



Cuneo - Piazza Duccio Galimberti

In questo numero:

Rinnovata la Convenzione: ecco le novità	pag. 2
Soldi, soldini, soldoni	“ 3
La nuova “busta” del MdF: alcuni esempi	“ 5
Esenzioni per patologia: meno burocrazia?	“ 6
Comitato Aziendale, una grande opportunità	“ 8
Mailing-list CuneoFimmg: istruzioni per l'uso	“ 9

Per gli iscritti:

inserto redazionale

Convenzione, che c'è di nuovo?

E' stata definita da Mario Falconi "la migliore convenzione degli ultimi decenni che dà una accelerazione notevole nel fornire medici all'altezza dei compiti riservati loro dal SSN ridisegnato; convenzione che darà più assistenza ai cittadini, perché di fatto premia di più chi investe nella professione".

"Accordo decisivo in riferimento all'applicazione della riforma-ter del SSN", è stato scritto su IL SOLE 24 ore.

Il governo si è impegnato, per **l'entrata in vigore dell'Accordo**, ad attivare un iter accelerato che dovrebbe saltare il parere del Consiglio di Stato: verifica delle disponibilità da parte della Corte dei Conti e quindi immediata pubblicazione.

Sono stati introdotti dei limiti per assicurare che chi siede al tavolo delle trattative abbia davvero una **rappresentatività sindacale** ai diversi livelli: si è fissata una soglia minima del 5% di medici sindacalizzati per partecipare alle trattative nazionali e via via i criteri per la rappresentatività, e quindi la possibilità di partecipare alle trattative, a livello regionale e aziendale.

Viene confermata e ribadita la possibilità per il medico di esercitare la **libera professione**: nessuna limitazione per le prestazioni occasionali; viene introdotta una franchigia fino a 5 ore di libera professione strutturata e fino a tale limite non sono previste limitazioni di massimale.

Per quanto riguarda **l'accesso alla Convenzione** viene ribadito il valore dell'attestato di formazione specifica in Medicina gene-

rale con un significativo aumento della relativa riserva d'assegnazione con una percentuale variabile dal 60% al 80% (motivo di rottura con Fp-Cgil Medici e Federazione medici).

E' stato rivoluzionato il **Comitato Consultivo** (ora Comitato Aziendale) sia nelle sue funzioni e sia per il meccanismo della nomina dei rappresentanti di parte medica. A questo proposito in questo numero potete leggere un articolo di analisi.

Si è voluta dare una diversa importanza alle diverse **fasce di età degli assistiti** incentivando, anche economicamente, il medico di famiglia ad affrontare i maggiori carichi di lavoro che derivano da anziani ultra 75enni e da bambini tra i 6 e i 14 anni, rimanendo ferma, per quanto riguarda **l'età pediatrica**, la possibilità di optare liberamente tra medico di famiglia e pediatra per i ragazzi di età compresa tra i 6 e i 14 anni.

E' prevista la partecipazione del medico di famiglia alla **programmazione e gestione dell'assistenza territoriale distrettuale**. Il **massimale** resta fermo a 1.500 scelte. Si è accettato un **abbassamento da 1.800 a 1.500** scelte (più 5% di deroga) per i pochi medici che usufruivano di tale deroga e tale rientro avverrà "fisiologicamente" con il blocco di nuove scelte. Per questi colleghi è previsto un indennizzo annuale per mancato guadagno per ogni scelta persa (non per ricasazione) per quattro anni.

Sono riconosciute le diverse forme di: **Medicina in associazione** alla quale possono anche fare parte Pediatri di libera scelta e

medici di continuità assistenziale (coordinamento di apertura tra diversi studi medici), **Medicina in rete** (oltre al coordinamento, deve essere presente una rete telematica di collegamento) e **Medicina di gruppo** (deve esserci una unica sede dei medici, oltre ai requisiti precedenti) e vengono previste incentivazioni economiche decisamente più significative rispetto agli accordi regionali vigenti.

Inoltre sono previsti investimenti per una migliore organizzazione del lavoro nell'attività dello studio **sistemi informatici, personale di segreteria ed infermieristico**).

La **Guardia medica** sarà attivata dalle 10.00 del giorno prefestivo alle 8.00 del giorno post-festivo (tale fascia oraria era stata stabilita a livello regionale). L'incarico di G.M. fino a 24 ore settimanali è compatibile con 500 assistiti e fino a 12 ore con un carico di assistiti da 500 a 650.

Per quanto riguarda il trattamento economico e la strutture del compenso si rimanda all'articolo "*Soldi, soldini, soldoni*".

Per quanto riguarda il **pensionamento anticipato di colleghi oltre i 65 anni** è stata attivata un'apposita commissione per individuare i modi del collocamento a riposo: nessun onere nuovo a nostro carico per la pensione anticipata.

