

RAPPORTO LIFE

2018

FOCUS LISTE D'ATTESA

Centro Studi Life Sardegna

Acli Salute @ FAP

Collettivo Sanitario

Focus Liste d'attesa

ANCORA MOLTO DA FARE. PRIMA PARTE

Liste d'attesa in Sardegna, ancora molto da fare (prima parte)

N.C. è di Ittiri: a lui hanno fissato una risonanza alla colonna vertebrale senza liquido di contrasto, nel settembre del 2019 a Sassari, mentre a Cagliari gli è stata fissata nella stessa giornata. Ha l'auto, è partito alle 14 e alle 18, puntuale all'appuntamento, pagato il ticket, la risonanza è stata eseguita. Una giornata di lavoro persa, oltre al disagio, i costi, ma la salute viene prima di tutto. Alla signora G.S. di Porto Torres hanno fissato una risonanza all'encefalo a Nuoro ad Aprile del 2019, con 337 giorni di attesa. Non ha le risorse per una prestazione privata da 250 euro ma non può neanche aspettare così tanto, dovrà fare un sacrificio e pagare andando peraltro a Oristano o Cagliari perché a Sassari le attrezzature disponibili sono destinate a chi è ricoverato. La signora G.G. ha avuto un appuntamento per una Tac a Giugno del 2019 a Sassari mentre a C.C. di Sassari per una mammografia le hanno proposto 240 giorni di attesa.

Non è un buon biglietto da visita per il secondo obiettivo strategico, l'abbattimento delle liste d'attesa, dell'ATS, l'azienda unica della sanità, creata per razionalizzare il sistema più sprecone d'Italia (il primo è il recupero di parte dei 400 milioni all'anno sprecati per una sanità che non funzionava). A quasi due anni dall'avvio dell'azienda, un primo bilancio provvisorio dice che sul fronte del recupero degli sprechi i risultati anticipati dal manager parlano di 200 milioni recuperati nell'anno in corso, mentre si va verso l'assunzione di oltre 1500 tra sanitari e non, dopo anni di precariato e di blocco delle assunzioni, iniziati dal 2011 con le norme antidefault del governo Monti, necessarie ad evitare l'impennata dello spray e il crollo dell'euro. Quindi bene nel lavoro di riduzione del deficit, stabilizzazioni dei precari e nuove assunzioni per il ricambio generazionale in corso ma sul fronte delle liste d'attesa i risultati tardano ad arrivare, soprattutto in alcune parti dell'isola.

La ministra della salute Giulia Grillo si è distinta per due iniziative in questi primi mesi di mandato ministeriale, la circolare di rinvio sui vaccini per rispondere ai supporter antivax e la richiesta alle regioni di un report sulla gestione delle liste d'attesa e sulla attività libero-professionale intramurali per poter varare un nuovo piano nazionale di gestione delle liste d'attesa (PNGLE) dopo quello del 2010-2012, affidando ad una fondazione autonoma, la GIMBE, il compito di predisporre lo stato dell'arte sull'attività dei sistemi sanitari regionali. Secondo un primo report della fondazione 6 regioni non danno informazioni pubbliche, 10 regioni o province autonome danno informazioni di media qualità e solo 5 dispongono di sistemi avanzati di rendicontazione pubblica. La Sardegna sta nel gruppone dei 10 con un voto sufficiente perché rende disponibili i dati di rilevamento da ottobre 2014 ad aprile 2018 con una periodicità semestrale.

Sono 43 le prestazioni sottoposte al monitoraggio della regione Sardegna: 14 visite la cui erogazione deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta, e 29 prestazioni diagnostiche, dalle mammografie, all'elettrocardiogramma, alla Tac o alla risonanza per le quali i giorni massimi di attesa non devono superare i 60 giorni. In entrambi i casi i 30 e i 60 giorni sono per le prestazioni ordinarie, dalle quali sono escluse le visite di controllo che possono avere tempi diversi e le prestazioni dichiarate urgenti dal medico che devono esser erogate entro 5 gg lavorativi: lo dice il decreto legislativo 128 del 1988 che sancisce obblighi del sistema sanitario e delle regioni e diritti dei pazienti. E tra i diritti dei pazienti c'è anche quello di non sentirsi rispondere che le liste d'attesa e le agende sono bloccate e di ottenere la prestazione entro i tempi di legge, nel territorio circostante, attraverso il ricorso all'intramoenia o alla prestazione privata che poi viene rimborsata dalla Regione, con un costo maggiore per il sistema pubblico.

Nell'ottobre 2014, viene pubblicato il primo monitoraggio delle liste d'attesa, per iniziativa dell'attuale Giunta mentre era obbligatorio già dal 2010 anno di avvio del piano nazionale di gestione delle liste d'attesa.

Tempi di attesa regionali ottobre 2014

	Prestazione	Codice Prestazione	N. prestazioni prenotate	Media gg	Mediana gg
1	Visita cardiologica	89.7	4219	69	44
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	79	112	115
3	Visita endocrinologica	89.7	1233	119	120
4	Visita neurologica	89.13	1260	61	38
5	Visita oculistica	95.02	5123	105	90
6	Visita ortopedica	89.7	2185	46	42
7	Visita ginecologica	89.26	862	36	19
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	2262	34	29
9	Visita urologica	89.7	1107	80	59
10	Visita dermatologica	89.7	2483	50	43
11	Visita fisiatrica	89.7	1384	38	29
12	Visita gastroenterologica	89.7	263	95	98
13	Visita oncologica	89.7	117	34	16
14	Visita pneumologica	89.7	598	44	28
	Max 30 giorni		23.175	65,9	55,0
				Out 14/14	Out 9/14

Uno sguardo alla tabella pubblicata nel 2014 ci dice ci volevano in media 65 giorni per avere una visita che di norma va erogata entro i 30 giorni, con punte massime oltre i 100 giorni per la chirurgia vascolare, l'oculistica e l'endocrinologia.

