

Liste di attesa e Programmazione Lineare

3 Marzo 2023

Sunto. Questa nota propone un modello di Programmazione Lineare per il supporto alle decisioni riguardo il problema della lunghezza delle liste di attesa nella Sanità. Tre noti studi riguardo questo problema, riportati in appendice, suggeriscono come rimedio un incremento dell'offerta delle prestazioni sanitarie da parte delle ASL. Così il modello di Programmazione Lineare proposto - ispirato a un classico modello di Programmazione Lineare - potrebbe essere utile come supporto alle decisioni per impiegare in modo ottimale le risorse di una ASL, per individuare le risorse "abbondanti" e le risorse "scarse", e per valutare le modalità per un incremento di tale offerta.

1. Introduzione

In letteratura esistono molti articoli sulle applicazioni della Ricerca Operativa allo studio di problemi in ambito sanitario. In particolare il seguente link contiene i riferimenti delle Conferenze annuali dell' ORAHS : <http://orahs.di.unito.it/>

Lo schema di tali applicazioni è il seguente:

- (a) modellare matematicamente un problema;
- (b) risolverlo al fine di fornire un supporto alle decisioni.

Questa nota introduce un modello di Programmazione Lineare per un possibile impiego ottimale delle risorse di una ASL, al fine di servire i pazienti mediante prestazioni di tipo sanitario, prenotabili in liste di attesa.

Il modello di Programmazione Lineare introdotto di seguito è una approssimazione di un caso reale; in particolare un modello di Programmazione Lineare Intera sarebbe più appropriato, dato che le risorse possono essere unità indivisibili, tuttavia riguardo questo aspetto osserviamo che:

- a) risolvere un problema di Programmazione Lineare Intera comporta in genere uno sforzo computazionale molto elevato rispetto a risolvere il corrispondente problema di Programmazione Lineare ottenuto eliminando il vincolo di interezza sulle variabili;

b) è noto empiricamente che, dato un problema di Programmazione Lineare Intera con un elevato numero di variabili (intere ma non binarie), il corrispondente problema di Programmazione Lineare ottenuto eliminando il vincolo di interezza sulle variabili ha una soluzione ottima che è una buona approssimazione della soluzione ottima del problema originario;

c) qui lo scopo è introdurre un possibile modello per il supporto alle decisioni, così che una buona approssimazione della soluzione ottima del problema originario potrebbe essere sufficiente.

1. Modello base

Il modello base è ispirato al classico modello di Programmazione Lineare – cfr. il libro Hillier, Lieberman, *Introduction to Operations Research*, 2001, McGraw-Hill – in cui una Ditta (nel nostro caso la ASL) ha a disposizione un certo insieme di *risorse* (nel nostro caso professionisti, tempo, macchinari, ecc.), può svolgere un certo insieme di *attività* (nel nostro caso può servire gli utenti mediante prestazioni sanitarie come visite mediche, ecografie, esami, ecc.), e vuole massimizzare la somma dei livelli di attività (nel nostro caso il numero di utenti che saranno serviti), assumendo che ogni livello di attività necessita di una "combinazione lineare" di risorse (nel nostro caso tale assunzione sembra ragionevole).

Parametri:

:: orizzonte temporale di riferimento: sia una settimana;

:: sia $R = \{R_1, R_2, \dots, R_n\}$ la famiglia delle *risorse* (umane e non umane) della ASL; cioè ogni *insieme* R_i (per $i = 1, \dots, n$) rappresenta una risorsa della ASL; ad esempio R_i può rappresentare l'insieme dei medici fisiatra, oppure l'insieme degli infermieri, oppure l'insieme dei macchinari per fare le ecografie addominali, ecc.

:: per $i = 1, \dots, n$, è noto il numero di ore lavorative settimanali di ogni elemento in R_i ; ad esempio, se R_i è l'insieme dei medici fisiatra, allora è noto il numero di ore lavorative settimanali di un medico fisiatra;

:: sia $A = \{A_1, A_2, \dots, A_m\}$ l'insieme delle *attività* della ALS formato da m *tipi di prestazioni sanitarie* che la ASL può effettuare - e prenotabili in liste di attesa - come servizio agli utenti; ad esempio un tipo di prestazione è dato dalle visite fisiatriche, oppure dalle ecografie addominali, oppure dagli esami del sangue, ecc.

