

Il ricambio generazionale

Il ricambio generazionale vedrà nei prossimi sei anni il pensionamento del 60% degli attuali Medici di Medicina Generale. Si tratta di un fenomeno "naturale" e assolutamente prevedibile visto che è la conseguenza della impennata degli ingressi dei medici nel SSN nella prima metà degli anni '80 dovuta alla Istituzione del SSN stesso.

In assenza di preventiva programmazione degli posti da mettere a bando dalle Regioni che tenesse conto di ciò e delle graduatorie in corso, occorre mettere in atto tutta una serie di misure che potremmo ricomprendere in un "patto generazionale" (1) che comporterà da un lato un grande impegno da parte di tutti i soggetti istituzionali che in qualche modo sono interessati alle sorti del servizio sanitario nazionale e della medicina generale che ne è il tessuto connettivo ed allo stesso tempo elemento fondamentale per la sostenibilità del sistema.

Nello specifico è necessario che il patto generazionale comporti che la nostra generazione lasci un terreno fertile per la generazione che verrà e ciò sia per quanto riguarda il ruolo all'interno del servizio sanitario nazionale e che della società più in generale per quanto riguarda la capacità di guadagno e quindi di contribuzione in ragione della tenuta del sistema previdenziale che si basa sull'equilibrio fra generazioni subentranti.

Apparentemente sembrerebbe che la questione sia di pertinenza esclusiva sindacale e previdenziale, ma non è così almeno sotto il profilo strategico. Infatti è nel corso di laurea in Medicina e chirurgia che si deve intervenire in profondità e in maniera strutturale affinché nel piano di studi e nel Core Curriculum sia dedicata attenzione, siano messe in atto risorse culturali didattiche organizzative e siano previste esperienze sul campo con il duplice obiettivo da una lato far sì che la scelta da parte degli studenti di intraprendere e scegliere nella formazione post laurea la medicina generale sia vocazionale ma anche consapevole della futura professione. Il secondo obiettivo sarebbe quello che anche coloro che scelgono altre strade professionali vedano e si correlino con la medicina generale senza pregiudizi e in maniera paritaria.

Tale cambiamento della formazione pre-laurea come proposta assume una valenza appunto strategica

per il SSN e per il Paese; infatti non è secondario che il contingente di studenti che opererà come medici nelle Cure Primarie sia da valutare intorno al 25-30% del totale dei laureati in medicina. Ma a parte la valutazione quantitativa quello che a nostro avviso più conta è il valore e la qualità professionale che tali medici potranno e dovranno esprimere. Medici che a pieno titolo saranno da considerare essenziali e centrali nella Società e nel SSN e non come spesso accade adesso figli di un Dio minore.

Altro momento in cui dovrà essere garantita una formazione essenziale ed omogenea sul territorio nazionale è quella della Formazione post-laurea ovvero dell'attuale Corso di formazione in medicina generale (CFSMG). Con tutte le opportune modifiche che si potranno apportare anche verso una Specializzazione e con tutti i paletti che debbono essere previsti e attuati, resta fondamentale che la formazione specialistica resti ancorata al territorio dove i medici eserciteranno la loro attività professionale con le specificità e peculiarità di quel determinato territorio anche in relazione allo sviluppo delle reti utili ad una efficace ed equa assistenza.

Nelle more per accrescere e aggiungere qualcosa in termini economici alla borsa di studio che oggi è circa la metà di quella degli specializzandi sarebbe necessario introdurre nel CFSMG le "attività professionalizzanti" e ciò potrebbe avvenire senza oneri aggiuntivi per la pubblica amministrazione.

Come misura eccezionale potrebbe essere previsto un certo numero di borse finanziate dall'Ente previdenziale da intendersi come anticipazione ai medici che poi potranno rifondere nel corso della loro vita professionale. Ma questa deve essere considerata come ultima spiaggia in quanto introdurrebbe un principio di disuguaglianza: medici che hanno la borsa dallo Stato e medici che se la debbono finanziare con loro risorse; meglio sarebbe introdurre come hanno fatto nel regno unito il Social Impact Bond.

Un'altra misura utile ad accorciare i tempi perché i Medici entrino prima nella professione è quella di annullare l'esame di stato e passare alla laurea abilitante: ciò comporterebbe un guadagno mediamente di un anno che non è indifferente anche in termini finanziari e di investimento sulle numero di borse utili al raggiungimento dell'obiettivo.

Compito del sindacato, invece, è quello di far mantenere l'attuale contingente di MMG (AP e CA) o comunque un numero di medici idoneo a rispondere ai veri e misurati bisogni attuali e futuri in continuo aumento: basta pensare alle cronicità e alle cure domiciliari crescenti direttamente collegati all'invecchiamento della popolazione, il Piano nazionale Vaccini, la Prevenzione che deve uscire dallo stretto ambito della Igiene Pubblica e nella fase implementativa e operativa entrare nella medicina generale.

Segue a pag. 2

Trattenute quote per assistiti deceduti o trasferiti

di Luigi Galvano*

Al Sig. Assessore della Salute
On. Baldassare Gucciardi
Ai Sig. Direttori generali-
Commissari straordinari
ASP Sicilia
Loro indirizzi mail

Onorevole Assessore,
Egredi Direttori generali-Commissari straordinari,

I servizi anagrafe assistiti delle ASP con la presente mensilità stanno operando trattenute ai MMG relative a quote assistiti deceduti o trasferiti.

In premessa si dichiara che non è messa in discussione una trattenuta per un lavoro non svolto.

In ogni caso non si possono condividere i termini e le modalità di trattenuta delle quote assistiti deceduti o trasferiti, sotto diversi profili, dando per scontato il rispetto del limite di compensazione con i compensi correnti nell'entità di non oltre un quinto degli emolumenti netti come da ACN, onde evitare spiacevoli occorrenze come successo in passato, si chiede, comunque che a richiesta del medico si possa adottare quanto previsto dalla Agenzia delle Entrate e cioè che per debiti non iscritti a ruolo, come quelli di che trattasi, siano dilazionati per importi fino a 5000 € in otto rate trimestrali e per quelli superiori a 5000 € in venti rate trimestrali.

Tale richiesta è da ritenersi legittima ed etica stante che il medico non ha nessuna colpa per quanto accaduto, stante che ciò è dovuto esclusivamente alla macchina burocratico-amministrativa che regola l'Anagrafe Assistiti regionale e provinciale al netto dei casi in cui è il Comune a non comunicare alla ASP l'avvenuto decesso e su questa occorrenza bisognerebbe chiedersi perché avvenga e se alla base ci siano particolari motivi.

