



Rewind: there's a way to do it better

**Gli otto punti per innovare
la sanità italiana**

Advisory

[kpmg.com/it](https://www.kpmg.com/it)



Una ricetta semplice ed ancora attuale, ma non facile

La pandemia esplosa nel nostro Paese ha visto tutti i nostri interlocutori impegnati nel fronteggiarla e noi stessi concentrati nel supportare, più di sempre, i nostri clienti (regioni, ASL e ospedali in primis). In questo momento pensiamo che sia necessario più di prima impostare una strategia coraggiosa per affrontare il futuro con un obiettivo prioritario: riqualificare le strutture sanitarie in modo da attuare per tempo le necessarie innovazioni di processo e di sistema capaci di trasformare i modelli di servizio, recependo i flussi di innovazioni di prodotto.

Il lavoro che segue è introdotto dalle parole illuminanti del prof. Cingolani - "Basterebbe una regola semplice: il tempo ha un costo".

Riteniamo che questo momento debba essere vissuto come occasione per "cercare un sano bilanciamento tra la necessaria accuratezza ed il tempo che si impiega a terminare un processo amministrativo. Se resteremo lenti, perderemo competitività." e probabilmente questa volta non saremo più in grado di riprenderci.

Partiamo da questa domanda: siamo tutti a rischio allo stesso modo? In verità no. È emerso con chiarezza nel periodo dell'emergenza. Ancora una volta i più a rischio sono le persone più fragili, gli anziani più di tutti, e le persone affette da patologie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, i disturbi cardiovascolari e quelle che determinano un deterioramento cognitivo. Sono tanti, tantissimi se ci confrontiamo con altri Paesi, il doppio ogni 100 abitanti rispetto alla Cina. Nonostante questo, invecchiamo e pensiamo che sia sufficiente aumentare posti letto all'interno di una qualche struttura.

Basta dotarsi di un ospedale in più? Probabilmente no se non abbiamo del personale sanitario adeguatamente preparato a curare chi in questi luoghi si presenta e domanda assistenza e cura. Il personale non c'è. La carenza di risorse umane è un'emergenza che travolge le strutture sanitarie di tutto il mondo. Dobbiamo necessariamente ripensare i modelli di servizio, cambiare il mix di competenze, riqualificare le responsabilità e le attività con l'obiettivo di migliorare l'esito complessivo delle cure prestate.

Tutto è molto semplice, in guerra: ma ciò che è semplicissimo non è facile. Le difficoltà si accumulano e producono, nel loro complesso, un attrito, che non ci si può raffigurare esattamente senza aver veduto la guerra.

Della Guerra. Carl von Clausewitz

In questo lavoro presentiamo 8 spunti di riflessione che si aggiungono ai tanti di questi giorni. Inutile dire che, prima del Coronavirus, eravamo in tanti a segnalare che quello che stava succedendo non ci andava bene. Avevamo tutti la sensazione che il settore non stava andando nella direzione che avrebbe dovuto. Abbiamo imparato a tenere sotto controllo i costi. L'innovazione arriva ad una velocità che il mondo non aveva mai sperimentato prima.

È arrivato il momento di approfittare dell'innovazione per rivedere le nostre organizzazioni, le nostre strutture sanitarie, i nostri processi, i nostri sistemi informativi, il nostro mestiere.

La sanità deve trovare il coraggio di disegnare nuovi modelli di servizio valorizzando le proprie eccellenze con progetti ambiziosi e pragmatici, facendo evolvere la relazione con il paziente ed il suo *caregiver*. Dovrebbe riqualificare gli ambienti di vita e valorizzare gli *asset* intangibili e studiare nuovi istituti giuridici inclusivi e coraggiosi. *Provider* (sia pubblici sia privati) e *supplier* dovrebbero guardare al di là dei tradizionali confini del loro *business*, investire sui dati e porre maggiore attenzione ai bisogni dei pazienti. Infine, forse non ce lo stiamo dicendo abbastanza, facciamo maggiore attenzione all'ambiente.

La ricetta come spesso accade è semplice anche se non sarà facile da realizzare: diamo un costo al tempo e, con serietà e severità, facciamo in modo di far diventare l'innovazione un'opportunità.

