



Notiziario 13
Prot. 536 / 31 maggio 2016
<www.fimmgtv.org>

Ai Medici della FIMMG di Treviso
Loro Sedi

- Sabato 14 maggio 2016 si è tenuta la XLVII ASSEMBLEA Provinciale della FIMMG di Treviso** presso Villa Emo a Fanzolo di Vedelago, cui è seguita la visita guidata della Villa e la Cena Sociale.

MOZIONE FINALE

La XLVII Assemblea provinciale della Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG) di Treviso, riunita sabato 14 Maggio 2016 presso Villa Emo di Fanzolo di Vedelago, sentita la relazione del Segretario Generale Provinciale, dott. Brunello Gorini, la

APPROVA e PLAUDE

- all'iniziativa di incontro con i Sindaci della provincia per presentare il presente e futuro della medicina del territorio e illustrare le possibili forme di aggregazione e interazione;
- alla richiesta di istituire una Scuola per i quadri sindacali;
- alla proposta di attivare un Tutoraggio per i giovani Colleghi, anche prima che frequentino la Scuola regionale di formazione specifica.

La XLVII Assemblea della FIMMG di Treviso, sentite le relazioni dei Fiduciari aziendali, dott. Luigi Faggian, dott. Nicolò Viviano e dott.ssa Maria Grazia Bianchini, e del Segretario provinciale della Continuità Assistenziale, dott. Andrea Maguolo, le

APPROVA.

La XLVII Assemblea della FIMMG di Treviso, sentita la relazione del Presidente di Aggregazione Telematica di Assistenza Sanitaria (ATLAS) s.r.l., dott. Carlo Patera, la

APPROVA.

La XLVII Assemblea della FIMMG di Treviso, sentita la relazione del Presidente di Società Cooperativa Medica (SoCoMe) s.c. a r.l., dott. Luca Vaccario, la

APPROVA.

La XLVII Assemblea della FIMMG di Treviso, sentita l'intervento del Coordinatore pro tempore del settore provinciale dei medici Pensionati, dott.ssa Elda Winteler, lo

APPROVA.

La XLVII Assemblea della FIMMG di Treviso, dopo partecipata discussione,

DELIBERA

il rinnovo dei servizi gratuiti per gli iscritti;

- la dotazione del gestionale Atlas, sia nella versione "cloud" sia residente nel PC, e del

Portale paziente; con l'auspicio di pubblicazione dei dati prodotti;

- la Polizza assicurativa a tutela della Responsabilità professionale e, in considerazione del fatto che il rinnovo del premio assicurativo viene anticipato entro il 31 dicembre di ogni anno per l'anno successivo, rinnova la norma che i medici che cesseranno entro il 2016 la propria iscrizione, a qualsiasi titolo, siano comunque tenuti al pagamento della quota sindacale fino alla mensilità del dicembre 2016, al fine di evitare che la cessazione dello status di iscritto infra anno, arrechi un danno finanziario al sindacato;
- Il servizio di asporto rifiuti sanitari dal primo studio medico;

di istituire una Scuola per i quadri sindacali, previo specifico finanziamento;
di attivare un Tutoraggio per i giovani Colleghi.

RESPINGE

il progetto regionale Oltre CUP e la proposta di parte pubblica nazionale di ridurre l'orario di attività della Continuità Assistenziale da 24 a 16 ore

CHIEDE

di portare a compimento le MdG-I e, alla luce degli ultimi documenti regionali, di chiarire le problematiche del progetto EcoFarmacia.

Letto e approvato all'unanimità.

2. Elezioni ONAOSI

Scade il 3.6.2016 il termine per richiedere il duplicato della scheda elettorale

Le schede devono pervenire entro il 23 giugno 2016.

votare per ONAOSI FUTURA.

Dovrebbe esserti arrivato il materiale utile al voto ai medici volontari dell'ONAOSI, in caso contrario contatta subito l'ONAOSI.

Modalità di voto:

- La votazione avviene per posta da parte di ogni singolo medico avente diritto utilizzando unicamente la scheda elettorale inviata dall'ONAOSI;
- il voto è di lista (quindi NON apporre preferenze, pena la nullità) e va espresso a penna (nera o blu) barrando con una X il riquadro n. 1 ONAOSI FUTURA contenente i candidati FIMMG;
- la scheda elettorale va introdotta e chiusa nella predisposta busta piccola che a sua volta va inserita nella busta grande pre-affrancata e inviata singolarmente all'ONAOSI quanto prima.

