziale per il collocamento lavorativo della persona disabile.

  Il collocamento obbligatorio o "collocamento mirato", previsto dalla L. n. 68/1999, impone alle aziende che occupano più di 15 dipendenti di assumere una percentuale di persone con disabilità, con lo scopo di facilitare l'occupazione per quelle persone che incontrano maggiori difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro.

Nel certificato introduttivo il medico può segnalare, tramite un apposito elenco, se la persona in esame è "non deambulante", "non autosufficiente", "affetta da malattie neoplastiche in atto" (intese come malattie neoplastiche di recente diagnosi o riacutizzate in trattamento), "affetta da patologie in situazioni di gravità" o "non trasportabile".

Il certificato introduttivo di invalidità civile può essere corretto, fintanto che la commissione INPS non chiude la pratica, tramite la compilazione di un certificato integrativo (ex "modello D") tramite cui si possono modificare/aggiungere la/e diagnosi, la trasportabilità/intrasportabilità (es.: scompenso cardiaco cronico in classe NYHA 3-4), la non deambulabilità e/o la non autosufficienza[60].

Certificati riguardanti il decesso

Certificato di constatazione di decesso e di autorizzazione al trasporto salma e alla cremazione

La constatazione (o diagnosi) di decesso [allegato I] è il primo certificato che viene redatto in seguito alla morte di una persona per attestare la cessazione delle funzioni vitali (assenza di coscienza, respiro spontaneo e riflessi fotomotore e corneale); può essere compilato da qualunque medico (solitamente colui che arriva per primo sul luogo del decesso) e rientra tra gli obblighi di certificazione.

Quando si riceve un contatto telefonico per un decesso è sempre consigliabile chiedere ai presenti se la

[60] All'atto della visita, le commissioni di invalidità devono giudicare l'esistenza della non autosufficienza e il relativo accompagnamento anche se non è specificato nel certificato introduttivo con la biffatura della/e voce/i "persona impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" (non deambulante) e "persona che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita" (non autosufficiente) o nel caso in cui il segno di spunta sia negativo (vedi Mess. INPS n. 3883/2019).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

morte del soggetto era attesa (es.: malattia terminale) o è stata improvvisa: partendo da questo quesito è possibile operare una prima distinzione anamnestica tra morte ed arresto cardiorespiratorio inatteso, che richiederebbe l'intervento del 112.
È bene ricordare che:

- il *riscontro diagnostico* si può configurare come obbligatorio (quando il decesso è avvenuto senza assistenza medica e la salma viene trasportata in ospedale) o facoltativo; quest'ultima decisione può essere presa dal medico a seconda che il decesso sia avvenuto in ospedale (per chiarire la diagnosi ed eventuali quesiti medico-scientifici) o a domicilio (in caso di malattia infettiva o sospetta di esserlo e in caso di dubbi sulla causa di morte);
- in caso di decesso per morte violenta (o sospetta di esserlo), il medico ha l'obbligo di avvertire l'autorità giudiziaria (es.: Procura della Repubblica, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Polizia Municipale), che potrà così intervenire sul luogo e avviare l'investigazione, predisponendo un'eventuale *autopsia giudiziaria*.

L'autorizzazione al trasporto della salma [allegato I], invece, va compilata solo se richiesto al medico dai parenti del deceduto al momento della compilazione della constatazione di decesso: da questo documento deve risultare che la causa della morte non è dovuta a reato e che il trasporto può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.
Infine, in caso di volontà di cremazione è necessaria un'attestazione affermante che il/la paziente non era portatore/portatrice di pacemaker [allegato I].

Certificato di morte ISTAT[61]

Si tratta di un certificato gratuito che va compilato entro 24 h dalla constatazione di decesso sul modello originale fornito annualmente dall'ISTAT.
La compilazione è a carico del medico curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta o loro sostituti), o, in caso di sua indisponibilità, del medico necroscopo. C'è da sottolineare che, per compilare questo modulo, è necessario conoscere la patologia del paziente ed il suo decorso: in linea teorica, quindi, un qualsiasi altro medico può compilare la scheda ISTAT solo se, attraverso cartelle cliniche o esaustive relazioni sanitarie, ritenga totalmente soddisfatti i requisiti di sicurezza ed esaustività circa la conoscenza a carico della patologia in esame.
"I medici […] debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa." (D.P.R. n. 285/1990, art. 1).
Tra le cause di morte non è possibile riportare "arresto respiratorio" o "arresto cardiocircolatorio" (cause ultime di qualsiasi tipo di morte) ma utilizzare diciture di altro tipo (es.: "causa naturale non determinata", "marasma senile", "cachessia neoplastica").

Certificato di visita necroscopica (accertamento della realtà di morte)

È l'unica certificazione gratuita valida ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla sepoltura da parte dell'Ufficiale di Stato Civile o dell'Autorità Giudiziaria.
Questo certificato va stilato dal medico necroscopo dopo aver verificato i parametri cardiocircolatorio, nervoso e respiratorio con modalità codificate. La visita va effettuata tra la 15ª e la 30ª ora dal decesso, salvo casi particolari (es.: decapitazione, maciullamento), al fine di evitare i casi di morte apparente.

Certificati riguardanti i veicoli a motore

Certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida

"Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria […], l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, rilasciata sulla basa di accertamenti clinico-tossicologici […]. Le relative spese sono a carico del richiedente. L'accertamento […] deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosi del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato dal medico di fiducia." (D.Lgs. n. 285/1992, art. 119, commi 2-ter e 3).
Si tratta di una certificazione a pagamento (senza IVA) attraverso cui si attesta l'idoneità di un individuo, non affetto da condizioni morbose che escludano in via assoluta la possibilità di rilascio della patente, a po-

[61] Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

ter guidare e condurre in modo ottimale un veicolo (es.: ciclomotore, auto) su strada; va redatta su un apposito modulo [allegato J] che viene utilizzato per il rilascio e per il rinnovo della patente.
Essendo un certificato anamnestico, si basa sulle patologie che il paziente riferisce al medico: ciò implica che, se il paziente dichiara il falso, il medico certificatore non è perseguibile.
Il motivo per cui è opportuno che sia il MMG a compilare il certificato anamnestico per il rilascio della patente è proprio la conoscenza che questi ha del paziente: al medico di fiducia, comunque, non viene richiesta un'attestazione riguardante tutti i pregressi precedenti morbosi del candidato, ma la sola attestazione riguardante quei precedenti morbosi che, nel momento attuale, possano rappresentare un concreto rischio per la guida e pertanto costituire un'informazione necessaria per una migliore e più completa valutazione del possesso dei requisiti di idoneità alla guida.
In ogni caso è necessario segnalare se il paziente fa uso di farmaci che agiscono sul SNC (es.: antidepressivi, ansiolitici) e se in passato si sono verificati episodi di abuso alcolico che abbiano causato il ritiro della patente (con la dizione "pregresso episodio isolato di abuso alcolico con ritiro della patente di guida").
Alcune patologie eventualmente presenti possono richiedere degli accertamenti (es.: per l'epilessia è necessaria una visita neurologica, per l'OSAS vanno effettuati gli approfondimenti riportati nel D.M. 03/02/2016).

Certificato per il rilascio/rinnovo del contrassegno veicoli di persone con capacità deambulatoria ridotta
"Per la circolazione e la sosta dei veicoli a servizio delle persone invalide con capacità di deambulazione sensibilmente ridotta, il sindaco rilascia apposita autorizzazione in deroga, previo specifico accertamento sanitario. L'autorizzazione è resa nota mediante l'apposito "contrassegno invalidi" […]. Il contrassegno è strettamente personale, non è vincolato ad uno specifico veicolo ed ha valore su tutto il territorio nazionale." (D.P.R. n. 495/1992, art. 381, comma 2).
"Per il rilascio della autorizzazione di cui al comma 2, l'interessato deve presentare domanda al sindaco del comune di residenza, nella quale, oltre a dichiarare sotto la propria responsabilità i dati personali e gli elementi oggettivi che giustificano la richiesta, deve presentare la certificazione medica rilasciata dall'ufficio medico-legale dell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza, dalla quale risulta che nella visita medica è stato espressamente accertato che la persona per la quale viene chiesta l'autorizzazione ha effettiva capacità di deambulazione sensibilmente ridotta. L'autorizzazione ha validità 5 anni. Il rinnovo avviene con la presentazione del certificato del medico curante che conferma il persistere delle condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio." (D.P.R. n. 495/1992, art. 381, comma 3).
Riassumendo[62]:

- la certificazione per il primo rilascio del contrassegno è di competenza del Servizio Medico Legale dell'ASL di appartenenza del richiedente; se però si è in possesso del verbale di invalidità civile in cui è riportata la dizione "grave limitazione della capacità deambulatoria" oppure "art. 381 del D.P.R. n. 495/1992" basterà rivolgersi direttamente al proprio Comune di residenza che rilascerà il contrassegno;
- la certificazione da presentare ogni 5 anni per il rinnovo del contrassegno [allegato K] spetta al medico curante dell'invalido, che dovrà accertare la persistenza delle condizioni che hanno dato luogo al rilascio e confermare la presenza di capacità deambulatorie sensibilmente ridotte.

Certificato di incapacità di guida per veicoli a motore
È un certificato che può essere redatto da qualsiasi medico per impedire la guida di veicoli a motore a pazienti che non sono in grado (es.: in stato di ebbrezza alcolica), per evitare che essi cagionino danni a terzi.

Certificati riguardanti l'attività sportiva

"La valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva è finalizzata esclusivamente alla tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del soggetto. Il medico esprime con chiarezza il relativo giudizio in base alle evidenze scientifiche disponibili e provvede a un'adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare." (Codice Deontologico, art. 71).

Certificato per l'attività ludico-motoria
Questo certificato è stato soppresso dal cosiddetto "decreto del fare" del 2013 (vedi L. n. 98/2013, art. 42-

[62] Per approfondire: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/contrassegno-veicoli-di-persone-con-capacita-deambulatoria-ridotta.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

bis, comma 1).
Poiché la soppressione dell'obbligo non comporta la soppressione della certificazione in sé, che di conseguenza diventa facoltativa, è utile sapere che tale documento è riferito ai soggetti che svolgono attività sportiva o fisica senza essere tesserati ad alcun ente o federazione riconosciuto dal CONI, e che può essere effettuata su apposito modello (D.M. 24/04/2013, ex allegato B) da tutti i medici iscritti all'OMCeO, ha validità annuale e può prevedere limitazioni (es.: attività solo isotonica o isometrica lieve o moderata).

Certificato per l'attività sportiva non agonistica

La certificazione per l'attività sportiva non agonistica viene regolamentata da una normativa molto nutrita (D.M. 24/04/2013, L. n. 98/2013, L. n. 125/2013, D.M. 08/08/2014, Circ. CONI 10/06/2016) ed è obbligatoria per le seguenti categorie (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014):

- coloro che, non essendo riconosciuti atleti agonisti, svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI (col presupposto che si tratti di persone fisiche tesserate in Italia[63]);
- gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche (es.: corsa campestre);
- coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.

Redigendo certificato il medico esclude la presenza di patologie che possano impedire all'assistito di praticare attività sportive non agonistiche; questo documento ha assunto ancora più importanza da quando il cosiddetto "decreto del fare" del 2013 ha soppresso l'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale (vedi L. n. 98/2013, art. 42-bis, comma 1).
Questo certificato è a pagamento (senza IVA) per i soggetti di cui al punto 1, mentre per gli studenti è gratuito nel caso in cui venga richiesto in forma cartacea dal preside della scuola; in quest'ultimo caso, poi, è utile ricordare che gli studenti minorenni possono usufruire dell'esenzione I01 per ciò che riguarda le prestazioni utili al rilascio della certificazione stessa (es.: ECG).
Il certificato [allegato L] ha validità 12 mesi e può essere redatto dal Medico di Medicina Generale (o dal suo sostituto), dal Pediatra di Libera Scelta (o dal suo sostituto), dal medico specialista in medicina dello sport o da un medico della FMSI (Federazione Medici Sportiva Italiana); in ogni caso il medico certificatore deve conservare una copia dei referti di tutte le indagini diagnostiche eseguite dal paziente al fine di conseguire la certificazione (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014).
Nel caso di pazienti di età inferiore ai 60 anni è sufficiente raccogliere l'anamnesi, effettuare un esame obiettivo cardiologico (completo della misurazione della pressione arteriosa) e visionare un ECG basale eseguito almeno una volta nella vita; per i pazienti anziani o che abbiano fattori di rischio cardiovascolare (es.: malattie croniche, cardiopatie), invece, è consigliabile visionare un ECG che sia stato effettuato entro l'ultimo anno e richiedere gli ulteriori accertamenti clinici ritenuti necessari. Nei casi dubbi, il medico certificatore si può avvalere della consulenza del medico specialista in medicina dello sport o, secondo il giudizio clinico, dello specialista di branca (vedi allegato 1 del D.M. 08/08/2014).
Il D.M. 28/02/2018 ha soppresso l'obbligo del certificato per l'attività sportiva non agonistica in età prescolare (tra 0 e 6 anni), ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

Certificato per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare

La certificazione per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare è obbligatoria e viene regolamentata dal D.M. 24/04/2013.
Questo certificato è riferito ai soggetti "non tesserati" che partecipano a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio patrocinate da Federazioni Sportive, Discipline Sportive Associate ed Enti di Promozione Sportiva, e può essere rilasciato su apposito modello (D.M. 24/04/2013, ex allegato D) dai medici dello sport, dai MMG e dai PLS (limitatamente ai propri iscritti) previ rilevazione della pressione arteriosa, ECG basale, step test o test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e altri eventuali accertamenti ritenuti utili e opportuni a giudizio del medico, che dovrà conservare l'intera documentazione per almeno 1 anno.

[63] All'interno della categoria "persone fisiche tesserate in Italia" il CONI ha distinto:
- tesserati che svolgono attività sportive regolarmente (certificato obbligatorio);
- tesserati che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico (certificato raccomandato);
- tesserati che non svolgono alcuna attività sportiva (certificato non obbligatorio).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Certificato per l'attività sportiva agonistica[64]

La certificazione per l'attività sportiva agonistica è obbligatoria e viene regolamentata dalla L. n. 91/1981 e dal D.M. 18/02/1982; l'attività sportiva per i disabili è invece regolamentata dal D.M. 04/03/1993.
È un certificato a pagamento che può essere redatto esclusivamente dal medico specialista in medicina dello sport che opera all'intero di strutture pubbliche o private autorizzate dalla Regione di appartenenza.
La visita di idoneità sportiva agonistica è un presidio per la tutela della salute dell'atleta e non un semplice atto amministrativo: il conseguimento dell'idoneità all'agonismo presume dunque uno stato di salute cardiovascolare, respiratoria, muscolo-tendinea e generale compatibili con la specifica disciplina praticata.
In base alla disciplina sportiva, l'idoneità agonistica è valutata secondo una classificazione che individua attività a basso e a elevato impegno cardiovascolare.
"Nel caso in cui l'atleta pratichi più sport, deve sottoporsi ad una sola visita di idoneità con periodicità annuale. La visita sarà, nel caso predetto, comprensiva di tutte le indagini contemplate per i singoli sport." (D.M. 18/02/1982, art. 3, commi 4-5).
Il cittadino già in possesso di certificato per un'attività agonistica può utilizzare lo stesso documento anche per svolgere attività non agonistiche.

Certificato per l'attività sportiva professionistica

La certificazione per l'attività sportiva professionistica è obbligatoria e viene regolamentata dalla L. n. 91/1981 e dal D.M. 13/03/1995.
I soggetti tenuti all'obbligo sono "gli atleti, gli allenatori, i direttori tecnico-sportivi e i preparatori atletici che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica" (L. n. 91/1981, art. 2).
La redazione di questi certificati è responsabilità del medico dello sport della società sportiva in esame.

Certificati riguardanti i vaccini

Certificato di avvenuta vaccinazione

Si tratta di un certificato a pagamento (senza IVA) che può essere redatto in carta bianca intestata, utile a documentare l'avvenuta vaccinazione in caso di somministrazione di un vaccino non obbligatorio.

Certificato di esenzione dalla/e vaccinazione/i obbligatoria/e

Alcuni soggetti, per particolari condizioni individuali, hanno controindicazioni ad alcune vaccinazioni: in questi casi, il medico può rilasciare una certificazione in bianco in cui esplica la valida motivazione clinica che esula il paziente da una vaccinazione obbligatoria.

Certificati riguardanti la gravidanza

"Gli atti medici connessi all'interruzione volontaria di gravidanza operati al di fuori dell'ordinamento sono vietati e costituiscono grave infrazione deontologica, tanto più se compiuti a scopo di lucro. L' obiezione di coscienza si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna." (Codice Deontologico, art. 43).

Certificato di gravidanza o di interruzione di gravidanza[65]

Si tratta di certificati gratuiti che devono essere compilati dai medici dipendenti e convenzionati con le stesse credenziali di accesso al portale INPS utilizzate per compilare i certificati telematici per la richiesta dell'invalidità civile (vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B).
Il modello online è lo stesso e richiede le generalità della lavoratrice, la settimana di gestazione al giorno della visita, la data presunta del parto e, nel caso in cui sia intervenuta un'interruzione di gravidanza, la relativa data.
Una volta compilato, il medico deve rilasciare alla lavoratrice il numero univoco di certificato assegnato dal

[64] Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.
[65] Per approfondire è possibile scaricare il documento "La certificazione medica" redatto dalla FNOMCeO.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

sistema e inviare il documento per via telematica (con lo scopo di accertare il diritto alle prestazioni economiche erogate dall'INPS): ciò solleva la paziente dall'obbligo di inoltrarlo direttamente al datore di lavoro, che potrà consultarlo direttamente sul portale dell'INPS (in maniera del tutto analoga a quanto già avviene per i certificati di malattia).

Documento per l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro 90 giorni

La decisione di abortire (che dev'essere sempre e comunque volontaria) può, durante i primi 90 giorni dal concepimento, spettare anche alla donna: ciò avviene in ogni caso in cui essa riscontri un serio pericolo per la sua salute (psichica o fisica), senza la necessità di una valutazione medica. Per la loro varietà e per il numero delle motivazioni che possono legittimare la richiesta di interruzione (es.: motivazioni economiche, sociali, stupro, incesto) si deve ritenere che, se questa è avanzata durante il periodo indicato, potrà in pratica essere sempre ottenuta, sebbene con la necessaria osservanza delle modalità stabilite dalla legge.

"Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione volontaria della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale a cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture sociosanitarie. Quando il medico […] riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare l'interruzione volontaria della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico […], di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza […] le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per 7 giorni. Trascorsi i 7 giorni, la donna può presentarsi, per ottenere l'interruzione volontaria della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate." (L. n. 194/1978, art. 5).

Per prima cosa, il medico deve accertare lo stato mentale della donna, escludendo patologie psichiatriche; in secondo luogo deve assicurarsi che la donna sia realmente incinta[66] (tramite somministrazione di un test di gravidanza ed eventuale prescrizione di un'ecografia); deve poi fornire informazioni chiare ed asettiche all'interessata riguardo alle possibili soluzioni dei problemi da lei proposti, fornendole informazioni che possano farle cambiare idea, ma mai persuadendola in maniera attiva.

Infine il medico è tenuto a redigere un documento[67] [allegato M] che accerta l'identità e l'età della donna, l'esistenza e l'epoca della gravidanza e la richiesta da lei effettuata, senza indicare la motivazione dell'interessata; vanno specificate la data del rilascio e l'avvenuta informazione sia sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale a cui può far ricorso (si deve attestare l'avvenuta attività dissuasiva), sia sulle strutture a cui essa potrà rivolgersi alla fine dei 7 gg (obbligatori, a garanzia dell'ulteriore riflessione).

Questo documento deve essere firmato anche dall'assistita e compilato in duplice copia, una delle quali viene rilasciata alla donna stessa affinché essa possa presentarsi alla struttura prescelta per effettuare l'IVG.

Certificato anamnestico per la detenzione e/o il rilascio del porto d'armi

Il soggetto che accede alla visita per l'accertamento dei requisiti psico-fisici per il rilascio/rinnovo del porto d'armi o per l'idoneità alla detenzione di armi (effettuabile nelle strutture sanitarie militari o della Polizia di Stato, oppure negli uffici medico legali o nei distretti sanitari delle ASL) deve presentare questo certificato anamnestico a pagamento (senza IVA), datato non anteriormente ai 3 mesi precedenti e redatto su apposito modulo [allegato N] dal proprio Medico di Medicina Generale (o suo sostituto), che non rilascia l'idoneità conclusiva ma fornisce una base anamnestica qualificata fondata su dichiarazioni dell'interessato, cono-

[66] Da notare che, poiché il legislatore fissa un termine cronologico perentorio (entro od oltre i 90 giorni), il termine per calcolare l'epoca della gravidanza non deve decorrere dal 1° giorno dell'ultima mestruazione (età gestazione, molto utilizzata in ambito ostetrico) ma dal concepimento (età concezionale): il calcolo gestazionale, infatti, anticipa di circa 2 settimane il conteggio dei 90 giorni, col rischio che a una donna sia rifiutata l'IVG per aver oltrepassato il limite temporale indicato dalla normativa.

[67] Non si tratta infatti di un certificato, ma di una presa d'atto della volontà della donna (motivo per cui si è discusso se la sua compilazione abbia la conseguenza di far decadere l'obiezione di coscienza). Il certificato vero e proprio, necessario per l'interruzione di gravidanza, viene invece redatto nei casi di urgenza o, dopo i primi 90 giorni, quando sussista un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna (che può essere causato anche da processi patologici relativi ad anomalie o malformazioni fetali).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

scenza clinica diretta e documentazione sanitaria disponibile.
Similmente al certificato anamnestico per il rilascio di patente di guida, il medico certificatore non è perseguibile se il paziente dichiara il falso; anche in questo caso è necessario segnalare se il paziente fa uso di farmaci che agiscono sul SNC (es.: antidepressivi, ansiolitici) e se in passato si sono verificati episodi di abuso alcolico che abbiano causato il ritiro della patente (con la dizione "pregresso episodio isolato di abuso alcolico con ritiro della patente di guida").
È importante sottolineare come le terapie psichiatriche (es.: antidepressivi, ansiolitici, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici) non debbano essere trattate come criterio automatico di non idoneità; è invece necessario documentare, quando noti o riferiti, disturbi mentali, disturbi di personalità o del comportamento, episodi di scompenso, ricoveri psichiatrici, condotte autolesive o eteroaggressive, abusi o dipendenze (es.: alcool, stupefacenti, sostanze psicotrope), uso incongruo o abuso di psicofarmaci e condizioni neurologiche o cliniche che possano interferire con vigilanza, esame di realtà, impulsività, controllo comportamentale o sicurezza nell'uso di armi.
Con questo documento si certifica che il paziente non sia affetto da condizioni morbose che escludono in via assoluta la possibilità di rilascio di certificato di idoneità alla detenzione ed all'utilizzo di armi.

Certificati di buona salute

Sono tutti certificati a pagamento (senza IVA) che possono essere rilasciati da qualunque medico o, nel caso del certificato per la cessione del quinto dello stipendio, dai medici del settore di medicina legale delle istituzioni deputate all'erogazione del prestito.

Certificato per l'ammissione a colonie estive, campeggi, collegi o residenze per anziani (es.: RSA, case di riposo)
Si tratta di una certificazione con cui si dichiara che il proprio assistito è esente da forme morbose incompatibili con la vita in comune (es.: malattie infettive, patologie psichiatriche).
Il requisito dell'assenza di malattie infettive, in particolare, si basa sull'anamnesi e sull'esame obiettivo che il medico deve sempre compiere prima di rilasciare il certificato; in qualche caso può essere richiesta l'esecuzione di ulteriori indagini diagnostiche che escludano la presenza di alcune patologie infettive (es.: HBsAg, HCV-RNA).
Di solito ogni associazione ha un modulo prestampato che consegna al soggetto interessato.

Certificato per la cessione del quinto dello stipendio
Con questa certificazione si dimostra uno stato di salute che sia a garanzia della possibilità di continuare l'attività lavorativa e poter quindi estinguere il debito per cui viene richiesta la cessione del quinto dello stipendio.

Certificato per il soggiorno climatico
Si tratta di una certificazione con cui poter evidenziare eventuali stati di salute precaria che controindichino il trasporto e il soggiorno climatico.
Queste informazioni potrebbero essere utili al medico che fosse eventualmente chiamato a curare l'anziano durante la permanenza nella sede di vacanza.

Certificato di esenzione dall'obbligo di uso delle cinture di sicurezza in automobile

Si tratta di un certificato attraverso il quale si possono esentare per motivi sanitari le persone "affette da patologie particolari o che presentino condizioni fisiche che costituiscono controindicazione specifica[68] all'uso dei dispositivi di ritenuta" (vedi D.Lgs. n. 150/2006, art. 172, comma 8, punto e).
Tale certificazione può essere rilasciata dalla medicina legale dell'ASL e deve recare l'indicazione della durata di validità e il simbolo previsto dall'art. 5 della Dir. 91/671/CEE, senza specificare la patologia o la condizione che giustifica l'esonero; in caso di gravidanza, la certificazione dev'essere rilasciata dal ginecologo cu-

[68] Al contrario dell'Italia, nella maggior parte dei Paesi in cui è stabilito l'obbligo dell'uso delle cinture vengono riportate le specifiche categorie di persone a cui viene concesso l'esonero (es.: ileocolostomizzati, anomalie muscolo-scheletriche, impianto di pacemaker, cicatrici recenti, fobia, mastopatie), senza escludere altre situazioni che vengono valutate dal medico caso per caso.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

rante.
Considerati i benefici che derivano dall'uso di tali dispositivi di sicurezza, l'esonero deve sempre essere considerato un fatto eccezionale frutto di un'attenta valutazione tra i benefici e l'eventuale danno che il mancato uso delle cinture comporterebbe nella persona specifica.

Certificato attestante problemi fisici o psichici

Con questo certificato, rilasciabile in bianco su carta intestata a richiesta dell'interessato o di chi ne fa le veci, si attesta che il paziente è affetto da determinate condizioni patologiche.

Certificato di oblio oncologico

Questo certificato, previsto dal D.M. 05/07/2024 e compilabile su apposito prestampato [allegato O], può essere rilasciato gratuitamente al paziente che ne faccia richiesta per far valere il suo diritto all'oblio oncologico, ossia il "diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica" (L. n. 193/2023, art. 1, comma 2).
Tale diritto è limitato alle patologie oncologiche pregresse il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di 10 anni (o 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del 21° anno di età) dalla data della richiesta (vedi L. n. 193/2023, art. 2, comma 1). Fanno eccezione alcuni tumori riportati nell'allegato 1 del Decreto 22/03/2024, per i quali il diritto all'oblio viene maturato in tempi ridotti.

Certificato sulla capacità di intendere e di volere

"Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere." (Cod. Pen., art. 85): la capacità di intendere (attitudine del soggetto a percepire il significato del proprio comportamento e a comprendere il valore delle sue azioni all'interno del contesto sociale di riferimento) e la capacità di volere (potere di controllo sui propri impulsi e stimoli) vengono presunte dalla legge con il compimento del 18° anno di età.
La capacità di intendere e di volere è una categoria giuridica: il medico può descrivere condizioni cliniche, sintomi, funzioni cognitive, comportamento osservato, dati anamnestici e documenti visionati, ma il giudice è l'unico a potersi esprimere in tali ambiti.
Il certificato medico in questo contesto [allegato P] funge da mezzo istruttorio di prova di cui il giudice si può avvalere, senza però essere un atto che produce direttamente effetti giuridici della riconosciuta incapacità.
Capita spesso che a un medico vengano richieste certificazioni sulle condizioni mentali di un assistito quando si debba valutare la sua capacità di intendere e di volere per sottoscrivere atti a contenuto giuridico: in questi casi il medico si deve limitare ad attestare le condizioni cliniche di permanente infermità mentale, qualora presenti (es.: demenza severa), descrivendo e distinguendo i dati riferiti dal paziente, i dati riferiti da terzi, i rilievi clinici direttamente osservati, i documenti visionati e l'esito di eventuali test somministrati (es.: test di Pfeiffer, GPCog, *clock drawing test*). Tale certificazione è a pagamento (prezzo a cui va aggiunta l'IVA).
Bisogna però fare attenzione a un aspetto: il medico deve porsi il problema circa quali siano i soggetti legittimati dalla legge (coniuge, parenti entro il 4° grado, affini entro il 2° grado, amministratore di sostegno o tutore, Pubblico Ministero) a richiedergli tale certificato per non incorrere nel reato di rivelazione di segreto professionale e, a propria tutela, specificare l'uso per cui esso venga richiesto (es.: procedimento di interdizione, domanda di nomina di un amministratore di sostegno).

Certificato a uso assicurativo e medico-legale

È uno dei certificati che vengono più spesso richiesti dal paziente per attestare la natura di un'infermità e il periodo di inabilità temporanea.
Queste certificazioni sono a pagamento (prezzo a cui va aggiunta l'IVA) e possono essere redatte su carta

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

bianca o su appositi moduli prestampati forniti dalle assicurazioni [allegato Q].
Poiché questo certificato ha finalità risarcitorio-indennitaria, riveste una notevole importanza perché correlato a conseguenze economiche per il paziente e per la società assicuratrice: il medico certificatore dovrà dunque compilarlo con attenzione e scrupolo, avendo ben presente la possibilità che le parti in causa non trovino un accordo e aprano un contenzioso giudiziario in cui egli stesso potrebbe trovarsi coinvolto.
Nel certificato si dovranno dunque distinguere i dati anamnestici (riferiti dal paziente) da quelli obiettivi (raccolti dal medico), così da evitare di incorrere nel reato di falso ideologico; è poi opportuno documentare l'evoluzione clinica con una precisa descrizione di sintomi e segni clinici fino alla stabilizzazione dei postumi (momento oltre il quale si ritiene che l'evoluzione clinica non sia più suscettibile di miglioramento e che sia quindi verosimilmente possibile valutare gli esiti permanenti per procedere al risarcimento del danno) o alla completa guarigione, assegnando una prognosi adeguata alla natura e alla gravità dell'evento.
Il risarcimento risulta strettamente collegato alla corretta redazione del certificato: ciò comporta la responsabilità civilistica del certificante, che potrebbe essere chiamato a rispondere di un inadeguato risarcimento nel caso in cui una certificazione incompleta e/o imprecisa possa causare una sottostima del danno da parte del medico legale (con conseguente insufficiente liquidazione assicurativa).

