

# Creazione di Valore nel Sistema Sanitario

---

Working paper by Oscar Pallme

*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 al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ? Cerchiamo di approfondire l’argomento.*

Premessa.....	3
1. Ecosistema impresa-estesa e peculiarità del SSN.....	5
Introduzione.....	5
Cliente-utente.....	7
SSN come eco-sistema impresa estesa.....	8
Ospedale come eco-sistema impresa estesa.....	11
Conclusione.....	12
2. Valore per il Cliente.....	13
Importanza del Cliente in un mercato libero.....	13
Definizione di Valore.....	14
Soddisfazione e fidelizzazione in relazione al Valore.....	15
Differenti livelli di Valore e possibili dis-allineamenti.....	18
Creazione di Valore per il Cliente.....	20
Strategia “Customer-Value-Centric” (CVC).....	24
ICT per migliorare la Salute.....	26
SSN come “community”.....	27
3. Creazione e condivisione di Valore a 360°.....	30
Impresa estesa e Valore a 360°.....	30
Fatti e misfatti nella relazione con gli Stakeholder.....	31
Valore a 360° “Customer driven”.....	34
Come orientare l'impresa al Cliente.....	38
Integrazione con i Business Partner esterni.....	40
Gestione della soddisfazione.....	42
Ruolo del Marketing.....	44
4. Idee circa possibile sviluppo del SSN.....	48
Competizione nel SSN.....	48
Modelli di competizione.....	49
Strategia CVC anche nel SSN.....	51
Nuovo modello di ospedale.....	54
Guida ai servizi del SSN con livello di soddisfazione dei Clienti-utenti.....	56
Conclusione.....	59
5. Appendice.....	61
Lecture consigliate.....	61
Profilo autore.....	64

Paper@Pallme è una collana di paper e report su argomenti di management che offre spunti di riflessione per affrontare la gestione delle organizzazioni<sup>1</sup>. La collana raccoglie contributi e strumenti dedicati ai diversi ambiti della vita e della cultura manageriale.

L'opera, in tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore.

Prima stesura: Agosto 2010.

Ultima stesura Dicembre 2010 [Creazione di Valore nel Sistema Sanitario 2010-08-11 Rev\_1-7]

Milano, 31 Dicembre 2010

---

<sup>1</sup> impresa (privata o pubblica), pubblica amministrazione (PAC, PAL), ospedali, partiti politici, ecc.

## Premessa

Da circa 10 anni sto osservando da vicino il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed analizzando la 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.].

Nel 2006 ho steso un primo paper, "Ossezioni sul Sistema Sanitario in Italia", con esempi pratici di cosa avveniva nel Sistema Sanitario italiano, traendo spunto da esperienze realmente vissute da alcuni pazienti sia con Medici di base sia in Ospedali.

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".

Ora in questo secondo paper cerco di analizzare come i concetti di "creazione di valore per Il Cliente" e di "impresa estesa" possano applicarsi al SSN. I concetti sono supportati da esempi pratici di creazione o distruzione di "valore per il Cliente" riscontrati nella realtà.

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.

In un "Mercato libero", per migliorare la performance delle organizzazioni è importante orientare i collaboratori alla creazione di "valore per il Cliente" (Valore = Benefici - Problemi indotti).

- *Questo concetto di "creazione di Valore" è applicabile anche al SSN e, in questo caso (SSN) cosa rappresenta Valore per il Cliente ? Può essere il Benessere cioè Salute + comfort + rispetto della persona + ecc. ?*

Nell'ambito SSN, il tema "**creazione di valore nella relazione con il Cliente**" è molto interessante ma ancora in fase embrionale. 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. Tra i Clienti vi sono sia gli utilizzatori diretti del servizio (Pazienti) sia quelli indiretti (Parenti dei pazienti).

- *Come dovrebbe svilupparsi la relazione Cliente-Fornitore di Salute ?*

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, Medicine, Macchine, ecc.). Nè si può trascurare l'ente regolatore (PAC) e quello pagatore (Regione). Infine le ASL, anche loro fornitori dei Clienti utenti (Pazienti e Parenti) e quindi coinvolti nel rapporto esperienziale.

- *Quali dovrebbero essere le "nuove" competenze del personale sia sanitario sia amministrativo ?*
- *Come assicurare al Cliente-utente la "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre Regioni ?*
- *Chi anticipa il pagamento delle prestazioni (medico di base, medicine,118, ecc.) fuori Regione ?*

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.).

- *A che punto è il livello di informatizzazione degli ospedali e l'usabilità dei tool (scheda sanitaria elettronica, condivisione tra diversi reparti delle informazioni sul singolo paziente con diverse patologie, totem per pagamenti automatici prestazioni, sito web, ecc.) ?*
- *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 ?*

Alla base della creazione di valore vi è anche la “**Gestione della soddisfazione degli Stakeholder**”<sup>2</sup> (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.

- *Riusciremo ad avere per gli ospedali una sorta di “Guida Michelin” (cartacea e/o on-line) con indicazione dei servizi erogati da ciascun ospedale e del livello di qualità della relazione ?*

Nel paper cerco di approfondire questi argomenti sia esponendo i concetti teorici alla base della relazione Fornitore/Cliente sia riportando esempi pratici di fatti e misfatti rilevati nel SSN.

Faccio notare che i concetti di “creazione di valore per gli Stakeholder” e di “marketing” (Mktg) applicati al Sistema Sanitario non devono essere confusi con l’orientamento a massificare gli utili di esercizio anche a scapito del reale “valore per il Cliente”.

Oscar Pallme

---

<sup>2</sup> 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.

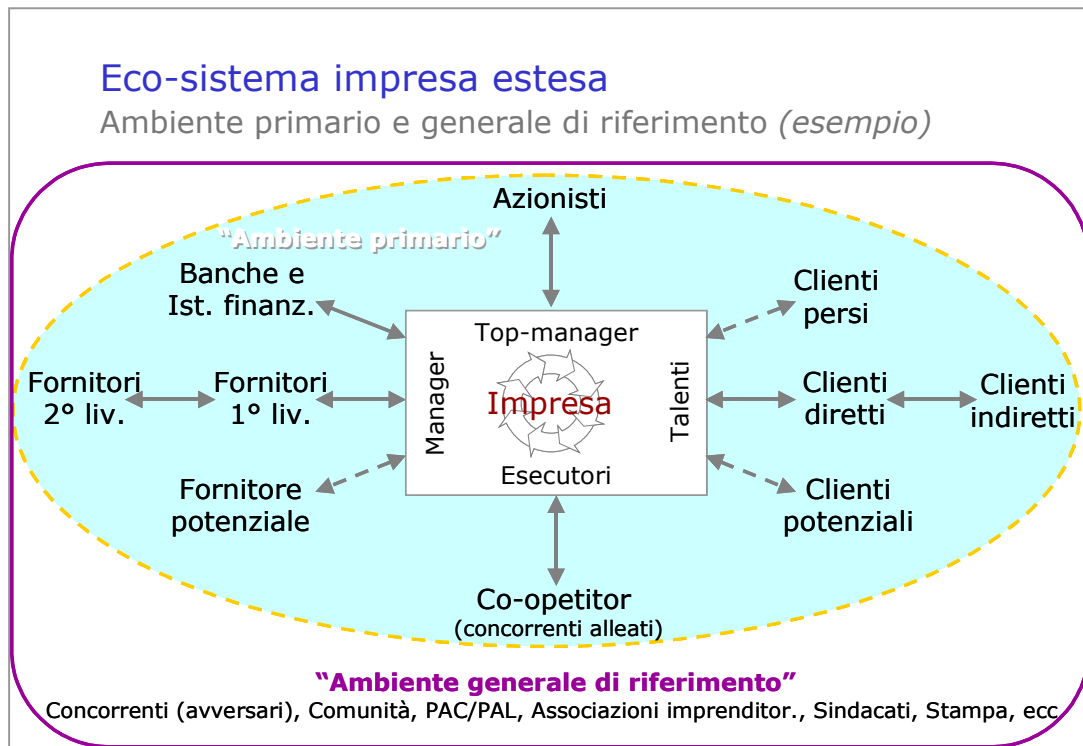
[Rielaboraz. definizioni dello “Stanford Research Institute” (1963) e di E. Friedman (1984)]

## 1. Ecosistema impresa-estesa e peculiarità del SSN

### Introduzione

Oggi in conseguenza dell'evoluzione dello scenario di riferimento (globalizzazione, aumento della pressione competitiva, personalizzazione di massa, cambiamento continuo e sempre più rapido, instabilità ed incertezza, ecc.) la ricerca del vantaggio competitivo non è più realizzata da una singola impresa ma viene perseguita in collaborazione tra più attori.

La creazione di Valore è il risultato di contributi provenienti sia dall'interno dell'impresa capofiliera (microsistema) sia dall'esterno (macrosistema) ed il processo<sup>3</sup> di sviluppo è a rete. Il modello è focalizzato sul concetto di partnership sia interna tra e con i propri collaboratori sia esterna con Clienti (canale di vendita, utilizzatori, ecc.) e Fornitori (di risorse materiali e/o immateriali), che vengono coinvolti nello sviluppo del business. Il ruolo dei vari Partner è diverso, ma sono tutti "portatori di interessi" (Stakeholder)<sup>2</sup> nei confronti dell'impresa capofiliera.



(Fig. 1)

In questo processo di "creazione di Valore" non si può trascurare il ruolo ed i contributi anche di altri Partner (Azionisti, Banche e Settore Pubblico, ecc.).

Questo modello è vincente se caratterizzata da

- orientamento al Cliente e massima attenzione ai suoi bisogni e problemi
- integrazione all'interno dell'impresa tra front-office (marketing, vendite, assistenza) e back-office (R&S, produzione, logistica, amministrazione, ecc.),

<sup>3</sup> Si definisce "processo" un insieme di attività o azioni elementari correlati tra loro. A seconda del contesto (business, economia, giurisprudenza, medicina, ecc.), il termine processo può assumere diversi significati.

- integrazione tra Fornitori, Impresa capofiliera, Canali di vendita, Utilizzatori
- condivisione della conoscenza e collaborazione vantaggiosa per tutti i Partner.

Anche il **SSN è un'eco-sistema impresa estesa**, il cui obiettivo è quella di fornire la soluzione ai “problemi primari” [preservare (prevenzione) e/o ristabilire (cura e riabilitazione) la Salute] del “Cliente-utente diretto” (paziente), ma ha una propria peculiarità.

Il **SSN** è differente da altri settori economici. Infatti, è caratterizzato da

- separazione tra il ruolo di Stakeholder-utente (Cliente) e quello di Stakeholder-pagatore<sup>4</sup>
- portafoglio prodotti (mix di servizi) non omogeneo
- difficile standardizzazione dei servizi offerti
- relazione asimmetrica<sup>5</sup> tra Cliente-utente e Offerta, spesso mediata dal Medico di base (Influenzatore)
- poca attenzione da parte dell'Offerta alla qualità della relazione e forte componente soggettiva
- esperienza emotiva del Cliente-utente, ma percezione razionale sull'efficacia finale
- scarsa esperienza circa il prezzo (vedere nota 4 a piè pagina)
- scelta finale, spesso, indipendente dal prezzo

Inoltre, non sempre il Cliente-utente può scegliere liberamente il Fornitore di Salute.<sup>6</sup> Ciò significa che il **SSN non è ancora un vero Mercato libero** ma un mercato super-regolato e dominato dall'Offerta Salute !

### Scelta del Fornitore di Salute

In Italia il **Medico di base** convenzionato con il SSN non può avere un numero di pazienti superiore ad un limite massimo predefinito. Pertanto, il Cliente (paziente) può scegliere il proprio medico di base solo in una lista di medici che non hanno ancora raggiunto il tetto massimo.

Un altro problema è che i medici di base sono pagati poco e in modo disincentivante. In pratica, ricevono un fisso annuo per ciascun mutuato, anche se non lo visiteranno mai.

La conseguenza è che non hanno alcuna convenienza ad effettuare visite che durano più di 15 minuti per paziente o a costituire uno studio associato con altri colleghi per seguire sempre meglio anche più pazienti.

Il Cliente può cambiare medico di base ma spesso finisce dalla padella nella brace. I medici migliori, anche dal punto di vista della “relazione con il Cliente”, sono saturi avendo raggiunto il limite massimo di Clienti assistiti. Non rimangono che i medici “business oriented”, meno disponibili alle reali esigenze del Cliente.

Per quanto riguarda le visite specialistiche e le analisi strumentali, il Cliente può scegliere l'**ambulatorio** convenzionato dove effettuarle. Purtroppo, soprattutto negli ospedali migliori, i tempi di attesa sono lunghi per carenza di risorse e, quindi, spesso si è costretti a rinunciare all'ambulatorio preferito ed accettare un altro ambulatorio con tempi di attesa più brevi. Inoltre, il Cliente non

---

<sup>4</sup> La prestazione è gratis se il Cliente-paziente ha più di 65 anni, è pagata parzialmente (ticket) negli altri casi. In pratica, il SSN è finanziato con una quota delle tasse che i residenti pagano e, solo parzialmente, con il ticket.

<sup>5</sup> Il settore sanitario è caratterizzato da un rapporto asimmetrico, tra offerta e domanda di prestazioni, sia a livello di informazione sia a livello di dipendenza.

<sup>6</sup> Questa situazione di quasi monopolio si verifica ad esempio nel caso di malati di insufficienza cronica che necessitano di assistenza sanitaria molto frequente (es.: trisettimanale). Un esempio è quello dei Centri Dialisi pubblici nella città di Milano: a causa dei regolamenti della Regione circa le competenze territoriali dei centri dialisi, per effettuare la dialisi non si può scegliere l'ospedale preferito ma si è costretti ad accettare il Centro Dialisi dell'ospedale cui è stata assegnata la zona di residenza del dializzato.

sempre (quasi mai) riesce ad entrare in contatto con il medico specialista, che lo sta seguendo, quando è necessario al di fuori degli appuntamenti prefissati.

Le cause sono duplici:

- a) investimenti fatti più in funzione della copertura territoriale e meno per soddisfare le reali preferenze dei Clienti, orientati alla ricerca dei professionisti migliori e più disponibili alla relazione;
- b) medici poco incentivati che si limitano allo stretto necessario.

Nel caso di malati cronici che richiedono prestazioni sanitarie, frequenti e continuative nel tempo, sostitutive di qualche funzionalità, il Cliente-utente non può sempre scegliere liberamente il proprio Fornitore di Salute. Ad esempio, nel caso di emodialisi in Lombardia, il dializzato viene assegnato di autorità al Centro Dialisi dell'Ospedale pubblico più prossimo alla sua residenza. Qui spesso si riscontra il caso di medici ed infermieri demotivati. Se, a causa dei "problemi indotti" riscontrati, il Cliente-utente non accetta questo Centro Dialisi pubblico (di competenza territoriale) può solo scegliere di migrare in un "Centro Assistenza Limitata" (CAL) privato. Si noti che in alcune regioni non tutti questi CAL sono convenzionati ed il Cliente deve pagare e farsi poi rimborsare dal SSN.

## Cliente-utente

Il "**problema primario**" (bisogno fondamentale) del "Cliente-utente" [diretto (paziente), indiretto (parente del paziente)] è quello di mantenere (prevenzione) o recuperare (cura e riabilitazione) il livello ottimale di salute e il benessere (fisico e psichico) del "Cliente-utente diretto". Le prestazioni sanitarie sono solo strumentali al bisogno !

In pratica, l'enfasi non è più sulla malattia o sulle cure "subite" (cura della malattia) ma sul benessere (Salute + comfort + rispetto della persona + ecc.) del Cliente-utente diretto.

Nel Mercato sanitario, 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.<sup>7</sup>

Purtroppo, siamo in presenza di medici demotivati e poco incentivati che, spesso, si sono laureati sperando di svolgere una professione di prestigio, o peggio di arricchirsi, ed invece si sono ritrovati burocrati.

Caratteristiche di questo Cliente-utente, sempre più informato e capace di investire sulla propria salute, sono:

- ricerca costante di informazioni, anche via Internet;
- capacità di
  - ricercare la soluzione ai propri problemi sia nell'ambito pubblico sia in quello privato
  - combinare e gestire il mix ottimale di fornitori (Canale offerta Salute);
- autotutela.

Alla luce di tutto ciò l'ASL (impresa capofiliera) e, in particolare, il Canale di Offerta Salute [imprese (ospedali, cliniche, laboratori analisi, ecc.), professionisti (Medici, Infermieri, ecc.)] dovrebbero attribuire al Cliente-utente (paziente, parente del paziente) un ruolo sempre più attivo e centrale nei processi della propria organizzazione. L'obiettivo dovrebbe essere la **soddisfazione del Cliente-utente** (paziente, parente del paziente). Purtroppo, la relazione che intercorre tra il SSN ed il Cliente è complessa in quanto interagiscono diversi fattori:

---

<sup>7</sup> evidenziato da una ricerca del Censis - Monitor Biomedico 2002 sul tema

1. Prodotto  
prestazioni erogate e le attrezzature a disposizione
2. Punto di contatto (Luogo)  
gli edifici, la loro condizione e localizzazione
3. Comunicazione  
sia verbale che scritta (prescrizioni, referti, risultati esami, contratti, autorizzazioni alle cure, verbali di dimissioni, ecc)
4. Esborsi monetari  
costi che il Cliente deve affrontare per individuare e selezionare il fornitore Salute, acquistare (essere accettato), utilizzare (fruire) nel tempo e, alla fine, dismettere (fase di dimissione e post-dimissione)
5. Collaboratori del SSN  
comportamento di tutto il personale coinvolto nel “ciclo della salute”, sia interni (medici, infermieri, tecnici, operatori sanitari, amministrativi, ecc.) sia esterni delle imprese fornitrici (Business Partner)

Per rendere la relazione sempre più efficace, nel settore sanitario si dovrebbero

- sperimentare tecniche di Marketing personalizzato (1to1), relazionale (CRM)<sup>8</sup> ed esperenziale (CEM)<sup>9</sup>;
- comunicare in maniera interattiva con messaggi e media sempre più mirati al singolo Cliente-utente;
- misurare le performance in termini non solo quantitativi (quanti ammalati sono guariti, quanti hanno vissuto più di quello che si poteva aspettare, quanti hanno migliorato la qualità della loro vita, risparmio sui costi, ecc.) ma anche qualitativi [notorietà, reputazione, soddisfazione esterna (Clienti, Fornitori, Azionisti) e interna (Collaboratori), ecc.];
- coinvolgere gli Operatori sanitari (Medici, Infermieri, ecc.) nei progetti (pianificazione top-down/bottom-up; misure e controllo di gestione) e responsabilizzarli circa i risultati mediante una politica retributiva adatta (parte variabile legata ai risultati).

## SSN come eco-sistema impresa estesa

Analizziamo ora l’ecosistema SSN in ottica “impresa estesa e collaborativa” (Fig. 2). Il ruolo dei vari Partner (o Stakeholder primari) è diverso.

A monte dello Stakeholder “Cliente utente” vi è il “**Canale di offerta Salute**”, costituito da vari operatori sanitari:

- Medico di base  
Il medico di base, conosciuto anche come medico di famiglia o della mutua, è l'operatore sanitario di primo livello. Garantisce una prima forma di assistenza, esterna al presidio ospedaliero (operatore sanitario di secondo livello). Nell’ambito del SSN, dovrebbe essere

---

<sup>8</sup> CRM = Customer Relationship Management

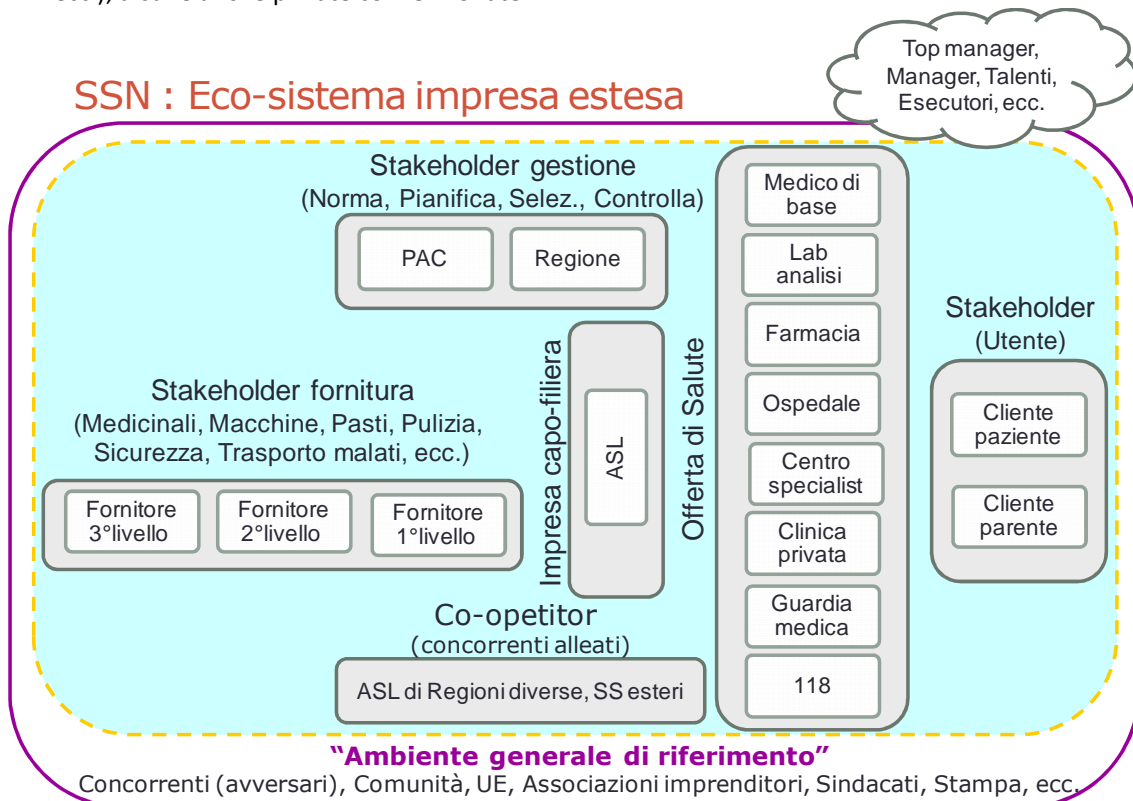
In generale, i progetti di CRM sono motivati da un ampio ventaglio di obiettivi aziendali (ridurre i costi delle attività di servizio, vendita o marketing; acquisizione di nuovi clienti, up-selling, cross-selling, incremento dei ricavi; ritenzione, fidelizzazione e miglioramento della soddisfazione dei clienti; ecc.). La maggior parte dei progetti di CRM prevede una combinazione di queste finalità.

<sup>9</sup> CEM = Customer Experience Management

Gli obiettivi delle iniziative di CEM rappresentano un sottoinsieme degli obiettivi potenziali del CRM: sono più ristretti e specifici (miglioramento della soddisfazione dei clienti, fidelizzazione, ritenzione dei clienti, promozione di comportamenti di sostegno attivo). Sono esclusi gli obiettivi di riduzione dei costi o di aumento dei ricavi a breve termine.

l'operatore che ha la maggiore conoscenza del malato e attuare un'azione informativa/educativa rivolta alla salute dell'assistito.

- Aziende ospedaliere  
sono Ospedali di rilievo regionale o interregionale costituiti in Aziende, in considerazione delle loro particolari caratteristiche. Sono presenti sul territorio nazionale ed hanno il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, nel rispetto delle modalità e nei regimi appropriati, attraverso l'uso efficace delle risorse a disposizione.
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)  
sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il Ministero della Salute ha la vigilanza sugli IRCCS per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato. Ciò anche perché sono di supporto tecnico ed operativo agli altri organi del SSN per l'esercizio delle funzioni assistenziali al fine del perseguimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di ricerca sanitaria e per la formazione del personale.
- Altri Stakeholder primari del SSN in ambito Offerta Salute sono varie organizzazioni (Laboratori analisi, Cliniche private, Centri specialistici, Centri Assistenza Limitata, Guardia medica, Farmacia, ecc.), alcune anche private convenzionate.



(Fig. 2)

In ambito **Fornitura**, Stakeholder primari del SSN sono i Partner fornitori di Medicinali, Macchine, Pasti, Pulizia, Sicurezza, Trasporto malati, ecc.

