

ESERCIZIO PROFESSIONALE: I PERCORSI

Libera professione

L'esercizio autonomo di tutte le professioni intellettuali – quindi anche di quelle di medico chirurgo e di odontoiatra – è disciplinato dagli artt. 2229-2238 del codice civile, che si riferiscono, appunto, allo svolgimento di un'attività professionale sotto forma di libera professione. Il professionista che sceglie questa forma assume a proprio esclusivo carico il rischio e l'onere economico dell'attività stessa, instaurando rapporti di carattere fiduciario con i clienti, i quali possono in qualunque momento recedere dal contratto, con l'unico obbligo di rimborsare al professionista le spese sostenute e di corrispondergli il compenso per l'opera svolta.

Studio Medico libero professionale

Come per tutte le professioni, l'apertura di uno studio medico privato è consentita al professionista e non è soggetta, di norma, ad alcuna autorizzazione amministrativa né a specifici controlli da parte dell'Autorità sanitaria e dell'Ordine territoriale dei medici chirurghi e degli odontoiatri, fermi restando, ovviamente, i poteri di vigilanza attribuiti a tali organi dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie e dalla legge professionale.

Occorre sottolineare che l'art. 8ter del D.Lgs. 502/1992 ss prevede che “l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente”.

Le norme in materia di ambulatori e poliambulatori confermano indirettamente che non sono soggetti al regime autorizzativo per i medesimi previsto “i gabinetti personali e privati in cui i medici generici e specializzati, compresi gli odontoiatri, esercitano la loro professione”. Ciò anche se i locali dello studio siano posti in località diversa dall'abitazione privata del sanitario e siano destinati all'esercizio professionale di più medici o di più odontoiatri, come nel caso di uno studio associato.

Fanno eccezione a questo principio generale gli studi di radiologia, i laboratori di analisi cliniche e i gabinetti di cure fisiche che assumono le dimensioni e le caratteristiche di una struttura ambulatoriale.

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

Ai sensi del D.M. 5 luglio 1975, sono consentite e accettabili altezze dei locali di m. 2,70 nelle costruzioni poste in località sino a 1000 m. sul livello del mare, e di m. 2,55 nelle costruzioni oltre i 1000 m. sul livello del mare. La minore altezza comporta una maggiore superficie sia per garantire una “cubatura di aria” soddisfacente (20 m³/ora per persona) sia per soddisfare le esigenze di spazio delle persone che vi lavorano contemporaneamente. E' preferibile che l'area destinata al colloquio e all'incontro con il paziente sia separata da quella destinata alla visita, anche se si tratta di una soluzione non sempre realizzabile. Comunque l'area complessiva di uno studio (area del colloquio + area della visita) non dovrebbe essere inferiore ai 30 m², per un solo medico e a 50 m² per due medici (rispettivamente circa 90-150 m³). Tali dimensioni possono variare anche considerevolmente se lo studio è dotato di eventuale tecnologia, oltre alle attrezzature tradizionalmente indispensabili.

Pur in assenza di specifiche codifiche relative alla protezione acustica, è preferibile che lo studio non si affacci direttamente sulla sala di attesa, non sia situato in locali prospicienti vie di grande traffico, aree adibite a mercati, spazi destinati a riunioni pubbliche o in prossimità di insediamenti industriali numerosi,

ecc.

E' altresì raccomandabile che il locale si affacci verso l'interno del fabbricato, non sia a piano terra, né contiguo a garage, trombe di scale, vani ascensori o altri locali nei quali si svolgano lavorazioni rumorose. L'abbattimento delle barriere architettoniche per i portatori di handicap e la disponibilità di ascensori favoriscono l'accesso dei pazienti a studi situati ai piani superiori di un edificio.

Lo studio del medico, oltre ad essere confortevole, deve garantire al cittadino una adeguata intimità e il rispetto della privacy, deve offrire una illuminazione sufficiente e una temperatura adeguata (18-20°C). Illuminazione ed aerazione sufficienti si concretizzano in una fenestrazione diretta all'esterno, apribile, e in un rapporto tra superficie fenestrata e superficie del pavimento compreso tra 1/7 e 1/9.

