

DEBUROCRATIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE IN CAMPANIA

Prodromo

L'eccesso di pratiche burocratiche, in continuo aumento, sta riducendo drasticamente ai Medici di Medicina Generale il tempo necessario per le attività mediche e cliniche proprie della professione come: visitare in ambulatorio, seguire i pazienti affetti da patologie croniche nei percorsi di cura, assistere i malati intrasportabili ed a domicilio eseguire gli screening, partecipare ai Progetti (Agire et altri).

Questa carenza di tempo non potrà che avere gravi ripercussioni sui pronto soccorso, con l'irrimediabile saturazione di tutti i servizi ospedalieri e specialistici già provati dalla pandemia, e soprattutto sulla salute dei malati cronici e più fragili. Al contrario un importante lavoro di **de burocratizzazione** può sicuramente comportare, a costo zero, una migliore efficienza di tutto il servizio sanitario regionale con un conseguente risparmio economico e di energie.

SOMMARIO CAPITOLI

UNIFORMITA 'REGIONALE FRA AASSLL.....	pag...3
2. RICHIESTE ED IMPEGNATIVE DA SPECIALISTI	pag 4
2.a - RIFERIMENTI LEGISLATIVI al capitolo 2	pag 6
3. CERTIFICATI INPS	pag 7
3.a - RIFERIMENTI LEGISLATIVI al capitolo 3	pag 8
4.CERTIFICATI DI GRAVIDANZA	pag 9
4.a - RIFERIMENTI LEGISLATIVI al capitolo 4	pag 9
5.MODULISTICHE PER ESECUZIONE DI ESAMI RADIOLOGICI TC/RMN	pag 10
6.FARMACI OFF LABEL ¹	pag11
6.a - RIFERIMENTI LEGISLATIVI al capitolo 6	pag.11
7.ACCERTAMENTI ESEGUITI IN PS O REGIME DI RICOVERO ...	pag 12
8.PIATTAFORMA REGIONALE PER LE COMUNICAZIONI TRA I SERVIZI...	pag 13
9.RICHIESTE DI CERTIFICAZIONI ANAMNESTICHE	pag 14
10. RINNOVO PT.....	pag 14
11 CERTIFICATO MEDICO RIENTRO A SCUOLA	pag 15
12.SCHEDE ATTIVAZIONE ADI-ADP-CURE PALLIATIVE	pag 15
13. CAMPAGNA REGIONALE SENSIBILIZZAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA	pag16
14.CERTIFICAZIONE PER I PRIMI 3 GIORNI DI MALATTIA	pag 17
15.CERTIFICAZIONI INAIL	pag 18

Allegati

-Delibera Giunta Regionale n.329 del 06 Luglio 2016

-Approfondimenti giuridici

pag 19

Capitolo 1

UNIFORMITA 'REGIONALE FRA AASSLL

La Regione deve garantire l'allineamento delle AASSLL in materia di de burocratizzazione, non limitatamente a quanto proposto in questo documento ma anche su eventuali futuri ulteriori miglioramenti.

Si chiede che ogni ASL preveda un figura aziendale ed un relativo indirizzo email a cui i Medici di Medicina Generale possano segnalare disservizi burocratici ed induzioni di compiti non dovuti. Si propone l'istituzione di un tavolo permanente per l'implementazione della de burocratizzazione del lavoro del Medico di Medicina Generale. Lo stesso sia **consultivo** per i provvedimenti strategici aziendali – PDTA.

Capitolo 2

PRESCRIZIONI RICHIESTE ED IMPEGNATIVE DA PARTE DEGLI SPECIALISTI

Gli specialisti dipendenti e convenzionati a seguito di prima visita o visita di controllo devono prescrivere direttamente al paziente le loro richieste di accertamenti, esami ed ulteriori eventuali visite di controllo.

Nel caso di accertamenti (radiologici e non) che richiedano la compilazione di ulteriori moduli (di consenso o altre specifiche) la compilazione deve essere a cura del medico che ha prescritto l'accertamento.