Per risolvere tale criticità si chiede che:

- al Medico sia data la possibilità di comunicare in maniera certa l'assistito deceduto anche in elazione al fatto che nella maggior parte dei casi è egli stesso a redigerne il certificato di morte, la odierna legislazione ne consentirebbe la legittima applicazione;
- che le cancellazioni avvengano al massimo con

Segue a pag. 2

Continua da pag. 1

Ricambio...

Patto Generazionale (disciplinare tecnico)

Considerando che il 60% o più dei MMG andranno in pensione nei prossimi 6 anni, e visto il trend in essere con abbassamento dell'età media dei pensionamenti o cessazioni oggi a 68 anni, è fondamentale mantenere il numero dei MMG (AP e CA) in convenzione tutelandolo da ogni tentativo di abbassarlo a vantaggio delle altre professioni sanitarie, di cui c'è necessità, ma in aggiunta e non in avvicendamento. Dallo studio delle graduatorie regionali della medicina generale al netto dei fuori regione, pensionandi presenti in graduatoria, ecc., deve essere previsto un aumento del contingente dei medici in formazione del 30% l'anno in media nei prossimi sei anni, fin da subito partendo con il 100% rispetto all'attuale contingente e poi riducendo questa percentuale nel tempo, questo per scongiurare la carenza di MMG o addirittura la loro assenza in alcune regioni.

È a tutti noto che la qualità dell'assistenza è direttamente proporzionale allo sviluppo delle cure primarie e ciò indipendentemente dal tipo di assistenza erogata (dipendenza, convenzionamento a quota capitaria o a prestazione) e che tale qualità assistenziale la si raggiunge con un basso finanziamento percentuale rispetto al PIL in funzione inversa allo sviluppo delle Cure Primarie. (Barbara Starfield)

Tutto ciò in assenza di una corretta programmazione dei fabbisogni in Italia verrebbe a mancare, a discapito:

- sia della popolazione;
- che delle nuove generazioni di giovani medici
- che della stessa categoria dei medici poiché verrebbe messo a rischio anche la sostenibilità del sistema previdenziale stesso

Da qui l'esigenza di costruire un Patto Generazionale che tenga conto di tutto ciò.

Patto Generazionale Come attuarlo?

- 1) Una Corretta programmazione dei Fabbisogni e degli accessi alla Professione;
- 2) Idonei strumenti legislativi e non che garantiscano un'equa staffetta Generazionale
- 3) il Progetto App Enpam, Anticipo Prestazione Pensionistica che costituisce una flessibilità in entrata, ma parimenti e per esigenze specifiche e temporanee o locali potrebbe essere prevista una flessibilità in uscita per quei medici che hanno accettato la App e che vogliono esercitare ancora per 2-3 anni oltre i settant'anni.

Una Programmazione del fabbisogno dei MMG da formare più aderente alle esigenze e alle reali future domande di salute dell'intera popolazione, legandola alle previsioni Enpam dei pensionamenti, il che permetterebbe:

- Mantenimento dei livelli occupazionali;
- Iniziare a costruire sin da subito il proprio futuro Previdenziale ai Giovani Medici;
- Sostenibilità del sistema Previdenziale e del S.S.N. basato sulle Cure Primarie;

Tutto ciò ovviamente necessita di una chiara definizione di criteri e regole sia in ACN e che tramite il Regolamento Enpam (zone carenti, punteggio graduatoria, ambito territoriale, clausola di garanzia per il medico titolare e non).

La nuova convenzione prevederà una grande novità, tra le tante che è quella del Ruolo Unico della Medicina Generale, questo se da un lato è sicuramente una grande occasione e opportunità per riqualificare la professione del MMG poiché non ci

sarebbe più alcuna distinzione tra medico di AP e CA, c'è necessità di un periodo di transizione, differente per durata e che va definito luogo per luogo, oltre che di regolamentazione che altrimenti rischierebbe di creare molta confusione sia nei ruoli che nei compiti oltre che grosse difficoltà ai giovani medici appena entrati nella Medicina Generale. Motivo per cui per esempio nel passaggio dalla condizione da ciclo orario a ciclo fiduciario e viceversa bisogna prevedere per una migliore applicabilità e flessibilità del sistema. Per esempio prevedendo:

- il transito sia nella cessione che nell'acquisizione di blocchi di ore: da sei a quattro ore e non come adesso il passaggio in blocco da un settore ad un altro superate le 650 scelte di pazienti;
- la rinuncia al transito da un ciclo all'altro non può essere definitiva ma il MMG può partecipare alla assegnazione in caso di nuova carenza nell'ambito e ciò anche in considerazione del processo di cambiamento in atto e della relativa incertezza.

Inoltre fatto non secondario per la sostenibilità del Patto Generazionale stesso è che:

- nel calcolo delle zone carenti e quindi dei fabbisogni di MMG si tenga in considerazione il monte orario attuale della CA, poiché fino ad oggi il calcolo delle rispettive zone carenti è stato fatto in maniera distinta,
- Nel determinare il massimale e ottimale, tenere fortemente in considerazione le caratteristiche orografiche e demografiche del Territorio e quindi legarlo ad una programmazione e fabbisogno regionale e o aziendale.

In conclusione da subito si deve operare su tutte le direttrici fin qui espresse se vogliamo mantenere un servizio sanitario nazionale equo, universale e solidale attraverso la medicina generale che è valoriale sotto tutte le dimensioni e per ogni cittadino di questo Paese: un vara opera di civiltà.

Richiesta con carattere d'urgenza tavolo negoziale ricetta dematerializzata 2017

di Luigi Galvano

Al Dirigente servizio Servizio 1
Personale Dipendente e convenzionato
Dr.ssa Antonella Di Stefano
Assessorato della salute
a.distefano@regione.sicilia.it

Egregia Dirigente,

facendo seguito alle precedenti richieste di Aprile 2017 e di Luglio 2017, si reitera quanto in oggetto. Si confida in una sollecita convocazione e conclusione della questione in essere in quanto diventa sempre cogente anche alla luce delle prossime possibili contingenze in capo alla Amministrazione regionale.

