

# Razionamento, liste di attesa ed information & communication technology

Maurizio Dal Maso

Nei sistemi sanitari delle società ad economia avanzata da molti anni si ricercano nuovi metodi per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi. Tutto ciò non ha comunque permesso di liberare le risorse necessarie per soddisfare tutti i complessi bisogni di salute della popolazione. Ne è derivata la necessità di sviluppare strategie di razionamento dei servizi attraverso un'azione complessiva sul versante della domanda, della offerta e del controllo sui consumi.

Il termine razionamento, senz'altro meno gradito di "razionalizzazione" ma molto più usato, si riferisce alla allocazione di beni posseduti in quantità scarsa e si realizza assegnando ad ognuno una quota limitata di beni allo scopo di limitarne il consumo. È una misura di politica economica che si applica quando la domanda di beni risulta in eccesso rispetto alla produzione ed il meccanismo del prezzo non può funzionare (1).

Il concetto di razionamento nei servizi sanitari è collegato a quello delle priorità, e della loro scelta, che è strettamente coinvolto alla definizione dei livelli di servizio (essenziali o integrativi) da garantire a tutti i cittadini e questo indipendentemente da come si consideri il

"bene salute" (diritto, consumo di risorse o investimento).

Come evidenziato nella Tabella 1, l'impegno pubblico nella spesa sanitaria è progressivamente diminuito negli anni in Italia, sia perché non è stato seriamente avviato un dibattito su questo tema, sia per una discutibile scelta di politica sociale. Nel 1997 la spesa sanitaria totale ha rappresentato il 7,6 % del P.I.L. e il solo settore pubblico il 5,5%.

L'aumento della quota percentuale di spesa privata nel SSN evidenzia l'esistenza di una forma di razionamento non controllato, che ha di fatto discriminato le fasce sociali economicamente più deboli che, non potendo pagare due volte per la stessa prestazione, hanno subito negli anni una limitazione nell'accesso al sistema, e questo ha permesso che il SSN diventasse progressivamente meno equo. Tutto ciò giustifica la critica espressa nei confronti del SSN di essere diventato sempre meno pubblico in relazione alla alta quota percentuale di spesa privata, con il rischio di compromettere oggettivamente, e non per scelte politiche, i principi fondanti del finanziamento pubblico, dell'unicità d'accesso e della gratuità al punto di erogazione.

Tabella 1

Nazione	Percentuale sulla spesa totale				Variazione % 1970 /1998
	Anno 1970	Anno 1980	Anno 1990	Anno 1998	
Spagna	65,4	79,9	78,7	76,9	+11,5
Giappone	69,8	71,3	77,6	78,3	+8,5
Stati Uniti	36,4	41,2	39,6	44,7	+8,3
Australia	67,4	62,5	67,4	69,3	+1,9
Francia	74,7	78,8	76,9	76,4	+1,7
Canada	70,2	75,6	74,6	69,6	-0,6
Svezia	86,1	92,5	89,9	83,8	-2,3
Regno Unito	87,1	89,4	84,2	83,7	-3,4
Norvegia	91,6	85,1	83,3	82,8	-8,8
Italia	86,9	80,5	78,1	68,1	-18,8

(dati OCSE, 2000)

L'articolo 1 comma 2 del D.Lgs. N.229/99 afferma che " Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse". Tutto ciò continua a non toccare il cuore del problema, che dai tempi della L. 833/78, è quello della scelta delle priorità.

Già nel 1992 una sentenza della Corte Costituzionale affermava a questo proposito che: "... Non è pensabile di potere spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la qualità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute".

Nella economia reale il problema della compatibilità tra bisogni e risorse viene risolto dal prezzo poiché i consumatori che non manifestano la loro disponibilità a paga-

re sono esclusi dalla soddisfazione dei bisogni, anche se essenziali (1).