Solo nel caso di 5 tipologie di visita, oncologica, ginecologica, pneumologica, fisiatrica e otorinolaringoiatrica, le visite in maggior parte venivano fissate entro i termini di legge.

Quale è la situazione nel 2018, ad aprile, dopo quasi un anno e mezzo di azienda unica della sanità?

Tempi di attesa regionali aprile 2018

	Prestazione	Codice Prestazione	N. prestazioni prenotate	Media gg	Mediana gg
1	Visita cardiologica	89.7	2730	69	47
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	73	84	40
3	Visita endocrinologica	89.7	619	108	98
4	Visita neurologica	89.13	913	60	28
5	Visita oculistica	95.02	2645	119	104
6	Visita ortopedica	89.7	1517	37	34
7	Visita ginecologica	89.26	554	36	28
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	1523	35	25
9	Visita urologica	89.7	653	111	76
10	Visita dermatologica	89.7	1332	48	48
11	Visita fisiatria	89.7	1070	28	21
12	Visita gastroenterologica	89.7	209	88	84
13	Visita oncologica	89.7	17	16	7
14	Visita pneumologica	89.7	457	61	48
	Max 30 giorni		14.312	64,3	49,1
				Out 12/14	Out 9/14

Si può osservare un miglioramento medio che passa dai 66 giorni ai 64 di media, e dai 55 ai 49 di mediana, ovvero dove si posizionano la maggior parte degli appuntamenti, così come si osserva un miglioramento in alcune discipline in particolare l'oncologia che dimezza i tempi di attesa, mentre peggiorano i tempi di attesa delle visite urologiche e restano inattaccabili, oltre i 3 mesi l'oculistica, la gastroenterologica e l'endocrinologica.

Un leggero miglioramento che comunque mette solo 2 prestazioni medie e 5 in mediana (out 12/14 e out 9/14) a termini di legge in termini di erogazione al paziente che altrimenti tende a procedere per altre vie che sono la strada privata o la rinuncia alla prestazione, in caso di risorse economiche limitate.

E ciò che deve preoccupare il decisore pubblico e l'associazionismo dei pazienti, quello di valutazione delle prestazioni del sistema sanitario regionale è il crollo delle richieste. Colpisce il passaggio dalle 23.175 prestazioni richieste nella settimana indicativa di ottobre 2014 alle 14.312 nella settimana indicativa dell'aprile 2018, un crollo del 40% che racconta con grande probabilità la reazione alla lunghezza delle liste d'attesa: il ricorso al privato non convenzionato, con effetti indiretti sull'economia e sui consumi delle famiglie, o la rinuncia alla prestazione sanitaria.

Monitoraggio 14 visite max 30 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa
Ottobre 2014	23.175	65,9	55,0
Aprile 2018	14.312	64,3	49,1

Come detto, oltre alle 14 visite monitorate ci sono 29 prestazioni diagnostiche e strumentali oggetto di verifica, prestazioni che contengono risonanze, tac, controlli finalizzati alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, le più frequenti e pericolose.

In maniera divergente dal dato delle visite, tra l'ottobre 2014, prima rilevazione del nuovo piano di gestione delle liste d'attesa, le 29 prestazioni monitorate vedono un peggioramento dei giorni di attesa.

Monitoraggio 29 prestazioni diagnostiche max 60 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa
Ottobre 2014	18.430	71,2	53,6
Aprile 2018	13.880	80,8	61,9

In media si passa dai 71 agli 81 giorni di media e dai 53 ai 61 di mediana. Le prestazioni che eccedono i tempi di legge crescono e diventano 19 su 29 come tempo medio e 10 su 29 nella mediana dei giorni di attesa.

Superano i 6 mesi i tempi medi per una mammografia con 192 giorni e quelli per una colonscopia che arrivano a 208, entrambe prestazioni per le quali dovrebbe essere operativo un programma di screening finanziato dal ministero che dovrebbe abbattere le liste d'attesa.

Peggiorano i tempi delle TAC superando i 60 giorni per il torace, l'addome e il capo, mentre ci vogliono 3 o 4 mesi per una risonanza magnetica al cervello e tronco encefalico o per la colonna vertebrale.

E cade anche il numero di prestazioni prenotate che passa dai 18.430 a meno di 14.000 con una riduzione delle richieste del 25%, meno rispetto al 40% sulle visite ma comunque significativa come riduzione. D'altronde su una riduzione delle richieste di prenotazione al Cup arriva un dato di conferma anche dal confronto con i dati di aprile e di ottobre 2017 che registrano un crollo delle richieste all'inizio del 2017 e una ripresa costante con un dato ancora lontano dal passato.

Come spiegare questa riduzione? Per la diagnostica ha certamente influito la nuova normativa nazionale che richiede che la prescrizione di alcuni esami debba essere fatta da uno specialista. Il fatto che però siano ridotte anche le richieste delle visite non può che attribuirsi ad una riduzione della fiducia sulla possibilità di ottenere prestazioni in tempi adeguati con il sistema unico di prenotazione tanto che i pazienti non ci provano neanche più in caso di urgenza e vanno direttamente all'erogazione privata o rinunciano del tutto.

Non sono pubblicati sul sito della Regione i dati sugli appuntamenti fissati e non rispettati dai pazienti, che non avvertono della rinuncia alla prestazione, problema diffuso anche in tutte le altre regioni che in maggioranza applicano sanzioni economiche.