Analogamente l'illuminazione artificiale deve garantire valori medi di illuminazione generale dell'ambiente compresi tra 90 e 300 lux, e può raggiungere valori superiori nella illuminazione localizzata mediante lampade da tavolo e simili. Sono da preferire luci al neon o solari, per la loro maggiore naturalezza e una disposizione della sorgente luminosa tale da evitare fastidiosi abbagliamenti per l'operatore.

E' importante, inoltre, la permeabilità all'atmosfera delle strutture murarie, specie perimetrali, che consente un ricambio d'aria non trascurabile, anche a finestre chiuse, il che suggerisce l'opportunità di non impermeabilizzare le pareti a tutta altezza mediante materiali di rivestimento e/o vernici impermeabili. Ai fini della pulizia e della disinfezione dei locali è sufficiente una zoccolatura parziale.

L'impianto elettrico di uno studio medico deve prevedere una potenza di almeno 3 kw per sostenere l'assorbimento di corrente richiesto dalle attrezzature esistenti e dalla eventuale presenza di un personal computer. E' opportuno che, almeno in fase di progettazione di un nuovo edificio da adibire a studio, si predispongano sulle pareti numerose prese di corrente per evitare che il pavimento sia attraversato pericolosamente da cavi elettrici. Se lo studio medico è inserito in uno stabile già adeguato alla normativa prevista dal D.P.R. n. 447/1991 ("Regolamento di attuazione della Legge n. 46/1990"), nel contratto di vendita o di locazione deve essere citata la rispondenza alle norme vigenti, mediante dichiarazione da parte del proprietario dell'unità abitativa, da cui risulti che l'impianto elettrico è rispondente alla normativa vigente (D.P.R. n. 392/1994).

L'impianto elettrico deve essere altresì sottoposto ad opportuno collaudo ad opera del Servizio prevenzione infortuni e sicurezza ambiente di lavoro (SPISAL) della ASL, che rilascia un certificato di agibilità. Il medico è tenuto a denunciare, con apposito modulo da indirizzare alla ASL, il progetto di impianto elettrico e a richiedere il collaudo.

L'impianto elettrico deve essere verificato periodicamente; la verifica deve essere effettuata da personale qualificato e i risultati della stessa debbono essere riportati, a cura del medico, su apposito registro da conservare presso il luogo di lavoro a disposizione del personale preposto ai controlli. La verifica per l'efficienza dei dispositivi a corrente differenziale è semestrale mentre è biennale quella dell'impianto di messa a terra.

La sala di attesa dovrebbe essere opportunamente dimensionata in relazione al numero prevedibile di pazienti costretti a sostarvi per qualche tempo. Per quanto concerne i medici convenzionati ciò dipende dalla organizzazione dello studio, dagli adempimenti burocratici del medico e dal numero di assistiti iscritti nel suo elenco.

Il normale arredamento della sala di attesa va opportunamente completato con una lampada di emergenza, indispensabile in caso di improvvisa interruzione di energia elettrica. La sala di attesa

dovrebbe essere tinteggiata con colori chiari pastello per rendere l'ambiente sereno e distensivo. Quella di uno specialista pediatra dovrebbe prevedere uno spazio attrezzato con giocattoli e oggetti destinati a intrattenere i piccoli pazienti in attesa e a rendere l'ambiente più accettabile.

Ai sensi del già citato D.M. 5 luglio 1975, i servizi igienici possono essere ubicati in un ambiente con pareti alte non meno di 2,40 m., anche non direttamente fenestrato all'esterno. In questo caso l'ambiente deve essere dotato di un sistema di aspirazione meccanica e non vi devono essere installati scaldabagni a fiamma libera.

La presenza di personale infermieristico e/o di segreteria consente di regolamentare meglio l'utenza quotidiana dell'ambulatorio, di diminuire l'attività burocratica del medico e di effettuare in ambulatorio prestazioni professionali più qualificate e complesse.

Il medico che impieghi nel proprio studio lavoratori dipendenti o altri collaboratori, oltre ad osservare le norme di legge e contrattuali che ne regolano i rapporti di lavoro, deve adottare tutte le misure necessarie per garantirne la sicurezza e tutelarne la salute. In particolare è obbligato all'osservanza delle norme previste dal D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626.

