

LAVORO & PROFESSIONE

A PAG. **29** **ONCOLOGIA.** I progressi della nanomedicina nelle cure personalizzate contro i tumori

A PAG. **30** **SERVIZI.** Le risposte degli esperti ai quesiti dei lettori e i concorsi per accedere al Ssn

A PAG. **31** **TAR CAMPANIA.** Per affidare le consulenze bisogna bandire una gara a tutti gli effetti

GENERALISTI/ Settimana di incontri tecnici tra Sisac e sindacati per definire gli ultimi dettagli del rinnovo

Convenzioni più vicine al traguardo

Giovedì riunione decisiva del Comitato di settore per valutare lo stato della trattativa

Le convenzioni si avvicinano sempre più al traguardo finale. Giovedì scorso, infatti, Sisac e sindacati della specialistica ambulatoriale si sono confrontati sulla bozza normativa predisposta dalla struttura interregionale raggiungendo così una sostanziale condivisione. Già assicurata anche dai pediatri di libera scelta. Settimana interlocutoria, invece, per i medici di base che hanno incontrato la Sisac per sciogliere alcuni dettagli tecnici. A partire dal possibile aumento delle contribuzioni previdenziali. Il percorso verso la chiusura procede quindi a passi rapidi, ma questa settimana sarà cruciale anche per capire l'orientamento delle Regioni al tavolo della convenzione.

Martedì 16 dicembre, infatti, è atteso l'incontro del Comitato delle Regioni. Con un ordine del giorno molto preciso: informare i Governatori dello stato dell'arte della trattativa. E della soluzione di garanzia condivisa da Sisac e sindacati per risol-



vere la questione delle modalità di erogazione delle risorse del secondo biennio economico tra livello nazionale e accordi integrativi regionali. Un nodo, quest'ultimo, che aveva provocato nelle scorse settimane un inatteso time-out.

Giovedì, poi, sarà la volta del Comitato di settore che si riunirà quasi in contemporanea con il Consiglio dei

ministri. Proprio da qui potrebbe forse arrivare un'indicazione decisiva sul nodo, ancora irrisolto, dei 184 milioni attribuiti dalla manovra estiva al rinnovo della convenzione e al progetto di ricetta elettronica. Su quei fondi, infatti, si è registrato uno "stop" imprevisto della Ragioneria generale dello stato che, spiazzando sindacati e Regioni, li ha dichiarati uti-

lizzabili solo per la ricetta elettronica. Il chiarimento politico era già atteso nei giorni scorsi, ma tarda ad arrivare e proprio il Cdm di giovedì potrebbe essere la sede per sciogliere questo tassello. Poi la parola dovrebbe tornare al tavolo tra Sisac e sindacati, che sarà convocato presumibilmente subito dopo la riunione del Comitato di settore tra giovedì 19 e lunedì 22 dicembre.

Il prossimo round potrebbe essere dunque decisivo per chiudere la partita e per arrivare così a una pre-intesa sull'articolato normativo. Un testo snello, solo 6-7 articoli, per definire i doveri dei medici del territorio e il perimetro delle aggregazioni funzionali e delle unità organizzative complesse. E che andrà poi "calato" nella convenzione vigente per rivedere le vecchie regole alla luce delle indicazioni messe nero su bianco dal confronto negoziale.

Paolo Del Bufalo
Celestina Dominelli

CONTRATTO

Sanità privata in guerra: a gennaio sarà sciopero

Stop delle trattative Aiop-sindacati per il rinnovo del contratto della Sanità privata, scaduto da tre anni.

Secondo i sindacati confederali l'Aiop «non vuole fare il contratto nazionale; vuole usare i sindacati e i lavoratori per ottenere dalle Regioni maggiori aumenti dei rimborsi delle prestazioni sanitarie, per mantenere inalterati i propri utili a bilancio; propone un contratto nazionale di un euro».

«I vertici di Cgil, Cisl e Uil - ha replicato il presidente Aiop, Enzo Paolini - hanno rifiutato le soluzioni (contratti regionali o contratto nazionale senza aumenti e contestuale contrattazione di 2° livello con gli aumenti previsti) che avrebbero consentito di erogare prima di Natale aumenti e arretrati a migliaia di dipendenti che risiedono nelle Regioni dove, in modi diversi, è stata assicurata la copertura, anche parziale, dei relativi costi per il rinnovo contrattuale. Unica alternativa per le tre sigle sindacali è un contratto nazionale con un aumento uguale per tutte le Regioni da dichiarare però subito "inapplicabile" in alcuni territori, da parte degli stessi firmatari».