:: per $j = 1, \dots, m$, è nota la durata di una prestazione di tipo A_j ; ad esempio, se A_j è il tipo di prestazione dato dalle visite fisiatriche, allora è nota la durata di una visita fisiatrica;

:: per ogni coppia $(R_i, A_j) \in R \times A$, sia p_{ij} il *coefficiente di prestazione* della risorsa R_i per una prestazione di tipo A_j , cioè p_{ij} indica la frazione di risorsa R_i che è necessaria affinché un utente sia servito con una prestazione di tipo A_j ; in particolare in accordo con la parte introduttiva, per servire un paziente con una prestazione di tipo A_j è necessaria una "combinazione lineare" delle risorse R_i (per $i = 1, \dots, n$), ognuna con coefficiente p_{ij} (per $i = 1, \dots, n$); ad esempio, se R_i è l'insieme dei medici fisiatra e se A_j è il tipo di prestazione dato dalle visite fisiatriche, allora in accordo con i parametri definiti sopra: noto il numero dei medici fisiatra, siano 7 medici fisiatra, noto il numero di ore lavorative settimanali di un medico fisiatra, siano 38 ore, e nota la durata di una visita fisiatrica, sia 20 minuti, si ha che un medico fisiatra in una settimana può effettuare 114 visite fisiatriche, e quindi si ha che il coefficiente p_{ij} è dato da $1 / (114 \times 7) = 1 / 798$.

Variabili decisionali:

x_j per $j = 1, \dots, m$;

x_j = numero di prestazioni di tipo A_j effettuate dalla ASL in una settimana

Modello:

$$\max \sum_{j=1}^m x_j$$

$$\sum_{i=1}^n p_{ij} x_j \leq |R_i| \quad \text{per } i = 1, \dots, n$$

$$x_j \geq 0 \quad \text{per } j = 1, \dots, m$$

Commento 1: Il primo commento riguarda la possibile correttezza del modello base.

In generale come tutti i modelli di Programmazione Lineare, il modello base è abbastanza adattabile alle specifiche di un caso reale, che potrebbero essere molte.

In particolare osserviamo che l'aggiunta di una specifica di un caso reale comporterebbe (se possibile) una aggiunta di variabili e di vincoli [nel modello base], così che assumendo che la funzione obiettivo resti invariata si avrebbe che il modello base fornirebbe comunque una stima superiore; analogamente, se una risorsa dovesse risultare "scarsa" per la soluzione ottima del modello base, allora a maggior ragione tale risorsa risulterebbe "scarsa" per la soluzione ottima del modello ottenuto con una aggiunta di variabili e di vincoli [nel modello base].

Vediamo il seguente esempio di aggiunta di una specifica di un caso reale.

Sia A_j il tipo di prestazioni dato da radiografia al torace; tale prestazione necessita comunque di un medico per compilare il referto; però - questa è la specifica - tale medico potrebbe essere sia un medico fisiatra, che assumiamo essere nell'insieme R_1 , sia un medico ortopedico, che assumiamo essere nell'insieme R_2 ; così che l'impostazione di sopra non potrebbe essere implementata, in quanto nella "combinazione lineare" di questo caso specifico c'è indifferenza fra l'utilizzo di due risorse, nel senso che esse sono alternative fra loro; in altri termini, la risorsa R_1 e la risorsa R_2 potrebbero essere considerate sia come risorse indispensabili e non alternative fra loro per certe prestazioni sia come risorse indispensabili ma alternative fra loro per certe altre prestazioni; per ovviare a tale fatto si può procedere come segue: (a) introdurre nel modello le variabili y_1 e y_2 rispettivamente per la risorsa R_1 e per la risorsa R_2 nei casi in cui esse sono considerate come risorse indispensabili e non alternative fra loro, e porre nel lato destro delle rispettive disuguaglianze associate a R_1 e R_2 le variabili y_1 e y_2 (invece di $|R_1|$ e $|R_2|$); (b) introdurre nel modello la variabile $y_{1,2}$ per le risorse in $R_1 \cup R_2$ nei casi in cui esse sono considerate come risorse indispensabili ma alternative fra loro, e porre nel lato destro della disuguaglianza associata a $R_1 \cup R_2$ la variabile $y_{1,2}$; (c) introdurre nel modello i vincoli $y_1 \leq |R_1|$, $y_2 \leq |R_2|$, $y_1 + y_2 + y_{1,2} = |R_1| + |R_2|$.

