

## La sfida dei servizi in sanità tra personalizzazione e standardizzazione dei processi

8

S. Nuti e C. Panero

In molti contesti la standardizzazione dei processi e la personalizzazione dei servizi sono strategie considerate in buona misura antitetiche nella ricerca del vantaggio competitivo: la prima volta a conseguire economie di scala e di esperienza al fine di aumentare l'efficienza produttiva e ridurre i costi, la seconda finalizzata a ottenere una differenziazione rispetto alla concorrenza basata su servizi "taylor made" per rispondere alle esigenze individuali del cliente a cui si rivolgono. Nell'ambito dei servizi sanitari il successo dipende dalla capacità di integrare queste due strategie. Non vi è servizio sanitario che riesca ad essere efficace se non è tagliato sui bisogni del singolo paziente. Al tempo stesso la qualità dei servizi dipende dalla capacità dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie di offrire percorsi assistenziali in linea con le evidenze scientifiche internazionali, standardizzando quindi i processi in base ai protocolli clinici definiti dalle società scientifiche. L'offerta del servizio dovrà quindi essere personalizzata, per far sì che il paziente diventi protagonista del proprio percorso di cura, ma dovrà anche garantire che la migliore assistenza (appropriatezza clinica) sia fornita all'interno del setting più adeguato, per il migliore utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza organizzativa).

### 8.1

#### La sfida dei servizi sanitari tra qualità e sostenibilità finanziaria

Le strategie adottate dalle aziende nel contesto privatistico del settore manifatturiero, ma anche nei servizi, possono essere suddivise in due tipologie<sup>1</sup>. Le imprese (Porter 1985) possono puntare o sulla leadership di costo, attraverso strategie che mirano a conseguire economie di scala e di esperienza al fine di essere vincenti sul mercato in termini di efficienza (il miglior prodotto al minor prezzo), oppure puntare sulla differenziazione, cercando di offrire un prodotto capace di rispondere alle esigenze



le aziende cercano di garantirsi un vantaggio competitivo e resistere sul mercato.

Queste due strategie alternative si riscontrano anche nel contesto sanitario? Per le aziende sanitarie i termini della questione sono gli stessi? E sono gli stessi anche per i sistemi sanitari, che includono più aziende con ruoli diversi, in alcuni casi a rete (Miolo Vitali, Nuti 2003), in altri addirittura in competizione tra loro? Il contesto sanitario in realtà è uno dei pochi ambiti, insieme all'istruzione, in cui il successo dipende dalla capacità di integrare queste due strategie, normalmente alternative negli altri settori<sup>2</sup>. Non vi è servizio sanitario che riesca a essere valido se non è tagliato su misura sui bisogni del singolo paziente. L'offerta difficilmente può essere standardizzata, perché ogni utente ha le sue caratteristiche, le sue specificità, ma al tempo stesso deve basarsi su standard, per garantire la qualità delle prestazioni erogate<sup>3</sup>. In altri settori spesso, per aumentare la qualità dei prodotti, è necessario incrementare le risorse impiegate nei processi di trasformazione o nei fattori produttivi impiegati<sup>4</sup>. In sanità, proprio per la presenza di questa necessaria combinazione di strategie, non sempre questo avviene.

È noto lo studio compiuto da Jarman (2006) sui dati di Medicare del 2000 che analizza migliaia e migliaia di ricoveri ospedalieri, confrontando i costi con i risultati di qualità espressi in termini di mortalità delle strutture ospedaliere americane (Fig. 8.1).

Questo confronto tra la mortalità e il costo, dopo un adeguato processo di *risk adjustment*, mette in luce che non esiste una evidente correlazione tra *outcome* e costo sostenuto.

Questa stessa analisi è stata realizzata in Olanda riportando dati analoghi. In tale realtà è stato addirittura calcolato che il 25% della spesa sanitaria nazionale è dovuta alla "non qualità" cioè a ricoveri ripetuti e ricoveri per complicanze, a degenze più lunghe per le piaghe da decubito, a ospedalizzazione non appropriata per patologie croniche che dovrebbero essere curate in altri setting assistenziali, e così via (Berg et al. 2005). Questo evidenzia che in sanità il miglioramento della qualità permette spesso addirittura di ottenere un contenimento dei costi. Questa ipotesi è confermata dai dati del 2007, 2008 e 2009 della Regione Toscana, dove, grazie alle evidenze emerse dall'adozione del sistema di valutazione della performance (Nuti 2008), in cui sono monitorati 130 indicatori di performance, si evince che le ASL con i migliori

<sup>2</sup> Anzi, viene rilevato (Anderson et al. 1997) che la customizzazione e la standardizzazione sono due aspetti, spesso in conflitto, della qualità.

<sup>3</sup> È questa la principale differenza rispetto ad altri settori e servizi, in cui la ridefinizione del processo del servizio, in maniera standardizzata, è ritenuta un elemento essenziale, ma solo per incrementare la produttività (Lovelock, Wirtz 2007).

<sup>4</sup> Negli studi di matrice economica, infatti, si ritiene che la relazione tra incremento della soddisfazione del cliente e produttività sia negativa: aumentare la soddisfazione comporta infatti un incremento delle caratteristiche del prodotto scambiato e quindi dei costi (Griliches 1971; Lancaster 1979). Non manca però chi osserva (per esempio, Fornell, Wernerfelt 1988) che, incrementando la qualità e quindi la soddisfazione dei clienti, si riducono i costi di gestione associati ai resi; o chi (Reichheld, Sasser 1990) sottolinea la maggior fedeltà e quindi la riduzione dei costi conseguenti alle transazioni future ed al passaparola positivo.