Nei servizi sanitari questo non può essere accettato per l'evidente contrasto con i principi di solidarietà ed equità a cui si deve ispirare l'assistenza sanitaria. Si devono dunque attivare altri principi che portano a forme esplicite o implicite di razionamento. I medici in questo caso possono e devono giocare un ruolo principale poiché i cittadini accettano meglio che queste scelte siano fatte dai medici e non dai politici o dai manager. Questa è anche una delle cause di difficoltà attualmente esistenti nel rapporto medico/paziente poiché, da un lato il medico si trova a dovere sia rispettare il contratto che ha stipulato con l'organizzazione da cui dipende, dall'altro deve rispondere al patto che il paziente ha stabilito con lui e a cui deve sottostare essendone l'"agente" ed è quindi portato a fare tutto ciò che necessita, anche oltre i termini del contratto (2). È evidente che in questa situazione il patto esalta l'autonomia professionale del medico, mentre il contratto la limita, ma in questo contesto il medico si trova in una condizione di profonda criticità, aggravata negli anni dalla consapevolezza che la sua professione è sempre più "un esercizio di scelte fatte in condizioni di costante incertezza" (1).

In generale il tema del razionamento si applica in tutti i settori dove i meccanismi del mercato non possono agire liberamente (ad esempio sanità, istruzione, beni culturali) ma è probabilmente nel settore della sanità che meglio si evidenziano gli effetti del razionamento. Questo perché il settore sanitario è probabilmente quello, all'interno del settore pubblico, che accoglie i cambiamenti più innovativi sia di carattere gestionale sia in termini di ridefinizione dei rapporti fra i diversi attori del sistema. Questi ultimi sono le autorità politiche (a livello internazionale, nazionale e regionale), le autorità sanitarie locali, gli operatori sanitari (la categoria più coinvolta nei processi di razionamento implicito), l'utenza e i cosiddetti "opinion leaders" di varie materie (3). Le forme di razionamento implicito (quello in cui le decisioni e i giudizi non sono espressi in modo compiuto dalle autorità politiche competenti) sono: l'esclusione o diniego, la selezione (clinica o di altra natura), la deflessione o deviazione (invio ad altro servizio), la deterrenza o dissuasione (ticket o franchigie), la dilazione (o ritardo, di cui le liste di attesa sono l'esempio principale), la diluizione o attenuazione (ridotta qualità e quantità di servizi erogati) e l'interruzione. Le scelte

delle priorità, invece, possono seguire criteri tecnici (efficacia, efficienza, appropriatezza, necessità), distributivi (merito, rischio, lotteria, beneficio, regola del salvataggio, principio di differenza) ovvero procedurali (etica medica, giustizia, eguaglianza, equità, solidarietà e democrazia) (1). Peraltro la libertà di scelta del professionista e del luogo di cura da parte dei cittadini è un dato incontrovertibile, nel rispetto di precisi standard di accreditamento professionale e istituzionale, ed è pertanto discutibile vedere proposte delle "nuove tendenze" che cercano di riproporre delle soluzioni politicamente e socialmente ormai impercorribili. Diceva A. Enthoven in un'intervista sul BMJ "... non credo che il diritto di andare in un qualsiasi ospedale sia un grande diritto". Se questa affermazione venisse male interpretata, potremmo anche correre il rischio di vedere proposta una rigida programmazione dei servizi, senza libertà di scelta dei cittadini, e quindi arrivare ad una rigida "pianificazione della domanda", che certamente non aiuterebbe ad avere servizi più efficienti, moderni e di qualità (4). D'altra parte l'attuale dibattito sui modelli sanitari regionali dimostra che molto deve essere ancora fatto per costruire un modello davvero condiviso di tipo universalistico, solidaristico ed equo in accesso al sistema, a misura dei cittadini e capace di programmare le attività partendo dai loro bisogni e non dall'offerta del sistema, qualunque ne sia il modello di riferimento. Nei sistemi sanitari nazionali, come quello italiano, si registra un cronico eccesso di domanda dato dallo squilibrio su questo versante fatto di scelte private (individuali) rispetto a quello dell'offerta, dove troviamo risposte pubbliche (collettive). Ogni soggetto è portato ad aumentare la propria domanda fino al punto in cui la richiesta eguaglia il prezzo. L'offerta dei servizi sanitari viene invece bloccata nel punto in cui il beneficio marginale eguaglia il sacrificio (o costo/opportunità) che la società decide di sostenere. Pertanto le eguaglianze tra beneficio e costo marginale esistono sia per il consumatore sia per il produttore, ma ciò che viene a mancare è il prezzo (cioè la ragione di scambio tra beni e servizi e il loro controvalore in moneta,) che è uguale a zero, e il ricavo marginale per il produttore, che è positivo. Pertanto il consumatore non avverte più l'onere che il consumo comporta mentre il costo sul lato dell'offerta continua ad essere avvertito (5). Ogni sistema sanitario fondato sulla soddisfazione dei bisogni individuali attraverso il finanziamento collettivo è strutturalmente in disequilibrio (6), e ciò spiega come mai il razionamento sia sempre presente in questi sistemi sanitari (7).