Commento 2: Il secondo commento riguarda la eventuale utilità del modello.

Infatti il modello sembra essere eventualmente utile come supporto alle decisioni. In dettaglio:

- per ogni tipo di prestazione A_j (per $j = 1, \dots, m$) si potrebbe definire, in base alle richieste reali delle prestazioni da parte degli utenti, il numero massimo sia D_j di prestazioni di tipo A_j da effettuare in una settimana; di conseguenza nel modello si potrebbe aggiungere il vincolo $x_j \leq D_j$; ciò eviterebbe che nella soluzione ottima indicata dal modello (per il quale ogni tipo di prestazione è indifferente e svincolato) vengano effettuate molte prestazioni di un tipo per il quale c'è poca richiesta da parte degli utenti; analogamente, si potrebbe definire il numero minimo di prestazioni di tipo A_j da effettuare in una settimana;
- una volta calcolata la soluzione ottima indicata dal modello, è possibile consultare gli usuali strumenti nel contesto della Programmazione Lineare forniti dalla *analisi della sensitività* e dalla *analisi dei prezzi ombra* (calcolati dai software), che permettono di partizionare le risorse in "abbondanti" (cioè non vincolanti) e "scarse" (cioè vincolanti) rispetto alla soluzione ottima; nel nostro caso base tale consultazione sarebbe quasi immediata; in dettaglio:
 - - analisi della sensitività per la risorsa R_i (per $i = 1, \dots, n$): se la risorsa R_i è "abbondante", allora tale analisi indica entro quale limite un decremento della risorsa R_i non comporta un decremento del valore della soluzione ottima; se la risorsa R_i è "scarsa", allora tale analisi indica entro quale limite un incremento della risorsa R_i comporta un incremento del valore della soluzione ottima;

- - analisi del prezzo ombra per la risorsa R_i (per $i = 1, \dots, n$) : nel nostro caso base, tale analisi indica semplicemente se la risorsa R_i è "abbondante" oppure "scarsa";

in sintesi consultare tali usuali strumenti potrebbe evidenziare ad esempio che la risorsa dei medici fisiatrici sia "scarsa" e indicare approssimativamente quanti medici fisiatrici sarebbero ancora necessari affinché tale risorsa dei medici fisiatrici non sia "scarsa".

3. Modello generale

Il modello generale è ispirato a generalizzazioni del classico modello di Programmazione Lineare a cui è ispirato il modello base. Per semplicità introduciamo solo i parametri e le variabili in aggiunta.

Parametri in aggiunta:

:: per $i = 1, \dots, n$, sia c_i il costo settimanale per la ASL di ogni elemento in R_i ; ad esempio, se R_i è l'insieme dei medici fisiatrici, allora c_i è il costo settimanale per la ASL di un medico fisiatrico;

:: per $j = 1, \dots, m$, sia z_j il ricavo per la ULS di una prestazione del tipo A_j ; ad esempio, se A_j è il tipo di prestazione dato dalle visite fisiatriche, allora z_j il ricavo per la ALS di una visita fisiatrica;

Variabili decisionali in aggiunta:

y_j per $i = 1, \dots, n$;

y_i = numero di elementi in R_i utilizzati dalla ASL in una settimana.