L' **Impresa capofiliera** è l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) che è un ente dotato di

- personalità giuridica pubblica,
- autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Provvede ad organizzare l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ad erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate. In pratica, nel suo complesso, dovrebbe giocare il ruolo di

"play maker" (Management Company), cioè centro di aggregazione e coordinamento della catena del Valore a rete.

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-utenti "potenziali" (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 cooperativa<sup>10</sup> che fornisce ai Soci un servizio in ambito Sanitario.

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)].

- Pubblica Amministrazione Centrale (PAC)  
è lo **Stakeholder normante** ed ha la responsabilità di assicurare a tutti i Cittadini il diritto alla salute mediante un sistema di garanzie con "Livelli minimi di assistenza". In pratica è l'equivalente di una holding di primo livello.
- Regione  
è lo **Stakeholder committente** ed ha
  - a) responsabilità diretta per il raggiungimento degli obiettivi di salute;
  - b) competenza esclusiva nell'organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle ASL e delle aziende ospedaliere, anche in merito al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato. In pratica è l'equivalente<sup>11</sup> di secondo livello, responsabile delle attività in un'ampia area geografica specifica (regione).

La Regione, tramite le ASL, delega a proprie controllate, o in outsourcing ad organizzazioni private, la fornitura al Cliente-utente di servizi relativi alla Salute. A seconda dei casi,

- a) integra il prezzo delle prestazioni eccedenti il ticket
- b) lo rimborsa in toto, se il Cliente-utente ha esenzioni
  - per patologie croniche e/o invalidità, o
  - per età (più di 65 anni) e reddito.

Nel seguito di questo paper sia lo Stakeholder normante (PAC) sia lo Stakeholder committente (Regione) saranno indicati anche con il termine "**Stakeholder di Gestione**".

I **Co-opetitor**<sup>12</sup>, nel ns caso, possono essere

- Altre ASL  
sia della stessa Regione sia di altre Regioni
- Sistemi Sanitari  
di altri Paesi in Europa o nel Mondo

---

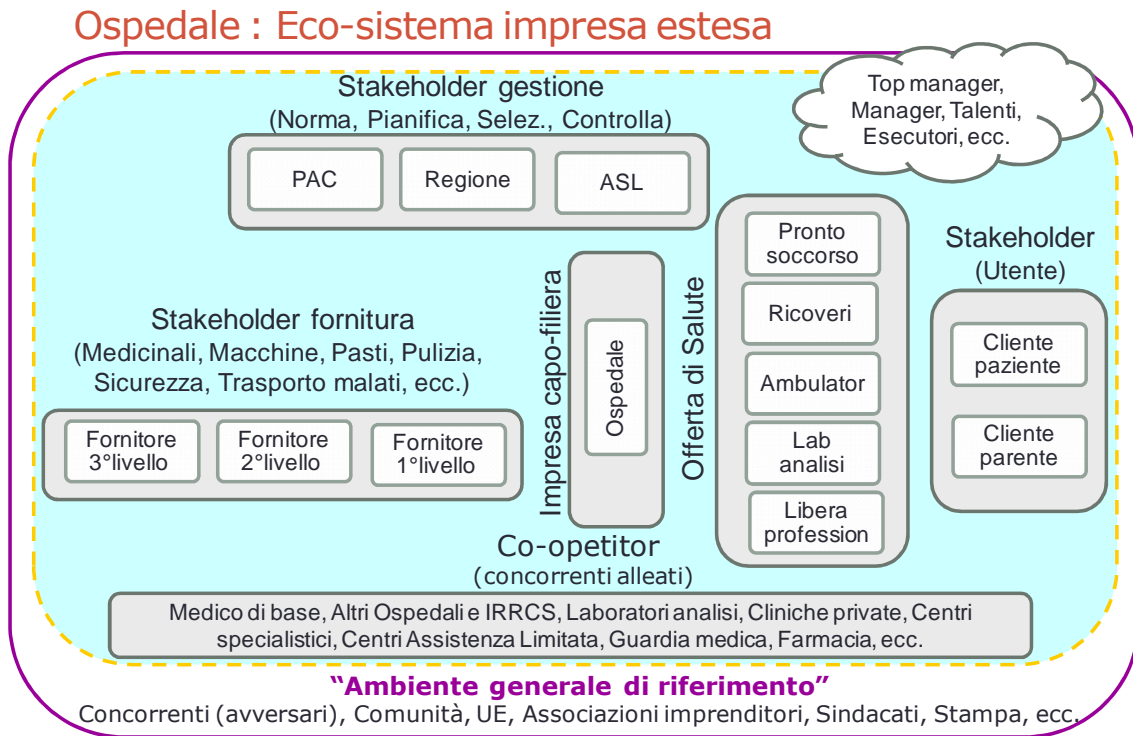
<sup>10</sup> La cooperativa è un'impresa nella quale il fine e il fondamento dell'agire economico è il soddisfacimento dei bisogni della persona (cioè del socio).

<sup>11</sup> Si definisce "holding" un'organizzazione finanziaria/gestionale che ha quote di partecipazione in altre organizzazioni in misura tale da poterne controllare la gestione. E' anche conosciuta come società madre.

<sup>12</sup> Co-opetitor sono quei Concorrenti, che in alcuni casi ritengono conveniente collaborare tra di loro alla creazione di Valore per condividere costi, rischi, competenze, ecc.

## Ospedale come eco-sistema impresa estesa

Analizziamo ora l’Ospedale in ottica “impresa estesa e collaborativa” (Fig. 3) e vediamo il ruolo dei vari Partner.



(Fig. 3)

A monte dello Stakeholder “Cliente utente” vi è il “**Canale di offerta Salute**”, costituito dai vari reparti dell’Ospedale (attività primarie ed attività di supporto):

- Pronto soccorso  
Il Pronto Soccorso è un'istituzione pubblica alla quale ogni cittadino si può rivolgere, direttamente o tramite il 118, per problemi urgenti di salute. Nessun ricovero giudicato urgente viene rifiutato. Qualora esigenze assistenziali lo facciano preferire o lo impongano, si provvede ad inviare il paziente in altro ospedale.
- Reparti ricovero  
Il ricovero in ospedale avviene secondo le seguenti modalità:
  - Ricovero d’urgenza: accesso diretto al Pronto Soccorso o su proposta del medico curante;
  - Ricovero ordinario: accesso su proposta del medico curante o del medico specialista ospedaliero;
  - Ricovero in day hospital: ricovero, o cicli di ricovero, di una sola giornata programmato con il medico specialista del reparto.
- Ambulatori e laboratori analisi  
eseguono visite specialistiche ed esami clinici.
- Libera professione  
attività libero professionale a pagamento svolta da alcuni medici dell’ospedale all’interno delle strutture ospedaliere.

In ambito **Fornitura**, Stakeholder primari del SSN sono i Partner fornitori di Medicinali, Macchine, Pasti, Pulizia, Sicurezza, Trasporto malati, ecc.

L' **Impresa capofiliera** è l'Ospedale.

Il ruolo di **Stakeholder di Gestione** è ricoperto da

- ASL
- Regione
- PAC

I **Co-opetitor**, nel ns caso, possono essere

- Medico di base
- Altri Ospedali e IRRCS
- varie organizzazioni, sia private convenzionate (Laboratori analisi, Cliniche private, Centri specialistici, Centri Assistenza Limitata, Farmacia, ecc.) sia pubbliche (Guardia medica, ecc.)

## Conclusione

In conclusione, anche nel SSN il modello di business "impresa estesa e collaborativa" può assicurare ricadute positive lungo tutta la Catena del Valore

- nel livello di servizio,
- nella riduzione delle scorte,
- nell'ottimizzazione della capacità operativa.

Ma richiede

- la trasformazione del SSN in un vero Mercato libero e trasparente
- la condivisione "convinta" degli obiettivi e delle informazioni
- l'integrazione dei processi (estesi all'esterno)

Pertanto, funziona solo se tutti gli attori [cioè i Partner (Stakeholder primari): Clienti, Canale offerta Salute, Collaboratori, Fornitori, ecc.] hanno un reale interesse a collaborare e, quindi, se le partnership sono realmente vantaggiose per tutti (condivisione equa del Valore).

A tal proposito va precisato che poichè sia i Collaboratori del SSN (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) sia i Clienti-utenti sono Azionisti del SSN, cioè Soci della stessa cooperativa, è assurdo il contrasto/dualismo che spesso si crea tra loro. *Alcuni esempi: in fase di prenotazione visita ambulatoriale successiva alla prima, ad un Cliente-utente che chiedeva di essere assegnato allo stesso medico della prima visita veniva risposto "lei è in regime di SSN e, quindi, non può scegliere il medico"; in caso di ricovero in astanteria del pronto soccorso, un Cliente-utente che chiedeva informazioni si sente rispondere "qui non siamo su un aereo, non ci sono steward che forniscono informazioni"; ecc. Altri esempi nei prossimi capitoli.*

## 2. Valore per il Cliente

### Importanza del Cliente in un mercato libero

Nel Sistema Sanitario il “Cliente utente” è sia il paziente (Cliente diretto) sia i parenti del paziente (Cliente indiretto). Si tratta dello Stakeholder primario più importante in quanto senza di lui tutto il SSN non avrebbe motivo di esistere.

Quindi anche nel Mercato Sanitario, l'asset più importante per un'impresa (ASL, Ospedale, Professionista, Laboratori analisi, Cliniche private, Centri specialistici, Centri Assistenza Limitata, Guardia medica, Farmacia, ecc.) è il Cliente. Infatti, in un “mercato libero”, il futuro dell'impresa dipende dal livello di soddisfazione e fidelizzazione dei Clienti, perchè

1. la fedeltà del Cliente produce vantaggi per l'impresa che possono essere sintetizzati in maggior frequenza di utilizzo dello stesso prodotto/servizio (up-selling) utile per la sua Salute, acquisto di più prodotti/servizi presso lo stesso fornitore (cross-selling), barriera ai concorrenti, "Passaparola positivo" verso nuovi Clienti, premium price (se in regime non convenzionato);
2. Il cliente insoddisfatto prima o poi smette di acquistare i prodotti dell'impresa e si rivolge ad un altro fornitore di Salute.

Clienti fedeli e soddisfatti attivano un circolo virtuoso che incrementa la fedeltà stessa e migliora progressivamente margini e valore per l'impresa. Ricavi ed utili maggiori consentono all'impresa di garantire ai collaboratori retribuzioni e benefits mediamente superiori rispetto ai Concorrenti oltre a garantire percorsi di sviluppo delle loro competenze. Tutto ciò, insieme all'immagine di impresa vincente, consente di attrarre e trattenere collaboratori più “talentuosi” rispetto ai Concorrenti.

Ricavi ed utili maggiori permettono ancora due azioni:

- maggiori investimenti per migliorare l'offerta<sup>13</sup> Salute
- maggiori investimenti nel trattamento e distribuzione delle informazioni.

Il risultato finale è un'offerta meglio differenziata rispetto ai concorrenti, cioè in grado di erogare maggiori benefici e quindi generare maggiore soddisfazione.

In un libero mercato, la perdita di clienti genera un rischio non solo per la redditività a breve, ma nel lungo periodo anche per la stessa sopravvivenza dell'impresa. Infatti, individuare ed acquisire un nuovo Cliente costa in media da 5 a 10 volte di più che mantenere un cliente fidelizzato, mentre riconquistare un Cliente perso può costare da 50 a 100 volte.

Da quanto premesso è evidente che l'impresa, per competere con successo in un Mercato libero, deve avere un approccio pro-attivo al Mercato e saper coniugare le esigenze aziendali (valore economico di esercizio) con l'orientamento alla creazione di “**valore per il Cliente**”.

Purtroppo, il SSN non è un “vero” Mercato libero e ciò influenza negativamente la qualità della relazione Cliente-Fornitore di Salute ed il livello di orientamento alla creazione di “valore per il Cliente”.

Approfondiamo ora il concetto di Valore.

---

<sup>13</sup> L'offerta di un'impresa è caratterizzata da: funzionalità d'uso, prezzi, luoghi (es. mercati geografici, punti di vendita ed assistenza, ecc.), servizi e immagini. ecc. Deve essere flessibile ed adattarsi dinamicamente alle aspettative dei diversi segmenti di mercato ai quali si rivolge.

## Definizione di Valore

Per definire cosa è il “Valore per il Cliente” è necessario introdurre prima alcune definizioni.

I “**benefici**” sono l’insieme dei vantaggi, tangibili e intangibili, espliciti e impliciti che da una relazione ci si aspetta in fase di acquisto/accettazione, e si apprezza in fase d’uso. Nel ns caso i benefici sono connessi con il preservare e/o ristabilire la Salute (“problema primario”).

I benefici sono soggettivi e percettivi:

- ciò che vale per un Cliente può essere di nessuna importanza per un altro,
- non conta ciò che il Cliente riceve effettivamente, ma ciò che percepisce di ricevere.

Benefici “di base” sono l’insieme dei benefici che il cliente dà per scontati e che rappresentano la natura stessa del bene o del servizio (“Funzione”). Es.: trasporto in un volo, comunicazione in un servizio telefonico, conservazione e/o ripristino livello Salute nel SSN, ecc.

Benefici “aggiuntivi” sono quelli che differenziano l’offerta di un fornitore da quella di un altro. Alla base di questi benefici vi sono anche i servizi erogati nella fase di acquisizione (ricerca, selezione, acquisto/accettazione), nella fase di uso del prodotto e/o fruizione del servizio (prevenzione e/o cura), nella fase di dimissioni e post-dimissioni. *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.*

Connessi con i benefici vi sono sempre un gran numero di “**problemi indotti**”, cioè disagi da affrontare e superare (pensiamo ad esempio: ai disagi del viaggiare in treno o in aereo partendo dall’Italia; alle istruzioni poco comprensibili; ai lunghi tempi di attesa tra la prenotazione e la fruizione del servizio nel SSN; alla mancanza di tatto da parte del personale; ecc.). Alcune imprese rendono il processo di acquisto un percorso ad ostacoli che solo i Clienti più pazienti riescono a completarlo, altre si preoccupano poco o niente del Cliente dopo l’acquisto (after-sales service).

Definiamo ora il concetto di Valore. **Valore per il Cliente** è la differenza tra i "benefici" (tangibili e/o intangibili) soddisfatti dalla relazione (fasi di selezione, acquisto/accettazione, uso dei servizi e dimissione) ed i “problemi indotti” dalla relazione che il Cliente deve affrontare:

$$\text{Valore} = \text{Benefici} - \text{Problemi}_{\text{indotti}}$$

Le componenti positive del valore (benefici) sono drasticamente ridotte dai “problemi indotti” (fastidi, tempi di attesa, istruzioni poco chiare, scortesia del personale, ecc.) che le organizzazioni impongono ai loro Clienti.

Il **Valore relativo** è il rapporto tra “valore” ed “esborsi monetari” che il Cliente effettua nelle fasi di selezione, acquisto/accettazione, uso/fruizione (prevenzione e/o cura) e dimissione:

$$\text{Valore}_{\text{relativo}} = \text{Valore} / \text{Esborsi}$$

Nel SSN gli esborsi sono minimi se il Cliente-utente risiede nelle vicinanze del Fornitore di Salute, ma possono diventare rilevanti se si deve spostare da un’altra regione.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Pensiamo ai costi ed alle difficoltà per effettuare la prenotazione, per il trasporto del Cliente-utente diretto (malato) e del Cliente-utente indiretto (parente o accompagnatore), per il soggiorno in prossimità del fornitore di Salute (ambulatorio, ospedale, ecc.), ecc.

## Soddisfazione e fidelizzazione in relazione al Valore

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.

La soddisfazione del Cliente è la base di ogni strategia competitiva e le modalità con cui viene perseguita (gestione problemi indotti, benefici aggiuntivi, esborsi monetari) varia in funzione delle fasi del ciclo di vita sia della relazione con il Cliente sia del prodotto/servizio. Se non si comprende il meccanismo della soddisfazione non si può capire quello della fedeltà.

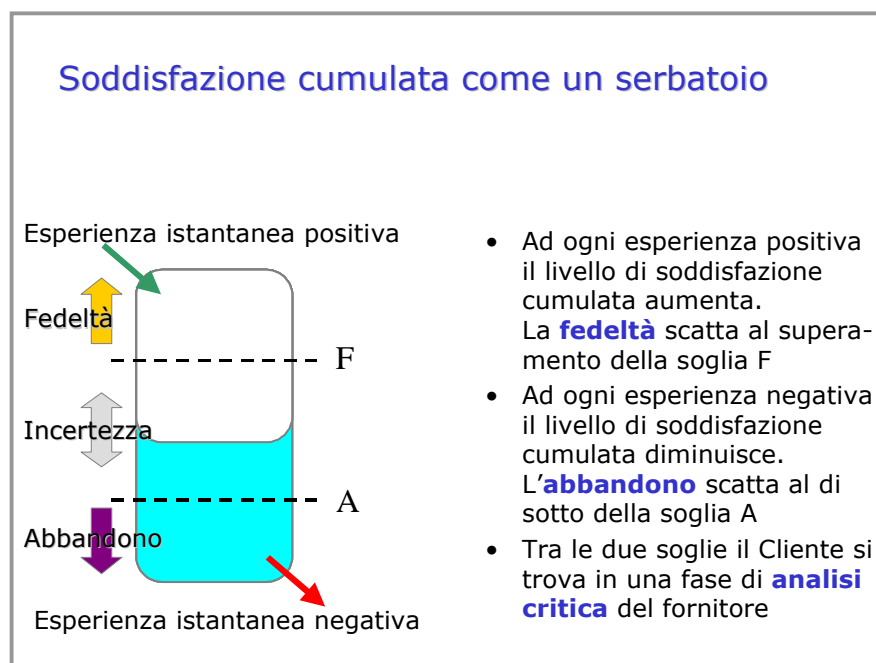
La **relazione Cliente-Fornitore** consiste in due processi che possono essere ripetuti più volte: processo d’acquisto/accettazione e ciclo d’uso (prevenzione e/o cura). Ad ogni riacquisto i due processi si ripetono con modalità simili anche se differenti poichè il cliente acquisisce sempre maggiore capacità di giudizio e critica. Ad ogni esperienza è possibile associare una percezione di valore che, confrontata agli esborsi monetari, fornisce un certo livello di **soddisfazione istantanea**.

Proviamo a vedere i processi d’acquisto/accettazione e d’uso (prevenzione e/o cura) non come due momenti separati, ma come due sottoinsiemi della stessa esperienza (relazione Cliente-Fornitore).

La sommatoria dei livelli di soddisfazione istantanea dà luogo al livello di **soddisfazione cumulata**.

Ad ogni esperienza istantanea positiva il livello di soddisfazione cumulata aumenta.

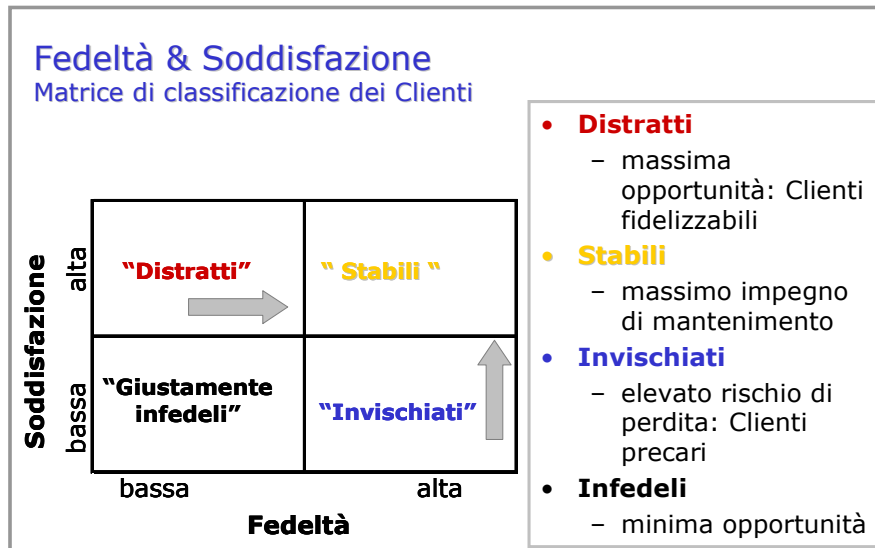
La soddisfazione cumulata è come un capitale intangibile (immagine di affidabilità, qualità, altre caratteristiche positive associate al brand) depositato presso il Cliente.



(Fig. 4)

L’azienda vincente è quella che riesce a realizzare con ciascun Cliente il maggior numero di “esperienze istantanee” positive al fine di ottenere un livello di “soddisfazione cumulata” elevato e stabile nel tempo. Infatti, la **fedeltà** scatta solo dopo che il Cliente ha accumulato un numero consistente di esperienze istantanee positive. Allo stesso modo, l’**abbandono** scatta solo dopo che il Cliente ha subito un numero consistente di esperienze istantanee negative.

In pratica, in situazioni di libero mercato (normale concorrenza) un Cliente è fedele se è “molto” soddisfatto (livello elevato di soddisfazione cumulata), ma non sempre un cliente soddisfatto è fedele (livello insufficiente di soddisfazione cumulata). La matrice in figura 5 esemplifica il rapporto soddisfazione/fedeltà.



(Fig. 5)

*Nel SSN attuale, mercato super-regolato e dominato dall'Offerta Salute, la maggior parte dei Clienti sono classificabili come "invischiati": anche se sono insoddisfatti, non sempre possono cambiare il fornitore di Salute e/o riescono a trovarne uno migliore. Questa situazione determina nel Cliente uno "stato psicologico di sudditanza" nei confronti del fornitore di Salute. Questo stato psicologico spinge il Cliente ad accettare acriticamente quasi tutto ed a fornire "risposte diplomatiche" quando compila i questionari di Customer-satisfaction dalla cui analisi poi risulta un "livello di soddisfazione dichiarato" diverso dal "livello di soddisfazione reale".*

La distinzione tra soddisfazione in fase d'acquisto (o accettazione nel SSN) ed in fase d'uso (o fruizione) è molto importante ai fini dello studio dei meccanismi di fedeltà. Infatti, in fase d'acquisto, la percezione dei benefici, dei problemi e dei costi è differente dalle percezioni che si hanno in fase d'uso.

- **Soddisfazione attesa** : In fase d'acquisto i clienti tendono a sopravvalutare i benefici funzionali ed i problemi connessi con le prime fasi del processo d'acquisto (individuazione, selezione, acquisto/accettazione, possesso/fruizione). Per quanto riguarda gli esborsi monetari vengono sopravvalutati i costi fissi d'uso, mentre sono sottovalutati i costi d'uso variabili. Si tratta di soddisfazione attesa e raggiunge il massimo nel momento dell'acquisto/accettazione vero e proprio.
- **Soddisfazione percepita** : In fase d'uso (familiarizzazione, uso ripetuto) emergono i problemi connessi con la gestione e l'uso normale del prodotto (bene tangibile o intangibile, e servizi connessi). Molto spesso le particolarità (funzionalità, accessori, ecc.) che hanno fatto propendere per l'acquisto di un prodotto specifico si rivelano una delle fonti primarie di problemi in fase d'uso.

In definitiva, nella fase d'uso

- acquistano peso i benefici più concreti che soddisfano realmente le esigenze (needs) del cliente

- diventano evidenti i problemi funzionali, dovuti ad un'inadeguata ingegnerizzazione del prodotto (bene e/o servizio)
- emergono chiaramente i problemi connessi con l'assistenza e con il customer service
- vengono percepite le componenti variabili dei costi d'uso (con l'esperienza, l'uso del prodotto tende ad allinearsi al suo livello di maggior efficienza)

Nel primo ciclo d'uso (nuovo prodotto o nuovo fornitore) la soddisfazione istantanea tende sempre ad essere inferiore a quella attesa. Infatti, il Cliente, appena acquisito, possiede sempre aspettative elevate ed è inevitabile che analizzi criticamente le prime performance del nuovo prodotto e/o del nuovo fornitore. Pertanto, è molto importante che il fornitore presti molta attenzione a queste prime esperienze in una fase in cui il Cliente potrebbe decidere di tornare al vecchio prodotto e/o al vecchio fornitore.

Le **barriere al cambiamento** comprendono tutti gli esborsi monetari ed i problemi che il Cliente deve affrontare per cambiare prodotto e/o fornitore. Si tratta in massima parte di costi di apprendimento (familiarizzazione). Infatti, il cambio comporta:

- 1) la perdita di una serie di cognizioni, relative al prodotto e alla relazione (processi del Fornitore, relazioni interpersonali, ecc.), che si erano consolidate nel tempo (anche se in una situazione di scarsa soddisfazione),
- 2) la necessità di apprendere alcune nuove cognizioni, relative al nuovo prodotto e alla nuova relazione (processi del nuovo Fornitore, nuove relazioni interpersonali, ecc.), nuovi modi di lavorare, ecc.

