

Breve presentazione al prof. Francesco Longo da parte di Marco Geddes da Filicaia

Francesco Longo è professore all'Università la bocconi di Milano, presso cui si è laureato. E' stato dal 2006 al 2012 direttore del CERGAS sviluppando anche lui quei rapporti oasi, quindi diciamo che si è occupato in particolare in quell'ambito, che è un abito di osservatore dei sistemi sanitari nazionali e in particolare del nostro sistema sanitario nazionale.

È stato *visiting professor* in varie università, sia in paesi che mi vengono immediatamente in mente come Libia, Francia, Germania; ha scritto vari contributi e libri, in particolare sugli scenari della sanità futura, sui sistemi e le politiche sociali regionali, da solo ed in collaborazione con altri ricercatori come Del Vecchio e Allegra e quindi ha una vasta esperienza, questo il motivo per cui abbiamo deciso di invitarlo qui a tenere questa lettura introduttiva, proprio in relazione a quello che dicevano coloro che mi hanno anticipato, nel dire che una riflessione sul sistema sanitario italiano e sui sistemi regionali e per la Toscana che ha avviato questa complessa riorganizzazione, credo sia un contributo utile .

Aggiungo due motivi per cui l'ho proposto:

Uno, pur essendo un economista è una persona particolarmente attenta ai temi della qualità e dell'integrazione socio-sanitaria e anche nel ruolo e nella funzione dello Stato nei servizi pubblici è nei servizi sanitari. Quindi questo è un elemento di riflessione in qualche modo, ora qui è un pensiero mio di collegamento culturale che faccio liberamente, esiste un filone lombardo di aria cattolica e imprenditoriale, attento ai problemi economici, pensate alla rivista "prospettive sociali sanitarie", non voglio dargli un'appartenenza , però a me ricorda anche questo elemento .

L'altro elemento che forse qualcuno ricorda e dei partecipanti conosce è che è anche un profondo conoscitore della Toscana; ha insegnato per diversi anni al Dipartimento di Igiene della nostra Università ed ha seguito con particolare attenzione alcune riorganizzazioni territoriali, quindi l'attenzione ad un tema caro a S.M.N che è la relazione ospedale/territorio.

Ecco queste poche parole di introduzione, forse vi fanno seguire con maggior consapevolezza il contributo che lui ci darà e di cui lo ringraziamo.

Francesco Longo

L'agenda contemporanea per il management delle Aziende sanitarie

CERGAS – Bocconi . Milano

Io cerco di guardare al futuro di cui il nostro paese ha molto bisogno, di interrogarvi su quale dovrebbe essere l'agenda dei problemi e delle criticità su cui chi si occupa di management, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie, dovrebbe guardare.

Prima di entrare nel vivo delle mie riflessioni, su quelli che potrebbero essere i sei grandi temi in agenda, che ahimè non sono invece nel dibattito, parto da una piccola premessa (anzi le premesse sono due).

La prima: il 36% degli italiani ha una patologia cronica, quindi stiamo parlando di 22/23 milioni di persone, di questo 36%, la metà sono monopatologici e l'altra metà polipatologici; sui polipatologici, ci segnala l'AIFA, che in media ricevono 11/12 prescrizioni farmaceutiche al giorno, perché ovviamente ogni specialista massimizza il proprio item e poi una volta che hanno 12 prescrizioni in media al giorno, ne consumano circa 5/6 a caso, il che ci segnala che abbiamo un grosso problema dal punto di vista clinico anche perché questo 36% degli italiani cronici consuma il 70% delle risorse del sistema sanitario nazionale. Quindi quello è il cuore della vicenda, il paziente acuto che è stato storicamente al centro di tutte le nostre riflessioni professionali e organizzative, invece oggi è complementare al cuore della vicenda, però avendo noi un impianto logico, simbolico tutto spostato sull'acuto, evidentemente da questo punto di vista siamo un po' in difficoltà rispetto al quadro epidemiologico emergente e quindi l'agenda che oggi vi propongo è un'agenda che cerca di allineare le caratteristiche del servizio sanitario al quadro epidemiologico, sapendo che veniamo da una tradizione in cui invece noi guardiamo al mondo dell'acuto che oggi vale il 36% del sistema.