Certificato di necessità di somministrazione terapeutica

È una certificazione in bianco in cui si dichiara che un soggetto necessita di assumere una determinata terapia, indicandone anche la posologia e la modalità di somministrazione.

Certificato per l'autorizzazione al trasporto di farmaci in aereo

Si tratta di un certificato a pagamento con cui il paziente è autorizzato a portare in cabina i farmaci, che devono essere elencati e riportati in lingua italiana e inglese [allegato R].

Certificato per l'assistenza al voto

I certificati medici presentati per esercitare il diritto al voto assistito devono attestare che l'infermità fisica impedisca all'elettore di esprimere il voto senza l'aiuto di altro soggetto. L'impedimento, quando non sia evidente, potrà essere dimostrato mediante esibizione di apposito certificato rilasciato gratuitamente dal medico designato dai competenti organi dell'ASL per i servizi sanitari.
L'ammissione al voto assistito non è consentita per le infermità che non influiscono sulla capacità visiva o sulla capacità di movimento degli arti superiori: sono quindi da considerarsi "elettori fisicamente impediti" i ciechi, gli amputati delle mani, gli affetti da paralisi o da altro impedimento di analoga gravità (che dev'essere valutato di volta in volta dal presidente del seggio) e gli elettori portatori di handicap (sempre che impossibilitati a esercitare autonomamente il voto); sono ammessi al voto assistito anche gli elettori che esibiscono il libretto nominativo rilasciato dal Ministero dell'Interno (Direzione Generale dei Servizi Civili), al cui interno sia indicata la categoria "ciechi civili" e venga riportato un particolare codice (es.: 05, 06, 07, 10, 11, 15, 18, 19).
Questi elettori possono esprimere il voto con l'assistenza di un componente della propria famiglia o, in mancanza, di un altro soggetto che sia stato volontariamente scelto come accompagnatore, purché sia iscritto nelle liste elettorali del Comune. Nessun elettore può esercitare la funzione di accompagnatore per più di un invalido.
È inoltre previsto che l'annotazione del diritto di voto assistito possa essere inserita, su richiesta dell'interessato e corredata da apposita documentazione, a cura del Comune di iscrizione elettorale mediante apposizione di un corrispondente simbolo/codice sulla propria tessera elettorale (vedi L. n. 17/2003), nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di riservatezza personale: questa facoltà consentirà agli interessati di essere ammessi al voto evitando di presentare il certificato medico a ogni tornata elettorale.

Certificato per l'idoneità sanitaria all'adozione

Al Medico di Medicina Generale può essere richiesto un certificato per l'adozione di un bambino [allegato

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

S]: tale certificazione viene redatta su base anamnestica, attraverso cui è possibile escludere una serie di patologie.
Per scongiurare la presenza delle suddette malattie, il medico può avvalersi anche di esami diagnostici che, quando richiesti, sono esenti dalla partecipazione alla spesa.

Certificato di proposta di ASO o di TSO

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono, di regola, volontari: ASO e TSO sono invece provvedimenti sanitari eccezionali che, per legge e secondo le indicazioni ufficiali, devono essere quanto più possibile evitati tramite la ricerca con ogni mezzo di aderenza, collaborazione, partecipazione della persona e soluzioni volontarie realisticamente praticabili (il dissenso, la bizzarria comportamentale, la conflittualità familiare, la marginalità sociale, la mera non aderenza terapeutica o la generica "pericolosità" comunemente intesa non bastano, da soli, a fondare i requisiti di un trattamento coercitivo). Ogni intervento obbligatorio costituisce perciò un'eccezione e dev'essere sorretto da motivazione clinica, proporzionalità, rispetto della dignità della persona, tutela dei diritti civili e politici e possibilità per l'interessato di comunicare con chi ritenga opportuno tramite costruzione di un'aderenza terapeutica in cui egli sia il protagonista attivo del suo percorso di cura e possa scegliere liberamente.
Le visite di Psichiatria, Neuropsichiatria infantile e Psicologia sono accessibili direttamente nelle strutture pubbliche senza alcuna prescrizione; il medico deve invece attivare il percorso più sicuro e tempestivo, anche mediante 112 e contatto con il servizio di salute mentale competente, in caso di urgenza clinica, rischio attuale per sé o per gli altri, grave disorganizzazione del comportamento, alterazione dello stato di coscienza o sospetta causa organica/tossicologica.
L'urgenza psichiatrica deve essere gestita con metodo clinico generale: poiché l'agitazione psicomotoria ha cause multifattoriali e va gestita in maniera multidisciplinare, prima di attribuire sintomi come agitazione, confusione, aggressività, ritiro, mutismo o comportamento disorganizzato a una patologia psichiatrica primaria devono essere considerate cause organiche acute o subacute (es.: neurologiche, metaboliche, tossicologiche, infettive, traumatiche, farmacologiche, condizioni di astinenza o intossicazione).
Quando ritenuto necessario, qualunque medico operante nel SSN può effettuare una proposta di ASO o TSO [allegato T], nella quale si dichiara che, dopo il fallimento di tutte le iniziative possibili rivolte a ottenere il consenso e la partecipazione da parte del paziente, si rende necessaria l'attivazione dell'accertamento sanitario obbligatorio (ASO) o del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), a seconda della gravità della situazione (vedi L. n. 180/1978). Tali soluzioni vanno intraprese quando il paziente, che presenta alterazioni psichiche tali da richiedere interventi urgenti, non accetta questi provvedimenti.
I consigli principali nella stesura di tali documenti riguardano lo scrivere ciò che si osserva (non ciò che si presume), i tentativi compiuti (non solo l'esito), il motivo clinico dell'urgenza (non formule generiche) e quello per cui non sono praticabili alternative meno restrittive.
L'ASO è finalizzato a consentire un accertamento clinico quando vi sia fondato sospetto di alterazione psichica tale da richiedere valutazione urgente e la persona non accetti l'accertamento proposto, sia per rifiuto attivo sia per impossibilità a esprimere accettazione (es. catatonia, mutismo, grave disorganizzazione del pensiero o del comportamento). Non è un ricovero, non è una misura di custodia e non deve essere utilizzato come scorciatoia per un TSO.
La legge stabilisce un'esatta procedura che deve essere seguita al fine di mettere in atto l'ASO:

1. il medico formula una proposta scritta (in triplice copia: una che accompagnerà il paziente, una per il sindaco e una per il giudice tutelare) motivata e circostanziata (deve indicare il luogo dell'accertamento e le ragioni per cui l'accertamento è necessario e non ottenibile volontariamente) al sindaco del Comune di residenza o del Comune dove la persona si trova momentaneamente;
2. la suddetta proposta va fatta pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali;
3. il sindaco, se d'accordo, deve disporre l'ASO con apposito provvedimento motivato entro 48 h.

È opportuno e consigliabile che il medico proponente contatti uno psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale (nella fattispecie il referente del Centro di Salute Mentale di appartenenza territoriale) per illustrare la situazione e coordinarsi negli interventi nell'interesse e nella tutela del paziente.
Nell'ASO non è necessaria alcuna documentazione di convalida di altri medici o autorizzazione dell'autorità giudiziaria: una volta notificato al Sindaco, le forze dell'ordine si recheranno alla ricerca del paziente che verrà condotto nel luogo di valutazione. La scadenza del provvedimento, che lo invalida, è quando l'esecuzione dello stesso supera le 48 ore (es.: paziente non pervenuto), al termine delle quali dovrà essere

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

nuovamente emesso.
Il TSO invece può essere:

- extraospedaliero → può essere considerato, secondo i protocolli locali, quando sussistono necessità terapeutiche urgenti non accettate dalla persona ma sono praticabili tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere; se non esistono condizioni organizzative e cliniche per un trattamento territoriale idoneo e tempestivo, e sono presenti i tre requisiti di legge (vedi oltre), il percorso corretto è il TSO ospedaliero;
- ospedaliero → richiede la compresenza di tre requisiti (alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, mancata accettazione di tali interventi da parte della persona e impossibilità di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere) che devono emergere dal certificato in forma descrittiva e specifica della condizione valutata in forma clinica e non possono essere sostituiti da formule generiche.

Anche in quest'ultimo caso la legge stabilisce un'esatta procedura che deve essere seguita al fine di mettere in atto il TSO:

1. il medico formula una proposta scritta motivata (anche questa in triplice copia: una che accompagnerà il paziente, una per il sindaco e una per il giudice tutelare), che dev'essere convalidata da parte di un medico dell'ASL (sono dunque necessari due medici per avvalorare tale istituto);
2. la suddetta proposta va fatta pervenire alla Polizia Municipale o ai Servizi Sociali;
3. il sindaco, se d'accordo, deve disporre il TSO con apposito provvedimento entro 48 h dalla proposta; il TSO non ha una durata massima predeterminata dalla legge, ma trascorsi 7 giorni, in assenza di proposta motivata di prolungamento del responsabile del servizio psichiatrico al sindaco, il trattamento decade automaticamente (la scelta della prosecuzione, di pertinenza esclusiva dell'equipe ospedaliera della Psichiatria, richiede proposta clinica motivata del responsabile del servizio psichiatrico e ulteriore controllo dell'autorità competente); ogni cessazione anticipata o sopravvenuta possibilità di trattamento volontario deve essere comunicata tempestivamente secondo legge e protocolli locali;
4. entro 48 h dal ricovero, il provvedimento dovrà essere notificato al giudice tutelare, che, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvederà a convalidare o meno tale procedura, dandone comunicazione al sindaco; nel caso in cui l'autorizzazione venisse negata, il sindaco dovrebbe comunicare direttamente al medico l'avvenuta sospensione.

La sent. n. 76/2025 della Corte Costituzionale ha inoltre imposto garanzie procedimentali essenziali per la persona sottoposta a TSO ospedaliero, valide anche in caso di proroga: comunicazione del provvedimento sindacale alla persona interessata o al suo legale rappresentante, audizione della persona da parte del giudice tutelare prima della convalida, notifica del decreto motivato del giudice alla persona interessata o al suo legale rappresentante. Per l'area senese, le prime indicazioni operative del Tribunale di Siena hanno richiesto ai Sindaci di comunicare l'ordinanza anche alla persona interessata e alle strutture sanitarie di favorire l'audizione da remoto, quando necessario, mediante collegamento telematico. Esiste poi una questione di legittimità costituzionale, ancora pendente ma da tenere in considerazione, relativa alla mancata previsione dell'avviso alla persona della facoltà di nominare un difensore di fiducia e alla comunicazione degli atti al difensore eventualmente nominato.
Come per l'ASO, è opportuno e consigliabile che il medico proponente contatti uno psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale per illustrare la situazione e definire in maniera concordata le modalità migliori per affrontare la situazione.
L'attuazione del TSO ospedaliero, quindi, si concretizza in 4 passaggi principali:

1. proposta di TSO da parte di un medico extra-ospedaliero;
2. convalida del TSO da parte di un medico dell'ASL competente;
3. provvedimento da parte del sindaco (o di persona da lui incaricata) per il TSO, di fatto già avvenuto;
4. notifica e convalida del TSO da parte del giudice tutelare.

L'esecuzione di ASO/TSO richiede integrazione tra responsabilità sanitaria e supporto delle forze dell'ordine, ma la responsabilità clinica non viene sospesa dall'intervento di queste ultime: il medico deve rimanere parte attiva della gestione sanitaria, del tentativo di consenso, della valutazione delle condizioni cliniche e della sicurezza.
Attenzione: gli interventi sanitari obbligatori devono essere effettuati a norma di legge perché, in quanto tali, possono essere impugnati legalmente dal paziente (un TSO disposto fuori dai presupposti di legge

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

espone a rilevanti profili di responsabilità, anche penale, per illegittima restrizione della libertà personale). Al fine di contrastare eventuali recriminazioni o provvedimenti di impugnazione, è sempre bene documentare tutti gli interventi effettuati per coinvolgere l'interessato e ottenerne il consenso mediante un'alleanza terapeutica, al fallimento dei quali, stante la gravità clinica (che essere descritta come rischio clinico attuale, con fatti osservati, ad es.: condotte autolesive o eteroaggressive, grave disorganizzazione, impossibilità di proteggersi, accesso a mezzi lesivi, rifiuto motivato da alterazione psicopatologica, compromissione del giudizio di realtà), si è reso necessario mettere in atto il provvedimento coercitivo.
Entrambi gli interventi (ASO e TSO) devono essere attuati rispettando la dignità della persona e i suoi diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Data la complessità e la particolarità dell'argomento, si propone una checklist operativa per ASO/TSO:

1. prima della proposta
   - identificare il paziente e annotare luogo, data, ora, contesto e richiedente l'intervento
   - valutare parametri vitali (glicemia, saturazione, temperatura, stato di coscienza) ed eventuali traumi, intossicazione/astinenza, delirium, cause neurologiche/metaboliche/infettive
   - distinguere dati osservati, dati riferiti dal paziente, dati riferiti da terzi e documenti sanitari visionati
   - tentare e documentare consenso, de-escalation, coinvolgimento di familiari o rete, contatto con il Dipartimento di Salute Mentale o 112 (secondo gravità)
   - descrivere perché l'intervento è urgente e quali danni clinici sono prevedibili se non si procede
   - per il TSO ospedaliero, spiegare perché non sono praticabili misure extraospedaliere tempestive e idonee
2. contenuto minimo della proposta di ASO
   - fondato sospetto clinico di alterazione psichica che richiede accertamento urgente
   - mancata accettazione dell'accertamento e descrizione dei tentativi effettuati per ottenerlo volontariamente
   - ragioni per cui la valutazione non può essere differita
   - luogo dell'accertamento proposto e modalità operative secondo protocollo locale
   - fonti delle informazioni e motivazione dell'eventuale impossibilità di visita diretta
3. contenuto minimo della proposta di TSO ospedaliero
   - valutazione clinica diretta e attuale della persona, salvo situazioni eccezionali da motivare e gestire secondo protocollo locale
   - descrizione delle alterazioni psichiche e dell'urgenza terapeutica
   - descrizione della mancata accettazione del trattamento e dei tentativi di ottenere consenso
   - indicazione delle ragioni per cui le misure extraospedaliere non sono tempestive o non sono idonee
   - descrizione di eventuale rischio attuale per sé o per altri, evitando formule generiche
   - esclusione o considerazione documentata di cause organiche/tossicologiche e di emergenze somatiche
   - contatto con il Dipartimento di Salute Mentale o del 112 e indicazione del percorso operativo concordato, se avvenuto
4. dopo il provvedimento del sindaco
   - comunicare il provvedimento alla persona interessata o al legale rappresentante
   - garantire il diritto della persona di comunicare con chi ritenga opportuno, compatibilmente con la sicurezza clinica
   - agevolare l'audizione del giudice tutelare prima della convalida, anche da remoto se previsto o richiesto
   - documentare notifiche, comunicazioni, rifiuti, condizioni cliniche e variazioni dello stato di consenso
   - in caso di cessazione anticipata dei presupposti, attivare tempestivamente le comunicazioni di legge

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

5. garanzie da richiamare nel flusso amministrativo
   - comunicazione del provvedimento sindacale alla persona interessata o al legale rappresentante
   - informazione sul diritto di comunicare con chi ritenga opportuno
   - audizione della persona da parte del giudice tutelare prima della convalida, anche con modalità da remoto ove necessario e compatibile
   - notifica del decreto del giudice tutelare alla persona interessata o al legale rappresentante
   - monitoraggio degli aggiornamenti normativi e giurisprudenziali

Referto e rapporto

In generale, le segnalazioni obbligatorie sono atti attraverso cui il sanitario informa una pubblica autorità relativamente a fatti, persone o notizie conosciute nell'esercizio della professione di cui è obbligato a riferire per legge: "Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle Autorità sanitarie giudiziarie e ad altre Autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dall'ordinamento, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato." (Codice Deontologico, art. 74).
Le segnalazioni obbligatorie possono essere amministrative (es.: dichiarazione di nascita, constatazione di decesso), sanitarie (es.: denuncia delle cause di morte su scheda ISTAT, notifica obbligatoria di malattia infettiva, denuncia di infortunio sul lavoro del titolare di impresa artigiana, notifica obbligatoria di malattia professionale, denuncia di malattie e lesioni causate da raggi X e sostanze radioattive) o giudiziarie (referto e rapporto): referto e rapporto sono quindi atti giudiziari obbligatori la cui compilazione, destinata solo ai reati procedibili d'ufficio (non a quelli punibili a querela della persona offesa), dipende dalla qualifica giuridica rivestita dal sanitario (es.: pubblico ufficiale, incaricato di pubblico servizio).
Entrambi questi documenti vanno consegnati a un ufficiale di Polizia Giudiziaria (es.: Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera) o direttamente alla Procura della Repubblica, ma con tempistiche e modalità diverse.

DIFFERENZE	
REFERTO	***RAPPORTO***
va compilato da qualsiasi libero professionista esercente una professione sanitaria (esercente un servizio di pubblica necessità)	va compilato dal pubblico ufficiale o dall'incaricato di pubblico servizio
in caso di delitto procedibile d'ufficio	in caso di delitto o contravvenzione procedibile d'ufficio
non va redatto quando con esso si esporrebbe la persona assistita a procedimento penale e quando un medico è costretto dalla necessità di salvare se stesso o un suo congiunto da un grave nocumento nella libertà o nell'onore	va redatto in qualunque circostanza
deve contenere il giudizio tecnico diagnostico e prognostico	non deve contenere il giudizio tecnico diagnostico e prognostico
va trasmesso entro 48 ore (o, se vi è pericolo di ritardo, immediatamente)	va trasmesso immediatamente
il sanitario deve aver prestato personalmente assistenza alla vittima	il sanitario può aver prestato personalmente assistenza alla vittima o può essere venuto a conoscenza del reato da terzi nell'esercizio della sua professione
è una segnalazione	è un atto che fa fede fino a prova contraria

Referto
Il referto [allegato U] è l'atto giudiziario obbligatorio con il quale qualsiasi esercente un servizio di pubblica necessità in ambito sanitario (es.: medico, infermiere) riferisce all'autorità giudiziaria di aver prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio: si tratta, quindi, di un atto informativo di un reato, che, essendo un obbligo di legge, costituisce una giusta

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

causa di trasmissione del segreto professionale.

I reati perseguibili d'ufficio sono quelli per cui l'autorità giudiziaria può procedere senza necessità che la (presunta) vittima sporga querela e vengono suddivisi in (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- delitti contro la vita
  - omicidio
  - infanticidio
  - istigazione o aiuto al suicidio
  - morte conseguente ad altro delitto
- delitti contro l'incolumità pubblica
  - attività pericolose che espongono al pericolo di epidemia o intossicazioni
- delitti contro la famiglia
  - abuso di mezzi di correzione o di disciplina
  - maltrattamenti in famiglia (da intendersi famiglia in senso lato, comprendente cioè anche conviventi e altri familiari) ripetuti nel tempo, inclusa la violenza psicologica
- delitti contro la libertà individuale
  - sequestro di persona
  - violenza privata
  - minaccia aggravata
  - estorsione
  - incapacità procurata mediante violenza
  - prostituzione minorile
- delitti contro l'incolumità personale
  - percosse[69] (se perpetrato contro donne o in ambito domestico, come previsto dalla L. n. 168/2023, per ovviare al rischio di un'escalation delle violenze mediante l'avvio della misura amministrativa dell'ammonimento)
  - lesioni personali dolose lievi[70], gravi[71] e gravissime[72]
  - lesioni personali colpose gravi e gravissime che siano legate a incidente stradale[73] (L. n. 41/2016, artt. 589-bis e 590-bis), a evento lavorativo (es.: infortunio sul lavoro, malattia professionale) o alla conseguenza di altri delitti che prevedono la procedibilità d'ufficio
  - pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili
  - omissione di soccorso
  - abbandono di minori o incapaci
- delitti sessuali
  - atti sessuali compiuti su persona che non ha ancora compiuto i 10 anni
  - violenza sessuale commessa nei confronti di minorenne
  - violenza commessa dal genitore (anche adottivo) o dal di lui convivente, dal tutore o da persona alla quale il minore sia affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza o custodia
  - violenza commessa da un pubblico ufficiale o da incaricato di un pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni
  - violenza connessa ad altro delitto perseguibile d'ufficio
  - violenza sessuale di gruppo
- delitti contro la libertà morale
  - stalking (atti persecutori), se il fatto è commesso nei confronti di un minore o di una persona con disabilità, oppure se è connesso con altro delitto per il quale si procede d'ufficio

[69] La percossa consiste nel colpire fisicamente qualcuno (es.: pugni, schiaffi, spintoni) causando una sensazione dolorosa, ma senza provocare una malattia nel corpo o nella mente (quindi non rilevabile all'esame obiettivo e generalmente senza prognosi).

[70] La lesione personale è "lieve" se la malattia ha una prognosi compresa tra 21 e 40 giorni.

[71] La lesione personale è "grave" se la malattia ha una prognosi > 40 giorni, mette in pericolo la vita della persona offesa e/o causa un indebolimento permanente di un senso o di un organo.

[72] La lesione personale è "gravissima" in caso di: malattia certamente o probabilmente insanabile, perdita di un senso e/o di un arto, mutilazione che rende l'arto inservibile, perdita dell'uso di un organo, perdita della capacità di procreare, permanente e grave difficoltà della favella, deformazione o sfregio permanente del viso.

[73] È utile sottolineare come, nel caso di lesione derivante da incidente stradale, l'obbligo di rapporto ricadrà sicuramente sul medico di Pronto Soccorso (PS) che si trovi a refertare una prognosi > 40 gg, ma anche su qualsiasi altro medico (es.: MMG, specialista operante in struttura privata) che, dopo aver visitato il proprio assistito, si trovi nella necessità di prolungare un'iniziale prognosi ≤ 40 gg.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

- delitti contro la pietà dei defunti
  - vilipendio di cadavere
  - distruzione, soppressione o sottrazione
  - occultamento di cadavere
  - uso illegittimo di cadavere
- delitti contro l'inviolabilità dei segreti
  - rivelazione di segreto professionale e segreto d'ufficio
- delitti di falso
  - falso ideologico
  - falso materiale
- delitti di interruzione di gravidanza (qualora avvengano con modalità diverse da quelle stabilite per legge)
- delitti contro la pubblica amministrazione
  - omissione di referto o di rapporto
  - esercizio abusivo della professione

Esistono però due circostanze che esonerano dall'obbligo di segnalazione: quando con esso si esporrebbe la persona assistita a procedimento penale o quando il sanitario è costretto dalla necessità di salvare se stesso o un suo congiunto da un grave nocumento nella libertà o nell'onore.
"Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro 48 ore o, se vi è pericolo di ritardo, immediatamente, al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza, ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino" (Codice di Procedura Penale, art. 334). La compilazione incompleta del referto e la sua presentazione a un'autorità diversa da quelle indicate equivalgono a omissione di referto.
All'interno del referto devono essere indicati: le generalità della persona assistita e, se possibile, il luogo, il tempo e le circostanze del reato, i mezzi con cui è stato commesso e gli effetti che ha causato (diagnosi) o può causare (prognosi); si conclude con luogo, data e ora di compilazione e firma del sanitario.
Nel caso in cui più sanitari abbiano prestato assistenza nella stessa occasione, questi sono tutti obbligati a presentare il referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto.

Rapporto

Il rapporto giudiziario (denuncia di reato) è l'atto giudiziario obbligatorio con il quale il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio denuncia all'autorità giudiziaria un reato procedibile d'ufficio di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo servizio.
I "reati procedibili d'ufficio" a cui si fa riferimento sono i delitti (come per il referto, vedi sopra) e le contravvenzioni (es.: rifiuto di indicazione sulla propria identità personale, radunata sediziosa, molestia o disturbo alle persone, ubriachezza, detenzione abusiva di armi, possesso ingiustificato di chiavi alterate o di grimaldelli, omessa custodia e mal gestione di animali, rovina di edifici e altre costruzioni, fabbricazione o commercio abusivi di materie esplodenti).
Il rapporto deve esporre gli elementi essenziali del reato, le generalità e il domicilio di chi l'ha commesso, della persona lesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione degli eventi; è inoltre fondamentale indicare il giorno dell'acquisizione della notizia e le fonti di prova già note.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

15) FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)

Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito" (L. n. 221/2012, art. 12, comma 1) e dev'essere alimentato in maniera continuativa, sulla base del consenso libero e informato del cittadino, "dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e dei servizi sociosanitari regionali, nonché, su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso" (L. n. 221/2012, art. 12, comma 3).
In Toscana è possibile accedere al proprio FSE autenticandosi su fascicolosanitario.regione.toscana.it con le credenziali SPID, con la Carta Sanitaria Elettronica[74] (CSE) attivata o con la Carta di Identità Elettronica (CIE).
Con il FSE è possibile consultare:

- libretto vaccinale;
- lettere di invito per gli screening (es.: mammografia, Pap-test, sangue occulto nelle feci);
- referti di esami strumentali (es.: Rx, TC, RM) e di laboratorio;
- lettere di dimissioni da reparti o PS;
- prescrizioni specialistiche e farmaceutiche;
- eventuali esenzioni dal ticket;
- profilo sanitario sintetico (*Patient Summary*), i cui dati devono essere inseriti e aggiornati dal MMG;
- taccuino da personalizzare con dati e informazioni sanitarie.

Inoltre accedendo al FSE il cittadino può:

- gestire le deleghe (delegato, tutore, genitore);
- gestire i consensi (es.: per la consultazione del fascicolo da parte di terzi, per l'oscuramento degli eventi sanitari);
- gestire le notifiche;
- prenotare le prestazioni attraverso il SSN.

I servizi legati al FSE in Toscana comprendono anche l'App "Toscana salute" (scaricabile sullo smartphone) e i totem "PuntoSì" (presso farmacie aderenti, ospedali e distretti sanitari).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

[74] La Carta Sanitaria Elettronica (CSE) non è altro che la Tessera Sanitaria (TS) che è stata attivata al fine di poter accedere ai propri dati sanitari sul FSE e ad altri servizi previsti (l'attivazione della TS è possibile presso gli sportelli dell'ASL o le farmacie aderenti).

16) BIOTESTAMENTO

Questo capitolo, lungi dal voler prendere posizioni di tipo bioetico, ha lo scopo di presentare l'attuale panorama normativo riguardante il cosiddetto "biotestamento" (o "testamento biologico"), che veste i panni delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).
A questo proposito è necessaria un po' di chiarezza terminologica, in particolare di:

- **eutanasia** (dal greco, "buona morte"), che viene distinta in:
  - *attiva* → quando viene praticato un atto che determina direttamente la morte del paziente; è vietata dall'ordinamento vigente e, a seconda dei casi specifici, può far incorrere nei reati di istigazione al suicidio o di omicidio del consenziente;
  - *passiva* → quando si sospendono tutte le cure (comprese l'alimentazione e l'idratazione); è regolamentata dalla L. n. 219/2017 (vedi oltre);
- **suicidio assistito**, caratterizzato dal fatto che il medico si limita a fornire al paziente i mezzi utili a compiere questo gesto (es.: mordendo un pulsante che attiva l'iniezione di un farmaco letale), senza compiere in prima persona l'atto necessario per porre fine alla vita e alle sofferenze del malato; è anch'esso vietato dall'ordinamento vigente[75].

L'art. 17 del nostro Codice Deontologico parla proprio di questi argomenti: "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte. La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.".
Poiché il diritto alla salute contempla una generale libertà di autodeterminazione nelle scelte terapeutiche, garantendo al singolo il diritto a una piena conoscenza dei trattamenti sanitari al fine di poter scegliere consapevolmente quale cura adottare o addirittura se ricorrere o meno a una cura, è evidente come per poter parlare di biotestamento sia necessario introdurre il concetto di "consenso informato", normato dal nostro Codice Deontologico e dalla cosiddetta "Legge sul biotestamento" (L. n. 219/2017).

Consenso informato

Il consenso informato è lo strumento attraverso cui il diritto alla salute si concilia con il diritto alla libertà di autodeterminazione (che contribuisce, assieme al diritto alla vita, a costituire il nucleo fondamentale dei diritti della persona riconosciuti e tutelati dal nostro ordinamento) e viene considerato un diritto fondamentale dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 3, comma 2).
"Il consenso informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente." (vedi Corte di Cassazione, sent. n. 21748/2007): per essere definita "relazione di cura", infatti, una relazione terapeutica si deve basare su una comunicazione chiara e completa tra medico e paziente.
Secondo l'art. 35 del Codice di deontologia medica, "l'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile", e il medico deve acquisire, "in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica", senza poter intraprendere né proseguire in "procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato".
La Legge sul biotestamento, inoltre, oltre a stabilire saggiamente che "il tempo della comunicazione tra

[75] L'incriminazione per suicidio assistito può decadere solo quando l'imputato "agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente" (vedi Corte Costituzionale, sent. n. 242/2019). A questo proposito non sono previsti obblighi per i medici, alla cui coscienza è affidata la decisione di prestarsi o meno a esaudire le esigenze del malato.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

medico e paziente costituisce tempo di cura" (vedi L. 219/2017, art. 1, comma 8), asserisce che la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico "si basa sul consenso informato, nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico" (vedi L. 219/2017, art. 1, comma 2): poiché nessun trattamento sanitario "può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge" (vedi L. 219/2017, art. 1, comma 1), il consenso informato deve essere necessariamente "acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente" (es.: documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare) e va sempre "inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico" (vedi L. 219/2017, art. 1, comma 4).
"Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte […], qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento […] il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico." (L. 219/2017, art. 1, comma 5).
In questo quadro, il medico deve dunque "rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale", mentre il paziente "non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali", a fronte dei quali il medico non ha obblighi professionali (vedi L. 219/2017, art. 1, comma 6).
Il consenso informato, quindi, "inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona" (vedi Corte Costituzionale, sent. n. 438/2008) e trova fondamento nella nostra Costituzione.

Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

"L'istituto delle DAT consiste […] nell'espressione della volontà della persona fisica maggiorenne che enuncia, in un momento in cui è capace di intendere e di volere, i propri orientamenti sul "fine vita"[76] in merito ai trattamenti sanitari, agli accertamenti diagnostici o alle scelte terapeutiche che intende o non intende accettare, volontà queste di cui il medico è tenuto al rispetto […] nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita della capacità di intendere e di volere e l'interessato non dovesse essere più in grado di esprimere le proprie determinazioni acconsentendo o non acconsentendo alle cure proposte." (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 1, e Consiglio di Stato, par. n. 01298/2018).
Non c'è più dubbio, ormai, che "l'astenersi dall'iniziare o dal prolungare trattamenti inutili e sproporzionati, soprattutto nei confronti di pazienti con prognosi infausta a breve termine e/o di imminenza di morte", sia un dovere prioritario del medico (vedi Comitato Nazionale per la Bioetica, moz. 30/01/2020).
È inoltre importante sottolineare come, nel caso di rifiuto di cure, il medico debba comunque adoperarsi per alleviare le sofferenze ricorrendo alla terapia del dolore e, avvertito il paziente delle conseguenze della sua scelta, debba promuovere ogni azione di sostegno, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica: la norma, in questo senso, ha il chiaro scopo di evitare che il rifiuto delle cure si traduca in un potenziale abbandono terapeutico (vedi Consiglio di Stato, par. n. 01298/2018).
Le DAT sono documenti "esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa" e possono essere redatte (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 6, e D.M. n.

[76] L'atto contenente le DAT potrebbe essere utilizzato anche per rendere dichiarazioni di volontà disciplinate da altre norme e che riguardano aspetti contigui rispetto alle volontà relative a trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche (es.: possibilità di donare i propri organi e tessuti successivamente alla morte, dichiarazione di voler essere cremati, volontà di donare la salma alla ricerca scientifica): l'inserimento di tali dichiarazioni di volontà nell'atto contenente le DAT aumenta le probabilità che a dette volontà sia data esecuzione per tempo (contrariamente a quanto potrebbe avvenire per quanto riguarda le volontà testamentarie).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

268/2019, art. 6, comma 1):

- per atto pubblico[77];
- per scrittura privata semplice[78] (consegnata personalmente dal disponente presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di residenza o presso le strutture sanitarie che abbiano regolamentato le DAT) o autenticata[79];
- attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare (riservata ai casi in cui le condizioni fisiche del paziente non consentano le suddette modalità).

Ricapitolando, quindi, le DAT possono essere consegnate a un notaio, al Comune di residenza (Ufficio di Stato Civile) o alle Aziende Sanitarie (es.: nelle Zone Distretto); è inoltre auspicabile che la raccolta venga iniziata anche dalle Regioni per via informatica (per ulteriori informazioni si consiglia di scrivere a dat@uslsudest.toscana.it, vedi www.uslsudest.toscana.it/cosa-fare-per/biotestamento).
Le DAT sono "rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento" con le medesime forme previste per la loro redazione e, "nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste […], queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni." (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 6). Per motivi piuttosto intuitivi "è da escludere la possibilità di prevedere una vera e propria standardizzazione delle DAT a fini di conservazione elettronica" (vedi Consiglio di Stato, par. n. 01298/2018).
Il soggetto interessato può anche indicare una persona "maggiorenne e capace di intendere e di volere" (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 2) di sua fiducia (fiduciario), "che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie" (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 1); affinché l'indicazione del fiduciario possa produrre effetti, occorre che sia accettata dalla persona nominata "attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT" (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 2). "L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione." (L. 219/2017, art. 4, comma 3). "Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno[80] […]." (L. 219/2017, art. 4, comma 4).
I dati delle DAT vengono poi raccolti in un'apposita banca dati (per ulteriori informazioni: www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4956&area=dat&menu=vuoto), regolamentata dal D.M. n. 268/2019 e abilitata a contenere anche le copie delle DAT stesse (comprese l'indicazione del fiduciario e l'eventuale revoca), a cui potranno accedere (vedi D.M. n. 268/2019, art. 4, comma 1), tramite un'identificazione che garantisca la sicurezza (es.: SPID, CNS, CIE):

- il disponente;
- l'eventuale fiduciario indicato dal disponente, fino a quando conservi l'incarico;
- il medico che ha in cura il disponente, qualora esso si trovi in situazione di incapacità di autodeterminarsi.

"I dati personali presenti nella Banca dati nazionale sono cancellati trascorsi dieci anni dal decesso dell'interessato." (D.M. n. 268/2019, art. 8, comma 1).
"Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale. La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali. Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della

[77] L'atto pubblico è un documento redatto direttamente da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuire all'atto stesso la cosiddetta "pubblica fede" (l'atto pubblico, infatti, fa piena prova della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha sottoscritto e di tutto quanto egli attesti essere avvenuto in sua presenza); chi lo redige ha l'obbligo di sottoscriverlo assieme all'/agli interessato/i e di conservare l'originale, ed ha la possibilità di rilasciarne copia alle parti sottoscriventi.
[78] A questo proposito si rimanda anche alla Circ. n. 1/2018 del Ministero dell'Interno.
[79] La scrittura privata è un documento che può non essere redatto né sottoscritto da un notaio, il quale però può autenticarne la sottoscrizione delle parti (si parla in questo caso di "scrittura privata autenticata"); il notaio, in questo caso, non ha l'obbligo di conservare l'originale, che può rimanere a carico del/dei sottoscrivente/i.
[80] Da notare come la figura dell'amministratore di sostegno, a cui sono generalmente affidati compiti relativi alla cura della persona e alla gestione del suo patrimonio, sia distinta da quella del fiduciario, operante esclusivamente in ambito sanitario.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria. Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili." (Codice Deontologico, art. 38).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Nella pratica è necessario sapere:

1) come deve fare il medico per consultare le DAT del suo paziente, qualora fosse necessario;
2) con chi deve interfacciarsi il medico nel caso in cui il paziente abbia redatto le DAT;
3) come deve comportarsi il medico di fronte alle DAT.

Il medico può consultare le DAT attraverso l'apposita banca dati (dat.salute.gov.it/dat_spid_login/), per accedere alla quale deve dichiarare (vedi D.M. n. 268/2019, art. 4, comma 2):

- le proprie generalità (nome, cognome, luogo e data di nascita, Codice Fiscale);
- l'iscrizione all'OMCeO:
- le generalità del disponente, attestandone l'incapacità di autodeterminarsi;
- di avere in cura il disponente o di avere necessità di effettuare scelte terapeutiche per lo stesso.

Se il paziente ha redatto le DAT, è necessario capire se ha nominato un fiduciario: se c'è, l'interlocutore è lui; se non c'è (per vari motivi, ad es.: decesso), va fatto ricorso al giudice tutelare per nominare un amministratore di sostegno (vedi L. 219/2017, art. 3, comma 4).
Gli obblighi del medico di fronte alle DAT comprendono:

- se sono contrarie alle norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, il medico deve disapplicarle per non incorrere nella responsabilità per colpa (secondo quanto previsto dalla L. n. 24/2017 (vedi voce "Assicurazione professionale e responsabilità medica", sezione A);
- se appaiono palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente, oppure qualora sussistano terapie non prevedibili o non conosciute dal disponente all'atto della sottoscrizione che siano capaci di assicurare possibilità di miglioramento delle condizioni di vita (vedi L. 219/2017, art. 4, comma 5), il medico può disapplicarle qualora sia in accordo con il fiduciario; se il paziente o il suo tutore insistono per applicare le DAT, può essere fatto ricorso al giudice tutelare per dirimere la questione;
- se non ricorre alcuna delle suddette ipotesi, il medico è tenuto a rispettarle e sarà esente da responsabilità civile e penale.

Per tutte le informazioni utili (compreso il download del modulo suggerito per la compilazione delle DAT) si rimanda al sito della Regione Toscana (www.regione.toscana.it/-/biotestamento).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE C

CONSIGLI E STRUMENTI PER IL LAVORO SUL CAMPO

Commissione Giovani Medici

1) LA BORSA DEL GIOVANE MEDICO

Il contenuto della borsa di un giovane medico deve poter rispondere a due evenienze: visita domiciliare e situazioni di urgenza.
Per il giovane medico, che spesso inizia a svolgere la propria attività in situazioni come la continuità assistenziale e le sostituzioni dei medici di medicina generale, la prima evenienza è molto più frequente della seconda.
I presidi da mettere nella borsa possono dividersi in 4 gruppi: gli strumenti diagnostici, il materiale per medicazioni e fleboclisi, i farmaci e la modulistica.

Strumenti diagnostici
Gli strumenti che un medico potrebbe avere utilità ad usare per la propria professione sono innumerevoli, tuttavia ce ne sono alcuni che, visto l'uso molto frequente, è indispensabile avere a portata di mano nella propria borsa:

- fonendoscopio
- sfigmomanometro
- glucometro
- saturimetro
- termometro
- otoscopio
- lampadina e abbassalingua
- martelletto neurologico
- stick urine

Materiale (medicazioni, fleboclisi, urgenze)

- disinfettante (es.: iodopovidone per la disinfezione di cute lesa, clorexidina per la disinfezione di cute integra, acqua ossigenata per la disinfezione di lesioni cavitate)
- guanti (in nitrile, meno allergenici)
- garze sterili
- scotch carta
- forbici
- deflussori
- aghi butterfly e/o agocannule
- siringhe (da 10 e 20 ml)
- pocket mask
- laccio emostatico
- ghiaccio istantaneo

Farmaci
Ogni medico, indipendentemente dalla mansione svolta (es.: sostituto di MMG, medico in villaggi turistici), potrà trovarsi di fronte ai casi più disparati.
Tenendo conto delle più comuni condizioni cliniche in cui ci si può imbattere in queste circostanze tra i farmaci utili da avere in borsa proponiamo:

- Acido Acetilsalicilico per os (1 conf con cpr masticabili gastroresistenti da 300 mg)
- Adrenalina termostabile i.m. (5 fl da 1 mg/ml)
- Betametasone i.m. (3 fl da 4 mg/2 ml)
- Cetirizina per os (1 conf con cpr da 10 mg)
- Clorfenamina i.m. (2 fl da 10 mg/1 ml)
- Diazepam gtt (1 conf da 5 mg/ml) e i.m. (4 fl da 10 mg/2 ml)
- Furosemide per os (10 cpr da 25 mg) e i.m. (4 fl da 20 mg/2 ml)
- Metilprednisolone i.m. (4 fl da 125 mg/2 ml)
- Metoclopramide i.m. (3 fl da 10 mg/2 ml)
- Salbutamolo spray inal. (1 device da 100 µg/puff)
- Soluzione Fisiologica e.v. (1 fl da 100 cc e 1 fl da 250 cc)
- Soluzione Glucosata 5% (1 fl da 250 cc)

È molto importante che il medico impari a maneggiare bene questi farmaci conoscendone posologia, indi-

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

cazioni, possibili effetti avversi e interazioni.

Modulistica

- ricettario bianco personale
- ricettario rosso (SSN)
- blocco ricevute sanitarie (se libero professionista)
- timbro personale (con almeno nome, cognome, dicitura "medico chirurgo", Codice Regionale); potrebbe essere utile avere anche un timbro con il numero di partita IVA se si svolge la propria attività come libero professionista (in alternativa è possibile aggiungere quest'ultima a penna sotto il timbro quando si compila una fattura)
- allegati al presente "Vademecum"

Sarebbe utile avere con sé anche un prontuario e un manuale dove poter chiarire eventuali dubbi riguardo al trattamento e, perché no, il presente "Vademecum"!

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

2) CALCOLO COMPENSO SOSTITUZIONI MMG

L'Accordo Collettivo Nazionale contiene anche le indicazioni per il calcolo del compenso che il medico titolare dell'incarico deve versare a beneficio del medico sostituto.
Ricordiamo che, attraverso opportuna segnalazione tramite portale "GAS", il medico titolare dovrà segnalare la sostituzione alla ASL ogni volta che essa superi i 3 giorni continuativi; un caso particolare riguarda la sostituzione sindacale, per la quale la segnalazione sul portale "GAS" deve essere fatta anche per 1 solo giorno e che necessita anche della modulistica cartacea ([allegato V], che in provincia di Siena dovrà essere scansionato e spedito all'Ufficio Convenzioni Uniche dell'ASL, attualmente all'indirizzo rosalia.chiumiento@uslsudest.toscana.it).
Il medico sostituto, dal canto suo, al momento dell'accettazione dell'incarico di sostituzione deve sottoscrivere una dichiarazione di:

a) essere a conoscenza delle norme che regolano il rapporto di lavoro del medico di assistenza primaria, ed in particolare dei contenuti degli artt. 27, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, e di assicurarne la puntuale applicazione;
b) essere al corrente della normativa sulla privacy e di impegnarsi al legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti affidati alle sue cure;
c) conoscere il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito e di essere in grado di utilizzarlo correttamente;
d) avere preso atto dell'assetto organizzativo dell'attività dello studio medico e di impegnarsi a curarne il puntuale svolgimento.

Il sistema indicato di seguito, sintesi estratta dall'ACN, calcola prima il costo giornaliero per paziente (che resta invariato per tutto il periodo di validità dell'ACN stesso), poi lo moltiplica per il numero dei pazienti e per il numero dei giorni di sostituzione.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

L'ACN prevede per il medico titolare un compenso forfettario annuo lordo di 42,14 € per paziente (0,115 € per paziente al giorno); l'onorario spettante al sostituto, invece, è calcolato nella misura del 70% di questa quota capitaria annua, che corrisponde a 29,498 € per paziente all'anno (dividendo per 365 giorni, si otterrebbe la quota di 0,080 € per paziente al giorno).
Per calcolare l'esatta cifra da corrispondere occorre moltiplicare la quota ottenuta (0,080) per il numero dei pazienti del medico titolare e per la durata della sostituzione (0,080 x n. pazienti x n. 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 da dicembre a marzo, per diminuire durante i mesi estivi:

- cifra intera nei mesi di aprile-maggio-ottobre-novembre (***0,080 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione***);
- cifra maggiorata del 20% (0,080 + 0,016) nei mesi di dicembre-gennaio-febbraio-marzo (***0,096 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione***);
- cifra ridotta del 20% (0,080 - 0,016) nei mesi di giugno-luglio-agosto-settembre (***0,064 € x n. pazienti x n. giorni sostituzione***).

Al medico sostituto spetta anche una quota dell'onorario relativo alle eventuali prestazioni aggiuntive effettuate nel corso della sostituzione (es.: visite domiciliari nel contesto dell'ADI o dell'ADP, PPIP, accessi in ospedale di comunità e RSA), ma non viene specificato l'importo; non è inoltre fatta menzione del compenso spettante per le ore di reperibilità del sabato mattina, ancora attive in alcune regioni. In tali casi il compenso sarà oggetto di contrattazione tra titolare e sostituto.
In ogni rapporto libero professionale che si rispetti, comunque, vale la regola del buon senso: non abbiate paura di chiedere un nuovo accordo se le condizioni di lavoro cambiano e non svendete la vostra professione.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

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 in ogni caso lasciare regolare fattura (vedi la voce "Come compilare una fattura").
Ecco un utile strumento di calcolo: www.fimmgpiemonte.it/calcolo-dei-compensi.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

3) STRUTTURA DELLA CONSULTAZIONE TELEFONICA

È ormai noto che l'utente chiama quando non riesce più a gestire il disagio che deriva da un sintomo o da una problematica gestionale: in questa situazione il medico è chiamato a effettuare un triage telefonico, per stabilire entro quanto tempo il paziente debba essere visitato.
In letteratura esistono numerosi modelli di consultazione telefonica strutturata che hanno dimostrato una buona risposta in termini di appropriatezza decisionale: tra tutti, il modello RICE (Reason, Information, Care, Evaluation) si è rivelato, nella sua semplicità e intuitività, il migliore ed il più pratico da usare sul campo.
Molti modelli si rifanno alla MMG a quota oraria (ex "Continuità Assistenziale" o "guardia medica"), ma, con le opportune modifiche, sono utilizzabili in ogni situazione.
Riproponiamo qui uno schema del modello del prof. Hay Derkx, tradotto in italiano dal dott. Alberto Vaona e dal dott. Jacopo Demurtas; per eventuali approfondimenti è possibile contattare tramite mail il dott. Vaona (aisamaisa@gmail.com) o il dott. Demurtas (eritrox7@gmail.com).

Fase	Descrizione	Razionale
Apertura	Il/La medico/a si presenta utilizzando queste parole: "*Servizio di [nome del servizio, ad es.: Continuità Assistenziale], sede di [nome della sede], sono il/la dott./dott.ssa [cognome], medico/a di guardia. In cosa posso aiutarla?*"	Il fatto che il/la chiamante sappia che sta parlando con un/una medico/a, e non con un infermiere o un laico, da un lato lo/la tranquillizza e dall'altro lo/la porta ad usare un tono rispettoso.
R [Ragione della chiamata]	Il/La medico/a lascia che il/la chiamante descriva con parole proprie la motivazione per cui chiama. Si noti che la motivazione non riguarda solo la problematica clinica in sé, ma anche: ▪ la *percezione* che il/la paziente ha del suo attuale problema clinico (legata a sue esperienze, convinzioni, emozioni e comportamenti); ▪ le *aspettative* che il/la paziente nutre nei confronti di ciò che il servizio può fare per lui (es.: consiglio, visita); ▪ le *limitazioni* che il/la paziente si trova a dover fronteggiare nel cercare di risolvere il problema (es.: mancanza del mezzo di trasporto). Durante questa fase il/la medico/a fa attenzione che il/la chiamante espliciti tutte le componenti della motivazione e, se non lo fa, esplora le componenti omesse con apposite domande quali: - "*C'è qualcosa in particolare che la preoccupa circa la sua attuale situazione?*" (percezione); - "*Chiama perché vorrebbe un consiglio telefonico o perché le sembra necessaria una visita*[81]*?*" (aspettativa).	Il fatto che il/la medico/a dia al/alla paziente la possibilità di esprimere la problematica e che sia sensibile al livello di preoccupazione ed alle aspettative crea un rapporto di fiducia che riduce la conflittualità e predispone il/la chiamante a seguire le decisioni che il/la medico/a prenderà nel prosieguo della telefonata. Se possibile e necessario, il/la medico/a dovrà essere in grado di dare una risposta ad aspettative e limitazioni del/della paziente. Al termine di questa fase, è consigliabile che il/la medico /a riepiloghi con parole proprie il motivo della chiamata del/della paziente.
I_1 [Stop e annuncio: raccolta dati anagrafici + annuncio triage]	Se il/la chiamante non si ferma dopo 2-3 minuti, il/la medico/a lo/a interrompe con queste parole: "*Mi scusi, la interrompo un attimo. Prendo i dati del/della paziente e poi le farò alcune domande per capire meglio la situazione.*". In questa fase, se il/la chiamante non è il/la paziente, il/la medico/a chiede se è possibile parlare direttamente con il/la paziente (naturalmente non applicabile in pazienti pediatrici o anziani con deterioramento cognitivo), al fine di accertarsi direttamente del grado di sofferenza (cosa che può anche essere esplicitata).	Il fatto che il/la medico/a annunci la struttura della consultazione: - predispone il/la chiamante ad ascoltare ed a fornire al/alla medico/a le informazioni necessarie per poter prendere una decisione; - impedisce al/alla chiamante di pensare che le domande siano mirate a cercare un motivo per evitare la visita domiciliare.

[81] Sarebbe auspicabile non specificare il tipo di visita (ambulatoriale o domiciliare), per poi poter contrattare in seguito in base alle eventuali limitazioni del/della paziente. La cosa principale, in questa fase, è che il/la medico/a capisca se sia o meno necessaria una visita, per poi negoziare sulle modalità di effettuazione.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

I_2 [Triage]	Il/la medico/a pone tutte le domande che ritiene opportune non per fare diagnosi differenziale, ma per definire l'urgenza della condizione in esame. In questa fase può essere utilizzato un software di supporto decisionale e, nel caso in cui il paziente sembri particolarmente preoccupato, si può procedere con il cosiddetto *ambulance test* (chiedere al/alla paziente se crede che la situazione richieda l'attivazione di un'ambulanza al fine di capirne il livello di preoccupazione).	Si tratta della fase in cui, attraverso una serie di domande "indispensabili", si stima l'urgenza con la quale il/la paziente vada eventualmente visitato/a.
Riepilogo	Il/La medico/a riassume la situazione con parole diverse rispetto a quelle usate dal/dalla paziente e verifica di aver compreso correttamente. In questa fase il/la medico/a può pronunciare una frase del tipo: "*Ho capito bene? C'è qualcos'altro che vuole aggiungere affinché io abbia tutti gli elementi per prendere una decisione?*".	Il fatto che il/la medico/a si preoccupi di aver capito bene rafforza il rapporto di fiducia con il/la chiamante e lo/la predispone ad accettare la successiva decisione.
C [Decisione]	Il/La medico/a prende la decisione circa la gestione del caso e la comunica al/alla chiamante: 1) consiglio telefonico + invio al Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta [***CT + MMG/PLS***]; 2) consiglio telefonico + *call back*[82] [***CT + cb***]; 3) consiglio telefonico + *safety net*[83] [***CT + sn***]; 4) consiglio telefonico + invio al 112/servizio di emergenza-urgenza [***CT + 112***]; 5) visita ambulatoriale [***VA***]; 6) visita domiciliare [***VD***].	La decisione dipende dal livello di urgenza, rispettivamente: 1) visita/cure entro 12-24 h; 2) possibilmente da rivalutare; 3) gestione domiciliare; 4) visite/cure immediate; 5) visita/cure entro 2-6 h; 6) visita/cure entro 2-6 h.
E [Verifica]	Nel caso in cui la consultazione termini con un consiglio telefonico, il/la medico/a si accerta che il/la chiamante: - abbia compreso il consiglio (*comprensione*, ad es.: "*Pensa di aver capito tutto? Vuole provare a ripetere?*"); - sia d'accordo con il consiglio (*accettazione*[84], ad es.: "*C'è qualcosa che la lascia perplesso circa quello che le ho suggerito?*"); - sia in grado di metterlo in atto (*possibilità di mettere in pratica*, ad es.: "*Ha la possibilità di fare quello che ci siamo detti? C'è qualcuno che può aiutarla?*").	Il fatto che il/la medico/a si preoccupi che il/la chiamante abbia ben compreso il consiglio aumenta la probabilità che il/la paziente lo segua. Nel caso in cui il/la chiamante non sia d'accordo, il/la medico/a deve indagare le ragioni del disaccordo e negoziare una soluzione differente.
Chiusura	a) Nel caso in cui la consultazione telefonica si concluda con un consiglio telefonico, il/la medico/a chiude la telefonata raccomandando esplicitamente di richiamare in caso di necessità, salutando e, se lo desidera e non sono programmati nuovi contatti, esprimendo l'augurio di una pronta guarigione. b) Nel caso in cui la consultazione telefonica si concluda con l'accordo di una visita ambulatoriale, il/la medico/a si accerta che il/la paziente sappia dov'è la sede e chiude la telefonata con l'espressione "*La aspetto in sede.*". c) Nel caso in cui la consultazione telefonica si concluda con l'accordo di una visita domiciliare, il/la medico/a si accerta del cognome riportato sul campanello della casa in cui si trova il/la paziente e concorda il tempo massimo entro cui la visita verrà eseguita.	Il fatto che il/la medico/a espliciti che aspetterà il/la paziente aumenta la probabilità che egli/essa si rechi in ambulatorio. Il fatto che il/la medico definisca i tempi di attesa fa sì che il/la paziente non abbia aspettative scorrette sui tempi, evitando conflittualità.

[82] Il/La medico/a richiama il/la paziente a un'ora concordata (controllo telefonico programmato): ci si avvale di questa opzione quando il caso clinico ha un rischio di evoluzione maggiore, il medico vuole verificare l'esito del consiglio che ha fornito, il/la paziente necessita di maggiore rassicurazione o il/la paziente ha un'affidabilità limitata.

[83] Operazione con cui il/la medico/a spiega al/alla paziente quali solo le evenienze nelle quali è importante che egli/essa stesso/a lo/la richiami: ci si può avvalere di questa opzione quando il caso clinico ha un rischio di evoluzione minore, quando il/la paziente non necessita di rassicurazione o quando il/la paziente è sufficientemente affidabile.

[84] È necessario fare particolare attenzione al linguaggio paraverbale (tono-timbro-volume della voce, pause, silenzi, "colore", tic e intercalari, versi).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

4) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA PROFESSIONALE

La notifica obbligatoria di malattia professionale è un atto con valore conoscitivo-epidemiologico che ha previste finalità preventive, poiché è destinata all'implementazione nel "Registro Nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate"; essa, però, riveste una notevole utilità anche a fini assicurativi/previdenziali, in quanto permette di innescare la valutazione sia da parte dell'INAIL, che potrà riconoscere o meno la malattia professionale ed eventualmente indennizzarla al lavoratore, sia da parte dell'ASL e dell'Autorità Giudiziaria, che potranno stabilire se ci sono stati comportamenti omissivi da parte del datore di lavoro nei confronti della normativa a tutela della salute e della sicurezza del lavoratore.
Il medico che presta la prima assistenza ad un lavoratore affetto da sospetta malattia professionale è obbligato a rilasciare anche il relativo certificato ai fini degli obblighi di denuncia: "È obbligatoria per ogni medico, che ne riconosca la esistenza, la denuncia delle malattie professionali, che saranno indicate in un elenco da approvarsi con decreto del Ministro per il Lavoro[85] […]. La denuncia deve essere fatta all'Ispettorato del lavoro competente per territorio, il quale ne trasmette copia all'Ufficio del medico provinciale." (D.P.R. n. 1124/1965, art. 139, commi 1-2); "La trasmissione della copia della denuncia […] è effettuata, oltre che alla Azienda Sanitaria Locale, anche alla sede dell'istituto assicuratore competente per territorio." (D.Lgs. n. 38/2000, art. 10, comma 4).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Nel sospetto di malattia professionale il medico è dunque obbligato ad avviare 3 importanti procedimenti:
- conoscenza del fenomeno statistico-epidemiologico (denuncia di malattia professionale);
- riconoscimento assicurativo del danno patito dal lavoratore ("primo certificato" INAIL per malattie professionali, vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B);
- accertamento di possibili responsabilità penali da parte del datore di lavoro, nei casi previsti (referto/rapporto per malattia professionale, vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B).

Da quando è in vigore l'obbligo di trasmissione per via telematica del certificato di malattia professionale all'INAIL (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B), l'obbligo di notifica da parte del medico certificatore si considera assolto con la loro redazione nei confronti del solo INAIL (è dunque necessario acquisire le credenziali INAIL, vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B), ma rimane inalterato nei confronti dell'ASL (Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro) e dell'Ispettorato Territoriale del Lavoro, ai quali il medico certificatore dovrà spedire una copia del certificato redatto.
Il principale attore del sistema di sorveglianza delle malattie professionali è dunque il segnalatore (che deve essere un medico, ospedaliero o territoriale), che deve compilare un apposito modulo cartaceo di notifica [allegato W] e spedirlo:
- all'ASL competente per territorio (solitamente al Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro), che svolge in questo caso i compiti di Autorità Giudiziaria;
- sezione provinciale dell'INAIL (solo in caso di malfunzionamento del sito dell'Istituto, altrimenti è obbligatoria la certificazione telematica).

Per avere informazioni, i recapiti su Siena sono i seguenti:
- Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro dell'ASL competente per territorio → tel.: 0577/536670; PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it;
- sezione provinciale dell'INAIL → vedi voce "Credenziali e codici utili nella professione", sezione B.

[85] L'obbligo di trasmissione della denuncia è tale solo per le malattie professionali indicate nell'apposito elenco redatto e aggiornato ciclicamente dal Ministero del Lavoro (vedi D.M. 10/06/2014, allegato), costituito da 3 liste: la prima contiene le malattie la cui origine lavorativa risulta essere di elevata probabilità, la seconda quelle la cui origine lavorativa è di limitata probabilità e la terza quelle la cui origine lavorativa è possibile.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

5) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA

"Il medico, che, nell'esercizio delle sue funzioni, rilevi un caso di malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo ha l'obbligo di segnalazione […]. Il medesimo obbligo di segnalazione sussiste anche per le malattie non incluse nell'allegato A nell'ipotesi in cui il medico rilevi un caso di malattia infettiva, diffusiva o sospetta di esserlo o che, per modalità di presentazione del quadro clinico e per caratteristiche epidemiologiche, si verifichi in modo inusuale all'interno della collettività." (D.M. 07/03/2022, art. 4, commi 1-2).
La sorveglianza delle malattie infettive è affidata al sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL), con le modalità definite nel D.M. 07/03/2022.
La notifica è obbligatoria per 78 malattie infettive, con tempistiche diverse per:

- ***malattie infettive che generano allerta***[86] → segnalazione entro 12 h;
- ***restanti malattie infettive*** → segnalazione entro 48 h;
- ***malattie infettive con sistemi di sorveglianza speciale***[87] → si tratta di alcune malattie infettive che richiedono, oltre alla segnalazione, la compilazione di una modulistica specifica di indagine epidemiologica a carico dell'Unità Funzionale di Igiene Pubblica e Nutrizione territorialmente competente in raccordo con il medico notificatore per la raccolta dei dati necessari.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Gli attori del sistema di sorveglianza delle malattie infettive sono il segnalatore (medico ospedaliero o territoriale), che deve compilare un'apposita scheda e spedirla alla ASL competente per territorio (incaricata dell'adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica), la quale dovrà poi coordinarsi con la Regione (con azione di supervisione e coordinamento).
A Siena, il segnalatore deve contattare l'Ufficio Igiene e Sanità Pubblica e inoltrare il modulo compilato [allegato X] via mail (igienedipprev.si@uslsudest.toscana.it per la zona senese, igienedipprev.valdelsa@uslsudest.toscana.it per la val d'Elsa e igienedipprev.valdisi@uslsudest.toscana.it per la val d'Orcia e val di Chiana senese).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

[86] Elenco (come da allegato A del D.M. 07/03/2022): antrace, borreliosi, botulismo, brucellosi, colera, criptosporidiosi, Dengue, dermatofitosi, difterite, echinococcosi, encefalite virale da zecche, encefalite virale trasmessa da artropodi, epatite virale (A, B, C, D, E e da altri virus), Chikungunya, febbre emorragica virale, febbre gialla, febbre Q, febbre tifoide e paratifoide, febbre virale West Nile, giardiasi, Herpes Zoster, infezione da Chlamydia, infezione gonococcica (blenorragia), infezione intestinale da Campylobacter, infezione intestinale da E. coli produttore della Shiga/verocitossina inclusa SEU, infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi, infezione intestinale da Yersinio enterocolitica, infezioni da salmonella, tossinfezioni di origine alimentare, influenza, influenza aviaria, lebbra, legionellosi, leishmaniosi cutanea e/o viscerale, leptospirosi, linfogranuloma venereo, listeriosi, malaria, malattia batterica invasiva, malattia di Creutzfeld-Jacob, meningiti virali, micobatteriosi non tubercolare, morbillo, parotite epidemica, pediculosi e ftiriasi, pertosse, peste, poliomielite acuta, polmonite da psittacosi, rabbia rickettsiosi, rosolia (comprese la forma congenita e in gravidanza), scabbia, scarlattina, shigellosi, sindrome respiratoria medio-orientale (Mers-CoV), sifilide (compresa la forma congenita), tetano, tifo epidemico da pidocchi, toxoplasmosi (compresa la forma congenita), trichinellosi, tubercolosi, tularemia, vaiolo, varicella, Zika (compresa la forma congenita), infezioni correlate all'assistenza.

