



## COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL MOLISE

**Vademecum su certificazioni telematiche di malattia, corretta compilazione ricetta SSN, rinnovi piani terapeutici su farmaci di cui alle note AIFA 97/99/100**

Promotore	Coordinamento Regionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri Molisani
Territorio interessato	Regione Molise
Soggetti Interessati	Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie di ASReM MMG/PLS – Medici di Continuità Assistenziale – Specialisti Ambulatoriali – Medici e Odontoiatri Liberi Professionisti
Obiettivo	Rafforzare la collaborazione fra Medici Ospedalieri e Medici del Territorio anche al fine di ridurre al minimo segnalazioni ed esposti che portino a procedimenti disciplinari
Materiali e Metodi	<i>Fare chiarezza e favorire la conoscenza sui doveri Deontologici, Legislativi e Giuridici dei sanitari coinvolti nella gestione congiunta del paziente, previsti dalle normative vigenti, al fine di evitare inutili rimandi, perdite di tempo, incomprensioni e conflitti tra colleghi e tra medico e paziente, con conseguenti disagi per tutti gli attori interessati. Il fine ultimo resta, per il medico, quello della tutela della sfera psico-fisica del Paziente.</i>

## COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL MOLISE

CERTIFICAZIONI TELEMATICHE DI MALATTIA AI FINI LAVORATIVI	
Norma	Riferimenti legislativi
<p>In caso di infermità comportante incapacità lavorativa, il medico curante trasmette il certificato di malattia per via telematica all'INPS attraverso i canali come sotto riportato; lo stesso deve essere trasmesso anche dai Medici del SSN operanti nelle aziende ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e nei policlinici universitari.</p> <p>L'invio del certificato telematico è possibile attraverso i seguenti canali: il Sistema Tessera Sanitaria, il portale SISS, gli applicativi di Studio del MMG abilitati, le applicazioni per smartphone dedicate, oppure tramite PEC all'indirizzo della Struttura territoriale Inps competente nell'impossibilità di invio telematico.</p> <p>Le Direzioni Sanitarie appronteranno gli strumenti più agili allo scopo e istruiranno i medici all'invio dei certificati con almeno due modalità</p> <p>Si ricorda che, anche per i lavoratori dipendenti del settore pubblico (con la sola esclusione del personale delle Forze armate, dei Corpi armati dello Stato e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco) la certificazione di malattia va inviata in via telematica all'INPS con le stesse modalità in uso per i lavoratori del settore privato.</p> <p>Se l'assenza per malattia del lavoratore alle dipendenze della Pubblica Amministrazione supera i dieci giorni e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare, questa deve essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il SSN.</p>	<p><a href="#"><u>Artt. 24 Codice di Deontologia Medica</u></a></p> <p><a href="https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/">https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/</a></p> <p>Ciò è stato reso possibile a partire dal 1/7/2007 grazie alla messa a disposizione da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze del collegamento in rete di tutti i Medici del SSN per la trasmissione dei dati delle ricette al Ministero e delle certificazioni di malattia all'INPS, secondo le regole tecniche del Sistema pubblico di connettività (Legge finanziaria per il 2007 - L. 296/2006 art. 1 co. 810 e D.Lgs. 269/2003 art. 50).</p> <p>L'art. 7 del D.L. 18/10/2012, n. 179, convertito con modificazioni con Legge n. 221/2012, "Trasmissione telematica delle certificazioni di malattia nel settore pubblico", indica le categorie di dipendenti pubblici escluse dall'applicazione della normativa sulla trasmissione telematica delle certificazioni di malattia.</p> <p>L'art. 55-septies del D.Lgs. 165/2001, introdotto dall'art. 69 del D.Lgs. 27/10/2009, n. 150, a tal fine stabilisce che <i>"1.Nell'ipotesi di assenza per malattia protratta per un periodo superiore a dieci giorni, e, in ogni caso, dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare l'assenza viene giustificata solo mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. I controlli sulla validità delle suddette certificazioni restano in capo alle singole amministrazioni pubbliche interessate.2. In tutti i casi di assenza per malattia la certificazione medica è inviata per via telematica, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria che la rilascia, all'Istituto nazionale della previdenza sociale, secondo le modalità stabilite per la trasmissione telematica dei certificati medici nel settore privato dalla normativa vigente [...]. Il medico o la struttura sanitaria invia telematicamente la medesima certificazione all'indirizzo di posta elettronica personale del lavoratore qualora il medesimo ne faccia richiesta fornendo un valido indirizzo"</i>.</p>