Secondo aspetto: l'età media dei medici dipendenti dell'SSN è 53 anni, l'età in cui un tempo si tiravano i remi in barca e si guardava la riva in attesa che, come dire, l'onda spontaneamente portasse la barca verso la spiaggia sicura, invece noi siamo in una situazione storica, dove il 53enne medio deve essere protagonista di una grande stagione di cambiamento sennò questo paese

continuerà a non crescere come non cresce da 20 anni. Purtroppo siamo in un momento storico in cui tutti hanno la percezione che “io ho già dato”, “la mia categoria ha già dato”, siccome però tutti pensano così non si capisce chi produrrà questo scatto di innovazione perché è chiaro che se tutti pensano “io ho già dato”, siamo collettivamente nei guai e lo siamo, visto che da 20 anni non cresciamo e questa mi sembra una prova evidente.

Che non cresciamo e non abbiamo nessuna speranza di futuro, c'è un dato a dirci questo; facciamo 1,3 figli per donna, siamo, insieme ai tedeschi il paese che fa meno figli al mondo e solo per tenere la popolazione stabile ce ne vorrebbero 2,1. Per essere più concreti, noi facciamo mezzo milione di bambini all'anno, ce ne vorrebbero 750.000 per tenere la popolazione stabile. Quando uno proprio non fa figli, vuol dire che non ha proprio in mente nessuna ipotesi di futuro e qui invece cerco di guardare al futuro nostro e lo faccio su 5 temi.

1 Una nuova metrica per le aziende: Cos'è la metrica in sanità: gli accadimenti nelle nostre organizzazioni sono talmente complicate che in qualche modo la forma che scegliamo per rappresentarli è una banalizzazione, però poi ogni banalizzazione porta inevitabilmente all'attenzione una dimensione e a trascurarne altre, quindi la metrica semplificata con cui noi rappresentiamo dei fenomeni più complessi induce poi a dei comportamenti; se io leggo l'ospedale per posti letto e giornate degenza, cercherò di allungare quindi le giornate degenza, se invece leggo l'ospedale per DRG cercherò di accorciare le giornate di degenza. Quindi è la forma di rappresentazione che determina i comportamenti.

Ecco, la rappresentazione che la prima fase dell'aziendalizzazione ha avuto, cioè produttività della singola unità operativa dove il tema era produrre di più e spendere di meno è una rappresentazione sbagliata, stupida e controproducente, perché nel momento in cui abbiamo il 36% della popolazione cronica e ci poniamo il problema della produzione, probabilmente e come provare a svuotare più rapidamente il mare con il cucchiaino. Anche perché noi abbiamo dei dati che ci raccontano come in Italia in media metà dei cronici sono assolutamente undertreated e l'altra metà sono assolutamente overtreated, poi statisticamente per un puro caso, come dire, della matematica ce ne è qualcuno, ma pochissimi, che sono trattati in maniera giusta.

Allora, abbiamo alcune novità, noi abbiamo una potenzialità e siamo tra i pochissimi al mondo che ha questa cosa, forse gli unici, noi di ogni cittadino italiano, soprattutto delle regioni del nord e del centro, sappiamo cosa hanno consumato in tutti gli ambiti di cura negli ultimi 5/10 anni. Quindi noi sappiamo in Toscana, ogni cittadino toscano, cosa ha consumato e da questo riusciamo

a dedurre che patologia ha e da questo possiamo capire se è stato overtreated o undertreated.