Modello:

$$\max \sum_{j=1}^m z_j x_j - \sum_{i=1}^n c_i y_i$$

$$\sum_{i=1}^n p_{ij} x_j \leq y_i \quad \text{per } i = 1, \dots, n$$

$$y_i \leq |R_i| \quad \text{per } i = 1, \dots, n$$

$$x_j \geq 0 \quad \text{per } j = 1, \dots, m$$

$$y_i \geq 0 \quad \text{per } i = 1, \dots, n$$

Commento 3: Questo commento è in aggiunta al Commento 2 per il modello base. Si noti che

all'ottimo le disuguaglianze $\sum_{j=1}^n p_{ij}x_j \leq y_i$ (per $i = 1, \dots, n$) saranno soddisfatte come uguaglianze,

poiché massimizzare la funzione obiettivo comporta che il valore delle variabili y_i (per $i = 1, \dots, n$) all'ottimo sarà il più piccolo possibile. Come per il Commento 2, una volta calcolata la soluzione ottima indicata dal modello, è possibile consultare gli usuali strumenti nel contesto della Programmazione Lineare forniti dalla *analisi della sensitività* e dalla *analisi dei prezzi ombra* (calcolati dai software), che permettono di partizionare le risorse in "abbondanti" (cioè non vincolanti) e "scarse" (cioè vincolanti) rispetto alla soluzione ottima; nel nostro caso generale tale consultazione sarebbe più sofisticata; in dettaglio:

- - analisi della sensitività per la risorsa R_i (per $i = 1, \dots, n$) : se la risorsa R_i è "abbondante", allora tale analisi indica entro quale limite un decremento della risorsa R_i non comporta un decremento del valore della soluzione ottima; se la risorsa R_i è "scarsa", allora tale analisi indica entro quale limite un incremento della risorsa R_i comporta un incremento del valore della soluzione ottima;

- - analisi del prezzo ombra per la risorsa R_i (per $i = 1, \dots, n$) : nel nostro caso generale, tale analisi non solo indica semplicemente se la risorsa R_i è "abbondante" oppure "scarsa"; essa indica anche quanto segue : se la risorsa R_i è "abbondante", allora tale analisi indica il prezzo unitario minimo di vendita di elementi di R_i affinché tale vendita sia conveniente (rispetto all'utilizzo nel contesto della soluzione ottima); se la risorsa R_i è "scarsa", allora tale analisi indica il prezzo unitario massimo di acquisto di nuovi elementi di R_i affinché tale acquisto sia conveniente (rispetto all'utilizzo nel contesto della soluzione ottima);

in sintesi consultare tali usuali strumenti potrebbe evidenziare ad esempio che le risorse dei medici fisiatri sia "scarsa", indicare approssimativamente quanti medici fisiatri sarebbero ancora necessari affinché tale risorsa dei medici fisiatri non sia "scarsa", e infine indicare quale è il prezzo massimo di acquisto (cioè di assunzione) di un nuovo medico fisiatra affinché tale acquisto sia conveniente.

RIFERIMENTO 1

http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=48822

16 Marzo 2017

Emilia Romagna. “Ecco come abbiamo risolto il problema delle liste d'attesa. Da noi prestazioni garantite entro i tempi stabiliti nel 98% dei casi”. Intervista all'assessore Sergio Venturi

di Giovanni Rodriguez

Così l'assessore alle Politiche per la salute fa un primo bilancio del piano regionale indicato ieri dalla ministra Lorenzin, come "il modello migliore da seguire". E intanto la Regione vara il nuovo Piano per le liste d'attesa per i ricoveri con il quale "puntiamo a garantirli entro 30 giorni in almeno il 90% dei casi che si possono programmare". E sul Piano nazionale liste d'attesa fermo al 2012: "Potrebbe essere lo strumento adatto per promuovere modelli virtuosi"

"Il nostro Piano regionale contro le liste di attesa è partito a luglio del 2015. Dopo poco più di un anno a regime possiamo dire di riuscire a garantire le prestazioni sanitarie entro i tempi stabiliti in circa il 98% dei casi". Così l'assessore alle Politiche per la salute, **Sergio Venturi**, in quest'intervista a *Quotidiano Sanità* fa un primo bilancio del piano regionale indicato ieri dalla ministra della Salute, **Beatrice Lorenzin**, come "il modello migliore da seguire" per superare questo annoso problema.

Assessore Venturi, ieri la ministra Lorenzin ha indicato proprio il vostro piano regionale per abbattere le liste d'attesa come il modello da seguire. Che ne pensa e quali risultati siete riusciti ad ottenere fino ad oggi?

