

Le nuove norme per certificazione malattia e visite fiscali

di Luigi Galvano

Con l'anno nuovo alle porte, cambiano le regole sulla visita fiscale per i lavoratori che si mettono in malattia. Tra le novità introdotte per il 2017, i controlli che scattano il primo giorno di assenza anche per i lavoratori privati e il medico fiscale inviato d'ufficio. Per evitare sanzioni severe, ricorda il portale http://www.laleggepertutti.it/135423_se-sono-in-malattia-posso-uscire, la prima cosa da fare quando ci si ammala è avvertire il datore di lavoro. Il tempo per farlo è regolato in base al contratto collettivo di lavoro applicato dall'azienda per la quale si lavora. Normalmente si deve avvertire prima dell'inizio del turno di lavoro per le aziende che applicano i seguenti contratti collettivi: telecomunicazioni, terziario e commercio, turismo, gomma/plastica, carta, tessile/abbigliamento/confezioni, grafica /editoria, alimentare; entro 2 ore dall'inizio del turno lavorativo per le aziende che applicano il Ccnl Autotrasporto; entro 4 ore dall'inizio del turno lavorativo per le aziende di autotrasporto (relativamente al personale viaggiante e soggetto a turni continui avvicendati), legno/arredamento, chimica, calzature e infine, entro il primo giorno di assenza per le aziende che applicano il Ccnl Metalmeccanica.

Nei casi di giustificato e comprovato impedimento non vige l'obbligo di avvertire. Se l'inadempimento non viene giustificato, il datore di lavoro può sanzionare il dipendente, anche se il certificato medico è inviato nei termini.

Per ottenere il certificato medico, occorre recarsi tempestivamente da proprio medico curante, entro 48 ore (2 giorni) dal verificarsi della patologia. Il medico trasmetterà il certificato di malattia, con la diagnosi, la prognosi e l'indirizzo nel quale il dipendente è reperibile, in via telematica all'Inps e rilascerà una ricevuta col numero di protocollo.

Se il contratto collettivo o gli accordi con il datore di lavoro lo prevedono, si dovrà inviare il numero di protocollo al datore di lavoro.

Se il proprio medico curante è assente, è possibile recarsi da un altro medico convenzionato col servizio sanitario nazionale (Ssn) o dalla guardia medica.

In caso di ricovero, è l'ospedale a dover inviare il certificato medico. Se invece la trasmissione telematica risulta impossibile, è necessario inviare con raccomandata il certificato, entro lo stesso termine di 2 giorni previsto per l'invio telematico.

Avvertito il datore di lavoro e trasmesso il certificato medico, occorre rendersi reperibile per la visita fiscale. Si tratta di un controllo da parte di un medico fi-

scale dell'Inps, volto a verificare lo stato di malattia. Le fasce di reperibilità alle quali bisogna attenersi sono: dalle 10 alle 12 e dalle 17 alle 19, se si è dipendenti del settore privato;

dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18, se si è dipendente pubblico.

In determinati casi non si è obbligati a essere reperibili nelle fasce orarie per la visita fiscale.

Le ipotesi di esonero, in particolare, riguardano:

- il ricovero presso una struttura sanitaria (chi è ricoverato in ospedale non può assolutamente ricevere la visita fiscale, né in loco, né, ovviamente, presso la propria abitazione);
- l'esistenza di una patologia grave che richiede cure salvavita (l'ipotesi riguarda, ad esempio, chi ha gravi patologie cardiache, pazienti con patologie oncologiche, dializzati);
- l'infortunio sul lavoro e la malattia professionale;
- una malattia correlata a un'eventuale invalidità o menomazione del dipendente (sono i casi, in pratica, in cui il malato possiede una percentuale d'invalidità o un handicap, anche non grave).

Il proprio medico curante, poi, può disporre che il dipendente sia esonerato dalla visita fiscale per particolari motivazioni (ad esempio, nel caso di depressione o cefalea, perché la permanenza in un luogo chiuso ostacola la guarigione), contrassegnando il certificato medico col codice E.

Se la visita fiscale è stata già effettuata durante il periodo di prognosi della stessa malattia, non può essere effettuato un nuovo controllo medico da parte dell'Inps; in caso di ricaduta, invece, o nel caso in cui il proprio medico prolunghi la prognosi, si può ricevere una nuova visita.