Questi sono i dati di tutti i comuni che fanno parte della USL di Piacenza; ad esempio i diabetici che hanno ricevuto l'emoglobina glicata, vedete come dentro la stessa azienda si passa tranquillamente da un tasso di copertura del 28% all'80% a seconda del comune dove si abita?! Quello che gli anglosassoni chiamano lo Zip Code Effect, cioè in base a dove abiti sei trattato in un modo o in un altro all'interno della stessa USL. Qui abbiamo invece quanti hanno ricevuto un'ECG e piuttosto quanti hanno avuto il fundus dell'occhio. Le nostre linee guida dicono che una volta ogni due anni qui lo riceve il 5% dei diabetici, nei casi peggiori il 20% dei diabetici; rispetto al fundus dell'occhio siamo palesemente in una situazione di undertreated. La vera potenza di fuoco che abbiamo è che noi sappiamo i nomi e cognomi delle persone, quindi sappiamo esattamente chi è overtreated e sappiamo esattamente chi è undertreated, dove abita, che telefono ha e che email ha. Per chi si occupa di organizzazione sanitaria questo è il paradiso, dopodiché si tratta solo di cominciare a lavorare. Per motivi strani invece noi non usiamo questi dati, pur avendoceli: noi abbiamo la Ferrari nel garage, che è la possibilità di usare dati amministrativi con una potenza enorme per motivi clinici, che però non usiamo perché abbiamo una metrica sbagliata. Cioè la metrica che abbiamo è "quanto hai prodotto per unità operativa", ma anche se mi è aumentata del 10% la produttività dell'unità operativa, non lo so se è positivo o negativo, perché se è aumentata del 10% sugli overtreated, hai fatto male se hai aumentato del 10% sugli undertreated hai fatto bene, ma finché non mi dici se hai fatto sugli uni o sugli altri e hai detto solo +10% con meno costi, hai complessivamente fatto danni perché hai sparato a caso nel mucchio. Invece noi avremmo bisogno di un modo diverso di leggere le attività sanitarie, quello di dire: ok nel bacino di utenza dove insiste questo ospedale, quanti sono gli ipertesi, gli asmatici di BPCO, quindi monitoriamo la prevalenza, ne abbiamo 5000, quanti di questi vogliamo ragionevolmente reclutare un anno, 80%, su quante di queste persone siamo riusciti a fare un piano assistenziale individuale che è la trasformazione di un PDTA clinico, quindi di un percorso diagnostico a piano individuale che è necessario almeno nel 50% dei casi e poi andiamo a vedere le prescrizioni che hanno ricevuto questi cittadini, lo possiamo fare in maniera molto agile informatizzata, se la filiera professionale ha rispettato il PAI o quanti dei colleghi hanno tradito il PAI, e la filiera è fatta evidentemente da altri ospedalieri, da specialisti convenzionati e così via e poi soprattutto andiamo a vedere i consumi di questa persona; è stato compliant o non compliant il

cittadino e laddove ovviamente non sia stato compliant, dobbiamo inseguire il cittadino affinché lo sia. Tra l'altro questo è un modo straordinario per guadagnare orgoglio professionale, perché dire noi siamo riusciti a passare dal 30% della prevalenza seguita al 50% e il 50 che seguiamo nel 90% dei casi li seguiamo bene e nell'80% sono complianti alle terapie, perché siamo stati noi autorevoli e convincenti è un modo di ragionare che supera del tutto il conflitto tra management e clinici, perché è una metrica che soddisfa sia il punto di vista d'interesse collettivo, sia l'interesse clinico. Questa è una cosa per la clinica, non contro la clinica. Ovviamente quando invece il reclutamento risultasse basso o risultasse bassa l'aderenza della filiera professionale alle evidenze scientifiche o risultasse bassa la compliance dei pazienti, a quel punto dovremmo andare alla caccia del driver che spiega lo scostamento, cioè sono i colleghi che non rispettano le evidenze e il cittadino che non è compliant, oppure abbiamo reclutato poca gente? Quindi noi abbiamo anche informazioni, se volete facciamo diagnosi organizzativa e capiamo qual è il driver che spiega cosa va e cosa non va e quindi io trovo questo modo di lavorare attraente, "sexy" per tutti.

2 Ridefinire i ruoli professionali: chi fa che cosa?

Il secondo tema che dovremmo mettere in agenda è il seguente, a me piace fare questo lavoro con i medici di medicina generale: guardi, lei ha 1500 iscritti con la prevalenza del 36% di cronici, quindi lei ha 600 cronici da seguire. Mettiamo che vuole vedere tutti in media una volta al mese, ossia 20 giorni lavorativi, deve vederne 30 al giorno, facciamo veloci 10 min. a testa siamo a 300 min. e non siamo andati in bagno o risposto al telefono; i non autosufficienti sono il 4% nel nostro paese, 2,5 milioni e mezzo di italiani quindi un medico massima lista ha 60 non autosufficienti. Vorremo andarli a trovare una volta al mese? Sono 3 visite domiciliari al giorno solo per non autosufficienti. Fatti conti totali non ci si sta dentro.