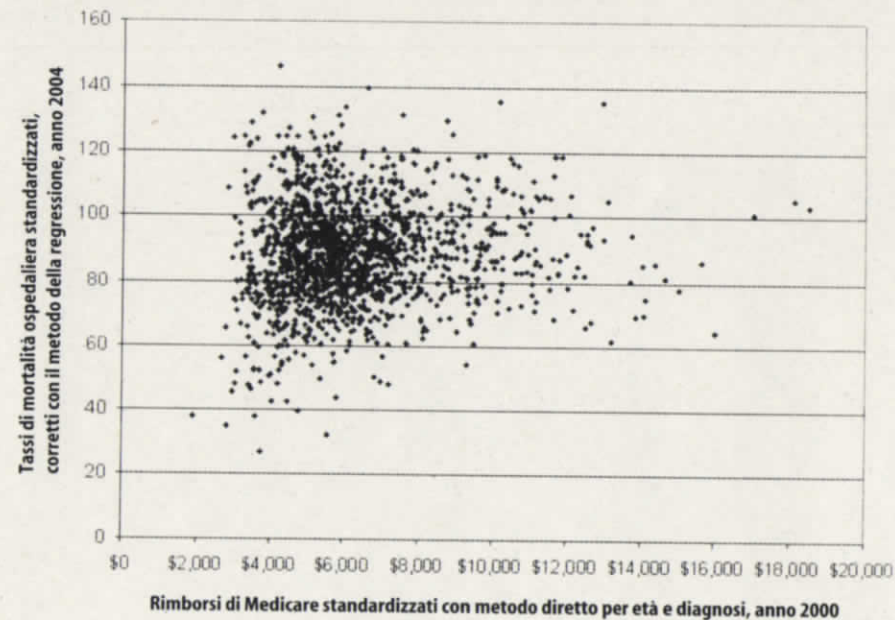


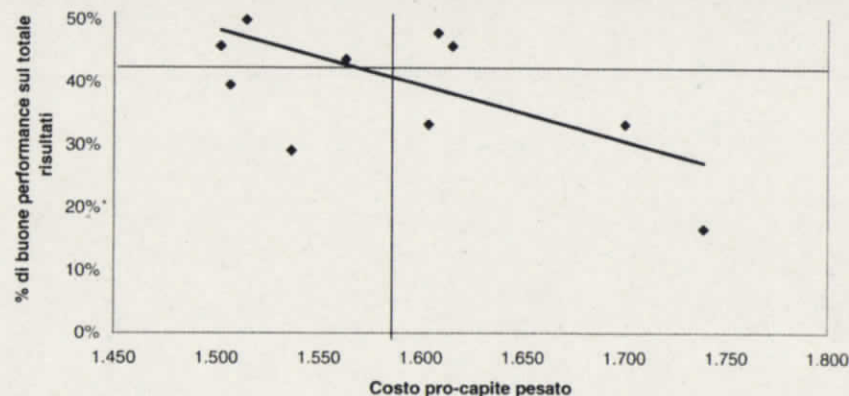
Figura 8.1 Risultati dello studio americano sulla relazione fra rimborso e mortalità (Jarman 2006)

risultati di qualità ed efficacia sono anche le più virtuose in termini di sostenibilità economica (Fig. 8.2).

Con queste premesse si declina la sfida dei servizi sanitari che trova la sua esplicitazione nel concetto di appropriatezza clinica e organizzativa (Nuti, Vainieri 2009). Con il termine appropriatezza si intende la capacità di garantire all'utente un servizio tagliato su misura che tenga conto del suo bisogno, "niente di più, ma neanche niente di meno" di quanto necessario per ottenere il miglior risultato in termini di salute. Un servizio è appropriato nel momento stesso in cui viene offerto tutto ciò che le evidenze scientifiche indicano come necessario per ottenere il miglior risultato di outcome, ma anche niente di più, perché l'eccesso può essere addirittura nocivo per la sua salute: quindi la migliore cura che è possibile offrire al paziente (appropriatezza clinica), con il setting più adeguato per garantire il miglior utilizzo delle risorse disponibili (appropriatezza organizzativa) (Hunter 1997; Brennan et al. 1991).

L'offerta del servizio dovrà quindi essere personalizzata soprattutto in termini di comunicazione operatore sanitario – utente per far sì che il paziente diventi protagonista del proprio percorso di cura, fattore determinante per la massimizzazione degli outcome di salute. Il paziente consapevole e coinvolto nel proprio percorso di cura, che percepisce di essere preso in carico dal personale sanitario, è in grado di





**Figura 8.2** Relazione tra costo pro-capite e percentuale di buone performance sul totale dei risultati del sistema di valutazione della performance toscano

seguire meglio le prescrizioni farmaceutiche e cliniche e ha una maggiore probabilità di recupero di uno stato di salute migliore (Stewart 1989; Guldvog 1999). Al tempo stesso i percorsi assistenziali proposti dovranno seguire i protocolli clinici e quindi essere "standardizzati" al fine di ottenere il massimo risultato in termini di salute del paziente, in linea con le evidenze scientifiche internazionali.

I paragrafi successivi sviluppano l'argomentazione nel modo seguente. Partendo dalla definizione dell'offerta che deve necessariamente fondarsi sui bisogni dell'utente, il Paragrafo 8.2 illustra le caratteristiche ed il ruolo che esso svolge all'interno dei servizi sanitari. Viene quindi discusso (Par. 8.3) in quale misura la variabilità, attualmente presente nei volumi e nei mix delle prestazioni, risponda effettivamente a bisogni differenziati degli utenti e quali siano le problematiche da superare e le modalità gestionali da utilizzare (Par. 8.4), ricorrendo anche ad un esempio, tratto dal percorso oncologico toscano, di combinazione delle due strategie sopra evidenziate (Par. 8.5).

## 8.2

### Caratteristiche dei servizi sanitari e ruolo dell'utente

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, che definisce i servizi sanitari come "tutti i servizi riguardanti la diagnosi ed il trattamento della malattia, o la promozione, il mantenimento e il ripristino della salute", nel 2000 ha sfidato i sistemi sanitari ad assicurare ai pazienti la *responsiveness*, ossia anche l'assistenza non strettamente sanitaria (rispetto per la persona, riservatezza, scelta del fornitore di servizi).

Questa sfida appare complessa, considerando le peculiarità che caratterizzano il settore dei servizi sanitari, con riferimento a domanda, offerta e servizio scambiato

dei servizi sanitari, viene osservato che le maggiori criticità riguardano soprattutto gli aspetti informativi. Infatti, come per tutti i servizi, il paziente non può conoscere preventivamente la qualità delle prestazioni sanitarie<sup>5</sup>, in quanto immateriali e simultaneamente prodotte e consumate. Arrow (1963) evidenzia come il problema informativo rappresenti una caratteristica fondamentale nel mercato sanitario, osservando che "l'incertezza riguardo la qualità del prodotto è forse più intensa in questo caso" che in qualsiasi altro.