Al di fuori delle ipotesi di esonero dal controllo medico fiscale, in alcuni casi si può essere comunque giustificato, anche se si risulta assente agli accertamenti domiciliari.

I casi di assenza giustificata alla visita fiscale riguardano:

- l'effettuazione di una visita medica o la sottoposizione a un accertamento sanitario durante le fasce di reperibilità;
- la sottoposizione a cure mediche durante le fasce di reperibilità (in queste ipotesi, si deve avvertire in anticipo l'amministrazione o il datore di lavoro ed esibire, successivamente, un'attestazione in merito);
- l'assenza per cause di forza maggiore, o per evitare gravi conseguenze per sé o per i propri familiari;
- la visita al di fuori delle fasce di reperibilità.

Segue a pag. 2

Latitante a chi?

di Baldassare Di Silvestre

In un recente articolo apparso su Repubblica di venerdì 16/11/2016 "Caos del pronto soccorso.." il Direttore Sanitario dell'ospedale Cervello Villa Sofia ha imputato di "latitanza" il territorio (testualmente: "il vero latitante è il territorio, arriva gente che andrebbe visitata dal medico curante"). Tali affermazioni denotano la mancata conoscenza del lavoro dei medici di medicina generale forse influenzata da vecchi stereotipi ante istituzione del SSN come in un film con personaggi di terzillianiana memoria. Personalmente non mi sento scalfito o diffamato da queste affermazioni potendo rispondere coi fatti e con i numeri (abbiamo strumenti di governance evoluti che ci consentono di dare contezza di ciò che facciamo, così come evidenziato dai numeri presenti che quotidianamente inviamo al MEF), ma mi sento indignato per un attacco acritico ricco solo di luoghi comuni, ad una categoria che rasenta la diffamazione.

Ricordo al Direttore Sanitario del Cervello - Villa Sofia che il nostro lavoro è contrattualmente regolamentato da orari e obblighi, mentre latitante è chi si nasconde: io e tantissimi miei colleghi possiamo dimostrare che quasi sempre "sforiamo" il nostro orario normale (e per questo non riceviamo alcun compenso aggiuntivo). Inoltre anche gli accessi ai nostri studi sono aumentati esponenzialmente, così come è aumentato il carico burocratico, le telefonate; inoltre, il disagio sociale dei cittadini spesso viene fronteggiato dai MMG che rimangono il solo punto di riferimento supplendo al compito che altri avrebbero il dovere di effettuare per legge (es. prescrizione sul ricettario SSN), intasando immotivatamente ancora di più i nostri già stracolmi ambulatori.

Io provo solidarietà per i Colleghi del Pronto Soccorso per i rischi (anche di aggressione fisica) che corrono, ma merito rispetto non tanto personale ma come rappresentante di una categoria che è in prima linea e che è tra le migliori d'Europa (non lo dico io ma i criteri Wonca) e che non è fatta di fannulloni né tantomeno di "latitanti" ma di tanti medici che contribuiscono (naturalmente assieme a tutto il mondo della Sanità) a far sì che il nostro SSN sia ancora al terzo posto come qualità nel mondo a discapito delle scarse risorse investite.

**CONTIENE
LOCANDINA
DA AFFIGGERE
NEGLI
STUDI MEDICI**

ANTIBIOTICI QUANDO NO

NON USARLI IN CASO DI RAFFREDDI
ASSUMILI SOLO DIETRO PRESCRIZIONE
PRENDILI NELLE DOSI E NEI TEMPI

DIFENDI LA TUA DIFESA



con il patrocinio del *Ministero della Sanità*

A cura della FIMMG Sicilia - Segrete

2017: Nuove norme per le pensioni

Umulare le porzioni di contributi versate a enti previdenziali diversi senza svenarsi? Con l'ultima Finanziaria – legge 228/2017 – non solo potrà farlo chi va in pensione di vecchiaia (a 66 anni suonati in ambito Inps), ma anche chi va in pensione di anzianità o “anticipata” secondo i requisiti della “riforma Fornero”, cioè 42 anni e 10 mesi di contributi per gli uomini e 41 anni e 10 mesi per le donne. Lo prevede il comma 195 della legge, che è stata approvata ma non è ancora pubblicata. Sono coinvolti tutti i regimi previdenziali per i liberi professionisti, incluso l'Enpam di medici e odontoiatri, ambito dove nel 2017 si va in pensione di vecchiaia a 67 anni e 6 mesi e si può avere la pensione di anzianità compiuti i 42 anni di contribuzione.