La Sardegna infatti, oltre non applicare i super ticket, insieme a Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, non impone sanzioni a chi non si presenta agli appuntamenti prenotati. Questo fenomeno tuttavia è in parte motivato dal fatto che in presenza di appuntamenti a lungo termine il paziente tende a trovare soluzioni in ambito privato, in tempi più brevi.

Tabella sintetica sui tempi di attesa regionali per gli esami diagnostico-

			Ottobre 2014			Aprile 2018	
	Prestazione	N prestazioni prenotate	Media gg di attesa	Mediana gg di attesa	N prestazioni prenotate	Media gg di attesa	Mediana gg di attesa
15	Mammografia (no screening)	2566	145	114	1251	192	195
16	TAC Torace (s/c contrasto)	384	53	29	275	90	73
17	TAC Addome superiore (s/c contrasto)	43	65	36	13	68	56
18	TAC Addome inferiore (s/c contrasto)	28	51	36	4	76	71
19	TAC Addome completo (s/c contrasto)	279	60	35	210	96	71
20	TAC Capo (s/c contrasto)	282	25	14	167	63	50
21	TAC Rachide e speco vertebrale (s/c contrasto)	45	24	16	24	46	21
22	TAC Bacino (s/c contrasto)	8	52	25	5	11	3
23	RMN Cervello e tronco encefalico	395	113	111	235	127	103
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	31	98	108	36	107	107
25	RMN Muscoloscheletrica	464	56	36	301	30	9
26	RMN Colonna vertebrale	758	96	70	391	98	59
27	Ecografia Capo e collo	1266	79	53	760	79	43
28	Ecocolor Doppler cardiaca	567	65	48	843	57	38
29	Ecocolor Doppler tronchi sovraaortici	724	71	47	940	79	44
30	Ecocolor Doppler vasi periferici	570	67	51	623	55	34
31	Ecografia Addome	2127	60	44	1497	59	28
32	Ecografia Mammella	917	93	75	804	107	76
33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	294	38	32	224	37	21
34	Colonscopia (no screening)	410	119	89	298	208	196
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	24	140	92	12	66	29
36	Esofagogastroduodenoscopia	439	77	56	282	113	119
37	Elettrocardiogramma	4466	67	42	3425	73	48
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	117	58	40	137	58	42
39	Elettrocardiogramma da sforzo	34	58	49	74	49	42
40	Audiometria	326	30	28	261	39	28
41	Spirometria	260	55	34	246	93	52
42	Fondo Oculare	437	77	73	317	93	84
43	Elettromiografia	169	74	71	225	75	54
	Max 60 giorni	18.430	71,2	53,6	13.880	80,8	61,9
			Out 16/29	Out 9/29		Out 19/29	Out 10/29

In sintesi ci sono miglioramenti sul quadro regionale dell'accesso alle visite entro i 30 giorni previsti dalla legge 124/98 e un quadro non migliorato sugli esami strumentali: sono oltre la metà le prestazioni che non rispettano i tempi massimi previsti dalla normativa nazionale, 30 giorni per le visite e 60 per gli esami strumentali.

Colpiscono i tempi di attesa di 6 mesi su mammografie e colonscopie, prestazioni che non dovrebbero averne se fossero efficaci le campagne di screening attive, su cui vale la pena

ritornare come occorre riflettere sulla riduzione delle prestazioni richieste e sulla leggera ripresa dell'ultimo anno osservato.

Monitoraggio 14 visite max 30 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa	Out 30 gg mediana
Ottobre 2014	23.175	65,9	55,0	9/14
Aprile 2017	11.598	68,8	53,1	10/14
Ottobre 2017	11.958	64,4	51,4	9/14
Aprile 2018	14.312	64,3	49,1	9/14
Monitoraggio 29 prestazioni diagnostiche max 60 gg di attesa	N. Prestazioni prenotate	Media gg attesa	Mediana gg attesa	Out 30 gg mediana
Ottobre 2014	18.430	71,2	53,6	9/29
Aprile 2017	8.841	77,1	53,7	9/29
Ottobre 2017	11.159	74,7	55	11/29
Aprile 2018	13.880	80,8	61,9	10/29

Gli esperti di organizzazione sanitaria dicono che affrontare la sfida delle liste d'attesa richiede una attenta analisi del rapporto tra domanda e offerta: in sintesi la richiesta diminuisce in assenza di un'offerta e aumenta quando la disponibilità di prestazioni e strumentazione tecnologica aumenta.

Questo dato è appare confermato anche in Sardegna dove emerge una stretta correlazione tra i dati delle liste d'attesa nei diversi territori e l'offerta disponibile per i pazienti: dove è più alta l'offerta più numerose sono le richieste di prestazioni e più alto il budget procapite come emerge chiaramente dalla seconda parte di questo studio.

Focus Liste d'attesa

TERRITORI E DISUGUAGLIANZE. SECONDA PARTE

Liste d'attesa. Territori e disuguaglianze, offerta e domanda. (seconda parte)

Dopo anni di tentativi non andati a buon fine, effetto positivo dell'azienda unica regionale, il CUP, il centro unico di prenotazione opera su base regionale. Da 8 cup non connessi tra loro, a partire dalla fine del 2017 al numero unico risponde a rotazione una delle otto sedi territoriali che risponde offrendo al paziente una prestazione nel proprio territorio o in altri territori, qualora il tempo di attesa sia più breve. È per questo motivo che N.C. di Ittiri ha potuto fare una TAC, che a Sassari sarebbe stata dopo 9 mesi, nella stessa giornata della richiesta al CUP ma a Cagliari.

L'analisi dei dati distinti per i singoli territori permette di verificare come si componga la media regionale dei tempi di attesa e se esitano territori nei quali ci sono punti di maggiore crisi.