Distinti saluti

Il segretario generale
Luigi Galvano

Continua da pag. 1

Trattenute...

cadenza trimestrale e non come è avvenuto con trattenute che si riferiscono a periodi di dirsi anni, anche oltre i cinque anni;

- che ogni qual volta vengano fatte trattenute ci sia un file certificativo che specifichi a quale assistito si riferiscono le trattenute, la data di decorrenza e il numero delle quote

Ci si riserva ogni possibile azione a tutela degli iscritti non mostrandosi alcuna acquiescenza all'azione intrapresa.

In ogni caso i Direttori generali delle ASP in indirizzo, per la fattispecie in essere, attraverso i loro uffici, debbono comunicare ad ogni singolo medico il dettaglio analitico delle trattenute operate per singolo assistito, non può essere la NAR un elemento certificativo dato che è instabile, e non consente l'accesso continuativo.

Si coglie l'occasione per evidenziare, come già fatto in passato, le enormi criticità esistenti in tema di NAR, prima fra tutte l'accessibilità ai dati che ove possibile consentirebbe ai MMG di potere collaborare attivamente con la ASP, e di conseguenza alla questione degli assistiti senza medico così detti a "codice 00".

Per quanto sopra esposto si richiede con urgenza che la questione venga affrontata in sede di Comitati Aziendale e regionale ad hoc convocati con urgenza.

Il Segretario Generale Generale

Accesso scuole di specializzazione

Anaa Giovani e FIMMG Formazione chiedono un incontro al premier Gentiloni per comunicare «esigenze e proposte finalizzate alla modifica della normativa di accesso alle scuole di specializzazione, al solo scopo di porre la sanità pubblica italiana a livello degli altri paesi europei ed evitare la fuga all'estero dei nostri colleghi, come è avvenuto nel passato e tuttora avviene con crescente frequenza». La richiesta è stata affidata a una lettera aperta al presidente del Consiglio.

«Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del nuovo regolamento concernente - si legge nell'incipit - le modalità per l'ammissione dei laureati in medicina e chirurgia alle scuole di specializzazione, lo scenario che si prospetta per i giovani medici è pessimistico. A nulla sono servite le nostre richieste agli organi competenti di aprire un dialogo ed esaminare idee atte a risolvere il grosso problema dell'imbutto formativo che si è venuto a creare, vale a dire il divario crescente tra numero di medici laureati e numero di borse a disposizione per l'acquisizione del titolo di specialista, indispensabile per accedere in Italia al mondo del lavoro pubblico e privato».

Dottoressa violentata: Fimmg chiede osservatorio sicurezza

Un centinaio di medici di famiglia e di guardia medica ha manifestato a Palermo con un sit-in davanti alla sede dell'assessorato regionale alla Salute, in piazza Ziino, per chiedere più sicurezza sul lavoro dopo la drammatica violenza sessuale subita da una dottoressa in servizio in una guardia medica nel Catanese. L'iniziativa è stata organizzata dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg) Sicilia, che chiede un intervento dopo "l'ennesimo brutale episodio di violenza nei confronti di un medico nell'espletamento del proprio servizio". Una delegazione di camici bianchi è stata ricevuta dal vicepresidente dell'Ars Giuseppe Lupo. "Chiediamo - dice il segretario regionale della Fimmg Sicilia Luigi Galvano - la costituzione di un osservatorio permanente sulla sicurezza nei luoghi di lavoro. In assessorato abbiamo consegnato un'indagine condotta su un campione di 350 medici di guardia proprio sul tema sulla sicurezza e contiamo sulla possibilità che l'osservatorio possa insediarsi al più presto". Un nuovo incontro dovrebbe essere convocato i primi di ottobre.

Studi sull'uso prolungato degli inibitori di pompa protonica

Gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) rappresentano la classe di farmaci tra i più prescritti nel mondo e, secondo il rapporto OSMED 2016; la più prescritta e venduta in Italia. Eppure non vi è accordo unanime sulla durata del loro uso prolungato o cronico, tanto che negli ultimi tre mesi sono stati pubblicati alcuni contributi che, sulla base dell'Evidenza, cercano di definire compiutamente il tema.

La Società Americana di Gastroenterologia (AGA) nel Marzo 2017 ha pubblicato una rassegna sui rischi e benefici dell'uso a lungo termine degli IPP (1), con uno sguardo particolarmente attento alle possibili conseguenze negative dell'uso di questa classe di farmaci segnalate in letteratura. Le raccomandazioni di buona pratica clinica sono:

1. Pazienti con malattia da reflusso (MRGE) e complicanze legate all'acido (cioè esofagite e-

rosiva o stenosi di origine peptica) dovrebbe assumere un IPP per la guarigione a breve termine, il mantenimento della guarigione e il controllo del sintomo a lungo termine.

2. Pazienti con MRGE non complicata, che risponda a IPP a breve termine, dovrebbero successivamente tentare di fermare l'assunzione degli IPP o ridurli. Per i pazienti che non possono ridurre gli IPP si dovrebbe considerare il monitoraggio ambulatoriale della pH/impedenzometria esofagea prima di impegnarsi cogli IPP per tutta la vita, ciò per aiutare a distinguere la MRGE da una sindrome funzionale. I migliori candidati per questa strategia possono essere pazienti con prevalenti sintomi atipici o quelli che non dispongono di una evidente predisposizione alla MRGE (es. obesità centrale, grande ernia iatale).

3. Pazienti con esofago di Barrett e MRGE sintomatica dovrebbero assumere un IPP a lungo termine.

4. Pazienti asintomatici con l'esofago di Barrett dovrebbero considerare l'uso di un IPP a lungo termine.

5. Pazienti ad alto rischio di sanguinamento causato da ulcera da FANS dovrebbero assumere un IPP se continuano a prendere i FANS.

6. La dose di IPP a lungo termine dovrebbe essere periodicamente rivalutata in modo che possa essere prescritta la dose minima effettiva di IPP per gestire la condizione.

7. Gli utenti di IPP a lungo termine non dovrebbero usare di routine probiotici per prevenire possibili infezioni associate descritte in letteratura.

8. Gli utenti di IPP per lunga durata non dovrebbero aumentare regolarmente la loro assunzione di calcio, vitamina B12 o magnesio oltre la dose giornaliera raccomandata (RDA).

9. Gli utenti di IPP per lunga durata non dovrebbero routinariamente valutare o monitorare la densità minerale ossea, la creatinemia, il magnesio o la vitamina B12 ematica.

