

Le realtà prospettiche in sanità

La realtà
del medico





VENETO

**Popolazione
4,928 milioni
(31 lug 2014)**

MMG: 3.442

**Media pazienti per MMG:
1.240**

Fonte Ministero della Salute 2011



INDAGINE FIMMG 2014

MMG: 571

Pazienti: 802.763



**«I MEDICI DI MEDICINA GENERALE... DANNO I NUMERI !!!»
BILANCIO DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE DEL VENETO,
2014**

Analisi Attività 2014 – FIMMG VENETO

571 MMG

	Totale 802.763	su 1000 abitanti	media medico
accessi	7.142.779	8.898	12.509
accessi/mese	595.232	741	1.042
nuovi problemi	1.229.833	1.532	2.154
nuovi problemi/mese	102.486	128	179
Accessi ADI-ADP	193.242	241	338
Accessi ADI-ADP /mese	16.103	20	29
PPIP	68.318	85	120
PPIP /mese	5.693	7	10
Vaccinati 2013	129.757	162	227
Vaccinati 2014	115.995	144	203



«I MEDICI DI MEDICINA GENERALE... DANNO I NUMERI !!!»
BILANCIO DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE DEL VENETO ANNO 2014

MMG 571 →

3.442

Analisi Attività 2014 – FIMMG VENETO

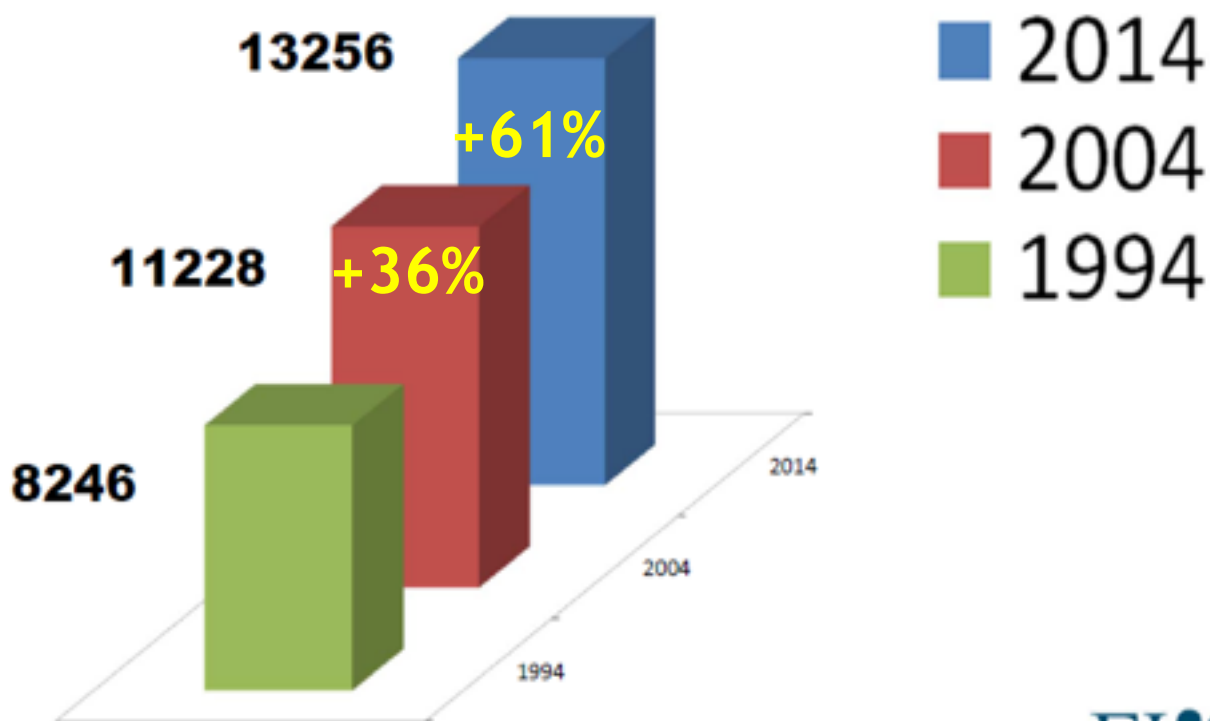
	Totale 802.763	su 1000 abitanti	media medico
accessi	7.142.779	8.898	12.509
accessi/mese	595.232	741	1.042
accessi 2014 43.845.000			
accessi/giorno: >50 per MMG			
PPIP	68318	85	120
PPIP /mese	5693	7	10
Vaccinati 2013	129757	162	227
Vaccinati 2014	115995	144	203



«I MEDICI DI MEDICINA GENERALE... DANNO I NUMERI !!!»
BILANCIO DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE DEL VENETO ANNO 2014