Tali costi sono molto importanti e una eventuale loro errata valutazione può influenzare negativamente il successo di un nuovo prodotto e/o di un nuovo fornitore che tende a sostituire il prodotto attualmente in uso e/o il fornitore attuale. Al contrario, molti successi si sono verificati proprio per aver saputo individuare e ridurre i costi di passaggio.

### **Caso pratico di abbandono nuovo fornitore**

*Esaminiamo il caso di un Cliente-utente (paziente AM) di 84 anni con varie patologie:*

- *ipoplasia midollare condizionante leucopenia ed anemia macrocitica*
- *insufficienza renale cronica (IRC) di grado elevato in ipertensione arteriosa e IVU recidivanti*
- *ipotiroidismo su base autoimmune*
- *diverticolosi del sigma, insufficienza aortica, colelitiasi, intolleranza al lattosio*

*Fino a fine Aprile 2009 viene seguita da vari ambulatori di un noto ed importante ospedale del Nord-Italia (XL) con scambio di informazioni sull'evoluzione delle rispettive patologie.*

*In Marzo 2009 le viene confezionata la fistola arterovenosa in IRC stadio V.*

*A Maggio 2009, a causa dei regolamenti della Regione circa le competenze territoriali dei centri dialisi, per iniziare la dialisi è stato costretto a spostarsi in un altro ospedale (FX).<sup>15</sup>*

*Dopo solo 5 dialisi, a causa dei "problemi indotti" riscontrati, il ns Cliente-utente ha deciso di abbandonare l'ospedale FX.<sup>16</sup> I "problemi indotti" erano causati dall'assenza di competenze relazionali (capacità, voglia, tatto, ecc.) da parte dei medici del reparto dialisi dell'ospedale FX.*

*In pratica, il ns paziente AM sveniva al termine di ogni dialisi e nessuno (nè medico nè infermiere) forniva spiegazioni circa l'accaduto. Cosa ancora più grave il medico responsabile si mostrava*

---

<sup>15</sup> Si noti che i due centri ospedalieri e la residenza del paziente AM sono nel perimetro del centro storico della città. La distanza dalla residenza del paziente è: circa 3 Km per XL, circa 2 Km per FX.

<sup>16</sup> Per aggirare i regolamenti della Regione che impediscono ai dializzati di scegliere ospedali pubblici di loro gradimento, il ns Cliente-utente è dovuto migrare in un "CAL dialisi" privato (Centro Assistenza Limitata) molto più distante dalla propria residenza (circa 10 Km).

infastidito dal fatto che un parente (non stupido nè ignorante)<sup>17</sup> gli chiedesse cortesemente spiegazione dell'accaduto.

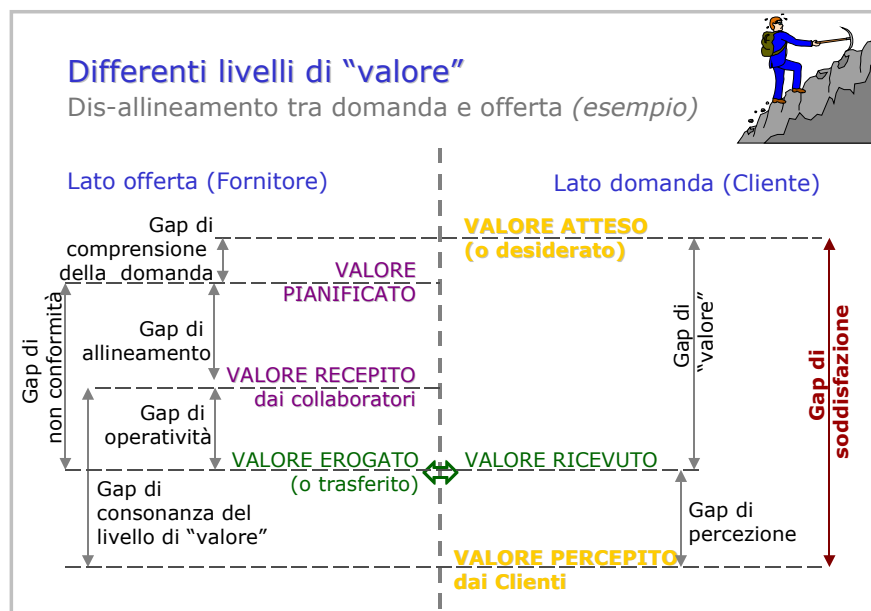
Inoltre, era infastidito anche dal fatto che il paziente AM continuasse a frequentare il reparto Ematologia dell'ospedale XL e sembrava sottovalutare le informazioni ed i suggerimenti degli ematologi. Apertamente chiedeva al paziente AM di abbandonare gli ambulatori (ematologia, endocrinologia) dell'ospedale XL, non per passare ai corrispondenti ambulatori dell'ospedale FX ma solo per affidarsi totalmente alle sue competenze (nefrologia) anche per le altre patologie.

L'errore commesso in questo caso dal nuovo fornitore può sintetizzarsi nel fatto che il medico riteneva di essere in una condizione di monopolio totale, di poter considerare il paziente un semplice "oggetto" e non un Cliente, e, quindi, di poter trascurare la gestione della soddisfazione del Cliente.

Nel ns caso la **soddisfazione cumulata**, percepita dai Clienti-utenti [diretto (paziente) e indiretto (parente)] in fase d'uso, era giunta al di sotto della soglia minima di abbandono dopo solo 5 dialisi.

## Differenti livelli di Valore e possibili dis-allineamenti

Il concetto di "valore" può essere interpretato in modo diverso da individuo a individuo, non solo tra domanda ed offerta di Salute ma anche all'interno dell'ecosistema impresa estesa (ASL, Ospedale), come di qui di seguito specificato.



Il **Valore atteso** dal Cliente, in fase di valutazione dell'offerta, è la differenza fra i "benefici" che spera di ricevere dall'uso del prodotto (bene tangibile o intangibile, e servizi connessi) ed i "problemi indotti" che pensa di dover affrontare nelle fasi di acquisto/accettazione, uso (prevenzione e/o cura) e dismissione.

Il **Valore pianificato** dal Top-management del fornitore (di Salute) è, in fase di pianificazione strategica, la differenza tra i benefici ed i problemi previsti dalla "value proposition"<sup>18</sup> del piano

<sup>17</sup> Il figlio del Cliente-utente diretto (paziente) è laureato con il massimo dei voti e la lode

<sup>18</sup> La "value proposition" è l'insieme delle caratteristiche che compongono l'offerta di un'impresa: funzionalità d'uso, prezzi, luoghi (es. mercati geografici, punti di vendita ed assistenza, ecc.), servizi e immagini. ecc. Deve essere flessibile ed adattarsi dinamicamente alle aspettative dei diversi segmenti di mercato ai quali si rivolge.

strategico. Poichè non è semplice identificare il valore atteso dal Cliente, il valore pianificato può essere superiore o inferiore di quello atteso.

Il **Valore recepito** dai collaboratori dell'impresa fornitrice (di Salute) nasce dalla difficoltà di condividere, all'interno dell'impresa, una visione unitaria degli obiettivi da raggiungere.

Il **Valore progettato** dal fornitore è, in fase di definizione "operativa" dell'offerta (di Salute), la differenza fra i "benefici" che dovrebbero essere soddisfatti dal prodotto ed i "problemi indotti" che dovrebbero essere affrontati dal cliente per acquistarlo (essere preso in cura), utilizzarlo (essere curato) e, alla fine, dimmetterlo (ritornare alla normalità).

Il **Valore trasferito** (o erogato) dal fornitore (di Salute) è la differenza fra i "benefici" realmente soddisfatti dal prodotto ed i "problemi indotti" che il cliente deve realmente affrontare per acquistarlo (essere preso in cura) ed utilizzarlo (essere curato).

Il **Valore ricevuto** dal Cliente finale non sempre coincide con quello trasferito, soprattutto in presenza di un canale distributivo lungo (canale offerta di Salute). La differenza può essere dovuta a inefficienza del canale.

Il **Valore utilizzato** dal Cliente è la differenza fra i "benefici" realmente utilizzati dal Cliente in fase d'uso del prodotto (prevenzione e/o cura) ed i "problemi indotti" che il cliente deve realmente affrontare per acquistarlo (essere preso in cura) ed utilizzarlo (essere curato).

Il **Valore percepito** dal Cliente, nella fase di acquisto/accettazione ed uso (prevenzione e/o cura), è la differenza fra i "benefici" che ritiene di ricevere dalla relazione ed i "problemi indotti" che ritiene di affrontare nel corso della relazione. Il Valore percepito dal Cliente è alla base della soddisfazione e della fidelizzazione del Cliente.

*Riprendiamo in considerazione il **Caso pratico di abbandono nuovo fornitore** del paragrafo precedente e analizziamolo dal punto di vista del Valore percepito dai Clienti-utenti [diretto (paziente) e indiretto (parente)] e del Valore recepito dal medico (collaboratore del Fornitore di Salute). Risulta evidente una differenza tra questi due valori (Gap di consonanza del livello di valore). Anche a causa della carenza di competenze relazionali, il medico non si rendeva conto che il **Valore percepito** era nullo: i Benefici percepiti erano molto bassi [il Cliente-utente diretto (paziente) sveniva ad ogni dialisi] mentre i Problemi indotti percepiti erano notevoli [carenza di informazioni chiare ed esaustive; peggioramento dell'umore del Cliente-utente diretto (paziente) che riteneva di essere prossimo alla fine della vita ("il Signore mi sta chiamando !"), stato di ansia e preoccupazione da parte del parente, ecc.].*

*Al contrario, il **Valore recepito** dal medico era elevato: il suo reparto erogava dialisi secondo i protocolli. Se il paziente ("oggetto" della dialisi) sveniva era un problema secondario.*

Occorre fare molta attenzione per evitare i seguenti possibili dis-allineamenti che possono avere conseguenze molto dannose per l'impresa:

1. **Gap di comprensione della domanda:** nasce dall'incapacità di interpretare correttamente i bisogni della domanda; la conseguenza è l'incapacità di formulare un concetto di prodotto o di servizio idoneo a garantirne il soddisfacimento.
2. **Gap di allineamento:** è espresso dalla divergenza tra il valore pianificato dal vertice aziendale e quello recepito dal personale. Si manifesta quando il management si limita a ricercare l'integrazione e la coerenza organizzativa solo a livello strategico e non anche a livello operativo (mansioni quotidiane e relazioni individuali), non riuscendo quindi a far condividere nell'impresa

una visione unitaria degli obiettivi da raggiungere. Alla base vi è una carenza di coinvolgimento dei collaboratori dovuta a comunicazione interna insufficiente, piani retributivi e di incentivazione non allineati agli obiettivi, ecc.

3. **Gap di operatività:** deriva dall'incapacità di progettare e realizzare un'offerta perfettamente rispondente a quella recepita dai collaboratori. La sua origine può essere ricondotta a carenza di: competenze necessarie ai vari livelli, qualità dei processi, ecc.
4. **Gap di non conformità (realizzazione):** deriva dall'incapacità dell'impresa di realizzare un'offerta perfettamente rispondente al valore pianificato.
5. **Gap di valore:** alla sua origine vi è la non corrispondenza tra il valore atteso (desiderato) dal Cliente e il valore ricevuto.
6. **Gap di percezione:** è riferibile ad una divergenza tra il valore (soggettivo) percepito dal Cliente e il valore (oggettivo) ricevuto.
7. **Gap di soddisfazione:** si manifesta quando il valore percepito dal Cliente è inferiore a quello atteso (desiderato). Il Cliente nella fase d'uso del prodotto (prevenzione e/o cura) verifica il grado di soddisfazione derivante e la corrispondenza della percezione rispetto alle attese; da tale valutazione scaturisce il valore percepito relativo all'alternativa selezionata.
8. **Gap di consonanza del livello di valore:** è riconducibile ad una divergenza tra gli standard di valore recepiti e dichiarati dai collaboratori dell'impresa e le percezioni maturate dal cliente sul "valore" dell'offerta dell'impresa. Se questo gap dura nel tempo, può allontanare sempre più l'impresa dal mercato e compromettere le sue possibilità di competere.

In pratica, per avere successo è necessario ridurre al minimo sia il "gap di soddisfazione" sia il "gap di consonanza". Per fare ciò bisogna individuare bene :

Lato domanda (Cliente)	Lato offerta (ecosistema impresa)
a) cosa rappresenta "valore" per il Cliente, b) quale valore è percepito dal Cliente.	c) quale valore è recepito dai collaboratori e dai fornitori dell'impresa capofiliera d) quale valore è trasferito (dall'impresa) al canale di "offerta di Salute" e) quale valore è ricevuto dal Cliente (trasferito dal canale di "offerta di Salute" al Cliente)

La strategia CVC coinvolge non solo tutte le funzioni interne di un'impresa ma anche i suoi Partner, quali fornitori e canali di offerta Salute. Per realizzare tale integrazione e facilitare la condivisione della conoscenza, è necessario creare spirito di gruppo e permettere in ogni momento un facile accesso alle informazioni disponibili.

## Creazione di Valore per il Cliente

### Impresa "Customer-Value-Centric"

L'impresa orientata alla "creazione di valore per il Cliente" è quella in grado di risolvere i "problemi primari" (Salute) di ciascun cliente o cluster<sup>19</sup> di Clienti, riducendo al minimo i "problemi indotti" dalla relazione Cliente-Fornitore. In pratica, il fornitore non vende più un prodotto/servizio (bene materiale o immateriale) ma una "soluzione".

<sup>19</sup> il termine "cluster" indica generalmente un gruppo di unità simili o vicine tra loro, dal punto di vista della posizione o della caratterizzazione. In statistica il cluster è un gruppo di elementi omogenei in un insieme di dati. Nel caso del Marketing, indica un gruppo di Clienti aventi caratteristiche simili (bisogni, desideri, capacità di spesa, ecc.). Nel caso del SSN potrebbe indicare un gruppo di Clienti-utenti aventi la stessa patologia, o la stessa tipologia di polizza assicurazione malattie, o ecc.

L'offerta è un pacchetto di "benefici" che costituiscono la "soluzione" ai "problemi" dei Clienti, sia "problemi primari" (preservazione e/o ristabilimento Salute) sia "problemi indotti" (disagi da affrontare e superare). Infatti, il Cliente sceglie gli operatori sanitari sulla base della loro capacità di aiutarlo a risolvere i problemi che sta affrontando.<sup>20</sup>

La maggior parte delle imprese, per creare valore, tende a concentrarsi più sulle componenti positive (benefici) tentando di accrescerle, comunicarle, farle percepire e trascurano quelle negative (fastidi, tempi di attesa, guasti/inconvenienti, scarse competenze relazionali dei collaboratori, mancanza di umanità e tatto, scortesia, ecc.). Invece, i successi si ottengono non solo con l'introduzione di nuovi benefici quanto anche con la capacità di isolare e rimuovere sistematicamente i "problemi indotti" che il Cliente deve affrontare durante le fasi della relazione. Infatti, i "problemi indotti" impattano negativamente sul "valore percepito" dai Clienti in proporzione molto maggiore di quanto i "benefici percepiti" facciano in positivo.

L'impresa vincente è quella che riesce ad essere pro-attiva, cioè capace di

- individuare in anticipo ciò che crea valore per il Cliente, sia i "benefici attesi" da soddisfare sia i "problemi indotti" da eliminare, senza trascurare gli esborsi totali che deve affrontare;
- pianificare le azioni opportune in tempo e realizzarle prima dei concorrenti.

*Un esempio è l'Istituto Europeo di Oncologia (IEO), creato per realizzare un modello innovativo di sanità e di ricerca avanzata nel campo dell'oncologia internazionale : i suoi Collaboratori provengono da otto diversi paesi europei. Si tratta di un ente di diritto privato senza fini di lucro che eroga prestazioni anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Inaugurato nel Maggio 1994, è diventato un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel Gennaio 1996.*

*In linea con gli standard internazionali più avanzati, l'Istituto ha come obiettivo la completa integrazione al suo interno tra le diverse attività di lotta ai tumori: prevenzione e diagnosi, educazione sanitaria e formazione, ricerca e cura.*

*Oltre alla sede centrale, dove vengono svolte tutte le attività cliniche, oltre a ricerca e formazione, nel 2002 è stato inaugurato IEO CENTRO, centro di diagnostica oncologica integrata per la donna, dove all'interno di un'unica struttura la donna può effettuare tutti i test più avanzati che la scienza e la tecnologia mettono oggi a disposizione per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori femminili.*

*La "Centralità del Cliente" è tra i valori ed i principi alla base della "mission" dell'Istituto. Questo valore si concretizza mediante costante attenzione alla qualità del servizio erogato sia ai Clienti-utenti diretti (pazienti) sia ai Clienti-utenti indiretti (parenti). In particolare, l'Istituto ha stipulato accordi speciali per fornire ai Clienti provenienti da altre regioni sistemazioni decenti a prezzi ragionevoli. In questo modo si riducono i disagi (problemi indotti) sia a chi assiste i parenti ricoverati sia a chi si sottopone a semplici cure ambulatoriali.*

E' importante adottare politiche di "pro-active strategy", ossia un processo di gestione pro-attiva che, partendo dal mercato (situazione attuale, trend futuri, possibili reazioni alle nuove strategie), riesca a coniugare esigenze aziendali con orientamento al valore per il Cliente.

L'impresa deve saper sviluppare una simile strategia per l'intero ciclo di vita della relazione con il singolo Cliente. Purtroppo, non tutte le imprese sanno instaurare e gestire un rapporto di Partnership orientato alla creazione di valore per il Cliente. Alcune aziende rendono la relazione un percorso ad ostacoli che solo i Clienti più pazienti riescono a completare. Altre aziende si preoccupano poco o niente del Cliente dopo l'acquisizione (after-sales service).

---

<sup>20</sup> capacità cioè di fornire soluzioni ai suoi problemi

### Leve strategiche alla base del Valore

Le **leve strategiche per la creazione del valore** sono le tre componenti del “Valore relativo” (Benefici, Problemi, Esborsi monetari) che poi, in pratica, sono correlate con le quattro leve del Marketing mix (Prodotto, Promozione, Punto di contatto, Prezzo). Anche qui esistono possibili disallineamenti tra offerta e domanda.

Nel caso dei **Benefici**, l’impresa tende a focalizzarsi sul miglioramento delle funzionalità d’uso (tecniche mediche), e/o sull’aspetto fisico (locali, divise personale, ecc.). Purtroppo, non sempre riesce a prevedere le esatte aspettative del Cliente che è focalizzato sulla soluzione dei propri “problemi primari” da affrontare e/o sul proprio concetto di relazione ideale.

Per quanto riguarda i **Problemi**, il Cliente è focalizzato sui “problemi indotti”: fastidi, tempi di attesa, istruzioni poco chiare, scarse competenze relazionali dei collaboratori del fornitore di Salute (medici, infermieri, amministrativi, ecc.), mancanza di umanità e tatto, scortesia, ecc. Desidera una comunicazione bidirezionale ed interattiva: possibilità di entrare in contatto con i collaboratori del fornitore Salute (medici, infermieri, amministrativi, ecc.), anche al di fuori degli appuntamenti prefissati quando è necessario, e ricevere risposte operative chiare e comprensibili. Apprezza la comodità del punto di contatto: facilità di accesso, selezione, acquisto (essere accettato), assistenza; gentilezza e aggiornamento degli operatori; sedie comode, tempi di attesa ridotti, ecc.

Invece, l’impresa è spesso focalizzata solo su attività di supporto al prodotto/servizio e sul tentativo di far percepire i benefici trasferiti. Il flusso è quasi sempre mono-direzionale (promozione) verso il target di Clienti, raramente bi-direzionale (comunicazione).

Il Punto di contatto spesso è solo in funzione della copertura del territorio. Purtroppo, il fornitore quasi mai si mette nei panni del Cliente e riesce a recepisce i problemi “reali” che il Cliente deve affrontare per individuare, acquistare ed usare i prodotti/servizi.

Infine, nel caso degli **Esborsi monetari**, l’impresa tende a focalizzarsi sul solo prezzo di vendita che vede come suo ricavo. Invece, il Cliente è focalizzato su tutti gli esborsi monetari che deve affrontare per acquistare (essere accettato), utilizzare (fruire) nel tempo e, alla fine, dismettere.

<i>Leve del Valore</i>	<i>Leve del Mktg mix</i>	<i>Lato offerta</i>	<i>Lato domanda</i>
Benefici  Vs  Problemi indotti	Prodotto	funzionalità d’uso trasferite; attrezzature a disposizione	funzionalità d’uso necessarie; facilità/difficoltà uso/accesso; istruzioni chiare e semplici circa prescrizioni; frequenza controlli; ecc.
	Promozione/ comunicazione	Comunicazione “asimmetrica” spesso solo mono-direzionale e/o vista come fastidio	“comunicazione” simmetrica, bi-direzionale, comprensibile, rapida; ascolto del Cliente; facilità/difficoltà di contatto quando serve
	Punto di contatto (p.c.)	copertura del territorio; aspetto fisico	funzionalità del p.c. (distanza, comodità, disponibilità prodotti /servizi e informazioni, possibilità test/analisi, gentilezza e preparazione del personale, qualità servizi alberghieri, ecc.)
Esborsi monetari	Prezzo	prezzo di vendita	costi di individuazione, selezione, acquisto/accettazione, possesso, uso e dimissione

*Un esempio pratico di “Beneficio atteso” può essere il seguente:*

*Un ricoverato con diversi sintomi si aspetta di essere dimesso se non completamente guarito, almeno con passaggio al day-hospital per continuare gli accertamenti circa i sintomi non ancora risolti.*

**Esempi pratici di “Problemi indotti” riscontrati nella realtà:**

- *Un paziente in cura presso diversi ambulatori (almeno quattro) dello stesso Ospedale (XL) 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, o non usa, ricavare queste informazioni via PC e Intranet dal database ospedaliero. Lo stesso problema capita se viene portato d’urgenza al Pronto Soccorso dello stesso Ospedale. La causa dell’inconveniente è la scarsa integrazione interna. La soluzione esiste ed è l’adozione della tecnologia che consente di riconoscere, in base al codice digitato (o a nome e data di nascita), il cliente ed avere di conseguenza il suo profilo sanitario sullo schermo.*
- *Un medico che incontra per la prima volta la moglie ottantenne di un paziente (subito dopo il trasferimento al reparto di terapia intensiva), le comunica brutalmente che il marito ha solo 24 ore di vita. Cosa che non può e non deve mai dire brutalmente a un parente che incontra per la prima volta, soprattutto se molto anziano. In modo opportuno, avrebbe potuto comunicarle che il paziente era molto grave e chiedere di parlare con un figlio o un altro parente prossimo. Si noti che il paziente sopravvivrà altri sei mesi.*
- *Un infermiere non può pretendere che un ricoverato molto debilitato (difficoltà ad alzarsi e camminare) vada durante la notte al bagno da solo. Se un malato ottantaseienne, riconosciuto molto intelligente e lucido da alcuni degli stessi infermieri, definito collaborativo nella scheda di accettazione, chiama di notte per avere assistenza significa che vi è un problema. Se gli infermieri sono impegnati su altra urgenza più grave sarebbe opportuno spiegarlo in modo garbato a chi chiama ed assicurare che sarà assistito appena possibile. Si noti che il paziente morirà dopo circa 10 giorni.*
- *Un “vero” malato non può essere dimesso da un Ospedale dopo soli 7 giorni se sono ancora presenti altri sintomi (es.: liquido nei polmoni) o non sono stati effettuati tutti gli accertamenti relativi ad altri sintomi dichiarati (es.: sangue nelle feci). Soprattutto se si tratta di un paziente ultraottantenne. Il medico di base, nella situazione attuale (2005), non gli dedicherà mai sufficiente tempo ed attenzione<sup>21</sup>. In alcuni casi, si potrebbe passare il paziente dal ricovero 24h/giorno a quello di day-hospital per continuare gli accertamenti.*
- *Per quanto riguarda il caso precedente, il Cliente-utente, dopo solo due giorni dalla dimissione, si è sentito male in casa. Il medico di base, subito contattato, ha prima promesso (ore 15) di andare a visitarlo a domicilio alle ore 18 e poi alle ore 18 ha telefonato dicendo che si era ricordato di avere un appuntamento con gli imbianchini e quindi non poteva andare: consigliava di chiamare il 118 e portare il paziente al pronto soccorso. Dopo circa una settimana di “nuovo” ricovero in ospedale il paziente decedeva per un’emorragia al duodeno: esempio di mancata prevenzione.<sup>22</sup>*

---

<sup>21</sup> Il medico di base, salvo casi eccezionali, si limita a compilare i formulari per le medicine e per i test in ospedale.