Dal 2017 per mettere insieme periodi assicurativi non coincidenti posseduti presso due (o più) forme di assicurazione obbligatoria non si dovrà ricorrere per forza alla ricongiunzione onerosa, con la quale tutti gli spezzoni contributivi sono fatti confluire, in genere a caro prezzo, in un unico ente che li rivaluta secondo i propri criteri di calcolo. Con il cumulo gratuito, poniamo, un lavoratore dello spettacolo che poi abbia trascorso un periodo nell'esercito, si sia laureato in medicina, congedatosi sia passato all'ospedale e infine si sia pensionato da medico convenzionato potrà chiedere l'assegno pensionistico

Continua da pag. 1

Le nuove norme...

A volte possono manifestarsi delle sfortunate coincidenze, come un malfunzionamento del campanello, che fanno risultare assente il dipendente alla visita anche se è rimasto tutto il giorno in casa: la giurisprudenza, però, ritiene la maggior parte di queste situazioni insufficienti a giustificare l'assenza al controllo medico.

Tra le scuse non valide rientrano:

- il malfunzionamento del campanello o del citofono,
- non aver sentito suonare o bussare,
- la mancanza del cognome del lavoratore nel citofono,
- la variazione di domicilio non comunicata,
- non potersi alzare dal letto,
- essere usciti per commissioni urgenti.

Nonostante tali scusanti siano serie, prevale il principio per cui il dipendente sia tenuto ad adottare tutti gli accorgimenti possibili per accogliere il medico nelle fasce di reperibilità.

Si hanno 15 giorni di tempo per giustificare la propria assenza alla visita fiscale: in caso di assenza ingiustificata al controllo domiciliare, la sanzione comporta la perdita del 100% della retribuzione per i primi 10 giorni di malattia, a meno che il lavoratore non sia convocato prima a una seconda visita, che solitamente avviene nell'ambulatorio Asl. In questo caso, se effettivamente il medico verifica il proprio stato di malattia, si può recuperare la retribuzione dal giorno del secondo controllo. In caso di assenza alla seconda convocazione (visita ambulatoriale), invece, si perde il 50% della retribuzione dei giorni restanti; alla terza assenza, si perde tutto.

facendo domanda all'ultimo ente dove ha contribuito (nel caso in questione nulla più osta a che si tratti dell'Enpam) che girerà i suoi dati alle altre gestioni. Di queste ultime, ciascuna calcolerà la sua quota “dovuta” sulla base dei contributi versati e l'Inps –ricevuta la domanda – verserà fisicamente l'assegno. Poi le casse privatizzate rimborseranno l'Inps ciascuna per la porzione ad essa spettante.

«In presenza dei requisiti di età e contribuzione, la pensione avrebbe decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello del raggiungimento dei requisiti e verrebbe liquidata con un unico assegno, somma dei vari spezzoni determinati da ciascuna cassa coinvolta nel cumulo col calcolo in pro quota, cioè in base ai rispettivi periodi maturati e secondo le rispettive normative di calcolo», conferma Marco Perrelli Ercolini esperto di previdenza e membro dell'Osservatorio Anziani Enpam sul sito www.perrelliercolini.it. Certo, non sempre il cumulo sarà conveniente. In altra nota (www.francoabruzzo.it/document.asp?DID=2219), Augusto Moriga dirigente della cassa dei giornalisti Inpgi, spiega che chi ha in corso una pratica di ricongiunzione onerosa con un ente previdenziale prima di optare per il cumulo gratuito – c'è un anno di tempo – deve sapere che potrebbe rinunciare a eventuali vantaggi ottenibili accentrando la richiesta di assegno pensionistico all'ultimo ente al quale si è contribuito. Meglio dunque premunirsi con più calcoli e più prospetti.

Ricordiamo che, come terza opzione, per agganciare tra loro spezzoni contributivi resta l'istituto della “totalizzazione” (decreto legislativo 42/2006) che non è oneroso. Qui, un po' come nel cumulo, si ripartisce la pensione tra i vari enti previdenziali ma l'assegno è calcolato interamente con il sistema contributivo, secondo quanto si è versato ad ogni singolo ente al quale s'è fatta domanda. Infine, una nota importante per chi conclude la sua “spezzettata” carriera come medico ospedaliero. Se chiede il cumulo con i requisiti dell'anzianità dovrà aspettare qualche mese per l'assegno, come avviene per la totalizzazione: sempre secondo la Finanziaria 2017, per i pubblici dipendenti che si avvalgono del cumulo i termini di pagamento dei trattamenti di fine servizio iniziano a decorrere solo al compimento del requisito anagrafico per la pensione di vecchiaia.