Alberto De Negri
Partner, Head of Healthcare

Donato Scolozzi
Associate Partner, Healthcare



Indice

"Basterebbe una regola semplice: il tempo ha un costo"	6
<i>Intervista a Roberto Cingolani</i>	
Invecchiamo, ma non basterà aumentare i posti letto negli ospedali	10
La carenza di personale sanitario è un problema globale	14
L'innovazione è un'opportunità, non un costo: 8 spunti di riflessione	18
Serve il coraggio di avviare progetti ambiziosi	20
Coinvolgiamo i pazienti: sono sempre più smart	22
Tuteliamo l'esercito nascosto dei caregiver	24
Servono regole coraggiose per approfittare delle innovazioni e condividere le competenze	26
I <i>big data</i> sono un'opportunità per conoscere e supportare il paziente	28
Tra offerta dei servizi e fabbisogno dei pazienti c'è spazio per nuovi servizi	30
L'industria potrebbe investire nell'evoluzione dei modelli di servizio	32
Abbiamo bisogno di un servizio sanitario più rispettoso dell'ambiente	34
"There's a way to do it better. Find it."	37

“Basterebbe una regola semplice: il tempo ha un costo.”

Intervista a Roberto Cingolani

Fisico e Chief Technology and Innovation Officer di Leonardo

Roberto Cingolani, fisico italiano, è Chief Technology and Innovation Officer di Leonardo ed è stato direttore scientifico dell'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT) di Genova, secondo la comunità scientifica, una realtà eccezionale nel campo degli istituti di ricerca di tutto il mondo. Nel suo discorso di saluto all'Istituto il prof. Cingolani ha esortato a lottare contro la burocrazia inutile e immotivata, la mediocrità e l'ipocrisia. La sua è una personalità visionaria fondamentale nello scenario di innovazione attuale.

D: Nelle aziende il passato è spesso fonte di stabilizzazione poiché fornisce le routine operative e cognitive che consentono di affrontare il futuro. Oggi però l'innovazione ci obbliga a guardare al futuro e cercare dei punti di riferimento ai quali 'agganciare dei tensori' per intervenire sulle direzioni intraprese nel passato. Professore, a cosa ci consiglia di agganciare i nostri tensori? Guardando alla ricerca, su quali settori dobbiamo orientare la nostra attenzione?

R: Sicuramente uno dei grandi settori su cui c'è tanto da fare e da studiare è la sostenibilità. Questo è un problema globale che riguarda tutti. Un problema che va dal cambiamento climatico alla biodegradabilità della plastica al ciclo dell'acqua. Il livello di emergenza che stiamo raggiungendo è alto. Un altro settore è quello della salute: sfide enormi, battaglie quotidiane contro malattie invalidanti e/o mortali, la genetica, l'ingresso del digitale, degli algoritmi in medicina, l'imaging: sono una frontiera enorme. Poi c'è tutta la parte dell'intelligenza artificiale che entra trasversalmente su manifattura, sistemi autonomi intelligenti e anche organizzazione sociale attraverso i big data per la fiscalità ad esempio. Poi credo che un'altra grande frontiera sia lo spazio. Quando si parla di spazio c'è da riscrivere tutto, questo perché quello che funziona sulla Terra non funziona fuori (dai materiali, all'elettronica, alla tecnologia). Quando si esce dalla Terra cambiano le regole ed è tutto da riscrivere.

D: Se penso a ciò che ci indica mi chiedo se e quando la ricerca in questi settori sarà in grado di condizionare l'economia reale. Forse semplifico, ma ho l'impressione che, soprattutto quando si parla di innovazione, si potrebbe provare ad orientare gli investimenti in ricerca coerentemente con il tempo necessario affinché questi possano avere un impatto. Mi sbaglio?