Variazione del carico assistenziale

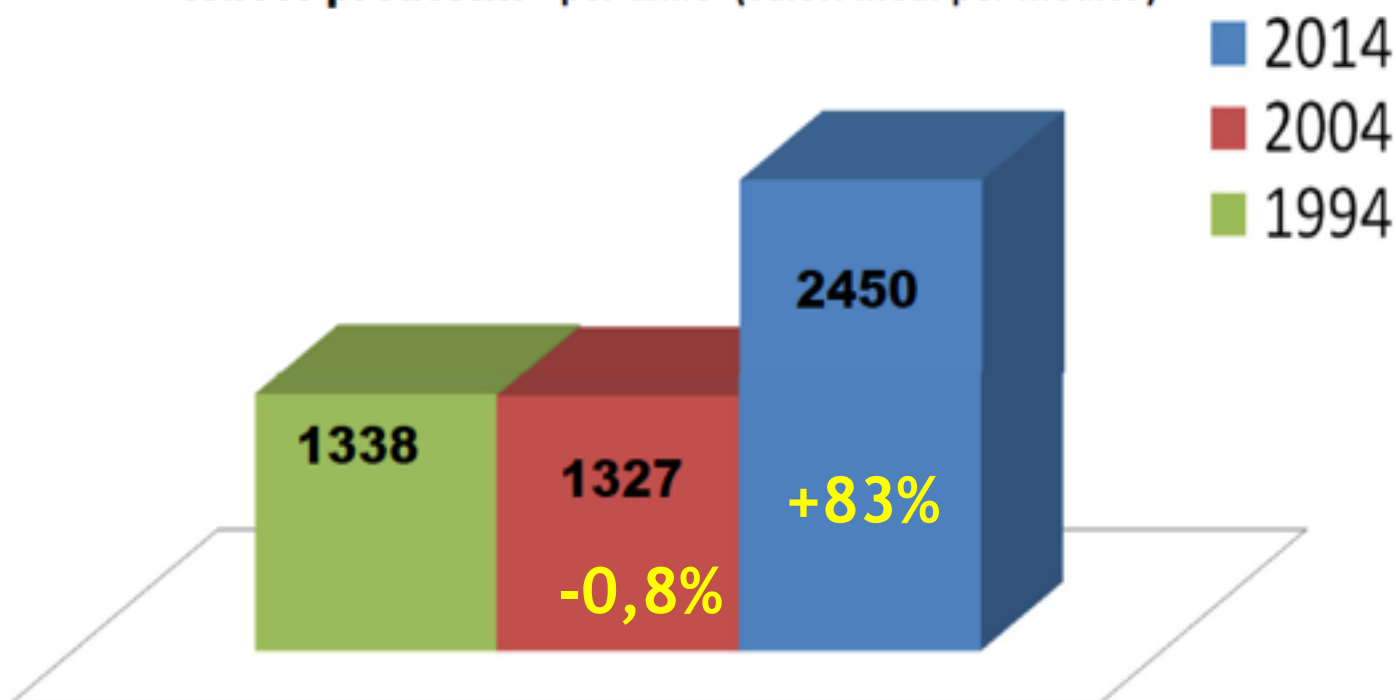
Numero ACCESSI /ANNO (valori medi per medico)



«I MEDICI DI MEDICINA GENERALE... DANNO I NUMERI !!!»
BILANCIO DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE DEL VENETO ANNO 2014

Variazione del carico assistenziale

“Nuovi problemi” per anno (valori medi per medico)



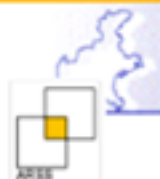
«I MEDICI DI MEDICINA GENERALE... DANNO I NUMERI !!!»
BILANCIO DI ATTIVITA' DELLA MEDICINA GENERALE DEL VENETO ANNO 2014

La Qualità percepita dai pazienti

12.650 questionari:

Q_{n.20}

Agenzia
Regionale
Socio
Sanitaria
del Veneto



- Gradimento del medico
- Accessibilità
- Contattabilità telefonica
- Disponibilità a cure domiciliari
- Organizzazione di segreteria
- Accoglienza
- Competenza
- Attenzione alla persona
- Counselling

INDAGINE SUGLI UTENTI DELLE CURE PRIMARIE
(Medici di famiglia e Guardia Medica)