Il problema informativo coinvolge diversi aspetti del processo di scelta del paziente. In primo luogo nella fase di definizione del proprio bisogno in quanto spesso può non essere in grado di riconoscere la presenza di sintomi e di patologie e quindi di decisione circa l'opportunità di consultare il medico. Oppure il problema informativo può emergere nel momento della scelta della struttura sanitaria e dei trattamenti a cui sottoporsi, una volta divenuto consapevole del proprio stato di malattia; ed infine a livello di decisione se uniformarsi o meno al comportamento consigliato. La malattia, soprattutto se seria, è inoltre un episodio eccezionale della vita umana, in cui può anche essere in gioco la vita dell'individuo: è difficile quindi che il consumatore possa assumere decisioni razionali. Viene inoltre osservato che, mentre nella maggior parte dei processi di consumo, vi è la possibilità di apprendere dalla propria esperienza o da quella altrui (Arrow 1963), in questo caso può non essere possibile, per cui, all'incertezza sull'esito, si unisce anche quella dovuta alla mancanza di esperienza pregressa.

L'incertezza che contraddistingue i servizi sanitari sia sul versante del medico che del paziente è però estremamente differente per i due soggetti coinvolti nella transazione (Arrow 1963), dando luogo ad asimmetria informativa (Miolo Vitali, Nuti 2004; Dirindin, Vineis 1999). Poiché la conoscenza scientifica è complessa, le informazioni possedute dal medico sono infatti di gran lunga superiori rispetto a quelle del paziente ed ambedue le parti ne sono consapevoli. Questa particolare situazione condiziona la relazione medico-paziente, determinando spesso un forte senso di dipendenza di quest'ultimo (Miolo Vitali, Nuti 2004), dovuto anche al fatto che i servizi sanitari sono spesso erogati a persone in condizione di disagio. L'asimmetria informativa sposta infatti il rapporto sulla componente fiduciaria, che aumenta al decrescere della componente valutativa, sostituendosi all'informazione. Il mercato dei servizi sanitari si caratterizza quindi per la presenza di attori che prendono le decisioni sulla base di informazioni parziali, incerte ed asimmetriche (Dirindin, Vineis 1999), asimmetria che, salvo interventi correttivi, si può ritenere sia destinata a crescere con il progredire, tecnologico e scientifico, della medicina (Brenna 1999).

Le difficoltà che riscontra l'utente dei servizi sanitari sono acuite dalle caratteristiche tipiche dell'offerta dei servizi sanitari e dalle specificità del bene oggetto di scambio. Con riferimento all'offerta, è stato infatti osservato che mentre un mercato, per essere concorrenziale, richiede la presenza di molti produttori, il settore sanitario

<sup>5</sup> In particolare viene rilevato che i servizi sanitari sono assimilabili agli *experience goods* (Nelson 1970), ossia beni la cui qualità effettiva può essere conosciuta mediante il consumo o, spesso, ai *credence goods* (Darby, Karni 1973), impossibili da giudicare anche dopo un uso prolungato.



fessionali, volte a garantire la qualità (Brenna 1999), sia per il costo dell'educazione, spesso ad accesso limitato (Arrow 1963; Dirindin, Vineis 1999). L'insufficiente concorrenza è dovuta anche alla presenza di economie di scala: nel settore sanitario esiste infatti la necessità di dotarsi di infrastrutture e strumenti caratterizzati da indivisibilità significative e quindi rendimenti di scala crescenti, anche se questi si realizzano solo fino ad un certo livello (Dirindin, Vineis 1999).

A queste caratteristiche dell'offerta si accompagnano, come accennato, alcune specificità relative al bene oggetto di scambio, ossia:

- a) Il bene scambiato è un servizio e, come tale, contraddistinto dalle ben note caratteristiche (Shostack 1977; Gronroos 1982; Parasuraman et al. 1985; Stanton, Varaldo 1986; Cozzi, Ferrero 1996; Lovelock, Wirtz 2007) di intangibilità, inseparabilità, deperibilità ed eterogeneità (vedi Cap. 6).
- b) Le prestazioni sanitarie, in particolare, sono estremamente eterogenee; anzi, poiché la loro domanda è derivata, in quanto non sono richieste di per sé, ma perché ritenute utili ad ottenere effetti positivi sulla salute (Brenna 1999), è necessario che siano personalizzate per essere efficaci (Dirindin, Vineis 1999). Ogni individuo, infatti, può avere esigenze diverse a seconda della patologia e delle complicanze che insorgono.
- c) Vi è la presenza di esternalità, ossia di effetti su soggetti terzi, in termini di costi o benefici, derivanti dalla produzione o dal consumo di un bene, senza contropartite in termini monetari. I servizi sanitari generano numerose esternalità, soprattutto positive (ossia producono aumenti di utilità marginale anche per soggetti diversi dal consumatore del servizio, come nel caso delle vaccinazioni<sup>6</sup>) (Culyer 1971), ma anche negative (quali, ad esempio, infezioni ospedaliere o inquinamento acustico nei quartieri limitrofi alle strutture di Pronto Soccorso). Il sistema dei prezzi in questi casi non è in grado di addebitare o accreditare agli autori i costi ed i benefici esterni che producono. Spesso si ricorre perciò all'intervento pubblico, che si propone di favorire la produzione di esternalità positive (sussidiando le attività che le generano) e di scoraggiare quelle negative (regolamentandole) (Dirindin, Vineis 1999).

La presenza di esternalità, l'esistenza di posizioni monopolistiche costituiscono, insieme alle caratteristiche relative alla domanda precedentemente descritte (l'imperfetta conoscenza), un motivo di fallimento del mercato, ed incidono pertanto sulle modalità con cui organizzare l'offerta del servizio stesso, giustificando l'intervento pubblico<sup>7</sup>. Tale intervento è peraltro motivato non solo da ragioni di efficienza, connesse ai possibili fallimenti del mercato, ma anche da considerazioni relative

<sup>6</sup> Altre esternalità positive sono: la diffusione delle conoscenze scientifiche in campo medico, la scoperta di una nuova tecnica diagnostica, l'individuazione di un fattore di rischio. Mentre il soggetto che svolge l'attività di ricerca o formazione sostiene i costi connessi alla realizzazione dei progetti, la società si avvantaggia dei benefici esterni.

