

POLICY DIALOGUE
La riduzione dei tempi di attesa e la gestione delle liste di attesa: strategie e metodi di attuazione
 Reducing waiting times and managing waiting lists: exploring options and implementation strategies

REGIONE DEL VENETO

Fondazione
SSP
 Scuola di Sanità Pubblica

13-14 NOVEMBRE 2015
 SCUOLA GRANDE SAN GIOVANNI EVANGELISTA
 SESTIERE DI SAN POLO, 2454 - 30125 VENEZIA
 ingresso principale al civico 2454

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINDE AUTONOME
 è stato richiesto il patrocinio

European Observatory on Health Systems and Policies
 a partnership limited by WHO

COMUNICATO STAMPA

La riduzione dei tempi di attesa e la gestione delle liste di attesa: strategie e metodi di attuazione

Venezia, 15 novembre 2015 – Si è concluso il *Policy Dialogue* incentrato sul tema della riduzione delle liste di attesa: gli Stati hanno l'obbligo di garantire ai cittadini un rapido accesso alle cure sanitarie. Nonostante in molti Paesi sia stata resa obbligatoria la pubblicazione dei trend relativi ai tempi di attesa e siano state introdotte garanzie per un più rapido accesso alle cure, permangono eterogeneità nella misurazione dei tempi stessi e nella gestione delle liste. L'evento ha visto un confronto aperto fra rappresentanti di istituzioni, medici ed esperti del settore anche a livello internazionale.

Dopo aver letto il messaggio di saluto del Ministro della Salute **Lorenzin, Fabrizio Boron**, Presidente della V Commissione Consiliare Politiche socio-sanitarie della Regione ha spiegato che un fattore importante da considerare è l'appropriatezza prescrittiva. Boron ha citato il progetto di legge attualmente in discussione PDL n. 24 del 2015 con il quale va garantita la riduzione delle liste di attesa. Tale progetto di legge interviene anche nel campo dell'appropriatezza prescrittiva e farà in modo che i prescrittori del sistema sanitario regionale del Veneto attribuiscono la corretta classe di priorità indicando il sospetto diagnostico che dovrà essere sempre rispettato nell'ottica di un assoluto impegno da parte della sanità regionale per rispondere ai bisogni della gente.

Josep Figueras, Direttore dell'Osservatorio europeo per i sistemi e le politiche sanitarie – ha spiegato come i paesi più ricchi e più evoluti sono quelli con un forte stato sociale, come dimostrano le nazioni del Nord Europa. *“L'attuale crisi finanziaria sta inducendo la maggior parte dei Paesi europei a tagliare i costi e/o a ridurre i servizi, ma i tagli di oggi rischiano di trasformarsi in un maggior onere futuro”* - ha proseguito Figueras – *“La Catalogna, ad esempio, ha deciso di aggirare le normative nazionali e di estendere agli immigrati irregolari l'accesso al servizio sanitario pubblico, in un'ottica di prevenzione di maggiori costi futuri e quindi di investimento sul medio e lungo periodo. Secondo l'Osservatorio europeo gli investimenti nella sanità e nel welfare generano ricchezza e sviluppo, a patto che la spesa sanitaria sia efficiente e appropriata”*.

Mario Del Vecchio, Professore Università di Firenze e SDA Bocconi, ha spiegato la struttura dei consumi sanitari privati definendone la composizione e le sue dinamiche interne che, diversamente dal livello aggregato, sono ancora poco conosciute e analizzate in Italia. *“La spesa sanitaria privata si distingue in intermediata dalle assicurazioni e out of pocket, cioè interamente o parzialmente a carico delle famiglie. Nell'ottica di un confronto internazionale, il dato sulla spesa sanitaria privata appare tendenzialmente in linea con la media (OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development) e vicino a paesi di stampo universalistico come Francia, Germania e Regno Unito, dove la spesa nel settore privato si aggira tra il 18 e il 22 % della spesa sanitaria totale. L'altro dato che si rileva e più attendibile è quello fornito dai principali operatori del settore assicurativo che colloca l'insieme dei rimborsi intorno ai 4,4 miliardi di euro con una popolazione coperta di circa 10 milioni di persone”*.

Del Vecchio ha poi illustrato i due casi di successo del nostro paese: il Veneto e l'Emilia Romagna. Nell'ottobre 2015, in Veneto, è stato rispettato il tempo d'attesa per il 95% di 35.269 pazienti di classe b con una media di 15 giorni per il trattamento. Le prestazioni, dove applicabile, sono distinte in: prime visite, visite di controllo, altro.