	Visite Ottobre 2014	Visite Aprile 2018	Delta gg medie di attesa	Diagnostica Ottobre 2014	Diagnostica Aprile 2018	Delta gg medie di attesa
Media RAS	65,9	64,3	-1,6	71,2	80,8	9,6
Asl 1 Sassari	82,5	66,8	-15,7	77	112,6	35,6
Asl 2 Olbia	62,3	73,7	11,4	85,9	64	-21,9
Asl 3 Nuoro	66,8	98	31,2	84,7	137,2	52,5
Asl 5 Oristano	46,2	48	1,8	87	79,5	-7,5
Asl 7 Sulcis	81,2	104,2	23,0	41,5	102,1	60,6
Asl 8 Cagliari	57,1	46,8	-10,3	55,8	66,7	10,9
Aou SS	85,1	52,3	-32,8	145,2	75,3	-69,9
Aou CA	117,5	111,5	-6,0	109	139,5	30,5

Il confronto tra territori vede innanzitutto una differenza media nelle prestazioni del territorio di Cagliari (ex Asl 8) rispetto a quello di Sassari (ex Asl 1) nel 2018 di 20 giorni in meno per una visita (66,8 vs 46,8) e 46 giorni in meno (112,6 vs 66,7) per un esame a favore del capoluogo di regione.

In sostanza mentre un utente del Cagliaritano ha la prestazione entro i due mesi, quello del Sassarese deve attendere quasi 4 mesi.

Questo avviene nonostante le due aziende ospedaliero-universitarie che pure non sono vincolate ad erogare prestazioni diagnostiche esterne rispetto ai pazienti ricoverati contribuiscano alle performance del territorio in maniera differente, e stando ai dati superiori nel nord dell'isola, a Sassari rispetto a Cagliari, dove opera anche l'azienda ospedaliera Brotzu.

Nel resto del territorio regionale, non sempre piccolo è bello.

Faticano Nuoro, molto e il Sulcis, che però ha lo sbocco di Cagliari, mentre sono isole felici la Gallura e Oristano almeno per le prestazioni erogate.

Olbia presenta dati nella media regionale per le visite mentre migliora i risultati sulla diagnostica riducendo nel periodo osservato di oltre 20 giorni i tempi d'attesa medi, da 86 a 64 gg.

Nuoro presenta dati molto al di sopra della media regionale di oltre 30 giorni per le visite e di oltre 55 per la diagnostica arrivando ad un dato medio di 137 gg.

Oristano si presenta con dati al di sotto della media regionale sia per le visite che per la diagnostica mentre il Sulcis supera la media regionale di 40 gg per le visite di 20 giorni per la diagnostica.

Non valutiamo nello specifico la Assl 4 di Lanusei e la 6 di Sanluri perché territori piccoli e molto dipendenti da quelli adiacenti, Nuoro, Oristano e Cagliari per entrambi.

Per quanto riguarda le due aziende ospedaliero universitarie la performance di quella di Sassari appare elevata in termini di miglioramento nel triennio con una riduzione dei tempi di prestazione, già in partenza migliori di quella di Cagliari, di 32 giorni per le visite e di 70 giorni per la diagnostica.

Più dati in peggioramento che in miglioramento ad una analisi generale dei dati, con punte negative su Sassari, Nuoro e Sulcis per la diagnostica.

A questo sguardo d'insieme che è certamente indicativo, può essere aggiunto un focus intorno ad un'analisi delle prestazioni più richieste, anche suddivise per territorio.

Nella tabella che segue si può osservare come concentrando le prestazioni più richieste si arrivi a quasi il 90% delle 29 prestazioni monitorate.

Prestazioni diagnostiche più richieste sul totale (dati su aprile 2018)

Mammografia (no screening)	1251	9,01%
Colonscopia (no screening)	298	2,15%
TAC	698	5,03%
RNM	963	6,94%
Ecografie	3285	23,67%
Ecocolordoppler	2406	17,33%
Elettrocardiogramma	3425	24,68%
Totale su 13.880 prestazioni monitorate		88,81%

Tra queste mammografie, ecografie, ecocolordoppler ed ecg, costituiscono quasi il 75% del totale. Per queste prestazioni l'accesso al privato non convenzionato è compatibile sul piano economico (40-50 euro ca) e la lista d'attesa, in caso di urgenza viene normalmente superata attraverso questo canale alternativo. Diventa più alto il costo, e dunque limitato a pochi, la scelta di una prestazione privata per una TAC o una risonanza magnetica nucleare alla colonna o al

capo, se non proibitivo nel caso di una RNM con mezzo di contrasto, che arriva a diverse centinaia di euro.

I dati analizzati provengono, come detto, dal monitoraggio della Regione Sardegna effettuato secondo le modalità dichiarate nel documento.

Come si può vedere dalla estrapolazione delle prestazioni più richieste, emerge come risultano critiche le liste d'attesa a Sassari e a Nuoro, dove si raggiungono e si superano i 200 e i 300 giorni di attesa, contro i 60 che devono essere garantiti per legge.

Tempi di attesa diagnostica suddiviso per territori (aprile 2018) *dati AO USS **assenza agenda su SS

	Asl 1 SS	Asl 2 Olbia	Asl 3 Nuoro	Asl 5 Or	Asl 7 Sulcis	Asl 8 Ca	RAS
Mammografia	279	9	336	97	158	95	192
TAC Encefalo	120	56	58	45	104	49	63
TAC Torace	140	55	135	61	106	74	90
TAC Addome	162	65	138	81	100	73	96
RNM Colonna*	248		181	247	168	71	98
RNM Encefalo**			252	203	201	89	127
Eco Addome	156	70	91	50	35	34	59
Ecocolord. sovraaortici	179	57	89	21	31	43	79
Colonscopia*	134	197	391	173	97	189	208

I dati mostrano come il fenomeno delle liste d'attesa abbia una dimensione territoriale molto definita e che a risultati regionali in linea con la normativa del tempo limite di 30 o 60 giorni corrisponde poi una reale esigibilità del diritto infinitamente meno efficiente da territorio a territorio.