<sup>7</sup> Va osservato che i servizi sanitari non sono beni pubblici (ossia non rivali e non escludibili), ma beni di merito, ossia degni di particolare tutela perché meritori sotto il profilo sociale (Dirindin, Vineis 1999; Brenna 1999).

l'accesso alle prestazioni sanitarie dei più fragili, come i non abbienti o le persone con un grado di istruzione non elevato. Occorre la motivazione perché si attivino la percezione e l'azione (Rosenstock 1966): le persone che, quindi, non sono particolarmente attente alla loro salute probabilmente non percepiranno alcuna informazione che impatti su di essa e, qualora la percepissero, non riuscirebbero ad apprenderla, accettarla o utilizzarla.

In effetti numerosi studi sui servizi sanitari hanno rilevato nel tempo l'esistenza di rilevanti disuguaglianze sociali. A livello di mortalità, se il legame tra reddito e salute è controverso (Dirindin, Vineis 1999; Nuti, Barsanti 2010), evidenziando solo inizialmente una relazione negativa<sup>8</sup>, quello tra istruzione e mortalità è invece ampiamente confermato: già negli anni settanta (Valkonen 1992) era stato evidenziato che la mortalità diminuisce per ogni anno di istruzione in più. Questo risultato è facilmente comprensibile considerando che un livello di istruzione elevato favorisce un'attenzione superiore ai fattori di rischio ed ai sintomi e, nel caso si verifichi una malattia, una maggiore facilità di accesso alle diverse alternative di cura: complessivamente, quindi, ne deriva un più elevato livello di salute.

L'istruzione incide anche sulle condizioni di salute dei cittadini, come confermato dall'indagine multiscopo ISTAT (2007) che sottolinea la presenza di forti disuguaglianze sociali, utilizzando come indicatore il titolo di studio. Sono sempre le persone con un basso titolo di studio a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di cronicità<sup>9</sup>.

Per quanto concerne l'utilizzazione dei servizi, già Rosenstock (1966) evidenziava come si possano compiere alcune generalizzazioni circa l'associazione tra caratteristiche personali ed uso dei servizi di prevenzione e diagnostica: essi risultano utilizzati soprattutto da persone giovani o di mezza età, relativamente più istruite e con un più elevato livello di reddito. Tali risultati sono confermati anche da ricerche più recenti, relative a servizi "formativi" (quale la frequenza al corso di preparazione alla nascita) e all'ospedalizzazione vera e propria. Da un'indagine effettuata in Toscana nel 2005 e ripetuta nel 2007 (Nuti, Barsanti 2006; Nuti et al. 2009) su un campione di donne che avevano partorito nei mesi precedenti, emerge infatti che il corso di preparazione alla nascita, ritenuto uno strumento utile ad accrescere le conoscenze della madre, sia frequentato dal 60% delle donne primipare, ma che tra queste siano presenti quasi esclusivamente laureate (70%), con la totale assenza di chi è in possesso della licenza elementare o non ha alcun titolo di studio, ossia di chi è più fragile<sup>10</sup>. Sempre in Toscana, il tasso di ospedalizzazione per titolo di studio standardizzato per età (Barsanti 2010a; Barsanti 2010b), il ricovero in modalità

<sup>8</sup> Più in particolare, la relazione risulta essere negativa nei Paesi sottosviluppati, per cui al crescere del reddito diminuisce in maniera rilevante la mortalità, mentre in quelli sviluppati la speranza di vita aumenta, più che all'aumentare della ricchezza, al ridursi delle ineguaglianze nella collettività.

<sup>9</sup> L'indagine ISTAT evidenzia che coloro che hanno al massimo la licenza elementare e dichiarano di stare male o essere affetti da cronicità sono infatti fino a tre volte più numerosi rispetto ai laureati e diplomati.

<sup>10</sup> Una donna partoriente con un basso livello di scolarizzazione è infatti maggiormente soggetta a problemi di natura sociale ed a difficoltà nell'accesso ai servizi, comportando quindi maggiori probabilità per il proprio bambino di incorrere in rischi di salute e carenze alimentari.







Assai spesso questo accade perché, tra i professionisti sanitari, manca la necessaria condivisione dei protocolli clinici da adottare e la capacità di lavorare in squadra, con un approccio che superi l'offerta della singola prestazione a favore di un insieme di prestazioni che compongano in modo strutturato e organizzato il processo completo di svolgimento del servizio. Lee (2010) spiega la difficoltà dei professionisti medici a collaborare e a condividere le risposte appropriate da dare al paziente con la loro propensione all'autonomia professionale, quale principio cruciale per perseguire la qualità del servizio. In realtà autonomia professionale non è sinonimo di qualità in sanità. Sempre più la risposta adeguata ai bisogni del paziente dipende da un lavoro di squadra dei professionisti e dalla capacità di ragionare in termini di processo e non per singola prestazione erogata.

#### 8.4

#### Standardizzazione dei processi e personalizzazione del servizio: i percorsi assistenziali

Fin dai primi anni novanta molti autori hanno approfondito lo studio della gestione dei processi, definendo il processo stesso come "insieme di compiti logicamente connessi eseguiti per conseguire un ben definito risultato" (Davenport, Short 1990), o ancora "insieme di attività che utilizzano uno o più tipi di input e creano un output che ha valore per il cliente" (Hammer, Champy 1993) e infine quale entità capace di "catturare le interdipendenze interfunzionali e collegare gli sforzi di miglioramento agli obiettivi strategici" (Kaplan, Murdock 1991).