10. Non dovrebbero essere selezionate specifiche formulazioni di IPP in base ai rischi potenziali.

A queste indicazioni sono seguite quelle canadesi sulle modalità di deprescrizione degli IPP. (2).

Queste linee guida, sulla base delle evidenze che sottolineano i possibili danni da uso cronico e le implicazioni economiche del loro uso continuativo, delineano le modalità di deprescrizione degli IPP (riduzione della dose, sospensione o utilizzo di dosaggi "on-demand") e consigliano di deprescrivere gli IPP in adulti che hanno completato un minimo di 4 settimane di IPP per il trattamento del bruciore di stomaco o reflusso gastroesofageo o esofagite, da lieve a moderato, i cui sintomi sono risolti.

Le raccomandazioni non si applicano a coloro che hanno o hanno avuto un esofago di Barrett, una esofagite grave di grado C o D, o una storia documentata di sanguinamento di ulcera gastro-duodenale, cioè in condizioni speciali e non routinarie. Infine come ci si deve comportare, particolarmente nei soggetti anziani in trattamento antiaggregante cronico con aspirina? La risposta arriva da una recentissima pubblicazione (3), ripresa anche dal BMJ (4).

Gli Autori dello studio, pubblicato sul Lancet (3), avevano seguito in modo prospettico 3166 pazienti, tra cui 1582 di età superiore ai 75 anni, che avevano avuto un primo attacco ischemico transitorio, o ictus ischemico, o infarto miocardico e che erano stati trattati con farmaci antiplastrinici (per lo più aspirina) ma senza IPP.

I pazienti sono stati seguiti a 30 giorni, a sei mesi, e ad uno, cinque e dieci anni per controllare eventi ischemici ricorrenti, sanguinamento e disabilità. Il

rischio di sanguinamento maggiore è aumentato ripetutamente con l'età, in quanto i pazienti oltre i 75 anni avevano un rischio tre volte maggiore che i pazienti più giovani. E il rischio di sanguinamenti fatali era ancora più alto, più di cinque volte maggiore nelle persone anziane ($P < 0,001$).

La metà dei sanguinamenti più importanti nei pazienti oltre i 75 si è verificata nel tratto gastrointestinale superiore. Il numero di pazienti da trattare (NNT) con IPP per prevenire un sanguinamento maggiore era di 25 persone nei soggetti ultra 85enni contro 338 in pazienti sotto i 65 anni.

Ciò era noto anche se gli autori pensano che il trattamento, in queste situazioni cliniche particolari, sia sottoutilizzato. Quindi gli IPP in associazione con antiaggreganti, si confermano farmaci ad efficacia indiscutibile e potenzialmente salva-vita in soggetti anziani a grave rischio di recidiva di malattia.

A cura di: Marco Cambielli - MMG Varese
Linee guida - Univadis 26 Giu 2017

Criticità, ricetta dematerializzata

All'Assessore della Salute
On. Dott. Baldassare Gucciardi
assessorato.salute@certmail.regione.sicilia.it

Al Direttore Dipartimento pianificazione strategica
Dott. Avv. Ignazio Tozzo
dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it
dirigente generale.salute@regione.sicilia.it

e p.c. Responsabile Area Dipartimentale 4
Dr Sergio Buffa
sergio.buffa@regione.sicilia.it

Onorevole Assessore,
Illustre Direttore,

chiedo alle SSVV illustrissime di volere convocare il tavolo ad hoc per tutto ciò che attiene la ricetta dematerializzata 2017: analoga richiesta era stata fatta lo scorso Aprile.

In più già siamo stati convocati, come OOSS in Assessorato per la prima presentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di prossima ineludibile implementazione per Legge, e che vede i MMG in prima linea.

Per ciò che attiene la ricetta dematerializzata 2017 siamo in forte ritardo in quanto siamo entrati nel secondo semestre del 2017 senza ancora avere definito nulla sia sotto il profilo normativo che remunerativo.

Per quanto riguarda il FSE, data la rivoluzione epocale che determinerà, non sfuggirà alle Loro sensibilità istituzionali che operare per tempo e non in estremo è una precondizione irrinunciabile per una adeguata pianificazione e realizzazione del progetto che come ci hanno più volte detto è fondamentale per accrescere la sicurezza dei cittadini, per l'appropriatezza delle prestazioni, per il contenimento dei costi.

Certo di un sollecito accoglimento, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti

Il Segretario Generale regionale
Luigi Galvano

Decreto legislativo n. 75 del 27 maggio 2017 Sito unico per visite fiscali

1. Premessa

Dal 1° settembre 2017, ai sensi degli articoli 18 e 22 del Decreto legislativo n. 75 del 27 maggio 2017, entrerà in vigore il “Polo unico per le visite fiscali”, con l’attribuzione all’Istituto della competenza esclusiva ad effettuare visite mediche di controllo (VMC) sia su richiesta delle Pubbliche amministrazioni, in qualità di datori di lavoro, sia d’ufficio.

Il suddetto decreto prevede anche la revisione della disciplina del rapporto tra Inps e medici di medicina fiscale, da regolamentare mediante apposite convenzioni, da stipularsi tra l’Inps e le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative, sulla base di un Atto di indirizzo adottato con apposito decreto ministeriale.

Inoltre, dispone che, con un apposito ulteriore decreto ministeriale, si proceda all’armonizzazione della disciplina dei settori pubblico e privato in materia di fasce orarie di reperibilità, nonché alla definizione delle modalità per lo svolgimento degli accertamenti medico legali.

Nelle more della pubblicazione dei citati decreti ministeriali e della conseguente circolare Inps, con il presente messaggio si forniscono le prime indicazioni operative per poter garantire l’attuazione tempestiva della disposizione in oggetto.

In considerazione della vastità e rilevanza delle modifiche che è necessario apportare ai diversi applicativi informatici in uso presso l’Istituto, ai fini dell’attuazione del D.Lgs. 75/2017 e degli emanandi decreti ministeriali, le soluzioni tecniche ed amministrative che saranno adottate dal 1° settembre rappresentano una prima applicazione sperimentale, che sarà progressivamente messa a punto in tempi successivi, fino alla realizzazione di un sistema a regime organico e completo.

2. Categorie di dipendenti pubblici interessati

A seguito dei necessari approfondimenti normativi (articoli 1 e 55-septies del D.Lgs. 165/2001, nonché articolo 7, commi 1 e 2 del DL 179/2012), sono state individuate le categorie di amministrazioni e dipendenti pubblici rientranti nell’ambito di applicazione della normativa sul Polo unico e che costituiranno la platea di riferimento per gli accertamenti medico fiscali sui dipendenti assenti dal servizio per malattia, salvo diverso orientamento ministeriale.