Ma prendiamo l'internista eroico che dice "i diabetici li voglio vedere tutti io perché gli MMG non sono capaci" non c'è problema, il suo bacino di utenza quanto è?! 200 mila abitanti? La prevalenza è al 5% quindi 10 mila pazienti. Come si fa a seguire 10 mila pazienti? Cioè non ci sono i numeri.

La novità della medicina contemporanea è che contrariamente agli anni '80 /'90 in cui gli operai erano molti, eravamo il paese al mondo con più medici. 4 medici ogni 1000 abitanti, gli americani ne avevano 2 e mancavano i pazienti, oggi è il contrario; la messe è infinita, 22/23 milioni di persone che sono malate e gli operai sono sempre meno, sempre più vecchi e sempre più stanchi. Quindi qua il problema è esattamente l'opposto e che c'è l'assalto dei pazienti e non

siamo più in grado di rispondere, ormai le liste d'attesa hanno raggiunto dei livelli pazzeschi; a Milano per chirurgia elettiva, per interventi semplici, siamo a 10 mesi, di attesa.

Ed allora ecco che dovremmo riorganizzarci e iniziare a definire chi fa che cosa. Non possiamo più permetterci che succeda come è successo e come sta ancora succedendo che lo stesso lavoro viene fatto tre volte, perché prima la visita la fa l'MMG, poi l'MMG dice "si ho capito ma non mi fido della mia diagnosi, vado dallo specialista ambulatoriale", lo specialista ambulatoriale fa la visita, fa la sua diagnosi, però dice "no forse è un po' più grave, vada dallo specialista ospedaliero", quindi la stessa persona è stata vista tre volte.

Non ci possiamo più permettere una cosa di questo tipo, anche perché il livello tre se ne fa un baffo di cosa è stato fatto al livello 2 o 1 e non lo guarda neanche. Noi viviamo in un paese dove spesso addirittura quando un paziente viene spostato da un reparto all'altro dello stesso ospedale, gli rifanno gli esami come se il paziente fosse un altro e il laboratorio analisi un altro. Queste cose non possiamo più permettercele perché c'è poca forza lavoro e allora dobbiamo dividere i ruoli.

Chi si occupa di reclutamento? Andare alla caccia soprattutto di quelli che non compaiono, della prevalenza che non si trasforma in domanda. Abbiamo bisogno di quello che gli anglosassoni definiscono il consultant, ovvero il medico che definisce il PAI, però davanti alle prestazioni per la cronicità, chi definisce il PAI può comparire una volta ogni due anni, perché poi le singole prestazioni possono essere fatte da altre figure professionali di più basso livello.

Così come c'è un altro ruolo che è il case manager che non è colui o colei che fa il PAI, cioè che definisce il Piano di Assistenza Individuale, ma colui o colei che si preoccupa che il cittadino attraversa correttamente la filiera assistenziale e quindi sia compliant al PAI.

Sono quattro mestieri completamente diversi.

Il reclutamento lo possono fare in tanti: il pronto soccorso, gli screening, l'MMG; per il PAI invece devono decidere quale sia la figura professionale giusta per fare il PAI e dipende dallo stadio di patologia, quindi non c'è una figura che deve fare il PAI per la stessa patologia, che è sempre la stessa, ma dipende dallo stadio di patologia. Se lo stadio è basso, probabilmente dovremmo insegnare all'MMG a farlo, se lo stadio è medio dovremmo insegnarlo allo specialista ambulatoriale, se lo stadio è grave lo facciamo invece in ospedale.

Dobbiamo dividerci il lavoro in maniera così intelligente o raffinata, in modo tale che ognuno faccia il proprio mestiere ed evitiamo così di rubarci i ruoli e duplicare le cose.