Dopo la rottura i confederali che già avevano in atto forme di protesta nel Lazio (dove ha sede l'Aiop nazionale) hanno deciso di far crescere il tono della protesta: «Dichiareremo lo stato di agitazione in tutto il territorio, con manifestazioni e occupazioni nelle case di cura e presso le sedi delle istituzioni nazionali e regionali e la preparazione di un altro sciopero nazionale a gennaio».

Inoltre, Cgil, Cisl e Uila hanno deciso di verificare i bilanci delle case di cura Aiop per dimostrare che non esiste crisi del settore, denunciare «l'inerzia delle Regioni che permettono tutto questo mentre tagliano servizi e impongono nuovi balzelli ai cittadini, aumentando i ticket fino al 30% e la latitanza del ministero del Welfare che non si occupa della sorte di 150.000 lavoratori», verificare il rispetto della qualità dei servizi erogati, degli standard di personale e del contratto di lavoro nelle strutture private «su cui i controlli sono svolti in misura inferiore al 10% del dovuto».

«In questa situazione - ha aggiunto Paolini - non saremo passivi. Non ci piacciono i "rimpiattini sindacalesi". Per questo proporrò al Consiglio nazionale Aiop di erogare, volontariamente e spontaneamente, acconti sugli aumenti previsti nelle Regioni ove questo è possibile», nonostante la posizione del sindacato.

PREVIDENZA

Reversibilità per gli studenti

Perché la pensione del padre deceduto possa andare al figlio superstite occorre fare riferimento al numero degli anni accademici per i quali l'interessato è stato complessivamente iscritto: solo se l'anno accademico di iscrizione, durante il quale si è verificato il decesso del lavoratore titolare, è contenuto nel numero di anni previsti dal corso legale di studi si realizza la condizione richiesta per la concessione della pensione.

A PAG. 25

CONSIGLIO DI STATO

Farmacie comunali ai bandi

Il Comune può annullare una gara per la scelta del socio di minoranza di una farmacia comunale e riproporre il bando per consentire l'attribuzione di un maggior peso alle capacità gestionali dei candidati. Aspetti manageriali privilegiati, quindi, nella decisione n. 5915 emessa il 28 novembre dalla V sezione del Consiglio di Stato che conferma così l'annullamento di alcune gare già concluse in Puglia.

A PAG. 31

LE SCADENZE FISCALI DI DICEMBRE



DI ALBERTO SANTI

Martedì 30

Imposta di registro - Contratti di locazione

Termine per la registrazione, previo versamento dell'imposta, dei nuovi contratti di locazione degli immobili aventi decorrenza 1° dicembre 2008 e termine per il versamento dell'imposta sui contratti del medesimo tipo e con la stessa decorrenza rinnovati tacitamente.

Mercoledì 31

Ires e Irap - Seconda rata di acconto per i soggetti Ires

Scade il termine entro cui le società e gli enti soggetti a Ires con periodo d'imposta non coincidente con l'anno solare e per i quali dicembre sia l'undicesimo mese del periodo stesso

devono eseguire il versamento della seconda (o unica) rata di acconto dell'Ires e dell'Irap. Si utilizza a tale proposito il modello di pagamento unificato F24, con possibilità di compensare gli importi a debito con i crediti evidenziati in dichiarazioni e denunce già presentate.

Ires - Opzione per il regime di trasparenza fiscale

I soggetti di cui all'articolo 73, comma 1, lettere a), b) e d), del Tuir che hanno deciso di optare per il regime di tassazione per trasparenza devono presentare entro oggi la relativa comunicazione.

Iva intracomunitaria - Dichiarazione e versamento per gli acquisti degli enti non commerciali

Oggi è l'ultimo giorno entro il quale gli enti, le associazioni e le altre organizzazioni non commerciali che non siano soggetti passivi Iva devono presentare la dichiarazione relativa agli acquisti intracomunitari registrati nel mese di novembre e versare la relativa imposta, ai sensi dell'articolo 49 della legge 427/93.