ECM: Le novità del 2017

Mauro Miserendino «I medici italiani acquisiscono i crediti un po' con la logica dei polli di Trilussa. Se rapportiamo a un pasto i 150 crediti che servono - teoricamente - in un triennio, c'è chi ha mangiato un pollo e mezzo e chi mezzo pollo: in altre parole, la formazione continua tiene. Registriamo ben 966 mila iscritti ai corsi nel triennio 2014-16 (dato non ancora definitivo) ma alcuni si aggiornano oltre il dovuto ed altri meno». Sergio Bovenga presidente del Consorzio CoGeAPS che gestisce i crediti formativi di tutte le 30 professioni sanitarie (oltre 1.000.000 di professionisti) riassume i dati del convegno nazionale “Le professioni sanitarie ed il sistema Ecm tra presente e futuro” organizzato a Roma. L'evento, mille partecipanti, ha rappresentato un'occasione di confronto sul tema della for-

mazione continua tra mondo ordinistico, Commissione Nazionale Formazione Continua, Ministero della Salute, provider e professionisti nonché per annunciare le nuove regole del triennio 2017-19 nonché quelle del dossier formativo che andrà a regime nel nuovo triennio. «Un cambiamento si ha anche sulle riduzioni», spiega Bovenga. «In questo triennio 2014-2016 si poteva fruire di uno sconto di 45 crediti se si erano totalizzati nel triennio precedente tra 105 e 150 crediti, di 30 crediti con un bilancio tra 51 e 100 crediti, di 15 crediti (che equivale all'obbligo di raggiungere 135 crediti in questo triennio) se si erano totalizzati fra 30 e 50 crediti. Per il 2017-19 varranno solo due riduzioni: 30 crediti abbuonabili se nel triennio 2014-2016 si sono raggiunti tra 121 e 150 crediti e 15 crediti se si sono raggiunti da 81 a 120 crediti. Si dà per inteso che i professionisti si formano di più e si eliminano i target minimi e massimi da conseguire ogni anno. Inoltre -sottolinea Bovenga- sulla scia delle determine appena licenziate dalla Commissione Ecm sarà possibile autocertificare i crediti per autoformazione (entro il limite del 10% nel triennio) non solo ai liberi professionisti ma a tutti i professionisti. Di conseguenza, scende il livello di formazione accreditata da dover attestare; fatto cento l'obbligo formativo sarà sufficiente al professionista presentare un 40% di crediti tratti da eventi organizzati da provider, mentre per il restante 60% potrà attingere da autoformazione, corsi all'estero, tutoraggi, pubblicazioni scientifiche ed altre opportunità». L'adesione al dossier formativo non sarà obbligatoria ma volontaria e sarà incentivata con un bonus di 30 crediti. Spiega Bovenga: «Il dossier nasce come possibilità data ai professionisti di programmare il percorso in base alle reali esigenze dettate dall'attività quotidiana. Tre le macro-aree sulla cui base il singolo deciderà di fissare i propri obiettivi formativi: tecnico-professionale, di processo e di sistema; un chirurgo, ad esempio, potrebbe avere più interesse ad approfondire in settori tecnico professionali, al contrario un medico che si occupa di organizzazione sanitaria avrà più interesse ad aggiornarsi in obiettivi di processo o di sistema. Per ogni area il professionista aderente indica una percentuale corrispondente al fabbisogno. Per ottenere il bonus occorre la compresenza di tre condizioni: che il dossier venga programmato, che le aree risultino coerenti con il profilo di attività e che almeno il 70% dei crediti a consuntivo sia ottenuto in coerenza con quanto indicato in relazione al proprio profilo a inizio triennio. Se le tre condizioni si realizzano si ha diritto a un bonus di 30 crediti di cui 10 scontati nel triennio 17-19 e 20 nel successivo».