Nelle organizzazioni di tipo funzionale esisteva già il concetto di "flusso di lavoro" o flusso di attività, basti pensare alla catena di montaggio. Quali sono allora le differenze rispetto alla gestione per processi? Le diversità di maggiore rilevanza sono quattro:

- a) in primo luogo la focalizzazione sul cliente: tutto ha senso e valore nella misura in cui contribuisce, direttamente o indirettamente a determinare la soddisfazione delle esigenze del cliente finale;
- b) l'attenzione all'efficacia organizzativa rispetto all'efficienza organizzativa. Il contenimento dei costi e la minimizzazione dei prezzi non sono più gli unici fattori vincenti ma assai importante diventa la qualità e la personalizzazione dei beni e dei servizi erogati;
- c) i prodotti e i servizi si collocano sul mercato attraverso flussi di attività che attraversano le unità organizzative: la gerarchia quale meccanismo di coordinamento tra le unità organizzative non è più sufficiente a garantire i flussi di informazione dal cliente a tutte le funzioni coinvolte nella creazione del valore per il cliente stesso. Le aziende adottano perciò meccanismi e strumenti per facilitare la comunicazione trasversale diretta tra le funzioni in modo da garantire velocità e puntualità di risposta al cliente;

innovativo e flessibile.

Per avviare la gestione per processi nell'organizzazione aziendale, il punto di partenza è l'analisi delle caratteristiche e dello stile di vita dell'utilizzatore finale, del cliente/utente: capire chi è, quali sono i suoi bisogni, le sue esigenze. Questa è la premessa necessaria per impostare l'offerta in modo personalizzato e pienamente rispondente alla richiesta, in modo, se possibile, addirittura "proattivo", ossia anticipatorio delle sue esigenze stesse. La capacità di analisi, l'attenzione e l'ascolto delle esigenze, esplicite e implicite, dell'utente diventano competenze distintive aziendali, in quanto permettono di definire gli elementi del sistema di servizio che accrescono il valore per il cliente. Su questo valore aggiunto e differenziale le aziende possono costruire sia un rapporto di fiducia e di continuità con il cliente, sia il loro vantaggio competitivo.

Dal confronto tra le esigenze del cliente/utente e l'offerta dell'azienda (Casati 1999; Miolo Vitali, Nuti 2004), si individuano i punti di forza e di debolezza, ossia gli aspetti di eccellenza e i vuoti di offerta. Su queste basi si impostano le fasi di analisi e di mappatura dei processi (Merli, Biroli 1996; Candiotti 2003), con l'obiettivo di riconoscere da un lato le "determinanti" del valore realizzato per l'utente, cioè le attività/processi critici, dall'altro di individuare le attività che non creano valore. Queste ultime, a loro volta, possono essere utili per l'organizzazione interna e per questo motivo da mantenere, oppure completamente inutili e quindi da eliminare. Con questa ottica le aziende individuano gli obiettivi di miglioramento ed elaborano i piani strategici e di qualità (Hammer, Champy 1993; Pierantozzi 1998).

In campo sanitario la gestione per processi assume caratteristiche specifiche che necessitano di dovuta attenzione: quali sono infatti le dimensioni di un processo aziendale in termini sanitari? La risposta può essere differente in base alla prospettiva scelta. Da ormai qualche anno, anche in Italia, grazie alla diffusione dell'*evidence based medicine*, sono stati introdotti per molte patologie le linee guida ed i protocolli terapeutici, che facilitano tra i medici la condivisione delle modalità di trattamento delle patologie e dei percorsi di cura. Questo primo risultato, pur importantissimo, non significa ancora operare in termini di "processo". Dal percorso clinico terapeutico occorre infatti sviluppare il servizio nell'ottica del paziente e non solo delle sue cure, e quindi ragionare in termini di "percorso assistenziale".

Secondo la L.R.22/00 art. 2 §1 lett. m (ripreso dal successivo art. 4 della l. 40/2005), per percorso assistenziale si intende "il risultato di una modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di zona e dei servizi ospedalieri in rete". Si tratta quindi del percorso che compie il cittadino per trovare risposta ad un suo specifico problema di salute. L'obiettivo, per l'utente, è di acquisire, fase dopo fase, attività per attività, "valore" in termini di qualità. Ossia di capacità di risposta al suo problema di salute. Per ricostruire il percorso assistenziale allora è necessario partire dall'utente, rivedere tutto



È ovvio che in molti casi l'utente si trova in condizione di asimmetria informativa e che non è in grado di individuare con chiarezza che cosa è bene per lui da un punto di vista clinico sanitario, in quanto non ne ha le competenze, e che è solo il personale sanitario il soggetto che detiene le conoscenze per indirizzare il trattamento terapeutico. Ma il punto non è di sostituire il medico nelle sue prerogative quanto quello di potenziare la sua azione con un'organizzazione del percorso che, tenendo conto delle specifiche caratteristiche del paziente, valorizzi le attività svolte dal personale sanitario a beneficio dell'utente. In termini aziendalistici si potrebbe parlare di Health Care Value Chain (Burns et al. 2002), ossia di catena del valore sanitaria, dove la finalità ultima è rappresentata dal miglioramento del benessere dell'utente. Si tratta quindi di trovare le modalità con cui inserire l'esperienza del paziente nel processo di erogazione, superando una logica tayloristica dell'organizzazione del lavoro a favore di un assetto che tenga conto della centralità dell'utente. Oggi, molto spesso, nella realtà delle nostre strutture sanitarie, non si può parlare di percorso assistenziale perché è l'utente stesso, e non l'organizzazione sanitaria, a svolgere il ruolo di collegamento tra le diverse componenti e fasi del servizio. La sfida è invece rivedere le modalità di erogazione tenendo presente, fase per fase, le esigenze del paziente e proporre un percorso dove il coordinamento dell'offerta e la continuità assistenziale siano obiettivi presidiati dalla struttura sanitaria stessa.

## 8.5

### Il confronto tra i bisogni del paziente e l'offerta dei servizi sanitari: il caso del percorso oncologico in Toscana

Nel corso degli anni duemila la Regione Toscana ha adottato una serie di provvedimenti volti a garantire al paziente oncologico un servizio in grado di rispondere ad un bisogno assistenziale complesso e con un alto impatto emotivo, quale quello connesso alla cura del tumore. In particolare, si è stabilito che il servizio debba articolarsi e coordinarsi in un "percorso assistenziale", fondato sulla centralità del paziente (cui è garantita la presa in carico) e caratterizzato dall'adozione di protocolli clinici condivisi, basati su evidenze scientifiche, dall'integrazione professionale e dalla continuità di cura tra Aziende e ospedale e territorio, in una logica di "rete"<sup>12,13</sup>.