La cosa interessante è questa, che uno in prima battuta potrebbe pensare che all'aumentare degli stadi di patologia, all'aumentare del numero di patologie, il consultant che fa il PAI non possa che diventare sempre più uno specialista qualificato e quindi in ultimo stadio non si può che andare a Careggi; invece è vero un po' il contrario e cioè una specie di pendolo: quando la patologia è leggera, non so ad esempio: sono iperteso 55enne con solo quella patologia, basta probabilmente un MMG ben formato che mi fa il PAI e magari poi è la sua infermiera che mi fa la case manager, come avviene oramai in tutti i paesi civili; allo stadio più alto probabilmente ho bisogno dello specialista cardiologico ospedaliero che mi fa il PAI, o magari addirittura il reparto ospedaliero che mi fa da case manager, ma quando io ho 85 anni e 5 patologie e il mio bisogno è diventato prevalentemente socio-sanitario, probabilmente a quel punto come case manager o costruttore del PAI, non ho più bisogno di mettere in fila tutti gli specialisti, pneumologo, nefrologo e il cardiologo, ma al contrario, ho bisogno di tornare indietro nella filiera cioè di qualcuno che sappia fare sintesi clinica che ad 85 anni con 5 patologie mi dica, "senta, guardi, prenda queste 3/4 cose, sistemiamo i parametri importanti, ma soprattutto proviamo a viver bene".

Il punto vero è che a noi manca qualcuno che è investito del compito di suddividere i compiti, perché questo è un lavoro così fine che va fatto per ogni singola materia disciplina, che non possiamo farlo fare al direttore generale, tanto meno un direttore generale che gestisce un'azienda di 2 milioni di abitanti. È un lavoro clinico che devono fare le singole discipline, che però non si sentono investite di questa responsabilità organizzativa perché si sentono investite di responsabilità clinica e qui quindi, c'è un grande buco davanti al proliferare della cronicità; non abbiamo nessuno che suddivide i compiti professionali.

3 Distinzione fra luoghi, servizi e organigrammi: Tradizionalmente il primario ospedaliero aveva la sua unità operativa e alle volte aveva addirittura il suo ingresso con citofono; quello era il suo regno, con un confine molto chiaro che aveva un potere su un luogo, su delle persone, con una chiarissima responsabilità sui fattori produttivi e sui processi assistenziali quindi era contemporaneamente responsabile di tre cose, di un luogo, delle risorse e di quale clinica si facesse lì.

Noi siamo in una fase completamente diversa in cui stiamo moltiplicando giustamente il setting assistenziale quindi, stiamo costruendo la casa della salute, stiamo costruendo le cure intermedie, i lombardi hanno inventato questa cosa interessante che è il POT, cioè l'ospedale senza posti letto dedicato solo all'attività ambulatoriale complessa con orientamento esclusivo alla cronicità, piuttosto che pensare al week hospital, in più stiamo ragionando per processi, perché io voglio che qualcuno prenda in carico la patologia ad esempio, lo scompenso e lo segua per 10 anni e il seguire lo scompenso per 10 anni avviene in tanti setting assistenziali diversi, quindi noi stiamo progressivamente costruendo una matrice tra i diversi setting assistenziali che attraversa lo stesso paziente e qualcuno che in qualche modo disegna trasversalmente i percorsi clinici. Noi stiamo generando quello che in inglese viene definito il decapping delle funzioni, sfogliare le funzioni, dove non c'è più l'unitarietà di un tempo dove uno era responsabile di uno spazio, di un fattore produttivo e delle competenze cliniche, in quanto queste competenze si suddividono, si separano in diverse responsabilità. Può tranquillamente succedere che un clinico è responsabile di un disegno e dei percorsi diagnostico- terapeutici i quali però avvengono in un ambiente fisico che non è il suo reparto, ma che sono in una casa salute piuttosto che in una cura intermedia.

Così come esiste qualcun altro che si occupa specificatamente del controllo compliance dei pazienti e quindi non è il responsabile di aver scritto i PAI, né è il responsabile di luoghi, ma è responsabile su un pezzo di popolazione, che questa effettivamente vada a fare le visite.

Sempre più spesso noi separiamo il governo dei fattori produttivi dal governo clinico. L'ospedale per intensità di cura non è nient'altro che separare il governo delle piastre, che sono assegnate ad un governatore di piastre che gestisce i posti letto, dalla clinica, dove il clinico non ha più i propri posti letto e vi segnalo che nei posti dove funziona così, i clinici sono super contenti di non doversi più occupare dei fattori produttivi perché possono occuparsi di clinica al 100%. Io, ad esempio, ho la fortuna di lavorare in un'università di questo tipo, dove non mi devo preoccupare mai di fattori produttivi.