Mentre liste d'attesa in territori più periferici per prestazioni specialistiche possono essere giustificati da un'offerta limitata, nel caso di Sassari e Nuoro, la presenza di un sistema ospedaliero ad alta specializzazione non pare coprire la richiesta di prestazioni di chi non è ospedalizzato. In un certo senso l'ospedale produce per coloro che sono ricoverati ma non riesce ad offrire prestazioni sufficienti per chi ricoverato non è, rendendo necessario l'accesso privato o lo spostamento su altri territori dove le liste d'attesa sono più basse.

L'analisi della domanda di sanità in termini di prestazioni monitorate, visite e diagnostica riporta un quadro generale che è stabile in termini generali ma peggiora in alcuni territori, paradossalmente ben attrezzati e coperti sul piano ospedaliero.

La dimensione dell'offerta pubblica della diagnostica (il settore più in difficoltà) è rappresentata nei documenti della rete ospedaliera perché coincide in grande parte con la presenza dei presidi ospedalieri, mentre l'offerta privata è resa (finalmente) trasparente nel documento relativo al piano di acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica dalle strutture private accreditate anni 2018-2020, allegati alla delibera di ATS del giugno 2018.

Si tratta di un documento presente sotto questa forma per la prima volta, perché sino alla nascita dell'ATS erano le singole Asl sulla base di un tetto regionale a stipulare i singoli contratti rendendo il quadro generale molto più complesso da costruire.

Quadro della spesa per il privato accreditato, in milioni di euro. *escluso Mater Olbia

	2018	2019	2020
Assistenza ospedaliera*	98.986.877	98.152.560	97.328.788
Assistenza specialistica	62.973.263	62.973.263	62.973.263
Assistenza residenziale	30.366.245	31.535.689	32.785.110
Assistenza riabilitativa	53.047.098	52.319.050	51.373.062
Totale	245.373.483	244.980.562	244.460.223

Grande parte della risposta sulle liste d'attesa proviene dall'assistenza specialistica (circa 62 milioni di euro) che, detratta una quota di finanziamento per l'emodialisi, prestazioni salvavita, tenta di mettere per la prima volta in discussione la spesa storica consolidata dal 2010 in poi e che vede profonde differenze nella disponibilità di risorse tra territorio e territorio.

Il percorso che sviluppa ATS è quello di avere prima di tutto un tetto teorico per territorio e branca di attività e successivamente stipulare i contratti con le singole strutture o professionisti, limitando le variazioni rispetto al 2017 sino ad un massimo del 7-8%, probabilmente al fine di evitare effetti negativi sul piano occupazionale del singolo erogatore.

La somma dei tetti delle singole strutture costituisce il massimale delle prestazioni per il territorio ovvero un tetto reale di erogazione. Questo non significa che una struttura non fornisca servizi ad un paziente di un altro territorio ma, se lo fa, a parità di potenziale offerta e di risposta genera il disagio alla mobilità da un territorio all'altro, quasi mai possibile con i mezzi pubblici e non sempre agevole a causa di patologie che richiedono l'esame diagnostico o il controllo, se non in qualche caso la rinuncia all'esame, soprattutto se di controllo.

Se si suddivide per branca di attività l'assistenza specialistica si ottiene un dato di evidente squilibrio già a partire dal tetto teorico.

Anno 2018	FKT	RX RNM TAC	VISITA	TOT
Asl 1 Ss	515.808,51	1.269.659,66	1.389.979,83	3.175.448,00
Asl 2 Ol	99.381,77	293.936,59	52.663,28	445.981,64
Asl 3 Nu	119.512,18	745.201,47	307.691,94	1.172.405,59
Asl 4 La	226.893,08	703.663,70	180.582,39	1.111.139,17
Asl 5 Or	938.362,16	1.322.319,41	778.677,66	3.039.359,23
Asl 6 Mc	781.035,09	940.566,84	453.946,87	2.175.548,80
Asl 7 Su	541.730,79	1.724.860,78	411.070,46	2.677.662,03
Asl 8 Ca	4.527.169,66	13.184.613,88	4.661.528,96	22.373.312,50
Totale	7.749.893,24	20.184.822,33	8.236.141,39	36.170.856,96

Per la diagnostica il rapporto tra il territorio di Sassari e quello di Cagliari è di 1:10 in termini di finanziamento, rapporto che si conferma anche per la fisioterapia (FKT, 1:9) su cui sono presenti liste di attesa per l'accesso importanti anche se non rese note sul sito della Regione, fatto che dovrebbe essere superato. Mentre risulta meno squilibrato (1:3,5) il dato sulle visite che infatti si riverbera su una minore differenza di liste d'attesa in quell'ambito tra Sassari e Cagliari.

Per evidenziare meglio il dato della differenza di disponibilità tra territori si può affiancare il numero degli assistiti in una tabella di sintesi.