Soldi, soldini... soldoni di Gianpaolo Bono

904 miliardi di lire. Questo è il costo globale della nuova convenzione firmata pochi giorni fa e che si riferisce al periodo 1.1.1998 / 31.12.2000.

Il trattamento economico è sicuramente l'aspetto che più tangibilmente ci riguarda e per questo cerchiamo di illustrarlo, fornendo anche, per quanto è possibile viste le molte e diverse situazioni personali, alcune tabelle di esemplificazione delle nuove "buste" che ci saranno corrisposte.

Esso continua ad essere articolato in una quota fissa capitaria ed in una quota variabile.

La quota fissa comprende l'onorario professionale, il compenso aggiuntivo ed il concorso spese.

La quota variabile è invece distinta in una quota finalizzata al raggiungimento di obiettivi (quali associazionismo, piena disponibilità, collaborazione informatica, segretaria e infermiera) e in un'altra quota relativa, tra l'altro, ad ADI, ADP, assistenza in RSA e RAF, prestazioni aggiuntive, ecc.

QUOTA FISSA

- **ONORARIO PROFESSIONALE**, compenso forfettario annuo per ciascun assistito, che **congloba anche la precedente indennità forfettaria di copertura del rischio e di avviamento professionale** ed a cui sono state aggiunte alcuni importi per "nuovi" compiti, assistenza ad anziani e bambini, così determinato

ANZIANITA' di LAUREA	01.09.1997	01.01.1999	01.01.2000
0 - 6 anni	30.757	44.795	45.422
Oltre 6 fino a 13	33.731	47.837	48.507
Oltre 13 fino a 20	36.831	51.009	51.723
Oltre 20 anni	39.929	54.178	54.937
Oltre 27 anni	41.997	56.293	57.082

A partire dal 01.01.2000:

- In considerazione dei compiti di cui all'art. 31 comma 3 (adesione alle sperimentazioni delle équipes territoriali, sviluppo e diffusione della cultura sanitaria,, obbligo di effettuazione delle vaccinazioni antinfluenzali, adesione ai programmi di attività e agli obiettivi,) è corrisposto a tutti un compenso capitaro annuo per assistito di £. **2.800**
- Per l'assistito che ha compiuto il 75° anno di età ulteriori £ **30.000** annue
- Per i minori di età inferiore a 14 anni ulteriori £. **35.000** annue, ma soltanto per le scelte effettuate dopo la pubblicazione della Convenzione

• **COMPENSO AGGIUNTIVO**

Non è indicata in Convenzione l'importo di tale voce e questo complica un po' i calcoli in quanto è troppo difficile essere precisi nelle tabelle di esempio che seguono perché per il calcolo bisogna ritornare al DPR 315/90 il quale faceva riferimento ad un DPR precedente. Ognuno di noi può però personalizzare la tabella sostituendo alla voce riportata la cifra così calcolata: **l'importo corrisposto il 31.12.97** (e che viene tuttora percepito da ciascuno di noi) è incrementato del **2.3%** dal 01.01.1999 e dal 01.01.2000 tale nuovo importo è ulteriormente rivalutato dell'**1.4%**.

- **CONCORSO NELLE SPESE PER L'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DEL SERVIZIO** (compenso forfettario annuo per ciascun assistito).

	01.09.1997	01.01.1999	01.01.2000
Primi 500 assistiti	16.118	20.166	20.448
Da 501 a massimale	12.635	12.926	13.107

QUOTA VARIABILE

- **INDENNITA' DI PIENA DISPONIBILITA'** (compenso forfettario annuo per ciascun assistito).

ANZIANITA' di LAUREA	01.09.1997		01.01.1999		01.01.2000	
	Fino 500	> 500	Fino 500	> 500	Fino 500	> 500
0 – 6 anni	3.652	3.378	3.735	3.455	3.787	3.503
Oltre 6 fino a 13	3.884	3.610	3.973	3.693	4.028	3.744
Oltre 13 fino a 20	4.125	3.850	4.219	3.938	4.278	3.993
Oltre 20 anni	4.364	4.090	4.464	4.184	4.526	4.242
Oltre 27 anni	4.597	4.308	4.702	4.407	4.767	4.468