Il nostro SSN è dunque “congenitamente” incoerente poiché porta in sé un costante squilibrio fra domanda e offerta e quindi la creazione delle liste di attesa, considerate come la conseguenza del razionamento attraverso la selezione operata sulla base delle scarse risorse disponibili, e l'origine della scarsa qualità dei servizi percepita dagli utenti.

Le liste di attesa sono il risultato di più fattori, quali, l'eccesso di domanda (spesso non appropriata), l'offerta inefficiente sotto il profilo dell'impiego ottimale delle risorse umane e strumentali, la richiesta di assistenza presso centri di eccellenza, la difficoltà di una vera integrazione ospedale-territorio o socio-sanitaria perché continuano a prevalere logiche diverse che hanno creato una confusione di ruoli per cui spesso è impossibile agire all'interno di un'area comune, seguendo valori etici e professionali condivisi e all'interno di un processo operativo integrato.

I parametri di riferimento da considerare nel capitolo delle liste di attesa, oltre alla domanda e all'offerta di servizi, ad esempio nella assistenza specialistica ambulatoriale, (quella cioè rivolta a pazienti esterni, erogata presso strutture ospedaliere o territoriali come consulenza specialistica al medico di medicina generale o come diagnosi o trattamento di problemi clinici anche complessi per i quali non è necessario il ricovero ospedaliero, sia ordinario o di D.H.) sono essenzialmente: il tempo di attesa, la lista di attesa, la consistenza numerica della lista e il volume dell'erogato. Nel caso di prestazioni chirurgiche per cui è previsto il ricovero (ordinario o D.S.), o in quelle di chirurgia ambulatoriale, l'ulteriore parametro di valutazione è la gravità clinica del paziente, che può originare punteggi differenti e tempi di accesso diversificati (urgenti, differibili e programmabili).

Il tempo di attesa è quello che intercorre tra la presentazione della richiesta e la data della prima prestazione prenotabile; è determinato dal rapporto fra domanda e offerta di prestazioni e può essere rilevato come tempo minimo, medio o massimo aziendale. La lista di attesa è l'elenco che esprime la numerosità della domanda registrata e rappresenta il punto di vista dell'utente nelle criticità dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Il terzo parametro è il numero delle persone in attesa sia per un periodo prospettico al momento della richiesta, sia retrospettivo al momento dell'erogazione della prestazione. Infine troviamo il numero delle prestazioni erogate nell'unità di tempo e il suo rapporto con la consistenza numerica dei pazienti in

attesa. È evidente che per affrontare correttamente il problema non è sufficiente aumentare solo l'offerta poiché ciò in tempi più o meno brevi porta ad una sua completa saturazione. Bisogna agire contestualmente sul versante della domanda e della offerta per controllare in modo stabile il fenomeno anche perché i tempi attesi per la variazione della domanda sono medio-lunghi (devono essere predisposti e condivisi con figure professionali diverse, protocolli di cura, percorsi clinico-assistenziali, linee guida) mentre quelli della offerta possono essere più brevi perché attuati attraverso correttivi procedurali interni alla organizzazione, con l'incremento del personale e/o di tecnologie, ovvero con l'acquisto di prestazioni dal settore privato, oppure dall'insieme di più azioni. Esistono ormai le condizioni organizzative e tecnologiche per elaborare un governo della domanda attraverso cui invertire la tendenza rispetto all'attuale andamento delle liste di attesa, basate esclusivamente sul governo dell'offerta. L'uso delle attuali tecnologie permette di dare una risposta compiuta nel punto dove si origina un bisogno, eliminando una catena di passaggi molte volte inutili. Ad esempio, al momento della prescrizione di un esame da parte del Medico di Medicina Generale ci potrebbe già essere la contestuale possibilità da parte del cittadino di prenotare quella prestazione o per via telefonica o per via telematica, eliminando il circuito poco virtuoso della ricerca della prenotazione. Anche nel SSN ciò che conta davvero sono i risultati e soprattutto non è più pensabile che strutture complesse e costose possano continuare ad essere valutate solo in base alla quantità di impegno erogato, senza verificare se sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

Le prestazioni critiche sono sostanzialmente le stesse anche se occupano posti diversi nelle graduatorie regionali, a ulteriore dimostrazione dell'esistenza di uno squilibrio strutturale tra cause ed effetti, tra risorse e risultati. Nel Rapporto Annuale 2000 dell'ISTAT troviamo che il volume di domanda di visite mediche e specialistiche è passato da 20.9 ogni 100 abitanti del 1994 a 22.9 nel 2000. Nello stesso periodo a livello territoriale si riscontra un aumento nelle regioni del nord-est (+3.3%) e isole (+2.7 %) per le visite specialistiche, mentre per gli accertamenti diagnostici si registra un calo al centro (-1.6 %), in contrapposizione ad un aumento di circa 2 punti percentuali nel sud. Questi dati devono essere valutati anche in relazione al fenomeno dell'utilizzo inappropriato dei servizi di Pronto

Soccorso, che a livello nazionale dimostra una percentuale di ricovero solo del 25.5 % su tutti gli accessi, che sono 396 ogni 1.000 abitanti come valore medio (minimo 87 nella P.A. di Trento, massimo 516 in Abruzzo).

Le prime 20 prestazioni critiche rappresentano oltre l'80% del problema delle liste di attesa, e in particolare sono rappresentate da: T.C. (cranio), R.M.N. (colonna vertebrale), Mammografia (bilaterale), Ecografie inter-nistiche (addome), Eco-color Doppler specialistico (venoso e arterioso degli arti, cardiaco), Scintigrafia miocardica, Esami endoscopici (esofago gastroduodeno-scopia), Elettromiografia, Fluorangiografie, MOC, Visite specialistiche (cardiologia, angiologia, chirurgia vascolare, dermatologia, medicina fisica e riabilitazione, neurologia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria e urologia). È curioso notare che molte di queste specialità sono quelle in cui si registra un'alta percentuale di professionisti tuttora con attività libero-professionale "extramoenia". Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, quelle maggiormente critiche sono la colecistectomia (normale o laparoscopica), la cataratta, l'artroscopia, l'artroprotesi all'anca, la legatura e stripping di vene varicose ed il by pass aortocoronarico. Una possibilità di correzione delle "lunghe" liste di attesa deve partire dalla considerazione che all'interno della catena di ogni processo produttivo esiste un "collo di bottiglia", ovvero l'anello debole, più lento, della catena. L'azione correttiva deve dapprima individuare tale anello e quindi, dopo averlo potenziato, è necessario che tutti gli altri fattori della catena produttiva procedano al ritmo di quello più lento. Questo schema di azione (teoria dei vincoli) è stato recentemente applicato nel Regno Unito dove il problema delle liste di attesa è da sempre particolarmente sentito e sembra avere fornito degli stabili miglioramenti consentendo una riduzione del sottoutilizzo della risorsa scarsa e un incremento della prestazione complessiva dell'intero sistema.