<p><i>Ciascun Professionista, sia esso Medico convenzionato con il SSN, Medico dipendente del SSN o Medico libero professionista, nel rispettivo ambito di competenza, deve provvedere al rilascio al paziente della certificazione di malattia per via telematica secondo quanto previsto dalla normativa in vigore.</i></p> <p>Si ricorda che, in limitati casi residuali (oltre quelli precedentemente menzionati relativi a particolari categorie di dipendenti pubblici) è ancora possibile che al paziente venga rilasciata la certificazione di malattia in forma cartacea al posto della trasmissione telematica e ciò a seguito di malfunzionamento del sistema TS o di accesso alla rete internet; nel certificato cartaceo devono essere segnalati i dati anagrafici e il codice fiscale del lavoratore, la diagnosi in chiaro, la data di dichiarato inizio malattia, la data di rilascio del certificato, la data di presunta fine malattia, se si tratta di inizio, continuazione o ricaduta, visita ambulatoriale o domiciliare, residenza o domicilio abituale e domicilio di reperibilità durante la malattia.</p> <p>Il certificato cartaceo va rilasciato al paziente in duplice copia, una da trasmettere all'INPS da parte del lavoratore con le modalità previste e una copia, priva di diagnosi (attestato di malattia), da consegnare al datore di lavoro.</p> <p>Vale la pena di ricordare, inoltre, che, a partire dal 22/03/2016, tutti i Medici (compresi i MMG) che prestino la prima assistenza ad un lavoratore infortunato o affetto da malattia professionale, hanno l'obbligo di trasmettere per via telematica all'INAIL il certificato medico. Permane, inoltre, anche in capo al MMG, l'obbligo di trasmissione del certificato di continuazione e di chiusura dell'infortunio.</p> <p>Nel caso in cui, a causa di problemi tecnici organizzativi o altre cause oggettive, non sia possibile la trasmissione <i>on line</i>, il medico deve provvedere all'invio del certificato via PEC alla sede Inail competente in base al domicilio del lavoratore e rilasciare il certificato all'assistito che deve poi inoltrarlo al datore di lavoro.</p> <p>Infine, con decorrenza 1 gennaio 2019, nessun compenso può essere richiesto agli assistiti per il rilascio dei certificati medici di infortunio o malattia professionale.</p>	<p>E ancora, "4. L'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica della certificazione medica concernente assenze di lavoratori per malattia di cui al comma 2 costituisce illecito disciplinare e, in caso di reiterazione, comporta l'applicazione della sanzione del licenziamento ovvero, per i medici in rapporto convenzionale con le aziende sanitarie locali, della decadenza dalla convenzione, in modo inderogabile dai contratti o accordi collettivi".</p> <p>Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha chiarito che "il nuovo regime di trasmissione telematica dei certificati riguarda i medici e gli odontoiatri dipendenti del SSN, i medici convenzionati con il SSN (specialisti, MMG e pediatri di libera scelta), nonché i medici e gli odontoiatri liberi professionisti" (rif. Circolare n. 2 del 28/09/2010 del Dip. Fun. Pub.).</p> <p>Con successiva circolare il Dipartimento ha fornito indicazioni relativamente alle sanzioni previste per l'inosservanza degli obblighi di trasmissione per via telematica dei certificati chiarendo che: "affinché si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa. Quest'ultimo, in particolare, è escluso nei casi di malfunzionamento del sistema generale, guasti o malfunzionamenti del sistema utilizzato dal medico, situazioni che debbono essere considerate dalle aziende sanitarie e dalle altre strutture interessate ai dinanzi dell'esercizio dell'azione disciplinare" (rif. Circolare n. 1 del 23/02/2011).</p> <p>L'art. 53 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, come modificato dall'art. 21 del D.Lgs 151/2015, prevede: "Qualunque medico presti la prima assistenza a un lavoratore infortunato sul lavoro o affetto da malattia professionale è obbligato a rilasciare certificato ai fini degli obblighi di denuncia di cui al presente articolo e a trasmetterlo esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore. Ogni certificato di infortunio sul lavoro o di malattia professionale deve essere trasmesso esclusivamente per via telematica all'Istituto assicuratore, direttamente dal medico o dalla struttura sanitaria competente al rilascio, contestualmente alla sua compilazione".</p> <p>Art. 1 comma 530 Legge di Bilancio 2019 (L. n. 145 del 30/12/2018)</p>
--	---

## COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL MOLISE

### CORRETTA COMPILAZIONE RICETTA SSN – QUESITO DIAGNOSTICO ED ESENZIONE

Norma	Riferimenti legislativi
<p>Tutte le prestazioni richieste dovranno essere comprese nel nomenclatore tariffario e autorizzate in quel momento da Regione Molise.</p> <p>Le strutture erogatrici al fine di facilitare compito del prescrittore specialista che non abbia a disposizione una applicazione dedicata fornisce una lista delle prestazioni di branca con i relativi codici</p> <p>Tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale, di diagnostica radiologica, di analisi cliniche e di ricovero ospedaliero dovranno contenere l'indicazione del quesito diagnostico prevalente che ne motiva la richiesta. Le strutture sanitarie non sono tenute ad accettare le prescrizioni prive di quesito diagnostico perché non riconosciute a carico del Servizio Sanitario Regionale. Spetta al prescrittore, sia esso MMG, PLS, o medico specialista, indicare sulla ricetta la diagnosi/quesito che motiva l'erogazione di una prestazione sanitaria.</p> <p>Il Medico prescrittore deve aver cura di compilare, altresì, gli spazi relativi all'Area Esenzione e alle classi di priorità: Programmata, Differita, Breve, Urgente.</p> <p>Giova ricordare che, nel caso di "esenzione parziale", che si verifica quando soltanto alcune delle prestazioni da erogare siano esenti, il Medico prescrittore redige due diverse impegnative di cui una per le prestazioni esenti (con compilazione dell'apposita area esenzione) ed una per le prestazioni non esenti sulla quale dovrà essere barrata la lettera N (non esente) e la relativa classe di priorità: (P)Programmata, (D)Differita, (B)Breve, (U)Urgente.</p> <p>E' di particolare importanza prestare la massima attenzione nella compilazione delle ricette, assicurandosi di aver apposto il timbro e la firma sulla ricetta cartacea, per evitare la mancata accettazione della stessa da parte della struttura sanitaria e l'increscioso "ritorno" del paziente al Medico prescrittore per una nuova compilazione con conseguenti lungaggini nei tempi di esecuzione delle prestazioni richieste (e</p>	<p><a href="#"><u>Artt. 23, 58, 59 e 60 Codice di Deontologia Medica</u></a></p> <p><a href="https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/"><u>https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/</u></a></p> <p>Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021 rimarca l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico e, per le prestazioni in primo accesso, la classe di priorità. Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso o prestazione successiva (come i controlli). Lo stesso PNGLA stabilisce che i controlli devono essere prescritti dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione e a tal fine le Aziende devono prevedere idonee modalità per consentire la prenotazione da parte del medico specialista della struttura.</p> <p>Disciplinare tecnico della ricetta SSN e SASN allegato al DM 17 marzo 2008.</p>