3. Il quesito diagnostico in ricetta viola la privacy

Da settembre 2015 il Direttore generale sanità e sociale della Regione Veneto, dott. Domenico Mantoan, impone l'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico sulla ricetta, senza il quale l'esame non si può prenotare. La Regione obbliga, quindi, il paziente per poter usufruire del SSN di utilizzare una ricetta sulla quale lo sportellista della ULSS deve leggere la diagnosi.

Riteniamo che la norma regionale non sia coerente con le regole nazionali che prevedono che un paziente dica no, pur mantenendo il diritto ad essere assistito dal SSN/SSR. Questa disposizione, che evoca il rifiuto della prenotazione qualora il dato del paziente non sia visibile all'operatore amministrativo, non è ammissibile. Vero è che anche gli amministrativi sono tenuti al segreto d'ufficio ma qui andiamo oltre.

Il paziente vada tutelato! Ad esempio oscurando la diagnosi per l'operatore ULSS ma rendendogli visibile l'informazione di "campo compilato" e lasciandola leggibile nel pc del medico specialista.

4. SVAMA

L'art. 45 comma 1 dell'ACN vigente dichiara le funzioni ed i compiti individuali del medico di assistenza primaria:

f) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori;

g) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto Ministro Sanità del 28 febbraio 1983, art. 1 lettera a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente.

h) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;

i) le certificazioni di cui all'art. 2 della legge 29 febbraio 1980, n. 33, e all'art. 15 della legge 2 aprile 1981, n. 155 sono rilasciate utilizzando i moduli allegati sub allegato "F" fatte salve eventuali modifiche degli stessi concordate ai sensi dell'art. 2, comma 1, della Legge n. 33/80 per i lavoratori del settore privato;

j) la certificazione per la riammissione al lavoro degli alimentaristi laddove previste;

k) le valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle residenze protette, sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali;

Queste sarebbero le certificazioni gratuite in ambito convenzionale; quanto non previsto è da intendersi in regime libero professionale; ad esempio Certificati invalidità INPS, modello SS3 INPS, tutte certificazioni INAIL, certificati di attività sportiva, etc.).

Tutti i certificati a pagamento sono soggetti ad IVA, ad eccezione di quelli redatti a tutela della salute del paziente o della comunità; ad esempio tutte le certificazioni INAIL, tutti i certificati di attività sportiva non agonistica, etc.. Diversamente i Certificati invalidità INPS sono soggetti ai IVA se redatti per un vantaggio economico, ma sono esenti IVA se redatti ai fini assistenziali, ad esempio per ottenere una protesi acustica.

Ma se per i punti f), h), i) e j) la gratuità è chiaramente sancita, il punto k) merita un approfondimento in quanto recita "sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli accordi regionali".

Le certificazioni multidimensionali in atto nella nostra Regione sono essenzialmente la Scheda SVAMA, la SVAMA Semplificata e la SVAMDI, che si differenziano tra loro sia per il contenuto sia per il rimborso. Infatti mentre la Scheda SVAMA Semplificata è a carico della Azienda ULSS notolandola tra le PPIP, il costo della SVAMDI è a carico del paziente.

La scheda SVAMA, invece, ha un percorso particolare in quanto si tratta di una scheda voluta dalla Regione Veneto e normata in AIR (Accordo Integrativo regionale) che, a tal fine, recita: "Trattamento economico - La partecipazione alla prima riunione della U.V.M.D. accompagnata dalla valutazione sanitaria attraverso la compilazione della modulistica in uso (SVAMA), viene retribuita con compenso di € 25,82, salvo altre modalità di presa in carico definite a livello aziendale. Per la partecipazione alle eventuali successive riunioni della U.V.M.D., viene corrisposto il compenso di € 25,82".

Orbene chiaramente si evince che la Regione prevede un pagamento per le riunioni di UVMD, non per la scheda SVAMA, che solo nel caso sopra riportato può considerarsi gratuita, mentre negli altri casi deve intendersi a pagamento da parte del paziente.

5. **Sabato 4 giugno 2016 Corso monotematico di ecocolordoppler in ecografia generalista** presso la FIMMG provinciale di Venezia in Via Trento, 106 a Mestre

6. Sperimentazione della CA per i Codici Bianchi (CB) in Pronto Soccorso

L'avvio di tale progetto non è imminente, come afferma qualcuno, ma ci sono ancora dei passaggi che FIMMG CA intende seguire con attenzione per tutelare i Colleghi.