R: Esiste un livello di conoscenza, di ricerca assolutamente pura. Questa ricerca è spinta dalla curiosità e riguarda materie scientifiche ed umanistiche. Serve per creare il substrato culturale da cui può scaturire poi l'innovazione. Quindi, fermo restando che deve esserci una ricerca culturale spinta dalla curiosità, questo non vuol dire che si possa fare quello che si vuole. Se si fa una ricerca di natura, diciamo 'esclusivamente culturale', ci si aspetta che questa porti dei contenuti epocali dal punto di vista della cultura. Quando si parla di innovazione, ed in particolare l'innovazione tecnologica, se da un lato non possiamo aspettarci un trasferimento di quello che si fa dopo un anno, penso che sarebbe opportuno darci una 'regola' chiara: non basta che a me piaccia una cosa che sia tecnologicamente rilevante perché io possa farla per 30 anni senza che venga utilizzata e nessuno la metta in discussione. Dipende molto dal tipo di piano che si ha. Sono questioni delicate, difficili da semplificare, però se uno fa una ricerca tecnologica, o di tipo più applicativo, ci si aspetta che questa poi venga in qualche modo applicata. Ci deve essere un bilanciamento tra la ragionevolezza dell'investimento ed il valore di ciò che si trasferisce, perché il tempo ha un costo. In tecnologia è molto importante avere un piano, una road map, per sapere dove si va a parare, altrimenti il tutto diventa un 'gioco' molto costoso e basta.



“Credo che un'altra grande frontiera sia lo spazio. Quando si esce dalla Terra cambiano le regole ed è da riscrivere tutto.”



“Ci deve essere un bilanciamento tra la ragionevolezza dell'investimento ed il valore di ciò che si trasferisce, perché il tempo ha un costo.”



“Il problema è quando la burocrazia da meccanismo di controllo diventa il fine delle azioni.”



“I dipendenti di strutture pubbliche si devono sentire parte di un disegno più grande.”

D: Un grande tema che affligge il nostro Paese in generale e la sanità in particolare è la presenza di ‘contenitori eccessivamente burocratizzati’ non adatti alla spinta d’innovazione che sta travolgendo il mondo. Lei ha vissuto la complessità di fare innovazione tecnologica nel nostro Paese e nel mondo pubblico. Quali sono le sue esperienze e come ci consiglia di agire a riguardo?

R: Per quanto riguarda il tema della burocrazia in Italia, essa è garanzia che certe procedure e certi processi siano sviluppati correttamente, quindi serve. Il problema è quando la burocrazia da meccanismo di controllo diventa il fine delle azioni. In alcune situazioni all’intrinseca complessità delle aziende che si gestiscono, se ne genera dell’altra e si finisce che i processi, più che per produrre un risultato, servono all’adempimento di un percorso burocratico. Basterebbe una regola semplice: il tempo ha un costo. Se si desse un costo al tempo impiegato per portare a termine un processo amministrativo, ci si renderebbe conto che, se eccessiva, la burocrazia rischia di diventare dannosa. Si dovrebbe cercare un sano bilanciamento tra la necessaria accuratezza ed il tempo che si impiega a terminare il processo stesso. Se resteremo lenti, perderemo competitività. Chi fa il mio mestiere, in Italia, deve impegnarsi a ridurre al massimo i tempi, per quello che si riesce, considerando i tempi fissi di alcune procedure.

D. Le rivoluzioni in azienda camminano sulle gambe dei dipendenti. Oggi si ha come l’impressione che la modalità con cui si accede alle strutture pubbliche non sia del tutto adeguata per reggere la sfida. Lei però ci è riuscito. Cosa ci suggerisce?

L’Istituto Italiano di Tecnologia è una fondazione di tipo privato, dunque le regole di reclutamento sono agili e permettono la selezione in maniera più rapida ed efficace rispetto al settore pubblico, dove invece si colloca il Laboratorio Nazionale di Nanotecnologie. Quindi se ritenete di successo le due strutture allora significa che si può fare, a prescindere dal ‘contenitore’. Io penso che il problema più rilevante sia l’assenza di motivazione che spesso deriva dall’assenza di un progetto condiviso. A mia opinione è fondamentale che i posti pubblici rappresentino l’opportunità di lavorare in strutture con un target di interesse pubblico e con dipendenti che si sentano parte di ‘un disegno più grande’. Stiamo parlando di un tema culturale.