4 Diversificare i profili di responsabilità aziendale: Quindi noi siamo in una fase storica dove stiamo facendo decapping delle responsabilità sui luoghi fisici, sui fattori produttivi e sul disegno del contenuto clinico. Questo però modifica i profili di responsabilità, perché l'idea originale che avevamo era che il nostro primario era il responsabile di tutto: della produttività, dell'appropriatezza, del clima di lavoro, una specie di leader responsabile di

tutto. Invece se noi facciamo il decapping delle funzioni, scopriamo che ci sono responsabilità aziendali completamente diverse. C'è qualcuno che è responsabile del disegnare un Percorso Diagnostico Terapeutico per tutta la filiera assistenziale che deve essere aggiornato e coerente alle risorse che ci sono; c'è qualcun altro che invece è responsabile del Knowledge Management, cioè che quel PDTA sia conosciuto da tutta la filiera professionale e tutti siano convinti ad applicarlo; c'è qualcun altro che ha la responsabilità di dividere il lavoro clinico, chi deve fare che cosa, a quale stadio di patologia e a quale fase del processo assistenziale; qualcun altro che si occupa di operation management e quindi ottimizzazione dei fattori produttivi; qualcun altro che si occupa di verificare la compliance del paziente. Quindi da questo punto di vista diventa molto più interessante riflettere di cosa "sono responsabile" perché non siamo tutti responsabili della stessa cosa, ma siamo responsabili di missioni diverse, che però tutte insieme confluiscono sullo stesso oggetto, che è la presa in carica dell'utente.

Lo dico soprattutto ai clinici: modifica radicalmente i confini dell'impero, non è "il mio reparto", ma è "la mia responsabilità" anche etica rispetto alla cittadinanza, rispetto alla collettività e almeno rispetto alla filiera professionale, cioè se io sono l'internista, devo preoccuparmi che gli specialisti ambulatoriali e gli MMG lavorino rispetto alle migliori evidenze scientifiche. O ancora, che la responsabilità di un direttore di unità operativa è quella di preoccuparsi della prevalenza epidemiologica della sua patologia nel suo bacino d'utenza e che tutti i pazienti che hanno la patologia siano reclutati nel punto giusto e che nel punto giusto ci siano le competenze giuste, perché io sono atto a segnargliele.

5 Sviluppare middle management: le mega aziende come sono state costruite in questa regione, hanno una conseguenza dal punto di vista istituzionale, ossia che i vertici istituzionali sono così pochi, tre direttori generali di USL e così in alto, che di fatto sono schiacciati verso un ruolo regionale quindi non fanno più gestione locale, ma fanno pianificazione del sistema regionale molto vicino alla politica e questo ci pone il problema su dove sta il management. Se i tre direttori generali di fatto sono un pezzo di regione, dove sta il management? Cos'è il management è colui o colei che fa la mediazione degli interessi legittimi locali, tra di loro conflittuali, perché il punto di vista dei clinici è diverso da quello dei pazienti, è diverso da quello dei comuni e che gestisce la soluzione immediata. Se a questo punto il management non è più nel vertice aziendale perché fa politica a livello regionale, il management deve essere a livello di middle management, ma del resto in aziende di queste

dimensioni il direttore di un dipartimento è un dipartimento talmente grande che gestisce talmente tante risorse che è simile ad un vecchio direttore generale. Io conosco bene l'USLona (USL) di Bologna; il direttore gestisce 900 persone è quello il management.

Il problema è che noi dobbiamo attribuire a questo punto ruoli e contenuti manageriali a quello che era il middle management che a questo punto ha dei contenitori così importanti e così grandi da gestire. A quel proposito dobbiamo sviluppare nuovi simbolici, cioè il direttore di dipartimento è quello che era un direttore generale, nuovi contratti e anche nuovi meccanismi di accountability e cioè come va rendicontare alla propria comunità.

6 La competizione per le piattaforme di interfaccia unitarie con gli utenti:

un tempo si competeva sul mercato cercando di offrire il prodotto migliore al prezzo più basso e chi aveva il prodotto migliore al prezzo più basso, vinceva.