<sup>22</sup> alla fine il paziente, in terapia anticoagulante, crollerà definitivamente in seguito alla causa scatenante di un sintomo (sangue nelle feci) dichiarato da mesi ma mai seriamente preso in considerazione e curato nè dal personale ospedaliero nè dal medico di base (scarsa attenzione ed ascolto del Cliente-utente). Nella “Scheda Informativa per il paziente in terapia anticoagulante (revisione 0 del 01/01/2003)”, emessa dagli Istituti Clinici di Perfezionamento, si legge tra l’altro: “In corso di terapia anticoagulante, anche se correttamente eseguita, esiste comunque un aumentato rischio di emorragie (7,2 emorragie % anni-paziente di cui 0.25 % fatali), specie in conseguenza di piccoli traumi. Sono possibili modeste perdite di sangue dal naso, dalle gengive, formazione di ematomi spontanei o conseguenti a traumi, sanguinamento protratto in caso di tagli e ferite.”

- *Non si può dimettere un paziente all'improvviso (es.: comunicare alle ore 9 del mattino che sta per essere dimesso), soprattutto se si tratta di una persona anziana (ultraottantenne) con i figli che lavorano e che quella mattina potrebbero essere fuori sede.  
La comunicazione dovrebbe essere data con almeno 24 ore di preavviso !  
Nel ns caso, la sera precedente il fatto, il Responsabile del reparto aveva assicurato uno dei figli del paziente che non sarebbe stato dimesso il giorno seguente. Purtroppo, il giorno del fatto questo Responsabile era assente per motivi professionali ed il medico di turno sembrava insensibile al fatto che un paziente ottantaquattrenne, dopo una settimana trascorsa in ospedale, non sempre è totalmente autonomo (chiavi di casa, soldi per pagare il taxi, ecc.).*
- *Nel caso di visite ambulatoriali presso un noto Ospedale, se il Cliente-utente diretto (paziente) è esente dal pagamento del ticket è necessario recarsi due volte presso gli sportelli: la prima volta per prenotare, la seconda (nel mese in cui verrà erogata la prestazione) per esaurire la procedura compilando la dichiarazione per l'esenzione. Purtroppo, il personale allo sportello non sempre (quasi mai) informa che l'esenzione può essere regolarizzata anche presso l'ambulatorio al momento della visita medica nè fornisce il modulo da consegnare già precompilata al medico.*
- *Nel caso di prestazione di pronto soccorso in codice bianco presso un noto Policlinico, lo "sportello automatico" a disposizione per il pagamento non registra gli estremi nè di chi effettua il pagamento nè della prestazione fruita. Questo determina l'inefficienza del "processo pagamento prestazione mediante sportello automatico" e comporta: a) un aggravio di lavoro "inutile" per l'amministrazione del Policlinico (recupero di un credito inesistente mediante emissione sollecito pagamento); b) una perdita di tempo per il Cliente-utente che deve ricercare la ricevuta emessa circa 8 mesi prima.*

## Strategia "Customer-Value-Centric" (CVC)

L'impresa "Customer-Value-Centric" (CVC) non vende più un prodotto (bene materiale o immateriale) ma una "soluzione", cioè la propria capacità sia di soddisfare le "esigenze" (problemi primari) di ciascun Cliente (o cluster di Clienti) sia di ridurre al minimo i "problemi indotti" e gli esborsi monetari accessori.

La tabella seguente riassume i principali cambiamenti necessari.

	<i>Orientamento al prodotto</i>	<i>Orientamento al Valore x il Cliente</i>
Mentalità aziendale	Creazione di nuovi prodotti/servizi o miglioramento di quelli esistenti	Creazione e trasferimento di valore, risolvendo i problemi del Cliente
Offerta	Offerta orizzontale std (indifferenziata) per un ampio range di Clienti	Offerta verticale orientata ad un preciso cluster di Clienti
Processo di Business	Dal prodotto/servizio al Cliente che potrebbe averne bisogno	Dal problema del Cliente alla soluzione adatta per risolverlo
Organizzazione	Tecnica medica = pivot_biz. Dipartimenti focalizzati sul prodotto. Front- e Back-office, Biz_partner come silos separati	Bisogni del Cliente = pivot_biz. Dipartimenti focalizzati su cluster di Clienti. Front- e Back-office, Biz_partner integrati.
Marketing & Vendite	Enfasi sul "ciclo di vita" prodotti/servizi: lancio, rivitalizzazione, campagne pubblicitarie, singola transazione.	Enfasi sul "ciclo di vita" della relazione col Cliente.
KPI (indicatori performance)	per famiglia di prodotto e mercato totale	per Cliente, cluster di Clienti

In pratica si passa

- da un "modello push" focalizzato solo su "Tecnica medica" e singola patologia, basato su un processo lineare con un numero limitato di step e rapporti di interdipendenza sequenziali
- a un "modello pull" in cui il mercato costituisce il punto di partenza del processo di sviluppo dell'innovazione (servizi, relazione) e il focus è non solo sulla "malattia" ma anche sul bisogno complessivo del Cliente-utente (benessere). In pratica, prestare attenzione alle diverse patologie (integrazione e collaborazione tra ambulatori) ed alla persona umana, sviluppare una relazione simmetrica "human touch"<sup>23</sup>, fornire supporto psicologico, ecc.

Pertanto, l'offerta di Salute (ambulatorio, reparto ricovero, medico di base, ecc.) non può ragionare nell'ottica "la terapia te l'ho data, ora arrangiati da solo". In particolare, i collaboratori dell'offerta Salute (Medici, Infermieri, ecc.) devono riuscire a separare la loro vita privata da quella pubblica (professionale) ed evitare che i loro problemi privati influenzino la professione o, almeno, ridurre al minimo questo impatto.

La relazione con il Cliente costituisce la parte centrale di una **strategia di Customer-Value-Centric (CVC)**. Nel caso del SSN, l'obiettivo dovrebbe essere: assicurare la Salute del Cliente e allungare il periodo durante il quale la relazione con il Cliente è soddisfacente per tutti.

L'attenzione dell'intera organizzazione sarà dunque finalizzata a massimizzare

- non la redditività delle singole transazioni nel breve periodo,
- ma, in un'ottica di lungo periodo, la soddisfazione del Cliente e la performance della relazione mediante un'interazione bi-direzionale.

La tabella seguente illustra le principali differenze.

	<i>Orientamento alla transazione</i>	<i>Orientamento alla relazione</i>
Orizzonte tempo	Breve (singola transazione)	Lungo (ciclo di vita della relazione con il Cliente = ciclo di vita del Cliente)
Obiettivo	singola transazione	ciclo di vita del Cliente
Qualità	Tecnica, riferita all'output ed ai singoli processi operativi	Funzionale, riferita alla relazione complessiva (incl. transazioni)
Sensibilità al prezzo	alta	bassa
Soddisfazione del Cliente	misura indiretta (Market share; Market research)	misura diretta e continua (in base Interazione con il Cliente) e gestione della soddisfazione
Marketing	Tradizionale. Mktg interno <sup>24</sup> : inesistente	Relazionale e individuale ("1-to-1"). Mktg interno: Fondamentale
Segmentazione	Poco usata	molto utilizzata (mix patologie, socio-demografica, comportamentale, ecc.)
Differenziazione	Gestione non accurata né sistematica: pochi elementi "non-price".	Gestione accurata e sistematica: molti elementi "non-price".
ICT	Orientato alla riduzione dei costi e allo sviluppo di nuovi servizi	Orientato al miglioramento della qualità dei servizi

<sup>23</sup> Relazione umana, non autoritaria. Il termine "human touch" significa letteralmente "contatto umano".

<sup>24</sup> Il "**Marketing interno**" Gestisce la soddisfazione dei Collaboratori interni al fine di motivarli e coinvolgerli nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Analizza il mercato interno per individuare sia i bisogni dei Collaboratori sia il Valore recepito. Affinchè ciascun collaboratore possa operare in sintonia con la strategia, le regole e i valori dell'organizzazione è necessario usare le seguenti leve del Marketing-mix:

- comunicazione bi-direzionale chiara, trasparente, coinvolgente,
- mansioni interessanti e condizioni di lavoro gratificanti (aggiornamento, possibilità di carriera, ecc.)
- clima aziendale positivo, orientato a favorire collaborazione e spirito di gruppo; posto di lavoro facilmente raggiungibile e gradevole
- retribuzione interessante con incentivi legati ai risultati, benefit, ecc.

L'approccio relazionale implica un cambiamento nella visione del mercato e determina lo sviluppo di un approccio di tipo sistemico, in quanto vede il mercato come insieme di attori (Clienti, imprese con i loro concorrenti, fornitori, collaboratori, ecc.) tra loro legati da relazioni stabili e durature. La singola transazione di beni e servizi non è più vista come il fulcro del business, ma solo come una delle tante fasi di un "processo continuo di relazione" che diviene il vero motore del business.

In sintesi, il business

- nasce dall'interazione continua tra gli attori interessati agli scambi, interazione non sporadica ma ripetitiva che genera relazioni stabili;
- si sviluppa grazie all'insieme delle interazioni che costituiscono un sistema coordinato di scambi (materiali o immateriali).

La gestione della relazione con il Cliente richiede la definizione di una politica di "**marketing relazionale**"<sup>25</sup>, coerente e univoca all'interno dell'intero ecosistema "impresa estesa", gestita utilizzando in modo integrato i diversi strumenti e canali di contatto a disposizione. Oggi tutto questo è fattibile perchè vi è la tecnologia che non solo rende possibile la relazione one-to-one, anche a livello di massa (grandi numeri), ma nello stesso tempo impone di farlo per primi per non perdere il vantaggio competitivo. La tecnologia ha stravolto il modus operandi di tutti i sistemi.

## ICT per migliorare la Salute

Un esempio di **uso intelligente dell'ICT in sanità** (ambulatorio, reparto ricoveri, studio medico, ecc.), per migliorare la qualità del servizio, viene dagli USA dove è stato realizzato un software che segnala le possibili interazioni tra farmaci comunemente prescritti e fornisce suggerimenti come riduzioni del dosaggio, indicazione di farmaci alternativi, ecc. Quando un medico prescrive a un paziente uno di questi farmaci, un segnale di allerta lo avverte delle possibili interazioni con altri farmaci già utilizzati dal paziente e delle eventuali possibili alternative. Se il medico intende comunque prescrivere il farmaco, è obbligato a motivare per iscritto la sua decisione per superare il blocco.

Questo servizio è particolarmente utile per gli anziani: più si invecchia, più si assumono farmaci, più si rischia di essere vittima di pericolose interazioni. Purtroppo, il sistema di controllo presuppone che si lavori su una cartella clinica informatizzata, mentre in Italia si è ancora lontani da questo traguardo. Se si vuole veramente diminuire il rischio di pericolose interazioni con altri farmaci o con intolleranze ed allergie di cui soffre il paziente, il primo passo da fare dovrebbe essere quello di creare un cartella clinica elettronica e poi avvalersi di software specifici capaci di modulare le informazioni e segnalare le interazioni clinicamente importanti.<sup>26</sup>

*Un esempio di come in Italia l'ICT sia poco usato nei reparti è quello che si riscontra nei 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.*

---

<sup>25</sup> Il "**Marketing relazionale**" ha l'obiettivo di costruire un rapporto di fiducia duraturo nel tempo attraverso la personalizzazione.

Il "**Marketing esperienziale**" è una componente del Marketing relazionale, ma ha obiettivi più ristretti e specifici: miglioramento della soddisfazione dei clienti, fidelizzazione, ritenzione dei clienti, promozione di comportamenti di sostegno attivo. Sono esclusi: riduzione dei costi o aumento dei ricavi a breve termine.

<sup>26</sup> Per maggiori dettagli vedere: "Preventing potentially inappropriate medication use in hospitalized older patients with a computerized provider order entry warning system".

Arch Intern Med. 2010 Aug 9;170(15):1331-6. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20696957>]

*Un altro esempio di uso minimale dell'ICT è quello della scarsa integrazione e condivisione banche dati tra diversi reparti dello stesso ospedale che è già stato illustrato tra gli "esempi pratici di problemi indotti" nel paragrafo "Creazione di Valore per il Cliente" del capitolo 2.*

E' opportuno e impellente Implementare in ciascun ospedale (o centro ospedaliero) un Sistema Informativo (SI) efficace e una rete Intranet per lo scambio di informazioni e dati tra i vari dipartimenti e/o il personale medico e paramedico dello stesso dipartimento. In molti casi, rivedere criticamente il sistema esistente.

Nelle cliniche più aggiornate già si fa uso da parte di medici e infermieri di strumenti digitali, compatti e facili da usare in corsia, e di connessione Wi-Fi per trasferire nel database ospedaliero, in tempo reale durante le rilevazioni, le informazioni relative al paziente (diagnosi, dati clinici, prescrizioni, ecc.) e/o per accedere on-line alla sua cartella clinica digitale e ad altre applicazioni direttamente di fronte al paziente. Il risultato di questo investimento è stato un aumento non solo di efficacia ma anche di efficienza:

- a) semplificazione dell'attività di medici e infermieri;
- b) miglioramento della comunicazione tra medico e infermiere con diminuzione delle possibilità di errori;
- c) risparmio dei tempi di lavoro per attività non assistenziali, stimato in media del 20%, che si può destinare ad altre attività;
- d) diminuzione del 5% nel consumo dei farmaci;
- e) drastica riduzione dell'uso di documenti cartacei.

Forse, alcuni dei casi di scarsa attenzione al paziente (sintomi dichiarati, cure in corso, ecc.) menzionati nel paper "Osservazioni sul Sistema Sanitario in Italia" (2006) potevano essere evitati se, ogni volta che il paziente entrava in contatto con un medico o un personale paramedico, a video compariva la sua storia clinica pregressa e le possibili controindicazioni dei medicinali presi.

La creazione di un Sistema Informativo con database e Intranet in ciascun Centro ospedaliero (o Ospedale) è uno dei primi passi da intraprendere per la creazione successiva di una Extranet a livello regionale tra i vari operatori sanitari presenti sul territorio (Centri ospedalieri, i laboratori convenzionati, i medici di base, il Controllo di Gestione, ecc.).

## SSN come "community"

L'impresa, anche il "fornitore di Salute", deve riuscire a diventare una **community** (comunità)<sup>27</sup>. Oggi non esistono più solo i "bisogni primari" ed i "problemi indotti", ma anche i valori etici e soprattutto il senso di appartenenza. Il disagio dovuto all'instabilità, l'evoluzione della tecnologia, i mercati iperframmentati, impongono una dimensione anche di appartenenza, quindi di community. L'appartenenza è il livello su cui tutto si misura: i brand, le imprese, i sistemi. Questa evoluzione vale per tutti i mercati, anche quello sanitario.

Per ampliare e fidelizzare la community è necessario riuscire a capire chi è il singolo individuo, cosa fare per entrare in relazione con lui e come dialogare. Ovvero, capire quale livello di approccio e coinvolgimento adottare, per far partecipare l'individuo al sistema (brand, prodotto, prevenzione,

---

<sup>27</sup> Il termine "community" significa comunità, cioè indica un insieme di individui che condividono lo stesso ambiente fisico e/o tecnologico (es.: Internet), formando un gruppo riconoscibile, unito da interessi comuni e da vincoli (organizzativi, linguistici, religiosi, economici, ecc.).

Da un punto di vista sociologico per l'appartenenza ad una comunità servono caratteristiche forti, tali da creare un'identità degli appartenenti, tramite una storia comune, ideali condivisi, tradizioni e/o costumi.

ecc.). Conoscenza ed ascolto permanente dell'individuo sono alla base di acquisizione, consenso, mantenimento e fidelizzazione. E' fondamentale la capacità di: ascoltare, analizzare le informazioni, pianificare e gestire la relazione (a breve, a medio, a lungo termine). Tutto ciò applicato al SSN vale sia nella fase di prevenzione sia nella fase di evoluzione della malattia che diventa cronica irreversibile.

**Due esempi di community** ci sono offerti dall'Istituto Nazionale Tumori di Milano (INT\_MI).

*Un primo esempio di community è il **Laboratorio Artistico Terapeutico** il cui obiettivo è quello di aiutare i malati a lenire, accanto alle ferite del corpo, quella ferita dell'anima che la malattia cancro porta con sé.<sup>28</sup> Si tratta di uno spazio di condivisione, di incontro, dove si realizza un percorso individuale di crescita personale e allo stesso tempo di integrazione sociale, con la collaborazione di esperti qualificati. È ormai riconosciuto in ambito scientifico che le attività creative aiutano a favorire il rilassamento, l'equilibrio e il benessere fisico e psichico. Queste attività possono essere sia espressione di un movimento corporeo o di un gesto pittorico sia occupazioni che coinvolgono l'attenzione, la fantasia e la sfera delle emozioni.*

*La frequenza ai corsi può avvenire sia durante le cure sia al termine delle stesse, ed è consentita anche ai familiari dei pazienti. I corsi sono gratuiti, grazie a donazioni, e sono rivolti ai Clienti-utenti (pazienti e parenti) non solo dell'Istituto ma anche di altre strutture oncologiche.*

*Le attività di gruppo proposte sono:*

- **Danza/Movimento**  
*Ritmo e melodie si alternano per far muovere il corpo in modo semplice e creativo, risvegliando sensazioni ed emozioni.*
- **Arte**  
*Disegnare, dipingere, plasmare la materia sono attività nelle quali i sensi vengono stimolati, e la persona che viene assorbita visivamente, emotivamente e spesso anche spiritualmente, ne riceve un grande beneficio.*
- **Musica**  
*Musicoterapia ricettiva: ascolto guidato di musica e tecniche di immaginazione attiva per favorire rilassamento e benessere psicologico.*  
*Musicoterapia attiva: utilizzo del corpo e della voce coadiuvato da piccoli strumenti musicali per favorire il riequilibrio fisico e psichico.*
- **Yoga**  
*Attraverso la pratica di semplici posture fisiche, respirazione e rilassamento, si può giungere a migliorare l'armonia tra corpo e mente.*
- **Manualità**  
*È l'arte che permette di realizzare oggetti utili, simpatici, colorati e piacevoli, partendo da un pezzo di cartone, di legno o di vetro.*
- **Taglio e cucito**  
*Sia chi non ha mai usato un ago e un paio di forbici, sia chi vuole perfezionarsi nella rifinitura dei capi, può sviluppare la propria fantasia e le proprie intuizioni attraverso l'arte del taglio e cucito.*
- **Computer**  
*Dedicato a chi vuole imparare le basi dell'uso del Personal Computer e delle possibilità che offre: Internet, posta elettronica, video-scrittura, fogli di calcolo e altro.*

*Il progetto è sviluppato da INT\_MI in collaborazione con la Sezione Provinciale di Milano della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, che ha tra i propri obiettivi primari il miglioramento della qualità di vita del paziente oncologico (Cliente-utente diretto) e il sostegno ai suoi familiari (Cliente-utente indiretto).*

---

<sup>28</sup> In un certo senso è un ritorno all'epoca (prima della metà del XV secolo) in cui i monaci ospitalieri curavano non solo il corpo ma anche lo spirito (anima).

Un altro caso di community è il **progetto Cascina Rosa** dell'Istituto Nazionale Tumori di Milano (INT\_MI). E' un esempio di come coinvolgere i Clienti-utenti sul tema prevenzione e lavorare insieme sulla correlazione tra alimentazione e salute. Alla base vi è la constatazione che la nostra civiltà è oggi afflitta dalle malattie di chi mangia troppo. L'attività è organizzata su tre livelli: Incontri del mercoledì, Corso di base, Lezioni a tema.

1. Incontri del mercoledì.

Il primo mercoledì di ogni mese, si tiene nell'aula magna dell'Istituto una conferenza gratuita che aggiorna sulle più recenti novità in tema di alimentazione e la sua profonda correlazione con la nostra salute. Argomenti trattati:

- 1.1. le tradizioni alimentari del mondo
- 1.2. Incidenza dell'alimentazione sulle principali patologie
- 1.3. I principali errori dell'alimentazione moderna
- 1.4. Cenni ai principali studi epidemiologici in corso
- 1.5. Introduzione ai fattori metabolici che favoriscono lo sviluppo delle malattie degenerative
- 1.6. alimenti innovativi con caratteristiche protettive
- 1.7. Raccomandazioni

1. Corso di base.

Tre lezioni pratiche di cucina a pagamento (€ 120/corso), il giovedì, dalle 17.30 alle 20.30: comprendono i piatti principali e le tecniche di cucina che è necessario conoscere per creare, attraverso la scelta e la preparazione del cibo, le basi di una buona salute. Argomenti trattati:

- 2.1. Le regole della buona cucina
- 2.2. comprendere l'equilibrio nella composizione del pasto
- 2.3. zuppe e minestre di vario tipo
- 2.4. piatti con cereali integrali e legumi
- 2.5. uso appropriato di proteine animali e vegetali
- 2.6. cotte o crude? Tante idee sulle verdure
- 2.7. come fare un dolce sia buono che salutare
- 2.8. evitare gli errori nutrizionali più comuni
- 2.9. scelta degli ingredienti, dei materiali

3. Lezioni a tema

A grande richiesta di chi ha già frequentato i corsi, alcune lezioni di approfondimento a pagamento (€ 40/lezione), il sabato, dalle 16.30 alle 19.00:

3.1. Pasticceria naturale

Quasi sempre la moderna pasticceria è il prodotto di combinazioni eccessive di ingredienti. Potranno andare bene per le occasioni di festa, forse. Ma se si ama fare spesso dei dolci, è necessario passare a qualcosa di più equilibrato. In questo corso imparare i concetti per creare dei dolci squisiti senza dover ricorrere agli eccessi.

3.2. Il pane con lievito madre

Il pane con il lievito madre fatto in casa è di qualità superiore rispetto al pane in commercio. Fare il pane è un piacere e, contrariamente a quello che si pensa, richiede poco tempo.

3.3. Sapori di un tempo

Conserven e marmellate, ricette tipiche della tradizione. Come prepararle con le proprie mani in modo corretto e gustoso.

3.4. Cucinare il pesce

I molti modi di preparare il pesce: al forno, alla griglia, lessato, a vapore, ripieno, saltato, in tempura, nei brodi, negli stufati. Tutto quanto occorre sapere per preparare le delizie del mare in maniera semplice e... saporita!

In pratica, insegnando a cucinare si fa igiene alimentare, cioè si spiega come scegliere e preparare il cibo in funzione della prevenzione della Salute (colesterolo, tumori, diabete, ecc.)

### 3. Creazione e condivisione di Valore a 360°

#### Impresa estesa e Valore a 360°

Uno dei fattori critici per il successo di una strategia CVC è l'integrazione tra i diversi Business Partner (Canale di offerta Salute, Collaboratori, Fornitori, ecc.) dell'ecosistema "impresa estesa" [es. ASL (Fig. 2), Ospedale (Fig. 3), ecc.] che devono 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.

Nel caso di "imprese estese" all'esterno, l'ecosistema impresa è rappresentato da una rete in cui ogni nodo rappresenta un Business Partner (funzioni/unità interne all'impresa, canali di offerta Salute, fornitori, ecc.) che deve integrarsi e collaborare con gli altri nodi. In pratica, le informazioni e le conoscenze sviluppate da uno dei Partner devono essere messe a disposizione di tutto l'ecosistema "impresa estesa" al fine di creare il maggior valore aggiunto possibile sia per il Cliente-utente sia per ciascun Partner.

Il Cliente deve essere uno solo, indipendentemente dal Partner (nodo dell'ecosistema) e dal relativo settore aziendale che viene in contatto con esso. Si noti che, all'interno di un'impresa partner (es. Ospedale), interagiscono con i Clienti non solo il Canale di offerta Salute (Pronto soccorso, Ambulatori, Ricoveri, Laboratori analisi, ecc.), il marketing e il customer-service ma anche l'amministrazione (fatturazione, recupero crediti, ecc.), la logistica (trasporto malati, ecc.), ecc. Pertanto, la strategia CVC deve essere condivisa anche con il back-office e con la Supply Chain (Catena del Valore a rete). Anche la politica di Gestione delle Risorse Umane deve essere in funzione della creazione di "Valore per i Clienti" al fine di gestire meglio skills e competenze necessarie.

