

Incrementare i corsisti nella formazione specifica

di Luigi Galvano*

Onorevole Assessore,
Pregmo Direttore,

lo scorso anno la Regione Sicilia con avviso n. 6/2016 si è avvalsa dei fondi del Programma Operativo del Fondo Sociale Europeo 2014-2020, e ciò ha permesso l'attivazione di 87 contratti aggiuntivi regionali di formazione medico-specialistica in aggiunta ai contratti ministeriali.

Pur considerando lodevole lo sforzo che la Regione ha messo in atto, non si può non sottolineare tali contratti non trovano un sicuro riferimento al fabbisogno sul territorio, se si tiene conto del fenomeno dell'emigrazione in atto di medici specialisti nel nord Italia e all'estero, spesso definitivamente con conseguente cancellazione della iscrizione all'OM-CeO. Insomma l'Università continui a formare specialisti che non trovano lavoro in Italia o che non servono ai fabbisogni del Paese e vanno all'estero: nel 2014 sono stati 2363 (dati MinSal) contro i 396 dei cinque anni precedenti e se ne prevedono 5000 nei prossimi tre anni, con costi diretti e indiretti che fra laurea e specializzazione si attestano oltre i 550.000 € a medico. Con una certa amarezza non si può non osservare che le altre regioni e gli altri paesi europei sono ben lieti di ricevere un tale regalo.

Detto questo ci preme sottolineare un altro dato: il 50% circa degli iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale sono già specialisti e decidono di intraprendere la via della Medicina Generale non tanto per una scelta primaria dovuta a vocazione, difficile che i neo-laureati abbiano, dato che l'insegnamento della Medicina generale nel corso di Laurea è presente solo nella metà degli Atenei italiani (in Sicilia è prevista solo qualche attività didattica opzionale), ma per assenza di sbocchi occupazionali nella propria Regione per la disciplina per cui si era specializzato.

Come si può evincere dagli allegati alla presente let-

tera (Fonte ENPAM e Bandi CFSMG Sicilia), riguardo la medicina generale raggiungeranno i 68 anni (che è attualmente l'età media di pensionamento dei MMG) tra il 2017 ed il 2027 in tutta la Sicilia 3891 medici di Medicina generale e se li andiamo a confrontare con il numero di posti attualmente messi a concorso in Sicilia per il CFSMG sempre dal 2017 al 2027 avremmo 1000 Medici che conseguiranno il DFSGM. Considerando che attualmente in Graduatoria Generale della Medicina Generale (Dati Graduatoria 2014) abbiamo 1983 Medici, tenendo conto che circa il 20% dei medici attualmente in graduatoria della medicina generale nei prossimi anni raggiungerà l'età pensionabile si ridurranno a 1548 che sommati ai 1000 che si diplomeranno fanno 2548 medici potenzialmente disponibili ad entrare nell'area; ci ritroviamo quindi ad avere una carenza certa di medici pari a 1343 medici.

Alla Sicilia servono 1343 Medici diplomati in più, una media dal 2017 al 2027 di 150 medici ogni anno. Tale scenario in assenza di azioni correttive forti aprirebbe la porta a medici che vengono dall'estero (Paesi dell'Est Europa) con titoli acquisiti nei Paesi di origine (veri e propri corsini), bonificati dal Ministero della Salute (cosa che già sta avvenendo) a scapito dei nostri giovani sempre più qualificati e ciò a tutela anche della Collettività.

Una considerazione di ordine generale a sostegno della richiesta risiede nel fatto che in tutto il mondo evoluto (analisi dei primi 20 Paesi OCSE) la Sanità si sposta sempre più verso un assetto costituito da un settore Cure Primarie organizzato a rete ed evoluto e un settore della specialistica settato verso l'alta specializzazione: ciò ha come conseguenza che a parità di costo della sanità rispetto al PIL, dove si è implementato un sistema di Cure primarie evoluto, si ha una maggiore qualità delle cure ed una migliore equità dell'accesso alle stesse.

Alla luce delle valutazioni sopra esposte Vi chiedo che per la prossima programmazione dei posti da mettere a bando per il Corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2016-2019 venga bandito un contingente almeno di 150 posti, questo al fine di scongiurare quanto già ribadito sopra. Disponibile per ogni altro ulteriore approfondimento e confronto, sicuro di un Vostro Favorevole accoglimento, porgo distinti saluti.

* Segretario Regionale Generale Fimmg

Disservizi pagamenti

Cari Colleghi,

Vengo a conoscenza che ad un certo numero di colleghi (50?) questo mese non è stato accreditato lo stipendio.

Avendo acquisito informazioni presso alcuni dirigenti della ASP durante i giorni festivi del fine settimana (mi hanno risposto!), vengo a sapere che le banche avrebbero respinto l'accredito fatto da BNL banca della ASP in quanto gli IBAN dei colleghi interessati sarebbero stati cambiati in tutto o in parte in quanto obsoleti e dovuti a possibili fusioni che le banche hanno fatto fra loro.

Quindi può anche succedere che il CC resta lo stesso ma cambiano i numeri di ABI o CAB dell'IBAN. So che il Dipartimento personale convenzionato ha informato i Distretti di APPARTENENZA dei medici di cui è stato respinto l'accredito con elenco nominativo.

Ma operativamente e più celermente abbiamo convenuto che aldilà del canale ufficiale sopra descritto (distretto), coloro a cui non è stato accreditato lo stipendio possono farsi dare dalla PROPRIA banca l'IBAN corretto ed attuale e comunicarlo, allegando la fotocopia d'ambo i lati della propria carta d'identità al seguente indirizzo mail:

personaleconvenzinato@asppalermo.org

Il segretario generale FIMMG
Luigi Galvano

Continuità assistenziale e "maladeontologia"

di Elisa Tosè*

Da dodici anni sono medico di continuità assistenziale e da poco più di due medico di assistenza primaria. Non ho mai fatto la differenza trovandomi di fronte a una persona che chiede il mio aiuto, per stare meglio, per guarire o semplicemente per capire, e non si può fare la differenza tra i due ambiti (se non burocraticamente per certi aspetti), soprattutto quando per una piccola comunità in provincia di Palermo, da quasi quattro anni io e gli altri colleghi di ex guardia medica, siamo medici di famiglia della notte o dei week-end.

