

segue **Comunicazioni sindacali**

so anno; entro il terzo trimestre, possono accedere al pensionamento al 1° gennaio dell'anno successivo; entro il quarto trimestre, possono accedere al pensionamento al 1° aprile dell'anno successivo. I requisiti per la pensione di vecchiaia rimangono invariati a 60 anni per le donne ed a 65 anni per gli uomini. Le finestre per il pensionamento di vecchiaia sono quattro: 1° gennaio, 1° aprile, 1° luglio e 1° ottobre. Coloro che sono in possesso dei previsti requisiti entro il secondo trimestre, possono accedere al pensionamento dal 1° luglio dell'anno medesimo; qua-

lora risultino in possesso dei previsti requisiti entro il secondo trimestre, possono accedere al pensionamento dal 1° ottobre dell'anno medesimo; qualora risultino in possesso dei previsti requisiti entro il quarto trimestre dell'anno, possono accedere al pensionamento dal 1° gennaio dell'anno successivo; qualora risultino in possesso dei previsti requisiti entro il quarto trimestre dell'anno, possono accedere al pensionamento dal 1° aprile dell'anno successivo. Nel pubblico impiego è possibile ottenere di permanere in servizio per un ulteriore biennio. **Y**

La dirigenza medica aderisce al Fondo Pensione Complementare "Perseo"

Lo scorso 18 gennaio 2008, presso la sede dell'Aran, la maggioranza delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria (Cgil, Cisl, Uil, Anaa, Civemp e Fesmed) ha sottoscritto l'accordo per l'adesione del personale medico e veterinario al fondo nazionale di pensione complementare per i lavoratori dei comparti delle regioni e delle autonomie locali e del servizio sanitario nazionale, denominato "Perseo".

Lo strumento della previdenza complementare (o integrativa) rappresenta una strada obbligata per tutti coloro che vogliono conservare il proprio tenore di vita quando smetteranno di lavorare. Consente di affiancare alla pensione obbligatoria una pensione integrativa e risulta particolarmente utile per i giovani dirigenti medici del Ssn, i quali entrano nel mondo del lavoro in età più avanzata rispetto agli altri lavoratori e hanno aspettative pensionistiche notevolmente basse, se rapportate agli ultimi stipendi percepiti. Il fondo per la previdenza complementare è previsto dal Contratto di lavoro ed è alimentato dai contributi del lavoratore e del datore di lavoro. Le aliquote contributive sono dell'1% a carico del dipendente e dell'1% a carico dell'Amministrazione. Nella fase di avvio del fondo sono previsti anche dei benefici a carico dello Stato.

La previdenza complementare rappresenta uno strumento indispensabile per chi vuole conservare il proprio tenore di vita quando smetterà di lavorare. La scelta di affiancare alla pensione obbligatoria una pensione integrativa è particolarmente utile per i giovani dirigenti medici del Ssn, che entrano nel mondo del lavoro in età più avanzata rispetto agli altri lavoratori, con aspettative pensionistiche notevolmente basse se rapportate agli ultimi stipendi percepiti

Il Fondo "Perseo" per l'alto numero dei potenziali aderenti (circa 1.200.000 dipendenti nel settore) consente di ottimizzare i costi di gestione e pone al riparo da sempre possibili problemi di sopravvivenza del fondo stesso. Sarà possibile aderire al fondo dopo la sigla definitiva e dopo che verrà rilasciata l'autorizzazione da parte del Covip. Ovviamente, l'adesione sarà libera e volontaria e ogni aderente al fondo, dopo i primi cinque anni, potrà trasferire i propri risparmi in qualunque fondo di sua scelta.

Trova finalmente applicazione l'articolo 59 del Contratto di lavoro del 3 novembre 2005, che tanti colleghi attendevano e sollecitavano.

Maurizio Orlandella Presidente Nazionale Agite

Il Coordinamento Territorio-Ospedale

Lo coordinamento territorio-ospedale è all'origine del nostro atto costitutivo, l'essenza stessa della federazione di Agite ad Aogoi. Con chi avremmo mai dovuto affrontare tale questione? Nella mia personale esperienza associativa decennale in seno all'Associazione dei ginecologi consultoriali (Agico), la necessità di questa integrazione è sempre emersa con forza, anche se il problema dell'inter-

locuzione necessaria non aveva finora trovato una risposta adeguata.