- **MEDICINA IN ASSOCIAZIONE:** a decorrere dal 01.01.2000, il compenso stabilito dalla Convenzione è di £. **5.000** annue per assistito.
- **MEDICINA IN RETE (tra associati):** a decorrere dal 01.01.2000, il compenso stabilito dalla Convenzione è di £. **7.000** annue per assistito.
- **MEDICINA DI GRUPPO:** a decorrere dal 01.01.2000, il compenso stabilito dalla Convenzione è di £. **9.000** annue per assistito. A chi già percepiva le quote per la medicina di gruppo è corrisposta, sulla maggiorazione per la medicina di gruppo, un incremento del **2,3%** per tutto il 1999.
- **INDENNITA' DI COLLABORAZIONE INFORMATICA:** per la gestione della scheda individuale e la stampa delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste specialistiche viene stabilita, a partire dalla data di pubblicazione dell'Accordo, un'indennità forfettaria mensile di £. **150.000**. Dal 01.01.99 al 31.12.99 £. **102.300**, dal 01.01.2000 alla pubblicazione £. **103.750**.
- **INDENNITA' DI COLLABORATORE DI STUDIO:** con decorrenza 01.01.2000 è di £. **5.000 annue** per assistito per collaboratore assunto con contratto dei dipendenti degli studi professionali, categoria IV e/o fornito da società, cooperative e associazioni di servizio.
- **INDENNITA' DI PERSONALE INFERMIERISTICO:** £. **6.000 annue** per assistito per infermiere professionale assunto secondo il relativo contratto nazionale, fornito da società, cooperative o associazioni di servizio.

ESEMPI di calcolo, con confronto (alla prima colonna) con quanto attualmente percepito e con le riserve precedentemente espresse relativamente alla voce "compenso aggiuntivo". Le varie indennità elencate dopo il totale vanno calcolate se e in quanto spettanti a seconda delle situazioni individuali. Andranno inoltre aggiunte le quote maggiorate di 35.000 annue per i ragazzi tra 6 e 14 anni che ci sceglieranno dopo la pubblicazione della Convenzione.

Gli iscritti alla FIMMG che vogliono conoscere con buona precisione la loro futura "busta" possono telefonare alla sig.ra Cristina (0171.69.04.19) comunicando i seguenti dati individuali:

1) l'anzianità di laurea, **2)** il numero di assistiti, **3)** il numero di ultra75enni, **4)** il numero di ragazzi 6-14 anni conseguiti dopo la pubblicazione della convenzione, **5)** il compenso aggiuntivo percepito a gennaio 2000, **6)** il tipo di associazione costituita (semplice, informatizzata, di gruppo), **7)** l'utilizzo del computer, **8)** la presenza in studio di segretaria, **9)** l'utilizzo di personale infermieristico.

LORDO MENSILE con anzianità di laurea tra 6 e 13 anni e 1.000 assistiti

	Dal 01.09.1997	Dal 01.01.2000	Con 100 ultra75enni
Onorario professionale	2.810.917	4.275.583	4.525.583
Indennità per piena disponibilità	311.949	344.625	323.833
Concorso spese	1.196.989	1.398.125	1.398.125
Compenso aggiuntivo	1.088.000	1.235.961	1.235.961
Indennità di rischio (abolita)	1.234.622	-	-
TOTALE LORDO	6.642.477	7.254.294	7.483.502
Medicina in associazione	416.666	416.666	416.666
Medicina in rete	166.667	583.333	583.333
Indennità informatica	-	150.000	150.000
Gestione schede (abolita)	50.000	-	-
Stampa su ricettario SSN (abolita)	50.000	-	-
Indennità per infermiere		500.000	500.000
Indennità per collaboratore studio		416.666	416.666

LORDO MENSILE con anzianità di laurea tra 13 e 20 anni e 1.000 assistiti

	Dal 01.09.1997	Dal 01.01.2000	Con 100 ultra75enni
Onorario professionale	3.069.250	4.543.583	4.793.583
Indennità per piena disponibilità	331.971	344.625	344.625
Concorso spese	1.196.989	1.398.125	1.398.125
Compenso aggiuntivo	863.000	1.235.961	1.235.961
Indennità di rischio (abolita)	1.234.622	-	-
TOTALE LORDO	6.695.832	7.522.294	7.772.294
Medicina in associazione	416.666	416.666	416.666
Medicina in rete	166.667	583.333	583.333
Indennità informatica	-	150.000	150.000
Gestione schede (abolita)	50.000	-	-
Stampa su ricettario SSN (abolita)	50.000	-	-
Indennità per infermiere		500.000	500.000
Indennità per collaboratore studio		416.666	416.666

LORDO MENSILE con più di 20 anni di anzianità di laurea, 1.500 assistiti

	Dal 01.09.1997	Dal 01.01.2000	Con 100 ultra75enni
Onorario professionale	4.991.125	7.217.124	7.592.124
Indennità per piena disponibilità	522.326	542.083	542.083
Concorso spese	1.723.447	1.944.250	1.944.250
Compenso aggiuntivo	1.275.750	1.338.422	1.338.422
Indennità di rischio (abolita)	1.777.581	-	-
TOTALE LORDO	10.290.229	11.041.879	11.416.879
Medicina in associazione	625.000	624.999	624.999
Medicina in rete	250.000	874.999	874.999
Indennità informatica	-	150.000	150.000
Gestione schede (abolita)	75.000	-	-
Stampa su ricettario SSN (abolita)	75.000	-	-
Indennità per infermiere		750.000	750.000
Indennità per collaboratore studio		624.999	624.999

Esenzioni ticket per patologia, un futuro un po' meno burocratico?