Iva - Scheda carburanti

Termine ultimo, a disposizione dei soggetti che impiegano mezzi di trasporto nell'ambito della propria attività d'impresa,

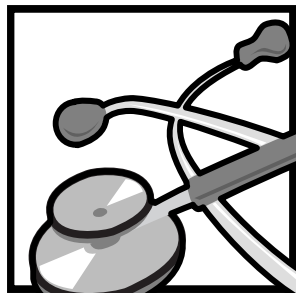
per eseguire l'annotazione delle relative percorrenze chilometriche mensili o trimestrali sulla scheda carburanti (articolo 4 del Dpr 444/1997).

Iva - Autofatture e fatture integrative per le operazioni intracomunitarie

Se il contribuente non ha ricevuto dal cedente o dal prestatore, entro il mese di novembre, la fattura per le cessioni di beni o prestazioni di servizi intracomunitari effettuate nel corso del mese precedente, il cessionario o committente nazionale deve emettere autofattura entro oggi. Analogamente, se lo stesso soggetto ha ricevuto nel mese di novembre per le medesime operazioni una fattura che indichi un corrispettivo inferiore al reale, deve emettere un'apposita fattura integrativa (articolo 46 della legge 427/1993).

Bollo - Pagamento in modo virtuale - Versamento rata

Scade il termine per il versamento della rata bimestrale per i soggetti autorizzati a corrispondere il tributo in modo virtuale, in base alla dichiarazione presentata entro il 31 gennaio scorso (articolo 15 del Dpr 642/1972).



KAISER PERMANENTE/ Analisi del meccanismo che negli Stati Uniti fa concorrenza al Ssn

L'isola felice delle cure Usa

Ma l'assistenza è solo per 8,6 milioni di cittadini - Niente visite domiciliari

Nel 2002 il British medical journal pubblicava un articolo dal titolo «Getting more for their dollar: a comparison of the Nhs with California's Kaiser permanente» in cui si paragonava il prestigioso Nhs Inglese con la Health maintenance organization Kaiser permanente della California sia dal punto di vista dei costi, ma soprattutto per gli outcome di salute ottenuti. A questo ne faceva seguito nell'anno successivo un altro dal titolo particolarmente esplicito «Lessons for the Nhs from Kaiser Permanente». Fino a quel tempo pochi conoscevano Kaiser permanente e molti si chiesero cosa potesse mai un sistema sanitario così sviluppato come quello della Gran Bretagna, imparare dalla americana Kaiser permanente. Seguirono altri articoli tra cui quello del 2004 «Making the Nhs more like Kaiser permanente» più una serie di commenti ai precedenti. Appariva quindi indubbio che almeno una corrente di pensiero in Inghilterra proponeva di far assomigliare sempre più l'Nhs inglese al Kaiser permanente (Kp) americano.

In effetti, senza addentrarsi nelle specifiche che ciascun lettore può trovare negli articoli originali citati, le performance dichiarate da Kp in merito al tasso di ricovero e alla durata della degenza erano e sono più basse di quelle dell'Nhs a fronte di un servizio decisamente migliore in riferimento ad accesso alle cure, tempi di attesa e complessità degli interventi praticati sui propri arruolati come angioplastica, trapianto di cuore ecc. È naturale pertanto per un paese come l'Italia che fin dalla riforma 833 del 1978, si è dichiaratamente ispirata all'Nhs inglese, come miglior modello sanitario a livello mondiale, cercare di capire se nel tempo tale modello sia stato surpassato da qualcosa di migliore e più moderno.

È stato così pertanto che, nell'ambito del Congresso sulle cure primarie che ormai annualmente da 10 anni si organizza a Empoli, si è pensato di dedicare una sessione alla conoscenza di questa realtà, Kp, di oltre oceano.

Dopo vari contatti e lettera di invito ufficiale da parte di Kp, è stata messa su una «Italian delegation» di 10 persone di varie estrazioni composta da un esponente del precedente ministero della Salute, un esponente della Società italiana di Medicina generale, alcuni ricercatori della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e allievi del master, personale della Ausl 11 di Empoli e della sua Agenzia formativa.