E alla fine la continuità assistenziale si arricchisce della "continuità del tempo", e dunque di conoscenza: conoscenza del paese, delle persone e delle loro famiglie, dei contesti e delle "situazioni" di vita vissuta. Così nel tempo, si impara a misurare sempre meglio l'offerta di salute a chi la richiede.

Di turno il primo maggio, mi chiedono con grande allarme una visita domiciliare per un paziente che conosco molto bene, e di cui già sapevo, dai familiari, che stava poco bene. Ma il quadro clinico che constato appena giungo al domicilio è quanto mai critico, soprattutto per la manifestazione particolarmente imponente del dolore da parte del paziente 45enne.

Conosco le sue patologie di base, conosco lui come carattere, forte e solare, e dunque vederlo in quelle condizioni mi allarma non poco, e decido di allertare il 118 per disporre il trasferimento in PS, e soprattutto quando constato che quest'ultimo in preda a quel dolore lancinante trafittivo violento insopportabile in zona lombare L3-L4, prima si era accasciato perdendo i sensi, e una volta ripresosi, rimaneva a momenti in apnea immobile diventando a tratti cianotico, decido di accompagnarlo durante il trasporto.

Parto già con il mio Allegato M compilato e via via aggiornato sull'osservazione delle condizioni e dei parametri vitali.

Continua da pag. 1

Continuità...

PS di Termini Imerese: al nostro arrivo... tutti, dal triage e altro personale, tra le grida del mio paziente, si chiedevano perché avessimo portato una “lombosciatalgia” in PS.

Arriva a chiederlo anche la collega di turno, riccia, gli occhiali, con i capelli ripresi a coda, e indispettita – “che c’ha questo?” –, e subito mi presento: – sono Elisa Tesè... collega di GM di ... – e cerco di presentare il mio paziente, più o meno per quanto già descritto sull’ allegato M, che avevo prontamente consegnato a lei, che lo teneva in mano.

Per tutta risposta, senza neanche guardarmi negli occhi, mentre le parlo, senza neanche presentarsi, al momento di proferire “Guardia Medica”, mi interrompe, spiegazzando il mio referto, alzando in su le sopracciglia da fargli prendere il volo, senza farmi finire, si rivolge al paziente (che si contorceva dal dolore spezzando il respiro) e gli chiede – “ ma perché l’hanno portata qui?” –.

Ovviamente il paziente non le risponde, e lei se ne va, indifferente a tutto e a tutti, alle grida di dolore, a un mio timido ma sollecito richiamo, chiudendo la porta dietro di sé.

Il mio paziente mentre gridava, a me sì che diceva qualcosa, e mi chiedeva di non andarmene, di non lasciarlo solo.

Chi mi conosce e mi segue sui social, sa che io non sono solita esprimere i miei disappunti, le mie amarezze lavorative durante il lavoro, e postare fatti e accadimenti durante le ore di servizio...

Ma QUANDO È TROPPO È TROPPO.

Io in quel momento rappresento la continuità dell’Assistenza per una comunità in provincia di Palermo. Non so a quale diagnosi arriveremo per il mio paziente, ma:

- so di non avere forzato, di non avere esasperato, di non avere abusato delle procedure assistenziali;
- so di essere stata di fronte a una persona, la cui qualità di vita e il cui benessere erano in quel momento, fortemente minacciati e offesi da non so quale possibile motivazione clinico-patologica, banale o importante che si rivelerà;
- so che in quel momento io avevo il dovere di garantire sicurezza al paziente, conforto dal dolore (con le terapie praticate relativamente al mio livello di approccio e alle sue morbidità), e soprattutto avviarlo alla conoscenza del suo problema, nei tempi che la manifestazione del problema stesso imponeva.

Il comportamento della collega mi fa riflettere su quante parole si dicono, su quanti annunci, propagande si esprimono... su quanta miopia c’è a livello istituzionale nel non vedere quanto grande sia la soluzione di continuo tra il territorio e le cure di altro livello.

Sentirmi per l’ennesima volta un “paria” delle Cure Primarie, con lo sbeffeggiamento della collega di quell’altro livello, mi dimostra quanto lontano sia il mondo ideale di cui si parla ai congressi.

C’è ostentazione inutile, c’è arroganza, presunzione, c’è superficialità.

Non c’è CONTINUITÀ, NON c’è dialogo, NON c’è relazionarsi, né umano né professionale, NON c’è quell’UMILTÀ DEONTOLOGICA, che è l’unica lucidità che ci possiamo permettere, per fare un passo oltre verso l’essere migliori, nel sapere bene fare.

* Medico di assistenza primaria

Modulistica per l’invalidità dei MMG (come previsto ACN)

Ai Colleghi MMG e CA iscritti alla FIMMG,

Al fine di facilitare la gestione delle pratiche malattia per il rimborso dei primi 30g e le conseguenze di lungo periodo, mi preme informarvi che è ora disponibile all’interno del sito www.serviziomalattiamedici.it, una sezione contenente la modulistica per la richiesta di risarcimento per invalidità residua da infortunio, malattia e Morte da infortunio cliccando su tale link:

<http://www.serviziomalattiamedici.it/lungoperiodo.html>

Accedendo ai bottoni in fondo alla pagina si possono scaricare i moduli di richiesta dedicati al proprio caso in base al settore di appartenenza, da inviare con il modulo di autocertificazione e la fotocopia del documento di identità oltre alla documentazione medica a supporto, come dettagliato nel testo centrale del sito.

Alcune informazioni sul possibile rimborso:

Franchigie:

Invalidità Permanente Da Infortunio:

10% assoluta, ovvero per le invalidità permanenti di grado inferiore o pari al 10% della totale non si fa luogo ad indennizzo. Per la tabella completa si rimanda al normativo di polizza art. B12 per entrambe le polizze

Invalidità Permanente Da Malattia:

24% assoluta, ovvero per le invalidità permanenti di grado accertato inferiore o pari al 24% della totale non si fa luogo ad indennizzo. Per la tabella completa si rimanda al normativo di polizza art. C5 per entrambe le polizze

Come richiedere alla Compagnia l’apertura di un sinistro

Le garanzie assicurate per Morte Da Infortunio, Invalidità Permanente Da Infortunio e Invalidità Permanente Da Malattia sono coperture a sé stanti rispetto ai primi trenta giorni di malattia, per cui per aprire un sinistro è necessario fare una apposita domanda. In altre parole l’eventuale certificazione inviata per richiedere l’indennizzo relativo ai primi trenta giorni di malattia, non produce automaticamente denuncia relativa alle garanzie assicurate per le coperture di lungo periodo.