D: Esistono grandi dibattiti su chi dovrebbe gestire una struttura sanitaria. Il direttore generale di un ospedale dovrebbe essere un medico? Un infermiere? Un manager? Il medico conosce la cura, l'infermiere sa come prendersi cura del paziente, il manager conosce il controllo di gestione. Ma chi di loro è più adatto a gestire tutti questi aspetti insieme? Lei è uno scienziato ma è stato anche considerato una sorta di amministratore delegato dell'IIT. Quindi è così: chi gestisce deve essere un tecnico?

R: Il problema, secondo me, è che la dicotomia tra tecnico e manager è artificiosa. Esistono due tipi di persone: quelle serie e quelle non serie, e io assumo che una persona seria sappia gestire una struttura complessa capendo di cosa si tratta e avendo consapevolezza della gestione del budget. Mi disturba un po' che esista il dubbio che uno scienziato sappia gestire le cose, poiché secondo me spesso accade il contrario: chi pretende di gestire, in realtà non sa cosa gestisce. Sento dire: "Per guidare una struttura complessa non serve sapere cosa fa nel dettaglio". Non sono d'accordo: la conoscenza aiuta a gestire bene. Soprattutto a livello di grandi attività sperimentali e tecnologiche, è necessario esser bravi a gestire la parte scientifica anche dal punto di vista organizzativo. Nonostante nelle strutture complesse non ci sia un solo uomo al comando, bensì una struttura a suo supporto che può compensare le sue debolezze, non è accettabile che chi gestisce non conosca strumenti, tema e prodotto di questo sistema. Non importa se nasci manager o tecnico: nella classe delle persone competenti a capo di una grande infrastruttura, il tuo profilo deve essere completo e, se necessario a raggiungere tale obiettivo, un manager deve imparare contenuti tecnici e un tecnico deve imparare la metodologia manageriale.

D: Lei ha girato e gira il mondo. Da uomo e padre cosa pensa del nostro Servizio Sanitario Nazionale confrontandolo con le sue esperienze internazionali? È questo il Paese giusto dove far crescere i nostri figli?

R: Quando si parla di servizio sanitario, io penso che l'Italia sia un riferimento anche per gli altri Paesi nel mondo, sia per qualità dei medici ed in generale degli operatori sanitari, sia per il livello di socializzazione del costo dello stesso. Dal punto di vista delle capacità organizzative e dell'efficienza dell'utilizzo di risorse, di fatto, è vero: potremmo migliorare. Dobbiamo essere onesti però: il nostro Servizio Sanitario Nazionale è uno dei sistemi sanitari migliori al mondo. Da questo punto di vista siamo un buon Paese in cui crescere e il nostro Sistema Sanitario va tutelato. Dopodiché c'è ampio margine di miglioramento. Si pensi a quanto abbiamo detto sopra sulla burocrazia (al dare un costo al tempo), sulla gestione dei costi, sull'applicazione delle tecnologie (ad esempio i big data). È vero ci sono tante cose di cui dovremmo discutere. Ma sono ben altre le cose che mi preoccupano del Paese, per i miei figli.



"Non importa se nasci manager o tecnico: nella classe delle persone competenti a capo di una grande infrastruttura, il tuo profilo deve essere completo."



"Dobbiamo essere onesti: il nostro Servizio Sanitario Nazionale è uno dei sistemi sanitari migliori al mondo."

Invecchiamo, ma non basterà aumentare i posti letto negli ospedali



Negli ultimi anni la popolazione italiana è invecchiata e i trend previsionali mostrano che nel futuro saremo sempre meno e sempre più anziani. Ipotizzare che 'anziano' faccia rima con 'paziente' è una semplificazione fatta da chi sottovaluta il fenomeno. La sostenibilità del sistema sarà legata alla capacità che avremo di adeguare i luoghi dove viviamo e le nostre abitudini ai bisogni dei nostri cari