Allo stesso modo l'ecosistema "impresa estesa" deve presentarsi in modo univoco e coerente al Cliente. Pertanto, per fornire una visione univoca dei valori e degli obiettivi dell'ecosistema, l'integrazione deve svilupparsi tra tutti i nodi e all'interno di ciascun nodo tra i suoi canali di contatto con il cliente.

In conclusione, la strategia CVC coinvolge non solo tutte le funzioni interne di un'impresa (ASL, Ospedale, ecc.) ma anche i suoi Partner, quali fornitori e canali di "offerta Salute" esterni. Per realizzare tale integrazione e facilitare la condivisione della conoscenza, è necessario creare spirito di gruppo e permettere in ogni momento un facile accesso alle informazioni disponibili. Il modo più efficace per riuscire a ridurre l'individualismo e condividere gli asset (competenze, conoscenze, finanze, ecc.) è quello di assicurare un ritorno equo a tutti i Partner. In pratica, condividere Valore con i Business Partner, senza dimenticare gli Stakeholder di Gestione (PAC, Regione) e la comunità esterna (Comunità di individui, PAL (Provincia, Comune), Associazioni imprenditoriali, Sindacati, Stampa, ecc.) che può influenzare o essere influenzata dall'attività dell'ecosistema impresa (Valore a 360°).

#### Concetto di Valore a 360°

Valore a 360° è quello generato da un'Impresa sia per gli Stakeholder primari [Clienti, Canale offerta Salute, Fornitori, Collaboratori, Stakeholder di Gestione (PAC, Regione), ecc.] sia per le comunità in cui opera (apportando benefici concreti agli individui e all'economia).

$$\text{Valore a 360°} = (\text{Valore} \times \text{Stakeholder}_{\text{primari}}) + (\text{Valore} \times \text{Stakeholder}_{\text{generali}})$$

Il "Valore a 360°" è la differenza tra i "benefici" e i "problemi indotti" connessi con la relazione tra gli Stakeholder e l'impresa capofiliera.

L'impresa per competere con successo deve, dunque, bilanciare interessi diversi: è necessario che abbia un approccio pro-attivo al Mercato e sappia coniugare le esigenze aziendali (creazione di "valore economico di esercizio") con l'orientamento al "Valore a 360°".



In pratica, l'impresa deve adottare una gestione pro-attiva, che parta dal Mercato (situazione attuale, trend futuri, eventuale possibile reazione alle nuove strategie) per sviluppare in tempo delle strategie sostenibili e vincenti, orientate alla creazione di "valore condiviso"

- sia con tutti gli Stakeholder primari [Clienti-utenti, Canale offerta Salute, Fornitori, Collaboratori, Stakeholder di Gestione (PAC, REGIONE), ecc.], da cui dipende la sopravvivenza dell'impresa,
- sia con la maggior parte di quelli generali (Comunità, UE, Concorrenti, Associazioni imprenditoriali, Sindacati, Stampa, ecc.), che possono influenzare o essere influenzati dall'attività dell'ecosistema impresa.

E' evidente che quanto detto vale sia per l'ASL come impresa-capofiliera nella catena del valore estesa (vedere Fig. 2) sia, fatte le debite considerazioni, anche per l'Ospedale come impresa-capofiliera (vedere Fig. 3) a valle dell'ASL.

## Fatti e misfatti nella relazione con gli Stakeholder

Abbiamo già analizzato nel capitolo 2 la relazione con il Cliente, ora analizziamo la relazione con alcuni degli altri **Stakeholder primari**.

### Relazione con il Canale di Offerta Salute

Nell'ecosistema impresa estesa al Canale di Offerta Salute è demandata la gestione della relazione con il "Cliente-utente" e quindi la gestione della sua soddisfazione. In questa relazione valgono tutte le considerazioni ed i disallineamenti già analizzati nei paragrafi dedicati alla relazione con il Cliente.

Al Canale di Offerta Salute è anche demandata la funzione di antenna dell'ecosistema per percepire i segnali deboli provenienti dal Mercato, in anticipo rispetto all'evoluzione della domanda. Alla base vi è

- la raccolta metodica di dati ed informazioni utili a generare conoscenza del mercato
- la condivisione di quanto sopra con l'impresa capofiliera,

L'impresa capofiliera provvederà poi, sulla base delle informazioni raccolte, ad

- elaborare scenari futuri alternativi,
- valutare le probabilità dei singoli scenari
- condividere questa conoscenza con i Business Partner (Canale di Offerta di Salute, Fornitori) e verificare con loro l'attendibilità delle valutazioni

Per gestire la soddisfazione del Canale di offerta Salute è necessario co-creare e condividere Valore con questo Partner. Il **Valore per il Canale di Offerta Salute** è generato da una relazione stabile e collaborativa in cui gli obiettivi siano "ragionevoli" e condivisi, le campagne di "prevenzione" decise congiuntamente con copertura costi, il rimborso prestazioni in tempi certi e ragionevoli, le informazioni condivise mediante flussi simmetrici, i corsi di formazione adeguati e dedicati non solo ai prodotti/servizi ma anche all'aggiornamento competenze tecniche, relazionali, manageriali, ecc.

### **Relazione con i Collaboratori**

I Collaboratori interni dell'impresa (Top-management, talenti creativi, esecutori, ecc.) sono fornitori di competenze e di idee per il successo del business. A seconda dei ruoli svolti, a loro è demandata la gestione della relazione con i diversi Stakeholder e quindi la gestione della loro soddisfazione.

Devono sapersi relazionare in modo opportuno con gli altri Stakeholder (Cliente, Canale offerta Salute, Fornitore, ecc.) in modo da recepirne gli umori, il livello di soddisfazione e le tendenze. In alcuni casi, conquistando la fiducia dello Stakeholder, il Collaboratore può trasformarsi nel suo "consulente" e riuscire ad aumentare il livello di soddisfazione ed il grado di fidelizzazione. Inoltre, può diventare per la propria impresa una fonte di informazioni sul Mercato.

I principali ostacoli che intralciano la performance di questa relazione sono: istruzioni poco chiare e/o poco operative; aggiornamento non continuo; inefficienza nella gestione delle informazioni e scarsa condivisione della conoscenza. Questi inconvenienti possono provocare un deterioramento dell'immagine aziendale, una diminuzione del livello di soddisfazione dello Stakeholder e quindi comprometterne la fidelizzazione.

In queste relazioni con gli Stakeholder esterni e tra i Collaboratori interni, fatte le debite considerazioni, valgono considerazioni e disallineamenti simili a quelli già analizzati nella relazione con il Cliente. Tutto ciò è complicato dal fatto che il Collaboratore interno è contemporaneamente un rappresentante dell'impresa capofiliera ed uno Stakeholder.

Per gestire la soddisfazione del Collaboratore è necessario che, nella relazione interna, i benefici (retribuzione, status sociale, clima aziendale positivo, collaborazione e spirito di gruppo, aggiornamento continuo, possibilità di carriera, posto di lavoro gradevole, ecc.) impattino positivamente in proporzione maggiore rispetto ai problemi (scarsa attenzione da parte del superiore, conflittualità tra colleghi, mobilità giornaliera casa/lavoro elevata, ecc.).

### **Relazione con i Fornitori**

Nel modello di impresa estesa all'esterno, l'impresa capo-filiera demanda ai Fornitori esterni il ruolo di co-gestire processi ritenuti, per scelta strategica, "non-core". I processi possono essere sia operativi (gestione dell'ordine, dei magazzini o dei trasporti) sia strategici (previsione della domanda, sviluppo innovazione, pianificazione della produzione e degli approvvigionamenti, ecc.). Ciò richiede che le attività dei diversi attori, indipendentemente dalla dimensione, siano sincronizzate tra loro.

Ne deriva, per quanto riguarda il business in comune, che le imprese partner devono avere obiettivi comuni, che si integrano nelle rispettive strategie generali, che i loro flussi informativi siano condivisi per permettere un'interazione efficace.

In pratica, si tratta di realizzare una "vera" collaborazione a 360° in cui

- le informazioni non sono utilizzate individualmente, ma vengono condivise da tutti a beneficio dell'intera comunità di Partner (impresa estesa);
- le decisioni vengono prese collegialmente;
- i processi diventano "realmente" integrati.

E' fondamentale individuare il giusto livello di integrazione operativa e stabilire ruoli chiari e predefiniti. Un esempio è il livello delle scorte dell'impresa capofiliera che viene gestito autonomamente dal Fornitore sulla base delle informazioni condivise. Un altro esempio è quello in cui i Fornitori agiscono come co-designer e co-developer, in progetti che nascono sia su loro proposte (nuove idee) sia su input dell'impresa capofiliera.

Anche questa relazione funziona solo se le partnership sono vantaggiose per tutti e, quindi, se tutti i Partner hanno un reale interesse a collaborare. Per gestire la soddisfazione del Fornitore è necessario co-creare e condividere Valore con questo Partner.

Il **Valore per il Fornitore** è generato da una relazione stabile e collaborativa in cui gli obiettivi (pianificazione produzione, prezzo fornitura, pagamenti, ecc.) siano predefiniti da un contratto quadro, verificati periodicamente, modificati in maniera condivisa con un ragionevole preavviso.

*Un esempio è la negoziazione degli sconti periodici, non più imposti dall'impresa-capofiliera, ma concordati solo dopo*

- *un esame congiunto del prodotto/servizio, la collaborazione per ridurre e/o cambiare i componenti del prodotto o il processo di erogazione del servizio;*
- *un audit congiunto degli impianti del fornitore, la condivisione delle azioni da intraprendere per migliorarne l'efficienza, la ripartizione 50-50 della conseguente riduzione dei costi.*

### **Relazione con gli Stakeholder di Gestione**

Il ruolo dello Stakeholder di Gestione nel SSN è quello di

- a) fornitore di capitali per gli investimenti necessari allo sviluppo della competitività dell'impresa (ASL, Ospedale);
- b) pagatore delle prestazioni erogate dal canale di offerta Salute.

Per gestire la **soddisfazione degli Stakeholder di Gestione**, le imprese dovrebbero fornire al capitale investito un ritorno in termini di aumento sia dell'efficienza (risparmio sui costi) sia dell'efficacia (soddisfazione dei Clienti-utenti, ammalati guariti, ammalati che hanno vissuto più di quello che si poteva aspettare, miglioramento della qualità della vita, ecc.). Il conseguimento di questi obiettivi aumenta il valore dell'impresa e la fiducia degli investitori che, generalmente, si riflette nella disponibilità a concedere eventuali nuovi finanziamenti per lo sviluppo ulteriore dell'impresa.

Inoltre, le imprese dovrebbero individuare e ridurre gli eventuali problemi che possono nascere nella relazione. Un esempio è la comunicazione non sempre chiara, bidirezionale e tempestiva.

### **Relazione con gli Stakeholder generali**

Analizziamo ora la relazione con alcuni degli Stakeholder generali.

Circa i **Concorrenti**, in alcuni casi [sviluppo nuova innovazione primaria (conoscenza, metodologia, tecnologia), sviluppo nuova innovazione indotta (prodotti/componenti, ricerca efficienza in alcune aree funzionali/processi, apertura nuovi mercati), ecc.], può essere conveniente collaborare con alcuni di loro alla creazione di Valore per condividere costi, rischi, competenze, ecc.

Alcuni esempi potrebbero essere:

- le aggregazioni<sup>29</sup> tra piccoli Ospedali per superare i limiti insiti nella dimensione ridotta e sviluppare progetti in comune;
- le centrali di acquisto che gestiscono gli approvvigionamenti di più concorrenti per ottenere dai fornitori sconti e altre condizioni di favore grazie all'incremento delle quantità ordinate;
- la collaborazione tra ASL di Regioni diverse per assicurare al Cliente-utente la "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

*Per quanto riguarda l'ultimo punto, è da notare che, in caso di viaggi in altre Regioni, esiste ancora nel 2010 il "problema indotto" di dover anticipare i costi per medicine, ambulanza (118), Medico di base, Centri dialisi (non sempre convenzionati con ASL locali), ecc. Al rientro in sede si presenta domanda di rimborso alla propria ASL che provvederà al rimborso dopo mesi dalla domanda. Se il funzionario è poco solerte, il rimborso può arrivare anche dopo sei mesi, in alcuni casi anche dopo anni.*

Nel mondo anglosassone, si usa l'acronimo "**coopetition**", cioè competizione cooperativa (cooperation + competition), per indicare questo tipo di alleanza che si instaura tra imprese concorrenti quando decidono di collaborare nella realizzazione di uno specifico progetto o di una specifica attività del loro business. In pratica due o più imprese si alleano per collaborare su un obiettivo particolare ma rimangono concorrenti su tutto il resto. Questo modello (coopetition, aggregazione) funziona se

- sono ben definiti preliminarmente quali ruoli e attività saranno svolte in modo congiunto e quali in autonomia dalle singole imprese
- consente a tutte le imprese coinvolte un vantaggio competitivo superiore a quello ottenuto quando agiscono individualmente
- la gestione è imparziale e trasparente
- si collabora senza pregiudizi e con convinzione, mettendo da parte gli individualismi.

Inoltre, a parte possibili progetti di aggregazione, è sempre utile mantenere rapporti regolari con i concorrenti per scambiare informazioni

E' anche importante tenere in considerazione la **comunità esterna di riferimento** [Comunità di individui, PAL (Provincia, Comune), Associazioni imprenditoriali, Sindacati, Stampa, ecc.] caratteristica di ogni area geografica in cui opera l'impresa. L'obiettivo è cercare di incrementare la propria immagine e la fiducia reciproca.

## Valore a 360° "Customer driven"

Abbiamo visto come il successo di un'impresa non dipende più solo dalla capacità di sviluppare nuovi prodotti o dalle competenze in specifiche attività, ma sempre più dalla capacità di stabilire relazioni durature nel tempo con gli Stakeholder (Cliente, Canale offerta Salute, Fornitore, ecc.). Alla base vi è una strategia di lungo periodo basata sulla "creazione e condivisione di valore" (Valore a 360°) con tutti gli Stakeholder in modo che la relazione sia profittevole e soddisfacente per tutti.

Il concetto di "Valore a 360°"<sup>30</sup> è strettamente legato al "change management"<sup>31</sup>, perché per rendere un'impresa nella sua globalità, dal Top-manager alla receptionist, orientata alla "creazione e

---

<sup>29</sup> L'aggregazione di imprese è un'alleanza tra imprese diverse al fine di cooperare e raggiungere, nelle diverse aree aziendali, la dimensione minima necessaria affinché il "business" diventi conveniente e remunerativo. Non si tratta di fondere più imprese in una più grande o di formare un gruppo di imprese con una capogruppo (Holding), ma solo di costituire una nuova entità più ampia (meta-impresa), che può avere o meno personalità giuridica, per pianificare e coordinare le attività/aree di interesse comune.

condivisione di Valore” (CCV) occorre, nella maggior parte dei casi, cambiare mentalità e modo di lavorare in tutta l'organizzazione. Cosa che non sempre viene fatta o viene fatta solo in parte. Inoltre, soprattutto nel caso di impresa estesa all'esterno, è necessario orientare alla CCV non solo i collaboratori dell'impresa ma anche tutti gli altri Stakeholder primari (ecosistema impresa estesa).

Per raggiungere e mantenere nel tempo una posizione di leadership, è fondamentale che il management dell'impresa-capofiliera sappia sviluppare una **strategia pianificata opportunamente** che, attraverso la gestione di una relazione di lungo periodo, sia stabile e positiva sia per l'impresa che per gli Stakeholder, tra cui il Cliente. L'orientamento al Cliente è un'obiettivo strategico per tutte le imprese indipendentemente dal settore in cui operano e dalla dimensione. Questo approccio relazionale richiede, in alcuni casi, un cambiamento della cultura aziendale e del modo di lavorare.

*Ad esempio, nel SSN per effettuare prevenzione<sup>32</sup> è necessario coinvolgere i Clienti in un processo di collaborazione reciproca sviluppando relazioni costruttive e rendendo il cliente fedele nel tempo attraverso un rapporto che sia vantaggioso per entrambi. In questo modo si evita il deterioramento della Salute e la necessità nel tempo di interventi più drastici e costosi per ristabilire la Salute. Vedere, ad esempio, il “progetto Cascina Rosa” esposto alla fine del capitolo 2.*

L'impresa vincente ha come obiettivo strategico il saper proporre quello che il Cliente ha bisogno un istante prima che se ne renda conto e lo vada a cercare presso i concorrenti; come obiettivo tattico l'arrivare ad una profonda conoscenza del Cliente; ed usa come mezzo le relazioni stabili e durature. In pratica, l'impresa non può limitarsi a diffondere passivamente notizie tecniche, prescrizioni, informazioni varie, ma deve essere in grado di gestire la relazione tra Cliente-utente, Canale offerta Salute, Strutture aziendali e Fornitori.

In questo scenario è importante la capacità di creare relazioni costruttive con i Clienti ed i fornitori che sono collegati in rete, scambiano on-line con regolarità informazioni e dati, svolgono un ruolo attivo nella definizione dei prodotti oltre che del business comune e diventano dei veri "business partners" dell'impresa.

E', anche, vitale saper **individuare e gestire le informazioni** utili per ridurre l'incertezza nel processo decisionale. Le aree strategiche sono cinque:

- 1) integrazione con i Clienti (diretti e indiretti);
- 2) integrazione con il field (scambiare informazioni e dati con e tra i Canali offerta Salute);

---

<sup>30</sup> Nella terminologia anglosassone si parla di “Total Value Management” (TVM)

<sup>31</sup> Il termine “**change management**” indica il governo sistematico dei processi di cambiamento, mediante lo sviluppo integrato e costantemente monitorato delle persone, della cultura, dei processi organizzativi, delle strutture e delle tecnologie. governo sistematico dei processi di cambiamento mediante lo sviluppo integrato e costantemente monitorato delle persone, della cultura, dei processi organizzativi, delle strutture e delle tecnologie. L'obiettivo del Change Management è quello di far in modo che il cambiamento avvenga. La tattica utilizzata è quella di integrare tutta una serie di leve di intervento, che vanno dalla formazione al [Project Management](#), per mobilitare e far convergere le "energie" sui processi di cambiamento. Il Change Management incomincia ad affermarsi alla fine degli anni '80 in parallelo con la nascita del [Business Process Reengineering](#).

<sup>32</sup> La prevenzione è alla base della strategia a sostegno della Salute, ed è fondamentale per metterla in pratica. Questa politica deve essere gestita dalle Top-management delle Imprese sanitarie, dalle Istituzioni locali che ne governano le scelte e da quelle regionali e statali che ne devono sostenere in gran parte i costi. Purtroppo, spesso le Imprese sono invischiate in politiche di corto respiro, guidate dalla domanda attuale, e non riescono ad elaborare strategie di più lungo respiro basate sull'analisi della possibile evoluzione dei bisogni e sulla previsione degli scenari competitivi futuri con conseguente pianificazione delle attività necessarie per essere in condizione di soddisfare efficacemente la domanda futura nel momento in cui sta per emergere.

- 3) integrazione per processi sia interni che estesi all'esterno;
- 4) integrazione con i fornitori;
- 5) integrazione nella gestione del business  
(analisi, pianificazione, implementazione, misura e controllo).

Gli obiettivi sono:

- a) innanzitutto, conoscere il più velocemente possibile cosa serve al Cliente, quando e dove (per poter pianificare sia lo sviluppo nuovi prodotti /servizi che le attività);
- b) quindi scambiare informazioni e dati sia tra le varie unità aziendali sia tra queste ed i Business Partners (Fornitori, Canale offerta Salute, ecc.), in modo da pianificare al meglio i flussi di materiali e prodotti lungo la catena del valore;
- c) infine, rendere disponibili, sia all'interno dell'impresa che ai Business Partners, i dati relativi alle singole attività lungo la catena del valore estesa per poterne misurare la performance (Business Intelligence).

*Un esempio è il **Gruppo San Raffaele** (Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor) che, per intercettare la domanda nascente di servizi sanitari affidabili, ha creato una struttura articolata, sia dal punto di vista societario sia dal punto di vista logistico, con "sedi" in vari punti di Milano.*

*L'**Ospedale San Raffaele** è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto privato, nato negli anni '70 come parte della Fondazione. Si estende al confine est di Milano su una superficie di oltre 300.000 mq. E' accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e dispone, nella sua sola sede centrale, di 1.083 posti-letto, di cui 70 dedicati all'attività libero-professionale intramuraria.*

*Il **Poliambulatorio Cardinal Schuster** sorge in un moderno edificio situato nella zona nord ovest di Milano: è prossimo al passante ferroviario di Milano ed è facilmente raggiungibile dalle autostrade. Dal punto di vista gestionale il Poliambulatorio fa capo integralmente alla Fondazione.*

***Laboraf**, Diagnostica e Ricerca San Raffaele, è una società per azioni nata nel 1970 con l'obiettivo di svolgere un servizio di "Medicina di Laboratorio" efficace e sicuro, efficiente sia nel contenimento dei tempi di produzione sia nell'uso delle risorse, attento alla piena soddisfazione degli utenti, sia interni che esterni alla Fondazione. L'esperienza maturata al fianco di un Istituto Scientifico e Universitario, come il San Raffaele, è percepita come garanzia di un servizio di qualità ed efficienza. Nel corso degli anni i settori di analisi specialistiche si sono diversificati fino a comprenderne oltre 26. I "punti prelievo" (diretti del gruppo o indiretti di affiliati) sono in vari punti di Milano per intercettare la domanda nascente di analisi mediche sicure, là dove nasce, per poi soddisfarla tramite il proprio Laboratorio Analisi centrale ed incrementarne il business.*

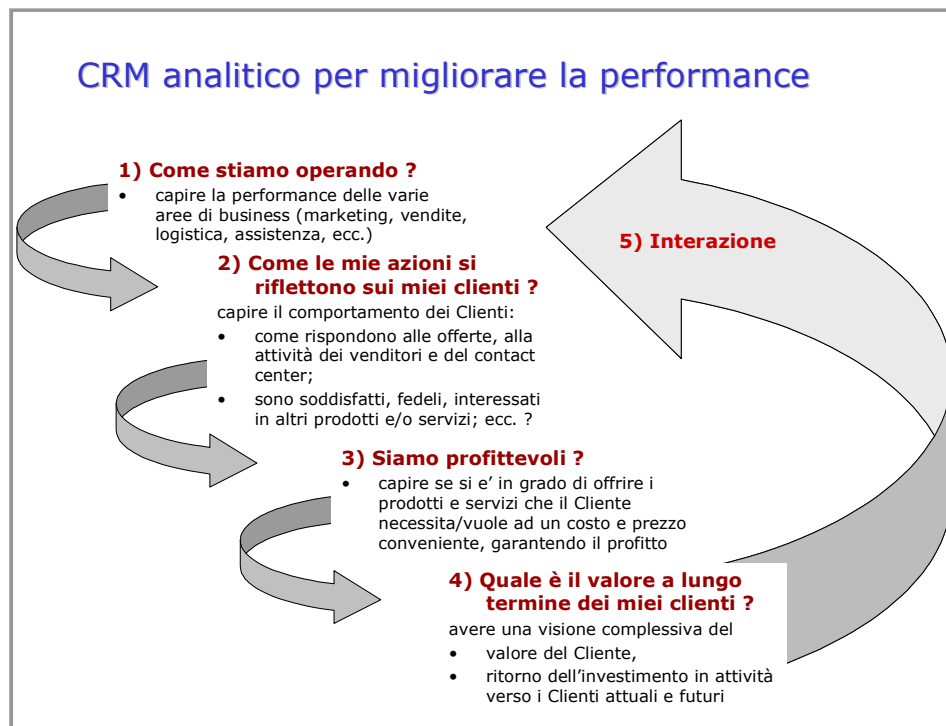
*L'**HSR Resnati** è una SpA, controllata dalla Fondazione, che ha come obiettivo quello di erogare prestazioni ad alto standard qualitativo ad una utenza esclusivamente privata in regime di solvenza. La Società, attualmente, gestisce tre poliambulatori: due a Milano e uno a San Donato Milanese. Il modello organizzativo della HSR Resnati è proprio di una "società orientata al Cliente". La struttura operativa è organizzata e finalizzata all'interazione costante col cliente in ogni fase dell'erogazione del servizio fruito dal Cliente. Ogni sede, infatti, per i vari settori di attività sanitaria (Check-up, Medicina Occupazionale, Assistenza Sanitaria, raccolta campioni analisi) a disposizione del Cliente-utente dispone di un "servizio clienti" dedicato.*

*L'integrazione con l'Istituto Scientifico San Raffaele è garantita sia dall'attività libero professionale di numerosi medici dell'Ospedale sia dallo staff manageriale comune. Anche, il sistema informatico, comune a tutte le sedi distaccate, è il medesimo dell'Ospedale San Raffaele. Infine, il Servizio Analisi è integrato nei processi produttivi di Laboraf.*

Le **tecnologie dell'informazione** ed i **nuovi modelli di business** offrono grandi vantaggi. Tuttavia, l'uso delle tecnologie per sviluppare le relazioni e la collaborazione non è semplice ed è necessario fare molta attenzione affinché i canali tradizionali (telefono, fax, contatto diretto, ecc.) non vengano cannibalizzati. Inoltre, se si decide di usare anche Internet è necessario che on-line vi sia la stessa capacità di relazione off-line delle persone.