Il nostro Segretario generale nazionale ha inviato in data 28 gennaio 2000 la seguente comunicazione che ci pare doveroso rendere nota a tutti, a testimonianza di quanto viene operato e delle difficoltà che si incontrano.

Ai membri della Segreteria nazionale

Ai Segretari provinciali

Ai segretari regionali

Ai Segretari nazionali dei comparti e settori

Carissimi,

vi inviamo in allegato il testo dell'accordo firmato il 18 gennaio 2000 con la Direzione generale del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità e con l'Assessore Iles Braghetto in veste di Coordinatore Interregionale dell'area sanità e servizi sociali. Come potrete constatare, non si tratta certamente di una soluzione per tutti i problemi della burocrazia, ma di sicuro, oltre ad alcune irrinunciabili semplificazioni operative per noi, comporta il raggiungimento di alcuni importanti traguardi che voglio evidanziarvi:

- 1) per la prima volta siamo riusciti ad ottenere un tavolo unico nazionale cui sono seduti il Ministero, le Regioni e I medici di famiglia per discutere un problema di gestione concreta dell'assistenza nel momento della formulazione degli indirizzi applicativi; inoltre Ministero e Regioni si sono impegnate a concordare con noi cosa si deve intendere per "prestazioni appropriate" nelle patologie esenti tipo tossicodipendenze (014), patologie neoplasie maligne (cod.048) e soggetti affetti da pluripatologie (049) e come si deve procedere per le prestazioni (in realtà pochissime) previste in esenzione una sola volta all'anno (si ipotizza un'autocertificazione del paziente)
- 2) abbiamo ottenuto in tutta Italia di un attestato di esenzione contenente, oltre ai dati identificativi dell'assistito ed al codice della patologia, l'elenco delle prestazioni che possono essere esentate dal pagamento del ticket, elimina ogni tipo di conflittualità con il paziente ed evita al medico di doversi portare sempre dietro (o studiare a memoria) la Gazzetta Ufficiale; il compito del medico si riduce a dover riportare sulla ricetta contenete tali prestazioni le tre cifre del codice; Il riferimento alla privacy significa sostanzialmente che il documento deve essere piegato in modo che il codice sia "mostrabile" indipendentemente dalle prestazioni relative;
- 3) abbiamo ottenuto l'impegno del Ministero e delle Regioni (punto 6) a fare un'unica codifica che comprenda tutti i tipi di esenzione esistenti; ciò significa che a traguardo raggiunto non avremo più il problema di studiare i diversi tipi di esenzione e non dovremo più scegliere la combinazione di lettere e crocette da indicare sulle ricette, ma dovremo semplicemente riportare le tre cifre (uguali su tutto il territorio nazionale) anche per le esenzioni per invalidità o altro.
- 4) abbiamo ottenuto (punto 4) l'impegno di Ministero e Regioni a ad attivare un gruppo di lavoro per sperimentare lo spostamento del carico burocratico relativo all'attestazione dell'esenzione sulle ricette dal medico prescrittore al soggetto erogatore della prestazione; in altre parole il medico dovrebbe semplicemente prescrivere le prestazioni necessarie senza distinguere quelle esenti da quelle non esenti, lasciando poi allo sportellista del centro prenotazioni dell'ASL o della struttura accreditata il compito di distinguerle e classificarle fra le esenzioni che il paziente è in grado di attestare; altre ipotesi di semplificazione saranno studiate a quel tavolo, per cui sono graditi suggerimenti (per favore scritti);

In cambio di quanto sopra abbiamo dovuto concedere:

- 1) Che in attesa che le sperimentazioni abbiano verificato la praticabilità delle semplificazioni burocratiche i medici continuino a riportare le tre cifre dell'esenzione sulla ricetta, anche per i farmaci in multiprescrizione.
- 2) di promuovere la collaborazione dei medici nel selezionare la documentazione che il paziente deve mostrare all'ASL per ottenere l'esenzione, specialmente se già riporta la diagnosi della patologia;
- 3) di favorire, per alcune patologie di grande diffusione, (in particolare per la malattia ipertensiva) una certificazione del medico di famiglia dei criteri diagnostici necessari alla formulazione della diagnosi "amministrativa" anche attraverso appositi moduli o procedure che potrete concordare a livello regionale.

Naturalmente nessuno è obbligato a fare quanto previsto ai precedenti punti 2) e 3), in quanto ci siamo impegnati unicamente a promuovere tale comportamento (non era quella la sede legittima in cui fare accordi vincolanti per i medici, gratuiti od onerosi che siano), ma la serietà e credibilità del nostro Sindacato non deve essere tradita.