Le AASSLL devono garantire l'applicazione delle normative in materia di prescrizione attraverso strumenti di controllo ed istituzione di servizi adibiti al recepimento di segnalazioni da parte dei Medici di Medicina Generale. La Regione Campania e le AASSLL devono rispettare e far rispettare le normative per cui gli specialisti devono prescrivere direttamente richieste di accertamenti, esami ed ulteriori eventuali visite nel momento in cui visitano i pazienti. Nel caso di errori nella compilazione delle richieste, la correzione è a cura del medico richiedente. La presa in carico da parte degli specialisti rappresenta una delle priorità sulle azioni intraprese per il contenimento dei tempi di attesa, per questo l'obiettivo è anche inserito negli obiettivi di budget delle Aziende.

Molto più semplicemente

Per presa in carico si intende che i medici specialisti provvedano a prescrivere e prenotare gli accertamenti funzionali a dirimere il quesito diagnostico posto dal medico curante, **senza che il paziente ritorni dal MMG** e al CUP per riprenotare.

Regione e AASSLL, che riscontrano il rifiuto o l'omissione da parte del professionista, applicano le sanzioni pecuniarie, disciplinari fino alla denuncia all'Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia presso cui il professionista è iscritto e alla Procura della Repubblica.

Le impegnative per prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale devono avere **validità per almeno 12 mesi**.

Per il primo accesso (prescrizione da parte del MMG) la validità è stata prevista in condivisione con le altre regioni al sottogruppo **ASSISTENZA SPECIALISTICA** dell'area territoriale della Commissione Salute. A fronte di una prescrizione per una prestazione di primo accesso, con una priorità, il cittadino provvede alla prenotazione in tempi ragionevoli, perché si suppone che trascorso il termine di 6 mesi, la effettiva priorità di questa prestazione sarebbe opportuno fosse rivalutata.

Il paziente non deve mai essere re-inviato al medico di Assistenza Primaria (MMG) per queste prescrizioni.

Eventuali ritardi di diagnosi per prescrizioni specialistiche omesse non possono essere imputati al MMG, medico di medicina generale.

Capitolo 2 a

RIFERIMENTI LEGISLATIVI relativi al **CAPITOLO 2**

- La Delibera di Giunta Regionale n. 329 del 06 luglio 2016 ha stabilito che lo Specialista Ospedaliero (compresi il Medico di PS) o Convenzionato con il S.S.N. deve sempre rilasciare direttamente al paziente il referto della visita e scrivere lui stesso su ricettario SSN tutte le richieste di accertamenti, esami, visite e controlli successivi che ritenga necessari (se posticipati semestralmente o annualmente deve richiederli con priorità P);
- L'Art. 50 Legge 326/2003 (uso del ricettario SSN da parte di "tutti" i medici autorizzati): l'art. 50 della Finanziaria 2004 (DI 30 09 2003 n.269 conv in L 24 11 2003 n 326 e succ mod) ha sancito l'obbligo per qualsiasi medico abilitato all'uso dei moduli regionali, di effettuare personalmente le prescrizioni delle procedure diagnostiche e degli esami che ritiene necessari, nonché di eventuali sostituzioni o aggiunte di terapia). Viene imposto a tutti i medici del SSN la prescrizione diretta sul ricettario nazionale di qualunque accertamento erogabile nell'ambito del sistema sanitario.
- L'ACN 17/12/2015 dello Specialista ambulatoriale all'art.22 comma 11 prevede che "per le proposte di indagini specialistiche

e le prescrizioni di specialità farmaceutiche e di galenici lo Specialista ambulatoriale utilizza il ricettario del SSN e/o la ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata, nel rispetto della normativa vigente e dei provvedimenti regionali.