Il territorio, ovviamente, non è rappresentato esclusivamente dal consultorio, lo specialista privato o il medico non specialista che esercita la professione del ginecologo, il consultoriale e gli specialisti ambulatoriali pubblici hanno bisogno di una interlocuzione autorevole, che parta da due singoli attori: l'As-

sociazione dei Ginecologi Territoriali e l'Associazione che rappresenta i colleghi ospedalieri. L'articolo che segue, di Elisabetta Canitano, ginecologa del Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana (Sumai), riguarda un progetto complesso, che ha richiesto la disponibilità e collaborazione, a partire dalla stessa popolazione, di tutti i medici, i dirigenti aziendali e il personale infermieristico e oste-

Elisabetta Canitano AGITE Roma, Presidente Associazione Vita di Donna

Un Progetto sperimentale

Dal settembre 2006 ad oggi, nel primo e secondo distretto della Asl Roma D è in atto un'esperienza d'integrazione Territorio-Ospedale. Tutto è cominciato con i medici di medicina generale (Mmg) e con l'apertura delle agende ritorni a partire dalla visita dal medico, con un numero telefonico dedicato alla patologia ginecologica e ostetrica, attivo tre volte la settimana. Un servizio tuttora attivo che è utilizzato anche dagli specialisti del territorio e le chiamate dei Mmg sono il 30%.

Si è partiti da una situazione in cui gli ambulatori dell'ospedale svolgevano sia numerose attività di primo livello, visite ginecologiche "di controllo" e visite ostetriche in donne a basso rischio, sia attività di secondo livello casuali, soprattutto di diagnostica strumentale. Attraverso successivi aggiustamenti, peraltro ancora in corso, si è fatto in modo di trasferire tutte le prestazioni di primo livello, sia ginecologiche che ostetriche, sul territorio, nei consultori familiari e nei poliambulatori. Per favorire l'integrazione, alcuni medici, tra cui il direttore della Divisione, coprono dei turni nei poliambulatori.

Le attività di secondo livello di ginecologia, già esistenti, sono state mantenute in ospedale con i seguenti ambulatori: Menopausa per pazienti sintomatiche, Colposcopia per pap-test anoma-

Un'esperienza di coordinamento Territorio-Ospedale nella Asl Roma D

lo, Isteroscopia, Urodinamica. Per quanto riguarda le ecografie, va sottolineato che non vengono effettuate prestazioni di controllo su pazienti sane e asintomatiche, ma solo ecografie ginecologiche per pazienti sintomatiche che sono state selezionate sul territorio. All'ambulatorio ecografico è funzionalmente collegata un'agenda di ginecologia per utenti che vogliono un consulto per patologia ginecologica, suscettibile di terapia chirurgica, che raccoglie anche le pazienti che abbiano eseguito un esame di secondo livello e necessitano di una consulenza.

Le attività di secondo livello di ostetricia comprendono: un servizio di diagnostica prenatale, con ecografie morfologiche, ecocardiografie, II° livello di diagnostica ecografica, amniocentesi, ecografie per sospetto ritardo di crescita con flussimetria a prenotazione diretta. Vi è, inoltre, un servizio di sorveglianza ostetrica, aperto tutte le mattine, dedicato alla patologia ostetrica e alla presa in carico, per le donne che desiderano partorire presso la Divisione e per le gravidanze oltre il termine, con prenotazione tramite Cup regionale.

Nonostante l'apparente semplicità di questa organizzazione, bisogna prevedere le resistenze interne a servizi con organizzazioni tradizionali, dovute alle persone e alle rigidità dei sistemi informatici. Quello che più di tutto è sembrato utile condividere sono proprio le difficoltà e gli ostacoli che abbiamo superato, e che tuttora incontriamo in questo lavoro. D'altra parte ogni cambiamento "richiede" delle resistenze e necessita di tempo e pazienza per affermarsi, anche quando si tratta di un cambiamento positivo per tutti i soggetti che lo affrontano.