Sicuramente passerà ancora del tempo prima che gli effetti di questo accordo possano essere concretamente percepiti in periferia, anche perché molte Regioni e ASL hanno ritenuto di assolvere il dovere di informazione ai medici

semplicemente distribuendo fotocopie della G.U., diffondendo così preoccupazioni e confusione invece che reale informazione.

Il Decreto è sicuramente complesso e contiene numerosi difetti, ma il carico di lavoro prevalente è a carico delle amministrazioni e non dei medici. Questi alla fine non dovranno fare più di ciò che già facevano prima con le precedenti esenzioni. In particolare in nessuna norma o circolare è previsto che i medici di famiglia siano tenuti a richiedere visite specialistiche o accertamenti ai fini dell'accertamento della patologia da esentare. E' in preparazione una circolare dettagliata sul Decreto per anticipare alcune soluzioni che poi saranno precisate nella circolare Ministeriale.

Intanto è opportuno chiarire un aspetto che ha sollevato diverse perplessità: la multiprescrizione dei farmaci.

A tal proposito chiariamo che con questo Decreto è riconosciuta ampia discrezionalità al medico di famiglia nel definire i farmaci prescrivibili in multiprescrizione, rispettando criteri professionali di "efficacia ed appropriatezza", in relazione alla patologia di cui il paziente possiede l'attestato di esenzione. Possono essere ammessi alla pluriprescrizione (massimo 6 pezzi per ricetta) sia i farmaci di fascia A che quelli di fascia B. Ciò comporta il vantaggio di non dover fare riferimento a vincolanti elenchi di farmaci consentiti (ulteriore carico burocratico e riferimento per le contestazioni).

Speriamo che "i soliti furbi" non abusino di questa discrezionalità che giustificherebbe un intervento normativo restrittivo da parte del Ministero. E questo è il testo dell'accordo:

"Dipartimento della programmazione.

Accordo tra il Ministero della sanità, il Coordinamento delle regioni e delle Province autonome, la Federazione dei Medici di medicina generale (Fimmg) e la Federazione dei Pediatri di libera scelta (Fimp) Il Ministero della sanità, le Regioni e le Province autonome, la Federazione dei Medici di medicina generale (Fimmg) e la Federazione dei Pediatri di libera scelta (Fimp), considerata l'esigenza di garantire la più ampia tutela ai cittadini nei termini e con le modalità previste dal decreto ministeriale n. 329/99 evitando ogni disagio agli assistiti; esaminate le problematiche in ordine all'applicazione del decreto; considerato il ruolo strategico dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS); valutata l'esigenza di promuovere la massima collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti e di semplificare le procedure, convengono quanto segue:

- 1. le Regioni e le Province autonome si impegnano a promuovere attività di informazione rivolte a tutti gli operatori coinvolti nell'applicazione del D.M. 329/99, con particolare riferimento ai medici e ai pediatri di famiglia ed agli specialisti del Ssn;*
- 2. le Regioni e le Province autonome si impegnano a riportare nell'attestato di esenzione, oltre al codice di esenzione delle patologie, l'elenco delle prestazioni esenti. L'attestato dovrà comunque essere predisposto in modo da garantire il rispetto della privacy del cittadino;*
- 3. al fine di evitare disagi ai cittadini e inutili ripetizioni di accertamenti, nella fase di verifica delle esenzioni riconosciute ai sensi della normativa previgente (soprattutto con riguardo alla malattia ipertensiva), la Fimmg e la Fimp si impegnano a promuovere presso i MMG e i PLS, comportamenti volti a: a) supportare gli assistiti nella valutazione della documentazione clinica in loro possesso utile ai fini del riconoscimento della condizione che dà diritto all'esenzione; b) comunicare tali valutazioni alle aziende sanitarie locali che ne prevedono l'utilizzo, anche mediante un'apposita modulistica e con modalità concordate a livello regionale, in particolare per le patologie a maggior rilievo sociale;*
- 4. il Ministero, le regioni e le Province autonome, la Fimmg e la Fimp si impegnano ad attivare un gruppo tecnico ristretto volto a realizzare, previa definizione di uno studio di fattibilità, la sperimentazione di procedure semplificate, compatibili con le esigenze informative e di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e della spesa, che prevedano il coinvolgimento anche degli operatori nella segnalazione delle esenzioni;*
- 5. in attesa della attivazione di forme semplificate per la annotazione del diritto alla esenzione, i medici e i pediatri di famiglia provvedono ad annotare sulle prescrizioni esenti le prime tre cifre del codice di esenzione e ad applicare tale modalità anche alle prescrizioni farmaceutiche;*
- 6. le Regioni e le Province autonome ed il Ministero della sanità si impegnano a pervenire ad una codifica uniforme delle condizioni di invalidità di cui all'art. 6, del D.M. 12/91 e dell'art. 5, comma 6 del D.Lgs. 124/98;*
- 7. il Ministero, le regioni e le Province autonome, la Fimmg e la Fimp si impegnano ad attivare un gruppo tecnico ristretto con il compito di analizzare gli strumenti di valutazione delle capacità funzionali utilizzabili ai fini del riconoscimento della condizione che comporta il diritto alla esenzione di cui al codice 049, nonché di individuare metodiche omogenee sul territorio nazionale;*
- 8. il Ministero, le regioni e le Province autonome, la Fimmg e la Fimp si impegnano a valutare congiuntamente ogni ulteriore aspetto applicativo del decreto, con particolare attenzione alle condizioni previste ai codici 014, 048, 049 ed ai casi in cui è prevista l'erogazione della prestazione in esenzione una sola volta nell'anno solare. Il Ministero della sanità si impegna a recepire i contenuti del presente accordo nella circolare esplicativa in via di predisposizione.*