[87] Elenco: arbovirosi, botulismo, Chikungunya, Dengue, epatite virale acuta, forme gravi e complicate da virus influenzale confermate in laboratorio, hantavirus, HIV/AIDS di nuova diagnosi, legionella, listeria, malattie invasive da meningogocco-pneumococco-emofilo e delle meningiti batteriche, malaria, malattia invasiva da enterobatteri, malattie sessualmente trasmesse, malattia di Creutzfeld-Jacob, morbillo, rosolia, paralisi flaccida acuta, sindrome o infezione da rosolia congenita, sindrome emolitico-uremica, micobatteri (tubercolari e non tubercolari), tossinfezioni alimentari, West Nile virus, virus della rosolia in gravidanza. Tale elenco può subire variazioni e integrazioni in base agli aggiornamenti ministeriali consultabili su www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=902&area=Malattie%20infettive&menu=sorveglianza.

6) NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MORSO DI ANIMALE

Il medico al quale si presenta un paziente con lesioni provocate da morso di un animale a sangue caldo ha due possibilità:

- escludere anche la sola sospettabilità che l'animale sia infetto da rabbia (opportunità limitata e comunque possibile solo ai veterinari);
- segnalare tutti i casi anche solo sospetti di malattie infettive zoonosiche.

In caso di morso di animale scatta quindi automaticamente un preallarme per il rischio di rabbia: ogni morso va sempre e comunque considerato sospetto.
La bocca degli animali, infatti, è reputata "sporca", indipendentemente dal loro stato di salute (e, se domestici, dal loro stato vaccinale): per questo motivo le ferite da morso sono da ritenersi infette a priori e devono essere lavate immediatamente ed abbondantemente con acqua e sapone (frizionando meccanicamente la cute), risciacquate e disinfettate con cura, possibilmente con acqua ossigenata; questo tipo di lesioni vanno suturate in pochissimi casi per il rischio di suppurazione.
La profilassi antibiotica è indicata in presenza di perforazione cutanea (quindi praticamente sempre in caso di lesione da morso), ma la cosa fondamentale consiste nell'assicurarsi che il soggetto morso sia vaccinato contro il tetano e comportarsi come spiegato nella tabella sottostante:

	PZ IMMUNIZZATO DA 5 A 10 ANNI	**PZ IMMUNIZZATO DA > 10 ANNI**	**PZ NON IMMUNIZZATO O SOLO PARZIALMENTE**
FERITA PULITA-MINORE (non incline al tetano)**	nessun provvedimento	1 dose di vaccino	inizio o completamento dell'immunizzazione come da programma***
FERITA PULITA-MAGGIORE (potenzialmente incline al tetano)**	1 dose di vaccino	1 dose di vaccino + 250 UI di Ig antitetaniche*	1 dose di vaccino + 250 UI di Ig antitetaniche* + completamento dell'immunizzazione come da programma
FERITA SPORCA (incline al tetano)**	terapia antibiotica + 1 dose di vaccino	terapia antibiotica + 1 dose di vaccino + 500 UI di Ig antitetaniche*	terapia antibiotica + 1 dose di vaccino + 500 UI di Ig antitetaniche* + completamento dell'immunizzazione come da programma

* Dato il maggior rischio di anafilassi rispetto al vaccino, è consigliabile inviare il paziente al PS per la somministrazione di immunoglobuline antitetaniche.
** Una ferita è a rischio di tetano quando si verificano le seguenti possibilità: tempo trascorso > 6 h, profondità > 1 cm, modalità (es.: proiettile, schiacciamento, ustione, morso di animale, congelamento), aspetto non lineare (es.: stellato, frastagliato), segni di infezione, presenza di tessuti devitalizzati/denervati/ischemici, presenza di sostanze contaminanti (es.: sporcizia, terra, polvere, feci, saliva).
*** Il **ciclo vaccinale completo del tetano** (vedi anche Circ. min. n. 20024/2108) comprende: 1ª dose al tempo 0 (possibilmente con vaccino bivalente: tetano + difterite), 2ª dose dopo 1 mese dalla prima (possibilmente con vaccino bivalente: tetano + difterite), 3ª dose dopo 6-12 mesi dalla seconda (possibilmente con vaccino trivalente: tetano + difterite + pertosse) e un richiamo ogni 10 anni (possibilmente con vaccino trivalente: tetano + difterite + pertosse).

La valutazione del rischio di rabbia è a carico del medico, che deve decidere se attuare un trattamento antirabbico post-esposizione dopo aver attentamente valutato (vedi C.M. n. 36/1993):

- epizoologia locale della rabbia;
- specie dell'animale responsabile della lesione;
- stato clinico e vaccinale dell'animale e disponibilità per l'osservazione;
- circostanze nelle quali è avvenuta la possibile esposizione;
- natura del contatto e/o della lesione;

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

- eventuali esami di laboratorio eseguiti sull'animale.

La pulizia delle ferite e la somministrazione di immunoglobuline vanno effettuate il prima possibile dopo il contatto con l'animale, poiché possono prevenire l'insorgenza della rabbia in quasi tutte le esposizioni.
Oltre alle misure strettamente sanitarie, il medico dovrà segnalare l'avvenuta morsicatura all'Ufficio Sanità Veterinaria dell'ASL di riferimento: è infatti indicato, per motivi precauzionali, che l'animale implicato, se rintracciabile (es.: animale domestico), sia posto sotto osservazione (presso strutture pubbliche o presso il domicilio) nei giorni successivi al morso da parte del Servizio Veterinario; in caso di animale non rintracciabile (randagio o selvatico), tale informazione deve essere comunque riferita per la valutazione dello specifico caso.
Il controllo sanitario dell'animale è finalizzato alla prevenzione della diffusione della rabbia e alla valutazione comportamentale dell'animale (per prevenire altri episodi di morsicatura): "A seguito di morsicatura o aggressione, i Servizi Veterinari sono tenuti ad attivare un percorso mirato all'accertamento delle condizioni psicofisiche dell'animale e della corretta gestione da parte del proprietario. I Servizi Veterinari, nel caso di rilevazione di rischio potenziale elevato, in base alla gravità delle eventuali lesioni provocate a persone, animali o cose, stabiliscono le misure di prevenzione e la necessità di un intervento terapeutico comportamentale da parte di medici veterinari esperti in comportamento animale." (O.M. del 03/03/2009, art. 3).

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Gli attori del sistema di sorveglianza dei morsi di animali sono il segnalatore (che deve essere un medico, ospedaliero o territoriale), che deve compilare un'apposita scheda [allegato Y] e spedirla alla ASL competente per territorio (incaricata dell'adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica), la quale dovrà poi coordinarsi con la Regione (con azione di supervisione e coordinamento).
A Siena, il segnalatore deve contattare l'Ufficio Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (0577/536650) e inoltrare il modulo compilato via mail (veterinaria.siena@uslsudest.toscana.it o veterinariadipprev.valdelsa@uslsudest.toscana.it o veterinaria.valdisi@uslsudest.toscana.it).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

7) PRINCIPALI SCORE NELLE URGENZE-EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE

Nelle prossime pagine abbiamo raccolto una serie di score che possono tornare utili nella pratica clinica territoriale, ma attenzione: essere "utile" non vuol dire fornire la verità rivelata!
È necessario ragionare sempre con la propria testa, utilizzando ogni score come semplice elemento di conferma/smentita di un dubbio ponderato.
La clinica resta comunque sovrana: uno score alterato in un paziente che sta clinicamente bene deve allarmarci meno di uno score normale in un paziente clinicamente non brillante!

GCS-P score

Questa scala, nata dalla combinazione di Glasgow Coma Scale (GCS) e Pupil Reactivity Score (PRS), permette una migliore *valutazione dello stato neurologico del paziente* rispetto alle sue componenti prese singolarmente e garantisce una maggior precisione prognostica nei pazienti che hanno subito un trauma cranico (e non solo), permettendone una migliore gestione.

GCS-P SCORE		PUNTEGGIO
ADULTO/BAMBINO	**LATTANTE**	
Riflesso fotomotore		
Nessuna pupilla mostra il riflesso fotomotore		- 2
Solo una delle due pupille mostra il riflesso fotomotore		- 1
Entrambe le pupille mostrano il riflesso fotomotore		0
Apertura degli occhi		
Spontanea		4
A richiesta verbale		3
A stimolazione dolorosa		2
Nessuna risposta		1
Risposta verbale		
Orientata (risponde coerentemente alle domande)	Mormora, sorride tranquillo, fissa un oggetto e lo segue con lo sguardo	5
Confusa (risponde alle domande ma confusamente)	Pianto consolabile	4
Parole inappropriate (parla ma non risponde alle domande)	Pianto inconsolabile	3
Suoni incomprensibili (emette gemiti e lamenti)	Agitato (non sta fermo)	2
Nessuna risposta	Nessuna risposta	1
Risposta motoria		
Obbedisce ai comandi		6
Localizza lo stimolo doloroso		5
Si retrae allo stimolo doloroso		4
Risposta flessoria (rigidità da decorticazione)		3
Risposta estensoria (rigidità da decerebrazione)		2
Nessuna risposta		1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 1 e 15)	> 14 → normalità ≤ 8 → stato comatoso = 1 → totalmente non responsivo	

Canadian CT Head Rule

Queste regole aiutano a *stabilire quali pazienti vanno inviati a TC cranio dopo aver subito un trauma cranico minore*, ma non è applicabile in alcune situazioni (es.: GCS < 13, età < 16 aa, paziente in tp anticoagulante).
La TC è utile/necessaria nei pazienti che riportano:

- ALTO RISCHIO
  - GCS < 15 dopo 2 h dall'incidente
  - sospetta frattura esposta o depressa del cranio
  - qualsiasi segno di frattura della base cranica (emotimpano/otorragia, ecchimosi periorbitali, ecchimosi della regione mastoidea, otoliquorrea/rinoliquorrea)
  - ≥ 2 episodi di vomito
  - età > 65 aa
- RISCHIO INTERMEDIO

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

- amnesia ≥ 30 min dopo il trauma
- dinamica maggiore del trauma (es.: pedone investito da un veicolo, passeggero espulso dal veicolo, caduta da un'altezza superiore a 1 m o a 5 scalini)

Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale

Questa scala permette una *valutazione immediata nel sospetto di ictus*.

CINCINNATI PRE-HOSPITAL STROKE SCALE		
AREA ESPLORATA	**DESCRIZIONE**	**VALUTAZIONE**
mimica facciale (invita il paziente a mostrare i denti o a sorridere)	i due lati del volto si muovono bene, allo stesso modo	normale
	i due lati del volto non si muovono allo stesso modo	anormale
spostamento delle braccia (il paziente chiude gli occhi e distende le braccia)	le due braccia si muovono allo stesso modo	normale
	un braccio non si muove o cade giù	anormale
linguaggio (fai dire al paziente la frase: "Non si può insegnare trucchi nuovi a un cane vecchio")	la frase viene ripetuta correttamente	normale
	il paziente inceppa sulle parole, usa parole inappropriate o non è in grado di parlare	anormale

ABCD^2 score

Con questo score si può *stimare il rischio di recidiva di un attacco ischemico transitorio (TIA)*.

ABCD^2 SCORE				
FATTORI DI RISCHIO			**CRITERI**	**PUNTEGGIO**
A	(age)	età	≥ 65 aa	+ 1
B	(blood pressure)	pressione arteriosa	≥ 140/80 mmHg	+ 1
C	(clinical features)	aspetti clinici	emisindrome piramidale	+ 2
			disturbi del linguaggio o altri sintomi neurologici non associati all'emisindrome piramidale	+ 1
D	(duration of symptoms)	durata dei sintomi	> 60 min	+ 2
			tra 10 e 60 min	+ 1
D	(diabetes)	diabete	sì	+ 1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 9)			0-3 → rischio basso 4-5 → rischio moderato ≥ 6 → rischio alto	

Marburg Heart Score (MHS)

Questo score è utile per *escludere il sospetto clinico di una sindrome coronarica acuta* (molto utile a livello territoriale, in cui è più importante accertarsi che un dolore toracico sia "non cardiaco" piuttosto che "cardiaco").

MARBURG HEART SCORE	
CARATTERISTICA	**PUNTEGGIO**
Età e sesso (femmina ≥ 65 aa, maschio ≥ 55 aa)	+ 1
Malattia vascolare nota (coronaropatia, malattia cerebrovascolare, arteriopatia obliterante periferica)	+ 1
Il dolore peggiora durante l'esercizio	+ 1
Il dolore non si acuisce con la palpazione	+ 1
Il paziente è preoccupato per l'attuale dolore toracico	+ 1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 5)	< 3 → bassa probabilità di SCA ≥ 3 → alta probabilità di SCA

Per calcolare online il MHS: www.mdcalc.com/marburg-heart-score-mhs.

Clinical Prediction Heart Score

Questo score è utile per *confermare il sospetto clinico di una sindrome coronarica acuta*.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

CLINICAL PREDICTION HEART SCORE		
PARAMETRI	**VALUTAZIONE**	**PUNTEGGIO**
Età	maschi < 55 aa; femmine < 65 aa maschi tra 55 e 64 aa; femmine tra 65 e 74 aa maschi ≥ 65 aa; femmine ≥ 75 aa	0 + 1 + 2
Fattori di rischio noti (diabete, fumo, ipertensione, dislipidemia, familiarità per cardiopatia ischemica, obesità)	nessun fattore di rischio 1 o 2 fattori di rischio ≥ 3 fattori di rischio o storia di cardiopatia ischemica	0 + 1 + 2
Durata del dolore toracico	da 1 a 60 minuti	+ 1
Area del dolore	descritta come "substernale"	+ 1
Correlazione con l'esercizio fisico	peggiora con l'esercizio fisico	+ 1
Dolorabilità alla palpazione	assenza di dolorabilità alla palpazione	+ 1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 8)	< 3 → bassa probabilità di SCA ≥ 3 → alta probabilità di SCA	

DS CRB-65

Questo score aiuta il clinico che opera sul territorio a *definire il rischio di decesso del paziente con sospetta polmonite acquisita in comunità per stabilirne la necessità di ospedalizzazione*.

DS CRB-65			
CRITERI			**PUNTEGGIO**
D	(diseases)	qualsiasi malattia cardiovascolare (esclusa l'ipertensione), cerebrovascolare, renale ed oncologica (tumori maligni attivi nell'ultimo anno)	+ 1
S	(peripheral blood saturation)	saturazione di ossigeno ($SatO_2$) ≤ 90%[88]	+ 1
C	(confusion)	confusione mentale (GCS-Pupils score < 14)	+ 1
R	(respiratory rate)	frequenza respiratoria (FR) ≥ 30 apm	+ 1
B	(blood pressure)	ipotensione arteriosa: sistolica (PAS) ≤ 90 mmHg e/o diastolica (PAD) ≤ 60 mmHg	+ 1
65	(≥ 65 years of age)	età ≥ 65 aa	+ 1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 6)	≤ 1 → basso rischio di decesso, ospedalizzazione non necessaria 2 → rischio intermedio di decesso, ospedalizzazione da valutare ≥ 3 → alto rischio di decesso, ospedalizzazione necessaria		

Quick Sepsis Related Organ Failure Assessment (qSOFA)

Questo score è utile nella *valutazione del paziente potenzialmente settico*.

qSOFA	
PARAMETRO	**PUNTEGGIO**
Stato mentale alterato (GCS < 14)	+ 1
Ipotensione (pressione arteriosa sistolica < 100 mmHg)	+ 1
Tachipnea (frequenza respiratoria > 20 apm)	+ 1
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 3)	< 2 → bassa probabilità di sepsi ≥ 2 → alta probabilità di sepsi

San Francisco Syncope Rule

Questa regola è utile per *stimare il rischio di eventi avversi dopo un episodio sincopale*.

I fattori di rischio per questa condizione sono:

- anamnesi positiva per insufficienza cardiaca;
- ematocrito < 30%;
- ritmo non sinusale e/o comparsa di nuove anomalie elettriche all'ECG;
- ipotensione arteriosa (PA < 90 mmHg);
- dispnea.

[88] Quando si valuta la saturazione c'è sempre da considerare l'utilità di mettere in relazione i valori di FR con quelli di $SatO_2$ (vedi curva di dissociazione dell'Hb): più il paziente è tachipnoico più andrà in alcalosi respiratoria (con aumento del pH), dando risultati di $SatO_2$ falsamente maggiori che potrebbero ingannare il clinico. Per ovviare a ciò è consigliabile far eseguire al paziente un *walking test*.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

Il rischio di eventi avversi entro 7 giorni da un episodio sincopale è alto in presenza di ≥ 1 dei suddetti fattori.

Score di Wells

Esistono due score di Wells, entrambi studiati per *calcolare la probabilità della presenza di* una patologia: la *trombosi venosa profonda* (TVP) o l'*embolia polmonare* (EP).

SCORE DI WELLS			
TROMBOSI VENOSA PROFONDA	**PUNTEGGIO**	**EMBOLIA POLMONARE**	**PUNTEGGIO**
Neoplasia attiva (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o cure palliative)	+ 1	Neoplasia maligna (terapia in corso o negli ultimi 6 mesi o cure palliative)	+ 1
Paralisi, paresi o recente immobilizzazione gessata della gamba	+ 1	Immobilizzazione per un periodo > 3 gg o intervento chirurgico nelle 4 settimane precedenti	+ 1,5
Recente allettamento per un periodo ≥ 3 gg o intervento chirurgico maggiore nelle ultime 12 settimane in anestesia totale o locale	+ 1		
Dolorabilità localizzata lungo il sistema venoso profondo	+ 1	Segni e sintomi clinici di TVP (minimo gonfiore alla gamba e dolorabilità alla palpazione delle vene profonde)	+ 3
Circonferenza del polpaccio ≥ 3 cm rispetto al lato asintomatico (misurata 10 cm sotto la tuberosità tibiale)	+ 1		
Edema improntabile limitato alla gamba sintomatica	+ 1	Emottisi	+ 1
Edema che interessa l'intera gamba	+ 1		
Vene superficiali collaterali (non varicose)	+ 1	Frequenza cardiaca > 100 bpm	+ 1,5
Precedente episodio documentato di TVP	+ 1	Pregresso episodio di TVP o di EP	+ 1,5
Diagnosi alternativa altrettanto probabile quanto la TVP	- 2	Diagnosi alternativa meno probabile dell'EP	+ 3
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra -2 e 9)	< 2 → TVP improbabile ≥ 2 → TVP probabile	**PUNTEGGIO TOTALE** (compreso tra 0 e 12,5)	≤ 4 → EP improbabile > 4 → EP probabile

Per l'occasione elenchiamo i fattori predisponenti al tromboembolismo venoso:

- MAGGIORI (es.: frattura di anca o gamba, sostituzione protesica dell'anca o del ginocchio, chirurgia generale maggiore, traumi maggiori, lesioni midollari);
- INTERMEDI (es.: intervento del ginocchio in artroscopia; linee venose centrali; chemioterapia; insufficienza cardiaca e/o respiratoria cronica; terapia ormonale sostitutiva; terapia contraccettiva orale; neoplasia maligna; ictus invalidante; gravidanza/*post partum*; pregresso episodio tromboembolico venoso; trombofilia);
- MINORI (es.: età avanzata; allettamento > 3 gg; immobilità in posizione seduta; chirurgia laparoscopica; obesità; gravidanza/ante partum; vene varicose).

CHA_2DS_2-VASc e HAS-BLED

Il CHA_2DS_2-VASc serve per la *stratificazione del rischio tromboembolico*, mentre l'HAS-BLED viene utilizzato per la *stratificazione del rischio emorragico*: entrambi questi score sono utili nella valutazione del rapporto rischio/beneficio quando si deve impostare terapia anticoagulante cronica (es.: fibrillazione atriale).

CHA_2DS_2-VASc			
FATTORI DI RISCHIO			**PUNTEGGIO**
C	(congestive heart failure)	scompenso cardiaco	+ 1
H	(hypertension)	ipertensione	+ 1
A_2	(age ≥ 75 years)	età ≥ 75 aa	+ 2
D	(diabetes)	diabete	+ 1
S_2	(stroke/TIA history)	storia di ictus/TIA	+ 2
V	(vascular disease)	patologia vascolare	+ 1
A	(age 65-74 years)	età compresa tra 65 e 74 aa	+ 1
Sc	(sex category → female)	sesso femminile	+ 1

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 10)	0 → rischio di ictus a 1 anno pari a 0% 1 → rischio di ictus a 1 anno pari a 1,3% 2 → rischio di ictus a 1 anno pari a 2,2% 3 → rischio di ictus a 1 anno pari a 3,2% 4 → rischio di ictus a 1 anno pari a 4% 5 → rischio di ictus a 1 anno pari a 6,7% 6 → rischio di ictus a 1 anno pari a 9,8% 7 → rischio di ictus a 1 anno pari a 9,6% 8 → rischio di ictus a 1 anno pari a 6,7% 9 → rischio di ictus a 1 anno pari a 15,2%

HAS-BLED			
FATTORI DI RISCHIO			**PUNTEGGIO**
H	(hypertension)	ipertensione	+ 1
A	(abnormal kidney or liver function)	disfunzione renale e/o epatica	+ 1 o + 2
S	(stroke)	ictus	+ 1
B	(bleeding)	sanguinamento	+ 1
L	(labile INRs)	INR instabile	+ 1
E	(elderly)	età > 65 aa	+ 1
D	(drugs or alcohol)	farmaci e/o alcool	+ 1 o + 2
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 9)	≤ 1 → basso rischio di sanguinamento =2 → rischio intermedio di sanguinamento ≥ 3 → alto rischio di sanguinamento		

Modified Early Warning Score (MEWS)

Questo score è utile per *identificare il grado di instabilità clinica del paziente per stabilirne la necessità di ospedalizzazione*.

MEWS								
	3	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**	**punteggio**
Pressione arteriosa sistolica (PAS) [mmHg]	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200		
Frequenza cardiaca (FC) [bpm]		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130	
Frequenza respiratoria (FR) [apm]		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30	
Temperatura corporea (TC) [°C]		< 35		35-38,4		≥ 38,5		
Stato di coscienza				cosciente	risposta allo stimolo verbale	risposta allo stimolo doloroso	non risponde	
PUNTEGGIO TOTALE (compreso tra 0 e 14)	0-2 → paziente stabile 3-4 → paziente instabile ≥ 5 → paziente critico							

Il MEWS è stato poi inglobato in un più ampio score non malattia-specifico che è stato proposto per la gestione di una pandemia influenzale[89] (ma è declinabile anche in altri scenari pandemici, ad es.: COVID-19), con lo stesso obiettivo del MEWS (valutare la necessità di ospedalizzazione): il PMEWS (Pandemic Medical Early Warning Score).

Il PMEWS è un sistema di valutazione esclusivamente clinico che può essere utilizzato in qualsiasi contesto di assistenza sanitaria, sia sul territorio che in ambito ospedaliero, indipendentemente dalla disponibilità o meno di effettuare indagini di laboratorio o strumentali.

I vantaggi di questo sistema sono la sua estrema semplicità e la sua efficacia istantanea nella valutazione

[89] Per approfondire: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_850_allegato.pdf.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

prognostica, che lo rendono un utile supporto decisionale nell'attività della medicina territoriale.

DATI ANAMNESTICI	
età > 65 aa	1 punto
isolamento sociale (es.: senza fissa dimora, vive solo/a)	1 punto
comorbidità di malattie croniche (cardiache, polmonari, renali, immunitarie, oncologiche, metaboliche)	1 punto per ogni patologia
gravidanza al 3° trimestre	1 punto
performance status > 2 (vedi sotto)	1 punto
PERFORMANCE STATUS (stato psico-fisico globale)	
attività normali, nessuna restrizione	1 punto
attività lievi, limitate le attività intense	2 punti
attività limitate, ma autosufficiente	3 punti
attività e autosufficienza limitate	4 punti
non autosufficiente (allettato/a o confinato/a sulla carrozzina)	5 punti

MEWS								
	3	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**	**punteggio parziale**
Pressione arteriosa sistolica (PAS) [mmHg]	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200		
Frequenza cardiaca (FC) [bpm]		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130	
Frequenza respiratoria (FR) [apm]		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30	
Saturazione di ossigeno (SatO2) [%]	< 89	90-93	94-96	> 96				
Temperatura corporea (TC) [°C]		< 35		35-38,4		≥ 38,5		
Stato di coscienza				cosciente	risposta allo stimolo verbale	risposta allo stimolo doloroso	non risponde	

Anche se l'intuito clinico rimane uno strumento fondamentale per il medico nella decisione di ricoverare un paziente, lo stabilire criteri obiettivi ed efficaci che supportino e rendano più rapida tale decisione non è importante solo ai fini dell'economia sanitaria, ma anche per generare maggiore sicurezza e fiducia sia nell'ambito del rapporto medico-paziente sia nelle scelte decisionali degli stessi operatori sanitari.
Testimone ne è il fatto che il PMEWS non prevede nessun *cut-off*, ma si configura comunque come un'ottima *checklist* che aiuta il medico a non dimenticare nulla tra gli aspetti da valutare nell'inquadramento globale del/della paziente.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

8) FORMULE PEDIATRICHE

FORMULE PER STIMARE PESO E ALTEZZA

Peso [kg]
Alla nascita il peso medio è di 3,25-3,4 kg.
3-12 anni = [età (in anni) + 4] x 2

Lunghezza/altezza [cm]
Alla nascita la lunghezza media è di 50 cm, e arriva a circa 75 cm al 1° anno.
2-12 anni = [età (in anni) x 6] + 77

FORMULE PER STIMARE PRESSIONE ARTERIOSA, FREQUENZA CARDIACA E FREQUENZA RESPIRATORIA

Età [anni]	**PAS minima accettata** [mmHg]	**PAD** [mmHg]	**FC** [bpm]	**FC max accettata*** [bpm]	**FR** [atti/min]	**$SatO_2$** [%]
< 1	60 nei primi 2 mesi, poi 70	2/3 PAS	110-160	150 – [5 x età (in anni)]	30-40	95-100
1-12	70 + [2 x età (in anni)]		80-140		20-30	

* Per "FC massima accettata" si intende il valore al di sotto del quale la tachicardia è considerabile reattiva (fisiologica, in relazione al contesto in esame).

È utile ricordare, in questa sede, i segni clinici di allarme in età pediatrica:
- apnea > 10 sec;
- FR > 60 apm o < 15 apm;
- respiro agonico/grave distress respiratorio;
- $SatO_2$ < 94% in aria ambiente o < 90% con O_2 a 4 l/min;
- cianosi, con estremità fredde e marezzate;
- polsi periferici flebili o assenti;
- tempo di refill > 2 sec in paziente normotermico;
- GCS < 12 (vedi voce "Principali score nelle urgenze-emergenze medico-chirurgiche", sezione C);
- pupille anisocoriche e non reagenti alla luce;
- convulsioni in atto;
- glicemia < 40 mg/dl o > 300 mg/dl.

FORMULE OPERATIVE PER L'EMERGENZA/URGENZA

Liquidi da infondere: 10 ml/kg nel neonato e 20 ml/kg nel bambino (ripetibili x 3 vv)

Diametro del tubo endotracheale: (età/4) + 4

Profondità di inserimento del tubo: diametro tubo endotracheale x 3

Diametro della cannula di aspirazione: 1/3 x diametro tubo endotracheale

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

9) VIOLENZA DI GENERE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la ***violenza*** come "l'utilizzo intenzionale della forza o del potere, minacciato o reale, contro se stessi o un'altra persona, oppure contro un gruppo o una comunità, che determini o che abbia un elevato grado di probabilità di determinare lesioni, morte, danno psicologico, cattivo sviluppo o privazione" (OMS, 2002).
La "***violenza di genere***"[90], invece, viene così definita: "una violazione dei diritti dell'uomo e una forma di discriminazione contro le donne, comprendente tutti gli atti di violenza fondati sul genere che provocano o sono suscettibili di provocare danni o sofferenze di natura fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica, che nella vita privata" (Convenzione di Istanbul, art. 3, punto a). La maggior parte degli episodi di violenza vengono perpetrati all'interno del nucleo familiare: si parla in questo caso di "violenza domestica" (IPV o "intimate partner violence") per indicare l'insieme degli "atti di violenza fisica, sessuale psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima" (Convenzione di Istanbul, art. 3, punto b).
"Gli Stati dovrebbero condannare la violenza contro le donne e non dovrebbero appellarsi ad alcuna consuetudine, tradizione o considerazione religiosa al fine di non ottemperare alle loro obbligazioni quanto alla sua eliminazione." (Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, art. 4).
La violenza di genere è una piaga globale che interessa circa 1 donna su 3 e che, oltre alle conseguenze sulla salute della vittima a breve e a lungo termine, può avere conseguenze notevoli anche sui figli che assistono (es.: problematiche affettivo-comportamentali): non è dunque un problema privato, ma un fenomeno che presenta importanti ricadute che interferisce sulle risorse del SSN, rappresentando così un problema di salute pubblica.
I luoghi in cui più frequentemente è possibile intercettare la vittima sono:

- Pronto Soccorso, per la conseguenza dirette della violenza (es.: lividi, fratture da difesa a carico dell'avambraccio o delle ossa metacarpali, fratture costali o mandibolari, rottura della membrana timpanica in assenza di flogosi); a questo proposito nei PS è stato istituito il cosiddetto "codice rosa", un percorso riservato a tutte le vittime di violenza (in particolare donne, bambini e persone discriminate);
- ambulatori dei medici territoriali (in particolare dei MMG), per le conseguenze indirette della violenza (la violenza si configura infatti come un fattore di rischio per numerose patologie cronico-degenerative al pari degli altri più noti, ad es.: fumo, alcool).