La prima resistenza, in ordine casuale, è quella dei medici del territorio: inviare l'utente in ospedale quando il quadro diventa complesso, e non poter chiedere gli accertamenti per "risolverlo" in proprio, può essere frustrante. Questo riguarda in particolare l'ostetricia, perché per quel che riguarda la ginecologia, non rivestendo carattere di urgenza, è più semplice proseguire il rapporto diretto dicendo "torni a farmi vedere gli accertamenti fatti". Nella sorveglianza ostetrica, la presa in carico è completa: l'equipe della Divisione decide gli accertamen-



ti necessari ed effettua il timing del parto. D'altra parte la sorveglianza presso la Divisione ospedaliera della patologia ostetrica e delle gravidanze oltre il termine risponde a concezioni moderne di ostetricia e la protezione medico-legale che ne deriva è un innegabile vantaggio per i medici del territorio, che non tardano a rendersene conto.

Le resistenze dei medici della Divisione ospedaliera nascono anch'esse da una sensazione di perdita, in quanto nessuna donna può farsi visitare in ospedale se non ha una patologia. Anche in questo caso, però, il guadagno è molto maggiore della perdita. Passato il primo momento, ove vi è quasi la sensazione "di fare da scarico dei problemi del territorio", tutti i medici provano quell'orgoglio che deriva dallo svolgere attività complesse. Se non è più possibile fare i controlli in ospedale, è altrettanto vero che il medico che ha seguito l'utente in un momento difficile, con efficacia ed efficienza, difficilmente sarà dimenticato. Il rapporto personale con il medico può essere stabilito solo con l'intramoenia, per i medici dell'ospedale che non coprono turni nei

Poliambulatori.

Per quanto riguarda i sistemi informatici, nel nostro Cup non è possibile distinguere fra Visita e Consulenza e d'altra parte è indispensabile limitare la prenotazione diretta in reparto o nell'ambulatorio medesimo, per ovvi motivi. Pur essendo opportuno che laureati in scienze infer-

mistiche effettuino il triage delle prestazioni ambulatoriali, unitamente a lavori di statistica e di ricerca, la cronica scarsità di personale ci obbliga a utilizzare il Cup regionale anche per gli ambulatori di II livello. Questo pone il problema delle note per l'operatore, che devono garantire il corretto accesso alle

Start up AGITE

Il 26 e 27 gennaio scorso si è svolto a Roma, presso la Casa Internazionale delle Donne, il primo seminario Agite, rivolto ai dirigenti dell'Associazione, i coordinatori regionali e i componenti del Consiglio di presidenza.

Dalla raccolta di tutti i progetti operativi territoriali di qualità, alla presentazione delle convenzioni assicurative e dei servizi legali, alla sinergia federativa con l'Aogoi, alla sinergia operativa con la Società Medica Italiana per la Contraccezione - con la preparazione del Master per la Contraccezione e le monografie prodotte sulla rivista della Smic su contraccezione ormonale e riduzione del rischio oncogeno, l'Ivg del primo trimestre e la prossima uscita sulla Contraccezione d'emergenza - Agite ha dimostrato di avere ben utilizzato i 10 mesi della sua esistenza. Ma è con l'attivazione dei gruppi di lavoro che si è inaugurato come metodo l'esclusivo utilizzo delle competenze dei colleghi territoriali. Un orgoglio professionale che rappresenta la consapevolezza in termini di preparazione e professionalità, ma che, soprattutto, vale l'elaborazione in diretta di 6 documenti per altrettanti gruppi di lavoro, di cui tratteremo nel prossimo numero di GynecoAogoi e nel Bollettino dei Ginecologi Ostetrici Medico Preventivi, attivando la preiscrizione ad Agite dal sito www.agite.eu

trico, in accordo e interlocuzione continua con il primario della divisione ostetrico-ginecologica di Ostia, Pierluigi Palazzetti. Quest'esperienza pilota di coordinamento ospedale-territorio conferma come, al di là della preparazione o delle competenze, servano energie ben dirette, logica nella progettualità e capacità nell'affrontare le resistenze al cambiamento e alle proprie abitudini. L'elaborazione della perdita forse è un concetto eccessivamente psicologico, ma può essere compreso da tutti noi con facilità: chi non proverebbe una tale sensazione richiedendo un controllo di secondo livello senza poi veder ritornare (necessariamente) la paziente?