Quanti medici si formano, tanti o pochi? «I dati del triennio saranno disponibili a primavera. Infatti, il triennio si conclude a dicembre ma i provider hanno tre mesi per comunicare i dati. E poi i corsi di formazione a distanza-Fad si chiudono a scadenze predeterminate prima delle quali non è comunicato il dato di chi li ha conclusi, e dopo ci sono fino a 3 mesi per girarli al CoGeAPS». Bovenga ricorda che per certificare il raggiungimento del debito formativo il professionista deve recarsi all'Ordine che accede al suo profilo e stampa la certificazione, accreditato dal sistema. A chi ha assolto in modo parziale all'obbligo formativo, l'Ordine rilascia un'attestazione con i corsi fatti. Il presidente CoGeAPS consiglia sempre ai medici che svolgono doppia attività (ad esempio di famiglia e competente) di comunicare al provider per quale disciplina partecipano all'evento: «Una percentuale di colleghi potrebbe essere in regola con i crediti conseguiti se solo interagisse meglio con i provider e con il CoGeAPS. Insomma, serve conoscere le regole per meglio fruire del sistema Ecm».

Verbale Riunione Tavolo Tecnico per l'individuazione di percorsi prescrittivi appropriati

Il presente verbale riporta in maniera sintetica i punti più rilevanti emersi dalla riunione del Tavolo Tecnico per l'individuazione di percorsi prescrittivi appropriati, tenutasi il giorno 28 settembre 2016 alle ore 11,00, giusta convocazione prot. n. 74472 del 19 settembre 2016, presso i locali dell'Assessorato della Salute in Piazza Ottavio Ziino, 24.

Risultano presenti alla riunione
Dr. Angelo Alongi (FIMP)
Dr. Francesco Paolo Carollo (SMI)
Dr. Luigi Galvano (FIMMG)
Dr. Maurizio Pastorello (ASP Palermo)
Dr. Natale Tarantino (SNAMI)
Dr. Salvatore Trovato (CISL Medici)

Ufficio Farmaceutica

Dr. Antonio Lo Presti
Dr.ssa Claudia La Cavera
Dr. Pasquale Cananzi
Dr.ssa Claudia Minore
Dr. Alessandro Oteri
Dr.ssa Daniela Vitale

La Dr.ssa La Cavera introduce la riunione facendo il punto sul DA 2234 recante "Disposizioni inerenti la prescrizione di medicinali". Viene chiesto ai presenti se, dall'entrata in vigore del Decreto, sono state fatte segnalazioni al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di residenza del paziente. Viene rappresentato che alcune segnalazioni, soprattutto in tema di prescrizioni specialistiche, sono state trasmesse agli Ordini dei Medici ma non sono mai pervenute alle AA.SS.PP. né tantomeno agli Uffici dell'Assessorato. Si evidenzia inoltre che Villa Sofia e il Buccheri La Ferla non hanno in realtà incrementato la quota di farmaci distribuiti mediante il ciclo di terapia ed inoltre spesso effettuano le dimissioni del paziente di venerdì pomeriggio creando disagi ai pazienti per il conseguente approvvigionamento dei farmaci. Tuttavia evidenziano di trovarsi in difficoltà quando devono segnalare inadempienze da parte dei colleghi ospedalieri e richiedono invece interventi decisi da parte delle Direzioni Aziendali presso le quali gli stessi operano. Si passa quindi alla valutazione di alcune classi di farmaci per le quali si registrano elevati incrementi in termini di spesa e consumi.

Antibiotici: viene evidenziato che l'approvazione del documento relativo all'uso appropriato degli antibiotici, diffuso a tutti i prescrittori e condiviso con il Tavolo Tecnico non ha avuto effetti evidenti in termini di appropriatezza prescrittiva e riduzione della spesa nell'ambito di tale classe di farmaci tranne che per il p.a. rifaximina. In particolare, si sottolinea l'elevato impiego di antibiotici in Sicilia soprattutto dei p.a. ad uso iniettivo. Le AA.SS.PP. presso le quali si registra un maggiore incremento sono Palermo, Trapani e Agrigento. La precedente introduzione della scheda di prescrizione del ceftriaxone aveva determinato un crollo dell'80% dei consumi di tale p.a.. La sospensione della scheda ha nuovamente determinato un incremento notevole, rispetto al dato nazionale, sia dei consumi del ceftriaxone che di tutti

gli altri antibiotici per uso iniettivo. Si sottolinea che la scheda in argomento era stata sospesa temporaneamente in attesa degli esiti derivanti dalla divulgazione delle linee guida adottate.