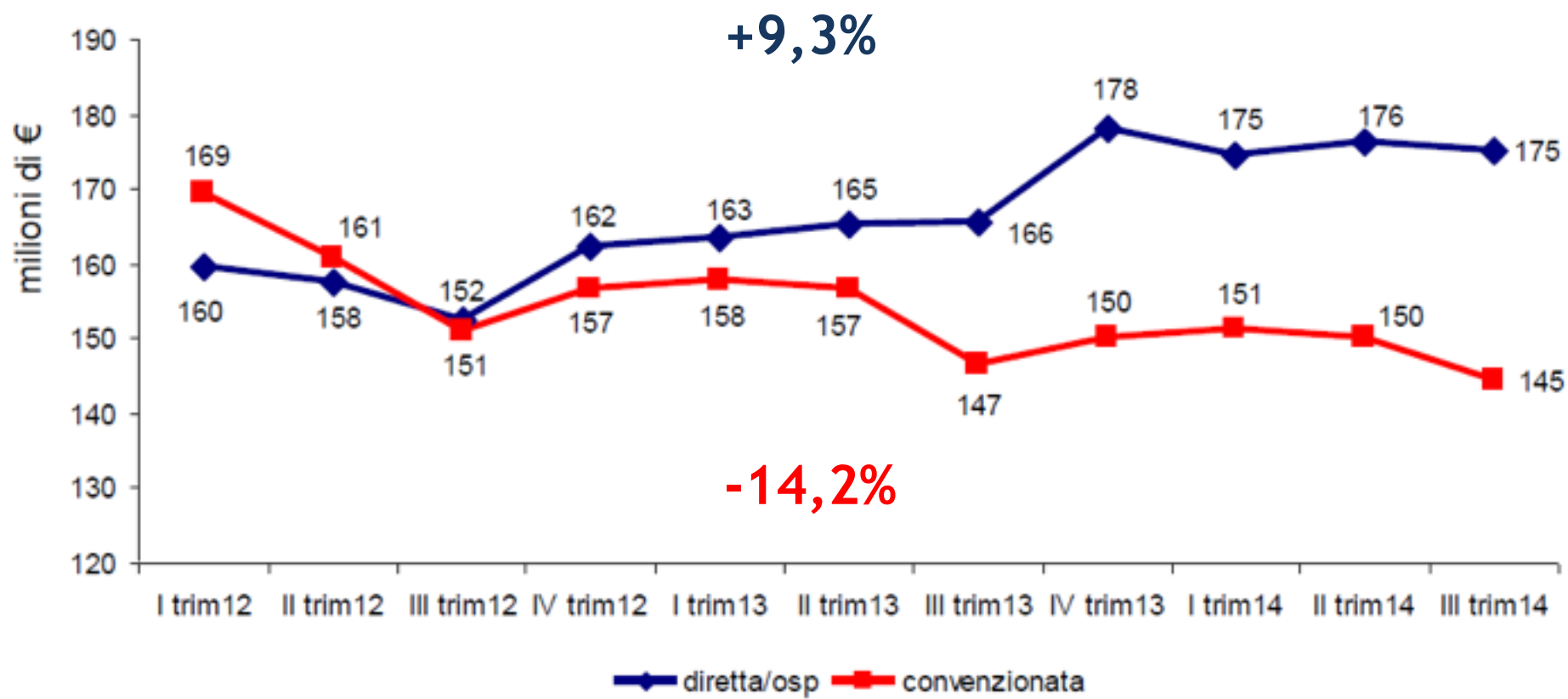
METODOLOGIA E RISULTATI
febbraio 2012

Rispetto e attenzione

Cortesìa, considerazione, sensibilità e rispetto caratterizzano ogni interazione con gli assistiti.

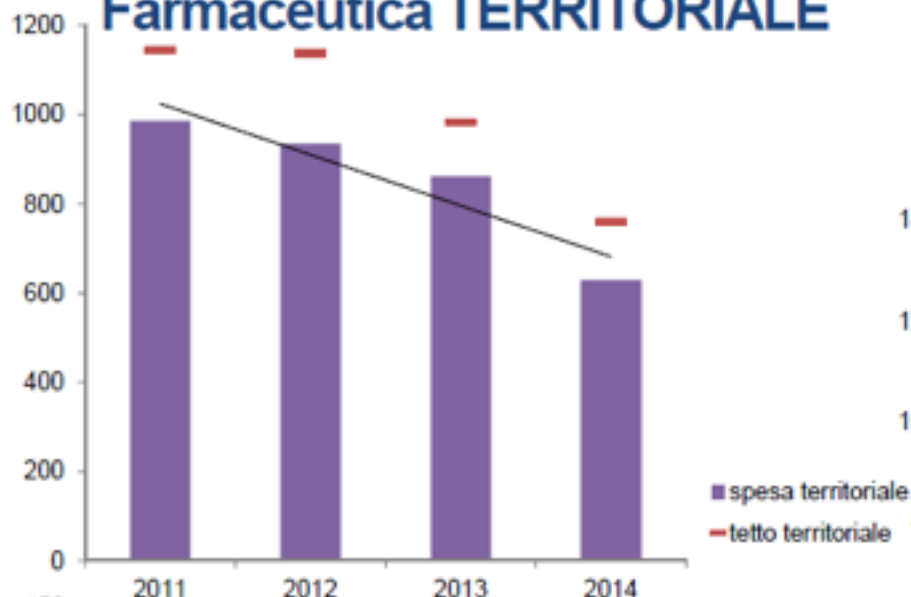
RISPOSTE DEI PAZIENTI	Complessivamente si è sentito trattato con rispetto e dignità?		Il MdF ha ascoltato attentamente tutto quello che lei aveva da dire?	Le è stato dedicato un tempo sufficiente per parlare con il MdF del suo problema di salute?	La visita o il colloquio con il MdF sono stati interrotti da telefonate ricevute dal medico?
	Medico di famiglia (MdF)	Medico Guardia Medica			
Si, spesso/ assolutamente	89%	78%	85%	67%	53%
Si, a volte/ in parte	10%	18%	13%	30%	
No	1%	4%	2%	3%	47%