Questa delegazione ha voluto toccare con mano i più intimi meccanismi alla base di questo successo organizzativo e di performance. Sono state pertanto analizzate le specifiche del funzionamento di Kp nella Contea di Orange, Los Angeles. Sono stati visitati l'Irvine hospital, l'outpatient surgical center, gli Alton sand canyon medical offices, i Regional offices di Pasadena, l'Anaheim campus, il Santa Ana Medical Office e

Le caratteristiche di Kaiser permanente

In base all'esperienza dello study tour possiamo riassumere in alcuni punti le peculiarità di questa Hmo no-profit.

1. Nel modello assistenziale Kaiser permanente le cure primarie rivestono un ruolo decisamente centrale e a esse sono dedicate cospicue risorse umane, strumentali, tecnologiche e finanziarie. Nelle strutture a esse dedicate (Medical offices) dove operano gomito a gomito gruppi di general practitioners, specialisti delle principali branche, infermieri, assistenti sociali, facilitatori culturali e fisioterapisti-riabilitatori vengono erogate l'insieme delle cure primarie comprese quelle psichiatriche e soprattutto di tipo preventivo. Un ruolo altrettanto centrale è riservato alla cura e al trattamento delle malattie croniche e invalidanti.

2. L'approccio alla cronicità e alle polipatologie è molto articolato e segue almeno tre diversi livelli di integrazione:

a) integrazione tra sanitario e sociale, anche se talvolta il sociale non fa parte della Hmo, essendo una competenza dello Stato (es. Medicaid) o di enti caritatevoli (le cosiddette "charities");

b) integrazione tra i diversi professionisti a cui vengono riservate specifiche competenze e responsabilità di cura;

c) integrazione ospedale-territorio non esistendo nessuna divisione artificiosa tra ospedale e territorio a partire dalla comune negoziazione delle risorse necessarie al loro reciproco funzionamento e al corretto uso delle risorse umane (interscambiabilità di ruoli e luoghi dei medici e infermieri tra ospedale e territorio);

d) la presenza di un triage esteso che è finalizzato a individuare la natura dei problemi e a indirizzarli verso la soluzione idonea.

3. Gli ospedali (ad altissima concentrazione tecnologica) sono parte integrante dei percorsi di cura essendo fortemente integrati tanto con le cure primarie che con le strutture a minore intensità di cura. La degenza media come già riferito è intorno ai 3 giorni e l'organizzazione del lavoro punta alla piena responsabilizzazione

degli operatori e alla abolizione di qualsiasi gerarchia. Ogni medico (Hospitalist) è responsabile esclusivo dei pazienti a lui affidati (in media 12) per i quali decide (insieme ai familiari) il piano di cura e gli accertamenti necessari e programma all'atto della stessa ammissione in ospedale tempi di permanenza, dimissioni o trasferimento in altre strutture collegate.

4. Esiste una spinta massima alla deospedalizzazione con creazione di day surgery super-attrezzati: alcuni interventi chirurgici anche complessi vengono di preferenza espletati con modalità ambulatoriali o di one-day-surgery. Il 60% di tutti gli interventi, compresa l'isterectomia totale viene effettuata trattenendo il paziente solo per poche ore. La durata della degenza in ospedale è predefinita da linee guida differenziate per patologia, è limitata alla fase di grave acuzie ed è molto rapidamente sostituita dalle cure intermedie, che vengono affidate in fase precoce, attraverso un percorso assistenziale prestabilito, a infermieri specializzati e a riabilitatori.

5. Esiste una notevole propensione a delegare alle professioni sanitarie attività di follow up, percorsi diagnostici e aggiustamenti terapeutici (visite a casa effettuate da infermieri anziché da medici)

6. Tutte le attività espletate (prenotazione ed esecuzione visite, referti, cartella clinica, screening ecc.) risiedono in un unico sistema informativo integrato, condiviso, on line, visibile da tutti e costato circa 4 miliardi di dollari.

7. La valutazione dei professionisti è continua e puntuale. Infatti attraverso il sistema informativo Health connect descritto al punto precedente, una volta stabiliti obiettivi e indicatori chiari per ciascun professionista è possibile in ogni momento effettuare la propria autovalutazione, attraverso un meccanismo di score, la distanza dal raggiungimento dell'obiettivo prefissato e il range, cioè la propria posizione in classifica rispetto agli altri professionisti. Dal raggiungimento di specifici obiettivi di performance dipende inoltre quota parte del salario

accessorio corrispondente in media al 20% del totale.