Al fine di agevolare una analisi della appropriatezza sulle prescrizioni, la Regione Emilia Romagna ha profuso il massimo impegno nella implementazione della ricetta dematerializzata su tutto il territorio regionale, risultando uno degli attori con l'applicazione più estesa. 334.382 ricette specialistiche a settimana il 35,7% delle quali viene controllato dal sistema rilevando ripetizioni di prescrizioni non previste da protocollo sanitario.

Domenico Mantoan, Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Regione del Veneto. Il problema delle liste di attesa è un problema comune a tutte le ULSS. L'ULSS 4 ha lavorato molto sulla revisione organizzativa ospedaliera, riuscendo ad ottenere un numero di ore e di prestazioni ospedaliere ben definito e chiaro. *“L'obiettivo di fondo - ha spiegato Mantoan - rimane sempre stabilizzare domanda e offerta, parificandole tra loro per una migliore programmazione generale. In Veneto ci sono aree con molta offerta e altre con meno. Per questo la singola ULSS può acquistare prestazioni dal privato, anche se ancora non accreditato, a patto che esistano già i requisiti richiesti per l'accreditamento. Si è parlato molto della gestione dei CUP e dei Call Center: opinione comune e condivisa dai vari attori è che essa debba essere preferibilmente interna all'azienda, e anche nel caso di esternalizzazione, debba comunque avere una gestione e un coordinamento centrale dell'azienda sanitaria stessa, per evitare sfasamenti e difficoltà organizzative”*.

Per la Regione Emilia Romagna ha presenziato **Kyriakoula Petropulacos** che ha delineato la situazione della Regione da lei rappresentata: *“dieci milioni di euro per l'assunzione di nuovi*

professionisti, un responsabile unitario in ogni Asl per l'accesso alle prestazioni specialistiche, un numero verde in ogni Azienda per le prenotazioni telefoniche, apertura degli ambulatori anche nel fine settimana, prestazioni di libera professione a committenza aziendale a tariffa calmierata pari al ticket, accordi con le Regioni confinanti per garantire la reciprocità nell'erogazione di servizi e la creazione di un Osservatorio regionale per i tempi di attesa: sono solo alcuni degli interventi in programma nei prossimi 16 mesi per ridurre le liste di attesa in sanità in Emilia-Romagna”.

Tra gli ospiti internazionali, **Willy Palm**, Dissemination Development Officer, European Observatory on Health Systems and Policies, ha spiegato come non vi è alcuna definizione chiara da parte dell'UE del concetto di misurazione dei tempi di attesa. Palm ha fornito una visione di coloro che richiedono un intervento e mostrato quali possano essere le informazioni necessarie che influenzano la decisione di venir curati in un paese UE piuttosto che in un altro. Le statistiche rilevano che al primo posto la gente sceglie in base agli standard di qualità applicati (33%), i livelli di rimborso (31%), la reputazione di chi eroga la prestazione (28%), e i tempi di attesa (23%).

Karsten Vrangbæk dell'Università di Copenaghen ha fornito una descrizione della situazione dei tempi di attesa in Danimarca. Col nuovo governo del 2011, è prevista una garanzia di diagnosi di 1-2 mesi al trattamento a seconda dell'urgenza della malattia. In Danimarca il tempo di attesa di trattamento per un paziente psichiatrico risulta un mese massimo. Vrangbæk ha inoltre descritto lo scenario nei paesi nordici europei partendo dalla Norvegia che individua 3 fattori principali per dare un numero preciso di tempo di attesa: la gravità della malattia, l'aspettativa di efficacia del trattamento, il costo atteso del trattamento. In Svezia vi è un accordo chiamato 1-7-90-90 per il quale un paziente riceve: una risposta il giorno stesso che presenta la richiesta di intervento, una visita dal medico di base entro 7 giorni, una visita specialistica dopo il rinvio entro 90 giorni e l'intervento chirurgico, ove necessario, entro 90 giorni.

Pedro Andrade Gomes, Coordinatore di Central Administration of the Health System (ACSS), Portogallo, ha descritto il modello portoghese: per quanto riguarda le risorse, ci sono 427 medici, 235 posti letti e 1400 unità di base per 100.000 abitanti. Il tasso di mortalità infantile è del 3,4 % e l'aspettativa di vita arriva a circa 80 anni. Il problema di accesso si è manifestato a causa dei ritardi e di alcune inequità. Il cambiamento tecnologico e demografico ha rafforzato la necessità di interventi. Con la nascita del SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia) il tempo di attesa medio si è ridotto da 9 a 3 mesi registrando un volume di circa 1,5 milioni di euro per il 2014.

Contatti:

Ufficio Stampa Motore Sanità

Chiara Gallochio

0112630027 – 3278950395

comunicazione@motoresanita.it