Il Ministero della Salute ha recentemente pubblicato il documento della Commissione costituita per analizzare il fenomeno delle liste di attesa e proporre delle azioni correttive. Le conclusioni a cui la Commissione è giunta, dopo avere inquadrato il problema sotto diversi aspetti (contesto, rapporto domanda/offerta, comunicazione ed informazione, *Information Technology* e sistemi di monitoraggio) possono essere così riassunte: analisi dei problemi clinici e opportuna differenziazione dei tempi di attesa, incremento "intelligente" dell'offerta,

utilizzo appropriato della libera professione intramuraria, accesso diretto per alcune prestazioni (esami ematochimici, radiografia del torace ed elettrocardiogramma), diffusione ed integrazione dei Centri Unificati di Prenotazione (CUP), rapida ed aggiornata diffusione delle informazioni ai cittadini, gestione informatizzata delle liste di attesa e del referto clinico, aumento della comunicazione e della partecipazione dei cittadini, sistema di monitoraggio temporizzato ed integrato a più livelli.

*L'Information e Communication Technology (I.C.T.)* è lo strumento che permette di riorganizzare il sistema produttivo e quello comunicativo in modo contestuale e aiutare ad abbattere le liste di attesa. La creazione di dorsali comunicative, che collegate alla rete Internet possano trasferire in tempo reale un numero pressoché illimitato di informazioni, è il presupposto del nuovo modo di concepire e amministrare questo settore. L'I.C.T. può essere vista come una risposta per diminuire il ricorso al razionamento, a patto che il suo utilizzo venga inquadrato in un complessivo progetto di riorganizzazione delle attività produttive e in una nuova logica di integrazione socio-sanitaria e/o ospedale-territorio, permettendo di lavorare secondo logiche di processo e sfruttando tutte le sue enormi potenzialità. Si verrebbe così a realizzare una "articolazione dipartimentale integrata" dove il polo dipartimentale e quello distrettuale sono un sistema compiutamente "bipolare" in cui questi assurgono a ruolo centrale della organizzazione sanitaria. In pratica costruiremmo un nuovo modo di distribuire i servizi sociali e sanitari, sia nel settore pubblico sia in quello privato, rendendo la sanità più vicina al cittadino e a misura dei suoi bisogni. Come la "net economy" è essenzialmente far viaggiare in rete l'economia, così la "sanità telematica" integra da un punto di vista organizzativo, tecnologico e gestionale i servizi, le funzioni, le strutture e gli operatori distribuiti sul territorio. È dunque lo strumento alla base del sistema, in grado di coordinare richieste qualitativamente e quantitativamente differenziate e di gestire in modo unitario i processi clinico-assistenziali, secondo criteri di economicità, efficacia ed equità. I nuovi livelli istituzionali al suo interno sono rappresentati da l'*e-government*, l'*e-services* e l'*e-procurement*. Il primo raccoglie gli strumenti di indirizzo e controllo di tutte le attività "Internet oriented", il secondo è l'insieme di tutti i servizi che verranno forniti agli utenti e il terzo rappresenta l'insieme dei processi delle acquisizioni dei beni e delle