Qualunque sanitario, però, deve tenere gli occhi aperti in presenza dei segnali di allarme proposti dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere (ONDA, 2010):

SEGNI/SINTOMI*	AREE DI APPROFONDIMENTO
Lesioni cutanee	Informarsi sulla causa delle lesioni cutanee.
Dolore cronico	Emicrania, dolore addominale cronico, dolore pelvico.
Problemi digestivi	Informarsi su diarrea, colon irritabile, stipsi, perdita di appetito.
Disturbi del comportamento alimentare	Bulimia, anoressia, disturbo da alimentazione incontrollata.
Problemi genito-urinari	Informarsi su dolori cronici pelvici, dolori mestruali, malattie sessualmente trasmissibili, disfunzioni sessuali.
Disagio psicologico	Depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress, abuso di sostanze, tentati suicidi.
Sintomi psicosomatici vaghi	Capogiri, astenia.
Disturbi in gravidanza	Problemi insorti in gravidanza, dolori, scarso aumento ponderale, parto pretermine.

* Altri fattori da considerare sono la molteplicità e l'integrità delle lesioni, l'incongruità e la scarsa chiarezza della dinamica, il ricorso recidivante al PS per traumatismi, l'eccessiva tendenza all'occultamento e alla minimizzazione, l'intervento medico richiesto per ragioni evitabili, eccetera.

Altri campanelli d'allarme possono essere, per ciò che riguarda la paziente, di tipo caratteriale (es.: perso-

[90] Da notare quanto sia ormai riduttivo definire la violenza di genere come "violenza contro le donne", poiché esistono anche altri casi di violenza (es.: donne contro uomini, uomini/donne contro transgender, uomini/donne contro omosessuali) che si configurano come vere e proprie violenze di genere.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

nalità dipendente, atteggiamento mutacico con difficile accesso al colloquio, eccessivo protezionismo da parte dei familiari, tentativi autolesionistici e/o dimostrativi) o legati al linguaggio corporeo del/degli accompagnatore/ (es.: il fatto che la paziente non venga mai lasciata sola, nemmeno durante le visite mediche); il sospetto di violenza di genere può essere posto anche in base alla valutazione globale del rischio[91] e all'osservazione dell'uomo che accompagna la donna (es.: atteggiamenti di controllo o di aggressività o di denigrazione nei confronti della donna).
Molto importante, per far emergere il fenomeno della violenza di genere, è l'utilizzo di domande di screening dirette (in particolare "Si sente mai insicura a casa sua?" e "Qualcuno ha mai provato a picchiarla o a farle del male?"), possibilmente introdotte da una frase indiretta (es.: "Poiché in questi anni i fatti violenti sono molto frequenti, ho cominciato a chiedere a tutte le pazienti se hanno mai subito, nella loro vita, episodi di violenza.") ed eventualmente seguite da domande più specifiche (es.: women abuse screening tool, partner violence screen): anche se la donna non sarà momentaneamente disposta a confidarsi, sentirsi rivolgere tali domande potrà comunque rassicurarla sul fatto che, dall'altra parte, c'è un professionista pronto ad ascoltarla e a fornirle tutte le informazioni utili quando si sentirà pronta a chiedere aiuto.
Il nostro SSN mette a disposizione di tutte le donne, italiane e straniere, una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, sociosanitari e socioassistenziali (es.: centri antiviolenza e relative case rifugio, centri per uomini maltrattanti), anche attraverso strutture facenti capo al settore materno-infantile (es.: consultorio familiare), al fine di assicurare un modello integrato di intervento[92].
La prerogativa di ogni medico deve essere la sicurezza della paziente ed eventualmente dei suoi figli, per cui l'unico "trattamento" da consigliare a una donna vittima di violenza è l'allontanamento dalla relazione pericolosa.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per poter indirizzare correttamente una donna vittima di violenza, il medico deve essere a conoscenza dell'esistenza della rete antiviolenza (vedi DPCM 24/11/2017) e del numero nazionale antiviolenza e stalking (1522), gratuito e attivo 24 h su 24 (per approfondire: www.1522.eu).
In provincia di Siena sono attualmente attivi 4 centri antiviolenza: "Donna chiama donna" (Siena, 3472220188), "Associazione amica donna" (Montepulciano, 3279999228), "Associazione donne insieme Val d'Elsa" (Colle Val d'Elsa, 3662067788) e "Donna Amiata Val d'Orcia" (Piancastagnaio, 3924147596).
Nel caso in cui il reato di cui si è venuti a conoscenza sia procedibile d'ufficio, inoltre, il medico dovrà, in base alla sua qualifica giuridica, compilare il referto o il rapporto (vedi voce "Certificazioni mediche", sezione B).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

[91] Seppur la violenza di genere possa interessare qualsiasi donna, sono state individuati numerosi fattori che ne aumentano il rischio, tra qui quelli ambientali (es.: contesto socioculturale e familiare, instabilità residenziale e lavorativa, problematiche legate a sostanze d'abuso o alla scolarità) e quelli psicosociali (es.: ritardo mentale e dell'apprendimento, anamnesi familiare positiva per patologie psichiatriche, anamnesi personali positiva per abusi in età infantile, disturbi dell'alimentazione, problematiche relazionali con tendenze autistiche).
[92] Per approfondire: www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4498&area=Salute%20donna&menu=societa.

10) CENTRI ANTIVELENI

Lo scopo dei Centri Antiveleni è di facilitare la diagnosi e la terapia medica dei casi d'intossicazione acuta di qualunque origine, e basa il suo lavoro su due fondamentali funzioni:

- servizio di informazione telefonico (a disposizione di tutta la popolazione);
- trattamento dei pazienti intossicati giunti al PS dell'ospedale.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Il principale Centro Antiveleni presente sul territorio nazionale è a Milano (tel.: 02/66101029).
Per approfondire: www.centroantiveleni.org/index.php e www.iss.it/-/cnsc-cav.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

11) FARMACI E QT LUNGO

Il QT è quel tratto, visibile all'ECG, che va dall'inizio dell'onda Q alla fine dell'onda T.
Questo periodo include sia la depolarizzazione che la ripolarizzazione ventricolari: la durata di quest'ultima fase, che si traduce nella lunghezza del tratto QT, è importante per la valutazione del rischio di aritmie maligne (in particolare la torsione di punta).
Per valutare il rischio aritmico legato allo sviluppo di post-depolarizzazioni precoci e tardive (legate alle correnti ioniche di calcio e potassio) è fondamentale calcolare il QTc (QT corretto), ossia la lunghezza del QT in relazione alla frequenza cardiaca.
Sono disponibili varie formule, ma la più usata è quella di Bazett: $QTc = QT/\sqrt{RR}$ (l'intervallo RR considerato deve essere quello che precede il complesso da cui si misura il QT).
Si parla di "QT lungo" quando QTc > 440 msec (> 450 msec nell'uomo e > 460 msec nella donna); in caso di QTc < 340 msec si parla invece di "QT corto", condizione anche questa correlata allo sviluppo di aritmie maligne.
Le cause di allungamento del QTc sono molteplici, sia congenite sia acquisite (es.: farmaci, infiammazione sistemica acuta o cronica, anticorpi anti-Ro/SSA 52 KD): per l'insorgenza di una torsione di punta è necessaria la contemporanea presenza di almeno 3-4 fattori che allungano il QT, che spesso si sommano a condizioni di scarse "riserve di ripolarizzazione" individuali.
La torsione di punta deriva invariabilmente da un QTc lungo e l'unico modo per distinguerla da una tachicardia ventricolare polimorfa è verificare che prima della sua partenza il QTc sia allungato.
Prima di prescrivere farmaci potenzialmente proaritmici in pazienti in politerapia (in particolare se psicofarmacologica) è dunque verificare la terapia in atto e le relative interazioni, l'anamnesi cardiologica (es.: storia di sincope, familiarità per morte improvvisa), il quadro clinico (es.: vomito e/o diarrea) e, quando possibile, gli esami del sangue recenti (es.: ipokaliemia, ipomagnesemia, insufficienza renale/epatica) e un pregresso ECG.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per sapere quali farmaci possono allungare il QT: www.crediblemeds.org/index.php/drugsearch.

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

12) FARMACI IN GRAVIDANZA E ALLATTAMENTO

Gli effetti collaterali dei farmaci sono sempre insidiosi e lo sono in maniera particolare durante la gravidanza e l'allattamento per le possibili conseguenze sulle gestanti e sui figli.
Ricordarsi indicazioni e controindicazioni di tutti i principi attivi è impossibile: è dunque necessario disporre di una guida completa alla somministrazione dei farmaci in questi delicati periodi della vita di una donna.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Sapere quali farmaci possono essere assunti da una donna in gravidanza o in allattamento è molto utile in qualsiasi situazione, sia per un corretto inquadramento terapeutico sia per rispondere tempestivamente alla richiesta di rassicurazione dei genitori.
Per dare le giuste informazioni sia alle mamme sia agli operatori sanitari, l'AIFA ha predisposto un sito molto utile (www.farmaciegravidanza.gov.it); è inoltre possibile rivolgersi telefonicamente al Centro Antiveleni di Bergamo (tel.: 800883300), specializzato in materia.
A Siena è stato attivato il servizio "S.O.S. latte materno" (tel.: 800144111), che è attivo tutti i giorni dalle 7 alle 20 e permette di avere tutte le informazioni riguardanti l'allattamento (compresi i farmaci consentiti).
Un altro sito utile è www.e-lactancia.org.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

13) INTERAZIONI FARMACOLOGICHE

Per "**interazione farmacologica**" si intende una modificazione qualitativa e/o quantitativa dell'azione di un farmaco (modificazione degli effetti di un farmaco in termini di intensità e durata) causata da altre sostanze (es.: altri farmaci, alimenti, integratori, fitofarmaci) presenti contemporaneamente nell'organismo.
Le interazioni tra farmaci possono essere di molti tipi: fisico-chimiche (es.: neutralizzazione, precipitazione nella fase farmaceutica), farmacocinetiche (es.: assorbimento, spiazzamento dei farmaci dai siti di legame delle proteine plasmatiche, induzione o inibizione enzimatica, biotrasformazione, eliminazione), farmacodinamiche (es.: somma, sinergismo, antagonismo), eccetera.
Queste modificazioni possono essere utili (con benefici terapeutici) o, più comunemente, sfavorevoli (con fallimenti terapeutici e/o eventi avversi) o prive di conseguenze (clinicamente irrilevanti): il risultato complessivo può quindi essere, a seconda dei casi, l'aumento o la diminuzione degli effetti dei farmaci somministrati, oppure la comparsa di un nuovo effetto.
È noto che l'incidenza delle reazioni avverse aumenta all'aumentare del numero dei farmaci assunti (dal 3-5% per assunzione di 2-5 farmaci al 20-40% per assunzione di 10-20 farmaci): particolare attenzione va dunque posta ai pazienti in politerapia. Altre categorie a rischio sono i pazienti anziani, i pazienti con un'alterata irrorazione sanguigna del tratto gastrointestinale (es.: cardiopatici, epatopatici), i pazienti che seguono particolari tipi di diete (es.: vegetariani, diete drastiche, diete ipocaloriche), i pazienti che assumono farmaci con un basso indice terapeutico (es.: anticoagulanti, digossina, litio).
È importante ricordare di chiedere sempre al paziente notizie circa l'assunzione non solo dei farmaci allopatici, ma anche di prodotti di erboristeria contenenti fitoterapici.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Per valutare le eventuali interazioni tra farmaci sono disponibili dei software molto utili nella pratica clinica quotidiana.
Tra quelli gratuiti, consigliamo:

- *INTERCheckWEB* dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (intercheckweb.marionegri.it/), in lingua italiana e utilizzabile previa registrazione;
- *Drug Interaction Checker* di Medscape (www.reference.medscape.com/drug-interactionchecker?cid=med), in lingua inglese.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

14) FARMACOVIGILANZA

La **farmacovigilanza** si occupa dell'individuazione, della valutazione e della prevenzione delle reazioni avverse da farmaci: in senso più ampio, essa ha lo scopo di verificare la variazione nel tempo del rapporto tra rischio (efficacia clinica) e beneficio (reazioni avverse) dei farmaci. Il sistema di farmacovigilanza racchiude in sé anche la vaccinovigilanza, la fitovigilanza e la dispositivovigilanza.
Un solido sistema di farmacovigilanza è essenziale per assicurare che tutti gli eventi avversi siano adeguatamente segnalati e le eventuali misure necessarie siano prese in modo tempestivo.
Si definisce "**reazione avversa da farmaco**" (ADR o *adverse drug reaction*) una risposta ad un farmaco che sia nociva e non intenzionale e che avvenga a dosi normalmente usate per la profilassi, la diagnosi o la terapia di una malattia. Si dice "grave" qualsiasi ADR che esiti in morte, che minacci la sopravvivenza, che provochi invalidità o malformazioni fetali, che richieda o prolunghi un ricovero ospedaliero.
Le ADR vengono classificate in:

- ***tipo A*** = dipendenti dall'azione del farmaco con meccanismo dose-dipendente (es.: ipotensione da antipertensivi, ipoglicemia da antidiabetici, stipsi da oppioidi, tosse da ACE-inibitori, rabdomiolisi da statine); questi effetti sono prevedibili e spesso evitabili con la diminuzione della dose;
- ***tipo B*** = indipendenti dall'azione del farmaco, con meccanismo dose-indipendente; queste reazioni sono inaspettate ed imprevedibili e possono essere legate ad allergia (per meccanismo immunologico, ad es.: orticaria, anafilassi) o a idiosincrasia (per difetti congeniti o acquisiti, ad es.: sindrome di Stevens-Johnson da carbamazepina, ipersensibilità da abacavir);
- ***tipo C*** = insorgenti dopo l'assunzione di un farmaco per periodi prolungati (anni); possono essere la causa di nuove malattie o modificare l'incidenza di una malattia nota (es.: tumore al seno ed estrogeni).

L'inefficacia terapeutica e le interazioni farmacologiche sono considerate ADR, e, pertanto, devono essere segnalate al pari di altre manifestazioni cliniche riferibili all'uso dei farmaci (es.: vomito, astenia, rush cutanei, gambling). Riconoscere un'ADR è importante come lo è la diagnosi di una malattia!
Il primo passo per evitare un'ADR è l'appropriatezza prescrittiva: l'uso irrazionale dei farmaci dovuto a prescrizioni inappropriate, infatti, può determinare ADR anche gravi. L'antidoto a questa piaga è l'aumento della cultura dei pazienti, degli operatori sanitari e, soprattutto, dei prescrittori.

QUALI RISVOLTI PRATICI?

Gli attori del sistema di farmacovigilanza sono il segnalatore (che può essere un operatore sanitario o un comune cittadino) e il responsabile della farmacovigilanza della struttura ospedaliera o territoriale di riferimento: il primo deve inviare la *segnalazione* (descrizione di un evento avverso che si ritiene possa essere collegato al farmaco che il paziente assume), che viene poi verificata dal secondo.
Il Responsabile di Farmacovigilanza deve dare conferma della ricezione di ogni singola segnalazione a chi l'ha inviata e, una volta stabilita, sulla base della letteratura disponibile, la possibile veridicità del nesso causa-effetto ipotizzato, deve fornire un feedback al segnalatore in base a un giudizio di causalità (in ordine crescente di forza: non classificabile, dubbia, possibile, probabile, certa); se ritenuto necessario in base alla gravità e alla frequenza dell'ADR, infine, verranno attuate delle strategie per evitare il ripetersi dell'evento (es.: "*dear doctor letter*", modifica del foglietto illustrativo, modifica della prescrivibilità o della dispensazione, sospensione o revoca dell'autorizzazione all'immissione in commercio).
Il modo più semplice e rapido per compilare la segnalazione è farlo online attraverso il sito ufficiale dell'AIFA (servizionline.aifa.gov.it/schedasegnalazioni/#/).
Ricordiamo che, per i sospetti eventi avversi a prodotti di tipo fitofarmacologico, esiste una rete di fitovigilanza a parte: le segnalazioni possono essere fatta attraverso il sito www.vigierbe.it.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE D

QUALI LAVORI POSSO SVOLGERE DA NEOABILITATO?

Commissione Giovani Medici Siena

Proponiamo un elenco che, lungi dall'essere esaustivo, possa dare un'idea ai giovani colleghi dei lavori che potranno svolgere una volta abilitati alla professione:

- sostituzioni ai MMG a ciclo di scelta (medici di famiglia), sotto forma di rapporto libero-professionale o di incarichi provvisori banditi dall'ASL
- incarichi provvisori come MMG a quota oraria (ex "Continuità Assistenziale" o "guardia medica")
- Medico di Assistenza Sanitaria ai Villeggianti (ex "guardia turistica")
- Medico di Assistenza Penitenziaria
- medico dell'emergenza-urgenza territoriale
- medico delle forze dell'ordine e dell'esercito
- assistenza sanitaria durante manifestazioni (sportive e non)
- assistenza sanitaria nei villaggi vacanze (per bambini e/o adulti)
- cliniche private o convenzionate
- medico delle assicurazioni
- consulente tecnico d'ufficio (CTU)
- casa farmaceutica
- medico INPS
- medico prelevatore
- medico di bordo (es.: crociere turistiche)
- medico necroscopo
- medico vaccinatore
- docenze

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE E

SIGLE UTILI

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

ACN = Accordo Collettivo Nazionale

AIR = Accordo Integrativo Regionale

AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria

ASL = Azienda Sanitaria Locale

CFSMG = Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

FNOMCeO = Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

IRCCS = Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

OMCeO = Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE F

FONTI

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

1. Accordo Collettivo Nazionale 2016-2018.
2. Accordo Stato-Regioni 19/04/2012.
3. Agenzia delle Entrate: https://www.agenziaentrate.gov.it/wps/portal/entrate/home.
4. Agenzia delle Entrate, parere prot. n. 954-131675/2010.
5. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA): http://www.agenziafarmaco.gov.it/.
6. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), "Farmaci in gravidanza": http://www.farmaciegravidanza.gov.it/.
7. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), "Vigierbe": https://www.vigierbe.it/.
8. Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), "Vigifarmaco": https://www.vigifarmaco.it/.
9. Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (AgeNaS): http://www.agenas.it/.
10. Agenzia per l'Italia Digitale (AGID): https://www.agid.gov.it/it.
11. Assemblea Generale delle Nazioni Unite (UNGA): "Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne", 1993.
12. Brennan P. M. et al.: "Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score: an extended index of clinical severity.", J Neurosurg, Apr 10:1-9, 2018.
13. Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, 18/12/2000.
14. Centro antiveleni di Milano: https://www.centroantiveleni.org/index.php.
15. Challen K. et al.: "Physiological-social score (PMEWS) vs. CURB-65 to triage pandemic influenza: a comparative validation study using community-acquired pneumonia as a proxy.", BMC Health Services Research, Mar 1;7:33, 2007.
16. Circolare INPS n. 79/2017 ("Riduzione del periodo di prognosi riportato nel certificato attestante la temporanea incapacità lavorativa per malattia.").
17. Circolare INPS n. 82/2017 ("Telematizzazione del certificato medico di gravidanza – art. 21 del T.U. maternità/paternità, così modificato dal D.Lgs. n. 179/2016.").
18. Circolare ministeriale n. 1/2018 ("Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.". Prime indicazioni operative.").
19. Circolare ministeriale n. 5/2000 ("Indicazioni applicative del D.Lgs. n. 286/1998 e disposizioni in materia di assistenza sanitaria.").
20. Circolare ministeriale n. 43/2000 ("Art. 12, L. n. 53/2000, recante disposizioni in materia di flessibilità dell'astensione obbligatoria nel periodo di gestazione e puerperio della donna lavoratrice.").
21. Circolare ministeriale n. 20024/2108 ("Indicazioni in merito alla vaccinazione antitetanica.").
22. Circolare n. 2/2010/DFP/DDI ("Art. 55-septies del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. n. 150/2009 - Trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Indicazioni operative.").
23. Circolare n. 1/2011/DFP/DDI ("Art. 55-septies del D.Lgs. n. 165/2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. n. 150/2009 - Trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Ulteriori indicazioni.").
24. Circolare regionale (Regione Toscana) AOOGRT-111576-A.090.010 del 25-03-2016.
25. Codice civile.
26. Codice di deontologia medica.
27. Codice di procedura penale.
28. Codice penale.
29. Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), mozione 30/01/2020: "Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita.".
30. Consiglio di Stato, parere n. 01298/2018: "Richiesta di parere in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.".
31. Consiglio di Stato, sentenza, n. 1276/2014.
32. Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (Co.Ge.A.P.S.): http://wp.cogeaps.it/.
33. Contratto di formazione specialistica (art. 37 del D.Lgs. n. 368/1999 e successive modifiche).
34. Convegno di studi "Il testamento biologico", 06/03/2009: "Il caso Englaro: commento alle sentenze della Suprema Corte di Cassazione".
35. Convenzione di Istanbul ("Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica.").
36. Corte Costituzionale, sentenza n. 616/1987.
37. Corte Costituzionale, sentenza n. 438/2008.
38. Corte Costituzionale, sentenza n. 242/2019.
39. Corte Costituzionale, sentenza n. 76/2025.
40. Corte dei Conti Puglia, sentenza n. 706/2018.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

41. Corte di Appello Brescia (Sezione II), sentenza n. 4/2019.
42. Corte di Cassazione, ordinanza n. 8738/2026.
43. Corte di Cassazione (Civile), sentenza n. 2847/1995.
44. Corte di Cassazione (Civile), sentenza n. 6808/1996.
45. Corte di Cassazione (Civile), sentenza n. 9762/1996.
46. Corte di Cassazione (Civile), sentenza n. 1947/1998.
47. Corte di Cassazione (Sezione Civile I), sentenza n. 21748/2007.
48. Corte di Cassazione (Sezione Civile III), sentenze dalla n. 28985/2019 alla n. 28994/2019.
49. Corte di Cassazione (Sezione Penale II), sentenza n. 5923/1994.
50. Corte di Cassazione (Sezione Penale IV), sentenza n. 47748/2018.
51. Corte di Cassazione (Sezione Penale V), sentenza del 31/01/1992.
52. Corte di Cassazione (Sezione Penale V), sentenza del 18/03/1999.
53. Corte di Cassazione (Sezioni Unite Penali), sentenza n. 31/2017.
54. CredibleMeds: https://crediblemeds.org/index.php/drugsearch.
55. Decreto 17/10/2017 n. 206 ("Regolamento recante modalità per lo svolgimento delle visite fiscali e per l'accertamento delle assenze dal servizio per malattia, nonché l'individuazione delle fasce orarie di reperibilità, ai sensi dell'articolo 55-septies, comma 5-bis, del D.Lgs. n. 165/2001.").
56. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26/03/2008 ("Attuazione dell'art. 1, coma 810, lettera c), della L. n. 296/2006, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività.").
57. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12/01/2017 ("Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. n. 502/1992.").
58. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24/11/2017 ("Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza sociosanitaria alle donne vittime di violenza.").
59. Decreto del Presidente della Repubblica n. 68/2005 ("Regolamento recante disposizioni per l'utilizzo della posta elettronica certificata, a norma dell'art. 27 della legge n. 3/2003.").
60. Decreto del Presidente della Repubblica n. 221/1950 ("Approvazione del regolamento per la esecuzione del D.Lgs. n. 233/1946, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.").
61. Decreto del Presidente della Repubblica n. 600/1973 ("Disposizioni comuni in materia di accertamento delle imposte sui redditi.").
62. Decreto del Presidente della Repubblica n. 285/1990 ("Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.").
63. Decreto del Presidente della Repubblica n. 390/1990 ("Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.").
64. Decreto del Presidente della Repubblica n. 495/1992 ("Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada.").
65. Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965 ("Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.").
66. Decreto del Presidente della Repubblica n. 1518/1967 ("Regolamento per l'applicazione del titolo III del D.P.R. n. 264/1961, relativo ai servizi di medicina scolastica").
67. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 493/2004 ("Livelli essenziali di assistenza - Indirizzi alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa.").
68. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 595/2005 ("Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione (allegato 2b, DPCM 29/11/2001). Percorso assistenziale per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriale.").
69. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 604/2019 ("PRGLA, Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021").
70. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 785/2010 ("ACN medici di medicina generale. Intesa 29 luglio 2009: approvazione schema di accordo regionale.").
71. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 785/2023 ("Indirizzi per il governo della domanda delle prestazioni specialistiche territoriali.").
72. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 808/2012 ("DGR n. 753/2012: "Rimodulazione dei livelli di

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, di cui alle delibere GR n. 722/2011 e n. 867/2011 e relative delibere attuative.”. Disposizioni integrative.”).

73. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 1001/2012 (“DGR n. 753/2012: “Disposizioni per la definizione di un tetto massimo per il pagamento del contributo sulla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini.”. Disposizioni integrative.”).
74. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 1038/2005 (“Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei Medici di Medicina Generale/Pediatria di Libera Scelta, degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti.”).
75. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 1162/2013 (“Indirizzi procedurali ed organizzativi per l'attuazione della LR n. 18/2012, relativamente all'utilizzo di talune tipologie di farmaci nell'ambito del servizio sanitario regionale.”).
76. Decreto della Giunta Regionale Toscana n. 1185/2004 (“Trattamento farmacologico dei soggetti allergici – Determinazioni.”).
77. Decreto-Legge n. 50/2017 (“Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo.”).
78. Decreto-Legge n. 90/2014 (“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.”).
79. Decreto-Legge n. 95/2012 (“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario.”).
80. Decreto-Legge n. 98/2011 (“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.”).
81. Decreto-Legge n. 185/2008 (“Misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale.”).
82. Decreto Legislativo n. 30/2007 (“Attuazione della direttiva 1004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell’Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri.”).
83. Decreto Legislativo n. 38/2000 (“Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell’articolo 55, comma 1, della L. n. 144/1999.”).
84. Decreto Legislativo n. 75/2017 (“Modifiche ed integrazioni al D.Lgs. n. 165/2001, ai sensi degli articoli 16, commi 1, lettera a), e 2, lettere b), c), d) ed e) e 17, comma 1, lettere a), c), e), f), g), h), i), m), n), o), q), r), s) e z), della L. n. 124/2015, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.”).
85. Decreto Legislativo n. 81/2008 (“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.”).
86. Decreto Legislativo n. 119/2011 (“Attuazione dell’art. 23 della L. n. 183/2010, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi.”).
87. Decreto Legislativo n. 142/2015 (“Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all’accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale.”).
88. Decreto Legislativo n. 151/2001 (“Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell’art. 15 della L. n. 53/2000.”).
89. Decreto Legislativo n. 151/2015 (“Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della L. n. 183/2014.”).
90. Decreto Legislativo n. 165/2001 (“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.”).
91. Decreto Legislativo n. 196/2003 (“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).”).
92. Decreto Legislativo n. 219/2006 (“Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.”).
93. Decreto Legislativo n. 285/1992 (“Nuovo codice della strada.”).