Regione Veneto : trend spesa convenzionata ed ospedaliera-Diretta -DPC

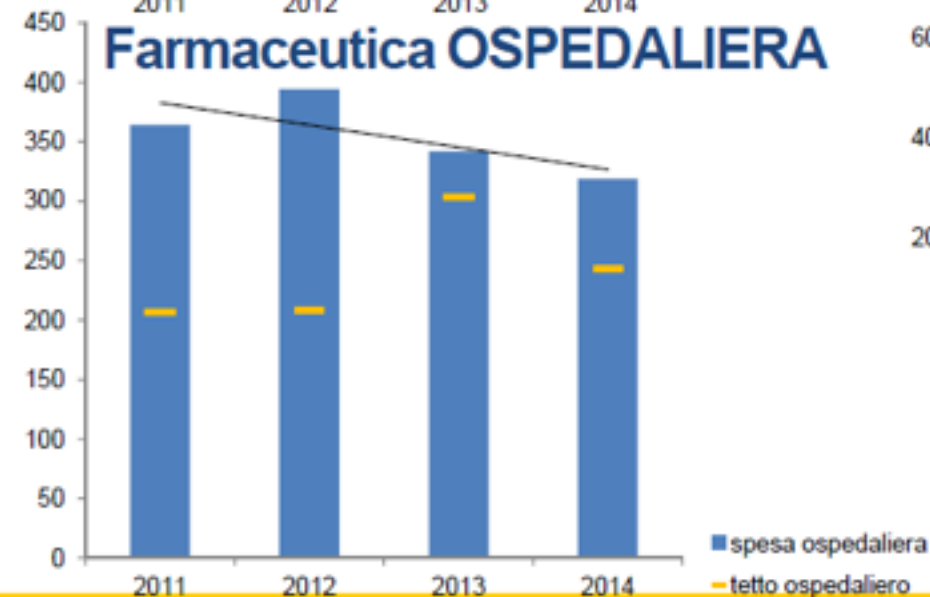




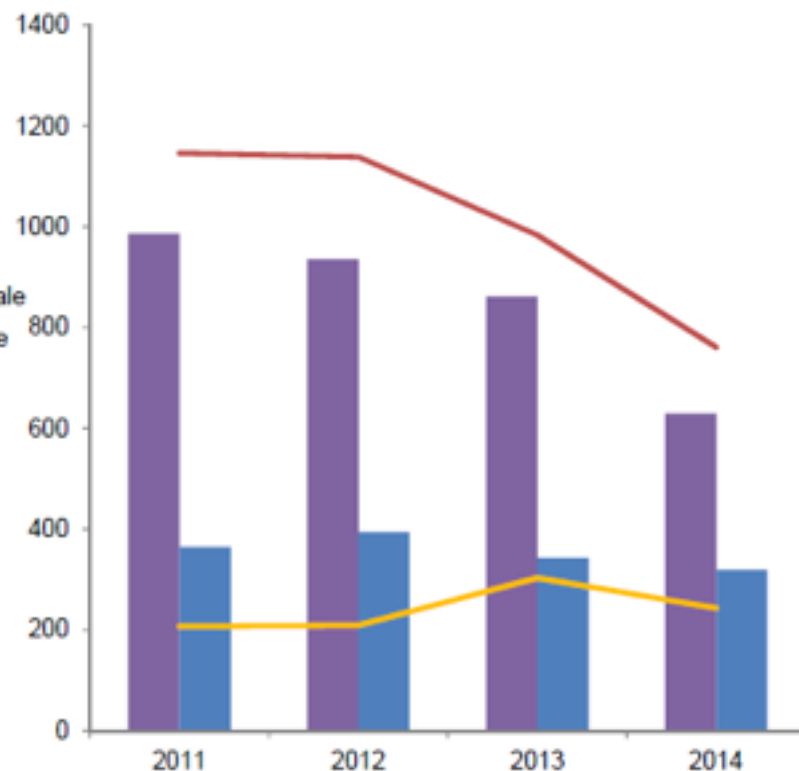
Farmaceutica TERRITORIALE



Farmaceutica OSPEDALIERA



Farmaceutica TOTALE





Regione Veneto: Risorse disponibili

	2011		2012		2013		Gen-set 2014	
	Tetto % FSR	Valore (mil €)	Tetto % FSR	Valore (mil €)	Tetto % FSR	Valore (mil €)	Tetto % FSR	Valore (mil €)
Territoriale	13,3%	1.146	13,1%	1.138	11,35%	983	11,35%	760
Ospedaliera	2,4%	207	2,4%	209	3,5%	303	3,5%	243
Totale tetto	15,7%	1.353	15,5%	1.347	14,85%	1.286	14,85%	1.003