Spedizione Della Denuncia

Il modulo di richiesta trasferimento denuncia all’Ufficio competente di Generali Italia Spa per la fattispecie interessata, unitamente alla copia della certificazione medica secondo la quale la malattia possa comportare invalidità permanente, alla documentazione sanitaria idonea ad istruire la pratica, al modello di autocertificazione di conformità all’originale della documentazione inviata, alla copia del documento di identità in corso di validità dovranno essere inviati:

A mezzo PEC all’indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

serviziomalattiamedici@pec.it

oppure:

A mezzo raccomandata con avviso di ricevimento all’indirizzo postale:

Generali Italia Spa

Agenzia Speciale di Roma 63j

Servizio Malattia Medici

Via della Montagne Rocciose, 58 - 00144 Roma

Ti prego di diffondere l’informativa agli iscritti della tua sezione

La Commissione Prassis - Fimmg

Prassis- Commissione previdenza e Assicurazioni di Fimmg

Piazza G. Marconi 25 - 00144 Roma

Telefono 0654896639

Email prassis@fimmg.org

Nuove opportunità per toner e stampanti

Chiamateci! Un consiglio non costa niente insieme possiamo trovare una soluzione e farvi risparmiare anche l’80% sui costi

Le modifiche normative degli ultimi anni hanno creato non pochi problemi. In particolare l’introduzione della ricetta dematerializzata ha costretto molti medici a modificare l’organizzazione del suo tradizionale lavoro. Negli studi medici è notevolmente aumentata l’attività amministrativa il numero di stampanti e la quantità di carta stampata.

Le scelte fatte in modo affrettato e senza alcun consulto, creano non pochi problemi.

Infatti Il medico va al supermercato, quasi sempre sceglie la nuova stampante sulla base di tre criteri: deve essere poco ingombrante, veloce e poco costosa e quasi mai si chiede quanto costerà il ricambio di una cartuccia e quanto questa produce. Subito dopo l’acquisto arrivano i primi guai.

Facciamo quattro conti per un medico massimalista che stampa circa 1800-2000 ricette al mese.

4-5 risme di carta a5

4,00x5 = 20,00 euro

ulteriore stampante (preferibilmente piccola laser 1000 pag/toner)

90,00 euro

costo medio toner originale 1000/1200 pag

40,00x2 = 80,00 euro

aumento medio per adeguamento software

30,00 euro

Su queste basi, un medico, mediamente, spende oltre al costo iniziale della stampante 20,00 + 80,00 + 30,00 = 130,00/mese, ossia 1560,00 euro/anno.

Noi di I.S.G.R. le stampanti ed i computer li conosciamo bene e da sempre diamo un concreto aiuto a quei professionisti che ci chiedono un risparmio sui costi di gestione nei loro uffici.

Da anni collaboriamo con alcuni medici fornendo loro assistenza ed apparecchiature anche a noleggio. Inoltre siamo rigeneratori di toner e cartucce per stampanti forniamo consumabili ad alta redditività ed a basso costo. Possiamo abbattere i costi fino al 70/80%.

A chi acquista i nostri prodotti, forniamo gratuitamente il modulo FIR (Formulario Identificativo del Rifiuto) necessario allo smaltimento/rigenerazione e da anni diamo un concreto aiuto all’ambiente rigenerando circa il 98% dei prodotti provenienti dalle stampanti laser evitando che vadano in discarica.

Certificati INPS; nuove disposizioni

Roma, 02/05/2017

*Ai Dirigenti centrali e periferici
Ai Responsabili delle Agenzie
Ai Coordinatori generali, centrali e
periferici dei Rami professionali
Al Coordinatore generale Medico legale e
Dirigenti Medici*

Circolare n. 79

*e, per conoscenza,
Al Presidente
Al Presidente e ai Componenti del Consiglio di
Indirizzo e Vigilanza
Al Presidente e ai Componenti del Collegio dei
Sindaci
Al Magistrato della Corte dei Conti delegato
all'esercizio del controllo
Ai Presidenti dei Comitati amministratori
di fondi, gestioni e casse
Al Presidente della Commissione centrale
per l'accertamento e la riscossione
dei contributi agricoli unificati
Ai Presidenti dei Comitati regionali
Ai Presidenti dei Comitati provinciali*

1. Premessa

Mediante la trasmissione telematica della certificazione di malattia – le cui specifiche sono state fornite con il disciplinare tecnico allegato e parte integrante del decreto del Ministero della salute del 26 febbraio 2010, di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e il Ministero dell'economia e delle finanze e successive modificazioni – l'Istituto può disporre, come è noto, in tempo reale delle informazioni inerenti allo stato di temporanea incapacità al lavoro dei soggetti interessati.

Ciò costituisce, con tutta evidenza, un notevole vantaggio, in termini di celerità e certezza dei flussi certificativi, sia per l'Istituto medesimo, ai fini delle successive attività per il riconoscimento della prestazione previdenziale, ove spettante, sia per i datori di lavoro che mediante i servizi messi a disposizione dall'Inps possono visualizzare tempestivamente gli attestati di malattia dei propri lavoratori dipendenti.

Il suddetto flusso telematico risulta essere attualmente operativo su tutto il territorio nazionale anche se continuano ad essere segnalate dalle Strutture territoriali Inps non poche situazioni di inadempienza da parte dei medici curanti circa l'obbligo di invio telematico con rilascio di certificazioni redatte in modalità cartacea e, conseguenti disagi per i lavoratori coinvolti, per l'Istituto e per le aziende interessate.

Al riguardo, si ribadisce che la citata inosservanza degli obblighi di trasmissione telematica costituisce, oltre che una violazione della normativa vigente, anche una fattispecie di illecito disciplinare – salvo evidentemente i casi di impedimenti tecnici di trasmissione – per i medici dipendenti da strutture pubbliche o per i medici convenzionati. Pertanto, si invitano le Strutture territoriali Inps che riscontrino situazioni di inadempienza, come sopra evidenziate, a segnalarle alle Aziende Sanitarie Locali per competenza.