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

94. Decreto Legislativo n. 286/1998 ("Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.").
95. Decreto Legislativo n. 502/1992 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge n. 421/1992.").
96. Decreto Legislativo n. 539/1992 ("Attuazione della direttiva 92/26/CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano.").
97. Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato n. 233/1946 ("Ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse.").
98. Decreto Ministeriale 15/12/1990 ("Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive.").
99. Decreto Ministeriale 03/11/1999 n. 509 ("Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.").
100. Decreto Ministeriale 18/05/2001 ("Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. n. 124/1998.").
101. Decreto Ministeriale 31/03/2008 ("Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali.").
102. Decreto Ministeriale 26/02/2010 ("Definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC.").
103. Decreto ministeriale 18/04/2012 ("Modifica al decreto 26/02/2010, recante definizione delle modalità tecniche per la predisposizione e l'invio telematico dei dati delle certificazioni di malattia al SAC").
104. Decreto Ministeriale 10/06/2014 ("Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 139 del Testo Unico approvato con Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124/1965 e successive modificazioni e integrazioni.").
105. Decreto Ministeriale 08/08/2014 ("Approvazione delle linee guida in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica.").
106. Decreto Ministeriale 31/07/2015 ("Specifiche tecniche e modalità operative relative alla trasmissione telematica delle spese sanitarie al Sistema Tessera Sanitaria, da rendere disponibili all'Agenzia delle entrate per la dichiarazione dei redditi precompilata.").
107. Decreto Ministeriale 09/11/2015 ("Funzioni di Organismo statale per la cannabis previsto dagli articoli 23 e 28 della convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, come modificata nel 1972.").
108. Decreto Ministeriale 24/11/2015 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 179/2012, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.").
109. Decreto Ministeriale 11/01/2016 ("Integrazioni e modificazioni al D.M. 15/07/1986, concernente le visite mediche di controllo dei lavoratori da parte dell'INPS.").
110. Decreto Ministeriale 03/02/2016 ("Indirizzi medico-legali da osservare per l'accertamento dell'idoneità alla guida dei soggetti affetti da disturbi del sonno da apnee ostruttive notturne, o sospettati di essere affetti da tale malattia.").
111. Decreto Ministeriale 10/12/2019 n. 168 ("Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).").
112. Decreto Ministeriale 07/03/2022 ("Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL).").
113. Decreto Ministeriale 22/03/2024 ("Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della Legge n. 193/2023.").
114. Decreto Ministeriale 05/07/2024 ("Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.").
115. Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne, 20/12/1993.
116. Drug interaction checker (Medscape): http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker?cid=med.
117. Dwyer R.et al.: "Improvement of CRB-65 as a prognostic tool in adult patients with community-acquired pneumonia.", BMJ Open Respiratory Research, Jul 8;1(1):e000038, 2014.
118. ENPAM, Le guide del giornale della previdenza: "Dalla pensione alla laurea", 2023.
119. Farmacopea ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS): http://old.iss.it/farc/?lang=1&id=58&tipo=5.
120. Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG): "Il contributo della commissione fi-

Commissione Giovani Medici OMCeO Siena

sco FIMMG nella evoluzione della professione del Medico di Medicina Generale", 2023.
121. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO): "La certificazione medica", Zadig Editore (collana "iBucchi"), 2018.
122. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO): "Guida alla professione medica e odontoiatrica", 2020.
123. FederNotizie: "Questioni in tema di Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e attività notarile".
124. Fondazione ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri): https://www.enpam.it.
125. Fondazione ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri): "Dalla laurea alla pensione", Il Giornale Della Previdenza n. 4/2023.
126. Fondazione ONAOSI: "Statuto", 2017.
127. Fondazione ONAOSI: https://www.onaosi.it/.
128. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL): https://www.inail.it/cs/internet/home.html.
129. Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS): https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx.
130. Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS): "Certificazione di malattia e visite mediche di controllo per i lavoratori privati e pubblici – Come funziona il certificato di malattia telematico.".
131. Istituto Nazionale Previdenza Sociale (INPS): documento "INPS informa", emesso il 08/11/2012.
132. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (IRCCS): https://intercheckweb.marionegri.it/.
133. Legge n. 2/2009 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 185/2008, recante misure urgenti per il sostegno a famiglie, lavoro, occupazione e impresa e per ridisegnare in funzione anti-crisi il quadro strategico nazionale.").
134. Legge n. 24/2017 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.").
135. Legge n. 41/2016 ("Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al D.Lgs. n. 285/1992 e al D.Lgs. n. 274/2000.").
136. Legge n. 53/2000 ("Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città.").
137. Legge n. 79/2014 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 36/2014, recante disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al D.P.R. n. 309/1990, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio Sanitario Nazionale.").
138. Legge n. 94/1998 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 23/1998, recante disposizioni urgenti in materia di sperimentazioni cliniche in campo oncologico e altre misure in materia sanitaria.").
139. Legge n. 98/2013 ("Conversione, con modificazioni, del D.L. n. 69/2013: Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia.").
140. Legge n. 104/1992 ("Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.").
141. Legge n. 118/1971 ("Conversione in legge del D.L. n. 5/1971e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.").
142. Legge n. 133/2008 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 112/2008, recante disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria.").
143. Legge n. 138/2001 ("Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici.").
144. Legge n. 145/2018 ("Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.").
145. Legge n. 168/2023 ("Disposizioni per il contrasto della violenza sulle donne e della violenza domestica.").
146. Legge n. 180/1978 ("Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.").
147. Legge n. 190/2014 ("Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2015).").
148. Legge n. 193/2023 ("Disposizione per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche.").

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

149. Legge n. 194/1978 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.").
150. Legge n. 203/2000 ("Erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale dei farmaci di classe C a favore dei titolari di pensioni di guerra diretta.").
151. Legge n. 219/2017 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.").
152. Legge n. 221/2012 ("Conversione in Legge, con modificazioni, del D.L. n. 179/2012, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese.").
153. Legge n. 222/1984 ("Revisione della disciplina della invalidità pensionabile.").
154. Legge n. 244/2007 ("Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008).").
155. Legge n. 289/2002 ("Disposizioni di carattere finanziario (Legge finanziaria 2003).").
156. Legge n. 381/1970 ("Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti e delle misure dell'assegno di assistenza ai sordomuti.").
157. Legge n. 449/1997 ("Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica.").
158. Legge n. 526/1999 ("Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee; Legge comunitaria 1999.").
159. Legge n. 648/1996 ("Conversione in Legge del D.L. n. 536/1996, recante misure per il contenimento della spesa farmaceutica e la rideterminazione del tetto di spesa per l'anno 1996.").
160. Legge n. 662/1996 ("Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.").
161. Legge n. 1204/1971 ("Tutela delle lavoratrici madri.").
162. Liuzzo Lasagna P.: "La violenza di genere e la Medicina Generale", 2017.
163. Messaggio INPS n. 1074/2018 ("Indennità di malattia. Permanenza prolungata di pazienti presso le Unità operative di Pronto Soccorso. Istruzioni operative.").
164. Messaggio INPS n. 3883/2019 ("Direzione Centrale Sostegno alla non autosufficienza, invalidità civile e altre prestazioni, Coordinamento Generale Legale.").
165. Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/home.html.
166. Numero antiviolenza e stalking: https://www.1522.eu/.
167. Ordinanza Ministeriale 03/03/2009 ("Ordinanza contingibile ed urgente concernente la tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani.").
168. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) della provincia di Gorizia: "Il certificato di malattia – L'indennità di malattia a carico INPS, raccolta della normativa vigente", maggio 2024.
169. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO) della provincia di Siena: http://www.omceosiena.it.
170. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "Come rispondere alla violenza del partner e alla violenza sessuale contro le donne.", 2013.
171. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "World report on violence and health", 2002.
172. Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere (ONDA): "Donne e violenza domestica: diamo voce al problema – Raccomandazioni sulla violenza sulle donne (intimate partner violence) per operatori sanitari", 2010.
173. Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna e di Genere (ONDA): https://www.ondaosservatorio.it/.
174. Piano Nazionale di Governo delle Lista di Attesa (PNGLA) 2019-2021.
175. Piano Regionale di Governo delle Lista di Attesa (PRGLA) 2019-2021.
176. Provvedimento n. 89757/2018 dell'Agenzia delle Entrate ("Regole tecniche per l'emissione e la ricezione delle fatture elettroniche per le cessioni di beni e le prestazioni di servizi effettuate tra soggetti residenti, stabiliti o identificati nel territorio dello Stato e per le relative variazioni, utilizzando il Sistema di Interscambio, nonché per la trasmissione telematica dei dati delle operazioni di cessione di beni e prestazioni di servizi transfrontaliere e per l'attuazione delle ulteriori disposizioni di cui all'articolo 1, commi 6, 6-bis e 6-ter, del D.Lgs. n. 127/2015.").
177. Regione Toscana: http://www.regione.toscana.it/home.
178. Risoluzione n. 98/E/2015 dell'Agenzia delle Entrate ("Consulenza giuridica – Fatturazione delle prestazioni rese dai Medici di Medicina Generale operanti in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, art. 21 del D.P.R. n. 633/1972.").
179. Risposta n. 54/2019 dell'Agenzia delle Entrate ("Interpello articolo 11, comma 1, lett. a, Legge n.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

212/2000: Medici di base –Modalità di assolvimento degli obblighi di certificazione.”).
180. Senato della Repubblica: “Costituzione della Repubblica Italiana”, Tipografia del Senato, 2012.
181. Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) dell’Istituto Superiore di Sanità (ISS): https://snlg.iss.it/.
182. Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG): “La gestione della sindrome influenzale”, 2008.
183. Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS): https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/web/guest.
184. Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS): “Manuale d’uso certificati di malattia” (http://www.omceo-ra.it/wp-content/uploads/2012/03/Manuale-Certificati-di-Malattia.pdf).

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

SEZIONE G

ALLEGATI

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

Tutti gli allegati citati nel presente testo sono liberamente scaricabili dall'Area Giovani del sito dell'OMCeO di Siena: www.omceosiena.it/professione/professione-medica/area-giovani.

Gli allegati presenti sono i seguenti:

1) All. A - Codice deontologico
2) All. B - Scheda di prescrizione per i dispositivi di controllo della glicemia
3) All. C - Certificato cartaceo di malattia INPS
4) All. D - Certificato di riacquisto della capacità lavorativa
5) All. E - Certificato cartaceo di malattia
6) All. F - Certificato giustificativo di assenza
7) All. G - Certificato per la riammissione (attività scolastica o lavorativa per gli alimentaristi)
8) All. H - Certificato di esonero dall'attività fisica scolastica
9) All. I - Constatazione di decesso
10) All. J - Certificato anamnestico per il rilascio della patente di guida
11) All. K - Certificato per il rinnovo del contrassegno invalidi
12) All. L - Certificato per l'idoneità agli sport non agonistici
13) All. M - Documento per l'IVG entro 90 giorni
14) All. N - Certificato anamnestico per porto-detenzione di armi
15) All. O - Certificato di oblio oncologico
16) All. P - Certificato di condizioni cliniche psichiche e cognitive in ambito medico-legale
17) All. Q - Certificato a uso assicurativo
18) All. R - Certificato per il trasporto di farmaci
19) All. S - Certificato per l'idoneità sanitaria all'adozione
20) All. T - Proposta di ASO o TSO
21) All. U - Referto
22) All. V - Moduli per segnalare la sostituzione di un MMG
23) All. W - Scheda di notifica di malattia professionale
24) All. X - Scheda di notifica delle malattie infettive
25) All. Y - Scheda di notifica di morso di animale

Data l'utilità di questi elaborati, consigliamo di stamparli e tenerli in borsa per poterne usufruire durante la propria attività professionale.

Per le sostituzioni ai MMG in provincia di Siena, inoltre, è utile sapere che il sito dell'Azienda USL Toscana Sud-Est ha una pagina dedicata ad una serie di moduli per gli esami diagnostici (ecografia, RM, TC, colonscopia, gastroscopia), comprendenti anche le spiegazioni per la preparazione agli esami stessi.
Il link per l'accesso a questa pagina è il seguente: www.uslsudest.toscana.it/come-fare-per/prenotare-visite-o-esami/preparazioni-e-moduli-per-esami-diagnostici.

Commissione Giovani Medici, OMCeO Siena

CODICE DEONTOLOGICO

SOMMARIO

TITOLO I: CONTENUTI E FINALITÀ. 5

Art. 1: Definizione. 5

Art. 2: Potestà disciplinare. 5

TITOLO II: DOVERI E COMPETENZE DEL MEDICO. 5

Art. 3: Doveri generali e competenze del medico. 5

Art. 4: Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico. 5

Art. 5: Promozione della salute, ambiente e salute globale. 5

Art. 6: Qualità professionale e gestionale. 5

Art. 7: Status professionale. 6

Art. 8: Dovere di intervento. 6

Art. 9: Calamità. 6

Art. 10: Segreto professionale. 6

Art. 11: Riservatezza dei dati personali. 6

Art. 12: Trattamento dei dati sensibili. 6

Art. 13: Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. 6

Art. 14: Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure. 7

Art. 15: Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali. 7

Art. 16: Procedure diagnostiche ed interventi terapeutici non proporzionati. 7

Art. 17: Atti finalizzati a provocare la morte. 7

Art. 18: Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica. 8

Art. 19: Aggiornamento e formazione professionale permanente. 8

TITOLO III: RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA. 8

Art. 20: Relazione di cura. 8

Art. 21: Competenza professionale. 8

Art. 22: Rifiuto di prestazione professionale. 8

Art. 23: Continuità delle cure. 8

Art. 24: Certificazione. 8

Art. 25: Documentazione sanitaria. 8

Art. 26: Cartella clinica. 8

Art. 27: Libera scelta del medico e del luogo di cura. 9

Art. 28: Risoluzione del rapporto fiduciario. 9
Art. 29: Cessione di farmaci. 9
Art. 30: Conflitto di interessi. 9
Art. 31: Accordi illeciti nella prescrizione. 9
Art. 32: Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili. 9
TITOLO IV: INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE. CONSENSO E DISSENSO. 9
Art. 33: Informazione e comunicazione con la persona assistita. 9
Art. 34: Informazione e comunicazione a terzi. 10
Art. 35: Consenso e dissenso informato. 10
Art. 36: Assistenza di urgenza e di emergenza. 10
Art. 37: Consenso o dissenso del rappresentante legale. 10
Art. 38: Dichiarazioni anticipate di trattamento. 10
Art. 39: Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza. 10
TITOLO V: TRAPIANTI DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE. 11
Art. 40: Donazione di organi, tessuti e cellule. 11
Art. 41: Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto. 11
TITOLO VI: SESSUALITÀ, RIPRODUZIONE E GENETICA. 11
Art. 42: Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione. 11
Art. 43: Interruzione volontaria di gravidanza. 11
Art. 44: Procreazione medicalmente assistita. 11
Art. 45: Interventi sul genoma umano. 11
Art. 46: Indagini predittive. 11
TITOLO VII: RICERCA E SPERIMENTAZIONE. 12
Art. 47: Sperimentazione scientifica. 12
Art. 48: Sperimentazione umana. 12
Art. 49: Sperimentazione clinica. 12
Art. 50: Sperimentazione sull’animale. 12
TITOLO VIII: TRATTAMENTO MEDICO E LIBERTÀ PERSONALE. 12
Art. 51: Soggetti in stato di limitata libertà personale. 12
Art. 52: Tortura e trattamenti disumani. 12
Art. 53: Rifiuto consapevole di alimentarsi. 13
TITOLO IX: ONORARI PROFESSIONALI, INFORMAZIONE E PUBBLICITÀ SANITARIA. 13
Art. 54: Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile. 13

Art. 55: Informazione sanitaria. 13
Art. 56: Pubblicità informativa sanitaria. 13
Art. 57: Divieto di patrocinio a fini commerciali. 13
TITOLO X: RAPPORTI CON I COLLEGHI. 13
Art. 58: Rapporti tra colleghi. 13
Art. 59: Rapporti con il medico curante. 14
Art. 60: Consulto e consulenza. 14
Art. 61: Affidamento degli assistiti. 14
TITOLO XI: ATTIVITÀ MEDICO-LEGALE. 14
Art. 62: Attività medico-legale. 14
Art. 63: Medicina fiscale. 14
TITOLO XII: RAPPORTI INTRA- E INTERPROFESSIONALI. 15
Art. 64: Rapporti con l'Ordine professionale. 15
Art. 65: Società tra professionisti. 15
Art. 66: Rapporto con altre professioni sanitarie. 15
Art. 67: Prestanomismo e favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione. 15
TITOLO XIII: RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE. 15
Art. 68: Medico operante in strutture pubbliche e private. 15
Art. 69: Direzione sanitaria e responsabile sanitario. 16
Art. 70: Qualità ed equità delle prestazioni. 16
TITOLO XIV: MEDICINA DELLO SPORT. 16
Art. 71: Valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva. 16
Art. 72: Valutazione del mantenimento dell'idoneità all'attività sportiva agonistica. 16
Art. 73: Doping. 16
TITOLO XV: TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA. 17
Art. 74: Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie. 17
Art. 75: Prevenzione, assistenza e cura delle dipendenze fisiche o psichiche. 17
TITOLO XVI: MEDICINA POTENZIATIVA ED ESTETICA. 17
Art. 76: Medicina potenziativa ed estetica. 17
TITOLO XVII: MEDICINA MILITARE. 17
Art. 77: Medicina militare. 17
TITOLO XVIII: INFORMATIZZAZIONE ED INNOVAZIONE SANITARIA. 17
Art. 78: Tecnologie informatiche. 17
Art. 79: Innovazione ed organizzazione sanitaria. 18

DISPOSIZIONE FINALE 18
CONFLITTO DI INTERESSI - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 30 18
SPERIMENTAZIONE SCIENTIFICA - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 47 19
TECNOLOGIE INFORMATICHE - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 78 20
GIURAMENTO PROFESSIONALE 21
Il giuramento di Ippocrate (testo classico) 21
Il nuovo giuramento 22

TITOLO I: CONTENUTI E FINALITÀ.

Art. 1: **Definizione.**
Il Codice di deontologia medica - di seguito indicato con il termine "Codice" - identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra - di seguito indicati con il termine "medico" - iscritti ai rispettivi Albi professionali.
Il Codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione.
Il Codice regola anche i comportamenti assunti al di fuori dell'esercizio professionale quando ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro della professione.
Il medico deve conoscere e rispettare il Codice e gli indirizzi applicativi allegati.
Il medico deve prestare il giuramento professionale che è parte costitutiva del Codice stesso.

Art. 2: Potestà disciplinare.
L'inosservanza o la violazione del Codice, anche se derivante da ignoranza, costituisce illecito disciplinare, valutato secondo le procedure e nei termini previsti dall'ordinamento professionale.
Il medico segnala all'Ordine professionale territorialmente competente - di seguito indicato con il termine "Ordine" - ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti in contrasto con il Codice.

TITOLO II: DOVERI E COMPETENZE DEL MEDICO.

Art. 3: Doveri generali e competenze del medico.
Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore ed il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.
Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate ed ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e
non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca.
La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità.
Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice.

Art. 4: Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico.
L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.
Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

Art. 5: Promozione della salute, ambiente e salute globale.
Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.
Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

Art. 6: Qualità professionale e gestionale.
Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti.

Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure.

Art. 7: Status professionale.
In nessun caso il medico abusa del proprio status professionale.
Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene per vantaggio professionale.
Il medico valuta responsabilmente la propria condizione psico-fisica in rapporto all'attività professionale.

Art. 8: Dovere di intervento.
Il medico in caso di urgenza, indipendentemente dalla sua abituale attività, deve prestare soccorso e comunque attivarsi tempestivamente per assicurare idonea assistenza.

Art. 9: Calamità.
Il medico in ogni situazione di calamità deve porsi a disposizione dell'Autorità competente.

Art. 10: Segreto professionale.
Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale.
La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale.
Il medico informa i collaboratori e discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto.
La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero nocumento per la persona assistita o per altri.
La rivelazione è ammessa esclusivamente se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o dall'adempimento di un obbligo di legge.
Il medico non deve rendere all'Autorità competente in materia di giustizia e di sicurezza testimonianze su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale.
La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale.

Art. 11: Riservatezza dei dati personali.
Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza, in particolare dei dati inerenti alla salute ed alla vita sessuale.
Il medico assicura la non identificabilità dei soggetti coinvolti nelle pubblicazioni o divulgazioni scientifiche di dati e studi clinici.
Il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati stessi.

Art. 12: Trattamento dei dati sensibili.
Il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa o del suo rappresentante legale e nelle specifiche condizioni previste dall'ordinamento.

Art. 13: Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.
La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.
Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.
L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.
Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni,

controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici.
Il medico segnala tempestivamente all'Autorità competente le reazioni avverse o sospette da farmaci e gli eventi sfavorevoli o sospetti derivanti dall'utilizzo di presidi biomedicali.
Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica, se la loro tollerabilità ed efficacia è scientificamente fondata e i rischi sono proporzionati ai benefici attesi; in tali casi motiva l'attività, acquisisce il consenso informato scritto del paziente e valuta nel tempo gli effetti.
Il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell'ordinamento.
Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo.
Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente.
Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete.

Art. 14: Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure.

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:

- l'adesione alle buone pratiche cliniche;
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause;
- lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure;
- la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, "quasi-errori" ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

Art. 15: Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali.

Il medico può prescrivere ed adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.
Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.
Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.
Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica.

Art. 16: Procedure diagnostiche ed interventi terapeutici non proporzionati.

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche ed interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.
Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.
Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Art. 17: Atti finalizzati a provocare la morte.

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.
La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.

Art. 18: Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica.
I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.

Art. 19: Aggiornamento e formazione professionale permanente.
Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori.
Il medico assolve agli obblighi formativi.
L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze.

TITOLO III: RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA.

Art. 20: Relazione di cura.
La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.
Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

Art. 21: Competenza professionale.
Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

Art. 22: Rifiuto di prestazione professionale.
Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave ed immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

Art. 23: Continuità delle cure.
Il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venire meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita.
Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, indica al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Art. 24: Certificazione.
Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.

Art. 25: Documentazione sanitaria.
Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o del suo rappresentante legale o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.
Il medico, nei casi di arruolamento in protocolli di ricerca, registra i modi e i tempi dell'informazione e del consenso informato anche relativamente al trattamento dei dati sensibili.

Art. 26: Cartella clinica.
Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.
Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua

redazione.
Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione ed i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

Art. 27: Libera scelta del medico e del luogo di cura.
La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce diritto della persona.
È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influenzare la libera scelta della persona assistita, pur essendo consentito indicare, se opportuno e nel suo esclusivo interesse, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso.

Art. 28: Risoluzione del rapporto fiduciario.
Il medico, se ritiene interrotto il rapporto di fiducia con la persona assistita o con il suo rappresentante legale, può risolvere la relazione di cura con tempestivo e idoneo avviso, proseguendo la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui sono trasmesse le informazioni e la documentazione utili alla continuità delle cure, previo consenso scritto della persona assistita.

Art. 29: Cessione di farmaci.
Il medico non può cedere farmaci a scopo di lucro.

Art. 30: Conflitto di interessi.
Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura.
Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati.

Art. 31: Accordi illeciti nella prescrizione.
Al medico è vietata ogni forma di prescrizione concordata che possa procurare o procuri a se stesso o a terzi un illecito vantaggio economico o altre utilità.

Art. 32: Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili.
Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psicofisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.
Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.
Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.
Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

TITOLO IV: INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE. CONSENSO E DISSENSO.

Art. 33: Informazione e comunicazione con la persona assistita.
Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.
Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in

particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.
Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.
Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

Art. 34: Informazione e comunicazione a terzi.
L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso dalla persona assistita, fatto salvo quanto previsto agli artt. 10 e 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.
Il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie gli eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Art. 35: Consenso e dissenso informato.
L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.
Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.
Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.
Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.

Art. 36: Assistenza di urgenza e di emergenza.
Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.

Art. 37: Consenso o dissenso del rappresentante legale.
Il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso od il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici.
Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Art. 38: Dichiarazioni anticipate di trattamento.
Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.
La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.
Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.
Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Art. 39: Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza.
Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore ed al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.
Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

TITOLO V: TRAPIANTI DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE.

Art. 40: Donazione di organi, tessuti e cellule.
Il medico promuove la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule, collaborando all'informazione dei cittadini e sostenendo donatori e riceventi.

Art. 41: Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto.
Il prelievo da cadavere di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto terapeutico è praticato nel rispetto dell'ordinamento garantendo la corretta informazione dei familiari.
Il prelievo da vivente è aggiuntivo e non sostitutivo del prelievo da cadavere ed il medico, nell'acquisizione del consenso informato scritto, si adopera per la piena comprensione dei rischi da parte del donatore e del ricevente.
Il medico non partecipa ad attività di trapianto nelle quali la disponibilità di organi, tessuti e cellule abbia finalità di lucro.

TITOLO VI: SESSUALITÀ, RIPRODUZIONE E GENETICA.

Art. 42: Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.
Il medico, al fine di tutelare la salute individuale e collettiva e la procreazione cosciente e responsabile, fornisce ai singoli e alla coppia ogni idonea informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.

Art. 43: Interruzione volontaria di gravidanza.
Gli atti medici connessi all'interruzione volontaria di gravidanza operati al di fuori dell'ordinamento sono vietati e costituiscono grave infrazione deontologica, tanto più se compiuti a scopo di lucro.
L' obiezione di coscienza si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna.

Art. 44: Procreazione medicalmente assistita.
Le indicazioni e le correlate procedure diagnostiche e i trattamenti terapeutici relativi alla procreazione medicalmente assistita sono di esclusiva competenza del medico che opera in autonomia e responsabilità e nel rispetto dell'ordinamento.
Il medico prospetta alla coppia le opportune soluzioni fondate su accreditate acquisizioni scientifiche e informa sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità, sui rischi per la salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione.
È vietata ogni pratica di procreazione medicalmente assistita a fini di selezione etnica o genetica; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca e ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali.
Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza, senza esimere il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della coppia.

Art. 45: Interventi sul genoma umano.
Il medico prescrive ed attua interventi al genoma umano per esclusivi fini di prevenzione, diagnosi e cura di condizioni patologiche o a queste predisponenti e per la ricerca di nuovi trattamenti diagnostico-terapeutici appropriati ed efficaci.
Il medico garantisce idonea informazione sui rischi connessi alle procedure ed alle loro possibilità di successo acquisendo il consenso scritto.

Art. 46: Indagini predittive.
Il medico prescrive o esegue indagini predittive con il consenso scritto del soggetto interessato o del suo rappresentante legale, che sono gli unici destinatari dei dati e delle relative informazioni.
Il medico informa la persona interessata sul significato e sulle finalità dell'indagine, sull'effettiva probabilità di attendibile predizione, sulla fattibilità di interventi terapeutici disponibili ed efficaci e sulla possibilità di conseguenze negative sulla qualità di vita conseguenti alla conoscenza dei risultati.
Il medico non prescrive né esegue test predittivi richiesti e prodotti a fini meramente assicurativi od occupazionali.
Le indagini predittive in gravidanza, destinate alla tutela della salute della donna e del nascituro, sono consentite se

autorizzate in forma scritta dalla gestante, successivamente a idonea informazione.

TITOLO VII: RICERCA E SPERIMENTAZIONE.

Art. 47: Sperimentazione scientifica.

Il medico nell'attività di sperimentazione persegue il progresso della medicina fondandolo sulla ricerca scientifica, il cui obiettivo primario è quello di migliorare le conoscenze e gli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici al fine di tutelare la salute e la vita.
La ricerca scientifica si avvale anche della sperimentazione umana e animale, programmata e attuata nel quadro dell'ordinamento.
Il medico incentiva modelli alternativi a quelli umani e animali, purché siano fondatamente equivalenti nei profili di efficacia sperimentale.
Il medico sperimentatore si attiene inoltre agli indirizzi applicativi allegati.

Art. 48: Sperimentazione umana.

Il medico attua sull'uomo le sperimentazioni sostenute da protocolli scientificamente fondati e ispirati al principio di salvaguardia della vita e dell'integrità psico-fisica e nel rispetto della dignità della persona.
La sperimentazione sull'uomo è subordinata al consenso informato scritto del soggetto reclutato e alla contestuale e idonea informazione del medico curante indicato dallo stesso.
Il medico informa il soggetto reclutato in merito agli scopi, ai metodi, ai benefici prevedibili e ai rischi, fermo restando il diritto dello stesso di interrompere la sperimentazione in qualsiasi momento, garantendo in ogni caso la continuità assistenziale.
Nel caso di minore o di persona incapace, la sperimentazione è ammessa solo per finalità preventive o terapeutiche relative alla condizione patologica in essere o alla sua evoluzione.
Il medico documenta la volontà del minore e ne tiene conto.

Art. 49: Sperimentazione clinica.

Il medico propone ed attua protocolli sperimentali clinici a fini preventivi o diagnostico-terapeutici su volontari sani e malati se sono scientificamente fondati la loro sicurezza e il razionale della loro efficacia.
La redazione del rapporto finale di una sperimentazione è una competenza esclusiva e non delegabile del medico sperimentatore.
Il medico garantisce che il soggetto reclutato non sia sottratto a consolidati trattamenti indispensabili al mantenimento od al ripristino dello stato di salute.

Art. 50: Sperimentazione sull'animale.

Il medico attua la sperimentazione sull'animale nel rispetto dell'ordinamento e persegue l'impiego di metodi e mezzi idonei a evitare inutili sofferenze.
Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.

TITOLO VIII: TRATTAMENTO MEDICO E LIBERTÀ PERSONALE.

Art. 51: Soggetti in stato di limitata libertà personale.

Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti.
Il medico, nel prescrivere ed attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge.

Art. 52: Tortura e trattamenti disumani.

Il medico in nessun caso collabora, partecipa o presenzia ad esecuzioni capitali, ad atti di tortura, violenza o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.
Il medico non attua mutilazioni o menomazioni non aventi finalità diagnostico-terapeutiche anche su richiesta

dell'interessato.

Art. 53: Rifiuto consapevole di alimentarsi.
Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative costrittive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

TITOLO IX: ONORARI PROFESSIONALI, INFORMAZIONE E PUBBLICITÀ SANITARIA.

Art. 54: Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile.
Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale ed il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste ed ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.
Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.
In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.
Il medico può effettuare visite e prestare gratuitamente la sua opera purché tale comportamento non rivesta una connotazione esclusivamente commerciale, non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

Art. 55: Informazione sanitaria.
Il medico promuove ed attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale.
Il medico, nel collaborare con le istituzioni pubbliche o con i soggetti privati nell'attività di informazione sanitaria e di educazione alla salute, evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni.

Art. 56: Pubblicità informativa sanitaria.
La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente l'attività professionale, i titoli professionali e le specializzazioni, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.
La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere prudente, trasparente, veritiera, obiettiva, pertinente e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria ed è verificata dall'Ordine professionale competente per territorio.
Al medico e alle strutture sanitarie pubbliche e private non sono consentite forme di pubblicità comparativa delle prestazioni.
Il medico non deve divulgare notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate ed accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare infondate attese e speranze illusorie.

Art. 57: Divieto di patrocinio a fini commerciali.
Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non concede patrocinio a forme di pubblicità promozionali finalizzate a favorire la commercializzazione di prodotti sanitari o di qualsivoglia altra natura.

TITOLO X: RAPPORTI CON I COLLEGHI.

Art. 58: Rapporti tra colleghi.
Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione ed al reciproco rispetto delle

competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità.
Il medico affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita, ove coinvolta.
Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese.
Il medico, in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti.

Art. 59: Rapporti con il medico curante.
Il medico curante ed i colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private devono assicurare un rapporto di consultazione, collaborazione ed informazione reciproca.
Il medico che presti la propria opera per competenza specialistica o in situazioni di urgenza è tenuto, previo consenso del paziente o del suo rappresentante legale, a comunicare al medico indicato dagli stessi gli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e le valutazioni cliniche relative.
Il medico fa pervenire la relazione clinica o la lettera di dimissione al medico indicato dal paziente stesso.

Art. 60: Consulto e consulenza.
Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.
Il medico che non condivida una richiesta di consulto o di consulenza formulata dalla persona assistita o dal suo rappresentante legale, può astenersi dal parteciparvi, ma fornisce comunque tutte le informazioni e la documentazione clinica relative al caso.
Lo specialista o il consulente che visiti un paziente in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato, debitamente sottoscritti.