Capitolo 3

RILASCIO DI CERTIFICATI DI MALATTIA (INPS)

Le attuali disposizioni di legge, già dal 2009, prevedono che TUTTI i Medici del SSN (dipendenti o convenzionati) all'atto di una prestazione fornita da loro, qualora vi sia una prognosi di inabilità lavorativa, emettano la dovuta certificazione di malattia: devono accedere al portale INPS per il rilascio del certificato di malattia. I **medici liberi professionisti** ricevono le credenziali di accesso dagli Ordini dei Medici e **sono sottoposti allo stesso obbligo di rilascio di certificazione di malattia**. In caso di impossibilità alla trasmissione telematica il medico deve rilasciare una **certificazione cartacea** in doppia copia in cui riporta la difficoltà tecnica occorsa (di cui si allega facsimile).

Questa disposizione comporta diversi vantaggi: per la popolazione la riduzione del disagio di dover muoversi per un certificato che riceverebbero contestualmente alla visita, e per i MMG la riduzione di un carico di lavoro esclusivamente burocratico (dato che certificherebbero la malattia accertata da altri medici).

Capitolo 3 a

RIFERIMENTI LEGISLATIVI relativi al **Capitolo 3**

-DL 27 OTTOBRE 2009 n 150

“Soggetti tenuti alla trasmissione telematica.

Ai sensi dell'art. 55-septies citato, sono tenuti ad effettuare la trasmissione telematica dei certificati i seguenti soggetti: i medici dipendenti del SSN; i medici in regime di convenzione con il SSN. L'inosservanza degli obblighi di trasmissione telematica come sopra descritti costituisce illecito disciplinare.”

-ART. 24 DEL CODICE DEONTOLOGICO

“Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o rilievi clinici direttamente constatati e oggettivamente documentati”.

-Gazzetta Ufficiale del 31/12/2010

-CIRCOLARE n.2/2010/DFP/DDI

Circolare del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, introdotto dall'Art. 69 del decreto legislativo 27 Ottobre 2009 n. 150 e dal DL 150/2009 e successive integrazioni: DM 18 Aprile 2012 del Ministero della Salute (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/06/04/12A06252/sg).

Le suddette disposizioni costituiscono quindi un obbligo di legge, e la loro inosservanza oltre ad una violazione deontologica, costituisce un illecito disciplinare, sanzionabile in caso di reiterazione con il licenziamento del medico dipendente e con la revoca della convenzione per il medico di medicina generale.

Per “medico curante” si intende il medico che prende in cura il paziente indipendentemente dal fatto che sia medico convenzionato, medico dipendente di struttura pubblica o privata o libero professionista.

Da parte della Regione ER si è avviata una campagna di sensibilizzazione su tutto il territorio al fine di responsabilizzare i professionisti oltre che far conoscere ai cittadini l'esistenza di un diritto che può agevolarli e che quindi hanno il massimo interesse a richiedere e ottenere il rilascio della certificazione. Inoltre è stata inviata una comunicazione diretta dalla RER ai direttori sanitari per sollecitare la stretta adesione dei medici alla norma di legge.

Capitolo 4

CERTIFICATI DI GRAVIDANZA

Come per il certificato di malattia, anche il certificato di gravidanza e quello di interruzione di gravidanza devono essere trasmessi dal medico del SSN o con esso convenzionato che fornisce la prestazione sanitaria alla paziente:

- gravidanza: i consultori familiari consegnano il cartaceo alla donna e contestualmente lo inviano telematicamente all'INPS.
- interruzione volontaria: i consultori familiari non inviano telematicamente il certificato di interruzione volontaria di gravidanza, ma lo consegnano cartaceo alla donna (privacy).
- gravidanza a rischio: i consultori familiari consegnano il certificato cartaceo alla donna. Il certificato non viene e non deve essere inviato all'INPS. Il provvedimento va rilasciato entro 7gg dalla ricezione dell'istanza della lavoratrice e in triplice copia: per la donna richiedente, per il datore di lavoro e per l'INPS. L'Azienda USL invia il provvedimento all'INPS, tramite Posta Elettronica Certificata, e alla lavoratrice tramite raccomandata A.R. o e-mail. Sarà cura della lavoratrice consegnare il documento al datore di lavoro. (Riferimenti legislativi: La Legge 35/2012, all'art. 15, attuata con la determina PG/2012/233410 del 5/10/2012) .