Si riportano, di seguito, le categorie in argomento:

- Ex art. 1 del D.Lgs. 165/2001, “tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale l’Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300”;

ove la norma di cui sopra recita “le Regioni, le Province”, si intendono anche tutte le Regioni e Province a statuto speciale, non esclusa la Regione siciliana;

- Ex art. 7, comma 1 del DL 179/2012, i “dipendenti del settore pubblico non soggetti al regime del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”, ove per tali dipendenti si intendono, ex art. 3 del medesimo D.Lgs:
 - Personale della carriera prefettizia
 - Personale della carriera diplomatica
 - Magistrati di tutte le magistrature, ordinarie e speciali
 - Avvocati e Procuratori dello Stato
 - Docenti e ricercatori universitari
 - Personale della carriera dirigenziale penitenziaria
 - Personale dell’Autorità garante della concorrenza e del mercato.

Sono, altresì, compresi nell’ambito del personale per i quali trova applicazione la disciplina dell’art.55-septies i dipendenti delle Autorità indipendenti, comprese la CONSOB e la Banca d’Italia, nonché il personale delle Università non statali legalmente riconosciute.

Le disposizioni di cui all’art. 55 -septies del D.Lgs. 165/2001 non si applicano per esplicita previsione legislativa (cfr. art. 7, comma 2 del DL 179/2012) al “personale delle Forze armate e dei Corpi armati dello Stato e del Corpo nazionale dei vigili del fuoco”. Nello specifico, per personale delle Forze armate e dei Corpi armati dello Stato si intendono:

- Forze armate: Esercito, Marina militare, Aeronautica militare
- Corpi di polizia ad ordinamento militare: Guardia di Finanza e Carabinieri
- Corpi di polizia ad ordinamento civile: Polizia dello Stato e Polizia Penitenziaria
- Corpo nazionale dei vigili del fuoco, escluso il personale volontario.

Restano inoltre esclusi dalla applicazione della normativa gli enti pubblici economici, gli enti morali, le aziende speciali.

Premesso quanto sopra, si comunica che l’Istituto sta provvedendo ad effettuare le implementazioni procedurali necessarie per l’individuazione, in via automatizzata - attraverso la consultazione delle diverse banche dati esterne ed interne disponibili - della suindicata platea delle PPAA e dei loro dipendenti interessati dalla normativa in argomento.

3. Budget disponibile

Come stabilito dal D.Lgs. 75/2017, il budget complessivo stanziato per il Polo Unico (valido complessivamente per le visite datoriali e d’ufficio) è pari a 17 mln di euro per l’anno 2017 (a decorrere dal 1° settembre). L’applicativo effettuerà automaticamente un controllo sulla disponibilità del budget, in fase di inserimento della richiesta di VMC da parte dei datori di lavoro pubblici, tramite il Portale dell’Istituto. Ciò sia al fine di evitare un eventuale superamento delle risorse stanziate sia per l’elaborazione di report sull’andamento della spesa.

Qualora dovesse verificarsi un esaurimento del budget disponibile per le VMC effettuate ai sensi del D.Lgs. 75/2017, l’applicativo restituirà l’informazione alla PA richiedente, bloccandone la richiesta.

4. Richiesta delle visite mediche di controllo da parte delle PPAA.

Dal 1° settembre 2017, la richiesta di VMC potrà essere effettuata, da parte delle PPAA, come di consueto, tramite Portale. Le PPAA che eventualmente non utilizzassero ancora i servizi del Portale dovranno richiedere le credenziali di accesso ai servizi online di *Consultazione attestati di malattia e Richiesta visita medica di controllo (circolari n. 60/2010, 119/2010 e n. 118/2011)*. Sarà messo a disposizione dei datori di lavoro pubblici un servizio che consentirà in automatico di stabilire se la PA rientra o meno tra quelle di compe-

tenza del Polo Unico, dimodoché, in caso positivo, alla richiesta ed effettuazione di VMC non faccia seguito da parte dell’Istituto la richiesta di rimborso e l’emissione di fattura.

A tal proposito, va considerato che, in fase di prima attuazione, il sistema di riconoscimento automatizzato delle PPAA alle quali si applica la normativa del Polo Unico potrebbe, in qualche caso, respingere la qualificazione come amministrazione da considerare invece rientrante nell’ambito della disposizione in argomento.

Per tali casi, nel preannunciare che la futura messa a punto a regime degli applicativi informatici ridurrà al minimo questa circostanza, è comunque prevista per la PA interessata la possibilità, attraverso il Portale, di autocertificare la propria qualità di datore di lavoro rientrante nell’ambito del Polo Unico.

L’applicativo procederà alla registrazione delle informazioni relative alle PPAA che hanno proceduto con l’autocertificazione, anche ai fini di periodiche verifiche sulla correttezza di tali dichiarazioni cui, in caso negativo, dovrà far seguito l’emissione di fattura per il rimborso delle spese delle VMC effettuate.

Il datore di lavoro pubblico che richieda una VMC dovrà specificare se deve essere effettuata o meno la visita ambulatoriale, nelle modalità già attualmente previste in caso di assenza del lavoratore a visita domiciliare, al fine di consentire la verifica dell’effettiva sussistenza dello stato morboso.

Una volta effettuate le VMC, l’Inps metterà a disposizione dei datori di lavoro pubblici gli esiti dei verbali mediante i servizi telematici, conformemente a quanto già avviene per tutte le VMC datoriali. Ovviamente, nulla è innovato per le PA non rientranti nella platea dei destinatari della norma, che potranno sempre richiedere, nelle usuali modalità, la VMC. Le stesse saranno tenute al rimborso del servizio effettuato dall’Istituto, che emetterà regolare fattura.

Le VMC datoriali, richieste fino al 31 agosto 2017, continueranno ad essere fatturate, qualunque sia la PA richiedente.

5. Disposizione d’ufficio delle visite mediche domiciliari

Dal 1° settembre 2017, in sede di prima attuazione della normativa relativa al Polo unico, gli applicativi in uso presso l’Istituto saranno adattati al fine di acquisire i dati dei certificati dei dipendenti pubblici e disporre un numero prestabilito di visite d’ufficio. Anche per le VMC disposte d’ufficio dall’Istituto - nei confronti dei lavoratori appartenenti alle categorie rientranti nell’ambito di applicazione della normativa in argomento - verrà restituito al datore di lavoro pubblico l’esito, incluse le informazioni circa i casi di assenza al domicilio e la conseguente convocazione a visita ambulatoriale.