Medicina convenzionata (MMG – Pediatri di libera scelta)

Per garantire l'erogazione dell'assistenza medica di base il SSN si avvale, essenzialmente, di medici convenzionati, stabilmente inseriti nell'organizzazione distrettuale delle ASL, il cui rapporto di lavoro autonomo è regolamentato dagli appositi accordi collettivi nazionali (ACN) previsti dall'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e stipulati da una delegazione delle Regioni, assistita dal Ministero della Salute, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale.

Medicina Specialistica Ambulatoriale

Nell'ambito della tutela costituzionale della salute del cittadino, il Servizio Sanitario Nazionale demanda al livello "dell'assistenza specialistica distrettuale" il compito di corrispondere ad ogni esigenza di carattere specialistico che non richieda la degenza ospedaliera, in una logica di integrazione con l'assistenza di medicina generale e di apporto e di interconnessione con quella ospedaliera e degli altri servizi.

Nell'Accordo si riconosce che gli specialisti ambulatoriali sono parte attiva e qualificante del SSN, integrandosi nell'assistenza primaria.

Il livello dell'assistenza specialistica territoriale risponde in ogni branca specialistica alla domanda dell'utenza in modo tale da partecipare al processo di deospedalizzazione dell'assistenza contribuendo all'umanizzazione del rapporto assistenziale, al mantenimento del paziente nel proprio luogo di vita, alla eliminazione degli sprechi, alla riduzione dei tempi di attesa e alla minimizzazione dei costi.

Il medico specialista che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato zonale nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico – apposita domanda.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato A del contratto.

Il Comitato di cui all'art. 24, ricevute le domande entro il 31 gennaio di ciascun anno, provvede, entro il 30 settembre, alla formazione di una graduatoria per titoli, con validità annuale, per ciascuna branca

specialistica, secondo i criteri del contratto per i medici specialisti ambulatoriali.

Le graduatorie hanno effetto dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.

Medici dipendenti

La vigente disciplina in tema di rapporto di dipendenza è la conseguenza dell'evoluzione che si è verificata a partire dal momento dell'entrata in vigore della Legge n. 833/1978 che disponeva l'inquadramento dei medici e degli odontoiatri su tre livelli giuridici ed economici:

Primario / Dirigente / Direttore (posizione apicale);

Aiuto corresponsabile ospedaliero / Coadiutore sanitario / Vice direttore (posizione intermedia);

Assistente medico / Ispettore sanitario (posizione iniziale).

Successivamente il D.Lgs. n. 29/1993, aveva previsto, per la dirigenza del ruolo sanitario degli Enti del comparto sanità, le figure di dirigente di I e di II livello.

Attualmente, in relazione al combinato disposto del D.Lgs. n. 229/1999 e del D.Lgs. n. 254/2000: La dirigenza va collocata in un unico ruolo e in un unico livello.

I singoli Dirigenti assumono la denominazione di:

“**direttore**”, se incaricati della responsabilità di struttura complessa;

“**responsabile**”, se incaricati della responsabilità di struttura semplice;

“**dirigente**”, se incaricati solo di responsabilità “professionale”.

Alla dirigenza si applicano anche le norme del D.Lgs. n. 165/2001, in quanto compatibili.

La Legge 26 maggio 2004, n. 138 ha rimosso il vincolo imposto dal D.Lgs. n. 229/1999 secondo il quale l'esclusività del rapporto di lavoro era conditio sine qua non per aspirare all'incarico di direzione di struttura.

Alla Dirigenza Sanitaria si accede tramite pubblico concorso, per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483;

Mentre gli incarichi di Direzione di Struttura complessa sono attribuiti con le modalità stabilite dal D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484.

Il rapporto di lavoro dei medici dipendenti è disciplinato, come per tutti i lavoratori del pubblico impiego, sostanzialmente dal D.Lgs. 165/2001 (trovano applicazione, ovviamente, i principi del codice civile, capitolo I, Titolo II, Libro V), da normative speciali riguardanti i dipendenti delle singole amministrazioni pubbliche e, principalmente, dai Contratti Collettivi.