2. Prognosi riportata nel certificato

Tutte le informazioni contenute nel certificato telematico, rivestono peculiare e specifica importanza. Fra queste, in particolare, la data di fine prognosi – in assenza di ulteriore certificazione – costituisce il termine ultimo ai fini dell'erogazione della prestazione economica di malattia, assumendo un significato di rilievo da un punto di vista amministrativo-previdenziale.

È evidente, tuttavia, che sul piano medico legale, tale data rappresenta un elemento "previsionale" sul decorso clinico e sull'esito dello stato patologico ri-

portato in diagnosi, formulato da parte del medico certificatore sulla base di un giudizio tecnico.

Appare, conseguentemente, suscettibile di possibili variazioni sia in termini di prolungamento sia di riduzione, in base ad un decorso rispettivamente più lento o più rapido della malattia.

Nell'ipotesi di un prolungamento dello stato morboso, il lavoratore – per prassi già consolidata – provvede a farsi rilasciare dal medico uno o più certificati di continuazione, solo a fronte dei quali è possibile, sul piano previdenziale, il riconoscimento, per l'ulteriore periodo di incapacità temporanea al lavoro, della tutela per malattia.

Ugualmente, nel caso di una guarigione anticipata, l'interessato è tenuto a richiedere una rettifica del certificato in corso, al fine di documentare correttamente il periodo di incapacità temporanea al lavoro. Poiché ciò non costituisce a tutt'oggi una prassi seguita dalla generalità dei lavoratori, si forniscono, di seguito, alcune indicazioni sulla base della normativa vigente.

3. Obblighi del lavoratore e del datore di lavoro

La rettifica della data di fine prognosi, a fronte di una guarigione anticipata, rappresenta un adempimento obbligatorio da parte del lavoratore, sia nei confronti del datore di lavoro, ai fini della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, sia nei confronti dell'Inps, considerato che, mediante la presentazione del certificato di malattia, viene avviata l'istruttoria per il riconoscimento della prestazione previdenziale senza necessità di presentare alcuna specifica domanda (ad eccezione di quanto previsto dal Decreto del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale 12 gennaio 2001 per i lavoratori iscritti alla Gestione separata di cui di cui all'art. 2 comma 26 della legge n. 335/1995). Il certificato, pertanto, per i lavoratori cui è garantita la tutela in argomento, assume, di fatto, il valore di domanda di prestazione.

Sotto il primo profilo, è da ritenersi che, in presenza di un certificato con prognosi ancora in corso, il datore di lavoro non possa consentire al lavoratore la ripresa dell'attività lavorativa ai sensi della normativa sulla salute e sicurezza dei posti di lavoro. L'art. 2087 del codice civile, come noto, impegna il datore di lavoro ad adottare tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica dei prestatori di lavoro e l'art. 20 del D.lgs. n. 81/2008 obbliga il lavoratore a prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro.

Ne consegue che 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.

Per quanto concerne, invece, l'obbligo del lavoratore nei confronti dell'Inps, si evidenzia che lo stesso è tenuto a garantire la massima collaborazione e correttezza verso l'Istituto nei confronti del quale, con la presentazione del certificato di malattia – anche se avvenuta mediante la modalità della trasmissione telematica da parte del proprio medico curante – ha inteso instaurare uno specifico rapporto di natura previdenziale con conseguente possibile erogazione – in presenza di tutti i requisiti normativamente previsti – della relativa indennità economica.

Il lavoratore è, quindi, tenuto a comunicare, mediante la rettifica del certificato telematico, il venir meno della condizione morbosa di cui al rischio assicurato, presupposto della richiesta di prestazione economica all'Istituto.

Affinché la rettifica venga considerata tempestiva, non è sufficiente che essa sia effettuata prima del termine della prognosi originariamente certificata, bensì è necessario che intervenga prima della ripresa anticipata dell'attività lavorativa. Essa va richiesta

al medesimo medico che ha redatto il certificato, riportando una prognosi più lunga.

Anche nel caso in cui il medico si trovi nella condizione di dover utilizzare il servizio alternativo di Contact Center per la presentazione dei certificati di malattia on line, previsto dal disciplinare tecnico del decreto ministeriale citato in premessa, ciò dovrà esser fatto tempestivamente e prima del rientro anticipato al lavoro del soggetto.

L'obbligatorietà di rettifica del certificato, nei casi di data di fine prognosi anticipata, trova fondamento normativo anche ai sensi del disciplinare tecnico del decreto ministeriale citato in premessa, che stabilisce, appunto, che nel caso in cui si manifesti un decorso più favorevole dell'evento di malattia e la data di fine prognosi debba essere ridotta, il medico curante che ha redatto il certificato apporti una rettifica richiamando il certificato medesimo.

L'informazione viene in tal modo immediatamente acquisita, mediante flusso telematico, dall'Inps che la utilizza ai propri fini istituzionali e la mette a disposizione dei datori di lavoro interessati mediante i citati servizi per le aziende.

Nei casi di residuali certificati redatti per causa di forza maggiore in modalità cartacea, il lavoratore dovrà farsi rilasciare apposito certificato di fine prognosi che dovrà essere inviato immediatamente all'Inps e al datore di lavoro.

4. Provvedimenti sanzionatori

Succede non di rado che a seguito dell'effettuazione di visita medica di controllo domiciliare disposta d'ufficio, l'Istituto venga a conoscenza del fatto che un lavoratore abbia ripreso l'attività lavorativa prima della data di fine prognosi contenuta nel certificato di malattia, senza aver provveduto a far rettificare la suddetta data, a fronte ovviamente di un datore di lavoro consenziente.

Il suddetto comportamento da parte del lavoratore e dell'azienda crea evidenti difficoltà all'Inps, evidenziandosi un disallineamento tra la durata effettiva dell'evento e la certificazione prodotta. Il mancato tempestivo aggiornamento della prognosi, inoltre, può indurre l'Istituto, in prima battuta, a ritenere che l'evento di malattia sia ancora in corso e, quindi, ad effettuare conseguentemente valutazioni di competenza non appropriate (inviando, ad esempio, inopportuni controlli domiciliari con derivanti oneri a carico dell'Istituto stesso).

Nei casi di lavoratori aventi diritto al pagamento diretto della prestazione, emerge anche il rischio di erogazione di prestazioni non dovute, con conseguente necessità, per l'Istituto, di attivarsi per il recupero della quota non dovuta di prestazione.