Le parole della ministra non possono che farci grande piacere. Abbiamo presentato il nostro piano nel luglio del 2015. L'obiettivo preciso che ci eravamo prefissi era quello di garantire, per la fine dell'anno, almeno il 90% delle prestazioni entro 30 giorni dalla richiesta nel caso delle prime visite, ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali. A poco più di un anno dall'entrata a regime possiamo dire che oggi riusciamo a garantire le prestazioni sanitarie entro i tempi stabiliti in circa il 98% dei casi. Ovviamente questa è una media. Abbiamo aziende dove il livello delle prestazioni raggiunge anche il 100%, ed altre che ogni tanto si registra qualche calo e che attenzioniamo in maniera più accurata. L'obiettivo è infatti quello di mantenere nel tempo i livelli che abbiamo raggiunto e non far sì che inizino a scendere dopo un grande sforzo iniziale.

Qual è stata più nel dettaglio la ricetta che vi ha permesso di raggiungere questi risultati?

Si tratta di un piano molto articolato formato da una trentina di punti. Tra questi abbiamo fatto sì che la valutazione delle Direzioni generali dipendesse dal risultato sulle liste di attesa e che in ogni Azienda fosse nominato un Responsabile unico dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, cui è stata affidata la gestione esclusiva e la modifica delle agende, oltre che il presidio dei tempi di attesa. Abbiamo poi reclutato nuovi professionisti laddove si segnalavano maggiori criticità. Per le prestazioni che presentavano tempi di attesa critici abbiamo provveduto ad un ulteriore allargamento dell'offerta nelle giornate di sabato e domenica, oltre che nelle ore serali dei giorni feriali. E ancora, siamo intervenuti sull'intramoenia con la possibilità di disporre un blocco delle attività libero professionali in caso di superamento del rapporto tra attività di libera professione e istituzionale e di sfioramento dei tempi di attesa massimi che ci eravamo prefissati. Infine, una volta a regime e dopo aver reso dunque esigibili per tutti le prestazioni in tempi certi, abbiamo introdotto un ticket per le prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta. Una misura ben accolta dai cittadini grazie alla quale le mancate prestazioni sono scese all'1%.

Ed ora avete presentato anche il nuovo Piano per le liste d'attesa per i ricoveri. Può spiegarci in cosa consiste?

Puntiamo a garantire ricoveri entro 30 giorni in almeno il 90% dei casi che si possono programmare. Dunque tempi certi. Il ricovero dovrà invece avvenire entro 60 giorni per i casi clinici che presentano dolore intenso o gravi disfunzioni o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente. Mentre abbiamo fissato un termine di 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti.

Lorenzin ieri ha anche dichiarato che se il "Sì" avesse vinto al referendum, con la riforma del Titolo V avrebbe potuto applicare questo modello in tutto il Paese risolvendo entro due anni il problema delle liste d'attesa, mentre ora ci si dovrà affidare alla buona volontà delle singole regioni. Non pensa che si potrebbe utilizzare lo strumento del Piano nazionale liste d'attesa, fermo ormai dal 2012, per promuovere modelli virtuosi nel rispetto delle autonomie organizzative locali?

Credo possa essere una buona idea. Noi abbiamo già inviato in questo anno il nostro modello a chi ce ne ha fatto richiesta, ma non so se questo sia stato poi più o meno applicato. Non posso che essere d'accordo con le parole della ministra, e credo che il Piano nazionale delle liste d'attesa possa essere uno strumento valido in questo senso, anche perché sarebbe necessario un coordinamento nazionale che penso potrebbe esser svolto efficacemente dall'Agenas. Detto questo, credo servano anche misure più rigorose sul versante del monitoraggio degli adempimenti Lea sui tempi da garantire per le liste d'attesa.