8. In conseguenza dei due precedenti punti l'uso di materiale cartaceo e report è ridotto al minimo indispensabile, se non praticamente assente.

9. I percorsi di salute, quelli che noi definiremo percorsi diagnostico terapeutici assistenziali o Pdta sono tutti on-line sul sito di Kaiser permanente e vengono utilizzati correntemente dai medici Kaiser corresponsabili del loro periodico aggiornamento. Molti sono accessibili in Internet per tutti gli iscritti a Kp, in maniera tale da perseguire quello che essi definiscono come empowerment del paziente. Questo insieme al self-care nella cronicità permette di contenere le ospedalizzazioni.

10. Assenza quasi totale di ricetta medica per ottenere i farmaci. Molti di questi possono direttamente essere ritirati nelle facilities a seguito di prescrizione diretta tramite circuito di computer oppure spediti direttamente a casa dell'assistito dalla farmacia centrale oppure fatti recapitare nella farmacia convenzionata più vicina all'assistito.

11. Assenza pressoché totale delle problematiche legate alla privacy, in quanto all'atto della sottoscrizione della assicurazione il cittadino affida la gestione dei suoi dati socio-sanitari direttamente alla Hmo.

12. Esaltazione della meritocrazia dei sanitari, con classifiche pubbliche sulle performance ottenute con tanto di foto da inserire annualmente all'ingresso di ciascun ospedale o Medical office.

13. Lo staff medico è accuratamente selezionato, condivide pienamente le sorti dell'azienda e, come contropartita, riceve benefici extracontrattuali.

14. Esiste in tutti i quadri e in tutti i momenti professionali una "cultura Kaiser permanente". Essa rappresenta un fondamentale punto di forza per gestire e orientare l'intera conduzione aziendale. Prevede una formazione accessoria per i medici. Ha durata triennale con momenti di verifica intermedi e finale.

gli assicurati per età, censo e situazione lavorativa.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Kp è stata una tra le maggiori organizzazioni sanitarie che ha adottato, fra i primi, negli Usa il Chronic care model (Ccm) messo a punto da Ed Wagner direttore del Mac coll institute for healthcare innovation. Tale modello consta essenzialmente di 6 punti di seguito descritti:

1. Le risorse della comunità: si devono stabilire solidi legami con volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. La cura delle malattie croniche deve ricevere più finanziamenti dalla comunità.

3. Il paziente è il protagonista della sua malattia come parte saliente del processo di Disease management: un rilevante segmento di questa gestione (la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio e l'uso dei farmaci) può essere trasferito sotto il suo diretto controllo (Paziente esperto-empowerment del paziente).

4. L'organizzazione del team: il personale non medico aiuta il malato cronico all'auto cura e può svolgere anche follow up e visite di controllo.

5. Supporto alle decisioni: adozione di linee guida basate sull'Ebm. Esse sono aggiornate da riunioni periodiche del team.

6. I sistemi informativi. Che hanno tre funzioni:

a) sistema di allerta per eventi sentinella;

b) feed back per i medici mostrando i livelli di performance (es. HbA1c nel diabete);

c) registro di patologia population-based.

Alcuni enti italiani si stanno orientando verso questo tipo di approccio alla cronicità. La Regione Toscana nel Psr presentato nel marzo scorso prevede un capitolo a sé stante dedicato alla medicina di iniziativa e Chronic care Model «basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di addestramento e il team multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e Mmg».

In questa prospettiva alcune Regioni (es. Toscana) o aziende sanitarie potrebbero essere senza dubbio interessate a strutturare un processo di benchmarking su aspetti organizzativi e gestionali, con particolare riferimento alle metodiche per la cronicità, come l'applicazione e implementazione del Ccm.