Capitolo 4 a

RIFERIMENTI LEGISLATIVI relativi al **Capitolo 4**

Normativa DL 26/03/2001 e successive integrazioni

2. Modalità di trasmissione e consultazione dei certificati I certificati di gravidanza e di interruzione della gravidanza possono essere trasmessi telematicamente esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario

Nazionale o con esso convenzionato, collegandosi all'apposito servizio presente sul sito dell'Istituto nella sezione riservata ai "Medici certificatori".

Capitolo 5

MODULISTICHE PER ESECUZIONE DI TC E RMN

Per le indagini radiologiche che necessitano l'utilizzo di mezzo di contrasto viene richiesta la compilazione di moduli che devono riportare i valori di esami bioumorali e informazioni circa la presenza o meno di alcune patologie.

Chiediamo che la Regione renda **uniforme** su tutto il territorio regionale la **tipologia di accertamenti richiesti** per l'esecuzione del mezzo di contrasto.

Chiediamo che la compilazione del modulo e le richieste degli esami bio umorali eventualmente necessari siano a carico del medico prescrittore.

Capitolo 6

FARMACI OFF LABEL

Tutti i medici che prescrivono farmaci o trattamenti off-label devono fornire e far compilare il consenso informato al paziente al fine di poter emettere ricetta bianca.

Qualora i medici dipendenti o convenzionati con il SSN prescrivano farmaci che non contengono nella scheda tecnica come indicazione il trattamento per cui vengono prescritti (utilizzo off-label), è necessario che il medico prescrittore fornisca al paziente la modulistica prevista per legge e ne acquisisca il consenso informato.

Considerando il fatto che questo passaggio interessa anche i medici liberi professionisti non convenzionati, si rende necessario coinvolgere anche gli ordini professionali al fine di ricordare questo obbligo di legge.

Capitolo 6 a

RIFERIMENTI LEGISLATIVI relativi al **Capitolo 6**

Art. 3 della legge 94/1998: dopo aver enunciato al comma 1 quale sia il criterio generale da adottare quale regola per la legittima prescrizione dei farmaci, al comma 2 si precisa che “in singoli casi il medico può, sotto la sua

diretta responsabilità e previa informazione del paziente e acquisizione del consenso dello stesso, impiegare il medicinale prodotto industrialmente per un'indicazione o una via di somministrazione o una modalità di somministrazione o di utilizzazione diversa da quella autorizzata, ovvero riconosciuta agli effetti dell'applicazione dell'art. 1, comma 4, del D.L. 21 ottobre 1996, n. 536, convertito dalla Legge 23 dicembre 1996, n. 648”

Capitolo 7

ACCERTAMENTI ESEGUITI IN PS O REGIME DI RICOVERO

Attualmente gli esami ed accertamenti eseguiti in PS o in regime di ricovero risultano oscurati sul fascicolo sanitario elettronico e non sono quindi visualizzabili neanche dal Medico di Medicina Generale. Questo può potenzialmente comportare la richiesta di ulteriori indagini inutili se il paziente non dispone di questi esiti e non li fornisce al proprio curante.

La situazione si è creata per evitare la consultazione degli esiti prima che possano essere visionati ed interpretati correttamente dal personale medico del PS o ospedaliero. Chiediamo che insieme alla lettera di dimissione ci vengano segnalati solo gli accertamenti clinici con esiti patologici oppure da ricontrollare successivamente.