In considerazione di quanto sino ad ora esposto e tenuto conto della necessità di garantire che i dati forniti all'Istituto mediante i diversi flussi certificativi (e quindi anche quelli delle certificazioni di malattia) siano tempestivamente aggiornati e veritieri, nei casi in cui emerga, a seguito di assenza a visita di controllo domiciliare e/o ambulatoriale, la mancata o tardiva comunicazione della ripresa anticipata dell'attività lavorativa, verranno applicate, nei confronti del lavoratore, le sanzioni già previste per i casi di assenza ingiustificata a visita di controllo, nella misura normativamente stabilita per tali fattispecie. Si precisa al riguardo che la sanzione sarà comminata al massimo fino al giorno precedente la ripresa dell'attività lavorativa, considerando tale ripresa come una dichiarazione "di fatto" della fine prognosi (avvenuta nella giornata immediatamente precedente) dell'evento certificato.

Il lavoratore, che si trovi nelle ipotesi sopra descritte e che, non trovato al domicilio di reperibilità, venga invitato a visita ambulatoriale, dovrà, comunque, produrre una dichiarazione attestante la ripresa dell'attività lavorativa.

Bonus bebè

Premessa

Con le circolari n.39 del 27/02/2017 e n.61 del 16/03/2017 sono state impartite le prime indicazioni sul premio di 800 euro per la nascita o l'adozione di un minore di cui all'articolo 1 comma 353 della legge 11 dicembre 2016 n.232, che dispone che: "A decorrere dal 1° gennaio 2017 è riconosciuto un premio alla nascita o all'adozione di minore dell'importo di 800 euro. Il premio, che non concorre alla formazione del reddito complessivo di cui all'articolo 8 del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, è corrisposto dall'INPS in unica soluzione, su domanda della futura madre, al compimento del settimo mese di gravidanza o al Fatto dell'adozione".

A partire dal 4 maggio 2017 sarà messa in esercizio la procedura di acquisizione delle domande che dovranno essere trasmesse all'Istituto esclusivamente in via telematica secondo le modalità di seguito indicate.

Per quanto non espressamente indicato nella presente circolare si rinvia alle istruzioni contenute nelle citate circolari n. 39/2017 e n. 61/2017.

1. Presentazione della domanda

Il premio è corrisposto direttamente dall'INPS che, su domanda della donna gestante o della madre del minore, provvede al pagamento dell'importo di 800 euro per evento ed in relazione ad ogni figlio nato o adottato/affidato.

In sede di presentazione della domanda occorre specificare l'evento per il quale si richiede il beneficio e precisamente:

- compimento del 7° mese di gravidanza (inizio dell'8° mese di gravidanza);
- nascita (anche se antecedente all'inizio dell'8° mese di gravidanza);
- adozione del minore, nazionale o internazionale, disposta con sentenza divenuta definitiva ai sensi della legge n. 184/1983;
- affidamento preadottivo nazionale disposto con ordinanza ai sensi dell'art. 22, comma 6, della legge 184/1983 o affidamento preadottivo internazionale ai sensi dell'art. 34 della legge 184/1983.

Con riferimento allo stesso minore, dovrà essere presentata un'unica domanda. Se è stata già presentata la domanda in relazione all'evento compimento del 7° mese di gravidanza, non si dovrà quindi presentare ulteriore domanda in relazione all'evento nascita. Analogamente, il beneficio richiesto per l'affidamento preadottivo non può essere richiesto in occasione della successiva adozione dello stesso minore.

Ove invece si tratti di parto plurimo la domanda, se già presentata al compimento del 7° mese, andrà presentata anche in esito alla nascita con l'inserimento delle informazioni di tutti i minori necessarie per l'integrazione del premio già richiesto, rispetto al numero dei nati.

Nei casi in cui sia prevista la presenza di un legale rappresentante (es. se la madre avente diritto è minorenni o incapace di agire per altri motivi) il PIN della richiedente viene fisicamente rilasciato al legale rappresentante, che effettuerà l'accesso al sistema con i dati identificativi della richiedente e procederà alla presentazione della domanda con i dati della stessa.

2. Istruzioni per la compilazione telematica

La domanda deve essere presentata all'INPS esclu-

sivamente in via telematica mediante una delle seguenti modalità:

- WEB – Servizi telematici accessibili direttamente dal cittadino tramite PIN dispositivo attraverso il portale dell'Istituto (www.inps.it > Servizi on line > servizi per il cittadino > autenticazione con il PIN dispositivo > domanda di prestazioni a sostegno del reddito > premio alla nascita;
- Contact Center Integrato - numero verde 803.164 (numero gratuito da rete fissa) o numero 06 164.164 (numero da rete mobile con tariffazione a carico dell'utenza chiamante);
- Enti di Patronato attraverso i servizi offerti dagli stessi.

Per agevolare la compilazione della domanda on line, nella sezione moduli del sito www.inps.it sarà disponibile un modulo facsimile che ripropone le maschere del servizio on line.

3. Termini di presentazione della domanda e documentazione a corredo

La domanda può essere presentata a decorrere dal 4 maggio 2017 per gli eventi descritti al paragrafo 1. verificatisi a partire dal 1 gennaio 2017.

I cittadini extracomunitari in possesso del permesso di soggiorno considerato valido ai fini dell'assegno di natalità (per la ricognizione dei titoli di soggiorno idonei vedasi la circolare n.39/2017 e la n.61/2017) autocertificano il possesso di tale titolo inserendone gli estremi nella domanda telematica (numero identificativo attestazione; autorità che lo ha rilasciata; data di rilascio; termine di validità).

Le verifiche dei titoli di soggiorno sono effettuate dall'INPS mediante accesso alle banche dati rese disponibili dal Ministero degli Interni e da altre Amministrazioni. All'esito di tali verifiche, la sede INPS territorialmente competente potrà richiedere l'esibizione del titolo di soggiorno qualora ciò si rendesse comunque necessario per esigenze istruttorie.