Per verificare la rispondenza alle finalità sopra indicate, la Regione Toscana, mediante l'Istituto Toscano Tumori, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, ha ritenuto necessario compiere una

<sup>11</sup> Si ricorda in proposito il testo di management sanitario di Gerteis et al. (1993) che negli Stati Uniti ha avuto un'incredibile diffusione.

<sup>12</sup> La Rete Oncologica Toscana è stata istituita con D.G.R. 27 maggio 2002, n. 532.

<sup>13</sup> I protocolli clinici sono stati resi patrimonio di tutti i professionisti e delle Aziende Sanitarie tramite la pubblicazione delle "Raccomandazioni cliniche per i principali tumori solidi" (Istituto Toscano Tumori 2005), elaborate da oltre 400 operatori sanitari oncologici.

dall'Istituto Toscano Tumori sulla base delle evidenze scientifiche internazionali e quindi fossero "standardizzati", sia la percezione dell'assistenza ricevuta, ascoltando la voce del paziente, e quindi i suoi bisogni ed aspettative, sulla base dei quali eventualmente riformulare l'offerta assistenziale. Quest'ultimo risultato è stato conseguito dapprima attraverso una rilevazione di tipo quantitativo basata su un'indagine telefonica (Nutri, Murante 2008), quindi con un approfondimento qualitativo basato sull'analisi delle evidenze emerse dai *focus group* con pazienti oncologici (Nutri et al. 2010).

Questa seconda parte del monitoraggio è stata accompagnata anche dalla mappatura dei percorsi ideali (ossia come definiti dalle raccomandazioni cliniche dell'Istituto Toscano Tumori) ed effettivi (come realmente offerti dalle Aziende Sanitarie) e dalla rilevazione degli scostamenti (gap) esistenti tra loro. I gap sono stati classificati in:

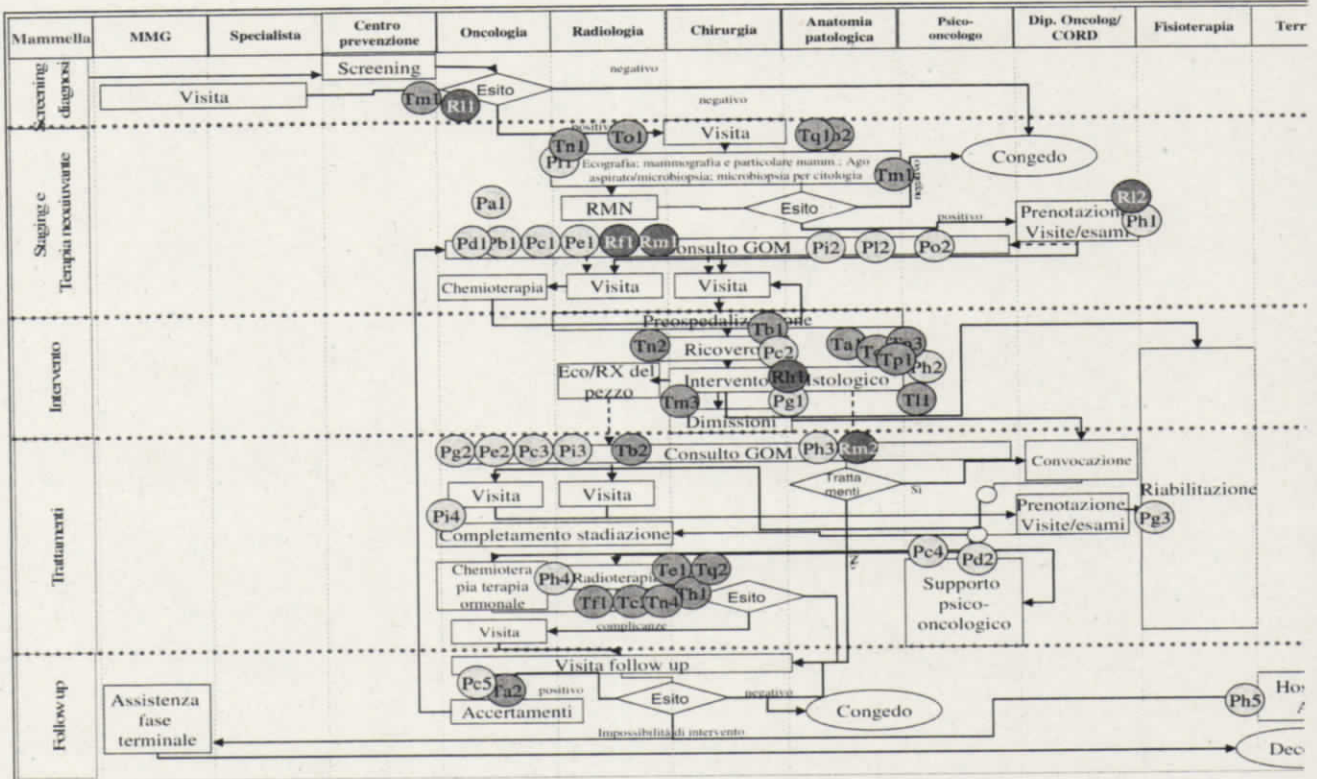
- a) gap di processo ( $P_x$  in Fig. 8.5), derivanti dall'assenza nel percorso effettivo di alcune fasi o modalità organizzative previste dal percorso diagnostico-terapeutico ideale o dalla loro mancata percezione da parte dei pazienti;
- b) gap di tempestività ( $T_x$  in Fig. 8.5), ossia la presenza di attese superiori a quelle previste dal percorso ideale o dalle necessità terapeutiche;
- c) gap di coordinamento e relazionale ( $R_x$  in Fig. 8.5), connessi all'assenza di continuità del percorso, alla scarsa organizzazione o a difetti di comunicazione tra i diversi attori coinvolti nel processo, incluso il paziente.

La stessa classificazione è stata utilizzata per rilevare anche le criticità descritte dai pazienti nel corso dei focus group: in questo modo è stato possibile sintetizzare anche gli scostamenti del percorso organizzato dalle Aziende rispetto ai bisogni dell'utente.