In caso di assenza del lavoratore al domicilio a seguito di VMC disposta d’ufficio, si procederà con l’invito a visita ambulatoriale in conformità a quanto avviene per i lavoratori del settore privato. Nel corso della visita ambulatoriale dovranno essere valutate soltanto l’effettiva sussistenza dello stato morboso e la relativa prognosi, mentre non rientra tra i compiti dell’Istituto - come precisato nel successivo paragrafo 8 - la valutazione delle eventuali giustificazioni prodotte.

6. Assegnazione delle visite mediche di controllo

A fronte della richiesta datoriale o della disposizione d’ufficio, la VMC verrà assegnata, come di consueto ai medici di lista che collaborano con l’Istituto. Come già specificato in Premessa, la normativa relativa ai medici di controllo è in corso di revisione; nelle more, rimangono vigenti i decreti ministeriali di riferimento e continuano ad applicarsi le circolari e messaggi dell’Istituto in materia, comprese le disposizioni relative ai compensi e alla gestione dell’attività nel suo complesso.

È di fondamentale importanza, al riguardo, assicurare che la Struttura territoriale di competenza possa fare affidamento su un numero congruo di pro-

fessionisti al fine di poter effettuare tutte le VMC previste e continuare a gestire, altresì, efficacemente l'attività inerente alle VMC nei confronti dei lavoratori del settore privato.

7. Visite mediche di controllo per i casi di infortunio sul lavoro e malattia professionale

Pur considerando l'attribuzione esclusiva all'Inps della competenza in materia di visite mediche di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, l'Istituto ritiene di non poter procedere ad effettuare accertamenti domiciliari medico legali richiesti dai datori di lavoro per i casi di infortunio sul lavoro e malattia professionale, in quanto – alla luce del disposto di cui all'art. 12 della legge n° 67/1988 in tema di competenze esclusive dell'Inail – non può interferire con il procedimento di valutazione medico-giuridica di tali tipologie di "eventi".

Eventuali VMC che i datori di lavoro (pubblici o privati) dovessero chiedere per i propri dipendenti per i quali sia in corso l'istruttoria per il riconoscimento dell'infortunio sul lavoro/malattia professionale non possono essere disposte, salvo intervengano diverse interpretazioni ed indicazioni da parte dei Ministeri competenti. Nel caso in cui la sussistenza di un'istruttoria per il riconoscimento di infortunio sul lavoro/malattia professionale dovesse emergere in sede di accesso del medico di controllo al domicilio del lavoratore, il medico non dovrà procedere alla visita di controllo, ma redigere verbale ove venga evidenziata tale circostanza.

Tuttavia, per l'accesso al domicilio del lavoratore, al datore di lavoro che non rientri nell'ambito del Polo Unico andrà comunque richiesto il rimborso con emissione di fattura.

8. Compiti e funzioni degli Uffici amministrativi e delle U.O.C./U.O.S.T. delle Strutture territoriali competenti

Come specificato in Premessa, la normativa del Polo unico contiene disposizioni in materia di VMC nulla innovando con riferimento alla certificazione di malattia relativa ai lavoratori del settore pubblico. Ne consegue che l'Istituto continuerà a ricevere unicamente le certificazioni trasmesse in modalità telematica.

Relativamente alle certificazioni eventualmente redatte in modalità cartacea, con il D.Lgs. 75/2017 è espressamente precisato che "i controlli sulla validità delle [...] certificazioni restano in capo alle singole amministrazioni pubbliche interessate" (art. 55-septies, comma 1, del 165/2001).

La competenza dell'Istituto, pertanto, attiene all'effettuazione d'ufficio o su richiesta delle VMC. In tale ambito, il procedimento e gli adempimenti di trattazione anche medico legale presso le U.O.C./U.O.S.T. sono sostanzialmente analoghi a quelli in essere per i lavoratori privati ad eccezione di alcune specificità relative ai lavoratori pubblici. In particolare, non compete all'Istituto istituire, esaminare e valutare la giustificabilità di assenza a domicilio, o di mancata presentazione a visita ambulatoriale, circostanze che invece saranno comunicate ai datori di lavoro per le valutazioni di loro competenza.

9. Gestione reperibilità e assenza del lavoratore

Come previsto nel D. Lgs. 75/2017, il dipendente pubblico è tenuto, qualora debba assentarsi dal proprio domicilio (es. per visita specialistica), ad avvisare unicamente la propria amministrazione, la quale successivamente provvederà ad avvisare l'Inps.

La comunicazione di eventuali assenze per esami specialistici dei propri lavoratori in malattia dovrà essere effettuata da parte delle PPAA nelle medesime modalità attualmente in uso per le comunicazioni, da parte dei lavoratori aventi diritto alla tutela previdenziale Inps, dei cambi di reperibilità, secondo quanto previsto, da ultimo, dal msg. Hermes n. 007817 del 20/10/2014.

Nelle ipotesi sopra descritte e qualora le comunicazioni siano tempestivamente pervenute, l'operatore

dovrà procedere ad effettuare l'esclusione dell'eventuale VMC preordinata dal listino di SAViO.

Per i casi in cui il lavoratore abbia necessità di cambiare domicilio in corso di prognosi, le regole da seguire saranno definite dall'emanando decreto ministeriale di armonizzazione delle fasce di reperibilità e sulle modalità per lo svolgimento delle visite mediche di controllo.

10. Il Polo Unico e la dotazione e distribuzione attuale di medici fiscali

In vista dell'entrata in vigore delle norme sul Polo unico, è stato recentemente effettuato un aggiornamento degli elenchi provinciali dei medici di lista che attualmente collaborano con l'Istituto per l'espletamento degli accertamenti medico legali domiciliari. Si è anche provveduto ad analizzare i dati della procedura di gestione delle visite mediche di controllo eseguite da parte delle Strutture territoriali, al fine di verificare la capacità di soddisfare le richieste di VMC datoriali e di eseguire anche VMC d'ufficio in quantità adeguate.

Dal monitoraggio è stato possibile riscontrare alcune criticità riferite a specifiche aree territoriali dove la carenza di medici disponibili appare particolarmente rilevante. Per converso,

sono aree caratterizzate da un numero di medici iscritti nelle liste speciali decisamente elevato rispetto ai fabbisogni.