Il mercato di oggi Google, Amazon, Tripadvisor, Netflix, Airbnb, ci segnalano che l'80% degli italiani, quindi compresi i presenti in questa stanza, comprano le proprie ferie su internet; la competizione non è con il prezzo migliore il prodotto più dignitoso, ma la competizione è chi in una piattaforma unica soddisfa la gamma più ampia di bisogni, cioè io vado in un unico luogo e in quel luogo io trovo in maniera ricomposta tutto. Quindi chi riesce ad avere l'interfaccia più comoda, vince.

Se Netflix mi permette di vedere tutti i film del mondo stando a casa, vince e che tra l'altro avendo così tanti utenti ha un costo certamente basso.

Ovviamente l'interfaccia non produce il bene o il servizio, semplicemente è un broker, però ha un potere tale che influenza il consumatore molto più del produttore; oggi è sicuramente più potente Tripadvisor di qualsiasi ristoratore, la potenza di marketing del ristoratore è zero rispetto a quella di Tripadvisor, eppure Tripadvisor non possiede neanche un ristorante.

L'organizzazione che offre l'ultimo miglio, l'interfaccia con l'utente è l'organizzazione che decide gli orientamenti dell'utente.

Il SSN in Italia copre il 77% dei bisogni con i suoi 114 miliardi, poi ci sono 33 miliardi di spesa privata out of pocket. Nell'area della non autosufficienza su 2 milioni e mezzo di persone, le persone in carico del SSN sono 200 mila le altre 2,3 milioni si arrangiano a casa; del resto le badanti sono 800 mila ed i dipendenti del SSN sono 600 mila, vorrà dire qualcosa il fatto che le badanti siano più dei dipendenti del SSN!

Le visite ambulatoriali sono pagate out of pocket nel 45% dei casi, in ginecologia siamo al 70%.

Che cosa sta succedendo!? Che anche in sanità è iniziata la competizione per l'ultimo miglio, quindi ad esempio, le imprese farmaceutiche buttano fuori l'app per il diabetico, stesso lavoro stanno cercando di fare le farmacie al pubblico, stesso lavoro stanno cercando di fare le cooperative di consumo, stesso lavoro stanno cercando di fare alcuni produttori privati, cioè sostanzialmente dicono "sulla mia interfaccia tu trovi tutti i tuoi dati clinici aggiornati, ti spieghiamo se sei compliance, vieni qua a frugare se hai preso i farmaci ed hai fatto le cose, io ti accompagno e ti dico dove devi andare".

Il SSN ovviamente è quello più indietro in questo e rischia di fare la parte di colui che produce l'80%, ma non interfaccia gli utenti e quindi viene declassato da soggetto in grado di influenzare la trasformazione di bisogno in domanda a semplice produttore e quindi di perdere la capacità di orientamento che è la cosa più importante in politica; quello che produce l'istituzione pubblica è prevalentemente orientare i cittadini e dire cosa è importante e cosa non lo è, cosa è utile e cosa non lo è, ma se lo fa qualcun altro per noi ovviamente e legittimamente quel qualcun altro indirizza nella direzione che interessa a lui. Il SSN ha difficoltà a fare questo lavoro perché storicamente noi abbiamo una forte cultura clinica, ma una debole cultura del servizio e soprattutto da anni copriamo solo il 77% dei bisogni e non abbiamo il coraggio di dirlo e di dire cosa copriamo e cosa no. Per questi motivi il SSN ha difficoltà a produrre una sua interfaccia o delegare qualcuno a farla, mentre credo che questa sia una prospettiva di lavoro estremamente interessante che potrebbe ridare centralità al sistema pubblico che deve non più pensare ad essere solo erogatore, ma deve andare anche a occupare un ruolo di indirizzo nei confronti dei cittadini quando si comportano liberamente nel mercato e se non lo farà, lo farà qualcun altro. Ecco io credo che questo sia qualcosa di estremamente generativo.

Io penso che questa agenda che vi ho proposto:

- Una nuova metrica per le aziende
- Ridefinire la divisione dei ruoli professionali
- Imparare a distinguere tra responsabilità sui luoghi, sui fattori produttivi e sui processi clinici
- Preoccuparsi di sviluppare le nuove mega aziende, il nuovo middle management che sarà molto più clinico del passato
- E preoccuparsi di inventare un'interfaccia pubblica con gli utenti

Credo che sia un'agenda di lavoro estremamente generativa che possa ridarci il gusto di guardare al futuro e sentirci giovani.