risorse dal mondo economico circostante (8). L'uso costante dell'informatica ha portato alla promozione di maggiore libertà e autonomia, ma il mondo sanitario nel suo complesso è rimasto per troppi anni estraneo a questi strumenti e li ha tenuti lontani dai principali meccanismi della organizzazione. Il risultato è che singole parti del sistema contengono specifiche applicazioni informatiche, ma nel complesso l'intero sistema non è omogeneo da un punto di vista strutturale. Il mondo dei servizi sanitari è un complesso agglomerato di risorse umane e strumentali, ma stenta a divenire un sistema integrato, continuando ad essere solo la somma di parti separate. Per essere sistema deve esserci invece una forte connessione, una rete di comunicazione, un flusso continuo, accessibile e bidirezionale di informazioni e comunicazioni. Invece il sistema sanitario nel suo complesso ha scelto di proteggere e tutelare ciò che sta al suo interno e coloro che vi operano, dimenticandosi che la sua missione è quella di soddisfare i bisogni di salute della popolazione. La sfida da accettare ora è quella di essere connessi in rete con altri sottosistemi, con altre unità operative, con altre strutture per potere rispondere al meglio delle proprie capacità e per costruire maggiore libertà e autonomia per gli operatori e per i cittadini. La consapevolezza che l'informazione, intesa come "tutto ciò che serve a prendere una decisione" deve essere disponibile innanzi tutto nel punto in cui viene generata, è cresciuta nella classe medica negli ultimi anni. Ogni giorno un medico utilizza una media di 10-20 informazioni non immediatamente disponibili sul proprio posto di lavoro, e tutto ciò avviene grazie alla facilità di comunicazione e di accesso alle banche dati. Non solo, ma questa possibilità di accesso incrementa il consumo anche del 200%, con evidenti vantaggi sui processi produttivi e decisionali (9). Sempre più dovrà essere condiviso quanto sosteneva P.F. Druker, e cioè che all'interno delle organizzazioni complesse il potere proviene dal trasmettere l'informazione per renderla produttiva, non nel nasconderla. Infatti, poiché la conoscenza è potere, in un'organizzazione complessa bisogna assumersi la responsabilità per l'informazione perché è lo strumento principale. Le reti sanitarie integrate multiservizi sono una risposta concreta, costituendo un sistema di collegamenti informatici e telematici che uniscono diverse unità produttive indipendentemente dalla loro collocazione fisica. Il loro uso permette di conciliare due obiettivi fra loro discordanti, quali la necessità di concentrare i servizi per garantire la qualità tecnica e contemporaneamente

diffonderli sul territorio per facilitare gli accessi, realizzando quindi una vera equità di accesso e non una disomogenea equicapacità di dotazione strutturale e di produzione.

Sono la risposta alla esigenza sempre più avvertita in sede di programmazione all'interno del SSN di coniugare qualità, efficienza, diffusione, accessibilità e costi dei servizi erogati agli utenti, non ultimo privilegiando la mobilità degli operatori rispetto a quella degli utenti.

Negli ultimi anni in alcuni sistemi sanitari occidentali si è affermata una nuova strategia politica tendente a coinvolgere il cittadino nelle decisioni strategiche che ai vari livelli decisionali (clinico, organizzativo, o altro) lo riguardano al fine di migliorare la risposta nei confronti dei bisogni di salute della popolazione. Un ruolo fondamentale può essere svolto dalla I.T.C. nel favorire e facilitare forme di comunicazione fra i professionisti e i loro pazienti e in generale fra il sistema dei servizi sanitari e le comunità (virtuali e reali) ad essi direttamente interessate. Più in generale possiamo affermare che anche nel mondo sanitario, l'I.T.C. permetterà una maggiore libertà e autonomia di vita.

Le tecnologie telecomunicative potranno portare ad un profondo cambiamento dei sistemi di assistenza sanitaria e delle tecniche utilizzate nei percorsi di prevenzione e cura delle malattie e di assistenza alla persona. L'efficacia di questi interventi è però subordinata a tre condizioni :

- il progetto innovativo deve venire prima del progetto tecnologico, poiché la chiarezza degli obiettivi e dei percorsi è la condizione essenziale per un efficace uso delle innovazioni tecnologiche;
- gli interventi innovativi (organizzativi e tecnologici) devono sostituirsi e non aggiungersi al vecchio sistema;
- l'introduzione nei percorsi sanitari delle tecnologie telematiche deve poggiarsi su una adeguata e rinnovata rete organizzativa.

Le azioni attuative dovrebbero mirare principalmente a una efficace informazione agli utenti - clienti, all'informaticizzazione dell'accesso anche nella forma di collegamento di una rete CUP tra ospedale e territorio, al rapporto con la domanda organizzata, alla visibilità complessiva delle azioni di governo delle risorse, ai nuovi sistemi comunicativi tra le competenze mediche e scientifiche, alla deospedalizzazione anche con diverse forme di medicina a distanza, alla informatizzazione completa del percorso di diagnosi, cura e ricovero, all'ulteriore sviluppo del sistema comunicativo dell'emergenza.

Efficaci azioni innovative, attraverso progetti circoscritti

ti e un uso delle tecnologie comunicative, porteranno in queste aree di attività maggiori vantaggi, anche economici, rispetto alle tradizionali politiche di tagli o riduzioni dei costi di gestione perché, ad esempio, stime recenti evidenziano che l'uso di strumenti "web" potrebbe far ridurre del 20% l'attuale numero delle visite ambulatoriali (10).

In un sistema CUP (Centro Unificato di Prenotazione) avanzato, ad esempio, l'innovazione organizzativa e tecnologica migliora l'accesso, l'organizzazione dell'offerta e l'aggregazione della domanda.

Il CUP può essere considerato come una struttura territoriale, informatizzata, di intermediazione tra domanda e offerta di salute, caratterizzata da una molteplicità di canali d'accesso, da una pluralità di soggetti istituzionali coinvolti e da una diversificazione della tipologia di servizi prenotabili. Accentrando le richieste di accesso all'assistenza sanitaria e trasformandole in prenotazioni, favorisce la razionalizzazione e la standardizzazione del sistema distributivo sanitario, rappresentando così la più moderna evoluzione dei vecchi sistemi di prenotazione sia divisionali sia aziendali.

Possiamo quindi dire che:

- si tratta di una "struttura territoriale informatizzata di intermediazione" perché, tramite una rete informatica di accessi, favorisce l'incontro tra utenti e strutture eroganti, ossia tra domanda di prestazioni sanitarie e offerta di assistenza medica, nel proprio territorio di riferimento;
- è caratterizzata da una molteplicità di canali di accesso perché rappresenta un sistema distributivo incentrato su svariati soggetti abilitati alla prenotazione: sportelli dedicati, *Call Center*, farmacie telematiche, farmacie telefoniche, medici di famiglia, *medici ospedalieri* e specialisti, accesso via Internet;
- è caratterizzata da una pluralità di soggetti istituzionali coinvolti perché permette di prenotare quanto erogabile da parte di soggetti operanti in regimi differenti: SSN, libera professione, strutture convenzionate, o altro;
- è caratterizzata dalla diversificazione della tipologia dei servizi prenotabili perché può consentire la prenotazione non solo di prestazioni mediche e diagnostiche, ma anche di servizi socio-assistenziali;
- razionalizza e standardizza il sistema distributivo della sanità perché consente di paragonare ed uniformare sia quanto viene richiesto sia quanto viene offerto, favorendo così anche una maggiore concorrenzialità del sistema, permettendo la creazione di un mercato delle prestazioni sanitarie;
- rappresenta la più moderna evoluzione dei vecchi CUP

aziendali perché consente, da un lato, di accedere non solo all'offerta di una singola azienda ma all'offerta totale di tutto il territorio di riferimento; dall'altro di facilitare l'ammodernamento organizzativo ed informatico della sanità, sostituendo i vecchi sistemi di registrazione (spesso ancora cartacei) con una rete informatica.

L'obiettivo di un programma CUP metropolitano non è quello di aumentare il numero di prestazioni prenotate, ma di ridurre il numero delle prenotazioni effettuate fuori dal sistema e contestualmente facilitare l'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie (11). La nuova frontiera dei CUP potrebbe essere quella di creare una rete capace di fornire molteplici servizi e collegare le unità operative territoriali con quelle ospedaliere in un'ottica di continuità assistenziale come riposta unitaria ai bisogni di salute dei cittadini.

Fino ad oggi il razionamento, le liste di attesa e l'I.C.T. sono stati considerati come capitoli singoli da affrontare separatamente. Al contrario essi sono fortemente integrati e dovranno essere governati in modo unitario e gestiti secondo logiche di processo poiché il SSN avrà sempre più la necessità di razionalizzare, per non continuare nella azione di razionamento che si è dimostrata non essere "politicamente corretta". Dovrà convivere anche con le liste di attesa, ma cercando di abatterle, per non continuare a pagare l'alto prezzo sul versante della scarsa qualità percepita dagli utenti, sottoutilizzando le enormi potenzialità delle innovazioni tecnologiche che, se collocate in modo corretto nella riprogettazione organizzativa dei processi integrati di cura, potranno favorire una stabile e duratura crescita di tutto il SSN.

È da condividere l'analisi espressa da Borgonovi (12) che nota come il modello di gestione aziendale istituito dai D.Lgs. 502/92, 517/93 e riconfermato dal D.Lgs. 229/99, ancora oggi stia vivendo in una fase di "stabile transizione". Per uscirne si dovranno raggiungere e consolidare tre grandi obiettivi quali il miglioramento dei processi assistenziali con l'uso corretto delle nuove tecnologie, l'integrazione dei processi amministrativi con quelli assistenziali e l'aumento del livello di professionalità degli operatori del SSN. Già oggi, a mio parere, disponiamo delle risorse umane e strumentali necessarie per riuscire in questa difficile impresa e credo che, negli ultimi anni, sia aumentata anche la consapevolezza in tutti gli attori del sistema che raggiungere questi traguardi costituisce un obiettivo primario, indiscutibile ed irrinunciabile.

### Riferimenti bibliografici

- 1 ) Mapelli V. Modelli e criteri di razionamento in sanità. *Scienza e Management*, N. 1 gen./ feb. 2000, p. 9-19
- 2 ) Maciocco G. Il Medico disadattato. *Toscana Medica*, Dicembre 2000, p.37-41
- 3 ) Tediosi F, Fattore G., Garattini L. Il razionamento in Sanità : riflessioni su alcune esperienze estere. *ASI 35/36* : 5-12, 1998
- 4 ) Newman P. Interview with Alain Enthoven: is there convergence between Britain and United States in the organization of health services? *BMJ*, 310:1652-5, 1995
- 5 ) Brenna A. *Manuale di Economia Sanitaria*, CIS Editore Milano, 1999
- 6 ) Musgrave R.A. *The theory of public finance*. McGraw-Hill, New York, 1959
- 7 ) Maxwell R. Why rationing is on the agenda, in: *Rationing Health Care*. *B.Med. Bull.*, Vol. 51, N. 4, 1995
- 8 ) Ruta C. Sistema sanitario e net economy. *Panorama della Sanità* N.7, marzo 2001, p. 31-32
- 9 ) Brizioli E., Grechi F. Evoluzione dei processi di aziendalizzazione e degli strumenti di informazione globale nella Azienda Sanitaria. *Atti del Seminario "Pubblico e Privato per l'Information Communication Technology della Sanità. Servizio pubblico e new economy : quale intesa."* Bologna, 22 marzo 2001
- 10 ) Moruzzi M. Comunicazioni e reti informatiche. *Tendenze Nuove*, N°4 - luglio/agosto 1999
- 11 ) Moruzzi M. I CUP: un ponte di equità e modernizzazione tra sanità e cittadini. *Tendenze Nuove*, N° 2 – marzo/aprile 1999
- 12 ) Borgonovi E. *Il Sole 24ore Sanità*, 13-19 marzo 2001, p. 24-25

documenti