<p>malcontento del paziente) e ulteriore sovraccarico di incombenze in capo al Medico Prescrittore.</p> <p>E' infine utile ricordare che La prescrizione delle prestazioni sanitarie con onere a carico del Servizio sanitario nazionale presso strutture a gestione diretta o accreditate è effettuata esclusivamente mediante l'impiego di ricettari del SSN. Ne consegue che il Medico specialista che opera in regime libero professionale non può prescrivere prestazioni specialistiche o farmaci su ricettario del SSN; pertanto, tali prestazioni dovranno essere prescritte, se d'accordo, dal MMG/PLS.</p>	
--	--

## COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL MOLISE

### RINNOVI PIANI TERAPEUTICI SU FARMACI DI CUI ALLE NOTE AIFA 97/99/100

Norma	Riferimenti legislativi
<p>Il rinnovo, così come anche la prima prescrizione, dei piani terapeutici sui farmaci di cui alla nota AIFA 97 (anticoagulanti orali AVK e NAD/DOAC nei pazienti con Fibrillazione Atriale Non Valvolare (FANV), alla nota AIFA 99 (farmaci inalatori indicati nella terapia di mantenimento della BPCO) e alla nota AIFA 100 (farmaci inibitori del SGLT2, agonisti recettoriali del GLP1, inibitori del DPP4 e loro associazioni nel trattamento del diabete mellito tipo 2) è di competenza sia del Medico Specialista sia del Medico di Medicina Generale</p> <p>E' chiaro ed, anzi, auspicabile che per qualsiasi dubbio/incertezza il MMG può/deve consultare lo specialista o prescrivere gli accertamenti o le visite strumentali ritenuti opportuni ma non può prescrivere una visita specialistica unicamente per "rinnovo del piano terapeutico" potendo, invece, provvedere a ciò egli stesso.</p> <p>Analogamente, il Medico specialista è tenuto ad emettere o rinnovare il piano terapeutico nel corso della visita medica.</p> <p>Si richiama, inoltre, l'attenzione sui seguenti casi:</p> <p>i) <b><u>Dimissioni del Paziente</u></b> al quale è stato prescritto un farmaco che necessita, per la prescrivibilità, di un piano terapeutico è necessario che al paziente venga rilasciato, contestualmente alle dimissioni, il relativo piano terapeutico del farmaco;</p> <p>ii) <b><u>Visita di Medicina Generale/Specialistica</u></b> al termine di ogni visita, ove ritenuto necessario, il Medico rilascia il piano terapeutico per quanto di Sua competenza.</p> <p>Pur nella consapevolezza dell'esistenza di alcune criticità legate, in taluni casi, all'eccessivo carico di incombenze burocratiche, in altri, a rallentamenti o blocchi del sistema di connettività, si raccomanda a tutti i Medici convenzionati, alle aziende sanitarie, alle Direzioni Sanitarie e alle altre strutture interessate a cooperare al fine del superamento di dette criticità per un più efficiente ed uniforme funzionamento dell'intero sistema sanitario</p>	<p><a href="#">Artt. 23, 58, 59 e 60 Codice di Deontologia Medica</a></p> <p><a href="https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/">https://www.ordinedeimedici.cb.it/professione/codice-deontologico/codice-deontologico/</a></p> <p>Note AIFA 97/99/100</p> <p><a href="https://www.aifa.gov.it/nota-97">https://www.aifa.gov.it/nota-97</a></p> <p><a href="https://www.aifa.gov.it/nota-99">https://www.aifa.gov.it/nota-99</a></p> <p><a href="https://www.aifa.gov.it/nota-100">https://www.aifa.gov.it/nota-100</a></p>

## COORDINAMENTO REGIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL MOLISE

Il presente documento, senza pretesa di completezza nella trattazione di argomenti così vasti e complessi, vuole essere uno strumento, di agile consultazione per i soggetti interessati, che fornisca indicazioni operative per la gestione di alcune situazioni di riscontrata criticità.

Le Direzioni Generali e Sanitarie ASReM si impegnano a darne massima diffusione a tutti i Professionisti operanti nei rispettivi ambiti.

Tutti i soggetti partecipanti alla stesura del documento si impegnano a condividere tempestivamente eventuali modifiche della normativa di riferimento per consentire l'aggiornamento del documento.

*Edizione 01 - Marzo 2024*