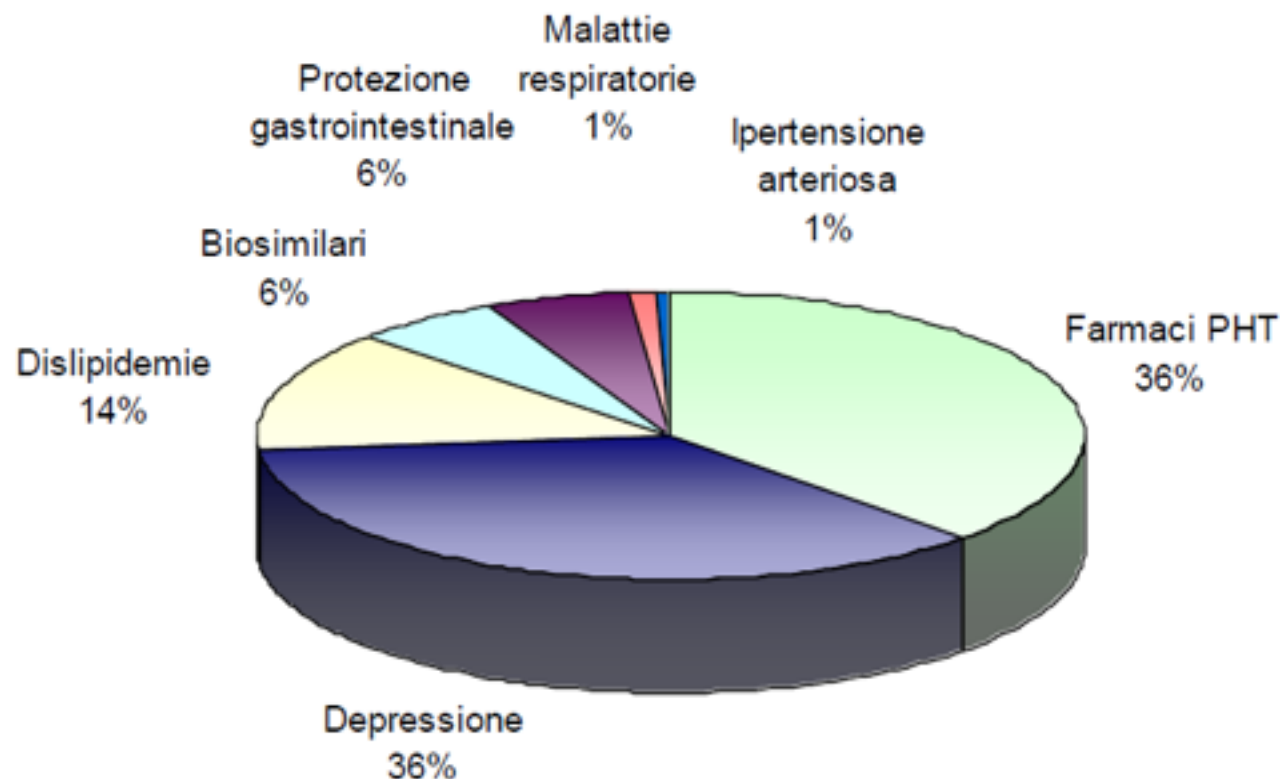
Rispetto del tetto nazionale

	2011		2012		2013		Gen-set 2014	
	% su FSR	Valore (mil €)	% su FSR	Valore (mil €)	% su FSR	Valore (mil €)	% su FSR	Valore (mil €)
Regione Veneto Territoriale	11,44%	986	10,8%	935	10,0%	862	9,4%	629
Regione Veneto Ospedaliera	-13% 4,22%	364	4,5%	394	3,9%	342	4,6%	319
Spesa Farm. Regione Veneto	15,7%	1.350	15,3%	1.329	13,9%	1.204	14,0%	948

Obiettivi di appropriatezza anno 2014

I risultati

Risparmio gen-set 2014:
15,4 milioni euro





Sanità



Anno XVIII - n. 4
Prima Edizione Aprile 2015
02 - 37.000 copie - L. 10000
n. 1 - L. 10000

Settimanale
27 gennaio - 2 febbraio 2015
www.24oreonline.com

CREA/ Il secondo rapporto sulle performance multidimensionali misurate da tutti gli stakeholder

Toscana, Veneto, Emilia: il top è qui

Campania e Calabria in coda - Intanto nel 2015 le Regioni perdono altri 2,7 mld

Il progetto del Crea Sanità dell'Università di Roma Tor Vergata ritorna per il secondo anno le performance dei Sistemi sanitari regionali dal punto di vista degli stakeholder (operatori, cittadini, professionisti sanitari, manager) e industria (medicini) e secondo 12 indicatori multidimensionali. Al top delle performance Toscana, Veneto, Emilia e Lombardia. Le peggiori risultano Campania e Calabria. La valutazione può essere utile in discussioni per migliorare i risultati: le Regioni devono ottenere un taglio di 2,1 mld per il 2015 tra ammortamento dell'area Fondo sanitario (2 mld) e crescita di 500 mld di attività sanitaria. Questa l'ipotesi sul quale si discute nella ricerca. Niente di scontato: 1 mld di bilancio di gestione.

A PAG. 24

Leo in ritardo tra austerity e new entry

A PAG. 8

Nuova From e vecchi coltelli

Dopo il ritorno degli Italoiani provinciali con l'75% di mortalità, si sciolgono i centri per il voto Proletario. Su una possibile scissione fra i partiti politici, locali e nazionali come la ripartizione delle "competenze".