Il Dirigente generale - Direttore del dipartimento della programmazione (Prof.ssa Nerina Dirindin)

Il Coordinatore Interregionale dell'area sanità e servizi sociali (Assessore Iles Braghetto)

Il Segretario nazionale della federazione italiana dei medici di medicina generale (Dr. Mario Falconi)

Il Segretario nazionale della federazione italiana dei pediatri di libera scelta. (Prof. Sandro Angeloni)

Il Comitato Aziendale una grande occasione

di **Salvio Sigismondi**

Come è ormai noto a tutti quanti è stata finalmente siglata la nuova convenzione che regolerà i nostri rapporti di lavoro per il prossimo futuro. Contiene delle importanti novità che produrranno dei cambiamenti notevoli all'interno della nostra professione. Qualcuno ne sarà lieto, qualcun altro un po' meno, qualcun altro ancora troverà da ridire anche sul fatto che essa nasce già praticamente morta essendo la sua naturale scadenza prevista al 31.12.2000, con la non remota possibilità che, di fatto, cominci ad essere attuata dopo la sua naturale scadenza. Non vogliamo affrontare in questa sede la discussione circa le importanti novità di principi affermati nella nuova convenzione: avremo tempo e modo di valutarli con calma e con il conforto operativo di tutti quelli che lo desidereranno.

Vogliamo soffermarci esclusivamente su quanto previsto dall'art. 11 che prevede la scomparsa del Comitato Consultivo di Azienda, così come lo abbiamo inteso fino ad ora. Fino ad oggi in ogni Azienda Sanitaria era vigente un comitato composto da membri di parte pubblica cui corrispondeva un egual numero di medici delegati con il meccanismo elettivo. Si formavano delle liste di candidati, si tenevano delle elezioni nelle sedi degli Ordini Provinciali dei Medici, i colleghi risultati eletti rimanevano in carica per tutta la durata del contratto. Il Comitato aveva compito consultivo riguardante tutta una serie di pareri e problematiche, ormai conosciute ai più.

Il disposto del nuovo art. 11 recita invece:

“1) In ciascuna azienda, o ambito diverso definito dalla Regione previo parere favorevole delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, è costituito un comitato aziendale permanente composto da rappresentanti dell'Azienda e rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, a norma dell'art.10. Il Direttore generale o suo delegato provvede alla convocazione del Comitato ordinariamente ogni 3 mesi, anche su richiesta di una delle parti.

2) Il comitato aziendale esprime pareri obbligatori:.....”

Dunque almeno due grosse novità.

Il Comitato non darà più pareri consultivi, bensì obbligatori per l'Azienda. Ciò significa in primo luogo che l'Azienda dovrà porre molta attenzione nel produrre qualsiasi delibera attuativa, specie per quanto minuziosamente elencato tra i compiti del Comitato, pena la revoca per nullità. Ad esempio non sarà più possibile a nessuna Azienda variare gli ambiti di scelta dell'assistenza primaria, senza produrre anche formalmente il parere del Comitato Aziendale.

I rappresentanti di parte medica non accederanno più al Comitato con meccanismo elettivo ma saranno di nomina da parte di quelle Organizzazioni sindacali di categoria definite “maggiormente rappresentative a livello regionale” secondo una codifica prevista dall'art 10. In altre parole: riconosciamo a tutti quanti il diritto di essere e rimanere per così dire “liberi pensatori”, ma poiché i contratti con la parte pub-

blica non lo siglano costoro, ma rappresentanti sindacali di categoria che seguono tutto lo svolgersi della trattativa con notevole impegno, costanza, e sacrificio anche personale (cogliamo l'occasione per un sincero ringraziamento a questi colleghi generosi che sottraggono parte considerevole del proprio tempo e delle proprie energie nell'interesse di tutti noi) ci pare corretto che la nomina di questi rappresentanti spetti ai dirigenti di queste organizzazioni.