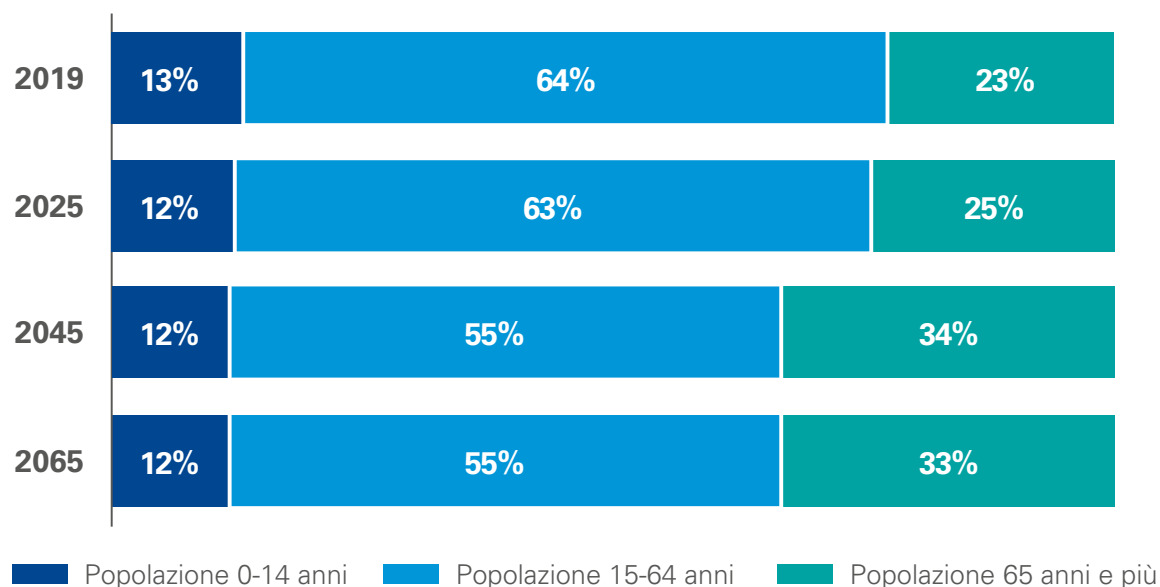
Attenzione ai reali bisogni degli anziani

Gli ultrasessantenni costituiscono ormai, in molti Paesi, una parte sempre più rilevante della società, anche in termini di incisività valoriale e influenza economica. I loro bisogni si stanno evolvendo coerentemente con quei valori di libertà, indipendenza, intraprendenza e pensiero critico che caratterizzano la loro generazione. Non è detto che chi parla di loro ne conosca davvero aspettative e bisogni.

I nonni saranno tre volte i nipoti

La struttura della popolazione sta cambiando: saremo meno e soprattutto meno giovani. Nel 2019 la popolazione italiana è stata stimata pari a 60,4 milioni di abitanti. Tuttavia è previsto un calo del 10% entro il 2065 che porterebbe l'Italia ad una popolazione di 54,2 milioni di abitanti. Soffriranno maggiormente il calo di popolazione le Regioni meridionali e le Isole (rispettivamente 24 e 23%). La popolazione attiva (tra 15 e 64 anni) diminuirà a ritmi sostenuti tra il 2019 e il 2065, passando da 39 a meno di 30 milioni; mentre quella anziana avrà una crescita rapida, passando da 15 a 18 milioni. L'indice di vecchiaia impennerà da 171 a 278: gli anziani saranno quasi il triplo degli *under14*.