RIFERIMENTO 2

<https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-fiume-denaro-privati-convenzionati/f89a4870-0768-11e8-8886-af603f13b52a-va.shtml>

2 Febbraio 2018

Sanità: il «buco» dei rimborsi

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

La spesa sanitaria incide per oltre il 70% sul bilancio delle Regioni, ma siccome la domanda aumenta la politica del risparmio taglia le prestazioni e aumenta il costo ticket a carico dei pazienti. Ma è possibile che una clinica privata, per una risonanza magnetica, applichi una tariffa tre volte inferiore a quella che rimborsa la Regione a una clinica convenzionata con il servizio sanitario nazionale, e ci guadagni pure? È possibile. A conti fatti, mentre gli ospedali pubblici si stanno via via impoverendo, **per una struttura sanitaria incassare una convenzione equivale a garantirsi una gallina dalle uova d'oro.**

Partiamo dall'inizio: gli italiani fanno oltre 55 milioni di esami l'anno, e la metà delle prestazioni vengono eseguite fuori dagli ospedali e dagli ambulatori pubblici. Il motivo è che il nostro sistema sanitario pubblico, pur essendo uno dei migliori al mondo, da solo non ce la fa e, per abbattere le liste d'attesa e colmare le inefficienze, si appoggia agli imprenditori privati convenzionati — ossia rimborsati con soldi pubblici. **Ma in base a quale criterio gli esami vengono rimborsati fino a tre volte il loro costo?**

I costi a confronto

Vediamo quanto esborsa lo Stato, tramite le Regioni, per gli esami più diffusi (risonanze magnetiche muscolo scheletriche, tac del torace ed ecografie all'addome completo) e quanto si fanno pagare invece dai cittadini che pagano di tasca propria i migliori centri privati “non convenzionati”. Paragonando questi prezzi si scopre che il **risparmio potrebbe arrivare a 100 milioni di euro.** Il confronto è a parità di qualità delle attrezzature diagnostiche, di professionalità di personale medico e di inquadramento contrattuale.

I risparmi possibili per le risonanze magnetiche muscolo scheletriche

Al Sant'Agostino di Milano, che non lavora con il servizio sanitario, una **risonanza magnetica** muscolo scheletrica (ginocchio, spalla, mano, anca, piede) costa al cittadino che ha fretta 90 euro. Qual è il rimborso che la Lombardia garantisce ai suoi centri privati convenzionati? 169,97 euro. L'89% in più. Il numero delle prestazioni eseguite in un anno sono 168.514, quindi si potrebbero risparmiare quasi 13,5 milioni. Alla Casa Salute di Genova il costo è di 45 euro, contro i 133,28 pagati dalla Regione Liguria (196,18% in più). La Regione potrebbe quindi spendere 716.850 euro contro 2,1 milioni. Alla Medi Clinic di Padova si paga **59 euro contro 188,45** (219,40% in più). Il Veneto potrebbe quindi spendere 6,6 milioni invece di 21,3. Lo stesso discorso vale per le ecografie all'addome completo. Potrebbero essere spesi 38,4 milioni, invece ne vengono sborsati 46,7. Idem per Tac al torace senza contrasto: solo in Liguria e Veneto il risparmio potrebbe essere di 596.532 euro.

Il conto finale

Il totale di **risparmio possibile**, solo per i tre esami, e solo nelle tre Regioni, è di 38,4 milioni. Una cifra che, proiettata su scala nazionale, in base alla popolazione e all'incidenza dei centri privati convenzionati con il servizio sanitario, **supera i 100 milioni**. Se poi calcoliamo che gli esami ambulatoriali sono di duemila tipi, che per gli esami di laboratorio il costo di produzione oggi è il 50% inferiore a quello che viene rimborsato (perché la tecnologia ha fatto passi avanti, ma le tariffe sono ancora quelle di 15 anni fa), quanto **si potrebbe risparmiare** dei 4,6 miliardi di euro l'anno che lo Stato rimborsa ai privati convenzionati? Il conto non è semplice, ma forse si può stimare una cifra **attorno ai 2 miliardi**.