Claudio Cricelli

Presidente Società italiana di Medicina generale

Alessandro Mancini

Formatore e progettista, agenzia per la Formazione Empoli

Daniilo Massai

Direttore Agenzia per la formazione Empoli

Roberto Polillo

Ex capo-segreteria sottosegretario al ministero della Salute

Piero Salvadori

Direttore Dipartimento Cure primarie Empoli

Paolo Tedeschi

Ricercatore Scuola Superiore S. Anna Pisa

Il confronto

Parametri	Kaiser permanente	Media Paesi europei più virtuosi
Posti letto x 1.000 ab.ti	1	3,5
N. g. di degenza x 1.000 ab.	301	1000
Degenza media in gg.	3,2	5,5

G. Maciocco, modificato (da Il Sole-24 Ore Sanità n. 21/2007)

infine il Corona call center e la Central refill pharmacy. Lo study tour come si può desumere dalla varietà della offerta di Kp è stato molto impegnativo ed esaustivo. L'impressione più estemporanea è stata quella di calarsi in un mondo sanitario diverso dal nostro, ma che tuttavia a problemi comuni (ai nostri) come transizione epidemiologica e prevalenza delle malattie della cronicità offre risposte flessibili e intelligenti.

DISCUSSIONE E CONSIDERAZIONI

Il quadro che si può tracciare dall'esperienza è "sufficientemente critico" tale da mettere in luce i punti di forza ed i punti di debolezza di questa esperienza.

Per i punti di forza possiamo elencare quanto segue:

1. Kp è una "isola felice" dell'offerta di salute americana. È stata infatti, definita anche il "volto buono della Sanità americana".

2. Questa Hmo ambisce a diventare un modello di riferimento della Sanità privata sostenibile, così come si legge in una loro diapositiva di presentazione («we aspire to be the world leader in improving health through affordable, integrated health care»).

3. Kp è una struttura assicurativa avanzata, ottimamente organizzata e gestita, che ha incorporato

all'interno di un modello privato alcune caratteristiche di un sistema pubblico, con il limite insormontabile del finanziamento che non è legato al diritto di cittadinanza bensì alla sussistenza di un rapporto di lavoro e quindi di una terza parte pagante.

4. Il sistema informativo costituisce l'infrastruttura essenziale di Kp. Esso viene tuttavia utilizzato prevalentemente per ottimizzare il sistema, attraverso l'efficienza, la gestione dei flussi, l'eliminazione dei tempi morti, il controllo dei magazzini e degli approvvigionamenti (beni, servizi, farmaci).

I punti di debolezza sono i seguenti:

1. Kp assiste solo 8,6 milioni di americani, su un totale di circa 300 milioni. Questi cittadini sono assicurati prevalentemente attraverso polizze sottoscritte dai datori di lavoro, per un bilancio annuale di 28 miliardi di dollari e una spesa pro capite media per membro assicurato di 4.000 dollari. D'altra parte 41 milioni di ameri-

cani sono privi di qualsiasi forma di assistenza sanitaria, la spesa percentuale sul Pil è stimata intorno al 15% con incremento tendenziale crescente. Occorre far presente anche che Kp ha in carico mediamente un profilo di assistiti più giovane rispetto alla media nazionale, legato in parte alla demografia locale della California (es. immigrazione, dinamismo economico ecc.).

2. Le cure primarie si fanno carico solo dei processi ambulatoriali. È assente la componente domiciliare legata alle condizioni acute (i medici non effettuano visite domiciliari) e l'assistenza e cura H24 sono garantite solo dal pronto soccorso.

3. Il rapporto di fiducia è stabilito con la struttura e non con il medico o il team, anche a motivo dell'ampia popolazione di riferimento servita da ciascun Health center.

4. Il costo dell'assicurazione è comunque assai elevato in rapporto ai redditi di riferimento e tale

da non poter essere sopportato dal singolo altro che all'interno di un rapporto di lavoro corrente. Non esiste ovviamente alcuna copertura sanitaria garantita e separata dal contributo individuale e non esistono garanzie della continuità di cura in caso di discontinuazione dell'attività lavorativa. Non è noto il turn-over assicurativo legato alla interruzione del lavoro o al licenziamento. Il cambiamento di datore di lavoro comporta inoltre un possibile cambiamento di assicurazione con conseguente discontinuità assistenziale e del modello di cura.

5. Scarsa attenzione è rivolta alla epidemiologia sanitaria e clinica, frutto di una scelta consapevole legata alla natura assicurativa stessa di Kp.

6. Kp rappresenta una supermutua trasversale che seleziona