Le implicazioni sono varie, ma fondamentalmente occorre sviluppare in tutta l'ecosistema impresa estesa (organizzazione a rete) una mentalità orientata al Cliente. Ciò comporta modifiche nel modo di lavorare e, soprattutto, richiede capacità (skills) di analisi per riuscire a misurare la performance delle relazioni ed i livelli di fedeltà, al fine di progettare e gestire le attività per i singoli clienti.

Alla base vi è il "marketing individuale" (**one-to-one marketing**), che aiuta a focalizzarsi sul singolo Cliente e sui risultati (indici di performance) conseguiti al fine di ottimizzare la performance.



Gli obiettivi vanno definiti per singolo Cliente e resi noti e condivisi con tutte le unità sia dell'impresa sia dei Business Partner che interagiscono con il Cliente. Questa metodologia si basa su

- un'analisi continua (nel tempo) del portafoglio Clienti, del portafoglio Prodotti (prestazioni erogate) e delle attività dei Concorrenti
- una conseguente pianificazione delle attività
- una gestione attiva delle relazioni con i Clienti.

Per supportare questo modo di operare, la banca dati (sistema informativo) aziendale va gestita costantemente ed alimentata con sempre maggiori informazioni relative al mercato [innovazione (tecnologie, medicinali, ecc.), concorrenti, ecc.] ed ai singoli Clienti. Queste informazioni permettono di progettare e gestire, in funzione delle caratteristiche del cliente, una pluralità di azioni finalizzate a sviluppare la loro fidelizzazione.

## Come orientare l'impresa al Cliente

Ci sono imprese che per loro natura nascono orientate al Cliente o lo diventano senza problemi in quanto tale modo di operare è loro connaturato. Il problema nasce con tutte quelle imprese che sono fortemente orientate al prodotto (product-centric) e che devono riorganizzarsi per diventare customer-centric.

*Nel SSN la maggior parte delle imprese (ASL, Ospedale, ecc.) si trova in questa situazione. In particolare il focus più che sul Cliente-utente (paziente) è*

- *nel caso di Ospedale, sulla cura (prodotto);*
- *nel caso di ASL, sulla burocrazia (processo interno).*

*In entrambi i casi, spesso i problemi personali dei collaboratori prevalgono su quelli dei Clienti.*

*Ma sia i prodotti sia i processi e i collaboratori sono solo strumentali al bisogno primario del "Cliente-utente diretto" (livello ottimale di salute e benessere) e non il fine ultimo dell'organizzazione !*

Le implicazioni sono varie, ma fondamentalmente occorre sviluppare in tutta l'organizzazione (front-office e back-office) una nuova mentalità. In generale ciò si ottiene in diversi passi, che possono anche essere implementati separatamente, ma devono essere integrati tra loro e, pertanto, progettati sin dall'inizio in tale ottica. Purtroppo, ciò non si verifica sempre.

L'orientamento al "valore per il Cliente" viene di solito perseguito ridisegnando il processo delle vendite o di accettazione, in modo tale da mettere il Cliente al centro della sua attenzione e sviluppando progetti formativi per i venditori o gli operatori all'accettazione. Ma in ogni impresa, anche la più old-fashioned, il Cliente dovrebbe essere già al centro di questo processo.

In altri casi, per dare più voce al Cliente si attiva un call-center o, se si vuol essere aggressivi, un sito web con la possibilità di integrazione con il call-center. Oppure si cerca di ingegnerizzare e rendere più strutturato il processo di "field service" (assistenza sul campo). Tutti questi singoli progetti messi insieme potrebbero, forse, costituire un sistema CRM<sup>8</sup> approssimativo. Il problema è che di solito non sono tra loro coordinati. Riescono forse a semplificare la vita dei collaboratori e dei Clienti, ma non rendono assolutamente l'organizzazione Customer-Value-Centric, nè realizzano i concetti di CRM e CEM<sup>9</sup> nella loro potenzialità.

Quello che va focalizzato sulla creazione di Valore per il Cliente è tutta l'organizzazione, anche il back-end a partire dai documenti (offerte, contratti, autorizzazioni alle cure, prescrizioni, comunicazioni, fatture, estratti conto, ricevute, ecc.) di solito poco comprensibili.

L'aspetto più negativo è che, tra tutte le imprese che hanno implementato progetti per orientare l'ecosistema (collaboratori, fornitori, canale di vendita<sup>33</sup>, ecc.) al Cliente, solo in poche singole realtà è stata creata la figura del "Customer-Value manager" (CV manager). Si tratta della persona responsabile del bilanciamento tra le esigenze aziendali e la creazione di "valore per il Cliente", le cui responsabilità e competenze sono trasversali all'impresa e focalizzate (a secondo dei casi) su singolo Cliente, cluster di Clienti e/o settori industriali (Mercati verticali). In pratica, nelle imprese che hanno implementato l'orientamento alla creazione di valore per il Cliente, non sempre vi è un responsabile dei risultati. Un fatto che va interpretato come una mancanza di efficacia del "change management".

Per rendere un'impresa "customer-value-centric" occorre cambiare mentalità e modo di lavorare in tutta l'impresa. Per implementare con successo un simile progetto è necessario:

---

<sup>33</sup> Canale offerta Salute nel caso SSN.

1. Analizzare le condizioni al contorno (contesto)
  - 1.1. conoscere bene i propri Clienti, i propri Collaboratori, i propri Business Partner
  - 1.2. conoscere i processi di business dell'ecosistema impresa-estesa
  - 1.3. conoscere l'infrastruttura tecnologica esistente
2. Ridisegnare, in funzione del contesto, l'eco-sistema impresa
  - 2.1. Struttura organizzativa (CV-Unit<sup>34</sup>, CoE<sup>35</sup>, Operations<sup>36</sup>, Biz\_Partner)
  - 2.2. Soluzioni, Processi,
  - 2.3. Competenze delle figure professionali, metodologie, tecnologie
  - 2.4. Modello di Business<sup>37</sup>
3. Individuare il o i CV manager e le altre persone più adatte per i nuovi ruoli, che vanno individuate in anticipo con nome e cognome, scegliendole opportunamente perché giudicate le più idonee e non perché le uniche a disposizione
4. Definire la strategia ed elaborare il piano operativo, in maniera condivisa (top-down; bottom-up) e in funzione
  - 4.1. del profilo e delle preferenze dei Clienti,
  - 4.2. delle competenze dei collaboratori
    - scelta dei "collaudatori" più adatti per il progetto pilota
    - definizione di un "piano di aggiornamento" il più personalizzato possibile per tutti,
  - 4.3. dei processi di business necessari per ottimizzare la relazione
  - 4.4. dell'infrastruttura ICT esistente
    - se necessario, ridisegnare l'infrastruttura

### Organizzazione a matrice tridimensionale

Nel caso di un **Ospedale Customer-Value-Centric (CVC)** la suddetta organizzazione potrebbe essere interpretata nel seguente modo :

- Customer Value Unit (CVU), focalizzate su singoli Clienti (o cluster limitati di Clienti) e/o settori particolari (Mercati verticali). al suo interno
  - Customer-Value manager (CV manager)  
responsabile del bilanciamento tra le esigenze aziendali (Ospedale) e la creazione di "valore per il Cliente", le cui responsabilità e competenze sono trasversali all'impresa e focalizzate (a secondo dei casi) su singolo Cliente<sup>38</sup>, cluster di Clienti e/o Mercati verticali<sup>39</sup>
  - Medico tutor  
Collabora con il CV manager. Si tratta del Medico di riferimento per il Cliente-utente (paziente), che lo segue per tutto il percorso diagnostico terapeutico interfacciandosi con i vari Specialisti che concorrono all'iter clinico.  
Nel futuro questa figura potrebbe anche essere un'alternativa al Medico di base, in pratica diventare un "Medico di base intramoenia".

---

<sup>34</sup> L'acronimo CV-unit indica l'unità aziendale che supporta il CV-manager nella ricerca del bilanciamento tra le esigenze aziendali e la creazione di "valore per il Cliente". Le sue attività sono trasversali all'impresa e focalizzate (a secondo dei casi) su singolo Cliente, cluster di Clienti e/o settori industriali (Mercati verticali).

<sup>35</sup> L'acronimo "CoE" significa "Centre of Excellence" ed indica centri di ricerca e sviluppo focalizzati su tematiche particolari

<sup>36</sup> Il termine "operations" si riferisce a tutte quelle attività (ingegnerizzazione, produzione, logistica, ecc.) di una impresa il cui fine è mettere a disposizione del cliente un determinato prodotto o servizio.

<sup>37</sup> Il Modello di Business è il modo in cui l'impresa sviluppa il proprio business e realizza valore per gli azionisti, i dipendenti, i partners (fornitori, canali di vendita, ecc.), gli utilizzatori dei prodotti.

<sup>38</sup> Ad esempio: Assicurazione con cui l'ospedale ha stipulato una convenzione

<sup>39</sup> Esempi di Mercati verticali sono: Clienti-utenti privati, Clienti-utenti in regime SSN, Assicurazioni, Enti, Mutue Private, ecc.

- Center of Excellence  
focalizzati su una specifica area tecnica, per lo sviluppo di “soluzioni integrate” per la cura di patologie complesse
- Operations  
relative a tutte le attività sia di produzione (pronto soccorso, ambulatori, ricoveri, ecc.) sia a supporto (farmacia, servizi tecnici, ecc.)

*Pr quanto riguarda l'importanza e la necessità del “Medico tutor”, vi è da notare che la vita media si allunga per tutti, sia per le persone sane sia per le persone affette da patologie multiple (es.: ematologia, IRC, ipotiroidismo, ipertensione, ecc.). Queste ultime sono spesso anziani e, purtroppo, non sempre riescono a trovare un Medico, valido e amante della medicina, che riesca a svolgere la funzione di “interfaccia” tra i vari Specialisti e mediare tra le diverse prescrizioni. Spesso questi pazienti, a causa del cocktail di medicinali presi per via orale, finiscono con il rimanere vittime di una nuova patologia “indotta”: perdita sia del gusto (sapori) sia dell'appetito, con conseguente perdita progressiva di peso. Quando ne parla con i singoli Specialisti si sente rispondere che loro curano solo la singola patologia, quando ne parla con il Medico di base si sente rispondere che si tratta di un caso estremo e che considerando l'età ...! Se si fa portare al Pronto Soccorso, anche di sera o di notte dopo una crisi con perdita di coscienza (svenimento), si sente chiedere “che è venuto a fare qui, non poteva aspettare domani e andare dal medico di base ?”*

## Integrazione con i Business Partner esterni

Oggi in conseguenza dell'evoluzione dello scenario di riferimento (globalizzazione, aumento della pressione competitiva, personalizzazione di massa, cambiamento continuo e sempre più rapido, ecc.) è terminata l'era delle mega-imprese integrate verticalmente (tutte le attività in casa). La ricerca del vantaggio competitivo viene perseguita mediante l'adozione di un nuovo modello "collaborativo a rete" (vedere figg. 2 e 3) caratterizzato da

- maggiore cooperazione tra i vari attori della catena del valore;
- accesso immediato alle informazioni indipendentemente dal "dove", "come", "quando"
- riduzione dei costi di gestione delle informazioni (attinenti ai processi inter-aziendali).

In questo scenario è importante la capacità di creare relazioni costruttive (Concetto di Partnership) con i Clienti, i vari attori del Canale offerta Salute ed i Fornitori che

- sono collegati in rete e scambiano on-line con regolarità informazioni e dati,
- svolgono un ruolo attivo nella definizione dei prodotti (beni e/o servizi), oltre che degli obiettivi comuni (livello di Salute nel caso dei Clienti-utenti, business comune nel caso dei "business partners").

L'impresa (es. Ospedale, vedere Fig. 3) diventa un nodo di una rete in cui gli altri nodi sono i suoi Business Partner (Fornitori, Canali offerta Salute, Cliente-utente, ecc.). La creazione e la gestione di tale ecosistema comporta che le attività dei diversi attori, indipendentemente dalla dimensione, siano sincronizzate tra loro. Ne deriva che le imprese partner devono avere strategie comuni, che i loro business siano integrati, che i loro flussi informativi siano condivisi per permettere un'interazione efficace.

Queste forme di partnership permettono alle imprese di migliorare la performance senza possedere direttamente quel Know-How e quelle competenze considerate, per scelta strategica, “non-core”. Richiedono la co-gestione dei processi in collaborazione con i partner strategici di filiera. I processi possono essere sia operativi (gestione dell'ordine, dei magazzini o dei trasporti) sia strategici (previsione della domanda, pianificazione della produzione e degli approvvigionamenti, ecc.).

In teoria, sembra ovvio che tutti gli attori della catena del valore, anche le PMI, ricavano vantaggi da una collaborazione reciproca. Ma in pratica, casi reali in cui si siano cambiati i processi se ne trovano pochi, se non presso le grandi imprese, nonostante la mancanza di collaborazione comporti svantaggi evidenti. Alcuni esempi di possibili svantaggi sono:

- incremento dei costi di gestione delle "attività d'interfaccia" nelle aree acquisti, Marketing & Vendite, logistica, customer service;
- incremento delle scorte ad ogni step del processo produttivo, per ottenere flessibilità a fronte di uno scarso coordinamento;
- impossibilità di avere i prodotti dove e quando necessari al Cliente, con conseguente rischio di flessione performance (ordini, ricavi e quote di mercato), se non anche perdita Clienti.

La vera creazione e condivisione di Valore si ha solo con l'integrazione dei processi. Infatti, il vero vantaggio competitivo si ha solo quando si riesce a realizzare l'integrazione dei processi collaborativi, che comporta ricadute positive nel livello di servizio, nella riduzione delle scorte e nell'ottimizzazione della capacità operativa.

Si tratta di realizzare una "vera" collaborazione a 360° in cui

- a) le informazioni non sono utilizzate individualmente, ma vengono condivise da tutti a beneficio dell'intera comunità di Partner (impresa estesa);
- b) le decisioni vengono prese collegialmente;
- c) i processi diventano "realmente" integrati.

*Un primo esempio di collaborazione è il livello delle scorte dell'impresa-capofiliera che viene gestito autonomamente dal fornitore sulla base delle informazioni condivise.*

*Un altro esempio è la negoziazione degli sconti periodici, non più imposti dall'impresa-capofiliera, ma concordati solo dopo un audit congiunto degli impianti del fornitore, la condivisione delle azioni da intraprendere per migliorarne l'efficienza, la ripartizione 50-50 della conseguente riduzione dei costi. Esempio simile nell'area innovazione per riduzione costi è quello della collaborazione per ridurre e/o cambiare i componenti del prodotto.*

Questo tipo di integrazione è già utilizzato da decenni in alcuni settori (auto, elettronica, ecc.) in cui esiste un "capofiliera" forte, o un leader carismatico, con idee avanzate. Analogamente, le cose potrebbero procedere positivamente anche quando la leadership è esercitata da un'associazione di categoria autorevole.

In generale, questo modello (impresa estesa all'esterno e collaborazione nella catena del valore) funziona se le partnership sono vantaggiose per tutti e, quindi, se tutti i partecipanti hanno un reale interesse a collaborare. E' fondamentale individuare il giusto livello di integrazione operativa e stabilire ruoli chiari e predefiniti.

Purtroppo, spesso tutti si dichiarano interessati a realizzare questo modello di business basato sulla collaborazione, ma pochi lo mettono realmente in pratica. Il problema non sta tanto nelle tecnologie a supporto quanto nella reale volontà di scambiare dati e informazioni, che le imprese sono quasi sempre restie a condividere, anche a scapito del livello di competitività. Nella maggior parte dei casi è difficile trovare chi fa la prima mossa o dà l'esempio superando i modelli di business tradizionali.

In molti settori economici l'approccio culturale è ancora arretrato e la relazione cliente-fornitore è ancora di tipo conflittuale. Ogni impresa è gelosa delle proprie informazioni ed è disposta a condividere ben poco con gli altri attori della catena del valore, il che preclude allo sviluppo di un clima collaborativo.

Questa situazione è accentuata in quelle PMI o in quelle organizzazioni dove regna l'individualismo dell'imprenditore o del Direttore. È ipotizzabile che questo atteggiamento di chiusura possa essere superato con il passaggio generazionale e la presa del potere da parte di nuovi imprenditori e/o professionisti formati managerialmente in altre organizzazioni più avanzate.

## Gestione della soddisfazione

Da varie indagini sembra che ci sia una correlazione tra il livello di soddisfazione degli Stakeholder (Clienti, Canale di vendita, Collaboratori, Fornitori, Stakeholder di Gestione, ecc.) e la performance dell'impresa. Purtroppo, non tutte le imprese misurano la soddisfazione degli Stakeholder e, tra quelle che la misurano, solo poche la gestiscono.

*Un esempio di quanto sopra affermato è il caso di un noto ed importante Ospedale del Nord-Italia. Nel paragrafo "obiettivi e standard di qualità" della sua pubblicazione "Carta dei Servizi", dopo il testo "è in corso un processo di ristrutturazione graduale di tutta la Fondazione, che si impegna pertanto a garantire gli standard di qualità di seguito riportati" vi è la seguente tabella*

<i>Processo</i>	<i>Nell'Ente sono eseguite verifiche sulla soddisfazione dell'Utente in regime ambulatoriale e in regime di ricovero</i>
<i>Obiettivo</i>	<i>Attuazione di indagine e relativa comunicazione dei dati elaborati</i>
<i>Indicatore</i>	<i>Numero questionari distribuiti a pazienti (degenti e ambulatoriali)/questionari raccolti</i>
<i>Metodo</i>	<i>Somministrazione del questionario attraverso intervista</i>

*Ma non vi è nessun accenno all'attività di "analisi dei dati" ed al loro successivo uso per gestire la soddisfazione nel tempo. Da ciò, emerge che il focus è solo sul processo di "verifica della soddisfazione" e non sul processo della "gestione della soddisfazione" di cui non vi è traccia. Per spostare il focus sulla "gestione della soddisfazione" la tabella andrebbe rivista nel seguente modo*

<i>Processo</i>	<i>Gestione della soddisfazione del Cliente-utente [diretto (paziente), indiretto (parente)]</i>
<i>Obiettivo</i>	<i>Miglioramento continuo della performance (creazione di valore per il Cliente)</i>
<i>Indicatore</i>	<i>Posizionamento delle variabili analizzate in funzione dell'importanza per il Cliente e del suo livello di soddisfazione (Matrice dei gap)</i>
<i>Metodo</i>	<ol style="list-style-type: none"><li><i>1. Determinazione delle variabili da misurare</i></li><li><i>2. Pianificazione dell'Indagine di soddisfazione</i></li><li><i>3. Implementazione dell'indagine</i></li><li><i>4. Analisi dei gap (emersi dall'indagine di soddisfazione) per determinare i punti di debolezza dell'impresa</i></li><li><i>5. Condivisione dei correttivi da apportare</i></li><li><i>6. Pianificazione delle attività necessarie e loro implementazione</i></li><li><i>7. Misure e controllo</i></li></ol>

*In pratica, nella "gestione della soddisfazione" la raccolta dei dati e la loro analisi sono solo due attività preliminari del processo che è un ciclo chiuso a loop e continuo nel tempo.*

La "gestione della soddisfazione" non è un processo semplice da realizzare poichè coinvolge l'intero ecosistema impresa estesa, non solo il marketing, e richiede notevole impegno da parte del Top-management dell'impresa per motivare e coordinare tutti i Partner e i Collaboratori. Inoltre, deve avere un obiettivo quantitativo, misurabile e trasparente, in modo che possa essere inserito nei piani di incentivazione. In pratica, è necessario adottare un metodo di lavoro integrato e pervasivo in tutte le aree aziendali ed i nodi dell'impresa estesa.

La soddisfazione del Cliente rappresenta uno degli aspetti decisivi per affermarsi in un mercato sempre più competitivo.

Per rendere un Cliente soddisfatto e fedele sono necessari almeno i seguenti cinque step:

1. Impegno del Top-management  
la creazione di Valore per il Cliente dipende in gran parte dal livello di coinvolgimento che la direzione sa creare nell'impresa estesa in merito al "Valore pianificato" da trasferire al Cliente;
2. Scelta di indicatori adatti per ciascuna attività  
è necessario identificare una serie di variabili per valutare sia la performance dei Collaboratori e dei Business Partner sia il "Valore recepito" da loro;
3. Misurazione ed analisi della soddisfazione  
le analisi dovrebbero essere condotte con periodicità, almeno annuale, circa il Valore "atteso", "ricevuto" e "percepito" dai Clienti e quello "recepito" sia dai Collaboratori sia dai Business Partner (Canale di vendita, Fornitori, ecc.);
4. Analisi del Customer care  
la sua operatività dovrebbe essere analizzata in occasione di ogni comitato esecutivo;
5. Condivisione dei valori e delle conoscenze  
il processo deve essere supportato da un'attività di comunicazione, di formazione, di incentivazione e di lavoro di gruppo.

Le "indagini di soddisfazione" permettono di raccogliere le opinioni e il vissuto dei propri Clienti, Collaboratori, Business Partner. Le principali aree di applicazione sono:

- 1) satisfaction esterna relativa al Cliente
- 2) satisfaction interna relativa ai Collaboratori
- 3) satisfaction estesa relativa ai Biz\_Partner

L'analisi congiunta dei risultati di queste tre indagini, permette di conoscere i punti di debolezza dell'impresa estesa da cui partire per poter decidere i correttivi da apportare al fine di migliorare la performance globale.



Riunioni per coordinare la "gestione della soddisfazione" dovrebbero essere indette a cadenza regolare, coinvolgendo le unità operative sia dell'impresa sia dei Business Partner, non solo per analizzare le cause di reclamo e gli interventi fatti, ma anche per raccogliere i suggerimenti sui miglioramenti da apportare e condividere gli obiettivi.

## Le tre indagini

### Satisfaction esterna relativa al Cliente

L'indagine condotta lato domanda permette di conoscere come l'impresa è vista dall'esterno. In pratica, permette alle imprese di conoscerne l'opinione dei Clienti, che hanno acquistato un prodotto o servizio, circa:

- qualità del prodotto o servizio;
- livello qualitativo dei servizi pre- e post-accettazione o dimissione;
- efficienza del servizio di customer-care e di assistenza, anche, a distanza;
- qualità e trasparenza delle etichette delle medicine e dei vari documenti (prescrizioni, referti, verbali di dimissioni, risultati esami, ecc.);
- ecc.

### Satisfaction interna relativa ai Collaboratori

L'indagine condotta lato offerta permette di conoscere come l'impresa è vista dall'interno.

L'indagine interna, attraverso questionari ai collaboratori, permette di conoscere e monitorare in forma anonima:

- la qualità dell'ambiente di lavoro;
- le aspettative di crescita professionale ed economica;
- punti di forza e criticità dell'organizzazione del lavoro;
- opinioni rispetto a specifici progetti aziendali;
- suggerimenti;
- livello di conoscenza della mission aziendale;
- ecc.

Uno degli obiettivi è, anche, valutare la performance delle diverse Unità tenendo conto delle relazioni che si instaurano tra esse. Le variabili prese in considerazione possono essere divise in due gruppi. Il primo gruppo si riferisce a variabili comuni a tutte le Unità: Soddisfazione generale, Livello di collaborazione, Flusso di informazioni, Variazioni rispetto all'anno precedente, ecc. Il secondo gruppo tiene, invece, conto delle specificità di ogni Unità, individuando variabili in grado di rispecchiare la funzione che ognuna di esse ha all'interno dell'organizzazione.