A PAG. 14

Risk, salto triplo L'Abc delle polizze

Negli ultimi dieci anni le denunce a carico dei medici sono triplicate a oltre 30.000. Un'emergenza lanciata da un sondaggio Dns. E mentre il Crea si prepara la classifica per assicurarsi nel mondo delle polizze assicurative.

A PAG. 11



IL VADEMECUM ONLINE NELLA MERITO

Giovane dottore usa e getta?

Nella nuova classifica Dns abbiamo con 27 le Regioni italiane «investite» una classifica per le prestazioni può tornare gli utenti e banche specializzate in ricerca con contratto pre-approvato a spese del Stato e coinvolgere le commissioni mediche. In questo modo, alcune le Regioni, si risolve il problema dell'attuale finanziaria e si inserisce il giovane nel mondo del lavoro senza aspettare i capitali italiani. Ma allora, aggiungono i provinciali, si gliel'ha i servizi ed il più completo si fanno i conti e fanno del personale le costate. Non è così.

e anche le Regioni, perché i medici specializzati della fine di specializzare e poterlo anche per costruire un contratto di alleggerimento. Oppure i provinciali non si convengono alcuni ritardi che le Regioni, con questa manifestazione a fare proprio un'interferenza e convegni? Gli specialisti «verrebbe allora non sarebbe forse possibile?». E che fine fanno le piante regionali? Assommo il sottoparlamento il conflitto e il punto è che gli "Italoiani Anziani" attraverso l'occasione strada senza anche per molti di loro è getta (p. 11).

CORTE DEI CONTI

«Così tagliate la salute»

Allarme per le manovre - Montagne di debiti - 70 mld

Senza le Regioni e la sanificazione del Sud le più penalizzate dalle manovre di contenimento della spesa 2008-13 e la qualità ha subito una compressione della spesa nell'ultimo trimestre in particolare, nella sanità. La natura, dopo le crisi sul personale e la spesa farmaceutica, è in corso.

Nel 2013, infatti, il più in della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è pari al 79,87% rispetto al 76,90% del 2012.

È in generale il Sud una manovrando riduzione pro-pria grazie agli efficaci meccanismi di contenimento.

Ma attenzione, se gli obiettivi di equilibrio finis-

sono sono stati ottenuti, il rischio - scade gli rapporti investimenti in tecnologia e infrastruttura - è che il paese di un deficit contabile e un deficit patrimoniale.

Lo rileva la «Relazione sulla gestione finanziaria» della per l'esercizio 2013 degli enti territoriali» della Corte dei conti. Secondo le stime, la spesa sanitaria complessiva rappresenta un'ulteriore riduzione del 2013.

Il 2013, infatti, il più in della spesa sanitaria su quella corrente complessiva è pari al 79,87% rispetto al 76,90% del 2012.

Ma attenzione, se gli obiettivi di equilibrio finis-



A PAG. 47

IN VETRINA

Semaforo verde al Dpcm precari

Il Dpcm precari passa il vaglio della Conferenza Stato-Regioni, convalida Anziani pag. 47. In discussione 2100. Sodalità il ministro Lorenza. (Servizio a pag. 47)

▼ **Sanità periferica: via libera al riparto 2014**
La Conferenza Unificata ha approvato il riparto 2014 per la cura specialistica: 197 mld al Sud. (Servizio a pag. 7)

▼ **Dati-Bocconi: investimenti mirati sulla sanità**
La ricerca evidenzia i rischi con il progetto Financing. Ma serve un governo sostenibile. (Servizio a pag. 11)

GUIDA ALLA LETTURA	
Primo Piano	1-4
Dal Governo	5-8
Speciale	9-11
Interni	12-14
Direttri	15
Attualità/Territorio	16-18
Lettere/Professioni	19-20
La Giurisprudenza	21

A PAG. 17
Fisco
«Tutto» sullo split payment che prevede il pagamento dell'Iva direttamente all'Erario

A PAG. 18
Previdenza
Guida pratica ai contributi figurativi: quando è necessario presentare la domanda

A PAG. 19
Giurisprudenza
Il dirigente che avalla l'inerzia politica è responsabile dell'aumento dei costi

Il Sole 24 ORE Sanità è anche una APP
Scaricala gratuitamente

LA STAMPA

SALUT E

La Corte dei Conti: “Con i tagli alla Sanità a rischio i livelli minimi di assistenza”.

Il dato emerge dalla relazione sulla gestione finanziaria per il 2013 degli enti territoriali.