Il ginecologo territoriale potrà invece sviluppare la sua funzio-

ne di filtro, di regista del counselling e conduttore del percorso, riconosciuto dai colleghi ospedalieri con cui si interfaccia mentre il ginecologo ospedaliero potrà concentrarsi sulle attività complesse, mantenendo un rapporto personale con la paziente tramite l'attività intramoenia o mantenendo un'attività sul territorio.

Una cosa è certa, il ruolo che ci attende è più significativo e gratificante, con moltissime ripercussioni positive - dall'appropriatezza delle indagini (e quindi la loro diminuzione) al drastico accorciamento delle liste d'attesa, alla protezione medico-legale garantita dai percorsi condizi, ecc... Tutti temi che avremo modo di trattare più approfonditamente sui prossimi numeri. Y

prenotazioni, la cui correttezza deve essere costantemente monitorata. Le nostre agende di secondo livello hanno tempi di attesa che vanno da 24 ore per la sorveglianza ostetrica, a una settimana per l'isteroscopia. Non sempre però l'operatore del Cup se ne rende conto, perché alcuni tendono a rispondere comunque che "non c'è mai posto prima di tempi lunghissimi", senza aprire le agende.

Ci sono resistenze anche da parte del personale, sia infermieristico sia ostetrico, che a volte stenta ad assumere il suo ruolo nella gestione complessiva del lavoro, liquidando la patologia come un lavoro da medici. Anche in questo caso, il ritorno della soddisfazione, legata sia alla complessità che alla presa in carico dell'utente, conquista tali operatori in tempi rapidi.

Ogni cambiamento dell'organizzazione richiede la firma dei responsabili delle strutture, anch'essi "portatori di resistenze". Spesso nascono incomprensioni e bisogna essere estremamente affiatati per superare le difficoltà. Vi possono essere, per esempio, reclami da parte dell'utenza, degli operatori per variazioni nei carichi di lavoro, dei disservizi iniziali, che la Dirigenza intermedia e generale aziendale devono giustificare per favorire il cambiamento. La selezione per accedere alle indagini può non essere chiara e vanno, a volte, spiegate con particolare cura.

Infine, ultima ma non meno importante, la resistenza dell'utenza. I clienti del servizio sanitario, spesso istruiti da altri clienti o da medici esterni privati, tendono a pensare che più si fa

e meglio è (non è casuale la scelta di chiamarli clienti). Quando scoprono che per alcuni esami (flussimetria, ecocardiografia fetale, cardiotocografia prima del termine, urodinamica, colposcopia) è necessario avere una motivazione e non è possibile l'accesso diretto con la richiesta del Mmg, possono nascere delle lamentele. Anche in questo caso però il dialogo aiuta moltissimo. Molti dei nostri clienti apprezzano, se ben spiegata, la riduzione degli esami di controllo non necessari e l'assicurazione che l'organizzazione prevede una rapida presa in carico in caso di problemi. Per concludere vorrei qui segnalare due elementi fondamentali. Il primo è la necessità di incontro tra i vari attori del processo. Vi sono stati vari incontri con i medici di medicina generale, i ginecologi del territorio sono venuti più volte in ospedale a parlare con il direttore, sono state formate delle commissioni miste per la definizione dei protocolli, un medico del territorio ha accettato di coprire un turno di guardia per una notte fissa alla settimana e altri medici che lavorano sia sul territorio che in ospedale fanno un pò da staffette per la comunicazione. Il secondo elemento è la necessità di dotarsi, in tutte le fasi iniziali, di grande resistenza e di grande elasticità. Il clima che si crea fra Ospedale e Territorio enfatizza gli errori altrui e può scatenare difese psicologiche che danneggiano la collaborazione. Solo una grande tenacia e pazienza, unita a un monitoraggio continuo degli effetti, possono portare un risultato stabile, che soddisfi tutti gli attori. Y