Contratti 2018 - tetto effettivo dei contratti singole strutture per territorio					
	Abitanti	Rx RNM Tac	Rx RNM Tac euro procapite	FKT	Fkt Euro Procapite
Assl 1 Ss	334.103	1.522.850,34	4,56	514.997,33	1,54
Assl 2 Ol	160.368	224.599,86	1,40	41.662,44	0,26
Assl 3 Nu	157.078	2.730.674,66	17,38	140.824,45	0,9
Assl 4 La	57.318	774.567,18	13,51	222.327,47	3,88
Assl 5 Or	161.600	1.073.288,03	6,64	1.236.430,4	7,65
Assl 6 Mc	99.320	1.050.599,47	10,58	783.993,13	7,89
Assl 7 Su	127.062	1.825.576,09	14,37	764.091,09	6,01
Assl 8 Ca	561.289	13.462.773,88	23,99	5.745.664,64	10,24
Totale	1.658.138	22.664.929,51		9.449.990,95	
Totale/media			13,67		5,70

Dai dati appare evidente come in Sardegna si pianifichi in media una spesa di 13,67 euro per abitante per prestazioni di diagnostica strumentale in campo privato, con fortissime differenze. Le vecchie province di Sassari e Nuoro presentano un tetto teorico di livelli di spesa al di sotto dei 5 euro per persona, mentre da Oristano verso Cagliari si va sopra gli 8 per arrivare ai 14,37 euro del Sulcis e ai 24 euro per Cagliari nel solo territorio dell'area socio sanitaria locale (Assl 8).

Lo stesso dato appare persino più eclatante se applicato alle prestazioni di fisioterapia. In questo caso la spesa per abitante in Sardegna sarà nel 2018 di 5,70 a testa ma in realtà a Sassari, Olbia e Nuoro si arriva intorno all'euro procapite contro i 6-8 euro dell'area cagliaritana estesa, sino ai 10 di Cagliari.

Non si hanno dati ufficiali regionali sulle liste di attesa per la FKT ma queste in alcuni territori sono note, tanto che passano giorni o settimane dopo la dimissione dall'ospedale per acuti prima di ottenere prestazioni riabilitative. Anche su questo la rete ospedaliera appena approvata contiene una risposta riorganizzativa attesa da molti anni ma servirà del tempo per mettere a regime. Questi dati sono ancora più eclatanti se si aggregano per un dato di popolazione omogeneo.

Anno 2018	Abitanti	RX RNM TAC	Euro x abitante Diagnostica		FKT	Euro x abitante e FKT
Assl 1+2	494.471	1.563.596,25	3,16		615.190,28	1,24
Assl 8 Ca	561.289	13.184.613,88	23,49		4.527.169,66	8,07

I territori delle aree sociosanitarie locali 1 e 2, corrispondenti alla provincia "storica" di Sassari sommano mezzo milione di abitanti come l'area sociosanitaria locale 8 di Cagliari, ma sulla seconda la spesa pro capite è 8 volte superiore al nord dell'isola, sia sulla fisioterapia che sulla diagnostica.

Sulle visite la differenza del tetto teorico tra territori è minore e la spesa procapite nel territorio più finanziato raggiunge al massimo con una media di 4 euro che diventano 8 euro per abitante su Cagliari. Questo dato si appaia con quello delle liste d'attesa dove la differenza tra territori è minore e la distanza con i tempi stabiliti per legge non è stellare come per la diagnostica.

Tetto teorico Visite per ASSL 2018 sulla base del PPA piano preventivo attività

Anno 2018	Abitanti	Visite	Euro x abitante Diagnostica
Assl 1 Ss	334.103	1.389.979,83	4,16
Assl 2 Ol	160.368	52.663,28	0,33
Assl 3 Nu	157.078	307.691,94	1,96
Assl 4 La	57.318	180.582,39	3,15
Assl 5 Or	161.600	778.677,66	4,82
Assl 6 Mc	99.320	453.946,87	4,57
Assl 7 Su	127.062	411.070,46	3,24
Assl 8 Ca	561.289	4.661.528,96	8,31
Totale	1.658.138	8.236.141,39	4,97

Come detto, il tetto teorico rappresenterebbe in termini di programmazione per la ATS la proposta di fabbisogno per territorio e per macroaggregato specialistico (FKT, Rx, RNM e TAC, Visite, Laboratori) sintetizzata nel piano preventivo delle attività approvato nel marzo 2018 (PPA). Una proposta che, come si legge nel documento dell'ATS viene distribuita sulla base del fatturato storico dell'ultimo triennio, della capacità erogativa della struttura (!?), della dislocazione territoriale e dei tempi di attesa.

Successivamente ATS divide il tetto teorico per territori e per macroaggregato sulle singole strutture avendo come riferimento il contratto 2017 ed evitando scostamenti in più del 7% o in meno dell'8% sul contratto dell'anno precedente per attenuare la distanza tra spesa storica e fabbisogno reale.

Il prodotto di questo ulteriore lavoro che costituisce la spesa reale di offerta privata nel territorio produce un dato che attenua la differenza sulla spesa media regionale in alcuni territori ma non su altri, con un evidente dislivello che non viene attualmente colmato in termini di offerta.

Confronto tra tetto teorico e tetto reale						
		Rx RNM Tac euro procapite			Fkt Euro Procapite	
	Tetto teorico	Tetto reale		Tetto teorico	Tetto reale	
Asl 1 Ss	3,80	4,56	0,76	1,54	1,54	-0,00
Asl 2 Ol	1,83	1,40	-0,43	0,62	0,26	-0,36
Asl 3 Nu	4,74	17,38	12,64	0,76	0,9	0,14
Asl 4 La	3,14	13,51	10,37	3,96	3,88	-0,08
Asl 5 Or	8,18	6,64	-1,54	5,81	7,65	1,84
Asl 6 Mc	9,47	10,58	1,11	7,86	7,89	0,03
Asl 7 Su	13,57	14,37	0,80	4,26	6,01	1,75
Asl 8 Ca	23,49	23,99	0,50	8,07	10,24	2,17
Media reg.le	12,17	13,67		4,67	5,70	