**20 GENNAIO
2015**

LA STAMPA SALUTE

...i tagli lineari su importanti voci di bilancio hanno portato a un costante e progressivo riassorbimento dei deficit e a una contrazione complessiva della spesa sanitaria pari al 2,8% dal 2010 al 2013. Ma, ulteriori risparmi, avverte la Corte, ottenibili con un aumento dell'efficienza, soprattutto se non reinvestiti in ambiti in cui è più carente l'offerta di servizi sanitari, come ad esempio l'assistenza territoriale e domiciliare oppure l'ammmodernamento tecnologico e infrastrutturale <<potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei Lea, facendo emergere, nel medio

Università Bocconi

SDA Bocconi

Cergas

RAPPORTO OASI 2014

OSSERVATORIO SULLE AZIENDE E SUL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

**A cura di Francesco Longo, Elena Cantù,
Patrizio Armeni, Clara Carbone, Alberto Ricci**

RAPPORTO OASI 2014

- Dal 2009 la spesa pubblica è rimasta stabile e nel 2013, prima volta dal 1995, vi è una riduzione rispetto al 2012.
- Il peso della spesa sanitaria pubblica sul PIL diminuisce nel 2013, 7,3%, rispetto al 7,2% del 2012.
- Anche il disavanzo sanitario si è significativamente ridotto e si attesta, ormai dal 2011, a 1-1,5 miliardi di euro, quindi intorno all'1% della spesa corrente.

RAPPORTO OASI 2014

Come è stato possibile ottenere questo importante contenimento della spesa?

1. Riduzione degli *input*, in termini sia di volumi, sia di costi unitari di acquisto.

- Le retribuzioni dei dipendenti pubblici sono ferme da 5 anni e la spesa per il personale si è ridotta di circa l'1,5% l'anno negli ultimi 3 anni.
- La spesa per la farmaceutica convenzionata si è ridotta del 7,6% l'anno negli ultimi 3 anni.
- Tagliati i costi unitari di beni e servizi.
- Ridotte le tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate dai produttori privati accreditati.

RAPPORTO OASI 2014

Perché queste misure aumentino davvero l'efficienza del sistema è però necessario che si verifichino due condizioni:

A. Un'effettiva presenza di sacche di inefficienza.

B. Lo sviluppo di sufficienti incentivi per spingere le aziende a cercare soluzioni per “dare gli stessi servizi con meno”.

RAPPORTO OASI 2014

Come è stato possibile ottenere questo importante contenimento della spesa?

2. Migliorare l'efficienza del sistema mantenendo costanti le risorse, ma richiedendo più output.

In molti setting assistenziali (riabilitazione, attività ambulatoriali, strutture socio-sanitarie ecc.), per esempio, le tariffe unitarie delle prestazioni sono rimaste formalmente stabili, ma nei fatti si sono forzati i produttori a trattare casi più complessi e costosi.

RAPPORTO OASI 2014

Le logiche alla base di questi interventi presuppongono che si possano garantire livelli qualitativi dei servizi più elevati a parità di risorse.

Anche in questo caso, però, ciò è vero solo se esistono, e finché esistono, reali sacche di inefficienza.

RAPPORTO OASI 2014

Come è stato possibile ottenere questo importante contenimento della spesa?

3. Agire direttamente sul contenimento degli *output*, cioè dei volumi di prestazioni da erogare, attraverso forme di governo degli accessi, quali, ad esempio, le liste d'attesa o i tetti sui volumi di prestazioni erogabili.

L'introduzione di tetti per i privati accreditati ha portato questi ultimi ad utilizzare ormai poco più del 70% della propria capacità produttiva, perché altrimenti supererebbero i budget di produzione riconosciuti dal SSN.

RAPPORTO OASI 2014

Come è stato possibile ottenere questo importante contenimento della spesa?

4. Aumento del copayment.

*La compartecipazione alla spesa dal 2008 ha iniziato un percorso di crescita che ne ha raddoppiato il valore, da circa 1,6 miliardi di euro fino a circa 3 miliardi nel 2013. Il dato è conseguenza della progressiva regionalizzazione delle politiche relative ai ticket sulla farmaceutica, sulla specialistica e sul pronto soccorso e dell'introduzione, nel 2011, del cosiddetto *super-ticket sulla specialistica*.*

RAPPORTO OASI 2014

Tra il 2011 e il 2012, si è avuto una riduzione del numero medio di prestazioni specialistiche/anno per assistibile.

Tale riduzione riguarda prevalentemente la domanda qualificabile come "inappropriata" o è riferita a prestazioni "appropriate" a cui i cittadini hanno rinunciato per l'elevato costo dei ticket?

E' sempre auspicabile perseguire il contenimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in una fase storica caratterizzata dal forte sviluppo delle tecniche diagnostiche, da perduranti politiche di de-ospedalizzazione e dal prevalere di patologie croniche di lungo corso?

RAPPORTO OASI 2014

Non è vero che il cittadino si rivolge al privato, direttamente o tramite polizze assicurative, per “vicariare” ciò che il pubblico non fornisce per motivi di appropriatezza, equità o vincoli di bilancio.

La spesa sanitaria privata è diminuita dell'1,5% nel 2012 e del 5,3% nel 2013, in parallelo alla diminuzione della spesa pubblica.

Le prestazioni sanitarie private sembrano essere vissute dagli italiani come un bene di “lusso”, ovvero un insieme di servizi che, alla riduzione del reddito, vengono esclusi o posticipati per primi dal paniere delle scelte di acquisto.

Razionalizzazione o Razionamento?