Lo spreco di soldi pubblici

Insomma: ci sono imprenditori privati puri — e non sono certo dei benefattori — che riescono a garantire ai cittadini esami di qualità a un certo prezzo e a guadagnarci. Ma allora perché lo Stato, tramite le Regioni, per quelle stesse prestazioni dà molti più soldi agli altri imprenditori privati convenzionati? Il risultato è una valanga di risorse che potrebbe essere utilizzata per assumere più medici negli ospedali pubblici e per accorciare le liste d'attesa. Un problema legato all'inefficienza, alla mancanza di personale e al fatto che i medici bravi esercitano la libera professione nei loro ambulatori privati. Allora **pagateli meglio e fate lavorare le macchine 12 ore al giorno**, come fanno nelle strutture private. Ce ne sarebbe anche per fare più prevenzione: un'attività poco remunerativa che di fatto il privato in convenzione non fa; mentre il pubblico, sempre più spolpato, la sta pian piano dismettendo. Ma come funziona il meccanismo dei rimborsi?

Un meccanismo di pagamento non aggiornato da anni

Le ultime tariffe sono state fissate dal decreto ministeriale del 18 ottobre 2012 del governo Monti. Le cifre riportate, però, sono solo indicative: ciascuna Regione le può ritoccare (di solito al rialzo) a suo piacimento in base al titolo V della Costituzione che sancisce l'autonomia regionale in materia sanitaria. **Il principio è che gli imprenditori privati convenzionati ricevano lo stesso rimborso di un ospedale pubblico.** Il che ci può stare per gli ospedali privati convenzionati che hanno il servizio di Pronto soccorso o curano i tumori. Parliamo di strutture che devono erogare un mix di prestazioni non sempre economicamente vantaggiose e possedere requisiti organizzativi equiparati al pubblico. Il problema è che lo stesso principio vale anche per le piccole cliniche e una miriade di centri ambulatoriali convenzionati che fanno risonanze, tac ed ecografie, esami del sangue dalla mattina alla sera, senza offrire nessun altro servizio.

La posta in gioco è alta. Chi decide?

Un meccanismo che non consente di acquistare sul mercato le prestazioni a un prezzo equo e conveniente, ma garantisce enormi profitti a imprenditori privati accreditati, senza gara, con il servizio sanitario. **Profitti che poi vengono investiti in attività finanziarie, immobiliari, SPA e Resort.** Ma chi ha deciso che la clinica o l'ambulatorio privato accreditato debba incassare quanto un ospedale pubblico? Dentro quali pareti si riuniscono i tavoli tecnici per stabilire "quanto" deve essere rimborsata una prestazione, e in base a quali calcoli? Da chi sono formate queste commissioni, quanti ne capiscono di sanità e chi dà le carte? Gli interessi in gioco sono alti e rivedere le tariffe, non aggiornate da anni, può soltanto essere una decisione politica. E la politica dovrebbe anche sapere che il grosso, quello che sta determinando una lievitazione della spesa complessiva e che si può definire "furto legalizzato alle casse pubbliche" senza portare alcun vantaggio ai cittadini, è il doppio binario dei ricoveri. Quali sono gli interventi chirurgici che negli ospedali pubblici si fanno solo nel 15% dei casi, perché valutati inutili se non dannosi, e in quelli privati convenzionati si arriva fino al 99%? A quanto ammontano questi rimborsi? Ampia documentazione nella prossima inchiesta.

*Correzione,

5

febbraio

2018

A causa di un errore di calcolo su Excel, una versione precedente di questo articolo sosteneva che il Trentino Alto Adige spendesse 4.547 euro procapite all'anno per il servizio sanitario. In realtà spende 2.273 euro procapite all'anno.

RIFERIMENTO 3

<https://www.linkiesta.it/it/article/2018/03/19/sanita-e-liste-dattesa-la-tempestivita-ormai-e-un-servizio-a-pagamento/37491/>

19 Marzo 2018

Sanità e liste d'attesa: “La tempestività ormai è un servizio a pagamento”

Per una colonscopia, nel pubblico si aspetta in media più di 96 giorni; nel privato ne bastano sei. I dati dell'Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei sistemi sanitari regionali: così il privato fa concorrenza al pubblico, e il Ssn arretra

di Lidia Baratta

Una visita medica nella **sanità pubblica**? Bisogna aspettare **65 giorni**, più di due mesi. E se ci si rivolge al **privato**? Basta **una settimana**. I dati arrivano dall’**“Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei sistemi sanitari regionali”**, condotto da Crea (Consorzio per la ricerca economica applicata) e commissionato da Fp Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni. Tra lunghi tempi di attesa e peso eccessivo del ticket, i cittadini si stanno abituando ormai a considerare il privato e l'intramoenia come scelte alternative al Sistema sanitario nazionale. Con la sanità pubblica che, tra tagli e scarso personale, è ormai “in ritirata”.