Come si può evincere dalla sintesi dei gap a livello regionale (Fig. 8.5), è evidente che, nonostante la pubblicazione e condivisione delle raccomandazioni e dei protocolli clinici, che costituiscono un importante passo nella diffusione delle terapie più adeguate, resta ancora molto da fare perché al paziente sia garantita un'offerta omogenea su tutto il territorio e rispondente alle sue esigenze: gli scostamenti di processo, di tempestività e di coordinamento tra strutture e professionisti sono infatti ancora numerosi. La metodologia adottata, peraltro, formalizzando sia i percorsi ideali sia quelli effettivamente offerti dalle Aziende, classificando in maniera sintetica ma comprensibile le possibili criticità, ha offerto un'opportunità di riflessione ai professionisti coinvolti nel percorso assistenziale, consentendo loro di identificare le modalità con cui intervenire e migliorare complessivamente l'assistenza.

Appare quanto mai utile l'ipotesi di adottare metodologie di questo tipo, replicandole nel tempo: si tratta infatti di strumenti significativi per rilevare sistematicamente la qualità dei percorsi organizzati dalle Aziende Sanitarie. In questo modo è infatti possibile verificare il grado di miglioramento conseguito nell'organizzazione dei percorsi, sia sotto il profilo clinico della standardizzazione, sia sotto il profilo della personalizzazione, verificando inoltre, attraverso l'analisi dell'esperienza dei pazienti, se ed in che misura le soluzioni organizzative implementate sono state riscontrate





**Figura 8.5** Lo scenario regionale: sintesi dei gap del percorso assistenziale del tumore alla mammella.  $P_{x1}..P_{xn}$  indicano i gap di  $p$  dell'Azienda Sanitaria  $x$  da 1 a  $n$ .  $T_{x1}..T_{xn}$  indicano i gap di tempestività dell'Azienda Sanitaria  $x$  da 1 a  $n$ .  $R_{x1}..R_{xn}$  indicano i coordinamento e relazionali dell'Azienda Sanitaria  $x$  da 1 a  $n$ . Le aziende sanitarie ( $x$ ) sono indicate con lettere minuscole

## 8.6 Conclusioni

La sanità si caratterizza per essere un contesto ad elevata professionalità e al contempo ad elevata complessità. In termini organizzativi rappresenta un ambito assai sfidante e in continua evoluzione. L'innovazione tecnologica e la ricerca scientifica da un lato e la naturale crescita dei bisogni di salute della popolazione dall'altro impongono una continua revisione delle modalità di erogazione dei servizi sanitari per individuare soluzioni valide in termini terapeutici e sostenibili in termini finanziari.

Lo studio combinato delle esigenze dell'utente, delle sue abitudini di vita, delle sue condizioni socio-economiche e delle modalità con cui introdurre nella gestione processi di ottimizzazione e razionalizzazione delle attività in coerenza con le evidenze scientifiche rappresenta una sfida continua per il management sanitario. In tal senso il caso evidenzia anche come in un contesto quale quello sanitario possano essere utili metodologie di marketing che consentano di meglio orientare l'offerta ai bisogni del paziente in modo utile ad evitare lo spreco delle risorse. Lo studio del comportamento dell'utente e dei suoi bisogni permette infatti di individuare gli elementi da considerare nella definizione dell'offerta appropriata dei servizi sanitari (si veda anche il Cap. 9). Questo aspetto è rilevante soprattutto nei processi di comunicazione tra paziente e operatore sanitario, affinché quest'ultimo assuma un ruolo proattivo, soprattutto nei confronti dei pazienti più fragili, nell'offerta di prevenzione, cura ed assistenza. La personalizzazione del servizio deve infatti concretizzarsi nella capacità di adattamento del servizio alle specificità dell'utente senza però dar luogo ad una variabilità nel processo di erogazione non giustificata e validata dai protocolli clinici e linee guida proposti dalle società scientifiche e dalle evidenze internazionali.

Sulla combinazione delle due strategie si costruisce infatti il successo e l'eccezionalità dei servizi delle organizzazioni sanitarie.

## Bibliografia

- Achard P O (1999) Economia e organizzazione delle imprese sanitarie. Franco Angeli, Milano
- Anderson E W, Formell C, Rust R T (1997) Customer satisfaction, productivity and profitability: differences between goods and services. *Market Sci* 16: 129-145
- Arrow K J (1963) Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 53: 941-973
- Barsanti S (2009) La specificità degli strumenti per misurare e valutare l'equità. In: Nuti S, Vainieri M (eds) (2009) *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*. Edizioni ETS, Pisa



- Edizioni ETS, Pisa
- Barsanti S (2010b) Salute, equità e sviluppo economico. In: Frey M, Meneguzzo M, Fiorani G (eds) (2010) *La sanità come volano dello sviluppo*. Edizioni ETS, Pisa
- Barsanti S, Tedeschi P, Nuti S (2009) Cronicità e disuguaglianze in salute: spunti per riconfigurare l'assistenza in base alle determinanti sociosanitarie presenti in Regione Toscana. VII Congresso nazionale CARD, 19-21 marzo, Pisa
- Berg M, Meijerink Y, Gras M, Goossensen A, Schellekens W, Haeck J, Kallewaard M, Herre Kingma H (2005) Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals. *Health Policy* 75: 59-73
- Brenna A (1999) *Manuale di economia sanitaria*. CIS Editore, Milano
- Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 324: 370-377
- Burns LR, DeGraaf RA, Danzon PM, Kimberly JR, Kissick WL, Pauly MV (2002) *The Wharton School study of the health care value chain*. John Wiley & Sons, New York
- Candiotti R (2003) *L'approccio per processi e i sistemi di gestione per la qualità*. Giuffrè Editore, Milano
- Casati G (ed) (1999) *Il percorso del paziente. La gestione dei processi in sanità*. Egea, Milano
- Cozzi G, Ferrero G (1996) *Marketing. Principi e tendenze evolutive*. Giappichelli Editore, Torino
- Culyer AJ (1971) The nature of the commodity 'health care' and its efficient allocation. *Oxford Econ Pap* 23: 189-211
- Darby MR, Karni E (1973) Free competition and the optimal amount of fraud. *J Law Econ* 16: 67-88
- Davenport TH, Short JE (1990) The new industrial engineering: information technology and business process redesign. *Sloan Manage Rev* (estate): 11-27
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri (27 gennaio 1994) *Principi sull'erogazione dei servizi pubblici*
- DGR. (27 maggio 2002, n 532) *Rete oncologica regionale - Prime determinazioni in applicazione del P.S.R. 2002-2004*
- Dirindin N, Vineis P (1999) *Elementi di economia sanitaria*. Il Mulino, Bologna
- Donabedian A (1988) The quality of care. How can be assessed? *JAMA* 260: 1743-1748
- Fornell C, Wernerfelt B (1988) A model for customer complaint management. *Market Sci* 7: 271-286
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (1993) *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. Jossey-Bass, San Francisco
- Griliches Z (1971) Prices indices and quality change. Harvard University Press, Cambridge
- Gronroos C (1978) A service-oriented approach to marketing of services. *EJOM* 12: 588-601
- Guldvog B (1999) Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health C* 11: 233-240
- Hall JA, Dornan MC (1990) Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Soc Sci Med* 30: 233-240
- Hammer M, Champy J (1993) *Reengineering the corporation: a manifesto for business revolution*. Harper Collins, New York
- Hunter DJW (1997) Measuring the appropriateness of hospital use. *Can Med Assoc J* 157: 901-902
- ISTAT (2007) *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*. Roma