Al fine di riportare le prescrizioni di antibiotici entro i livelli medi nazionali – già molto più alti rispetto alla media europea – il Dr. Galvano propone alcuni interventi:

- **attivazione di una campagna di informazione per il cittadino sul corretto impiego degli antibiotici e sul problema delle resistenze;**
- **sensibilizzazione sul tema da parte delle istituzioni anche attraverso articoli di giornali e televisione;**
- **intraprendere un'attività ispettiva da parte delle AA.SS.PP. sulle farmacie in merito all'eventuale anticipazione di farmaci su richiesta dei pazienti, che generano quindi pressioni sul MMG per "regolarizzare" l'erogazione a carico del SSN;**
- **reintroduzione della scheda di prescrizione, solo per lo Specialista Ospedaliero;**
- **l'impegno della Medicina Generale per un'ampia divulgazione delle linee guida adottate a tutti gli operatori sanitari.**

Antinfiammatori: viene rappresentato ai presenti l'elevato consumo del p.a. etoricoxib, ed in generale di tutta la classe degli antinfiammatori, in presenza di p.a. a più basso costo quale ad esempio il celecoxib. A tal proposito, il Dr. Carollo rappresenta che spesso si tratta di prescrizioni indotte da parte degli ortopedici ospedalieri e che il MMG non ritiene di dover effettuare cambi di terapia prescritte dallo specialista. Il Dr. Trovato sottolinea inoltre che spesso gli Specialisti effettuano prescrizioni per indicazioni terapeutiche non a carico del SSN.

Si rappresenta ai presenti inoltre anche l'elevato impiego di farmaci per l'ipertrofia prostatica benigna (ATC G04) e del p.a. olmesartan, medicinali per i quali sono state redatte delle linee di indirizzo da parte degli Uffici dell'Assessorato. Come per i coxib, anche per l'ATC G04 i clinici presenti sottolineano che tali medicinali sono di prescrizione specialistica e pertanto non vengono sostituiti dal MMG.

Relativamente alla terapia ponte con eparine prescritte dai dentisti che operano presso lo studio privato, viene richiesto dai clinici presenti di chiarire quale dovrebbe essere il percorso da attivare nel più breve tempo possibile ai fini degli adempimenti previsti. Gli Uffici si impegnano a predisporre una nota di chiarimento in merito.

Inoltre, viene rappresentato ai presenti il problema relativo alle segnalazioni distorte di farmacovigilanza finalizzate alla prescrizione di farmaci a più alto costo. Il Dr. Galvano evidenzia che il fenomeno è da attribuire ad un'erronea comunicazione formulata dall'ASP che induce il clinico a segnalare sospette reazioni avverse per alcuni p.a. al fine di prescrivere altri della stessa categoria; auspica altresì l'organizzazione di incontri di formazione con i medici in tema di farmacovigilanza.

Infine, gli Uffici comunicano di aver ricevuto segnalazioni informali e generiche di trasmissione di ricette dematerializzate a mezzo email direttamente alle farmacie. Il Dr. Galvano rappresenta che è stato predisposto, da parte della FIMMG, uno specifico documento contenente le procedure da osservare per eventuale trasmissione dei promemoria con posta elettronica all'utente in ottemperanza alle vigenti normative in materia di privacy. La suddetta nota è stata inviata anche al Direttore Generale ed al Direttore Sanitario dell'ASP di Palermo che non hanno fornito riscontro.

La riunione termina alle ore 14,00.

Il Responsabile del Servizio 7 Farmaceutica
Dr. Antonio Lo Presti

Nota inviata a tutte le ASP

Egredi Direttori generali, con la presente, nello spirito costruttivo che ha da sempre caratterizzato i rapporti fra la FIMMG e le Istituzioni, chiedo alla SSSL alla luce del DA rappresentato in oggetto di darne la massima diffusione a tutti i dirigenti aziendali per una capillare applicazione dello stesso e ciò per evitare in caso contrario una conseguente conflittualità fra i colleghi medici Ospedalieri e Ambulatoriali e i Medici di Medicina Generale (Assistenza Primaria e Continuità assistenziale).