Capitolo 8

PIATTAFORMA UNICA REGIONALE PER LE COMUNICAZIONI TRA I SERVIZI

Al fine di facilitare e velocizzare le comunicazioni tra il Medico di Medicina Generale e i servizi territoriali chiediamo, sul modello di quanto già in essere in alcune AUSL, la realizzazione di una piattaforma regionale dove al Medico di Medicina Generale sia possibile:

- Comunicare direttamente con il Dipartimento di Sanità pubblica
- Prenotare le dosi di vaccini, screening , etc da somministrare ai propri assistiti

Tale piattaforma può essere ulteriormente implementata con lo sviluppo di ulteriori funzionalità utili all'attività del Medico di Medicina Generale

Capitolo 9

RICHIESTE DI CERTIFICAZIONI ANAMNESTICHE

Frequentemente accade che al Medico di Medicina Generale siano richieste certificazioni anamnestiche molto lunghe ed elaborate riguardanti i propri assistiti prima di effettuare prestazioni all'interno di reparti ospedalieri e/o prima dell'ingresso in strutture private e Case Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA). Tali certificazioni non rientrano tra quelle obbligatoriamente e gratuitamente rilasciate dal Medico di Medicina Generale; inoltre la raccolta dell'anamnesi è a carico dei medici che effettuano la prestazione.

Capitolo 10

RINNOVO PT (Piano Terapeutico)

Il rinnovo del Piano terapeutico deve essere automatico.

Solo in caso di variazioni , attese per la salute , il PT deve essere rinnovato ovviamente a cura del medico che ha valutato le condizioni mutate.

Capitolo 11

CERTIFICATO MEDICO RIENTRO SCUOLA -

Come già avviene in molte regioni Italiane si chiede abolizione del certificato medico di rientro a scuola.

Evidenze scientifiche hanno dimostrato che si tratta di un mero documento burocratico.

Capitolo 12

SCHEDE ATTIVAZIONE ADI-ADP-CURE PALLIATIVE

Attualmente diverse AUSL utilizzano ancora moduli cartacei da compilare a mano da parte del curante per l'attivazione dei percorsi di cure domiciliari ADP ADI e di Cure Palliative.

Chiediamo la possibilità per tutte le AUSL della compilazione di moduli online su portale dell'ASL o Regionale. Chiediamo l'abolizione delle schede di rivalutazione periodica e dei rinnovi in caso di ricovero ospedaliero degli assistiti.

Capitolo 13

CAMPAGNA REGIONALE DI SENSIBILIZZAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA.

La regione si faccia carico, attraverso i media che abbiano la possibilità di raggiungere tutte le fasce di popolazione , di una **CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE ED EDUCAZIONE SANITARIA.**

Lo scopo è quello di sensibilizzare i cittadini ad un uso corretto dei farmaci (autoprescrizione di antibiotici , farmacoresistenza, etc.).

Rispetto del ruolo del Medico come operatore della Salute (stop alle aggressioni).

La Sanità Pubblica come **BENE COMUNE.**

Capitolo 14

CERTIFICAZIONE PER I PRIMI 3 GIORNI DI MALATTIA

La maggior parte dei certificati INPS rilasciata dai Medici di Medicina Generale ha una durata compresa tra 1 e 3 giorni e frequentemente riguarda condizioni cliniche soggettive difficilmente accertabili (ad esempio cefalea, vertigini).

Il paziente potrebbe **auto dichiarare** il proprio stato di salute per i **primi 3 giorni** di malattia nell'arco del mese, solo in caso di necessità di continuazione potrebbe essere richiesta la compilazione del certificato telematico INPS al medico curante. In molti Stati di Europa esiste di già. Sebbene non sia facoltà della Regione approvare una simile soluzione, si chiede di portare a livello nazionale l'attenzione a questa problematica esponendo questa proposta che alleggerirebbe enormemente il lavoro ai Medici di Medicina Generale.

Capitolo 15

CERTIFICAZIONI INAIL

Attualmente i Medici di Medicina Generale ricevono spesso la richiesta di compilazione del certificato di continuazione INAIL da parte dei loro assistiti.