Anche perché la forbice aumenta se si considerano i singoli esami. Per una **colonscopia**, nel pubblico chiedono di attendere in media **più di 96 giorni**; nel privato ne bastano sei. Tre mesi di differenza. **Per una radiografia articolare la distanza è di 23 giorni contro i 4 del privato**. Alcuni aspettano, altri pagano. La tempestività, si legge nel report, «sembra una condizione garantita dal Sistema sanitario nazionale solo per le prestazioni urgenti, mentre è un “servizio a pagamento” nei casi restanti».

L'indagine è stata effettuata su un campione di oltre 26 milioni di utenti, pari al 44% delle popolazione nazionale, su quattro regioni: **Lombardia, Veneto, Lazio e Campania**. Sono state prese in considerazione 11 prestazioni mediche, ma senza indicazioni di urgenza. E quello che viene fuori è che **la situazione, nel pubblico, non fa che peggiorare di anno in anno**. Si passa da 61 giorni per la visita oculistica nel 2014 a 88 nel 2017; da 36 per la visita ortopedica nel 2014 a 56 nel 2017; e da 69 nel 2014 per la colonscopia a 96 nel 2017.

La tempestività sembra una condizione garantita dal Sistema sanitario nazionale solo per le prestazioni urgenti, mentre è un “servizio a pagamento” nei casi restanti

L'unica alternativa è il privato: le **strutture convenzionate**, o i **servizi a pagamento, intramoenia compreso** (cioè effettuato dai medici in ospedale al di fuori dell'orario di lavoro). Per una visita ortopedica, ad esempio, nel privato a pagamento e in *intramoenia* bastano in media 6 giorni, mentre nel privato accreditato si sale a 27. Sempre meno dei 56 del pubblico.

L'indagine ha analizzato anche **i costi per le visite mediche**. «La spesa dei cittadini per prestazioni in *intramoenia* e a pagamento risultano abbastanza consistenti», si legge, «ma in tanti casi non molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate».

Un aspetto interessante che lo studio fa notare è come **i costi del privato talvolta siano persino inferiori a quelli dell'*intramoenia***. Per una visita oculistica in sanità privata, nel 2017 si sono spesi circa 97 euro a fronte dei 98 euro dell'*intramoenia*. Lo stesso vale per la visita ortopedica, che nel privato ha un costo di circa 103 euro contro i 106 euro dell'*intramoenia*. In Lombardia, per una coronografia in *intramoenia*, si possono spendere anche 490 euro. «La sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico», spiegano dalla Fp Cgil. È la concorrenza, bellezza, e a rimetterci sono i cittadini.

Le poco sostanziali differenze di prezzo e le lunghe liste di attesa hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, per costo e tempi di risposta

La situazione poi, è chiaro, **varia da regione a regione**. Tra le quattro regioni analizzate (Lombardia, Veneto, Lazio e Campania), cambiano i tempi di attesa, ma anche l'organizzazione della sanità pubblica. Con il privato che avanza soprattutto al Sud, dove le carenze del pubblico sono maggiori. A fronte di una media di 11,8 unità di personale delSsn per 1.000 residenti a livello nazionale, si va dagli 8,6 della Campania ai 16,6 della Valle d'Aosta. **La Campania è la Regione delle quattro rilevate in cui la "copertura" da parte di personale di strutture pubbliche o equiparate è minore, mentre è in testa per la quota di privato**, con 1,06 posti letto ogni mille residenti. Dalla parte opposta, il Veneto, con 13,6 addetti pubblici e solo 0,26 posti letto privati.

«Le poco sostanziali differenze di prezzo e le lunghe liste di attesa hanno incentivato lo sviluppo di un'offerta privata di servizi spesso concorrenziale con quella pubblica, per costo e tempi di risposta», spiegano dalla Fp Cgil. «La sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa».