

Come innovare a 360° la Sanità pubblica

Importanza dell'orientamento alla creazione di "valore per il Cliente" anche nel SSN

Autore: Oscar Pallme | Dicembre 2010

Premessa

Questo paper sul tema "Innovazione nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN)" sintetizza sia le mie considerazioni pubblicate recentemente nel blog di THINK!¹ sia i vari interventi scaturiti dal dibattito aperto da Giorgio De Michelis².

Le mie idee nascono da circa 10 anni di osservazione ed analisi, come Cliente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), della relazione tra Cliente-utente [diretto (paziente), indiretto (parente)] e Fornitore di Salute [Medico di base, Ospedale, Clinica privata, Centro Assistenza Limitata (CAL), Laboratori analisi, Studi medici, ecc.].

Non si tratta di un documento esaustivo, ma solo di uno stimolo per successivi approfondimenti ed eventualmente per la costituzione di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare che si proponga di formulare una proposta più ampia ed organica sul tema di come innovare la Sanità.

SSN e Creazione di Valore

Per migliorare la performance delle organizzazioni è importante orientare i collaboratori alla creazione di "valore per il Cliente". Questo concetto di "creazione del Valore" è applicabile anche alle Organizzazioni Pubbliche fatte le debite considerazioni.

Nel caso della Sanità pubblica (SSN):

- i **Clienti** sono sia i Pazienti (Clienti-utenti diretti) sia i loro Parenti (Clienti-utenti indiretti).
- gli **attori dell'offerta** sono la Pubblica Amministrazione (centrali e regionale), le ASL, i partiti politici, le imprese sanitarie pubbliche o a partecipazione pubblica, gli studi medici e le imprese sanitarie private convenzionate.
- i **collaboratori interni** dell'Offerta sono medici, infermieri, amministrativi, ecc.
- i **collaboratori esterni** dell'Offerta sono i Fornitori di Medicinali, Macchine, Pasti, Pulizia, Sicurezza, Trasporto malati, ecc.

Il ruolo di **Azionista** è ricoperto da chi paga le tasse, cioè sia dai Cittadini-elettori (Azionisti con diritto di voto) sia dagli altri residenti, Cittadini e Stranieri, non elettori (Azionisti senza diritto di voto). Alcuni di questi Soci sono solo Clienti (Soci fruitori) altri sono anche Collaboratori del SSN (Soci prestatori d'opera remunerati). Per la peculiarità del SSN, lo Stakeholder-Azionista non riceve dividendi, ma un servizio relativo alla Salute. In pratica, è come se si trattasse di una cooperativa³ che fornisce ai Soci un servizio in ambito Sanitario.

¹ <http://www.thinkinovation.org/it/blog/2010/11/ssn/>

² Professore Ordinario presso il Dipartimento di Informatica, Sistemistica e Comunicazione dell'Università di Milano-Bicocca; Fondatore e CEO di ITSME. Vedere: <http://www.thinkinovation.org/it/blog/2010/11/10/>

³ La cooperativa è un'impresa nella quale il fine e il fondamento dell'agire economico è il soddisfacimento dei bisogni della persona (cioè del socio).

La gestione del SSN è delegata, mediante il voto (elezioni sia politiche nazionali sia amministrative regionali), alla Pubblica Amministrazione [sia centrale (PAC) sia regionale (Regione)].

Il **Valore per il Cliente** è la differenza tra i "benefici" (tangibili e/o intangibili) soddisfatti dalla relazione ed i "problemi indotti" dalla relazione che il Cliente deve affrontare. Connessi con i benefici vi sono sempre un gran numero di "problemi indotti". Nel caso del SSN

- i **benefici di base**, che rappresentano la natura stessa dell'Offerta, sono il preservare e/o ristabilire la Salute ("problema primario").
- i **benefici aggiuntivi** sono quelli che differenziano l'offerta di un fornitore da quella di un altro. Ad esempio: sala di attesa confortevole, personale disponibile e cortese, informazioni facilmente reperibili e comprensibili, data di dimissione comunicata in anticipo, rintracciabilità dei medici anche dopo la dimissione, ecc.
- I "**problemi indotti**" sono i disagi da affrontare e superare, causati da carenza di benefici, soprattutto aggiuntivi. Ad esempio: istruzioni carenti o poco comprensibili; lunghi tempi di attesa tra la prenotazione e la fruizione del servizio; mancanza di tatto da parte del personale; carenza di funzionalità; ecc.

La "**creazione di Valore**" coinvolge la relazione (esperienziale) tra i singoli Fornitori di Salute [ospedali, cliniche private, centri assistenza limitata (CAL), laboratori analisi, studi medici, ecc.] ed i Clienti. Purtroppo, esistono anche imprese che si preoccupano poco o niente del Cliente e rendono la relazione un percorso ad ostacoli che solo i Clienti più pazienti riescono a completare. Queste imprese riescono a sopravvivere solo se operano in un mercato monopolistico o oligopolistico.

Nell'ambito SSN, il tema "creazione di valore per il Cliente" è ancora in fase embrionale, poichè il SSN non è ancora un mercato libero e trasparente. Infatti, il Cliente-utente non può sempre scegliere liberamente il proprio Fornitore di Salute: vedere ad esempio il caso dei pazienti dializzati⁴.

Mercato sanitario: scenario di riferimento

Il bisogno primario del Cliente-utente è il benessere (fisico e psichico) e non la semplice cura della malattia che è solo strumentale al fine. Sta emergendo un Cliente-utente, sia paziente sia parente, sempre più autonomo e informato sul tema Salute che però non misconosce la funzione centrale del Medico di base, che dovrebbe essere la fonte più attendibile delle informazioni in materia sanitaria. Purtroppo, siamo in presenza di medici, sia di base sia ospedalieri, demotivati e poco incentivati.

Si noti che uso il termine Cliente e raramente paziente, perchè "paziente" sa molto di oggetto passivo nelle mani del Sistema Sanitario. Il "Cliente" è, invece, un soggetto attivo che esprime giudizi sulla qualità della relazione, pone domande ed aspetta risposte comprensibili ed esaustive.

⁴ I regolamenti della Regione Lombardia impediscono ai pazienti dializzati di effettuare il trattamento dialitico presso ospedali pubblici di loro gradimento. Il dializzato viene assegnato di autorità al Centro Dialisi dell'Ospedale pubblico più prossimo alla sua residenza. Se, a causa dei "problemi indotti", questo Centro Dialisi pubblico (di competenza territoriale) non è di suo gradimento il Cliente-utente può solo scegliere di migrare in un "CAL dialisi" privato (Centro Assistenza Limitata).

A tal proposito, nel Marzo 2009, ho scoperto che alcuni Clienti-utenti diretti (Pazienti) di un noto ed importante ospedale del Nord Italia avevano creato un blog on-line per scambiarsi informazioni su come i Medici si relazionavano sia tra loro sia con i Clienti-utenti e, quindi, realizzare una propria “customer satisfaction”.

Il Prof. Giorgio De Michelis, nell’aprire il dibattito nel blog di THINK!, ha affrontato il problema della motivazione e qualificazione dei Medici di Base, da lui ritenuta fondamentale affinché la “vision” della “cura delle persone” che hanno problemi di salute prevalga su quella più tradizionale del semplice ripristino delle funzionalità del corpo e della mente dei pazienti. La questione cruciale è, infatti, come il paziente viene assistito durante la terapia, indipendentemente dal fatto che si arrivi o meno alla guarigione. La relazione tra il Medico di Base e gli altri Fornitori di Salute è, peraltro, molto complessa e deficitaria, perché il primo sta perdendo fiducia ed identità mentre gli altri sembrano orientati inesorabilmente verso una visione efficientistica e meccanicistica della cura (quella che punta alla guarigione al minimo costo possibile). In conclusione, secondo De Michelis, è necessario rimettere il Medico di Base nella condizione di essere il centro del sistema di cura.

Franco Giovani ritiene avventuristico pensare che l’evoluzione del SSN possa basarsi sui medici di base visto che sono demotivati e in molti casi neanche in grado di dare una reale assistenza a coloro che devono accedere al Sistema Sanitario. Ci ricorda, inoltre, che il diritto alla salute e quindi il diritto a ricevere le cure minime adeguate è sancito dalla Costituzione della Repubblica⁵. Infine, fa notare che nel SSN l’innovazione non è riconducibile unicamente a quella tecnologica ma è un problema di più grande ampiezza e complessità in quanto si tratta di innovazione di Sistema. In questa logica si inserisce l’eventuale obiettivo di portare il SSN verso uno schema sistemico di (libero) Mercato magari con un ruolo sempre più importante del medico di base.

Paolo De Franceschi fa notare che “gli utenti dell’informatica in Sanità sono knowledge workers alla massima potenza !” mentre l’IT non è ancora utilizzata al massimo livello e quindi non è in grado di fornire tutti i benefici che potrebbe dare, supportando l’innovazione e il cambiamento. Continua osservando che la frammentazione del SSN, evidenziata da Mauro Buratti, può essere superata solo con un corretto uso dell’IT che risolva il problema della proliferazione di sistemi informativi eterogenei e diffusi, sia in termini architetturali sia applicativi e funzionali. Proliferazione che oggi rende difficile l’interoperabilità tra applicativi chiusi e isolati. Anche Debora Casalini ritiene che l’integrazione dei differenti sistemi informativi sia indispensabile per innescare una vera e propria rivoluzione nella qualità del lavoro e del servizio erogato.

Maurizio Massimi richiama l’attenzione sia sul fatto che il SSN paga i Fornitori male (cioè poco e in ritardo anche di anni) sia sullo scarso aggiornamento continuo della maggior parte dei suoi dirigenti. Ciò è un’ostacolo all’innovazione del SSN: “nessun dirigente si informa (sono troppo pigri per farlo di loro iniziativa) nessun dirigente viene informato dai fornitori (non c’è ritorno dell’investimento)”.

⁵ L’art. 32 della Costituzione Italiana sancisce la tutela della salute come “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività” e, di fatto, obbliga lo Stato a promuovere ogni opportuna iniziativa finalizzata alla migliore tutela possibile della salute

Orientamento alla Creazione di Valore

In un "Mercato libero" l'orientamento alla "creazione di valore per il Cliente" è fondamentale per ogni organizzazione, anche pubblica (Governo centrale o locale, ospedale, ente di sviluppo, ecc.) per poter competere in un contesto in continua evoluzione e con livelli di concorrenza sempre più elevati da parte di altre organizzazioni simili che cercano di conquistare nuovi Clienti.

E' importante adottare una gestione pro-attiva che, partendo dal mercato (situazione attuale, trend futuri, possibili reazioni alle nuove strategie), riesca a bilanciare le esigenze di efficienza degli attori dell'offerta con la creazione di valore per il Cliente (efficacia).

La maggior parte delle organizzazioni, per creare valore, si concentra sui "benefici di base" e trascura quelli aggiuntivi. Invece, i successi si ottengono più con la capacità di identificare e rimuovere i "problemi indotti" che con l'incremento dei "benefici di base". Infatti, i "problemi percepiti" impattano negativamente sul "valore percepito" dai Clienti in proporzione molto maggiore di quanto i "benefici percepiti" facciano in positivo.

Per lo sviluppo delle organizzazioni è opportuno investire le risorse disponibili prima per rimuovere i "problemi indotti" e poi per aumentare i "benefici di base". Altrimenti si corre il rischio di fare investimenti che poi, a causa dei problemi irrisolti, rimangono sotto-utilizzati per una domanda carente o chiudono per i costi indotti "eccessivi" in una nazione civile.

Le **leve strategiche per la creazione di valore** sono benefici, problemi ed esborsi monetari che poi, in pratica, sono correlate con le quattro leve del Marketing mix (Prodotto, Promozione, Punto di contatto, Prezzo). Occorre fare molta attenzione perché i livelli di valore possono variare non solo tra domanda ed offerta ma anche all'interno dell'ecosistema offerta [valore pianificato (da Governo, Regione, Top-management degli enti e/o delle imprese, ecc.), valore recepito dai collaboratori, valore trasferito al Cliente, ecc.].

Possibili dis-allineamenti tra offerta e domanda sono

1. Benefici/Problemi

- 1.1.funzionalità d'uso (tecniche mediche, medicine, ecc.) pianificate vs trasferite vs quelle realmente utilizzate/necessarie;
- 1.2.comunicazione mono-direzionale (da SSN a Paziente) vs comunicazione bi-direzionale ed interattiva [possibilità di entrare in contatto con i collaboratori del fornitore Salute (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) e ricevere risposte operative chiare/comprendibili];
- 1.3.copertura del territorio vs comodità del punto di contatto (accessibilità, disponibilità e gentilezza operatori, tempi di attesa ridotti, ecc.);

2. Esborsi monetari

- 2.1.prezzo di vendita (ticket sanitario) vs costi di selezione, acquisto, fruizione, dimissione, ecc.

Per poter ridurre questi disallineamenti è necessario effettuare periodicamente delle indagini per individuare sia il Valore atteso e/o percepito dai Clienti sia quello recepito dai collaboratori del SSN.

L'obiettivo del "vero" **Marketing**, anche di quello sanitario, è :

1. identificare in anticipo quale sarà l'evoluzione dei bisogni e delle esigenze dei mercati obiettivo [cluster di Clienti, nuovi bisogni, come soddisfarli (cosa offrire), quando, dove (area geografica, canale), ecc.] ;
2. disseminare queste informazioni all'interno dell'organizzazione (ecosistema "impresa estesa") attivando processi di sviluppo dell'innovazione;
3. adeguare le caratteristiche (funzionalità, prezzo, qualità, ecc.) dell'offerta (bene materiale o immateriale, servizi connessi) in tempo (just in time) rispetto all'evoluzione della domanda;
4. consolidare l'acquisito ed incrementare la penetrazione mediante supporto al Top-management per un' efficace "gestione della soddisfazione" dei Clienti, dei Collaboratori, dei Business Partner;
5. misurare la performance lungo la catena estesa del Valore e rendicontare, condividendo queste informazioni anche con i Business Partner.

Innovazione a 360° (di Business, di Sistema, ...)

L'innovazione a 360° (o multidimensionale) è un processo di cambiamento culturale profondo, che investe le strategie, la crescita, i prodotti e i processi, l'organizzazione e il posizionamento rispetto ai mercati di un'impresa o di un sistema, allo scopo di accrescerne la competitività. Il modo migliore per diffondere la cultura dell'innovazione a 360° è il dialogo con i collaboratori interni ed esterni e il confronto della propria esperienza con le "best practices"^{6,7}

Fare "**innovazione a 360°**" significa sia realizzare il giusto equilibrio tra le diverse innovazioni, senza trascurarne alcuna, sia adottare il livello di innovatività (incrementale, radicale) più adatto alla situazione. Per assicurare un successo duraturo, il processo di "innovazione a 360°" deve essere continuo nel tempo e il "valore relativo"⁸ trasferito al Cliente percepito positivamente. Non esiste la supremazia assoluta di un'area di innovazione rispetto ad un'altra ma tutte concorrono in varia misura, in funzione delle condizioni al contorno, a determinare la competitività di un'impresa o di un sistema.

L' "**innovazione di base**" è rappresentata dalle **competenze**⁹ dei collaboratori ed è alla base del processo di ideazione e sviluppo di qualsiasi tipo di innovazione.

L' "**innovazione primaria**" è quella che genera altra innovazione (nuovi prodotti, nuovi processi, nuovi mercati), definita indotta (o secondaria). In genere, si tratta di "nuova" conoscenza, "nuova" metodologia, "nuova" tecnologia [incorporata nei prodotti (embedded) o a supporto dei processi].

L' "**innovazione indotta**" (prodotti, processi, mercati) è generata dall'adozione di altra innovazione (metodologia, tecnologia, conoscenza), definita primaria, che determina miglioramenti nelle caratteristiche di almeno una delle variabili del

⁶ La "practice" (pratica) si riferisce al modo in cui una cosa è fatta in maniera professionale.

⁷ Vedere anche: http://www.confindustriaixi.it/it/progetto/discorso_pasquale_pistorio.html

⁸ Valore relativo è il rapporto tra "valore" ed "esborsi monetari" che il Cliente effettua nelle fasi di selezione, acquisto, uso e dismissione. Strettamente collegata al "Valore relativo" è la "soddisfazione del Cliente". Infatti, un Cliente si può definire soddisfatto solo quando è convinto di aver ricevuto, dalla scelta effettuata, un "valore relativo" superiore a quello ottenibile da tutte le altre possibili alternative.

⁹ Competenza è la capacità di combinare, in modo autonomo, le conoscenze e le abilità che si posseggono al fine di prevedere e risolvere problemi e, quindi, "creare valore".

business [prodotti (tangibili o intangibili), processi, mercati] esistente o la nascita di una “nuova” variabile di business.

Innovazione di base (Competenze)

La "creazione di Valore" non può prescindere dalle competenze e performance sia dei Collaboratori (Medici, Infermieri, Tecnici, Personale non-sanitario) sia dei Fornitori (Pasti, Pulizie, Trasporto malati, Sicurezza, ecc.). Si tratta di competenze che vanno oltre quelle meramente tecniche-curative.

Nè si può trascurare l'influenza dell'ente regolatore (PAC) e di quello pagatore (Regione) sulla relazione Cliente-Fornitore di Salute. Infine le ASL, anche loro coinvolte nel rapporto esperienziale.

Purtroppo, da quanto osservato sul campo in questi anni, il SSN risulta caratterizzato

- a) da alcuni (pochi) collaboratori (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) amanti della loro professione, vista come una missione, ed orientati ai reali bisogni (benessere, qualità della relazione, ecc.) del Cliente-utente (paziente, parente), ma anche
- b) da altri (molti) collaboratori demotivati che interpretano la professione in maniera burocratica senza alcun orientamento alla creazione di “Valore per il Cliente”.

Per quanto riguarda il personale sanitario, le competenze relazionali sono spesso insufficienti

- Non sempre medici ed infermieri sanno (o vogliono) spiegare le cause dei sintomi e/o perchè è necessario prendere determinate medicine.
- Non sempre medici ed infermieri sanno ascoltare cosa dice il malato o i familiari circa alcuni sintomi riscontrati a casa o percepiti durante il ricovero.
- Non sempre i medici amano interagire e coordinarsi con colleghi specializzati in altre patologie, soprattutto se di ospedali diversi.

In pratica, dall'aggregazione delle osservazioni emerge in prevalenza che

1. il focus dell'ospedale è sulle prestazioni erogate (prodotto = cura, esami, ecc.)
2. il focus dell'ASL è sulla burocrazia (processo interno)
3. il focus dei Collaboratori (Medici, Infermieri, amministrativi ecc.) è sui problemi personali.

La carenza di indagini di “customer satisfaction”, effettuate su base regolare, porta il management delle ASL e degli Ospedali a trascurare la formazione relazionale del personale. La conseguenza è poca attenzione alla relazione con il Cliente-utente, visto come oggetto passivo (paziente) e non come Cliente (soggetto attivo e Stakeholder¹⁰) da soddisfare.

¹⁰ Stakeholder: Il termine identifica i soggetti "portatori di interessi" nei confronti di un'iniziativa (economica o sociale: impresa, organizzazione, progetto, ecc.)

Stakeholder primari: sono quelli da cui dipende la sopravvivenza dell'iniziativa (impresa, organizzazione, progetto, ecc.). In pratica, sono Azionisti, Clienti, Collaboratori, Fornitori, ecc.

Stakeholder generali: sono quei gruppi che possono influenzare o essere influenzati dall'attività dell'iniziativa (impresa, organizzazione, progetto, ecc.). In pratica, concorrenti, comunità più ampia, PAC/PAL, Unione Europea, associazioni imprenditoriali, sindacati, stampa, ecc.

[Rielaboraz. definizioni dello “Stanford Research Institute” (1963) e di E. Friedman (1984)]

È estremamente necessario ed urgente riavvicinare Medicina (Colaboratori SSN) e Sofferenza (Clienti), almeno come avveniva anni fa (sicuramente prima del 1968) quando esistevano ancora i “medici di famiglia” e i “grandi luminari” (primari) che usavano parlare al paziente. In pratica, è un fattore critico riuscire ad aiutare i medici (sia di base, sia specialisti, sia ospedalieri) e gli infermieri a comprendere cosa sia la Sofferenza e come la Malattia si curi prima psicologicamente con un rapporto “umano” verso il paziente (e i familiari) e poi con i farmaci.

Occorre anche curare costantemente l’aggiornamento. Questo vale soprattutto per i medici di base e per quelli dei reparti di Medicina Generale, che spesso seguono pazienti in cura nello stesso periodo presso più Centri Specialistici per diverse patologie. In questo caso, sensibilizzarli ad un’analisi critica e pro-attiva delle varie prescrizioni specialistiche per giungere ad un corretto bilanciamento dei farmaci (cocktail) ed evitare effetti dannosi.

Innovazione primaria: Metodologia

La metodologia è l’insieme di metodi¹¹, regole, modi di agire utilizzati da una disciplina: nel nostro caso la scienza del management. Vediamo quale metodologia può essere utile per innovare il SSN.

Poichè sia il SSN sia il singolo Ospedale è un’organizzazione estesa, alla “creazione di valore per il Cliente” concorrono le attività dei vari Partner sia interni (Collaboratori) sia esterni (Fornitori). Questo modello organizzativo funziona solo se tutti gli attori hanno un reale interesse a collaborare al fine di creare un bilanciamento tra il maggior valore aggiunto possibile per il Cliente-utente e quello per gli altri attori della catena del valore. Pertanto, è fondamentale orientarli al raggiungimento dell’obiettivo, coinvolgendoli nel processo e motivandoli opportunamente: le partnership devono essere realmente vantaggiose per tutti (condivisione equa del Valore).

Alla base della “creazione e condivisione di Valore” vi è la “**Gestione della soddisfazione degli Stakeholder**” (Clienti, Collaboratori, Fornitori, ecc.), raramente attuata dalle imprese, e la misurazione continua del relativo livello di soddisfazione. Per quanto riguarda gli Ospedali e le ASL, non misurano la soddisfazione su base regolare, ma forse neanche sporadicamente, e spesso non sanno che la soddisfazione si può gestire.

E’ bene notare che i concetti di “creazione di valore per gli Stakeholder” e di “marketing” (Mktg) applicati al SSN non devono essere confusi con l’orientamento a massificare gli utili di esercizio anche a scapito del reale “valore per il Cliente”. E’ importante adottare una gestione pro-attiva che, partendo dal Mercato (situazione attuale, trend futuri, possibili reazioni alle nuove strategie), riesca a bilanciare le esigenze di efficienza degli attori dell’offerta con la creazione di valore per il Cliente (efficacia).

Non dimentichiamo il ruolo fondamentale della **Customer Satisfaction** e del **Controllo della performance** su base regolare.

La Sanità dovrebbe essere regolata da un sistema binario:

¹¹ Il termine metodo è l’insieme dei procedimenti messi in atto per ottenere uno scopo o determinati risultati. La “practice” (pratica) si riferisce al modo in cui una cosa è fatta in maniera professionale.

- a) standard qualitativi (parametri non tecnico-curativi) delle prestazioni fissati a livello nazionale
- b) controlli eseguiti a livello locale da enti indipendenti, mediante analisi di questionari compilati dai Clienti-utenti ed integrate da eventuali interviste dirette.

In pratica,

- un sistema nazionale di «rating» per valutare medici e ospedali
 - escludere volutamente il parametro dell'efficacia della terapia prescritta, sicuramente il più importante, ma anche il più difficile da misurare.
 - gruppi di lavoro misti composti da medici, Clienti (pazienti, parenti) e «manager della salute»,
- un sistema locale di misurazione fattori come:
 - fiducia ispirata dal medico,
 - competenze relazionali (cortesia, efficacia nel comunicare, ecc.),
 - trattamento ricevuto (tempo passato in sala d'attesa, grado di reperibilità al di là degli appuntamenti prefissati, ecc.),
 - gradevolezza dell'ambiente, ecc.

Innovazione primaria: Tecnologia

Dal punto di vista della “**condivisione dell'informazione**” vi è il problema dell'integrazione di Sistemi Informativi diversi (Medici di base, Medici privati, Ospedali, Cliniche private, Lab analisi, CAL, ASL, Regioni, ecc.). Elenchiamo alcuni casi di disfunzione e/o mancanza di integrazione all'interno di uno stesso ospedale:

- Visite ambulatoriali

Si riscontra uno scarso uso delle “nuove tecnologie” (es.: PC, database, rete Intranet, ecc.) per lo scambio di informazioni. Un esempio: una Paziente (ottantenne) in cura presso diversi ambulatori dello stesso Ospedale (almeno quattro). Ogni volta che si reca presso un ambulatorio, per mettere al corrente il medico di quanto sta avvenendo presso gli altri ambulatori, deve mostrare i documenti cartacei rilasciati e/o i risultati di analisi/test effettuati. Infatti, il medico non può ricavare queste informazioni via PC e Intranet dal database ospedaliero.

Altro esempio: il primario del reparto di un altro importante Centro

Ospedaliero, per archiviare i dati dei pazienti che segue direttamente, usa un SW personale. Si può dedurre che siamo in presenza di un caso di riserve circa il SW adottato e/o addirittura di mancanza di SW adatto.

- Ricoveri ospedalieri

Gli appunti, presi all'atto del ricovero e/o durante la visita dei medici in corsia, vengono scritti su documenti cartacei (cartelle cliniche) e, solo se e quando si trovava tempo, trasferiti nel database digitale. Lo stesso dicasi per le rilevazioni di temperatura e pressione effettuate durante la giornata dal personale infermieristico.

Vi è anche il problema di come integrare i Sistemi Informativi delle diverse Regioni e condividere la scheda sanitaria elettronica in caso di assistenza sanitaria fuori regione, ad esempio durante un viaggio.

Nella maggior parte dei casi l'ICT ha ancora un ruolo “tattico” a supporto delle Direzioni Generali e Amministrative, anche se gli investimenti in ICT cominciano a rivestire un ruolo rilevante.¹²

¹² Fonte: Osservatorio Sanità 2008, www.osservatori.net/ict_in_sanita/

Una delle cause principali della difficoltà a passare ad un uso “strategico” ed “integrato” dell’ICT è la presenza di sistemi di governance inadeguati.

I vari operatori sanitari (medici di base, ospedali, laboratorio analisi, ecc.) dovrebbero essere collegati, mediante Internet, al Portale Sanitario Regionale o Nazionale (accesso con password e livello differenziato in base al livello e alla funzione ricoperta) per

- consultare le informazioni mediche relative ai propri pazienti;
- verificare possibili interazioni di un farmaco con gli altri già prescritti o con le allergie di cui soffre il paziente
- aggiornare just-in-time (costantemente) tutte le informazioni (visite mediche, analisi, test, radiografie, ricoveri, diagnosi, prescrizioni mediche, ecc.) relative ai pazienti con cui entrano in contatto
- caricare i documenti a supporto (radiografie, elettrocardio-gramma, ecografie, ecc.).

Si tratta ovviamente di un progetto da sviluppare step-by-step (ospedale, città/ paese, provincia, Regione) e che presuppone come punto di partenza la definizione sia di standard (unità di misura, formato dati, ecc.) sia di raccomandazioni ICT (HW, SW, infrastrutture, interfacce con sistemi esistenti, ecc.) a livello almeno regionale. Anche se sarebbe più opportuno farlo a livello nazionale nell’ottica della portabilità dei diritti alla Salute in tutto il territorio italiano e della necessità di accesso ai dati sanitari del Cliente-utente qualsiasi sia la Regione di fruizione dell’offerta Salute.

Innovazione primaria: Conoscenza

La conoscenza (Knowledge) è l’insieme di fatti, principi, teorie e pratiche relative ad un settore di studio, di lavoro o di utilizzo. Nel Mercato Sanitario l’aggiornamento della conoscenza è importante sia lato offerta (Medici, Infermieri, Amministrativi, ecc.) sia lato domanda (Clienti diretti e indiretti).

Vi è anche l’utilità di una **Guida ai servizi degli ospedali con livello di soddisfazione dei Clienti-utenti** (simile a quelle per alberghi e ristoranti: TCI, Michelin, ecc.), dove a seconda della tipologia di operatore (Ospedale, Clinica, CAL, studio medico, ecc.) sono riportate informazioni tipo:

- Servizio sanitario erogato
 - indicazione delle cure erogate
 - indicazione del responsabile (primario, direttore centro, ecc.) e delle sue qualificazioni e competenze
 - indicazione dei medici e delle loro qualificazioni e competenze
- Qualità della relazione tra operatore medico (primario, medico, infermiere, ecc.) e paziente
 - valutazione da parte dei Clienti-utenti (pazienti e parenti)
- Qualità dei cibi forniti
non tanto in merito alla bontà e sapore quanto alla reale compatibilità con la cura in atto (valutazione da parte di pazienti e parenti, oltre che da parte di un ente indipendente).

Esempio: durante il ricovero in un reparto di nefrologia (FX) ad un paziente non-dializzato veniva fornito per i pasti, tra l’altro, verdure crude ed arance, quando è risaputo che tali alimenti comportano l’aumento del potassio nel corpo, cosa dannosa per chi soffre di insufficienza renale. Il cibo adatto sarebbe stato:

verdure bollite in due stadi con cambio dell'acqua e, come frutta, mirtilli o mele.¹³

Negli USA ci sono già tentativi di Guide realizzate da gruppi assicurativi. Si tratta di vere e proprie «hit parade» dei medici, basate sul giudizio dei Clienti-utenti (pazienti). I parametri utilizzati dai pazienti per giudicare il loro medico sono circa 30 tra cui fiducia, efficacia nel comunicare, grado di reperibilità al di là degli appuntamenti prefissati e trattamento ricevuto nello studio professionale. Questo sistema di «rating» esclude volutamente il parametro dell'efficacia della terapia prescritta, anche se è il più importante perchè è il più difficile da misurare. L'impatto di queste guide sul mondo della sanità non può che essere dirompente.

La diffusione di Internet sta facilitando, anche in Italia, lo scambio di informazioni tra pazienti sugli ospedali e sul personale medico e permette, già oggi, ai pazienti di esprimere un giudizio «on line» sui servizi sanitari che hanno utilizzato.

Stakeholder x Innovazione

Vediamo il ruolo e l'importanza degli Stakeholder nel processo di innovazione per migliorare la performance del SSN e/o dell'Ospedale :

- Clienti diretti (Pazienti) e indiretti (Parenti)
gli Utilizzatori più evoluti e visionari, come fonte di nuove idee per migliorare il business (prodotti e servizi, processi, mercati, ecc.), così come beta-tester dell'innovazione;
- Influenzatori (Medici di base)
operatore sanitario di primo livello nel Canale offerta Salute dovrebbe agire come antenna per percepire i segnali deboli provenienti dal Mercato, in anticipo rispetto all'evoluzione della domanda;
- Fornitori interni (Primari, Medici, Infermieri, Amministrativi, Esecutori, ecc.)
i Collaboratori interni dell'impresa come fornitori di competenze e di idee per il successo del business;
- Fornitori esterni (Medicinali, Macchine, Pasti, Pulizia, Sicurezza, ecc.)
i Fornitori come co-designer e co-developer, in progetti che nascono sia su input dell'impresa capofiliera (ASL, Ospedale, ecc.) sia su proprie proposte (nuove idee);
- Impresa capofiliera
l'Impresa capofiliera, nel suo complesso, come "play maker", cioè centro di aggregazione e coordinamento della catena del Valore a rete.

Conclusione

Affinchè il SSN possa migliorare sia la performance economica sia l'orientamento al Cliente-utente è necessario che si trasformi in un vero Mercato libero e trasparente dove il Cliente-utente può scegliere liberamente dove e da chi "acquistare" Salute. In questo modo, la scelta del Cliente-utente influenzerà i ricavi della singola impresa (Fornitore di Salute) e determinerà il suo successo o insuccesso. L'eccesso

¹³ Gli Ospedali con un numero ridotto di ricoveri con patologie che richiedono un'alimentazione particolare dovrebbero effettuare un benchmark con le compagnie aeree per analizzare come queste ultime riescono a fornire in volo anche singoli pasti particolari ai passeggeri che per motivi di salute, religiosi o nutrizionali assumono alimenti speciali (es.: cucina ebraica, mussulmana, indù; pasto low colesterolo, ipocalorico, senza sodio, per diabetici, vegetariano, ecc.)

di domanda concentrata sulle imprese più performanti verrebbe bilanciata da maggiori investimenti destinati a questi operatori per adeguare l'offerta.

Un esempio circa i "Medici di base". Sembra che in Francia non riceva un fisso annuo per ciascun mutuato, anche se non lo visiterà mai, ma solo un onorario per ciascuna visita che effettua. In alcuni casi il mutuato paga e poi si fa rimborsare dal SSN, in altri firma una dichiarazione di servizio ricevuto. In questo modo il medico è stimolato ad effettuare una "vera" visita medica come usavano una volta i "medici di famiglia" e non un semplice colloquio di 15 minuti max come avviene oggi in Italia. Infatti, se il paziente non è soddisfatto non si farà più visitare da lui o diraderà le visite, con conseguente calo dei ricavi del medico. Non penso che un paziente normale, non malato immaginario, vada dal medico spesso. Un discorso a parte può essere quello dei pazienti con malattie psicosomatiche o, forse, solo in cerca di compagnia (prevalentemente persone anziane).

E' evidente che sarà necessario

1. ricercare il giusto bilanciamento tra i modelli efficientisti americani e i modelli solidaristi europei;
2. sviluppare un "efficace" sistema di monitoraggio e controllo, continuo nel tempo, delle attività dei singoli Fornitori di Salute per evitare che i meno etici tendano a massificare gli utili di esercizio a scapito della creazione di vero "Valore per il Cliente";
3. assicurare indipendenza tra ente pagatore, ente erogatore ed ente di controllo.

Purtroppo, le condizioni al contorno necessarie per il cambiamento non sono ancora mature:

- a) non vi è la volontà politica per effettuare un vero cambiamento radicale dall'alto (Top-down);
- b) vi è una visione corporativa da parte dei collaboratori del SSN (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) ancora orientati a modelli antiquati ;
- c) gli utenti, specialmente i più anziani, non sono ancora consci di essere dei Clienti e non più dei semplici pazienti. Spesso temono le ritorsioni del SSN (Medici, Infermieri, Amministrativi, ecc.) se esprimono un giudizio negativo o se richiedono un livello di servizio più adeguato.

Gli specialisti del settore più illuminati ritengono che si debba procedere per piccoli passi e tempi lunghi mediante la formazione e l'aggiornamento. Personalmente, ritengo che l'innovazione nel SSN dovrebbe partire dal basso (bottom-up). A tal fine, sarebbe necessario la presenza di

1. Leader (primari, direttori generali, ecc.)
con visione strategica chiara; amanti del lavoro e del prodotto; orientati ai bisogni del Cliente-utente; capaci di individuare ed attrarre collaboratori validi; in grado di motivare tutto lo staff; coerenti e decisi nelle attività da sviluppare.
2. Movimento di Medici ed Infermieri
orientato a trovare il giusto bilanciamento tra gli interessi dei vari Stakeholder del SSN (Clienti, Collaboratori, Fornitori, ecc.)
3. Movimento dei Clienti
conscio dei propri diritti e della volontà di affermarli
4. Volontà politica neutra
cioè orientamento del mondo politico ed amministrativo non totalmente sfavorevole al cambiamento

Altro ? Cosa manca ancora nel SSN per il cambiamento ?

Lascio la risposta al Gruppo di Lavoro che spero nasca nell'ambito di LINK! per formulare una proposta più ampia ed organica sul tema.

Letture consigliate

- Barnard, Paolo (a cura di)
DALL'ALTRA PARTE
BUR-Futuropassato, 2006
- Benfenati, Laura
Scambio ad alto rischio
(Gli errori nella somministrazione delle medicine in ospedale hanno conseguenze anche fatali. E si potrebbero evitare mediante la prescrizione informatizzata)
Corriere della Sera, 6 Marzo 2005
- Faiella, Maria Giovanna
I Malati: "ci vuole più garbo in corsia"
Corriere della Sera, 5 Dic. 2010, pag. 60
- Kotler, Philip + Shalowitz, Joel + Stevens, Robert J.
STRATEGIC MARKETING FOR HEALTH CARE ORGANIZATIONS:
BUILDING A CUSTOMER-DRIVEN HEALTH SYSTEM
Jossey-Bass, June 2008
- Malliani, Alberto
Medico, impara ad ascoltare il tuo paziente
Corriere della Sera, 4 Sett. 2005, pag. 47/56
- Pallme, Oscar
Creazione di valore nel Sistema Sanitario
Working paper, 2010 (<http://www.pallme.com/Reports>)
- Pallme, Oscar (a cura di)
MARKETING MULTIDIMENSIONALE: CONDIVIDERE VALORE PER RESTARE
COMPETITIVI
Assolombarda, Febbraio 2010
- Pallme, Oscar
Quale Marketing per il Settore Pubblico ?
My[M]arketing.Net, Settembre 2009 (http://www.pallme.com/it_articoli.htm)
- Pallme, Oscar
Osservazioni sul Sistema Sanitario in Italia
(Esempi pratici di cosa avviene nel Sistema Sanitario italiano . Suggestimenti sui
cambiamenti necessari.)
Working paper, 2006 (<http://www.pallme.com/Reports>)
- Sparvoli Antonella
Con il computer in corsia meno interazioni tra farmaci
Corriere della Sera, 18 settembre 2010