- Quality in Health Care, Londra
- Kaplan RB, Murdock L (1991) Core process redesign. *McKinsey Q* 2: 27-43
- Lancaster K (1979) *Variety, equity, efficiency*. Columbia University Press, New York
- Lee TH (2010) Turning doctors into leaders. *Harvard Bus Rev* (aprile): 50-58
- Levitt T (1981) Marketing intangible products and product intangibles. *Harvard Bus Rev* 59: 94-102
- Lovelock C, Wirtz J (2007) *Marketing dei servizi. Risorse umane, tecnologie, strategie*. Pearson, Prentice Hall, Milano
- L R (8 marzo 2000, n 22) *Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario*
- L R (24 febbraio 2005, n 40) *Disciplina del servizio sanitario regionale*
- Mengoni A, Murante AM, Nuti S, Tedeschi P (2010) *Segmentazione e marketing per la sanità pubblica*. *Mercati e competitività* 1: 119-138
- Merli G, Biroli M (1996) *Organizzazione e gestione per processi*. Isedi, Torino
- Ministero della Salute (2010) *Progetto SiVeAS*. <http://www.salute.gov.it/>
- Miolo Vitali P, Nuti S (eds) (2003) *Ospedale in rete e reti di ospedali: modelli ed esperienze a confronto*. Franco Angeli, Milano
- Miolo Vitali P, Nuti S (eds) (2004) *Sperimentazione dell'Activity Based Management nella sanità pubblica: l'esperienza dell'Azienda USL 3 di Pistoia*. Franco Angeli, Milano
- Murante AM, Panero C, Nuti S (2010) *L'esperienza dei cittadini del servizio di medicina generale: come la comunicazione influenza la relazione medico-paziente. Quattro regioni a confronto*. VIII Congresso Nazionale CARD, Padova, 16-18 settembre
- Nelson P (1970) Information and consumer behaviour. *J Polit Econ* 78: 311-329
- Normann R (1988) *La gestione strategica dei servizi*. Etas Libri, Milano
- Nuti S (a cura di) (2008) *La valutazione della performance in sanità. Il Mulino, Bologna*
- Nuti S (ed) (2010) *Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali. Primi indicatori ministeriali. Anno 2008. Presentazione 21 aprile 2010*. <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=273&area=ministero&colore=2>
- Nuti S, Barsanti S (2006) L'accesso al percorso materno infantile. *Salute e Territorio* 158: 303-305
- Nuti S, Barsanti S (2010) Cronicità e spesa sanitaria. In: Frey M, Meneguzzo M, Fiorani G (eds) *La sanità come volano dello sviluppo*. ETS, Pisa
- Nuti S, Bonini A, Murante AM, Vainieri M (2009) Performance assessment in the maternity pathway in Tuscany Region. *Health Serv Manage Res* 22: 115-121
- Nuti S, Calabrese C, Panero C (eds) (2010) *Confronto tra bisogni del paziente e offerta sanitaria per il miglioramento organizzativo del percorso oncologico*. Economia Sanitaria, Milano
- Nuti S, Murante AM (2008) *L'esperienza e la soddisfazione dei pazienti oncologici per i servizi sanitari ricevuti in Toscana. In: AA VV. La valutazione della qualità nella rete oncologica toscana. Dalle raccomandazioni cliniche ITT agli indicatori di percorso assistenziale*. Giunti OS, Firenze
- Nuti S, Vainieri M (eds) (2009) *Fiducia dei cittadini e valutazione della performance nella sanità italiana*. ETS, Pisa
- Panero C, Murante AM, Perucca G (2010) *The patient needs and the answer of general practitioner: the Italian citizens experience. In: AA VV. Operations research for patient-centered health care delivery. Proceedings of the XXXVI International ORAHS Conference*. Franco Angeli, Milano



- rierantozzi D (1998) La gestione dei processi nell'ottica del valore: miglioramento e reengineering: criteri,metodi ed esperienze. Egea, Milano
- Porter ME (1985) Competitive advantage: creating and sustaining superior performance. Free Press, New York
- Reicheheld FF, Sasser WE (1990) Zero defections: quality comes to services. *Harvard Business Review* 68: 105-111
- Rosenstock IM (2005) Why people use health services. *Milbank Quarterly* 83: 1-32, *with* Rosenstock IM (1966) The Milbank Memorial Fund Quarterly 44: 94-124
- Shostack GL (1977) Breaking free from product marketing. *Journal of Marketing* 41: 73-80
- Stanton WJ, Varaldo R (1986) Marketing. Il Mulino, Bologna
- Stewart M (1989) Which facets of communication have strong effects on outcome analysis. In: Stewart M, Roter D (eds) *Communicating with medical patients*. Newbury Park
- Valkonen T (1992) Socioeconomic differences in mortality 1981-1990. *Central Statistical Office of Finland, Population*, 8, Helsinki