### Satisfaction estesa relativa ai Partner

L'indagine condotta lato Business Partner permette di conoscere come è vissuta l'impresa estesa. L'obiettivo è valutare la performance del Biz\_Partner tenendo conto della relazione che si instaura con l'impresa.

Anche qui le variabili sono di due tipologie. Il primo tipo si riferisce a variabili comuni a tutti i Biz\_Partner: Soddisfazione generale, Livello di collaborazione, Flusso di informazioni, Variazioni rispetto all'anno precedente. Il secondo gruppo tiene conto delle specificità di ogni Biz\_Partner, individuando variabili in grado di rispecchiare la funzione che ognuno svolge all'interno dell'Organizzazione (impresa estesa all'esterno).

## Ruolo del Marketing

Siamo abituati ad associare la parola “marketing” solo al processo di vendita e a coloro che studiano il modo di soddisfare meglio i bisogni dei Clienti. Si tratta di una visione limitata di questa scienza che, invece, dovrebbe studiare a 360° il mercato (Clienti-utenti, Canale di offerta Salute, Collaboratori, Fornitori, Stakeholder di Gestione, Concorrenti, ecc.) e gestire la soddisfazione di tutti gli Stakeholder.

Il Marketing (Mktg) non è semplice da definire. Infatti, non è una singola funzione, non è una singola attività, non è un singolo processo. Il Marketing è un'insieme di attività relative a più processi: analisi dei comportamenti dei Clienti, ideazione di prodotti e servizi idonei a soddisfarne le esigenze, gestione dei punti di contatto pre-accettazione, ecc.

Queste attività influenzano la totalità dei processi di business e, quindi, vanno condivise sia all'interno con le altre aree aziendali (dalla ricerca e sviluppo alle operations<sup>40</sup>, alla finanza, alla gestione delle risorse umane) sia all'esterno con i Business Partner.

Uno dei fattori critici per il successo di un'impresa estesa all'esterno è l'integrazione tra i diversi Business Partner (Canale offerta Salute, Collaboratori, Fornitori, ecc.) dell'ecosistema, che devono 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.

La soddisfazione dei Clienti è uno dei fattori critici per affermarsi in un mercato sempre più aperto e competitivo. Per poter realizzare la soddisfazione del Cliente utente è fondamentale la collaborazione, lungo la catena di valore, di tutti i Business Partner. Per raggiungere questo obiettivo, è necessario condividere valore con i Partner e gestire la loro soddisfazione.

Tra le attività di Marketing vi è, quindi, anche il supporto al Top Management per la gestione della soddisfazione di tutti gli Stakeholder (Clienti, Canale di vendita, Collaboratori, Fornitori, Stakeholder di Gestione, ecc.). Pertanto, il Marketing non è solo orientato al Cliente finale ma il suo focus deve essere 360°.

Il Marketing a 360° (o Marketing multidimensionale) nasce dal principio che la "creazione di valore" da parte di ogni organizzazione (impresa, ospedale, ente pubblico, PAC/PAL, ecc.) dipende dalla capacità di ogni anello della catena del valore di contribuire alla creazione di valore per tutti gli Stakeholder (Valore a 360°)<sup>41</sup>.

In tale ottica, si può definire il Marketing come insieme di pensiero ed azione che permette di connettere un soggetto (ad es.: ASL, Ospedale) con l'ambiente circostante. In pratica, il Marketing non è solo tecnica ma è anche filosofia: è la scienza che determina la visione<sup>42</sup> strategica dell'impresa.

L'obiettivo del "vero" Marketing 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;

---

<sup>40</sup> sia produzione (pronto soccorso, ambulatori, ricoveri, ecc.) sia a supporto (farmacia, servizi tecnici, ecc.)

<sup>41</sup> Vedere "MARKETING MULTIDIMENSIONALE: CONDIVIDERE VALORE PER RESTARE COMPETITIVI"

Assolombarda Febbraio 2010

<sup>42</sup> Visione è un termine che può assumere diversi significati. Nel ns caso, il termine visione (vision) indica uno scenario che rispecchia gli ideali, i valori e le aspirazioni dell'organizzazione e incentiva all'azione. Il termine non si riferisce solo alle imprese, ma può essere utilizzato anche nel caso di associazioni, enti, pubblica amministrazione o organizzazioni in genere, nonché in relazione ai singoli individui.

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.

L'impresa vincente è quella che riesce ad essere pro-attiva, cioè capace di individuare in anticipo ciò che crea valore per Cliente, pianificare le azioni opportune in tempo e realizzarle prima dei concorrenti. Il Marketing deve essere parte organica della cultura interna della impresa e soprattutto, senza trascurare il presente, deve essere orientato a creare le condizioni per un successo duraturo nel tempo. Quando ciò non succede l'impresa rimane focalizzata solo sui risultati a breve, trascurando sia quelli a medio e lungo periodo sia lo sviluppo dell'innovazione.

Cerchiamo, ora, di analizzare i diversi aspetti del **Marketing multidimensionale** (o Marketing a 360°), cercando di contestualizzarli nel SSN :

- **Marketing lato Cliente** (Customer side Marketing)  
L'obiettivo primario è gestire la soddisfazione del Cliente con il fine ultimo di creare Valore a 360°, cioè per tutti gli Stakeholder. Analizza il mercato per individuare sia i bisogni emergenti dei Clienti, soprattutto quelli ancora inespressi (segnali deboli), sia il Valore atteso e quello percepito. Diffonde queste informazioni all'interno dell'eco-sistema "impresa estesa" e partecipa alla definizione e sviluppo dei prodotti/servizi. Supporta pro-attivamente i Clienti mediante l'uso efficace della comunicazione bi-direzionale e della distribuzione.
- **Marketing lato Canale di offerta Salute** (Offer\_channel side Marketing)  
Gestisce la soddisfazione del Canale di offerta Salute, che è "Fornitore diretto" del "Cliente utente". L'obiettivo è motivare questi Partner, coinvolgerli ed integrarli nel business, affinché siano coresponsabili nella gestione di quella parte del business a loro delegata.
- **Marketing interno** (Employee side Marketing)  
Gestisce la soddisfazione dei Collaboratori interni al fine di motivarli e coinvolgerli nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Analizza il mercato interno per individuare sia i bisogni dei Collaboratori sia il Valore recepito.  
Affinchè ciascun collaboratore possa operare in sintonia con la strategia, le regole e i valori dell'organizzazione è necessario usare le seguenti leve del Marketing-mix:
  - comunicazione bi-direzionale chiara, trasparente, coinvolgente,
  - mansioni interessanti e condizioni di lavoro gratificanti (aggiornamento, possibilità di carriera, ecc.)
  - clima aziendale positivo, orientato a favorire collaborazione e spirito di gruppo; posto di lavoro facilmente raggiungibile e gradevole
  - retribuzione interessante con incentivi legati ai risultati, benefit, ecc.
- **Marketing lato Fornitore** (Supplier side Marketing)  
Gestisce la soddisfazione dei Fornitori dell'impresa capofiliera al fine di soddisfare meglio i bisogni dei Clienti-utenti (pazienti, parenti dei pazienti).  
Non si tratta più solo di comprare al meglio in termini di costi d'acquisto, ma piuttosto gestire la soddisfazione dei Fornitori al fine di creare Valore a 360°. Quindi l'obiettivo è motivare, coinvolgere ed integrare i Fornitori nel business dell'Impresa capofiliera, affinché siano coresponsabili nella gestione di quella parte del business a loro delegata: livello di innovazione, qualità del prodotto/servizio, tempi di consegna, mercati da servire, e così via. In questo modo, il costo della fornitura non è più l'unica variabile da considerare, ma solo una delle tante per garantire l'obiettivo primario di creare Valore a 360°.
- **Marketing lato Stakeholder di Gestione** (Holding side Marketing)  
Gestisce la soddisfazione degli Stakeholder di Gestione (PAC, Regione) al fine di ottenere le risorse economiche necessarie per soddisfare meglio i bisogni dei Clienti.

- **Marketing lato Concorrenti** (Coopetitor side Marketing)  
Circa i Concorrenti, in alcuni casi [sviluppo nuova innovazione primaria (conoscenza, metodologia, tecnologia), sviluppo nuova innovazione indotta (prodotti/componenti, ricerca efficienza in alcune aree funzionali/processi, apertura nuovi mercati), ecc.] può essere conveniente collaborare con alcuni di loro alla creazione di Valore per condividere costi, rischi, competenze, ecc.  
In generale, è sempre utile mantenere rapporti regolari con i concorrenti per scambiare informazioni sul mercato (Fornitori, Clienti, Canali di vendita, ecc.).  
L'obiettivo di questo Marketing è quello di gestire la relazione con i Concorrenti al fine di sviluppare il Mercato e co-creare Valore.
- **Marketing lato Comunità esterna** (Corporate Social Responsibility)  
E' anche importante tenere in considerazione la comunità esterna di riferimento [Comunità di individui, PAL (Provincia, Comune), Associazioni imprenditoriali, Sindacati, Stampa, ecc.] caratteristica di ogni area geografica in cui opera l'impresa. L'obiettivo è cercare di incrementare l'immagine dell'impresa e la fiducia reciproca. In questo caso, conta più la responsabilità sociale (CSR) che la redditività ed è fondamentale che l'impresa abbia una chiara strategia di relazione con questi stakeholders perché non può ignorare il loro interesse nei suoi confronti.

Purtroppo, secondo Alfredo Pascali<sup>43</sup>, nel SSN italiano il ruolo del Marketing sembra essere :

- in gran parte tattico e operativo (gestione eventi; PR e ufficio stampa; ideazione depliant e prodotti educativi; Internet; call center; raccolta fondi; promozione di medicina preventiva per aziende, enti e sport)
- poco analitico (analisi dati di vendita e di soddisfazione, competitors, reputazione, ecc.)
- scarsamente strategico,

Soprattutto, mancano casi di misura costante dell'efficacia delle azioni di Marketing (ROI), sia in termini economici che sociali.

Invece, sempre secondo Pascali, negli USA :

- già negli anni '90, si studiavano modelli e strategie tipiche per la sanità (non solo pubblicità e vendita), si ridisegnano le modalità di erogazione dei servizi, sempre più integrati, sulla base delle ricerche su pazienti, medici invianti e competitors (decision-making process), si utilizzano i new media per informare e interagire con i pazienti, educandoli ed erogando servizi a distanza, si punta ad affermare il brand.
- Oggi, aumentando la competizione, l'enfasi è passata dalla malattia al benessere, soddisfare il paziente diventa l'obiettivo (customer service), si comunica con messaggi e media sempre più mirati, si sperimentano tecniche di mktg personalizzato (1to1) e relazionale (CRM), si misurano le performance di mktg in termini quantitativi (anche rispetto a target specifici come utenti, media, comunità) e qualitativi (notorietà, reputazione, soddisfazione esterna e interna)

---

<sup>43</sup> Esperto di Marketing sanitario. Vedere Bibliografia

## 4. Idee circa possibile sviluppo del SSN

### Competizione nel SSN

Da quanto osservato sul campo in questi anni, si può dedurre che il SSN è caratterizzato

- da alcuni collaboratori (medici, infermieri, amministrativi, ecc.) amanti della loro professione, vista come una missione, ed orientati ai reali bisogni (benessere<sup>44</sup>, qualità della relazione, ecc.) del Cliente-utente (paziente, parente), ma anche
- da altri (molti) collaboratori demotivati che interpretano la professione in maniera burocratica senza alcun orientamento alla creazione di “Valore per il Cliente”.

In pratica, emerge in prevalenza il seguente scenario:

<b>Partner SSN</b>	<b>Focus su</b>	<b>Conseguenza</b>
Ospedale	Prestazioni erogate (prodotto): cura, esami, ecc.	Poca attenzione alla relazione con il Cliente-utente.
ASL	burocrazia (processo interno)	Paziente visto come oggetto passivo e non come Cliente da soddisfare.
Professionisti (Medici, Infermieri, amministrativi ecc.)	problemi personali	

Questo scenario è anche una conseguenza del fatto che il SSN non è ancora un vero “libero mercato” dove il Cliente-utente può sempre scegliere liberamente il proprio fornitore di Salute.<sup>45</sup>

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 influenza i ricavi della singola impresa (Fornitore di Salute)<sup>46</sup> e determina il suo successo o insuccesso. L’eccesso di domanda concentrata sulle imprese più performanti verrebbe bilanciata da maggiori investimenti destinati a questi operatori per adeguare l’offerta (maggiori infrastrutture, medici più preparati ed in numero maggiore, maggiore aggiornamento competenze, ecc.).

I **Fornitori di Salute più competitivi**, grazie alla fidelizzazione dei Clienti-utenti (soddisfatti) e all’acquisizione continua di nuovi, attivano un circolo virtuoso<sup>47</sup> che permette loro di innovare in maniera continuativa nel tempo ed espandere il business, anche con l’apertura nuove unità sul territorio in aree geografiche diverse.<sup>48</sup>

I **Fornitori di Salute meno competitivi** sarebbero costretti a rivedere le proprie strategie in base alle risorse disponibili:

- a) ridimensionamento, concentrandosi solo sui reparti che riescono a competere;
- b) riorganizzazione & innovazione, acquisendo dall’esterno risorse talentuose per i reparti non competitivi ed investendo in innovazione;
- c) acquisizione da parte di altra impresa (pubblica o privata), più competitiva e dotata di risorse adeguate, che necessita di espandersi sul territorio.

<sup>44</sup> Benessere = Salute + comfort + rispetto della persona + ecc.

<sup>45</sup> Siamo in presenza di un mercato super-regolato e dominato dall’Offerta Salute ! (vedere anche capitolo 1)

<sup>46</sup> Fornitore di Salute: Medico di base, Ospedale, Clinica privata, Centro Assistenza Limitata (CAL), Laboratori analisi, Studi medici, ecc.

<sup>47</sup> Vedere anche paragrafo “importanza del Cliente in un mercato libero” nel capitolo 2.

<sup>48</sup> Vedere “caso S. Raffaele” in paragrafo “Valore a 360° Customer-driven” in capitolo 3.

Vi è il timore che l'enfasi nei confronti della competizione, della privatizzazione e del contenimento dei costi nei sistemi sanitari possa trasformare il modello "solidaristico", tipico dell'Europa, nel modello "individualista", tipico degli USA.

E' evidente che sarà necessario

- ricercare il giusto bilanciamento tra i modelli efficientisti americani e i modelli solidaristi europei;
- 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";

Inoltre, sarebbe preferibile assicurare indipendenza tra ente pagatore, ente erogatore ed ente di controllo.

Vediamo un'ipotesi di **possibile evoluzione del SSN per garantire libertà di scelta al Cliente** :

Per quanto riguarda il **medico di base**,

- a) se non ci fosse il limite massimo di Clienti assistiti, il Cliente potrebbe liberamente scegliere il medico che ritiene migliore indipendentemente dalla consistenza del suo portafoglio Clienti;
- b) se il medico, invece di ricevere un fisso annuo per ciascun mutuato anche se non lo visiterà mai, fosse pagato in base al tipo ed al numero delle prestazioni erogate [visite che effettivamente effettua (in studio, a domicilio), ricette medicinali emesse, richieste analisi, ecc.] sarebbe 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.

Come conseguenza, il medico di base sarebbe incentivato

1. a seguire sempre "meglio" i Clienti,
2. a costituire uno studio associato con altri colleghi per bilanciare l'incremento di domanda e seguire sempre più pazienti.

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.

Per quanto riguarda i **centri specialistici** (visite specialistiche, analisi strumentali, assistenza a malati cronici, ecc.), gli investimenti andrebbero allocati in funzione della performance del Fornitore di Salute (offerta) e delle preferenze del Cliente (domanda) per bilanciare l'offerta con la domanda. In questo modo, riducendosi il tempo di attesa presso i Fornitori di Salute migliori, il Cliente avrebbe maggiori possibilità di scegliere liberamente dove e da chi "acquistare" Salute in base alle sue preferenze e non unicamente al tempo di attesa. Inoltre, la scelta del Cliente influenzerà sempre più i ricavi della singola impresa (Fornitore di Salute: ambulatorio, laboratorio analisi, reparto ricovero, CAL, ecc.) e determinerà il suo successo o insuccesso.

Come conseguenza, per fidelizzare i Clienti, il **medico specialista** sarebbe disponibile a fornire supporto ai Clienti, quando è necessario, anche al di fuori degli appuntamenti prefissati. L'eccesso di domanda concentrato sulle imprese (Fornitori di Salute) più performanti verrebbe bilanciata da sempre maggiori investimenti destinati a questi operatori più competitivi per adeguare l'offerta.

## Modelli di competizione

Esaminiamo alcuni dei **modelli di competizione** ipotizzati per contenere i costi e migliorare il Servizio Sanitario.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Vedere: Insegnamento di Organizzazione sanitaria (Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico), slides a cura di Maurizio Ettore Maccarini

### **Offerta pubblica**

Nel caso di un Sistema Sanitario totalmente pubblico (o pianificato), si tratta di introdurre meccanismi competitivi sul versante dell'erogazione dei servizi sanitari.

Il meccanismo concorrenziale della "libera scelta del fornitore" si basa sulla possibilità per il Cliente-utente (paziente) di decidere liberamente dove e da chi farsi curare, nell'ambito degli erogatori (fornitori Salute) pubblici a disposizione (medici, ospedali o altre tipologie di erogatori).

I tre elementi alla base del modello sono:

1. presenza di istituzioni fornitrici di servizi a proprietà e gestione pubblica;
2. libera scelta da parte del Cliente-utente delle istituzioni alle quale rivolgersi;
3. finanziamento dei fornitori Salute per mezzo di budget flessibili, collegati al volume di assistenza erogata (quota di "mercato" acquisita).

### **Offerta mista**

Nel caso di un Sistema Sanitario misto (mix pubblico e privato), l'erogazione di servizi sanitari viene svolta da istituzioni sia pubbliche sia private o da semplici professionisti. Ciò amplia le possibilità di scelta del paziente.

Questo modello si basa sul principio della "separazione di ruoli" tra finanziatore (acquirente) ed erogatori di servizi sanitari (fornitori Salute), cioè fra la domanda e l'offerta di cure.

Le istituzioni finanziatrici svolgono il ruolo di "third party payors", cioè remunerano gli erogatori (fornitori Salute) per le prestazioni rese da questi ultimi a favore dei Clienti-utenti (pazienti).

Il meccanismo di finanziamento si fonda sulla remunerazione delle prestazioni erogate nell'ambito di un rapporto contrattuale tra l'amministrazione finanziatrice e i singoli erogatori (fornitori Salute).

Alla base di questo modello sono necessari i seguenti requisiti:

1. pluralismo delle istituzioni fornitrici di servizi (pubbliche, private e non profit);
2. presenza di un soggetto terzo pagante (third party payor) indipendente;
3. libera scelta da parte del Cliente-utente del medico e del luogo di cura;
4. finanziamento a prestazione degli erogatori (fornitori Salute), in base a tariffe prestabilite.

Per il buon funzionamento del modello occorre prevedere meccanismi in grado di assicurare:

- una reale parità di trattamento tra le diverse categorie di operatori (pubblici e privati accreditati) che operano sul mercato interno;
- l'accreditamento come un diritto per gli operatori privati che soddisfano i requisiti;
- una totale indipendenza dell'amministrazione pubblica "third party payor", che paga le prestazioni erogate, e delle amministrazioni pubbliche erogatrici dei servizi.

### **Offerta Managed competition**

Il paradigma della managed competition si fonda sulla netta separazione di due funzioni:

1. la regolazione del mercato, che è svolta da soggetti detti "sponsor";
2. l'offerta di piani assicurativi integrati (managed care plans), che consiste nell'organizzare e remunerare un network di erogatori di servizi di cura, e può essere svolta da Managed Care Organizations (MCOs) o da compagnie di assicurazione.

Il **primo livello di competizione** è quello tra Sponsor e MCOs. La funzione dello sponsor è quella di agire da agente collettivo della domanda di assicurazione sanitaria.

Il suo scopo è quello di accrescere il potere contrattuale degli acquirenti al fine di esercitare una maggiore pressione competitiva sul mercato e controbilanciare il potere contrattuale dei soggetti che offrono i piani assicurativi integrati.

Il ruolo dello sponsor di regolatore del mercato consiste nell'indurre e controllare la competizione su prezzi, qualità dei servizi erogati, estensione della copertura offerta.

Inoltre, la sua forza contrattuale dovrebbe consentirgli di imporre alle controparti il rispetto di regole di equità e di non discriminazione nei confronti degli utenti.

I principi della managed competition si prestano ad essere introdotti in qualunque schema istituzionale: nei casi concreti di applicazione di questo modello il ruolo di sponsor è stato di volta in volta affidato sia a soggetti pubblici (Stato, Enti pubblici territoriali, specifici programmi pubblici) sia a soggetti privati (mutue, datori di lavoro, e alle loro espressioni collettive).

Questo modello non esclude la possibilità dell'intervento dello Stato come regolatore dell'offerta di schemi alternativi di coperture sanitarie in competizione tra loro.

Il **secondo livello di competizione** è quello tra produttori/erogatori di servizi sanitari (fornitori Salute). Questi ultimi competono tra loro per assicurarsi le risorse finanziarie delle MCO, o dei diversi soggetti che offrono i piani assicurativi,

Questa competizione tra fornitori Salute, nell'ambito di uno schema di finanziamento, è molto simile allo schema di "offerta mista" descritto precedentemente.

## Strategia CVC anche nel SSN

In questo paragrafo viene sintetizzato lo stato dell'arte circa l'innovazione nel SSN e gli step minimi necessari per migliorare il Sistema Sanitario, oggi caratterizzato da elevata asimmetria informativa e organizzato secondo principi di specializzazione.

La complessità dei servizi erogati nel SSN deriva dalla complessità del bisogno (livello ottimale di benessere come funzione di equilibrio funzionale di organi diversi) e dalle numerose professionalità necessarie per darvi una risposta. Per il funzionamento ottimale dei servizi complessi è necessario un loro coordinamento secondo metodi che consentano di superare le logiche della specializzazione e della divisione del lavoro tra soggetti erogatori. Il rischio elevato è che nessuno degli operatori con cui il Cliente interagisce abbia una visione complessiva dei problemi del Cliente e della loro evoluzione.<sup>50</sup>

Incominciamo ad elencare alcuni **casi di disfunzione e/o mancanza di integrazione**

- **Relazione con il Cliente-utente** (paziente e/o familiari)  
Le competenze relazionali di medici ed infermieri 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.

La carenza di indagini di "customer satisfaction", realmente anonimi ed effettuate su base regolare, porta il management delle ASL e degli Ospedali a trascurare la formazione relazionale del personale medico.

---

<sup>50</sup> Vedere anche "Medico tutor" nel paragrafo "Come orientare l'impresa al Cliente" del capitolo 3 e la presentazione del progetto di ricerca dell'Università di Verona "Erogazione di servizi complessi: coordinamento e gestione della relazione con il cliente" (<http://www.dea.univr.it/?ent=progetto&id=1206>)

- **Stato dell'arte circa l'uso dell'ICT**

- 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.

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.<sup>51</sup>

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

- **Innovazione**

Mancano :

- "Customer-Value manager" (CV manager)<sup>52</sup>, vero e proprio pivot dell'innovazione.

Si tratta della persona responsabile del bilanciamento tra le esigenze aziendali e la creazione di "valore per il Cliente", le cui responsabilità e competenze sono trasversali all'impresa e focalizzate (a secondo dei casi) su singolo Cliente, cluster di Clienti e/o Mercati verticali. Questa carenza comporta una governance frammentata dell'innovazione, sia quella primaria (tecnologia, metodologia, competenze non strettamente curative) sia quella indotta (processi, prodotti/servizi, mercati), e ciò impedisce lo sviluppo dell'innovazione a 360°

- Medico tutor<sup>53</sup>

Collaboratore del CV manager. Si tratta del Medico di riferimento per il Cliente-utente (paziente), che lo segue per tutto il percorso diagnostico terapeutico interfacciandosi con i vari Specialisti che concorrono all'iter clinico.

Tutto ciò è dovuto ad un'arretratezza culturale e ad una carenza di **Innovazione a 360° nel SSN**.