3.a) Domanda presentata dopo il compimento del 7° mese:

Al fine di accertare lo stato di gravidanza e il compimento del 7° mese di gravidanza, la richiedente la prestazione dovrà corredare la domanda selezionando alternativamente le seguenti modalità di certificazione della gravidanza:

1. presentazione del certificato di gravidanza in originale o, nei casi consentiti dalla legge, in copia autentica direttamente allo sportello oppure spedita a mezzo raccomandata (art. 49 del d.p.r. 445/2000). Tale certificazione, a tutela della riservatezza dei dati sensibili in essa contenuti, sarà presentata in busta chiusa sulla quale sarà riportato il numero di protocollo e la seguente dicitura: "Documentazione domanda di Premio alla Nascita – certificazione medico sanitaria";
2. indicazione del numero del protocollo telematico del certificato rilasciato dal medico SSN o medico convenzionato ASL. Si precisa che l'applicazione che consentirà ai medici di inviare telematicamente i certificati di gravidanza è di imminente rilascio, ma non ancora disponibile alla data di pubblicazione della presente circolare.
3. indicazione che il certificato è stato già trasmesso all'Inps per domanda relativa ad altra prestazione connessa alla medesima gravidanza;
4. esclusivamente per le future madri non lavoratrici, in alternativa al certificato di gravidanza di cui al punto 1, è possibile indicare il numero identificativo a 15 cifre di una prescrizione medica emessa da un medico del SSN o con esso convenzionato, con indicazione del codice esenzione compreso tra M31 e M42 incluso. La veridicità di tale autocertificazione sarà verificata dall'INPS presso le competenti amministrazioni.

È inoltre consentita l'acquisizione della domanda di una richiedente che, pur avendo maturato i 7 mesi di gravidanza, non abbia portato a termine la gravidanza a causa di un'interruzione della stessa.

In questa specifica casistica, la domanda dovrà essere corredata della documentazione comprovante l'evento.

3.b) Domanda presentata dopo la nascita, affidamento, adozione

Se la domanda è presentata in relazione al parto già avvenuto, la madre dovrà autocertificare nella domanda il Codice Fiscale del bambino, ovvero le informazioni che si rendessero necessarie per accedere al beneficio. In caso di parto plurimo è richiesta l'indicazione di tutti i nati in quanto la prestazione è riconosciuta per ogni minore nato. Analoga indicazione è richiesta nel caso di adozione o affidamento preadottivo di più minori.

Si precisa che nella domanda vengono autocertificati gli altri requisiti che danno titolo alla concessione del premio salvo che la beneficiaria non sia tenuta a comprovare i requisiti sulla base di specifica documentazione.

In caso di adozione o affidamento preadottivo e con riguardo ai provvedimenti giudiziari si richiamano le istruzioni contenute nella circolare INPS n.47/2012, par. 2. In particolare, se il richiedente non allega alla domanda il provvedimento giudiziario (sentenza definitiva di adozione o provvedimento di affidamento ex art. 22 L. 184/1983), è necessario che nella stessa siano riportati gli elementi che consentono all'Inps il reperimento presso l'Amministrazione che lo detiene (sezione del Tribunale, data di deposito in cancelleria ed il relativo numero).

La domanda deve essere presentata dopo il compimento del 7° mese di gravidanza e comunque, improrogabilmente entro un anno dal verificarsi dell'evento nascita/adozione.

Per i soli eventi verificatisi dal 1 gennaio al 4 maggio 2017, data di rilascio della procedura telematizzata di acquisizione, il termine di un anno per la presentazione della domanda telematica decorre dal 4 maggio.

Omiss.

Il Direttore Generale
Gabriella Di Michele

*Al momento
di andare in stampa
sono in corso
trattative
sia per definire
la modulistica online
e sia per quantificare
l'eventuale onere
di detta
certificazione.*

**Non appena
avremo notizie
vi terremo informati**

(NdR)

Jobs act, anche i professionisti a partita Iva nelle tutele

Introduce detrazioni per chi spende per migliorare la qualità del proprio lavoro e tutele per infortuni e gravidanze per i lavoratori autonomi. E obbliga i datori di partite Iva e cococo di pagare entro 2 mesi e non imporre contratti a voce; di non “tagliarli” in pochi secondi di conversazione telefonica in caso di malattia protratta; di non dimenticarsi di chi lavora da casa. Questo è il Jobs Act per i lavoratori autonomi, lo stesso ddl licenziato dal governo un anno e mezzo fa che, arricchito di previsioni per gli enti previdenziali privatizzati, solo ora in Senato ha avuto l'ultimo ok con 158 sì, 9 no e 45 astenuti. La novità chiave per medici dentisti e altri professionisti sanitari è la formazione: potranno dedurre completamente entro i 10 mila euro le spese per corsi di aggiornamento obbligatori o facoltativi, master, convegni, Ecm e Fad. Stando alla lettura del testo risultano deducibili integralmente vitto ed alloggio (“nonché le spese di iscrizione a convegni e congressi, comprese quelle di viaggio e soggiorno”, ma le spese non dovrebbero poter superare il 2% di tutti i compensi dichiarati nell'anno).

Tutte deducibili ma entro 5 mila euro le spese sostenute per i servizi personalizzati di certificazione delle competenze, orientamento, ricerca e sostegno all'auto-imprenditorialità. Vengono infine rese deducibili al 100% le spese per assicurarsi contro il mancato pagamento delle prestazioni di lavoro autonomo, in un contesto in cui saranno considerate abusive clausole che prevedano il pagamento dopo 60 giorni. I lavoratori autonomi vengono equiparati alle piccole imprese per l'accesso ai fondi europei, nazionali e regionali. Poi c'è il capitolo tutele: gli iscritti alla gestione separata Inps (Inps 2) potranno vedersi riconosciuto il diritto all'indennità di maternità per i 2 mesi ante e i 3 post parto, anche se potranno continuare a lavorare per portare avanti i progetti.