Infatti se un paziente viene dimesso da un ospedale o da un ambulatorio o PS senza la consegna dei farmaci come primo ciclo, senza una prescrizione SSN o senza la scheda di monitoraggio nei casi previsti e si presenta da un MMG per la trascrizione di una terapia iniettiva, il MMG è costretto a dare seguito alla prescrizione in quanto al di là delle norme regolatorie ha priorità la responsabilità in sede penale e civile del professionista laddove di fronte ad un giudice è difficile dimostrare il contrario e cioè che il medico specialista che ha avuto in cura il paziente e che ha prescritto un farmaco, addirittura iniettivo agendo secondo scienza e coscienza, che la priorità assoluta non sia la cura del paziente piuttosto che la norma regolatoria. Quindi il MMG dovrà dare seguito alla prescrizione e alla compilazione della scheda e poi dovrebbe segnalare il tutto alla autorità competente e costituita come peraltro altra norma già prevede e obbliga.

Infine e più in generale comunico alle SSSL che la Legge di stabilità 2017 approvata il 7.12.2016 prevede: **Disposizioni in materia di assistenza sanitaria (ex art. 59) Tetti spesa farmaceutica. Commi 398 e 399. Dal 2017 il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera sarà calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto, ed è rideterminato nella misura del 6,89 per cento (oggi è fissato al 3,5%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". Conseguentemente cambia anche il tetto della spesa farmaceutica territoriale che sarà rideterminato nella misura del 7,96 per cento (oggi è dell'11,35%) e assume la denominazione di "tetto della spesa farmaceutica convenzionata".**

Alla luce di ciò diventano inderogabili:

- la distribuzione diretta
- la distribuzione per conto
- la consegna del primo ciclo di terapia fino a trenta giorni dopo dimissione ospedaliera o dopo visita ambulatoriale

In particolare sul terzo punto è fondamentale la consegna dei farmaci del primo ciclo al paziente direttamente in reparto con relativa spiegazione della posologia e dei farmaci equivalenti. La qualcosa con i mezzi di comunicazione sicura fra reparto e farmacia ospedaliera – ciò diventa particolarmente agevole e in caso di impossibilità della consegna per mancanza del farmaco o per dimissioni fuori dall'orario di apertura della farmacia diventa non derogabile la prescrizione su ricetta SSN del medico di struttura, obbligatoria per legge come già comunicato a suo tempo con lettera che allego.

Sicuro che troveranno condivisione e accoglienza le richieste fatte e argomentate, e disponibile ad una proficua collaborazione l'occasione è gradita per porgere distinti saluti

Il Segretario Generale Regionale
Luigi Galvano

USALI SOLO ECESSARIO

DDORE O INFLUENZA

IZIONE MEDICA

PI INDICATI DAL MEDICO

ESA


Ministero della Salute

Agencia Regionale



Agenzia Italiana del Farmaco

AIFA

Palermo Medica, n. 1, 2017; Direttore responsabile: Paolo Giarrusso

Editore FIMMG Palermo; Redazione Piazza 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 l'11 gennaio 2017

Tiratura di questo numero: 3000 copie.

Certificati sportivi, FMSI fa chiarezza

Il decreto del fare (legge 9 agosto 2013) parlava di abolizione dell'obbligo di presentare certificati sportivi per l'attività amatoriale, ma le palestre continuano a chiederli e possono farlo. Come mai? Nella complessa disciplina prova a mettere ordine la Federazione Italiana Medici Sportivi guidata da Maurizio Casasco. Il congresso a Roma oggi ospita oggi una sessione ad hoc: un'occasione per "ripassare" le regole in questa complessa materia. FMSI ricorda a DoctorNews come vi siano cinque tipologie di certificazioni in ambito sportivo, regolamentate da decreti del Ministero della Salute. Sono obbligatorie: agonistica, Non agonistica, Particolare ad Elevato Impegno Cardiovascolare e Agonistica per disabili. La certificazione Ludico-Motoria è facoltativa, ma con limiti pratici.