Per superare questa situazione :

1. i Dirigenti delle imprese sanitarie devono essere Manager e non semplici amministratori. Per passare da una logica verticale (singola attività) ad una orizzontale (core business sanitario), a supporto della creazione di Valore a 360°, devono incrementare le loro competenze sia manageriali sia relative ai processi "core" sanitari, e sviluppare le proprie capacità "relazionali"
2. Medici ed Infermieri devono coltivare non solo le competenze strettamente tecniche/curative, ma anche quelle "relazionali" con i Pazienti

---

<sup>51</sup> Fonte: Osservatorio Sanità 2008, [www.osservatori.net/ict\\_in\\_sanita/](http://www.osservatori.net/ict_in_sanita/)

<sup>52</sup> vedere anche paragrafo "Come orientare l'impresa al Cliente" nel capitolo 3

<sup>53</sup> vedere anche paragrafo "Come orientare l'impresa al Cliente" nel capitolo 3

3. i Primari, senza trascurare l'attività tradizionale nei reparti (visitare i ricoverati e supervisionare l'attività dei collaboratori), dovrebbero
  - 3.1. trasformarsi in "veri" Chief Executive Officer (Amministratori Delegati) della propria unità ed essere responsabili della relativa performance (Profit & Loss, Customer satisfaction, Employee satisfaction, Aggiornamento continuo a 360° dei collaboratori, ecc.)
  - 3.2. se non hanno predisposizione manageriale, essere affiancati da «manager della Salute» validi
4. nelle Facoltà di Medicina sarebbe, forse, opportuno istituire
  - 4.1. un corso di laurea in "Medicina gestionale" (o Gestione della Salute) orientata a formare i Manager delle imprese sanitarie (ASL, Ospedali, Laboratori, ecc.) così come nelle Facoltà di Ingegneria esiste il corso di laurea in "Ingegneria gestionale";
  - 4.2. un esame obbligatorio per tutti gli allievi (medici, manager, ecc.) sul tema "coordinamento e gestione della relazione interpersonale (con il Cliente, i Colleghi, ecc.) per erogare efficacemente servizi complessi".

Inoltre, 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.

In conclusione, vediamo il **Ruolo degli Stakeholder** nel processo di innovazione per migliorare il business 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, Amministratori, 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.

## Nuovo modello di ospedale

Il "nuovo modello" di ospedale dovrebbe essere caratterizzata da :

- ampio range di prestazioni di buon livello,
- ambiente decoroso ed accogliente,
- collaboratori (Medici, Infermieri, Manager, Esecutori, ecc.) competenti, motivati, incentivati .

Inoltre, dovrebbe offrire Sanità ad un mix di domanda sia Pubblica (SSN) sia Privata (Assicurazioni, Enti , Mutue Private) così da ampliare il proprio raggio d'azione ed essere in grado di agire in ambito

- MEDICO SPECIALISTICO  
con Poliambulatorio e Sale per Day Surgery e Day Hospital
- RICOVERO  
per i casi più gravi
- RIABILITAZIONE MEDICA  
per tutte le disabilità derivanti da patologie congenite o acquisite a carico di diversi organi o apparati.
- HOSPICE  
reparto dedicato ai pazienti in fase terminale o con patologie irreversibili, offrendo loro non solo terapia medica e infermieristica ma anche sostegno di tipo psicologico e sociale.
- RSA di cura e recupero  
struttura residenziale finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani in condizioni di non autosufficienza e che necessitano assistenza sanitaria e riabilitativa continue

Il "modello" dovrebbe essere Customer-Value-Centric (CVC)<sup>54</sup> e sviluppato come segue:

1. Customer Value Manager (CV manager)  
E' responsabile del bilanciamento tra le esigenze aziendali (Ospedale) e la creazione di "valore per il Cliente". Le sue responsabilità e competenze sono trasversali all'impresa e focalizzate (a secondo dei casi) su singolo Cliente<sup>55</sup>, cluster di Clienti e/o singolo settore industriale (Mercato verticale)<sup>56</sup>.
2. Medico tutor  
Medico di riferimento per il Cliente-utente (Paziente, Parente), che lo segue per tutto il percorso diagnostico terapeutico interfacciandosi con i vari Specialisti che concorrono all'iter clinico diagnostico, fungendo da "pivot" della Salute. Collabora con il CV manager.
3. VISITA BASE  
prestata da uno Specialista, prescelto dal singolo Cliente-utente. Salvo urgenze o problemi organizzativi è opportuno costruire e mantenere un rapporto non solo professionale ma, anche e soprattutto, "umano" facendo in modo che il Cliente-utente sia affidato sempre allo stesso Specialista.
4. VISITE SUCCESSIVE  
dedicate ad una patologia evidenziata durante la visita di base. Per ogni servizio esiste uno Specialista esperto che collabora con il Medico tutor per la migliore gestione della patologia.
5. RICOVERI o INTERVENTI CHIRURGICI

<sup>54</sup> Vedere anche il paragrafo "Come orientare l'impresa al Cliente" del Cap. 3

<sup>55</sup> Ad esempio: Assicurazione con cui l'ospedale ha stipulato una convenzione

<sup>56</sup> Esempi di Meracti verticali sono: Clienti-utenti privati, Clienti-utenti in regime SSN, Assicurazioni, Enti , Mutue Private, ecc.

ogni candidato al ricovero o alla chirurgia riceve una brochure illustrativa ampia e dettagliata e copia del consenso da riportare il giorno dell'intervento. La documentazione dovrà essere di facile consultazione e comprensione, con caratteri leggibili anche da parte di un anziano e termini spiegati al profano.

6. PRONTO SOCCORSO

Il pronto soccorso dovrebbe accettare sempre i Clienti-utenti in cura presso gli ambulatori dell'ospedale anche se residenti in zone non limitrofe con l'ospedale. Allo stesso modo le ambulanze (118), salvo casi di particolare gravità ed urgenza (estremo pericolo di vita), dovrebbero portare sempre i Clienti-utenti presso il pronto soccorso dell'ospedale dove è in cura ambulatoriale.

7. ATTIVITA' di INFORMAZIONE per MEDICI di BASE e GRUPPI di CLIENTI.

incontri periodici (trimestrale, semestrale) durante il quale viene analizzato il lavoro svolto, le osservazioni ricevute, le possibilità di miglioramento e vengono illustrate le novità scientifiche e normative. Informazioni fornite in linguaggio facilmente comprensibile e risposte esaurienti.

8. ATTIVITA' di FORMAZIONE,

interna alla Struttura e con cadenza mensile, durante la quale i responsabili dei Servizi aggiornano i Colleghi ed eventualmente la Direzione Sanitaria sull'andamento della gestione, sulle novità scientifiche, farmacologiche e su eventuali interazioni/intolleranze. Possibilità di invitare esperti esterni per usufruire anche della loro competenza. Lo scopo primo di queste riunioni deve essere quello di far crescere i collaboratori con un aggiornamento continuo.

9. CERTIFICAZIONE

pur lasciando ad ogni Specialista la propria autonomia decisionale, ogni procedura deve essere condotta con il rigore richiesto dall'aderire ad un percorso di qualità certificato da seri organi internazionali. Sarebbe, forse, opportuno certificare anche il singolo medico e non solo la Struttura.

La metodologia alla base della relazione Cliente-utente (Paziente, Parente) Medico dovrebbe seguire le seguenti linee guida:

- a) visitare, sempre secondo uno schema predeterminato, registrando i dati secondo un modello standard e in una banca dati condivisa (scheda sanitaria elettronica);
- b) ascoltare sempre con attenzione cosa dice il Cliente-utente diretto (Paziente) e/o il Cliente-utente indiretto (Parente)<sup>57</sup>
- c) giungere alla diagnosi, attraverso percorsi (diagnostici, strumentali, ecc.) corretti ed il meno onerosi possibile dal lato sia umano che economico;
- d) spiegare al Cliente-utente il suo caso in modo chiaro e comprensibile, anche fornendo documentazione adeguata
- e) valutare con il Cliente-utente le possibili terapie alternative, spiegandone i vantaggi e gli svantaggi così come le reali possibilità di miglioramento, in modo da conoscerne le aspettative e tenere traccia della soluzione concordata;
- f) cercare di ridurre il dramma psicologico del Cliente-utente e di trasformare questa energia da negativa in positiva in modo che sia invogliato a collaborare fattivamente nel percorso terapeutico.
- g) non agire mai come un silos isolato<sup>58</sup> ma coinvolgere altre specializzazioni necessarie e condividere informazioni.

Infine, l'ospedale (unità centrale e sedi distaccate)<sup>59</sup> dovrebbe essere localizzato e progettato tenendo conto di

---

<sup>57</sup> Potrebbero riferire sintomi al momento apparentemente trascurabili per la singola patologia, ma che potrebbero rivelare nuove complicazioni allo stato nascente

<sup>58</sup> Caso reale riscontrato nella realtà: lasci gli altri Specialisti (es.: ematologia, endocrinologia, ecc.) e si affidi solo a me (nefrologia) per tutte le sue patologie.

- Opportunità e minacce del Mercato
  - Domanda Salute (bacino di utenza),
  - Offerta Salute (case di cura , ospedali , strutture mediche)  
già presente nella zona, tipo di servizi offerti e loro livello di qualità
- Punti di forza e debolezza
  - Competenze disponibili all'interno o facilmente reperibili sul mercato
  - Disfunzioni professionali e/o organizzative

Solo in questo modo l'ospedale può trovare una propria importante valenza sul Territorio e divenire un polo di attrazione con conseguente positiva ricaduta anche in posti di lavoro sia interni (Collaboratori: Medici, Infermieri, Manager, Esecutori, ecc.) che esterni presso i Fornitori ed i Co-opetitor.

## Guida ai servizi del SSN con livello di soddisfazione dei Clienti-utenti

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

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

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.<sup>60</sup>

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, 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)

---

<sup>59</sup> Vedere caso "San Raffaele" nel paragrafo "Creazione di Valore per il Cliente" del capitolo 2

<sup>60</sup> vedere sito [emodializzati.it](http://emodializzati.it), blog [trapiantati Zonda Marzo 2009](http://trapiantati Zonda Marzo 2009)

- 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.<sup>61</sup>*

Negli USA ci sono già tentativi di Guide realizzate da gruppi assicurativi. Il primo è quello ideato da Well-Point, il più grande gruppo assicurativo americano, per costruire una vera e propria «hit parade» dei medici, si basa sul giudizio dei 300 mila Clienti-utenti (pazienti) che hanno accettato di far parte della sua rete. I parametri che verranno 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 medicina può essere dirompente.<sup>62</sup> Già oggi alcune riviste (es. il settimanale US News and World Report) vengono consultate da chi vuole scegliere il miglior ospedale, il miglior liceo o la scuola di specializzazione più adatta per i propri obiettivi professionali. Negli USA il «ranking» è come uno sport nazionale: oltre alla naturale predisposizione degli americani, vi è Internet che facilita la selezione basata sul voto. Con l'avvento della sanità elettronica, i siti specializzati (es.: Revolution Health), oltre ad offrire una miriade di nuovi servizi, spingono i loro utenti a esprimere un giudizio «on line» sui servizi sanitari che hanno utilizzato.

Qui di seguito sono riportati alcuni esempi di simboli e tabelle per sintetizzare il livello della relazione tra operatore sanitario e cliente-utente (paziente, parente) .

Esempi di simboli x giudizio:

??	non visita i ricoverati, ma solo i corridoi del reparto !
?	non giudicabile, mai visto in corsia ricoverati !
☹☹	molto negativo, competenze relazionali nulle (fastidio a parlare con i Clienti-utenti)
☹	negativo, competenze relazionali insufficienti
☹😊	misto tra il negativo ed il neutro, a seconda degli operatori
😊	neutro, nè positivo nè negativo
😊😊	misto tra il neutro ed il positivo, a seconda degli operatori
😊	positivo, competenze relazionali sufficienti
😊😊	molto positivo, competenze relazionali eccellenti. Nel caso di primario, ha competenze relazionali e visita i ricoverati

<sup>61</sup> 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.)

<sup>62</sup> Hepatitis C Patients Could Benefit From Physician Survey, Hepatitis Central, 2<sup>nd</sup> November 2009  
(Link: [http://www.hepatitis-central.com/mt/archives/2009/11/hepatitis\\_c\\_pat.html](http://www.hepatitis-central.com/mt/archives/2009/11/hepatitis_c_pat.html))

Esempi di tabelle per giudizio sulla qualità della relazione:

Pronto Soccorso						(Esempio)
	Primario	Dottori	Dott.sse	Infermieri	Specialisti	
XL medicina		😊	😊 😊	😊	😊	
XL oftalmico					😊	
FX medicina		😊	😊	😊	😊	
FX oftalmico				😞	😞	
SP medicina		😊		😊	😊	

Reparto Nefrologia						(Esempio)
	Primario	Dottori	Dott.sse	Infermieri	C.Chirurgo	
XL Ambulator			😊			
XL Ricovero	😊 😊	😊	😞	😊	😊	
XL Pre-dialisi			😞			
FX Ricovero	? ?	😊	😊	😊		

Reparto Dialisi						(Esempio)
	Primario	Dottori	Dott.sse	Infermieri		
XL			😊	😊 😊		
FX		😞 😞		😊		
CAL SY-MI		😊	😊	😊 😊		
CAL D-TG		😊 😊		😊 😊		
CAL S-TG		😊		😊 😊		

Reparto Medicina Generale						(Esempio)
	Primario	Dottori	Dott.sse	Infermieri		
XL Ricovero 1	?	😊	😊	😊		
XL Ricovero 2	?	😊	😊	😊		

Reparto Cardiologia						(Esempio)
	Primario	Dottori	Dott.sse	Infermieri		
XL Terap intensiva	?	😊	😞 😊	😊		
XL Ricovero	?	😊	😊	😊 😞		

Infine, non dimentichiamo l'utilità anche di una **Guida ai Medici di base con livello di soddisfazione dei Clienti-utenti** che potrebbe essere realizzata secondo metodologie simili a quelle per ospedali.

## Conclusione

### **Orientamento continuo all'Innovazione**

In un Mercato libero, un'impresa per essere sempre competitiva deve essere orientata all'innovazione in maniera continuativa nel tempo, inoltre deve perseguire un giusto bilanciamento tra i vari tipi di innovazione e tra tutti i settori del sistema azienda.

Gli incrementi di produttività derivanti dalle nuove tecnologie sono funzione solo del grado in cui all'innovazione di tecnologia si associa quello di processo (organizzativo e metodologico): senza questa ultima componente, le nuove tecnologie non producono effetti significativi sulla produttività e, più in generale, sullo sviluppo economico. In ogni caso, l'innovazione di tecnologie e di processo da sole non bastano, sono necessarie anche strategie di business chiare e condivise, risorse umane con mentalità "pro-attiva" e prodotti validi<sup>63</sup>. In pratica, il successo di un'impresa diventa duraturo solo nel caso di "innovazione a 360°" (o multidimensionale) continua nel tempo. Inoltre, è importante fare molta attenzione a non trascurare i bisogni e le abitudini di Clienti, fornitori, collaboratori per evitare disallineamenti molto pericolosi.

Per raggiungere questi obiettivi e far attecchire stabilmente nel DNA di un'impresa l'orientamento all'innovazione è necessario che ci siano, senza "grandi" discontinuità nel tempo, le seguenti condizioni minime:

1. clima e cultura aziendale:  
clima aziendale positivo e pervaso da entusiasmo , cultura del rischio "calcolato" (coraggio di innovare e rischiare) , spirito di gruppo (collaborazione, condivisione della conoscenza, ecc.);
2. disponibilità di risorse economiche:  
possibilità di investire "concretamente" in innovazione e capacità di sopportare/superare le conseguenze di eventuali errori/insuccessi;
3. disponibilità di talenti "empowered" :  
presenza di un mix di "talenti", cioè professionisti pro-attivi e creativi (strategist, marketer, designer, technologist, ecc.), "messi in condizione" di operare/creare ;
4. governance:  
linee guida per favorire la convivenza tra i diversi attori (talenti, meri esecutori, partner esterni, ecc.) ed evitare i conflitti o risolverli sul nascere;
5. orientamento al mercato:  
orientamento ai Clienti, attenzione ai concorrenti, ecc.;
6. presenza di un "vero" leader :  
il grande "leader" si distingue per: 1) avere sempre la visione globale del business ed il suo controllo, 2) percepire in anticipo l'evoluzione dei trend di mercato, 3) saper individuare, scegliere e motivare collaboratori supervalidi e pro-attivi, 4) impostare l'azienda in modo da assicurarne la crescita anche dopo la sua uscita di scena.

### **Cosa manca ancora nel SSN x il cambiamento ?**

Abbiamo visto che affinché 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

---

<sup>63</sup> Non solo cure mediche e/o esami strumentali, ma anche assistenza psicologica e/o logistica ! (vedere casi IEO e INT\_MI nel capitolo 2)

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

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<sup>64</sup>;
- c) gli utenti, specialmente i più anziani, non sono ancora consci di essere dei Clienti e non più dei semplici pazienti.

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
3. Movimento dei Clienti  
costituito da utenti consci dei propri diritti e della volontà di affermarli
4. Volontà politica neutra  
cioè orientamento del mondo politico ed amministrativo non totalmente sfavorevole al cambiamento
5. Altro ? Cosa manca ancora nel SSN per il cambiamento ?

---

<sup>64</sup> Amano definire gli utenti del SSN pazienti e non Clienti. Si sentono sminuiti nella figura professionale dall'ipotesi che i pazienti siano dei Clienti.

## 5. Appendice

### Lettere consigliate

- Barnard, Paolo (a cura di)  
DALL'ALTRA PARTE  
BUR-Futuropassato, 2006
- Benfanti, Laura  
Scambio ad alto rischio  
Corriere della Sera, 6 Marzo 2005
- Bolzoni, Giovanni  
Ipotesi di nuovo modello di ospedale  
Working paper, Febbraio 2006
- Busacca, Antonino G.  
COSTRUIRE LA FEDELTA'  
Il Sole 24Ore, 1998
- Ciceri, Michele  
Cio nella sanità, esistere o resistere ?  
Executive.it, Marzo-Aprile 2010
- Faiella, Maria Giovanna  
I Malati: "ci vuole più garbo in corsia"  
Corriere della Sera, 5 Dic. 2010, pag. 60
- Gaggi, Massimo  
I medici migliori votati dai pazienti  
Corriere della Sera, 23 ottobre 2007
- Kotler, Philip + Shalowitz, Joel + Stevens, Robert J.  
STRATEGIC MARKETING FOR HEALTH CARE ORGANIZATIONS:  
BUILDING A CUSTOMER-DRIVEN HEALTH SYSTEM  
Jossey-Bass, June 2008
- Kotler, Philip  
MARKETING MANAGEMENT  
Pearson Education, 2004
- Kotler, Philip + Clarke, Roberta N.  
MARKETING FOR HEALTH CARE ORGANIZATIONS  
Prentice Hall, USA 1987
- Maccarini, Maurizio E.  
Il sistema sanitario europeo: solidarietà e sussidiarietà – Capitolo 5 (pp. 133-163).  
in: L. VIOLINI (a cura di),  
SUSSIDIARIETÀ E DECENTRAMENTO, APPROFONDIMENTI SULLE ESPERIENZE EUROPEE E  
SULLE POLITICHE REGIONALI IN ITALIA, Guerini e Associati, Milano, 2003.
- Maccarini, Maurizio E. + Onetti, Alberto  
Health Expenditure and Organisational Model (Section 1).  
in: INTERNATIONAL CENTER FOR STUDIES AND RESEARCH IN BIOMEDICINE;  
Health Systems in Industrialised Countries, Cacucci Editore, Bari, 2000

- Malliani, Alberto  
Medico, impara ad ascoltare il tuo paziente  
Corriere della Sera, 4 Sett. 2005, pag. 47/56
- Martini, Mauro  
Il Management in sanità pubblica  
Azienda USL di Ferrara, Slide relazione
- Pallme, Oscar  
Come innovare a 360° la Sanità pubblica  
*Importanza dell'orientamento alla creazione di "valore per il Cliente" anche nel SSN.*  
Working paper, Dicembre 2010 (<http://www.pallme.com/Reports>)
- Pallme, Oscar (a cura di)  
MARKETING MULTIDIMENSIONALE: CONDIVIDERE VALORE PER RESTARE COMPETITIVI  
Assolombarda, Febbraio 2010
- Pallme, Oscar  
Marketing a 360°: perchè e come  
My[M]arketing.net, Febbraio 2010 ([http://www.pallme.com/it\\_articoli.htm](http://www.pallme.com/it_articoli.htm))
- Pallme, Oscar  
Fatti e misfatti nella relazione con il Cliente  
My[M]arketing.net, Febbraio 2009 ([http://www.pallme.com/it\\_articoli.htm](http://www.pallme.com/it_articoli.htm))
- Pallme, Oscar  
Quale Marketing per il Settore Pubblico ?  
My[M]arketing.net, Sett. 2008 ([http://www.pallme.com/it\\_articoli.htm](http://www.pallme.com/it_articoli.htm))
- Pallme, Oscar (a cura di)  
MERCATO-INNOVAZIONE-MERCATO: IL CIRCOLO VIRTUOSO PER RESTARE COMPETITIVI  
Assolombarda, Nov. 2007 (Abstract: <http://managementeinnovazione.blogspot.com/>)
- Pallme Oscar  
Marketing e Innovazione: impresa "customer centric"  
My[M]arketing.net, Agosto 2007 ([http://www.pallme.com/it\\_articoli.htm](http://www.pallme.com/it_articoli.htm))
- Pallme, Oscar  
Osservazioni sul Sistema Sanitario in Italia  
*Esempi pratici di cosa avviene nel Sistema Sanitario italiano, sulla base di esperienze realmente vissute dai pazienti sia con Medici di base sia in Ospedali. Suggestioni sui cambiamenti necessari e su come progettare e sviluppare un progetto di innovazione.*  
Working paper, 2006 (<http://www.pallme.com/Reports>)
- Pallme, Oscar  
Vantaggi e rischi dell'economia integrata  
Impresa & Stato (Rivista della Camera di Commercio di Milano), Settembre 2001
- Pascali, Alfredo  
Sintesi modulo formativo su Marketing e CRM per le Aziende Sanitarie  
Università Cattolica - IEO di Milano, 2006; Slide relazione
- Pellicelli, Giorgio  
STRATEGIE D'IMPRESA  
EGEA, 2005

- Sparvoli Antonella  
Con il computer in corsia meno interazioni tra farmaci  
Corriere della Sera, 18 settembre 2010
- Thomas, Richard K.  
MARKETING HEALTH SERVICES  
Health Administration Press – AUPHA Press, USA 2005
- Thompson, Ed  
Come differenziare le iniziative CRM e CEM  
Executive.it, Marzo-Aprile 2010

## Profilo autore

Oscar Pallme ha conseguito la Laurea in Ingegneria meccanica, con il massimo dei voti e lode, e poi si è specializzato in International Business.

Fino al 1997 ha operato come manager e maturato esperienze aziendali (business globalization, gestione operativa, marketing strategico ed operativo, export sales, new business identification and development) in campo internazionale presso importanti gruppi multinazionali operanti nel settore Business-to-Business.

Dal 1998, in qualità di consulente di direzione e/o “libero pensatore”, opera nelle aree Business Strategy, Marketing & Sales, International Business ([www.pallme.com](http://www.pallme.com)).

Si occupa anche di tematiche relative a “Management & Innovazione” e all'impatto delle Tecnologie dell'Informazione sulle varie funzioni aziendali e sulla qualità della vita. Coordina progetti di benchmarking e analisi di mercato, organizza convegni e incontri tematici, scrive articoli e report riguardanti gli scenari in evoluzione, i modelli di business, le metodologie di management, l'innovazione a 360° e le tecnologie dell'informazione a supporto del business.

Viene invitato a tenere relazioni in occasione di convegni e seminari organizzati da Enti, Associazioni imprenditoriali e professionali. In particolare relatore a: SMAU, ciclo di workshop (in)formativi sui temi dell'innovazione; “InnovAction” (Udine), ciclo di seminari nell'ambito della Fiera dell'Innovazione organizzata da Regione Friuli; “Imprese x Innovazione”, ciclo di seminari del network Confindustria.

E' stato membro della Giunta FITA-Confindustria (Federazione Italiana Terziario Avanzato), oggi Confindustria Servizi Innovativi e Tecnologici, nel periodo 2002-2004.