Come noto, a questa disomogeneità di distribuzione non si può ovviare con trasferimenti di medici da

una lista speciale ad altra. Infatti - come precisato all'articolo 4, comma 1 del decreto ministeriale 18 aprile 1996 - le liste sono definite a livello provinciale e il medico può essere iscritto solo nella provincia presso la quale è risultato idoneo all'iscrizione con conseguente conferimento dell'incarico.

Si consideri, inoltre, che il decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125 (art. 4, comma 10 bis) ha trasformato le suddette liste speciali in liste ad esaurimento (nelle quali sono confluiti i medici risultati iscritti al 31 dicembre 2007), "cristallizzando" sostanzialmente la posizione del medico all'interno della relativa lista di appartenenza.

Vale comunque la pena di ricordare, a beneficio delle sole Strutture territoriali che già non riescono a soddisfare le richieste datoriali, nonché di quelle le cui potenzialità siano appena sufficienti ai fabbisogni attuali, che le modalità per il conferimento di incarichi temporanei o la reintegrazione delle liste sono contenute nelle circolari n. 4 e n. 199 del 2001, tuttora vigenti. Ove se ne ravvisi la necessità, si potrà anche procedere con l'assegnazione di incarichi temporanei che, come noto, possono essere occasionali per singole VMCD o continuativi per la durata massima di quattro mesi.

Le Sedi potranno, altresì, all'occorrenza, utilizzare i medici dipendenti e/o convenzionati dell'Istituto per l'effettuazione delle VMC domiciliari e/o ambulatoriali.

Il Direttore Generale
Gabriella Di Michele

Pensioni, approvato schema su cumulo gratuito. Start a domande imminente

il lavoratore avrà raggiunto i requisiti richiesti dalla sua Cassa professionale, scatterà l'assegno di quest'ultima. La copertura economica arriverà nella prossima Finanziaria.

Il presidente Enpam Alberto Olivetti sul sito dell'associazione delle casse privatizzate Adepp (della quale è pure presidente), afferma che con il cumulo si raggiunge un obiettivo di civiltà ma, mentre per i lavoratori iscritti all'Inps il costo è sostenuto dallo Stato, nel caso dei professionisti non c'è una rete di salvataggio, «a pagare una quota del costo del cumulo potrebbero essere colleghi che non ne beneficiano». E l'asimmetria «potrà ricadere sui più giovani». Inoltre vi sono perplessità sul fatto che l'Inps diventi ente erogatore di prestazioni proprie delle Casse. Non è tutto semplice neppure per i lavoratori che optano per il cumulo, cui la normativa spesso ritarda l'accesso all'assegno. Se si va in pensione di vecchiaia, per fare domanda valgono i requisiti dell'ente dove si va via più tardi. Solo se si va via per anzianità prevalgono i requisiti della legge 214/11 secondo cui oggi si va via a 42 anni e 10 mesi per gli uomini, e un anno prima le donne. Ad esempio, chi approda dall'Inps all'Enpam va via a 68 anni, anziché a 66 anni e 6 mesi.

Per contro, il cumulo gratuito è spesso più conveniente degli istituti preesistenti per i lavoratori con più spezzoni da ricongiungere. La totalizzazione impone il calcolo contributivo puro al lavoratore, senza prendere una lira in più di quanto hanno maturato i contributi da lui versati. La ricongiunzione è sempre onerosa. La legge di Stabilità 2017 (commi 197 e 198), prevede che per la maggior convenienza del cumulo il lavoratore possa rinunciare sia a una precedente domanda di totalizzazione, a patto che il procedimento amministrativo non si sia ancora concluso, sia a una domanda di ricongiunzione, entro il primo gennaio 2018, a patto che non sia stato già perfezionato il pagamento integrale dell'importo dovuto. Il recesso dalla ricongiunzione si può manifestare sia esplicitamente con apposita istanza all'ente pensionistico, sia interrompendo i pagamenti delle rate. In ciascuno dei due casi va esplicitata richiesta di rimborso delle eventuali quote versate.

Settemila nel 2017, poi una crescita fino ad arrivare a svariate decine di migliaia dal 2019; tante saranno le richieste di cumulo gratuito alle quali il Ministero del Lavoro da questo mese apre definitivamente la porta. C'era già la possibilità di cumulare spezzoni lavorativi gratuitamente solo in ambito Inps, ma ora arriva la chance prevista dalla Finanziaria 2017 di cumulare i periodi lavorati da iscritti presso tutte le casse previdenziali, incluse le privatizzate come l'Enpam. Con dieci mesi di ritardo, il Ministero del Lavoro ha dato l'ok allo schema di circolare Inps che risolve il problema dei costi causato alle Casse dall'estensione della possibilità per il pensionando di chiedere l'assegno pensionistico all'ultima cassa privatizzata ove s'è iscritto.

Per i contribuenti misti, le Casse rischiavano di versare più di quanto preventivato ed esaurire prima la pensione accumulata presso di loro, dovendo poi incidere sul monte pensioni per l'adempimento ed aggravare i propri bilanci, in contrasto con la necessità imposta dalla Legge Fornero di garantirne la sostenibilità a 30 anni. Al Ministero guidato da Giuliano Poletti si è deciso che l'importo della pensione sarà corrisposto in due fasi, con una staffetta. L'Inps pagherà per primo l'assegno pensionistico secondo i requisiti maturati dal lavoratore presso la sua gestione (una sorta di anticipo di pensione dunque privo di integrazioni o maggiorazioni sociali); quando

Palermo Medica, n. 10-11, 2017; *Direttore responsabile: Paolo Giarrusso*

Editore FIMMG Palermo; Redazione P.zza Sturzo, 14 Palermo – Tel. 091 331902 - 091 331832 – E-mail fimmgpa@tiscali.it
 Autorizzazione Tribunale di Palermo n. 25 del 2 novembre 1983 - Stampato dalla Tipolitografia Luxograph s.r.l., Via Amilcare Barca, 1/h, Palermo

Le opinioni espresse nei vari articoli rispecchiano solamente l'opinione dell'Autore e possono anche essere divergenti dalla linea politica della Redazione:

tutto ciò arricchisce la dialettica all'interno della professione per un suo continuo miglioramento.