- IL CODICE BIANCO che entra come bianco può cambiare di colore in quel caso va inviato al PS

- il codice diverso dal colore bianco va trattato dal PS. Se diventa bianco viene chiuso dal medico del PS che lo ha preso in carico
- Infermiere utilizzabile per prelievi ed ECG (non dedicato ma verrà comunicato il nome dell'infermiere a disposizione)
- possibilità di prescrizione farmaci ed accertamenti sia in regime interno che DEMA o SSN
- protocolli interni da definire in concomitanza di riunione tra colleghi MMG e PS
- corsi di formazione specifici da definire ma fattibili
- controllo a 3 mesi per valutazione errori codici triage e/o bisogni formativi colleghi
- bozza del contratto (più dichiarazione di copertura RC) da girare per le OOSS da approvare in Comitato Aziendale

7. Comitato Consultivo regionale per la Medicina Generale

Orario rapportato al numero di assistibili

- **l'estensione di orario (richiesta in questi giorni dagli uf.f convenzioni) di 1 hogni 100 assititi (oltre i 1500) avverrà solamente al numero raggiunto; ad es. medico con 1550 assistiti: ore dovute 15; medico 1610 assistiti: ore dovute 16.**
- **I pazienti in casa di riposo non concorrono al numero totale di assistiti. Ad es. medico con 1590 pz + 30 pz in casa di riposo: ore dovute 15 (i 30 pz non concorrono)**

Rispetto degli orari:

- si invitano i MMG a rispettare gli orari previsti dall'ACN/AIR
- almeno due pomeriggi o mattine alla settimana di apertura
- si invitano i MMG delle MdG-I a garantire l'accesso h12 agli assistiti afferenti alla MdG-I.

8. Prestazioni aggiuntive in CA

Nell'interesse della Categoria e andando oltre un discorso di appartenenza a differenti OO.SS., ho il piacere di informare tutti Voi che la questione è stata prontamente affrontata e risolta e che le prestazioni aggiuntive eseguite nei turni CB verranno economicamente riconosciute.

9. Niente Irap per il MMG con dipendente

La sentenza 9451 di Cassazione, pubblicata pochi giorni fa, che esenta il medico di famiglia dal pagamento dell'Irap se ha un dipendente, è stata recepita con la circolare Entrate 20/E. Successo dovuto in particolare alla Fimmg. D'ora in poi non ci dovremo più aspettare sentenze difformi dei giudici tributari di fronte a situazioni analoghe per non dire uguali. E d'ora in poi il medico che pagava l'Irap pur lavorando allo stesso modo del suo collega che aveva vinto il ricorso non dovrà più anticipare la tassa e poi chiedere il rimborso: potrà non pagare.

La circolare 20/E che per i medici di famiglia prende atto delle sentenze di Cassazione 7241 (che esonera le medicine di gruppo con dipendente o collaboratore dal pagamento dell'Irap) e 9451 (del 10 maggio, esonera il medico convenzionato con un solo dipendente che svolge mansioni di segreteria "generiche"). Per i mmg è dovuta l'Irap da "autonoma organizzazione" solo se ci sono elementi, da valutare volta per volta ad opera del Fisco, che superino lo standard e i parametri previsti dalla Convenzione stessa (l'Agenzia cita la circolare 28/E del 28 maggio 2010).

L'autonoma organizzazione ricorre in tre casi:

- se il contribuente è responsabile organizzativo e non inserito in strutture riferibili ad altrui organizzazione,
- se impiega beni strumentali eccedenti il minimo correntemente considerato indispensabile per l'esercizio dell'attività in assenza di organizzazione,

- se si avvale in modo non occasionale di lavoro altrui che superi la soglia dell'impiego di un collaboratore con mansioni di segreteria o meramente esecutive.