Questo per ottenere anche solo una uniformità di comportamenti senza ledere troppo il diritto di rappresentanza essendo consentito a chiunque di riunirsi in organizzazioni sindacali di proprio gradimento, o di fondarne di nuove che possano raccogliere l'adesione di iscritti e con la forza di questi rappresentati di accedere, prima alle trattative convenzionali e poi alla partecipazione al Comitato. Inoltre tutti i medici non dovranno più sostenere personalmente le spese per le elezioni, elezioni pagate da tutti, cui peraltro, almeno nella nostra realtà provinciale partecipava quasi nessuno degli aventi diritto.

Da quanto sopra esposto discende la necessità per il nostro sindacato di individuare il ognuna della 4ASL della provincia dei colleghi motivati a collaborare e sufficientemente preparati per farlo. Sarebbe indispensabile che colui il quale è disponibile a “sporcarsi le mani” si facesse avanti in tempi brevi dichiarando la propria disponibilità ad incontrarci per un colloquio interlocutorio e di reciproco affinamento. Purtroppo i tempi sono ristretti; la prematura scomparsa di

Massimo, ha coinciso con la scadenza del mandato triennale del Direttivo Provinciale. Dovremo provvedere alla elezione di tutti i componenti del Consiglio. Non ci pare fuori luogo che almeno un rappresentante di ogni Azienda, da considerarsi come il “capofila” del Comitato, sieda nel Consiglio Direttivo Provinciale. Non ci parrebbe corretto né produttivo nominare dei rappresentanti FIMMG all'interno delle Aziende se questi non fossero anche fisicamente collegati al Direttivo Provinciale. In difetto di tale requisito, il delegato finirebbe per rappresentare altri che se stesso con notevole perdita di credibilità ed autorevolezza. Ci pregiamo dunque rinnovare fortemente l'invito ad offrire la propria disponibilità a chi interessa il bene della categoria.

Mailing list, sì, no, forse, ...boh!?

Ma perché no?

di Luciano Bertolusso

Da circa un anno la nostra sezione provinciale è presente su Internet con una propria pagina, ed ha messo a disposizione degli iscritti una lista di discussione (“mailing list”, come dicono quelli che se ne intendono). Dopo un tale periodo di tempo è logico che si valuti retrospettivamente come sono andate le cose.

In effetti, alcuni Colleghi, proprio in questi giorni, hanno fatto, proprio a proposito della lista di discussione e tramite essa, alcune considerazioni sull'utilità di questo strumento e sulle possibili variazioni da apportarvi per migliorarne l'utilizzazione ed aumentarne l'utilità.

Mi permetto di dire la mia.

Partirei da alcune considerazioni di fondo.

Nella nostra storia di MMG l'isolamento è sempre stato un dato “storico”, e, in una realtà culturale, scientifica e sociale che è di giorno in giorno sempre più basata sulla comunicazione e sulla gestione dell'informazione, inevitabilmente perdere il treno dell'innovazione tecnologica sarebbe per noi un inevitabile porsi al di fuori della realtà, una condanna senza appello ad una sorte di “morte civile” come medici, come professionisti, ma anche come semplici cittadini. Ormai, d'altra

parte, le potenzialità tecnologiche a nostra disposizione possono farci superare i tradizionali limiti nella comunicazione con persone, enti, strutture (e quant'altro possiamo immaginare) fisicamente lontani da noi. Figuriamoci cosa può significare questo per chi, come noi, vive in una realtà dove incontrare un Collega che abita dall'altra parte della Provincia può voler dire due o tre ore di auto ...

Di queste cose la FIMMG provinciale è sempre stata ben conscia, e l'attivazione delle iniziative informatiche è stata la dimostrazione della lungimiranza di Massimo Ferrua.

Ora, abbiamo lo strumento. Ma come lo usiamo ?

Devo dire che qualcuno potrebbe, ad un anno di distanza, avanzare qualche perplessità; non tanto sulla pagina Internet (“Home Page” come dicono gli esperti...) sulla cui utilità e funzionalità non mi pare siano proponibili (o siano sorti) dubbi di alcun tipo, quanto piuttosto sulla mailing list.

C'è chi ha chiesto (in modo ironico e provocatorio ...) se serve.

Innanzitutto bisogna ricordare che la lista è uno strumento di servizio, messo a disposizione degli iscritti per far giungere a tutti

i Colleghi le informazioni (di qualsivoglia natura) riguardanti la nostra professione nella nostra realtà locale. Con queste finalità la lista è uno strumento potente e rapido di comunicazione, di condivisione di problemi e soluzioni, di crescita professionale e sindacale.

Forse il problema sta nel non aver capito questo. Cioè nel non aver compreso le potenzialità dello strumento. Ma anche i rischi connessi.

Che sono i rischi di un uso distorto, di un “non uso”, di un uso al di fuori degli obiettivi prefissi, di un uso “al di sopra delle righe”. E il rischio finale (il peggiore) è quello di un rifiuto dello strumento.