I dati relativi agli abbonati sono trattati nel rispetto delle disposizioni contenute nel D. Lgs del 30 giugno 2003 n. 196 a mezzo di elaboratori elettronici ad opera di soggetti appositamente incaricati.

I dati sono utilizzati dall'editore esclusivamente per la spedizione della presente pubblicazione.

www.fimmgpa.it

Il giornale è stato chiuso in tipografia il 26 ottobre 2017

Tiratura di questo numero: 3000 copie.

Certificati, per reati stradali e malattia da refertare all'autorità giudiziaria. Gli obblighi per i sanitari

Riportiamo un recente articolo di Mauro Miserendino che chiama in modo esaustivo la normativa in questione

Occhio alla certificazione sui pazienti con esiti di lesioni post-trauma dopo incidente: la legge sull'omicidio stradale crea un problema in più al medico che certifichi il prolungamento della malattia per oltre 40 giorni. Rientrando le lesioni che portano a prognosi "lunga" tra quelle gravi, dallo scorso anno il "medico certificatore" deve avvisare l'autorità giudiziaria. La legge 41/16 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 70 del 24 marzo 2016 modifica l'articolo 590 bis del codice penale. E punisce con la reclusione chiunque violando le norme sulla circolazione provochi per colpa ad altri una lesione personale grave o gravissima. Le sanzioni in caso di ebbrezza

o assunzione di sostanze stupefacenti arrivano a 3 anni di reclusione per lesioni gravi e a 7 per lesioni gravissime. La giurisprudenza ancora non avrebbe ancora stabilito se si sia creata una nuova fattispecie di reato o si siano introdotte nell'ordinamento solo delle aggravanti di reati esistenti. Molti giudici penali però potrebbero propendere per il secondo caso che, all'articolo 590 ultimo comma del codice penale, assoggetta il reato a procedibilità d'ufficio: il magistrato deve avere notizia delle lesioni gravi, che aggravano la sanzione.

Per il medico certificatore - che può essere anche il medico di medicina generale - c'è obbligo di referto e l'inadempimento si traduce esso stesso in reato: omissione di referto e/o omissione di denuncia di reato da parte di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio. In particolare, se in sede di processo civile per il risarcimento al paziente l'assicurazione scoprisse che la malattia è stata prolungata ma la lesione grave non è stata denunciata, il giudice civile dovrebbe allungare il fascicolo al pubblico ministero (ambito penale) perché quest'ultimo persegua il medico come atto dovuto. Il tema è oggetto di dibattiti e corsi di formazione, uno all'Ordine dei Medici di Piacenza a fine primavera con relazioni di procuratori della repubblica ha provato a evocare regole di buona condotta che tutelino il medico. Premessa: accanto all'omicidio stradale, le lesioni che possono portare a pene molto più dure del passato sono quelle gravissime (perdita di un senso, di un organo o di un arto o del suo uso, della capacità di procreare, perdita o grave difficoltà della favella, deformazione o sfregio permanente del viso) e le gravi come una lesione che mette in pericolo la vita, l'indebolimento di un organo o di un senso, una malattia lunga oltre i 40 giorni. «In quest'ultimo caso spiega Anna Maria Greco vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Piacenza e medico legale-può accadere che i pazienti, notando che non sono an-

cora del tutto scomparsi gli ultimi effetti di un trauma di lieve entità (ad esempio il colpo di frusta), chiedono al proprio curante in modo del tutto naturale il prolungamento della malattia oltre al giudizio prognostico espresso dal medico di Pronto Soccorso, superando così i 40 giorni.

La legge però è molto "netta" adesso con chi ha provocato l'incidente e il medico, cui è comunque da sempre richiesta la massima diligenza, dovrà eseguire un'accurata anamnesi e un esame obiettivo della massima precisione. Ove fosse incerto nel valutare la persistenza dello stato che impedisce il ritorno al lavoro deve chiedere la consulenza di uno specialista. La soglia di attenzione va tenuta molto alta». Formalmente si redige un referto o un rapporto? «La differenza tra referto e rapporto tende ad attenuarsi nella pratica. Il referto è redatto dal medico in qualità di pubblico ufficiale mentre il rapporto è dell'incaricato di pubblico servizio che denunci un reato perseguibile d'ufficio, entrambi sono forieri di sanzioni (fino a 516 euro ndr) e conseguenze penali se mancano o presentano problemi. Al di là degli aspetti formali, un certificato redatto con attenzione comporta che, al momento in cui il medico fosse chiamato a testimoniare in un processo, molto difficilmente gli si possano contestare mancanze tali da portare conseguenze sul piano giuridico». La prestazione va con Iva o no? «La comunicazione all'autorità giudiziaria è atto dovuto mentre la certificazione, su carta bianca, del prolungamento dello stato di malattia è un atto libero-professionale dunque è naturalmente a pagamento (non lo è quella del Pronto soccorso, ndr) e, in quanto prestazione assicurativa, soggetto ad Iva. Non vanno fatte pagare le richieste di accertamenti specialistici che anzi possono ben essere prescritte sul ricettario del servizio sanitario nazionale».

Mauro Miserendino

ASP 6: invio specifiche trattenute

Cari Colleghi,
desidero comunicarVi che i Distretti invieranno a tutti i Medici l'allegato con le specificazioni delle trattenute relative ai pazienti deceduti e trasferiti tramite posta elettronica.

Qualora qualcuno volesse ritirare prima questi elenchi dovrà recarsi alla Medicina di Base del proprio Distretto.

Una volta ricevuto l'elenco, ove le trattenute non corrispondessero alle Vostre aspettative, se avete delle perplessità si prega di contattare la Segreteria. Vi ricordo di continuare ad operare per la depre-scizione degli inibitori di pompa, con il giornale ri-

ceverete il manifesto in formato 33 x 50 da appendere negli studi.

Stiamo continuando ad operare presso l'Assessorato a fare abrogare il Decreto che prevede dal 1° novembre l'uso delle schede di monitoraggio.

Confido nella Vostra partecipazione all'Assemblea straordinaria che si terrà il 30 settembre p.v. presso

l'Hotel Astoria Palace di Via Montepellegrino alle ore 10,00 che vedrà la partecipazione dei 5 Candidati Presidenti alla Regione.

Sono stati individuati già i temi e le domande che verranno rivolte ai Candidati Presidenti.

Il segretario generale
Luigi Galvano

PALERMO
MEDICA

Per le notizie
in tempo reale
consultare il sito

- www.fimmg.org
- www.fimmgpa.it
- fimmgnotizie