Con l'ok del committente, nel periodo di assenza potranno farsi sostituire da persone di loro fiducia o soci in possesso dei loro requisiti professionali. L'articolo 8 riconosce i congedi parentali per un massimo di 6 mesi entro i primi 3 anni di vita del bambino. In ambito medico, le due tutele citate già esistono sia in ambito Enpam sia in ambito Inps-Inpdap e per le specializzande, che versano sia a gestione separata Inps sia ad Enpam. L'Enpam, di recente, ha aumentato la retribuzione minima per 2 mesi ante-parto più 3 post (150 giorni in tutto) alle libere professioniste fissando un minimo da quasi 6 mila euro l'anno e ha esteso l'arco temporale a tutti i tipi di adozione. In Inps 2 è previsto un incremento del contributo aggiuntivo di tutti gli iscritti per sostenere le nuove spese. All'articolo 5, il legislatore spiega ad Enpam, Inpgi & co che per il professionista impoverito per ragioni non dipendenti dalla propria volontà o malattie il governo potrà con appositi decreti abilitare le casse privatizzate ad attivare sia prestazioni complementari di tipo previdenziale e sociosanitario, sia prestazioni sociali, “finanziate da apposita contribuzione”. Anche nei casi di malattia

e infortunio, il collaboratore che presta la propria attività “in via continuativa” (concetto da interpretare estensivamente rispetto alla sola categoria cococo) potrà sospendere il lavoro fino a 150 giorni per anno solare, e i contributi previdenziali fino ad un massimo di 2 anni per malattia e infortunio tali da impedire di lavorare per oltre 60 giorni. Nel passaggio alla camera è stata resa permanente, dal 1° luglio, l'indennità di disoccupazione (Dis-Coll) per i cococo iscritti ad Inps 2 e privi di partita Iva e per assegnisti e dottorandi con borsa di studio. La legge sollecita le Pubbliche amministrazioni a promuovere la partecipazione dei lavoratori autonomi agli appalti per prestazioni di servizi e ai bandi per assegnazione di consulenze. Infine, disciplina il lavoro “agile” o smart working: chi lavora da casa (già 250 mila italiani per l'Osservatorio del Politecnico di Milano) dovrà ricevere un trattamento economico non inferiore a quello dei lavoratori dipendenti della stessa azienda inquadrati in contratti collettivi.

Guardia Medica Turistica anno 2017

Ai Direttori Generali
Aziende Sanitarie Provinciali
LORO SEDI
Ai Responsabili Cure Primarie
Aziende Sanitarie Provinciali
LORO SEDI
e, p. c. Alle OO.SS. di categoria
LORO SEDI

Al fine di un'uniforme applicazione sul territorio regionale, e alla luce delle positive esperienze maturate nelle precedenti stagioni, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 dell'Accordo Regionale di Continuità Assistenziale approvato con D.A. 6 settembre 2010, le SS.LL. avranno cura di seguire le seguenti direttive in ordine alle modalità organizzative del servizio di Guardia Medica Turistica per l'anno 2017, ed in particolare:

- deve essere mantenuto il numero dei presidi di GMT attivati nel 2016 (50% di quelli attivi nel 2017), fatta salva la possibilità, previa valutazione dei dati registrati e delle prestazioni effettuate nell'anno precedente, di ridurre ulteriormente il numero e/o modificare l'individuazione degli stessi, a condizione che sia comunque garantita l'assistenza sanitaria ai turisti;
- il servizio di Guardia Medica Turistica sarà attivato nel periodo 15 giugno - 15 settembre (estiva) e 15 dicembre - 15 marzo (invernale);
- ai sensi del combinato disposto degli art. 32 c. 3 e art. 57 c. 3 dell'A.C.N. di Medicina Generale 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, è previsto il pagamento, da parte dei cittadini residenti fuori provincia, delle prestazioni rese dalle Guardie Mediche Turistiche, secondo le tariffe di seguito specificate:

– visita ambulatoriale	€ 15,00
– visita domiciliare	€ 25,00
– prestazioni ripetibili (P.F.R. prescrizione farmaci su richiesta e controllo P.A.O.)	€ 5,00
- gli incarichi di GMT saranno attribuiti, da parte delle singole Aziende Sanitarie Provinciali, secondo il seguente ordine di priorità:
 - medici titolari a tempo indeterminato di continuità assistenziale nella stessa A.S.P., con unico rapporto convenzionale; i predetti sani-

tari, ai quali possono essere conferiti incarichi per n° 12 ore settimanali, saranno graduati secondo l'anzianità di incarico a tempo indeterminato di C.A. nella stessa A.S.P.

Tale attività è incompatibile con le 4 ore settimanali di plus-orario.

- medici inseriti nella graduatoria regionale definitiva di medesima generale relativa al settore di continuità assistenziale, valida per il 2017, pubblicata sulla G.U.R.S. n. 56 del 23/12/2016, graduati secondo il punteggio conseguito nella predetta graduatoria;
- medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma transitoria n. 4 dell'A.C.N. 23/03/05, come rinnovato dall'A.C.N. 29/07/09, che abbiano conseguito l'Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale di settore; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;
- medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore, destinatari della norma finale n. 5 dell'A.C.N. 23/03/05, come rinnovato dall'A.C.N. 29/07/09, che abbiano conseguito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/94; gli stessi saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea;
- medici abilitati, iscritti al corso di formazione in Medicina Generale, ai sensi dell'art. 19 c. 11 della Legge n. 448/01, graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea.

- in sede di trattativa decentrata aziendale con le organizzazioni sindacali di categoria, potranno essere determinate specifiche modalità e di riscossione del ticket;
- le Aziende sono tenute a vincolare e reinvestire le somme derivanti dagli introiti della GMT per il miglioramento strutturale e tecnologico dei presidi di continuità assistenziale, nonché per l'adozione, negli stessi, di idonee misure di sicurezza del personale ivi operante.

Le SS.LL. avranno cura altresì di trasmettere a questo Assessorato Regionale alla Salute, entro la data di attivazione del servizio, la delibera aziendale di individuazione dei presidi che si intendono attivare con la specificazione dell'orario di apertura.

IL DIRIGENTE GENERALE
(Avv. Ignazio Tozzo)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Maria Letizia di Liberti)

PALERMO
MEDICA

Per notizie
in tempo reale
contattare:

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

Palermo Medica, n. 6, 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 1 giugno 2017

Tiratura di questo numero: 3000 copie.

Certificato di malattia: licenziabile il medico che non certifica online

Licenziabile il medico di famiglia che non certifica online la malattia, il proseguimento, la riammissione anzitempo del lavoratore; passibile di perdere l'indennità non solo il lavoratore che non si fa trovare a casa perché è tornato al lavoro, ma anche quello che si scoprisse non aver comunicato all'Inps il rientro anticipato: con la circolare 79 l'Inps torna sui certificati di malattia. E si sofferma sui casi in cui viene a sapere che un lavoratore malato si è ripresentato prima al lavoro (accolto "ovviamente" a braccia aperte).