Art. 61: Affidamento degli assistiti.
I medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica.

TITOLO XI: ATTIVITÀ MEDICO-LEGALE.

Art. 62: Attività medico-legale.
L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata, deve evitare situazioni di conflitto di interesse ed è subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.
L'attività medico-legale viene svolta nel rispetto del Codice; la funzione di consulente tecnico e di perito non esime il medico dal rispetto dei principi deontologici che ispirano la buona pratica professionale, essendo in ogni caso riservata al giudice la valutazione del merito della perizia.
Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale.
Il medico, nel rispetto dell'ordinamento, non può svolgere attività medico-legali quale consulente d'ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza, di cura o a qualunque altro titolo, né nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro di qualunque natura giuridica con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.
Il medico consulente di parte assume le evidenze scientifiche disponibili interpretandole nel rispetto dell'oggettività del caso in esame e di un confronto scientifico rigoroso e fondato, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 63: Medicina fiscale.
Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico fa conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione.
Il medico fiscale ed il curante, nel rispetto reciproco dei propri ruoli, non devono esprimere valutazioni critiche sul rispettivo operato.

TITOLO XII: RAPPORTI INTRA- E INTERPROFESSIONALI.

Art. 64: Rapporti con l'Ordine professionale.

Il medico deve collaborare con il proprio Ordine nell'espletamento delle funzioni e dei compiti ad esso attribuiti dall'ordinamento.

Il medico comunica all'Ordine tutti gli elementi costitutivi dell'anagrafica, compresi le specializzazioni e i titoli conseguiti, per la compilazione e la tenuta degli Albi, degli elenchi e dei registri e per l'attività di verifica prevista dall'ordinamento.

Il medico comunica tempestivamente all'Ordine il cambio di residenza, il trasferimento in altra provincia della sua attività, la modifica della sua condizione di esercizio ovvero la cessazione dell'attività.

Il medico comunica all'Ordine le eventuali infrazioni alle regole di reciproco rispetto, di corretta collaborazione tra colleghi e di salvaguardia delle specifiche competenze.

I Presidenti delle rispettive Commissioni di Albo, nell'ambito delle loro funzioni di vigilanza deontologica, possono convocare i colleghi iscritti in altra sede ma esercenti la professione nella provincia di loro competenza, informando l'Ordine di appartenenza al quale competono le eventuali valutazioni disciplinari.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine svolge le specifiche funzioni con diligenza, imparzialità, prudenza e riservatezza.

Art. 65: Società tra professionisti.

Il medico comunica tempestivamente all'Ordine di appartenenza ogni accordo, contratto o convenzione privata per lo svolgimento dell'attività professionale, per tutelarne i profili di autonomia e indipendenza.

Il medico che esercita la professione in forma societaria notifica all'Ordine di appartenenza l'atto costitutivo della società, l'eventuale statuto, tutti i documenti relativi all'anagrafica della società stessa nonché ogni successiva variazione statutaria e organizzativa.

Il medico non può partecipare a intese dirette o indirette con altre professioni sanitarie o categorie professionali per svolgere attività di impresa industriale o commerciale o di altra natura che ne condizionino la dignità, l'indipendenza e l'autonomia professionale.

Il medico che opera a qualsiasi titolo nell'ambito delle forme societarie consentite per l'esercizio della professione, garantisce sotto la propria responsabilità:

- l'esclusività dell'oggetto sociale relativo all'attività professionale di cui agli Albi di appartenenza;
- il possesso di partecipazioni societarie nel rispetto dell'ordinamento;
- la diretta titolarità dei propri atti e delle proprie prescrizioni sempre riconducibili alle competenze dell'Albo di appartenenza;
- il rifiuto di qualsiasi tipo di condizionamento sulla propria autonomia e indipendenza professionale.

Art. 66: Rapporto con altre professioni sanitarie.

Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità.

Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l'osservanza delle regole deontologiche.

Art. 67: Prestanomismo e favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione.

Al medico è vietato collaborare a qualsiasi titolo o di favorire, fungendo da prestanome od omettendo la dovuta vigilanza, chi eserciti abusivamente la professione.

Il medico che venga a conoscenza di prestazioni effettuate da non abilitati alla professione di medico, o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente.

TITOLO XIII: RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.

Art. 68: Medico operante in strutture pubbliche e private.

Il medico che opera in strutture pubbliche o private, concorre alle finalità sanitarie delle stesse ed è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine, indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

Il medico, in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale opera, sollecita l'intervento dell'Ordine al fine di tutelare i diritti dei pazienti e l'autonomia professionale.
In attesa della composizione del contrasto, il medico assicura il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti delle persone a lui affidate e del decoro e dell'indipendenza della propria attività professionale.
Il medico che all'interno del rapporto di lavoro con il servizio pubblico esercita la libera professione, evita comportamenti che possano indebitamente favorirla.

Art. 69: Direzione sanitaria e responsabile sanitario.
Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario di una struttura privata, garantisce il possesso dei titoli e il rispetto del Codice e tutela l'autonomia e la pari dignità dei professionisti all'interno della struttura in cui opera, agendo in piena autonomia nei confronti del rappresentante legale della struttura alla quale afferisce.
Inoltre il medico deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed essere adeguatamente supportato per le competenze relative ad entrambe le professioni di cui all'art. 1 in relazione alla presenza delle stesse nella struttura.
Il medico comunica tempestivamente all'Ordine di appartenenza il proprio incarico nonché l'eventuale rinuncia, collaborando con quello competente per territorio nei compiti di vigilanza sulla sicurezza e la qualità di servizi erogati e sulla correttezza del materiale informativo, che deve riportare il suo nominativo.
Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria o responsabile di struttura non può assumere incarichi plurimi, incompatibili con le funzioni di vigilanza attiva e continuativa.

Art. 70: Qualità ed equità delle prestazioni.
Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita.
Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni.

TITOLO XIV: MEDICINA DELLO SPORT.

Art. 71: Valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva.
La valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva è finalizzata esclusivamente alla tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del soggetto.
Il medico esprime con chiarezza il relativo giudizio in base alle evidenze scientifiche disponibili e provvede a un'adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

Art. 72: Valutazione del mantenimento dell'idoneità all'attività sportiva agonistica.
Il medico fa valere, in qualsiasi circostanza, la propria responsabilità a tutela dell'integrità psico-fisica, in particolare valutando se un atleta possa proseguire la preparazione atletica e l'attività agonistica.
Il medico, in caso di minore, valuta con particolare prudenza che lo sviluppo armonico psico-fisico del soggetto non sia compromesso dall'attività sportiva intrapresa.
Il medico si adopera affinché la sua valutazione sia accolta, denunciandone tempestivamente il mancato accoglimento all'Autorità competente ed all'Ordine.

Art. 73: Doping.
Il medico non consiglia, favorisce, prescrive o somministra trattamenti farmacologici o di altra natura non giustificati da esigenze terapeutiche, che siano finalizzati ad alterare le prestazioni proprie dell'attività sportiva o a modificare i risultati dei relativi controlli.
Il medico protegge l'atleta da pressioni esterne che lo sollecitino a ricorrere a siffatte pratiche, informandolo altresì delle possibili gravi conseguenze sulla salute.

TITOLO XV: TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA.

Art. 74: Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie.
Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle Autorità sanitarie giudiziarie e ad altre Autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dall'ordinamento, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 75: Prevenzione, assistenza e cura delle dipendenze fisiche o psichiche.
Il medico si adopera per la prevenzione, la cura, il recupero clinico e il reinserimento sociale della persona affetta da qualsiasi forma di dipendenza fisica o psichica, nel rispetto dei diritti della stessa, collaborando con le famiglie, le istituzioni socio-sanitarie pubbliche o private e le associazioni di protezione sociale.

TITOLO XVI: MEDICINA POTENZIATIVA ED ESTETICA.

Art. 76: Medicina potenziativa ed estetica.
Il medico, quando gli siano richiesti interventi medici finalizzati al potenziamento delle fisiologiche capacità psico-fisiche dell'individuo, opera, sia nella fase di ricerca che nella pratica professionale, secondo i principi di precauzione, proporzionalità e rispetto dell'autodeterminazione della persona, acquisendo il consenso informato in forma scritta.
Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate.
Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento.

TITOLO XVII: MEDICINA MILITARE.

Art. 77: Medicina militare.
Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra.
Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un triage rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui.
È dovere del medico militare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano deposto le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona.
In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare.

TITOLO XVIII: INFORMATIZZAZIONE ED INNOVAZIONE SANITARIA.

Art. 78: Tecnologie informatiche.
Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche.
Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita.
Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e

sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati.

Art. 79: Innovazione ed organizzazione sanitaria.
Il medico partecipa e collabora con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti agli individui e alla collettività, opponendosi a ogni condizionamento che lo distolga dai fini primari della medicina.
Il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria.

DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri recepiscono il presente Codice, nel quadro dell'azione di indirizzo e di coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e ne garantiscono il rispetto.
Gli Ordini provvedono a consegnare ufficialmente il Codice, o comunque a renderlo noto ai singoli iscritti agli Albi e a svolgere attività formative e di aggiornamento in materia di etica e di deontologia medica.
Le regole del Codice saranno oggetto di costante valutazione da parte della FNOMCeO al fine di garantirne l'aggiornamento.

CONFLITTO DI INTERESSI - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 30

Le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura possono manifestarsi nella ricerca e divulgazione scientifica, nella formazione e aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici, nell'attività di consulenza e di pubblico ufficiale e nei rapporti con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la pubblica amministrazione.

1. I medici non devono accettare elargizioni o altre utilità che possano limitare l'appropriatezza delle proprie decisioni inerenti all'esercizio professionale.
2. Nel rispetto dei principi di legalità e trasparenza i medici possono ricevere compensi, retribuzioni o altre utilità solo attraverso le procedure e gli strumenti previsti dalla normativa vigente.
3. Il medico attua una costante revisione critica della divulgazione scientifica di cui viene informato; a tale fine può avvalersi dell'azione di supporto del proprio Ordine professionale.
4. I medici o le associazioni professionali che effettuano campagne di prevenzione ed educazione sanitaria o promuovono forme di informazione sanitaria o partecipano alla diffusione di notizie scientifiche attraverso i mass media o la stampa di categoria, devono manifestare il nome dello sponsor e applicare i presenti indirizzi applicativi validi anche nei rapporti eventualmente intrattenuti con industrie, organizzazioni ed enti pubblici e privati.
5. Il medico ricercatore deve dichiarare gli eventuali rapporti di consulenza o collaborazione con gli sponsor della ricerca.
6. Il medico ricercatore deve applicare sempre regole di trasparenza, condurre l'analisi dei dati in modo indipendente rispetto agli eventuali interessi dello sponsor e non accettare condizioni per le quali non possa pubblicare o diffondere i risultati delle ricerche, senza vincoli di proprietà da parte degli sponsor, qualora questi comportino risultati negativi per il paziente. Se la pubblicazione, anche quando non sia frutto di specifica ricerca, è sponsorizzata, il nome dello sponsor deve essere esplicitato; chiunque pubblichi redazionali o resoconti di convegni o partecipi a conferenze stampa deve dichiarare il nome dell'eventuale sponsor.
7. Il medico ricercatore ed i membri dei comitati editoriali devono dichiarare alla rivista scientifica, nella quale intendono pubblicare, il ruolo avuto nel progetto e il nome del responsabile dell'analisi dei dati.
8. Il medico ricercatore deve vigilare sugli eventuali condizionamenti, anche economici, esercitati sui soggetti arruolati nella ricerca, in particolare rispetto a coloro che si trovano in posizione di dipendenza o di vulnerabilità.
9. Il medico ricercatore non deve accettare di redigere il rapporto conclusivo per la pubblicazione di una ricerca alla quale non ha partecipato e non può accettare clausole di sospensione della ricerca a discrezione dello sponsor ma solo per motivazioni scientifiche o etiche comunicate al Comitato etico per la convalida.
10. I medici operanti nei Comitati Etici per la sperimentazione sui farmaci e nei Comitati Etici locali devono rispettare le regole di trasparenza della sperimentazione prima di approvarla e rilasciare essi stessi dichiarazione di assenza di conflitti di interessi. Gli indirizzi applicativi di cui sopra si applicano anche agli studi multicentrici.

11. I medici non possono percepire direttamente finanziamenti allo scopo di favorire la loro partecipazione a eventi formativi; eventuali finanziamenti possono essere erogati alla società scientifica organizzatrice dell'evento o all'azienda sanitaria presso la quale opera il medico.
12. Il finanziamento da parte delle industrie a congressi e a corsi di formazione non deve condizionare la scelta sia dei partecipanti che dei contenuti, dei relatori, dei metodi didattici e degli strumenti impiegati; la responsabilità di tali scelte spetta al responsabile scientifico dell'evento.
13. Il medico non può accettare ristoro economico per un soggiorno superiore alla durata dell'evento, né per iniziative turistiche e sociali aggiuntive e diverse da quelle eventualmente organizzate dal congresso né ospitalità per familiari o amici.
14. Il medico relatore a congressi ha diritto a un compenso adeguato per il lavoro svolto, in particolare di preparazione ed al rimborso delle spese di viaggio, alloggio e vitto.
15. Il responsabile scientifico vigila affinché il materiale distribuito dall'industria nel corso degli eventi formativi sia rispondente alla normativa vigente e che le voci di spesa relative al contributo dello sponsor, siano chiaramente esplicitate dalla società organizzatrice.
16. Il relatore nei minimeeting, organizzati dalle industrie per illustrare ai medici le caratteristiche dei loro prodotti innovativi, deve dichiarare gli eventuali rapporti con l'azienda promotrice.
17. È fatto divieto al medico di partecipare ad eventi formativi, compresi i minimeeting, la cui ospitalità non sia contenuta in limiti ragionevoli o, comunque, intralci l'attività formativa.
18. Nel caso in cui i corsi di aggiornamento si svolgano e vengano sponsorizzati in località turistiche nei periodi di stagionalità, il medico non deve protrarre, oltre la durata dell'evento, la sua permanenza a carico dello sponsor.
19. Il medico, ferma restando la libertà delle scelte formative, deve partecipare a eventi la cui rilevanza medico scientifica e valenza formativa sia esclusiva.
20. Il medico è tenuto a non sollecitare ed a rifiutare premi, vantaggi pecuniari o in natura, offerti da aziende farmaceutiche o da aziende fornitrici di materiali o dispositivi medici, salvo che siano di valore trascurabile e comunque collegati all'attività professionale; il medico può accettare pubblicazioni di carattere medico-scientifico.
21. I campioni di farmaci di nuova introduzione possono essere accettati dal medico per un anno dalla loro immissione in commercio.
22. Il medico riceve gli informatori scientifici del farmaco in base alla loro discrezionalità e alle loro esigenze informative e senza provocare intralcio all'assistenza; dell'orario di visita può venire data notizia ai pazienti mediante informativa esposta nelle sale di aspetto degli ambulatori pubblici o privati e degli studi professionali.
23. Il medico non deve sollecitare la pressione delle associazioni dei malati per ottenere la erogazione di farmaci di non provata efficacia.
24. Il medico facente parte di commissioni di aggiudicazione di forniture non può partecipare a iniziative formative a spese delle aziende partecipanti.

SPERIMENTAZIONE SCIENTIFICA - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 47

La ricerca scientifica in medicina si avvale della sperimentazione sull'uomo programmata e attuata nel quadro della normativa vigente e nel rispetto dei principi etici e delle tutele previste dalla Dichiarazione di Helsinki e dal Codice di deontologia medica.

1. Il ricercatore deve mantenere un ruolo indipendente nella progettazione, conduzione, analisi, interpretazione, pubblicazione, utilizzo e finanziamento della ricerca.
2. La sperimentazione clinica controllata e randomizzata è la metodologia più valida per dimostrare l'accuratezza di una diagnosi o gli esiti di una terapia e costituisce la base più affidabile per le decisioni operative dei pazienti, dei clinici, delle agenzie regolatorie e dei decisori delle politiche sanitarie.
3. L'interesse per la produzione di nuove conoscenze scientifiche non deve mai prevalere sui fini primari della tutela della salute, della vita e del rispetto della dignità, dell'integrità e del diritto all'autodeterminazione e alla riservatezza dei dati personali dei soggetti coinvolti nella ricerca.
4. Il medico partecipa a uno studio clinico se la sua rilevanza scientifica è superiore ai rischi prevedibili per i soggetti coinvolti nella ricerca ed è prevalente sugli interessi economici o aziendali dei finanziatori della ricerca.
5. Il ricercatore, quando i rischi si rivelano superiori ai potenziali benefici o quando, a un'analisi intermedia, esistano prove conclusive sui risultati definitivi, deve valutare se continuare, modificare o interrompere immediatamente lo

studio, considerando inaccettabili protocolli di ricerca contenenti clausole d'interruzione stabilite a discrezione del finanziatore.

6. La ricerca biomedica su gruppi di soggetti vulnerabili, sui minori o su incapaci è giustificata solo se è finalizzata alle esigenze di salute del gruppo stesso e non può essere condotta su un gruppo diverso.
7. Il disegno dello studio, le analisi statistiche utilizzate, gli accorgimenti per evitare distorsioni nella stima dei risultati devono essere chiaramente descritti nel protocollo di ricerca tenendo in particolare conto le differenze di genere.
8. La fondatezza scientifica e la rilevanza sotto il profilo diagnostico e terapeutico di una sperimentazione clinica si basano su un'approfondita valutazione delle evidenze disponibili in letteratura comprese quelle derivanti dalla ricerca sugli animali che devono sempre tutelarne il benessere.
9. L'efficacia di un nuovo intervento deve essere comparata al miglior trattamento di efficacia comprovata o, in sua assenza, contro placebo. Il confronto con il non intervento o con un trattamento meno efficace rispetto al miglior trattamento disponibile è accettabile se, per ragioni metodologiche convincenti e scientificamente valide, evita l'esposizione dei pazienti ai rischi derivanti dal fatto di non aver ricevuto il trattamento di efficacia superiore.
10. Il medico sperimentatore deve garantire che il soggetto reclutato non sia sottratto a consolidati trattamenti indispensabili al mantenimento od al ripristino del suo stato di salute.
11. Il protocollo di uno studio deve essere registrato e pubblicamente accessibile prima dell'arruolamento del primo partecipante, deve includere informazioni sul finanziamento, sulle affiliazioni istituzionali e i potenziali conflitti di interessi degli sperimentatori e sulle disposizioni per il trattamento e il risarcimento dei soggetti danneggiati dalla partecipazione alla ricerca.
12. Il medico sperimentatore raccoglie il consenso informato scritto del soggetto reclutato dopo aver illustrato gli scopi, i metodi, i benefici prevedibili e i rischi possibili della sua partecipazione ed il diritto a ritirarsi in qualsiasi momento a suo insindacabile giudizio. Lo informa inoltre che notificherà al medico curante l'avvenuto reclutamento e il protocollo dello studio e che riceverà la relazione finale con i risultati completi e le conclusioni dello studio.
13. L'analisi, l'interpretazione dei dati e la redazione del rapporto finale di uno studio è un dovere dei medici che hanno eseguito la ricerca e non è delegabile ad altri. I ricercatori hanno il dovere di rendere pubblicamente ed integralmente disponibili e accessibili i risultati e le conclusioni di tutti gli studi clinici compresi i dati grezzi. I risultati negativi o non conclusivi devono essere sempre pubblicati o resi disponibili per evitare che venga sovrastimata l'efficacia dei trattamenti e sottostimati gli effetti avversi. I ricercatori non devono sottoscrivere contratti che attribuiscano al finanziatore dello studio la proprietà dei dati e la decisione in merito alla loro pubblicazione.
14. Gli sperimentatori devono sottoscrivere una dichiarazione nella quale affermano che la relazione finale è un resoconto onesto, accurato e senza omissioni rilevanti dello studio e che le eventuali discrepanze rispetto al protocollo registrato sono state introdotte con appositi emendamenti approvati dal Comitato Etico competente.
15. Dichiarazione analoga, integrata con le fonti di finanziamento, le affiliazioni istituzionali e i conflitti di interessi, deve essere utilizzata per la sottomissione dell'articolo per la pubblicazione su qualunque rivista.
16. Il medico non sottoscrive risultati di ricerche non conformi ai principi del Codice di deontologia medica. I comunicati stampa redatti dai ricercatori devono riflettere i risultati della ricerca senza enfatizzare i benefici del trattamento sperimentale per non generare nei pazienti aspettative non realistiche sui nuovi trattamenti.

TECNOLOGIE INFORMATICHE - INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 78

Il medico nell'uso di strumenti derivanti dall'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici deve attenersi alle seguenti precauzioni e prescrizioni.

1. Il medico, nell'uso di qualsiasi strumento informatico, deve acquisire il consenso al trattamento dei dati, garantire che i dati da lui raccolti siano coerenti con le finalità del trattamento stesso, nonché provvedere, per quanto di competenza, alla garanzia della pertinenza e veridicità dei dati raccolti, impegnandosi per la loro assoluta riservatezza.
2. Il medico collabora ad eliminare ogni forma di discriminazione nell'uso delle tecnologie informatiche ed a garantire uguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari nonché il recupero del tempo necessario per la relazione di cura.
3. Il medico deve utilizzare sistemi affidabili e privilegiare i servizi pubblici o privati che consentano la creazione di un formato indipendente rispetto alla piattaforma, senza che sia impedito il riuso dell'informazione veicolata, assicurandone la disponibilità, la riservatezza e le modalità di conservazione.

4. Il medico, nell'utilizzo di strumenti di comunicazione informatica, si attiene alle norme comportamentali previste dagli articoli 55, 56, 57 del presente Codice di deontologia medica e segnala all'Ordine l'apertura di siti web che pubblicizzino la sua attività professionale nel rispetto delle norme sulla pubblicità e informazione sanitaria.
5. L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla più idonea gestione dei percorsi assistenziali e al miglioramento della comunicazione interprofessionale e con i cittadini.
6. Il medico, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.
7. Il medico, nell'utilizzo di strumenti di informazione e comunicazione di dati clinici, deve tener conto della proporzionalità, necessità e sicurezza degli interventi, nonché della eticità delle prestazioni e della deontologia dei comportamenti, al fine di conseguire la massima appropriatezza clinica e gestionale e la sostenibilità dell'uso delle risorse disponibili. Il medico nell'utilizzazione degli strumenti tecnologici di cui sopra utilizza gli stessi principi e criteri generali che regolano l'utilizzazione di qualsiasi altro strumento finalizzato all'esercizio della sua professione.
8. Il medico deve favorire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici per la gestione della complessità propria della medicina e per il miglioramento degli strumenti di prevenzione individuale e collettiva, in particolare a fronte di risultanze cliniche e scientifiche che ne documentino o giustifichino la scelta preferenziale.
9. Il medico collabora a garantire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici ad esclusiva finalità di tutela della salute, ivi comprese le finalità di ricerca, di governo e di controllo e di telemonitoraggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza da attuarsi secondo le previsioni della vigente normativa, della raccolta, utilizzo e monitoraggio dei dati dei pazienti.
10. Il medico deve avvalersi delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici per migliorare i processi formativi anche utilizzando sistemi di simulazione per apprendere dagli errori e per la sicurezza del paziente.
11. L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla maggiore efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, nonché alla promozione del miglioramento delle procedure professionali e della valutazione dei risultati delle prestazioni mediche.
12. Il medico utilizza solo dopo attenta valutazione clinica, etica e deontologica i sistemi e gli strumenti di contatto plurisensoriale col paziente ed agisce secondo gli indirizzi della comunità scientifica, sempre evitando il conflitto di interessi.
13. In ogni caso, il consulto e le consulenze mediante le tecnologie informatiche della comunicazione "a distanza" devono rispettare tutte le norme deontologiche che regolano la relazione medico-persona assistita.
14. Il medico contrasta ogni uso distorto o illusorio delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici sul versante commerciale, dell'informazione ai cittadini e della pubblicità sanitaria nonché l'intrusione nelle banche dati e si pone sempre come garante della correttezza, scientificità e deontologia dell'uso dello strumento informatico, assumendosi l'obbligo di segnalare all'Ordine eventuali violazioni di tali comportamenti.

GIURAMENTO PROFESSIONALE

Il giuramento di Ippocrate (testo classico)

Giuro per Apollo medico e per Asclepio e per Igea e per Panacea e per tutti gli Dei e le Dee, chiamandoli a testimoni, che adempirò secondo le mie forze ed il mio giudizio questo giuramento e questo patto scritto.
Terrò chi mi ha insegnato quest'arte in conto di genitore, e dividerò con lui i miei beni, e se ne avrà bisogno lo metterò a parte dei miei averi in cambio del debito contratto con lui, e considererò i suoi figli come fratelli,
e insegnerò loro quest'arte, se vorranno apprenderla, senza richiedere compensi né patti scritti.
Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti orali e di tutto ciò che ho appreso i miei figli e i figli del mio maestro e i discepoli che avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico, e nessun altro.
Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze ed il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa.
Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere; e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto.
Conserverò pia e pura la mia vita e la mia arte.
Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò il posto a chi è esperto di questa pratica.
In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati, astenendomi da ogni offesa e da ogni danno volontario, e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi.

Tutto ciò ch'io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, o anche al di fuori della professione nei miei contatti con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò, considerandolo cosa segreta.
Se adempirò questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei Frutti della vita e dell'arte, stimato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spergiurerò, possa toccarmi tutto il contrario.

Il nuovo giuramento
Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento, contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore ed il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di diseguaglianza nella tutela della salute;
- di non compiere mai atti finalizzati a provocare deliberatamente la morte di un paziente;
- di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche ed interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato;
- di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;
- di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà, nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona;
- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;
- di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze ed al rispetto delle regole deontologiche, e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;
- di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente in caso di pubblica calamità;
- di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione.

MODULO PER MMG/PLS ALLEGATO B

Servizio Sanitario Regione TOSCANA AZIENDA

.....

Prescrizione Fornitura di Dispositivi Medici per l'autocontrollo glicemico

(Ai sensi della Delibera Regione Toscana n. 806 del 08/07/2024)

Sig./Sig.ra:..... Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | |

Codice di esenzione .....Residenza .....

Domicilio ..... Azienda USL .....

	Terapia		Fino a n° strisce
1 □	Terapia non Farmacologica o con farmaci a basso rischio di ipoglicemia (Metformina, Acarbose, Pioglitazone, DPP-4 Inibitori, SGLT-2 Inibitori, Analoghi del GLP-1)	[] L'efficacia dell'autocontrollo in questa classe è dimostrata all'interno di un programma educativo, nelle fasi iniziali del trattamento o per periodi di verifiche alimentari ben definite.	25 ogni 3 mesi
2 □	Trattamento con ipoglicemizzanti orali stimolanti la secrezione di insulina [Sulfaniluree e Glinidi (glibenclamide, glipizide, gliquidone, gliclazide, glimepiride, repaglinide)]	[] Pazienti in condizioni di controllo glicemico stabile	25/mese
		[] Pazienti a rischio ipoglicemico	50/mese
3 □	Trattamento insulinico (anche combinato con farmaci non insulinici orali o iniettivi)	[] Pazienti in terapia con sola insulina basale (1 iniezione/die)	50/mese
		[] Pazienti in terapia con sola insulina basale che presentino un alto rischio di ipoglicemia o che svolgano professioni che espongano ad un rischio di conseguenze gravi in caso di ipoglicemia	100/mese
		[] Pazienti in terapia insulinica basal-bolus.	150/mese
		[] Pazienti che iniziano la terapia insulinica basale.	75/mese per 3 mesi
		[] Pazienti che iniziano la terapia insulinica basal-bolus.	200/mese per 3 mesi
S □	In condizioni di squilibrio glicemico o in presenza di malattie intercorrenti SPECIFICARE il motivo e quantità per 1 mese: _____		300 per 1 mese

Prescrizione Sistema/Glucometro □ No / □ Si □ nuovo paziente /□ sostituzione

Strumento.....Azienda/Produttore.....

Presidio	Tipo	Fabbisogno per un mese	Fabbisogno per tre mesi	Per mesi (MAX 12)
() Strisce reattive per glicemia	Conforme al sistema/glucometro			
() Siringhe monouso da insulina				
() Aghi monouso per penna				
() Lancette pungidito				

Il paziente ha ricevuto adeguata informazione educazione all'autocontrollo presso: □ Diabetologia □ MMG □ Diabetico guida

Luogo e data

.....

Il medico prescrittore

Timbro e Firma

.....

Certificato di malattia telematico

Copia cartacea per il lavoratore
(redatta in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico)

Protocollo		Data rilascio		Luogo	
Rettifica del certificato protocollo					

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome		Cod. Reg.		ASL	

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal				
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il				
Trattasi di:		Inizio	Continuazione	Ricaduta
Visita:		Ambulatoriale	Domiciliare	

DATI DIAGNOSI

Cod. Nosologico	
Diagnosi	

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome		Nome		C.F.	
Nato/a il		a *(Comune o Stato estero)*		Provincia	

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE

In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione *(se diverso dal proprio)*					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	

Attestato di malattia telematico

Copia cartacea per il datore di lavoro
(redatta in forma cartacea per malfunzionamento del sistema infotelematico)

Protocollo		Data rilascio		Luogo	
Rettifica del certificato protocollo					

DATI DEL MEDICO

Cognome e nome		Cod. Reg.		ASL	

DATI PROGNOSI

Il lavoratore dichiara di essere ammalato dal				
Viene assegnata prognosi clinica a tutto il				
Trattasi di:		Inizio	Continuazione	Ricaduta

DATI DEL LAVORATORE

ANAGRAFICI

Cognome		Nome		C.F.	
Nato/a il		a *(Comune o Stato estero)*		Provincia	

RESIDENZA O DOMICILIO ABITUALE

In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA (dati da indicare solo se diversi da quelli di residenza riportati sopra)

Nominativo indicato presso l'abitazione *(se diverso dal proprio)*					
In via/piazza				n.	
Comune		CAP		Provincia	

CERTIFICATO DI RIACQUISTO DELLA CAPACITÀ LAVORATIVA

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,

C.F. _____, è stato/a ammalato/a dal _____

al _____ perché affetto/a da _____

e che in data _____ (apporre una "X" sull'opzione interessata):

- o ha riacquisito la parziale idoneità psicofisica a svolgere attività lavorativa;
- o ha riacquisito la totale idoneità psicofisica a svolgere attività lavorativa.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO DI MALATTIA

(copia del lavoratore)

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____ in
_____, necessita di _____ giorni di riposo e
cure per _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO DI MALATTIA

(copia del datore di lavoro)

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____ in
_____, necessita di _____ giorni di riposo e
cure.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO GIUSTIFICATIVO DI ASSENZA

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, è stato/a visitato/a in data odierna alle ore _____ presso l'ambulatorio medico sito a _____ in _____.