Per il medico che svolge a tempo pieno la sua attività in convenzione il problema è risolto. Tutto da vedere è come possa influire sulla quota residua di libera professione del Mmg quanto l'Agenzia delle Entrate afferma in relazione all'Irap del medico ospedaliero nella stessa circolare 20 E. In questo caso l'Agenzia chiarisce un dubbio. La Finanziaria 2016 afferma che per non pagare l'Irap sulla sua libera professione il medico ospedaliero deve trarre da quell'attività meno di un quarto del suo reddito. Ma si parla di reddito complessivo (dipendente più autonomo) o di solo reddito di lavoro autonomo? La circolare sposa la seconda interpretazione: se il reddito di libera professione prodotto dal medico con fattori produttivi propri supera il 25% di quello prodotto con fattori altrui (intramoenia ad esempio) quel medico paga l'Irap, se non lo supera non la paga. In pratica non rileva ai fini Irap un'attività intramuraria sviluppata. Alla fine però pochi medici dipendenti che non fossero già esenti potranno dirsi beneficiati dalla norma. La circolare dispone infine che, per l'autonoma organizzazione, sono irrilevanti l'ammontare del reddito professionale realizzato e le spese direttamente connesse alla predetta attività di medico

10. Le donne che vanno spesso in chiesa vivono più a lungo e si ammalano meno di cancro e di malattie cardiovascolari

Un'analisi condotta su una coorte del Nurses' Health Study pubblicata online first su JAMA Internal Medicine anziché dare risposte, genera domande. Risulta che andare di frequente in chiesa, nelle donne, riduce il rischio di mortalità per tutte le cause, in particolare quella per cancro e malattie cardiovascolari. E non si possono ignorarne i risultati, vista l'importanza dei numeri e la durata del follow. I Colleghi hanno valutato la correlazione tra la frequentazione di funzioni religiose e la mortalità in una coorte di donne, utilizzando le risposte raccolte attraverso un questionario e seguendole per 16 anni. La maggior parte delle partecipanti a questo studio era di religione cattolica o protestante. Tra le 74.534 donne che nel 1996 avevano risposto al questionario, 14.158 hanno riferito di andare in chiesa più di una volta a settimana, 30.410 una volta a settimana, 12.103 meno di una volta a settimana e 17.872 di non andarci mai. Le più assidue frequentatrici di servizi religiosi mostravano in generale meno sintomi depressivi ed erano più spesso sposate e non fumatrici. In questo gruppo di donne nel corso dei 16 anni di follow up si sono registrati 13.537 decessi, tra i quali 2.721 per malattie cardiovascolari e 4.479 per cancro. Tuttavia le grandi frequentatrici di funzioni religiose hanno presentato un rischio di mortalità ridotto del 33% durante i 16 anni di follow up, rispetto a quelle che non mettevano mai piede in chiesa. Quelle che frequentavano la chiesa una volta a settimana hanno visto il loro rischio di mortalità ridursi del 26%, mentre le frequentatrici meno assidue potevano contare comunque su una riduzione di mortalità del 13%. Lo studio suggerisce dunque che chi partecipa a funzioni religiose più di una volta a settimana, presenta un rischio di morire per cause cardiovascolari e per tumori ridotti rispettivamente del 27% e del 21%, rispetto a quelle che non vanno mai in chiesa. Secondo gli autori un importante contributo a questa riduzione di mortalità va ricercato nella minor presenza di sintomi depressivi, in un maggior ottimismo di fondo, in una meno frequente abitudine al fumo e nel poter contare su un supporto sociale. Sono risultati tuttavia che non possono essere generalizzati, anche perché la maggior parte delle partecipanti erano cristiane, bianche, lavoravano come infermiere e potevano contare dunque su un buon salario e su un bagaglio di conoscenze che predisponesse ad uno stile di vita salutare. Non è possibile dunque rintracciare in questo studio un sicuro rapporto causale tra l'andare in chiesa e il veder abbattuto il proprio rischio di morte e d'altronde non è ipotizzabile il fatto di poter organizzare un trial randomizzato caso-controllo su chi va in chiesa e chi no. Religione e spiritualità possono rappresentare una risorsa per la salute, che i medici non hanno ancora sufficientemente valorizzato e tenuto in considerazione? Merita di essere esplorata con i propri pazienti?

Cordiali saluti

IL SEGRETARIO PROVINCIALE
Dott. Brunello Gorini

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gorini', is centered below the typed name. The signature is fluid and cursive, with a prominent initial 'G'.

La presente lettera contiene informazioni di carattere confidenziale rivolte esclusivamente agli iscritti della FIMMG di Treviso. Uso e/o diffusione e/o distribuzione e/o riproduzione da parte di qualsiasi soggetto sono vietati e saranno perseguiti ai termini di legge. Nel caso aveste ricevuto questo messaggio per errore, siete pregati di segnalarlo immediatamente al mittente e distruggere quanto ricevuto senza farne copia.