Sul piano della FKT le differenze tra il tetto teorico e il tetto reale configurano un miglioramento su dati già alti: Oristano, Sulcis e Cagliari aumentano di 1,5-2 euro procapite il dato che già era più alto. Questo conferma che offerta e domanda sono molto legate e una maggiore offerta genera o mantiene un livello più alto di domanda. Infatti il fatto che il tetto reale sia più alto del tetto teorico porta a rappresentare il fatto che la spesa storica degli operatori sia persino più alto del fabbisogno storico proposto dalle vecchie Asl prima che diventassero parti dell'ATS come aree socio sanitarie locali (ASSL). Non è possibile infatti considerare come ragionevole che il fabbisogno di alcune aree sia 8-10 volte minore rispetto alle altre e non è detto che siano ragionevoli il procapite più alto non meno di quello più basso.

Resta dunque il fatto che la spesa reale sulla fisiokinesioterapia passi da 26 centesimi o 1 euro di media procapite del nord Sardegna sino ai 7-8 del sud Sardegna e ai 10 di Cagliari.

Sul campo della diagnostica ci sono territori che paiono godere di un riequilibrio sul tetto reale e sono quelle dell'assl 3 e 4, che quadruplicano il tetto teorico passando ad una spesa reale simile al Sud Sardegna. Si abbassa la spesa procapite di Oristano rispetto al tetto reale di oltre 1,5 euro mentre resta distante il dato del nord e del sud della Sardegna.

In conclusione, l'insieme di questi dati, incrociati con quelli delle liste d'attesa nei singoli territori, spiegano molto delle difficoltà che attanagliano Sassari e non paiono giustificare la lunga attesa a Nuoro, salvo che l'offerta del centro Sardegna non risponda in realtà a migrazioni da altri territori. Appaiono meno credibili alcuni dati delle liste di attesa di prestazioni in territori che oltre all'offerta pubblica, possono contare su un'offerta privata 4-5 volte superiore.

Il riequilibrio dell'offerta sul territorio, riorganizzando quella pubblica e riequilibrando gradualmente quella privata, è indispensabile per aggredire il fenomeno delle liste d'attesa.

Con la nascita dell'azienda unica questi dati sono stati resi disponibili, e si è fatto un passo in avanti sulla trasparenza, ma le azioni di riequilibrio sono ancora limitate.

Secondo il piano di acquisto delle prestazioni ambulatoriali, il 75% della spesa viene ripartita sulla spesa storica ma il budget di ogni singola impresa non potrà essere ridotto o aumentato di una percentuale vicina al 5-6%.

Nel concreto ridurre del 5% una spesa di 23 milioni significa tagliare 1.150mila euro, con conseguenze occupazionali nel settore in ambito locale, con il paradosso che aumentare del 5%

una spesa di 600.000 euro porta ad un massimo di 30.000 euro, cifra inadeguata ad essere incisivi sulle liste d'attesa del territorio danneggiato.

È dunque impossibile, che ai territori privi di offerta privata e sottoposti a liste di attesa fuori norma, si possa consentire un vero riequilibrio se non con un aumento delle risorse iniziale e un recupero graduale del tempo da una riduzione sui territori nei quali si è esagerato nella costruzione di una offerta eccessivamente dimensionata che ha influenzato considerevolmente la domanda, anche attraverso l'attrazione obbligata da altri territori.

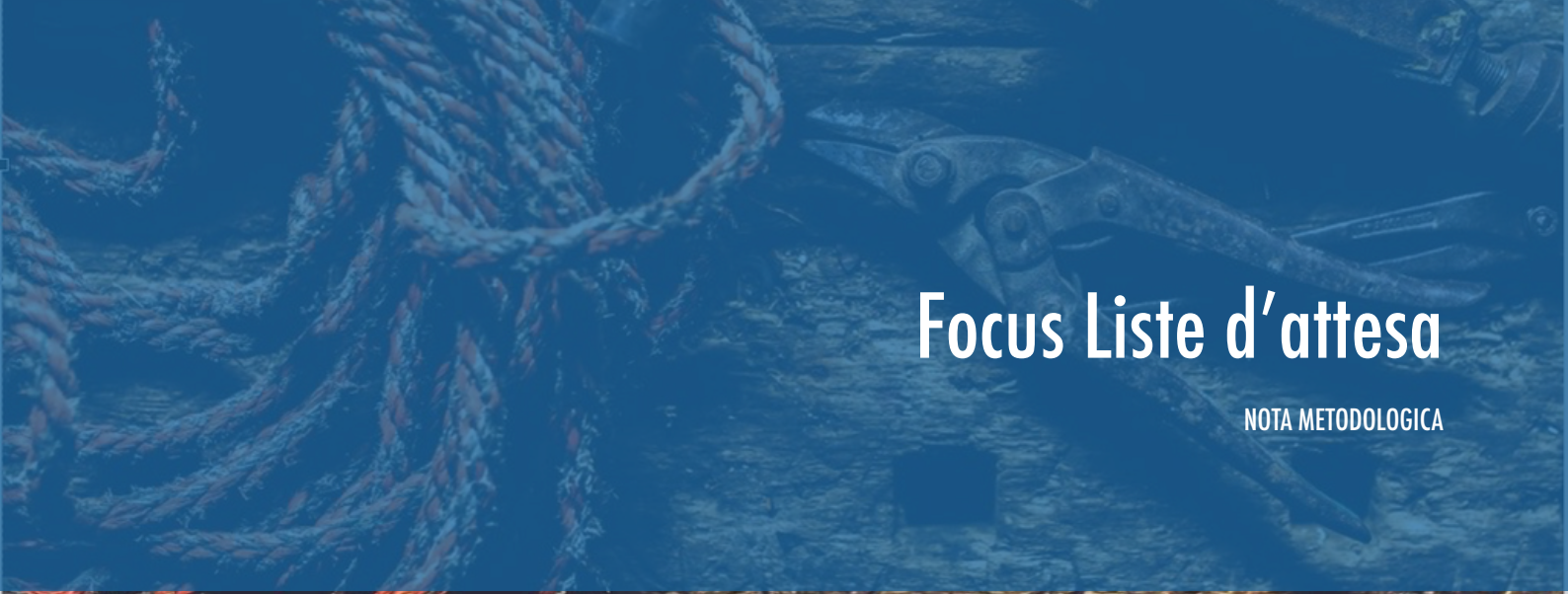
In sintesi, con la nuova normativa, nuove regole comuni, un sistema unico di prenotazione e di controllo aziendale dei contratti degli erogatori privati emerge sia la domanda che l'offerta di servizi sanitari e si può pianificare un governo efficiente delle liste d'attesa in correlazione con l'offerta ospedaliera e territoriale erogata dal sistema pubblici in maniera diretta.