Più del 50% delle prestazioni sanitarie sono a totale carico dei cittadini

- Il 95% delle prestazioni odontoiatriche sono a pagamento
- Il 55% degli anziani non autosufficienti provvedono coi propri mezzi
- Il 55% delle prestazioni specialistiche è privata
- ...

Francesco Longo, Stati Generali Sanità Regione Veneto, 2015

Razionalizzazione o Razionamento?

Negli ultimi mesi vi è una esplosione di offerte di pacchetti di polizze sanitarie integrative per i cittadini. Molte categorie di lavoratori hanno contratti che contemplano la possibilità di accedere ad una integrazione assicurativa sanitaria privata, pagata da loro e dal datore di lavoro.

Scenari futuri

Non è un mistero che è in studio un sistema che prevede che ogni cittadino sia fornito di una attestazione ISEE.

Sarà poi deciso quale sarà il reddito personale/familiare al di sopra del quale si dovrà, in parte o per tutto, partecipare alla spesa delle prestazioni sanitarie.

Scenari possibili

1. Scenario “Sviluppo della sanità out of pocket”

- | Le risorse destinate al SSN rimangono stabili nel tempo oppure decrescono leggermente
- | Decresce l'incidenza della spesa SSN sul totale della spesa sanitaria, con un parallelo aumento dell'incidenza della spesa “*privata privata*” (out of pocket)
- | Il settore socio-sanitario e quello socio-assistenziale rimangono caratterizzati dalla prevalenza di modalità di cura informali destrutturate e pagate con modalità out of pocket
- | Si sviluppano progressivamente forme assicurative integrative (individuali e collettive) per il finanziamento della quota di out of pocket

Scenari futuri

La preoccupazione dei MMG è che i cittadini che dovranno pagarsi parte o tutte le prestazioni sanitarie, non si sentano più partecipi di un SSN e che preferiscano “investire” il loro denaro in prestazioni che sentano più aderenti alle loro “vision” personali.

Scenari futuri

Stili di vita corretti, prevenzione, diagnosi precoci, pianificazione della cura di malattie croniche, potrebbero non essere priorità perseguite.

La possibilità di richiedere prestazioni non guidate o concordate con un medico della persona e della famiglia potrebbe portare ad un aumento della morbidità e della disabilità con ricadute di sofferenza e di costi per loro e per la collettività.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

ALLEGATO A alla Dgr n. 751 del 14 maggio 2015

**ACCORDO TRA LA REGIONE
E LE OO.SS. DELLA MEDICINA GENERALE
CONVENZIONATA
2 marzo 2015**

LE PARTI CONCORDANO

di procedere allo sviluppo delle Cure primarie attraverso la diffusione del modo di Medicina di Gruppo Integrata, approvando il “contratto di esercizio-tipo”.



ACCORDO TRA LA REGIONE E LE OO.SS.
DELLA MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA
2 marzo 2015

Le Medicine di Gruppo Integrate (MGI) devono garantire agli assistiti:

- Una **maggiore accessibilità**, assicurando la **copertura h12** attraverso la presenza della medicina di famiglia nella sede di riferimento con una **integrazione** effettiva **con la Continuità Assistenziale per garantire una efficace copertura h24**.
- Una **presa in carico effettiva della cronicità** sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale, contestualizzati nelle realtà aziendali.
- Le **MGI vengono a costituire il fulcro** su cui dovrà riorganizzarsi l'intero assetto **dell'assistenza territoriale** in conformità alle linee strategiche delineate dal Piano Socio-Sanitario Regionale.



SCHEMA DI “CONTRATTO DI ESERCIZIO-TIPO” PER LE MGI

FATTORI DI QUALITA'	OBIETTIVI
<i>Globalità ed Equità</i>	<i>Redazione della Carta dei Servizi</i>
	<i>Attività di prevenzione</i>
	<i>Assistenza ai malati cronici</i>
	<i>Formazione e audit</i>
<i>Tenuta scheda sanitaria</i>	<i>Utilizzo di software con caratteristiche di completa interoperabilità tra i medici di</i>
<i>Accessibilità</i>	<i>Apertura sede centrale, contattabilità telefonica, presenza del MMG, del personale</i>
	<i>Accessi in studio su prenotazione</i>
	<i>Medicina di iniziativa per i malati cronici</i>



SCHEMA DI “CONTRATTO DI ESERCIZIO-TIPO” PER LE MGI

FATTORI DI QUALITA'	OBIETTIVI
<i>Partecipazione alla governance</i>	<i>Rispetto degli obiettivi assegnati alle Aziende ULSS con specifico provvedimento della Giunta Regionale per quanto di competenza del MMG</i>
<i>Sedi e locali</i>	<i>Almeno uno studio ogni 2 MMG nella sede centrale Un locale con spazio polivalente</i>
<i>Forniture di materiali e dotazioni</i>	<i>Personale infermieristico: uno ogni 3.600 assistiti collaboratori di studio: uno ogni 2.400 assistiti L'Azienda ULSS provvede a: fornire materiali per medicazioni, farmaci, strumentazioni per interventi di piccola</i>

BERLIN

**GRAZIE
PER
L'ATTENZION
E**

**6 GIUGNO
2015**