A causa della pandemia ai pazienti è stato spesso impedito l'accesso ai medici dell'INAIL e l'onere delle certificazioni è ricaduto quindi completamente sui Medici di Medicina Generale aggravando notevolmente il carico burocratico. Mentre il primo certificato INAIL (atto necessario che consente all'INAIL di avviare l'istruttoria per l'erogazione delle prestazioni nei confronti dell'assicurato, come previsto dall'articolo 53 del D.P.R.1124/65) viene rilasciato dal medico che valuta il paziente a seguito dell'infortunio (sia esso Medico di Medicina Generale, specialista ospedaliero o dirigente medico INAIL), il certificato di continuazione e

quello definitivo sono da rilasciare in date già note in quanto definite dalla durata del certificato precedente. La loro compilazione e rilascio sono quindi programmabili presso le sedi INAIL di competenza.

Analogamente ai punti precedenti, sebbene non sia facoltà della Regione agire direttamente sulle modalità di accesso alle sedi INAIL, si chiede di portare all'INAIL e a livello nazionale l'attenzione a questa problematica in modo che le certificazioni di infortunio possano essere svolte dai dirigenti medici INAIL presso le loro sedi.

APPENDICE GIURIDICA.

Altre considerazioni di carattere giuridico:

- un certificato medico di malattia attesta fatti tecnicamente apprezzabili e valutabili. Può riguardare anche eventi passati ma che il medico ricostruisce sulla base di documentazione dell'epoca.
- se il medico riporta ciò che riferisce il paziente non sta certificando la malattia ma solo una autodichiarazione, quindi non ha alcun valore. Quindi il certificato deve riportare il reale accertamento della malattia, ma può avvenire anche a distanza di tempo se il medico ha registrato in cartella qualche memoria o documento che gli consenta di ricostruire.
- Si potrebbe non inserire limiti di tempo rispetto al malus, ma precisando che "il certificato di malattia deve essere richiesto al medico in tempo utile affinché egli abbia la possibilità di verificarla."

Approfondimento giuridico

- Il certificato medico, sotto il profilo giuridico si configura come una "testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge, ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della collettività aventi rilevanza giuridica e/ o amministrativa";

- Inoltre, ai sensi dell'art. 22 del Codice Deontologico, "Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato";

- Da ultimo, Il certificato storico rappresenta "l'attestazione di una situazione che si è già verificata nel passato e che il medico ricostruisce sulla base di documentazione dell'epoca. il certificato deve essere contestuale all'accertamento della patologia e recare la stessa data dell'effettuazione della visita. Non è, quindi, consentito certificare "a posteriori": farlo esporrebbe il medico al rischio di essere accusato del reato di falsa certificazione".

Sulla base di queste tre premesse, l'ipotesi di una certificazione tardiva attestante elementi non

direttamente constatabili dal medico, si pone già di per sé in contrasto con la nozione di certificazione. Nel caso della certificazione riportante la dicitura “il paziente riferisce che...”, il medico andrebbe a certificare quanto riferito dal paziente, senza poter constatare direttamente se questo corrisponda o meno a verità, in violazione dell’art. 22 del Codice Deontologico. Da ciò deriva che il certificato così redatto, limitandosi a riportare una mera dichiarazione tecnicamente non apprezzabile né valutabile, non è idoneo a produrre gli effetti di una certificazione e, nel caso di specie, ad esentare il cittadino dall’applicazione del Malus.

Il medico potrebbe anche rilasciare il certificato (ovviamente senza la formulazione “il paziente riferisce”) in un momento successivo all’episodio di malattia, purchè riscontri ragionevoli elementi tali da far ritenere veritiero quanto riferito dal paziente. In questo senso, circoscrivere il concetto di “tempo congruo” ad un massimo di 72 ore successive all’episodio di malattia risulterebbe coerente con le finalità della certificazione e potrebbe essere un punto di equilibrio efficace. Diversamente, il concetto di congruo termine andrebbe valutato caso per caso, sulla base di criteri non espressamente definiti e di modalità non chiare, tali da rendere il certificato così formato in evidente contrasto con l’art. 22 del Codice Deontologico.

Napoli, 25/10/2023

Dr. Salvatore Caiazza
Vice Segretario Vicario FIMMG Napoli ASL Napoli 2 Nord

Dr. Giovanni Verde
Consigliere Aziendale FIMMG Napoli ASL Napoli 2 Nord