Gli interventi sul fronte della maggiore definizione dei software di governo con l'eliminazione delle seconde visite come dato d'attesa ordinario o la definizione delle urgenze da parte del prescrittore sono passi in avanti che rendono le liste d'attesa più corrispondenti alla realtà.

Questo lavoro tuttavia non risolve le grandi differenze tra i territori che sono evidenti in misura maggiore nella diagnostica e nella riabilitazione e minore ma comunque alta nell'offerta ambulatoriale di visite. Su questo tema occorre un coraggioso riequilibrio per i cittadini del nord Sardegna che si sono visti costretti in questi anni a percorrere centinaia di chilometri per avere un servizio dovuto entro i 50—60 km al massimo, hanno dovuto aspettare un anno per averlo ordinariamente oppure ci hanno dovuto rinunciare.

Occorre intervenire sulla riorganizzazione dell'offerta aumentandola dove è notevolmente più bassa e ad essa corrisponde una lista d'attesa lunga, e verificare i motivi per i quali ad una offerta molto elevata corrisponde una domanda altrettanto importante con liste d'attesa lunghe.

Infine occorre un controllo pubblico più ampio e accessibile dei servizi, un salto di qualità che ci avvicini alle 5 regioni più virtuose in termini di servizi come di trasparenza nella loro erogazione. Le agende dei professionisti devono essere pubbliche e visibili e va resa possibile la visione quotidiana delle liste d'attesa nelle singole prestazioni per territorio e sul piano regionale e non solo ogni 6 mesi attraverso un report che rileva la settimana oggetto del monitoraggio.



Focus Liste d'attesa

NOTA METODOLOGICA

Nota metodologica

Il rapporto Life è curato dal Centro Studi sulle politiche sanitarie Life Sardegna e raccoglie i dati relativi alla Sardegna e pubblicati dai principali rapporti di ricerca nazionali sulla salute, sulle politiche sanitarie e sui costi pubblici e privati. Lo scopo è quello di costruire una visione d'insieme che riguarda la salute nell'isola e i suoi cambiamenti nel corso degli anni attraverso l'incrocio di dati specialistici e la messa in relazione delle diverse specificità analizzate. Inoltre il rapporto Life confronta i dati dell'isola con quelli di altre regioni che presentino analogie dimensionali sul piano geografico e demografico.

Il focus Liste d'attesa 2018 del rapporto Life è un approfondimento costruito dal Centro Studi politiche sanitarie Life Sardegna su mandato delle Acli e della loro organizzazione che si occupa di tutela delle fasce più anziane della popolazione, la FAP. Il focus sulle liste d'attesa è stato predisposto, con il sostegno della Fondazione di Sardegna, in collaborazione con l'associazione Collettivo Sanitario sulla base dei dati pubblicati dalla Regione Sardegna sul proprio sito riguardanti il monitoraggio delle liste d'attesa su 43 prestazioni scelte nell'ambito del Piano di Governo delle Liste d'attesa.

I tempi di attesa delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio della Regione Sardegna, sono rilevati durante la settimana indice (Aprile 2018 è l'ultima rilevazione) nell'ambito del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa. Il monitoraggio ha cadenza semestrale (nei mesi di aprile e ottobre). La fonte informativa è il CUP regionale che rileva tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della richiesta di prenotazione (data di contatto) e i tempi di attesa prospettati (data assegnata per l'erogazione). Il tempo di attesa per singola richiesta è calcolato come differenza tra Data di contatto e data assegnata per l'erogazione, ossia data di prenotazione. Il tempo di attesa (prospettato) al momento del contatto non rappresenta la prima disponibilità perché potrebbe essere stato condizionato, in aumento, dalla scelta esercitata dell'utente al momento della prenotazione. Al contrario, potrebbe essere inferiore alla prima disponibilità in caso di riposizionamento nella lista a seguito di disdetta o di incremento dell'offerta. La rilevazione di tali informazioni è estesa a tutte le agende informatizzate, configurate ed effettivamente disponibili per prenotazione sul CUP regionale, tralasciando le prenotazioni con classe di priorità U (urgente) e P (programmata) espressamente indicata dal prescrittore. I dati sull'attività convenzionata sono contenuti nel piano di acquisto delle prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica dalle strutture private accreditate anni 2018-2020, allegati alla delibera di ATS del giugno 2018.

Il gruppo di coordinamento
del Focus Liste d'attesa
Ottobre 2018



FOCUS LISTE D'ATTESA

2018

Centro Studi Life Sardegna
Acli Salute @ FAP
Collettivo Sanitario