Si fa presente che il tempo medio di attesa nel suddetto ambulatorio è di circa un'ora.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO PER LA RIAMMISSIONE

A SCUOLA / A LAVORO DEGLI ALIMENTARISTI

Certifico che il/la sig./sig.ra _____, C.F. _____, assente da scuola/lavoro dal _____ al _____, sulla base della visita medica da me effettuata non presenta segni né sintomi di malattie infettive contagiose e/o diffusive e può pertanto riprendere l'attività scolastica/lavorativa dal giorno _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO DI ESONERO DALL'ATTIVITÀ FISICA SCOLASTICA

Alla cortese attenzione del/della sig./sig.ra Preside

e dell'Insegnante di Educazione Fisica

dell'Istituto _____

Certifico che l'alunno/a _____, C.F. _____, che frequenta la classe _____ di codesto Istituto, necessita di _____ giorni di astensione totale da ogni attività fisico-sportiva, comprese le lezioni di Educazione Fisica (fino al giorno _____).

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CONSTATAZIONE DI DECESSO

Si constata l'avvenuto decesso del/della sig./sig.ra _____,

C.F. _____, residente a _____

in _____, riconosciuto/a come tale tramite

(crocettare l'opzione desiderata):

- o documento di riconoscimento _____ n° _____
- o testimonianza di un/una suo/sua parente, riconosciuto/a come tale tramite documento di riconoscimento _____ n° _____

Il decesso, valutabile clinicamente (vedi D.M. n. 582/1994), è avvenuto in (luogo di ritrovamento della salma)

_____.

Altre eventuali notizie (es.: lesioni traumatiche riscontrate, fenomeni tanatologici, tentativi di RCP):

_____

_____

_____.

Poiché si può stabilire, in termini di umana certezza, che si tratta di (sottolineare l'opzione desiderata) **morte naturale (non violenta)/non determinabile/dovuta a reato (violenta)**, si lascia il corpo a disposizione (crocettare l'opzione desiderata):

- o del medico curante/necroscopo (per il relativo certificato di morte) e dei familiari (per le esequie) [naturale]
- o del medico necroscopo (per il riscontro diagnostico) [non determinabile]
- o dell'autorità giudiziaria (per le indagini del caso) e/o del medico necroscopo [dovuta a reato]

IN CASO DI SOSPETTA MORTE NATURALE, SE RITENUTO NECESSARIO (come da D.P.R. n. 285/1990, capo IV):

Il trasporto della salma, se effettuato nei modi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica. Al fine di completare il periodo di osservazione la salma verrà trasportata, per espressa richiesta dei familiari/conviventi o per motivi di ordine pubblico, presso la seguente struttura: _____

_____

(obitorio/deposito di osservazione delle salme/servizio mortuario di una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata/struttura per l'osservazione individuata dal Comune per l'accertamento di morte/altro).

IN CASO DI VOLONTÀ DI CREMAZIONE, SE ESCLUSO IL SOSPETTO DI MORTE DOVUTA A REATO (come da D.P.R. n. 285/1990, art. 79, comma 4):

Sulla base dei dati clinico-anamnestici e dell'eventuale ECG effettuato post-mortem è possibile affermare che il/la suddetto/a paziente (cancellare l'opzione indesiderata) **è/non è** portatore di pacemaker.

Luogo e data: _____.

Ora della constatazione: _____.

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO ANAMNESTICO PATENTE

SI CERTIFICA, SULLA SCORTA DEI DATI ANAMNESTICI E CLINICI IN MIO POSSESSO, CHE

IL/LASIG./SIG.RA _____

Codice FISCALE _____

DA ME IN CURA DA PIU' ☐ DI UN ANNO, PRESENTA ☐ PREGRESSE CONDIZIONI MORBOSE CHE POSSONO COSTITUIRE UN RISCHIO ATTUALE PER LA GUIDA, IN RIFERIMENTO A:

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO *(Se sì, specificare diagnosi)*_____	SÌ	NO
DIABETE MELLITO	SÌ	NO
SISTEMA ENDOCRINO *(Se sì, specificare diagnosi)*_____	SÌ	NO
SISTEMA NEUROLOGICO *(Se sì, specificare diagnosi)*_____	SÌ	NO
PATOLOGIE PSICHICHE *(Se sì, specificare diagnosi)*_____	SÌ	NO
EPILESSIA	SÌ	NO
CONDIZIONI DI DIPENDENZA DA: ALCOL / SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE *(Cancellare la voce che non interessa)*	SÌ	NO
APPARATO URO-GENITALE: insufficienza renale grave	SÌ	NO
SANGUE ED ORGANI EMOPOIETICI: Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento *(specificare)*_____	SÌ	NO
APPARATO OSTE-ARTICOLARE: gravi alterazioni anatomiche o funzionali	SÌ	NO
ORGANI DI SENSO: gravi patologie visive evolutive	SÌ	NO

DATA _____

TIMBRO DEL MEDICO con indicazione eventuale specializzazione posseduta e numero regionale se medico di assistenza primaria	FIRMA DEL MEDICO

CERTIFICATO PER IL RINNOVO DEL CONTRASSEGNO INVALIDI

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, residente a _____
in _____, è stato/a visitato/a
dal/dalla sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
in data odierna e che **persistono/non persistono** le condizioni sanitarie che hanno dato luogo al rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta dei veicoli al servizio delle persone invalide.

Ai sensi della normativa vigente in materia (D.Lgs. n. 285/1992 e D.P.R. n. 495/1992), dichiaro quindi che il/la suddetto/a paziente **è/non è** tuttora in possesso dei requisiti previsti per la concessione del contrassegno di cui sopra.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

N.B. Per il rilascio di questo certificato in regime di convenzione (gratuito) è necessario presentare una richiesta compilata e firmata dal dirigente scolastico in cui sia specificato se si tratta di attività parascolastiche svolte in orario extracurricolare o di partecipazione ai "giochi della gioventù" o ai "campionati studenteschi" nelle fasi successive a quelle di istituto e precedenti quella nazionale (cioè quella provinciale e regionale).

Certifico che il/la sig./sig.ra _____, C.F. _____, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati (_____ mmHg) e del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di un'attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

DOCUMENTO PER L'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA (IVG) ENTRO 90 GIORNI

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, C.F. _____, certifico che la sig.ra _____, C.F. _____, è in stato di gravidanza (U.M.: _____; valore β-hCG plasmatica: _____; eventuale età gestazionale valutata ecograficamente: _____) ed ha richiesto in data odierna di interromperla presso le idonee strutture sanitarie autorizzate sulla base delle circostanze di cui all'art. 4 della Legge n. 194/1978 (IVG entro i primi 90 giorni).

La sig.ra ha esposto i motivi della sua scelta, che sono stati esaminati insieme, ed è stata informata sui diritti di lavoratrice-madre e sui servizi sociali che possono aiutarla a portare a termine la gravidanza.

Il/La sottoscritto/a, esperite le procedure di cui al comma 2 dell'art. 5 della citata legge (barrare una delle caselle sottostanti):

- o ha riscontrato l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'interruzione della gravidanza;
- o non ha riscontrato condizioni tali da rendere urgente l'intervento e ha invitato la richiedente a soprassedere per 7 giorni.

Il presente documento, redatto ai sensi e per gli effetti del comma 3 del medesimo art. 5 della suddetta legge, è stato consegnato in data odierna e potrà essere utilizzato dopo 7 giorni dalla data del rilascio.

Luogo e data: _____

(firma della richiedente o, se minorenne, dei genitori) (timbro e firma del medico)

_____ _____

CERTIFICATO ANAMNESTICO

(PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO D'ARMI)

Sig./sig.ra _____,

C.F. _____, attività lavorativa _____.

MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
centrale			
periferico			
postumi invalidanti			
epilessia (1)			
altri			

TURBE PSICHICHE

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
da malattie			
da traumatismi			
post operatorie			
da ritardo mentale grave			
da psicosi			
della personalità			

SOSTANZE PSICOATTIVE

	NO	PREGRESSA	IN ATTO
abuso da alcool			
uso di stupefacenti (2)			
uso di sostanze psicotrope (2)			
dipendenza da alcool			
dipendenza da stupefacenti			
dipendenza da sostanze psicotrope			

Il presente certificato anamnestico preliminare è redatto sulla base delle dichiarazioni rese dall'interessato, dei dati clinici conosciuti nel rapporto fiduciario, della documentazione sanitaria eventualmente prodotta o presente nella disponibilità del medico e dei rilievi clinici effettuati in data odierna. La terapia con farmaci attivi sul sistema nervoso centrale non costituisce, di per sé, giudizio di non idoneità; essa viene segnalata e contestualizzata quando clinicamente rilevante, con particolare attenzione aD abuso/dipendenza, alterazioni del giudizio, impulsività, vigilanza, controllo comportamentale e sicurezza.

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati di cui sopra, conscio delle sanzioni cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

Luogo e data: _____

Il dichiarante (firma) Il medico (timbro e firma)

_____ _____

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico

(1) indicare la data dell'ultima crisi avuta dai soggetti epilettici

(2) specificare le modalità d'uso

CERTIFICATO DI OBLIO ONCOLOGICO

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
nato/a a _____ il _____,
C.F. _____, residente a _____
in _____, ha maturato i requisiti previsti dalla L. n. 193/2023 per il riconoscimento del diritto all'oblio oncologico.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO DI CONDIZIONI CLINICHE

PSICHICHE E COGNITIVE IN AMBITO MEDICO-LEGALE

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, è stato/a visitato/a in data odierna e **presenta/non presenta** alterazioni clinicamente rilevabili dello stato di coscienza, dell'orientamento, dell'attenzione, della memoria, del linguaggio, del pensiero, del tono dell'umore, del comportamento e della capacità di comprendere le informazioni sanitarie fornite nel colloquio.

Sono stati inoltre rilevati/visionati (riportare anamnesi e descrivere sintomi, segni, documenti sanitari visionati ed eventuali test somministrati): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

La presente certificazione descrive esclusivamente dati clinici rilevati o documentati in data odierna e viene rilasciato su richiesta dell'interessata/o per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO A USO ASSICURATIVO

Certifico che il/la sig./sig.ra _____,
C.F. _____, è stato/a da me visitato/a in data odierna.

Il/La paziente riferisce _____
_____
_____
_____.

La visita da me condotta ha evidenziato _____
_____
_____
_____.

Il/La suddetto/a paziente, quindi (crocettare l'opzione scelta):

- o risulta affetto/a da esiti del sinistro/infortunio verificatosi in data _____;
- o non risulta ancora clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data _____, in quanto presenta ancora _____.

Si assegna una prognosi di _____ giorno/i, salvo complicazioni.

- o risulta clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data _____, con postumi da valutare in sede medico-legale;
- o risulta clinicamente guarito/a dalle lesioni riportate nel sinistro/infortunio verificatosi in data _____, senza postumi.

Altre osservazioni: _____
_____.

Si rilascia su richiesta dell'interessato/a per gli usi consentiti dalla legge.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

CERTIFICATO PER IL TRASPORTO DI FARMACI

Dott./Dott.ssa _____

Cod. Reg. _____

Tel.: _____

Certifico che il/la sig./sig.ra _____

è affetto/a da _____

e deve assumere regolarmente la seguente terapia:

FARMACO	**POSOLOGIA**

I seguenti farmaci devono essere conservati tra 4°C e 8°C:

_____.

TO WHOM IT MAY CONCERN

I certify that Mr./Mrs. _____

is affected by _____

and therefore he/she must assume the following therapy regularly:

DRUG	**POSOLOGY**

The following drugs should be preserved between 4°C and 8°C:

_____.

Luogo e Data _____

Firma e Timbro

CERTIFICATO PER L'IDONEITÀ SANITARIA ALL'ADOZIONE

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ e curante del/della sig./sig.ra _____ dal _____,

DICHIARA

che il/la suddetto/a paziente:

- **è affetto/non è affetto** da patologie dell'apparato cardiocircolatorio

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie dell'apparato respiratorio

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie del sistema endocrino (in particolare diabete)

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
_____
_____.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
_____.

Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie ematologiche

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie autoimmuni

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie infettive

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
_____
_____.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
_____.

Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie gastrointestinali

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie osteoarticolari

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie dell'apparato uro-genitale

Se sì, indicare quale/i: _____
_____.

Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
_____
_____.

Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
_____.

Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie dell'apparato riproduttivo

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie neoplastiche

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie del sistema nervoso (in particolare crisi epilettiche)

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **è affetto/non è affetto** da patologie psichiche

  Se sì, indicare quale/i: _____
  _____.

  Se sì, indicare l'eventuale terapia assunta (farmaco e posologia): _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questa/e sua/e patologia/e: _____
  _____.

  Per tale patologia è in cura presso _____.

- **fa/ha fatto** uso di sostanze psicoattive

  Se sì, specificare quali (es.: alcool, stupefacenti, sostanze psicotrope) e con che modalità di assunzione: _____
  _____
  _____.

  Indicare se e per quanto tempo il paziente è stato ricoverato in ospedale a causa di questo/i suo/suoi abuso/i: _____
  _____.

  Per tale/i dipendenza/e è in cura presso _____.

Eventuali osservazioni clinico-anamnestiche: _____
_____
_____
_____
_____.

Tutto ciò premesso, sulla base dei dati anamnestici, clinici e strumentali in mio possesso, il/la paziente in esame **è/non** è esente da patologie fisiche e psichiche croniche o potenzialmente evolutive di tipo invalidante.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____

PROPOSTA DI

ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (ASO) O TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,

C.F. _____, dichiara di aver visitato/tentato di visitare senza riuscirvi il/la sig./sig.ra _____, C.F. _____,

domiciliato/a a _____ in _____,

mettendo in atto tutte le iniziative possibili volte a ottenerne il consenso e la partecipazione.

Per il fallimento delle suddette iniziative si propone (indicare una sola prestazione):

- l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO) al domicilio del/la paziente, poiché:
  - il/la paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti
  - l'approfondimento diagnostico necessario non viene accettato dal/la suddetto/a paziente

- il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), poiché:
  - il/la paziente presenta alterazioni psichiche tali da richiedere interventi terapeutici urgenti
  - tali interventi terapeutici non sono accettati dal/la suddetto/a paziente
  - non sussistono, al momento attuale, condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere

Nello specifico, il/la paziente (barrare una delle caselle sottostanti):

- ○ è in preda ad agitazione psicomotoria grave con impossibilità di contenimento relazionale e rifiuto di valutazione/trattamento;
- ○ è uno/a psicotico/a in preda a un quadro psicopatologico acuto con compromissione del giudizio di realtà e/o grave disorganizzazione del comportamento;
- ○ è in ideazione suicidaria attuale con intento, piano o mezzi disponibili, associata a rifiuto di valutazione/trattamento urgente;
- ○ altro (specificare): _____ _____.

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico proponente)

_____

REFERTO

Al Procuratore della Repubblica

del tribunale di _____.

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

dichiaro di aver sottoposto a visita medica in data _____ alle ore _____

il/la sig./sig.ra _____,

C.F. _____, residente a _____

in _____

e identificato/a mediante _____.

L'assistito/a dichiara di essere stato vittima di (crocettare la scelta desiderata):

- ○ sinistro stradale;
- ○ incidente sul lavoro;
- ○ altro (specificare): _____.

Sulla base di quanto riferito, il suddetto fatto è incorso in _____

_____ in data _____ alle ore _____.

Elementi circostanziali dell'evento (es.: descrizione, forze dell'ordine intervenute, precedente documentazione sanitaria): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

Sulla base della visita medica da me effettuata, ho riscontrato i seguenti dati obiettivi: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____.

Dal fatto sopra esposto è/sono derivata/e (crocettare la/e scelta/e desiderata/e):

- ○ lesione/i personale/i grave/i (specificare quale/i):
  - malattia che ha messo in pericolo la vita della persona offesa
  - indebolimento permanente di un senso o di un organo
- ○ lesione/i personale/i gravissima/e (specificare quale/i):
  - malattia certamente o probabilmente insanabile
  - perdita di un senso
  - perdita di un arto
  - mutilazione che ha reso l'arto inservibile
  - perdita dell'uso di un organo
  - perdita della capacità di procreare
  - permanente e grave difficoltà della favella
  - deformazione o sfregio permanente del viso

La lesività riscontrata **appare/non appare** compatibile con quanto riferito.

Luogo, data e ora di compilazione del referto:

_____.

(timbro e firma del medico)

_____

Il presente referto è stato (crocettare la scelta desiderata):

- ○ consegnato all'Autorità Giudiziaria[1] (_____) di _____;
- ○ inviato via PEC a _____;
- ○ inviato via Fax a _____.

[1] Specificare (es.: Procura della Repubblica, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Guardia Costiera).

SEGNALAZIONE DI ASSENZA

(da presentare entro il 4° giorno dall'inizio della sostituzione, obbligatoria per assenze superiori a 3 giorni continuativi)

DI

☐ **MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

☐ **SPECIALISTA PEDIATRA DI FAMIGLIA**

All'Azienda Sanitaria USL _____

Struttura/Ufficio _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,

Codice Regionale (C.R.) _____, iscritto/a nell'ambito territoriale di _____,

comunico

che mi assenterò dalla mia attività di Medico/a convenzionato/a dal _____ al _____ per:

- ☐ malattia
- ☐ infortunio
- ☐ motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)
- ☐ partecipazione a iniziative umanitarie
- ☐ recupero psicofisico
- ☐ distacco sindacale (totale ore _____)
- ☐ altro (_____)

e che verrò sostituito/a dal/dalla dott./dott.ssa _____,

C.R. _____, al/alla quale ho comunicato le modalità organizzative della mia attività.

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Titolare

_____

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, non essendo titolare di incarico, dichiara di NON trovarsi in una situazione di incompatibilità prevista dal vigente Accordo Collettivo Nazionale e che durante la sostituzione verranno rispettate modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziali e orari di apertura dello studio del/della medico/a sostituito/a, assumendosi le responsabilità professionali inerenti alle attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale e dagli Accordi Integrativi Regionale e Aziendale.

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Sostituto

_____

COMUNICAZIONE DI AVVENUTA SOSTITUZIONE

(da presentare subito dopo la ripresa dell'attività)

DI

☐ **MEDICO DI MEDICINA GENERALE**

☐ **SPECIALISTA PEDIATRA DI FAMIGLIA**

All'Azienda Sanitaria USL _____

Struttura/Ufficio _____

Indirizzo _____

CAP _____ Comune _____

Titolare sostituito:

Cognome e nome	Codice Regionale

Medico sostituto:

Cognome e nome	Codice Regionale

<u>Periodo della sostituzione:</u>

	G	M	A		G	M	A
Dal				**Al**			

<u>Tipo di sostituzione</u>: ☐ d'ufficio ☐ volontaria

<u>Motivo dell'assenza:</u>

- ☐ malattia
- ☐ infortunio
- ☐ motivi di studio (diversi dai corsi di formazione obbligatori)
- ☐ partecipazione a iniziative umanitarie
- ☐ recupero psicofisico
- ☐ distacco sindacale (totale ore _____)
- ☐ altro (_____)

Luogo e data: _____.

Timbro e Firma del Titolare **Timbro e Firma del Sostituto**

_____ _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(da firmare a cura del medico sostituto, ai sensi della L. n. 445/2000)

Io sottoscritto/a _____,
C.F. _____, Codice ENPAM _____,
nato/a a _____ il _____,

dovendo assumere un incarico di sostituzione del/della dott./dott.ssa _____ _____, medico/a convenzionato/a con l'Azienda Sanitaria USL _____ per l'Assistenza Primaria, consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del vigente Codice Penale e delle leggi speciali in materia, sotto la mia personale responsabilità dichiaro quanto segue:

- di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale dei Medici di _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____;
- di essere domiciliato/a in _____ nel Comune di _____, tel. _____;
- di **essere/non essere** (cerchiare l'opzione desiderata) inserito/a nella vigente Graduatoria Regionale e di **essere/non essere** (cerchiare l'opzione desiderata) in possesso dei requisiti previsti per tale inserimento;
- di **avere/non avere** (cerchiare l'opzione desiderata) attualmente in corso un rapporto di lavoro dipendente con scadenza _____ presso _____ _____;
- di **avere/non avere** (cerchiare l'opzione desiderata) un rapporto di lavoro quale medico convenzionato per:
  - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____con un impegno settimanale di ore _____
  - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____con un impegno settimanale di ore _____
  - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____con un impegno settimanale di ore _____
  - attività di _____ con l'Azienda Sanitaria USL _____con un impegno settimanale di ore _____
- di **svolgere/non svolgere** (cerchiare l'opzione desiderata) attività libero professionale quale _____;
- di non trovarmi in posizione di incompatibilità con l'attività di Assistenza Primaria.

Dichiaro inoltre:

- di essere consapevole, e accettare, che assumendo l'incarico di sostituzione di un medico convenzionato per l'Assistenza Primaria assumo direttamente e formalmente le responsabilità professionali inerenti tutte le attività previste dai vigenti accordi (Accordo Collettivo Nazionale, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Integrativi Aziendali) per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati;

- di impegnarmi a un legittimo utilizzo dei dati sensibili degli assistiti nel rispetto della vigente normativa sulla privacy;

- di garantire l'attività assistenziale nei confronti degli iscritti nell'elenco del medico sostituito secondo modalità organizzative, disponibilità strutturale, standard assistenziale e orario di apertura dello studio del medico sostituito;

- di impegnarmi a utilizzare il programma di gestione della cartella clinica informatizzata utilizzata dal medico sostituito;

- di richiedere che i compensi eventualmente dovuti da parte dell'Azienda Sanitaria mi vengano corrisposti mediante:

a) bonifico su Istituto di credito IBAN n.
b)

Luogo e data: _____.

Firma del dichiarante

_____

Mod. 92 bis

All'Ispettorato territoriale del lavoro _____

_____

Alla Asl _____

_____

Al Registro nazionale delle malattie causate dal lavoro o ad esso correlate c/o sede Inail _____

_____

Denuncia/segnalazione di malattia ai sensi dell'art. 139 d.p.r. 1124/1965 e art. 10 del d.lgs. 38/2000

Decreto del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali del 10/06/2014 (G.U. n. 212 del 12/09/2014) e s.m.i.

Medico dichiarante

Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

In qualità di[1] _____

Nel comune di _____ Prov. _____ Cap _____

Presso la struttura _____ Asl _____

Informazioni relative all'assistito e al lavoro attuale/ultimo

Cognome _____ Nome _____ Sesso M ◯ F ◯

Codice fiscale _____ Data di nascita (GG/MM/AAAA) _____

Comune di nascita _____ Prov. _____ Nazionalità _____

Comune di residenza _____ Prov. _____ Cap _____

Comune di domicilio _____ Prov. _____ Cap _____

Asl domicilio _____ Asl residenza _____ Attualmente lavoratore Si ◯ No ◯

Datore di lavoro attuale/ultimo (Ragione sociale) _____

Comune _____ Prov. _____

Settore lavorativo● _____ Subsettore● _____

Attività lavorativa/mansione _____ dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____

Agente/lavorazione/esposizione _____

---

[1] [redacted] Ad esempio: Medico di Medicina Generale, Medico di Continuità Assistenziale, Medico Ospedaliero, Medico Competente.

Informazioni sulla malattia (elenco d.m. 10/06/2014) e sull'attività lavorativa ad essa correlabile

Malattia _____

Agente/Lavorazione/Esposizione _____

◯ Lista I ◯ Lista II ◯ Lista III Codice (v. d.m. 10/06/2014) _____

Data prima diagnosi (GG/MM/AAAA) _____ Eventuale data abbandono lavoro (GG/MM/AAAA) _____

Eventuale data morte conseguente alla malattia professionale (GG/MM/AAAA) _____

Datore di lavoro per il quale l'assicurato svolge/svolgeva l'attività che ha presumibilmente causato la malattia

Ragione sociale _____

Comune (abituale luogo di lavoro) _____ Prov. _____ Cap _____

Settore lavorativo[1] _____ Subsettore[1] _____

Attività lavorativa/mansione _____ dal (GG/MM/AAAA) _____ al (GG/MM/AAAA) _____

L'attività è/era svolta per conto del datore di lavoro presso altra azienda? Si ◯ No ◯ Se Si quale azienda? _____

_____ Comune _____ Prov. _____ Cap _____

◯ Dipendente ◯ Autonomo ◯ Altro (specificare) _____

Informazioni integrative

(da compilare nel caso in cui non sia stata indicata l'attività lavorativa correlata alla malattia professionale)

Scheda di anamnesi lavorativa[2]

Periodo di svolgimento della mansione Dal (MM/AAAA)	Al (MM/AAAA)	Datore di lavoro (Ragione sociale)	Comune	Settore lavorativo e subsettore[1]	Rischio/esposizione/ agente/lavorazione	Mansione/Attività lavorativa

Note/altre informazioni

_____

_____

_____

Luogo _____ data (GG/MM/AAAA) _____

_____

Firma del medico

[2] Non riportare nell'anamnesi lavorativa le informazioni relative all'attività lavorativa attuale/ultima e a quella presumibilmente correlata alla malattia, se già indicate nelle precedenti sezioni.

Tutela dei dati - il richiedente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi del d.lgs. 196/2003 e s.m.i. e del regolamento UE 2016/679. Ulteriori info: https://www.inail.it/cs/internet/istituto/amministrazione-trasparente/altri-contenuti-dati-ulteriori/privacy.html

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST
SEDE LEGALE via Piero Calamandrei, 173 52100 Arezzo
centralino: 0575 2551 - P.I. e C.F.: 02236310518 - PEC ausltoscanasudest@postacert.toscana.it
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA
(Decreto Ministero Salute 07/03/2022)

Segnalazione di caso **sospetto** ☐ **accertato** ☐ **di** _____

Cognome _____ **Nome** _____

Sesso **M** ☐ **F** ☐ **Professione** _____

Nato il _____/_____/___ **a** _____

Domicilio/Residenza _____ **tel.** _____

Ricovero SI ☐ **NO** ☐ **Se sì, dove** _____

Data inizio sintomi _____

Comune inizio sintomi _____

Il sospetto o la certezza si fonda sui seguenti criteri:

Clinica ☐ **Es. colturale** ☐ **Es. diretto** ☐ **Sierologia** ☐

Se esiste un vaccino per questa malattia, specificare:

Non vaccinato ☐ **Vaccinato** ☐ Anno_____ **Non noto** ☐

Medico segnalante_____

Recapito telefonico _____

Data _____/_____/_____ **Il medico (firma)** _____

Tabella 1 - Recapiti UU.FF. Igiene e Sanità Pubblica

Zona/ Distretto	Responsabile/ Referente	Indirizzo	Telefono	e-mail
Zona Senese	Chiara Cinughi de Pazzi	Strada del Ruffolo 4 - Siena	3337732679	igienedipprev.si@uslsudest.toscana.it
Zona Val di Chiana-Amiata -Val d'Orcia	Riccardo Frazzetta	Via Maestri,1 Torrita di Siena Via Serdini, 46 Abbadia S. Salvatore	3316465061	igienedipprev.valdisi@uslsudest.toscana.it
Zona Alta Val d'Elsa	Severina Vincenza Errico	Via di Salceto, 91 Poggibonsi (SI)	334/1045652	igienedipprev.valdelsa@uslsudest.toscana.it

SCHEDA DI NOTIFICA DI MORSO DI ANIMALE

Identità del soggetto morsicato	
Cognome e nome	
Codice Fiscale	
Indirizzo	
Contatto telefonico	

Descrizione dell'animale che ha morsicato (se possibile)					
Descrizione fornita dal soggetto morsicato: ☐ sì (firma del soggetto morsicato: _____) ☐ no					
Specie (es.: cane, volpe)				*Tipo*	☐ domestico ☐ randagio ☐ selvatico
Colore		*Pelo*	☐ corto ☐ lungo ☐ altro: _____		
Taglia (stima)	☐ piccola (lunghezza fino a 45 cm, peso fino a 15 kg) ☐ media (lunghezza dai 45 ai 55 cm, peso dai 16 ai 25 kg) ☐ grande (lunghezza dai 56 ai 70 cm, peso dai 26 ai 45 kg) ☐ gigante (lunghezza oltre i 70 cm, peso oltre i 46 kg)				
Sesso	☐ maschio ☐ femmina ☐ non noto			*Castrato (se noto)*	☐ si ☐ no
Segni particolari					

Identità dell'eventuale proprietario dell'animale che ha morsicato (se conosciuta)	
Cognome e nome	
Codice Fiscale	
Indirizzo	
Contatto telefonico	

Informazioni relative all'incidente					
Data		*Ora*		*Luogo*	☐ pubblico ☐ privato
L'animale ha morsicato: ☐ perché disturbato ☐ senza essere provocato ☐ altro: _____					
Numero di morsi	☐ un solo morso ☐ più morsi				
Tipo di lesione	☐ afferrato con la bocca senza lasciare traccia ☐ pizzicato lasciando piccolo ematoma ☐ morso controllato con ematoma più esteso ☐ morso controllato e trattenuto con perforazione epidermide		☐ morso forte con perforazione muscolare ☐ morso forte e trattenuto con lacerazione muscolare ☐ morso predatorio con distruzione muscolare ☐ altro: _____		

Localizzazione	☐ testa/collo ☐ nuca ☐ dorso	☐ ventre ☐ arti ☐ altro: _____

Provvedimenti attuati al morsicato: ☐ vaccino tetano ☐ Ig antitetano ☐ Ig antirabbia ☐ altro: _____

Luogo e data: _____

(timbro e firma del medico)

_____