Norma antispreco - Il certificato di malattia ha il valore di domanda di prestazione (non per i lavoratori autonomi, Co.co.co e borse di studio). L'Inps chiede che prima del rientro sia fatta rettificare la data di prognosi, «il mancato tempestivo aggiornamento può indurre l'Istituto a ritenere che l'evento di malattia sia ancora in corso e ad inviare, ad esempio, inopportuni controlli domiciliari con derivanti oneri a suo carico. Emerge anche il rischio di erogare prestazioni non dovute, con conseguente necessità di attivarsi per recuperarne le quote».

Obblighi delle aziende - In presenza di un certificato con prognosi ancora in corso i datori di lavoro non possono consentire al lavoratore la ripresa dell'attività. «L'articolo 2087 del codice civile impegna il datore di lavoro ad adottare tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica dei prestatori di lavoro e il dlgs 81/2008 articolo 20 obbliga il lavoratore a prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone sul luogo di lavoro. Il dipendente... potrà essere riammesso in servizio solo in presenza di un certificato medico di rettifica della prognosi originariamente indicata».

Rischi per i lavoratori - Inps ricorda che chi non si fa trovare alla visita di controllo o non comunica (o comunica tardi) la ripresa anticipata del lavoro, incorre nelle sanzioni per i casi di assenza ingiustificata a visita di controllo: 100% dell'indennità per massimo 10 giorni in caso di prima assenza; 50% nel restante periodo di malattia in caso di seconda assenza;

100% dell'indennità dalla data della terza assenza. Affinché la rettifica sia considerata tempestiva, deve arrivare prima del rientro in azienda e va chiesta allo stesso medico che ha redatto il certificato che riportava una prognosi più lunga. Anche nel caso in cui il medico debba utilizzare il servizio alternativo di Contact Center l'invio andrà fatto prima del rientro anticipato al lavoro. «Nei casi di residuali certificati redatti per causa di forza maggiore in modalità cartacea, il lavoratore dovrà farsi rilasciare apposito certificato di fine prognosi» da inviare subito all'Inps e al datore di lavoro.

Licenziamenti di medici - Nella comunicazione, l'Inps ricorda che il flusso telematico delle certificazioni di malattia risulta operativo su tutta Italia ma "continuano ad essere segnalate dalle Strutture territoriali Inps non poche situazioni di inadempienza da parte dei medici curanti circa l'obbligo di invio telematico con rilascio di certificazioni redatte in modalità cartacea e, conseguenti disagi per i lavoratori coinvolti, per l'Istituto e per le aziende interessate. Al riguardo, si ribadisce che la citata inosservanza degli obblighi di trasmissione telematica costituisce, oltre che una violazione della normativa vigente, anche una fattispecie di illecito disciplinare - salvo evidentemente i casi di impedimenti tecnici di trasmissione - per i medici dipendenti da strutture pubbliche o per i medici convenzionati ai sensi dell'art. 55-septies del decreto legislativo n. 165/2001 e della circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica 1/2010, l'inosservanza, se reiterata, comporta per il medico il licenziamento o la decadenza dal rapporto pubblico.

Iperensione: abbassare troppo la pressione arteriosa aumenta il rischio cardiovascolare

Secondo i risultati di una ricerca pubblicata su The Lancet, utilizzare la terapia farmacologica per mirare alla pressione sanguigna più bassa possibile non è sempre la soluzione migliore. «Il raggiungimento di una pressione arteriosa sistolica inferiore a 120 mmHg è stato associato ad un aumento del rischio di alcuni eventi cardiovascolari, esclusi infarto miocardico o ictus» afferma Michael Böhm, della Universität des Saarlandes di Amburgo, Germania, che ha guidato lo studio. «Un modello simile è stato osservato per una pressione diastolica inferiore a 70 mmHg» aggiunge.

I ricercatori hanno condotto un'analisi secondaria dei dati su 30.937 pazienti di almeno 55 anni in 40 paesi, tutti ritenuti ad alto rischio cardiovascolare, degli studi ONTARGET e TRANSCEND, rilevando che una pressione sistolica basale ≥ 140 mmHg era associata a una maggiore incidenza di tutti gli esiti rispetto a una pressione arteriosa sistolica compresa tra 120 mmHg e 140 mmHg, e anche che una pressione diastolica basale < 70 mmHg era correlata a un maggiore rischio di esiti rispetto a una pressione diastolica ≥ 70 mmHg. Anche i pazienti con una pressione sistolica < 120 mmHg dovuta al trattamento hanno presentato, rispetto a quelli con una pressione sistolica tra 120 e 140 mmHg, un aumento del rischio di un esito cardiovascolare composito, di morte cardiovascolare e di mortalità per qualsiasi causa ma non associazione significativa con infarto miocardico, ictus, o in ospedale ricovero per insufficienza cardiaca. I risultati hanno anche mostrato che una pressione diastolica media < 70 mmHg durante il trattamento è collegata a un rischio maggiore rispetto a una pressione diastolica da 70 a 80 mmHg di esito primario composito, infarto miocardico, ricovero per insufficienza cardiaca e mortalità da tutte le cause. «Secondo la nostra analisi, il raggiungimento di una pressione sistolica inferiore a 130 mmHg, ma non inferiore a 120 mmHg, dovrebbe essere sicuro per la maggior parte dei pazienti ad alto rischio e avere come effetto un miglioramento dei risultati» dicono gli autori che poi concludono: «I risultati suggeriscono che potrebbe essere necessario ridurre il dosaggio del farmaco per la pressione sanguigna nei pazienti in trattamento che presentano una pressione troppo abbassata al fine di evitare esiti avversi, perché trattare fino al raggiungimento dell'obiettivo non significa trattare fino ad arrivare sotto il target».

Lancet. 2017. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30754-7
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28390695>

NDR: Mi permetto di osservare che nei nostri territori specie con il clima estivo di sovente i pazienti si ritrovano descritte nell'articolo e ciò si può determinare più di frequente con le preparazioni preconstituite con due o tre farmaci. È consigliabile con l'approssimarsi della stagione estiva di allertare i pazienti a controllare periodicamente la pressione e di riferirne al medico i valori.

Luigi Galvano

Palermo
Medica

Si invitano
i Colleghi
di comunicare
le e-mail
in Segreteria