Attività agonistica - «I soggetti obbligati alla certificazione sono tutti i tesserati ad una Federazione del Coni, a una Disciplina Sportiva Associata o a un Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal Coni. È prevista un'età minima' inizio e fine dell'attività agonistica, stabilita da ciascuno di questi soggetti. Ai tesserati vanno aggiunti gli studenti che partecipano alla fase nazionale dei Giochi della Gioventù. Il protocollo di visita è nazionale e la certificazione è specifica per ogni sport o disciplina praticata. La periodicità è di norma annuale, salvo alcuni sport per la quale è biennale. L'atleta può essere giudicato idoneo, non idoneo o temporaneamente non idoneo (sospeso) in attesa di ulteriori accertamenti. In caso di non idoneità, il medico certificatore deve, entro 5 giorni, darne comunicazione AR all'atleta e all'azienda sanitaria locale di riferimento con relativa diagnosi nonché alla società sportiva di appartenenza dell'atleta. La certificazione rappresenta il più valido strumento di prevenzione, è il primo e unico screening obbligatorio rimasto per la tutela sanitaria della popolazione – specie giovanile, essendo venute meno le visite scolastiche e di leva. La visita medica per la certificazione dell'idoneità ha, infatti, la funzione non solo di evidenziare eventuali incompatibilità con la specifica pratica sportiva, considerando il rischio sia in gara che in allenamento e riducendo le morti improvvise sui campi di gara, ma anche di rilevare le piccole patologie che, con una diagnosi tempestiva ed una cura efficace, consentono di assicurare un guadagno in salute ed un risparmio per il Sistema Sanitario pubblico. Con questa logica, le visite di idoneità alla pratica sportiva

sono state inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi sono gratuite, per minori e disabili, nelle strutture pubbliche e private accreditate secondo le varie norme Regionali».

Attività non agonistica – «La certificazione è obbligatoria per gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività para-scolastiche; per i soggetti che svolgono attività organizzate da CONI, società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e che non siano considerati atleti agonisti. Il certificato non agonistico non consente limitazioni, (in quanto si tratta di attività pre-post agonistica e di attività sportive scolastiche con importante sforzo fisico) a differenza di quello ludico motorio, che permette invece indicazioni di limitazioni a cui il soggetto deve attenersi. E ha validità annuale, con decorrenza dalla data di rilascio. Se si rileva una condizione non idoneativa, seppure non esplicitamente dichiarato dalla legge, si rende necessario comunicare per iscritto al paziente e ai genitori in caso di minore la non concessione di idoneità non agonistica e gli eventuali accertamenti utili. Sia per la certificazione agonistica che per la non agonistica, nei minori, anamnesi e comunicazione vanno sottoscritte dai genitori, ma va coinvolto il minore, specie se ha oltre 12 anni».

Attività ludico motoria ed amatoriale – «Con la Legge 9 dell'agosto 2013 è stato soppresso l'obbligo della certificazione, che era rivolta ai soggetti non tesserati alle federazioni sportive nazionali, discipli-

ne associate, agli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI. La certificazione per tale attività può essere comunque richiesta da palestre o altri impianti ai fini assicurativi. Rimane un rapporto privato tra erogatore e utente e può essere effettuata da tutti i medici iscritti all'Ordine dei Medici. È rilasciata su apposito modello, può prevedere limitazioni e ha validità annuale».

Certificazione per l'attività sportiva di particolare ed elevato impegno cardiovascolare – «È necessaria per i partecipanti a manifestazioni non agonistiche o di tipo ludico-motorio, patrocinate da Federazioni sportive, Discipline Sportive Associate ed Enti di promozione Sportiva che non siano tesserati e prendano parte a gare podistiche di lunghezza superiore ai 20 Km, gran fondo di ciclismo, di nuoto, di sci di fondo o altre tipologie analoghe. Il controllo medico deve comprendere, oltre alla rilevazione della pressione arteriosa, ecg basale, step test o un test ergometrico con monitoraggio dell'attività cardiaca e altri eventuali accertamenti ritenuti utili e opportuni a giudizio del medico. I certificati possono essere rilasciati dai medici specialisti in medicina dello sport e dai medici di medicina generale».

Attività sportiva agonistica praticata da atleti disabili (CIP) – «La certificazione è regolamentata dal Decreto del Ministro della Sanità 4 marzo 1993 e successive integrazioni, sulla base delle varie patologie e/o limitazioni ed al rischio specifico delle varie discipline sportive considerate sia in gara che in allenamento».

Mauro Miserendino



12° Congresso Regionale dei "Dialoghi di Palermo Medica" 2017

La Medicina di Famiglia protagonista nei futuri scenari della Sanità

Palermo, 24 - 25 marzo 2017
Splendid Hotel La Torre - Mondello (PA)