La storia della nostra lista ci mostra che questi rischi li abbiamo corsi (o li stiamo correndo) tutti.

Cosa fare ?

Innanzitutto provare a pensarci. E' utile (anzi indispensabile) che questo strumento, come tutti gli altri che abbiamo a disposizione (compreso il Bollettino che state leggendo) sia “vissuto” da tutti gli iscritti. Quindi largo all'informatizzazione “di massa” dei MMG e al loro collegamento via Internet. Largo all'iscrizione di tutti alla lista. Che deve diventare

per tutti una specie di abitudine quotidiana (come la posta cartacea ...)

In secondo luogo personalmente ritengo che la lista debba assumere in modo più marcato le caratteristiche e le finalità per cui è stata ideata e costruita. Quindi che ne venga fatto un uso "proprio".

Come questo può avvenire? Soltanto con la crescita della capacità degli utenti (cioè noi) di usare adeguatamente lo strumento.

Nella più ampia libertà e senza "censure" di sorta, ma fatto salvo il rispetto delle finalità e della natura della lista stessa.

Qualcuno di noi si è posto quindi il problema della "moderazione" della lista, cioè della necessità che i messaggi, prima di essere inviati a tutti gli iscritti, ven-

gano in qualche modo "vaghiati" da qualcuno che ne verifica proprietà, congruità, ecc.

Ritengo, ma anche qui esprimo un parere personale e sarei lieto che all'interno del Sindacato si aprisse anche un po' di discussione in merito, che la presenza di un "moderatore" sarebbe auspicabile.

Non certo in veste censoria, ma per garantire il rispetto di un regolamento, che la lista si dovrebbe dare, e che dovrebbe essere accettato da tutti gli iscritti (e dai nuovi iscritti all'atto dell'iscrizione). Il quale regolamento dovrebbe solo e soltanto identificare gli scopi, ma anche i limiti della lista, al fine di evitare interventi fuori tema, oppure di interesse strettamente personale. La lista è, come si dice in gergo, una lista "chiusa" nel senso che è riservata agli iscrit-

ti al Sindacato, e questo dovrebbe essere di per sé il migliore, ma anche l'unico vero strumento di "moderazione" della lista.

Poiché la lista è della FIMMG provinciale, mi sembra d'altra inevitabile che il regolamento (come anche l'attività del moderatore, per alcuni aspetti) debbano essere il frutto della elaborazione degli iscritti e degli organi del Sindacato.

La discussione in merito spero si apra con il contributo di molti.

Vorrebbe dire che abbiamo capito l'importanza e le potenzialità dello strumento che abbiamo a disposizione.

E che, ancora una volta dobbiamo ringraziare Massimo, anche per questo.

Riservato agli iscritti

All'interno di questo numero del notiziario, per i soli Colleghi iscritti, è allegato un **inserto sulla vexata quaestio dei rifiuti pericolosi**.

A suo tempo era stata inviata, tramite una Circolare della Segreteria Provinciale, la Convenzione stipulata nel giugno 99 tra la FIMMG Piemonte e la ISA, Italiana Servizi Ambientali srl, ditta autorizzata alla raccolta ed allo smaltimento dei rifiuti dei nostri studi medici.

Uno degli ultimi impegni di Massimo Ferrua, ad inizio gennaio, era stato quello di rivedere tale Convenzione alla luce dell'ultima Circolare Ronchi che non prevedeva più la tenuta del Registro di carico e scarico e della comunicazione al Catasto dei rifiuti pericolosi ed era stata quindi ottenuta una riduzione del costo annuale.

Alleghiamo pertanto:

- una Circolare con le ultime informazioni in merito
- il fac-simile della domanda da presentare al Comune per ottenere la riduzione della Tassa comunale raccolta rifiuti
- la Risoluzione del Ministero delle Finanze che consente e regola tale riduzione.
- l'Allegato B (Contratto tipo C) alla nuova Convenzione stipulata con la Ditta ISA con la nuova tariffa ridotta e l'Appendice 1 che prevede un'ulteriore risparmio per i Colleghi in Associazione o in Gruppo. Esse sostituiscono le corrispondenti pagine della Convenzione con l'ISA in vostro possesso

In ricordo di Massimo

Prosegue con notevole partecipazione dei Colleghi la raccolta di fondi in favore della piccola Giulia Ferrua, figlia di Massimo, nostro indimenticabile Segretario Provinciale. E' quindi ancora possibile effettuare il versamento del proprio contributo tramite un **bonifico bancario** da accreditare a **FIMMG, Sezione provinciale di Cuneo, conto corrente n. 01/01/11902**, presso la **Banca di Credito Cooperativo di Sant'Albano Stura, Sede centrale, ABI 08833, CAB 46820**, indicando come causale del bonifico **"Contributo per Giulia Ferrua"**.