Previsioni della struttura della popolazione italiana, 2019-2065



Fonte: elaborazione KPMG su dati Istat

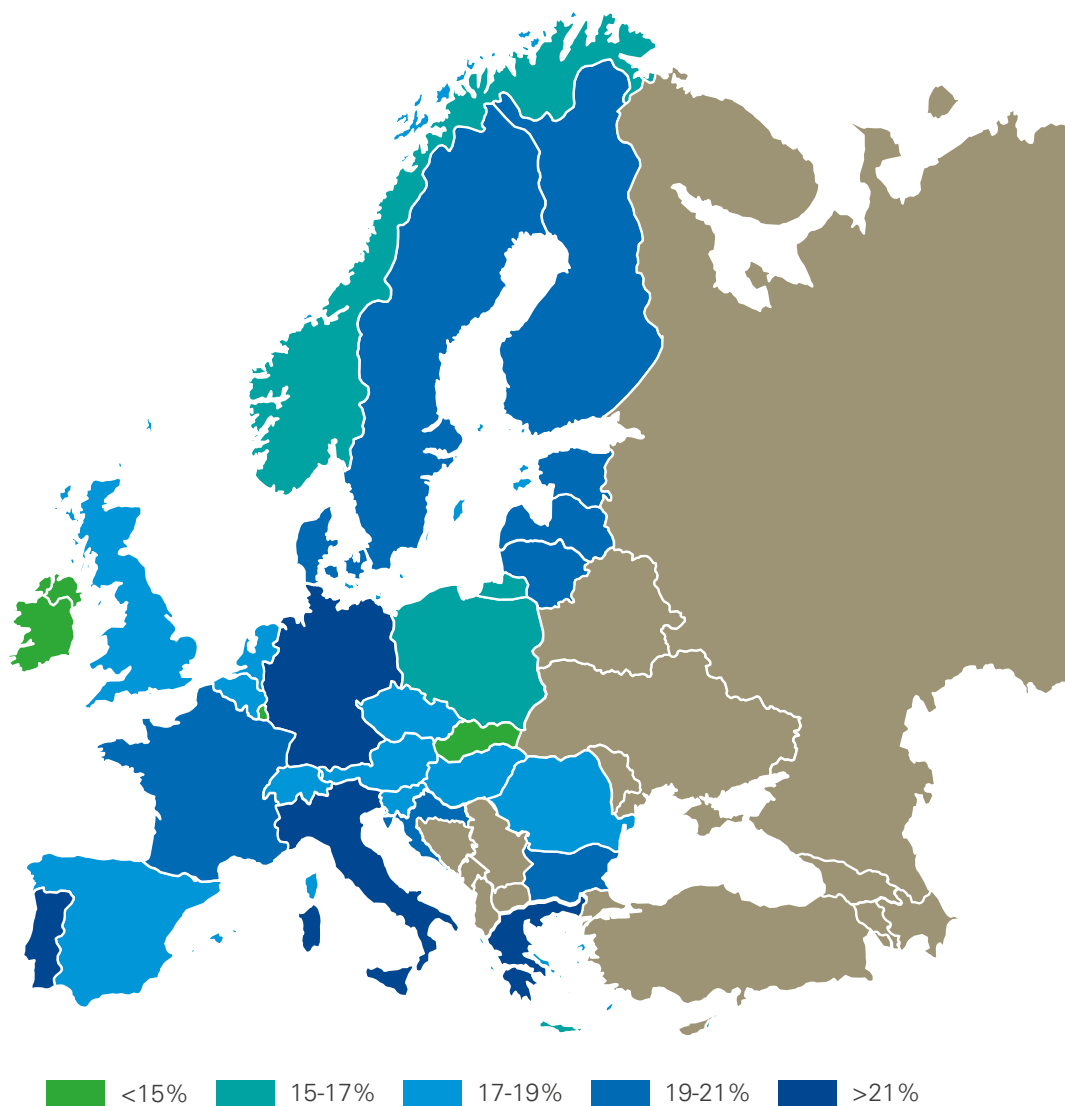
Italia: 1° in Europa per % *over65*

A livello europeo, la più alta percentuale di *over65* è registrata proprio in Italia (22,8%), seguita da Grecia, Germania e Portogallo. A livello globale, siamo secondi solo al Giappone

10° per aspettativa di vita in buona salute

L'Italia si colloca terza tra i 15 Paesi europei nella classifica sull'aspettativa di vita. Un 65enne in Italia ha un'aspettativa di ulteriori 22 e 19 anni di vita rispettivamente se donna o uomo. Tuttavia, considerando fattori che influiscono sull'aspettativa di vita in buona salute (*Health adjusted life expectancy*), l'Italia si posiziona decima. Ci si aspetta, infatti, che solo poco più della metà (il 54%) degli anni dopo il 65esimo anno di età saranno liberi da qualsiasi costrizione o limite.

% popolazione *over65*



Fonte: elaborazioni KPMG su dati EHLEIS

14° per capacità della società di adeguarsi a bisogni degli anziani

L'*Hartford Aging Index* identifica gli ambiti su cui valutare una società che invecchia con successo. L'Italia, nella classifica finale, si colloca 14esima sui 18 Paesi analizzati, in quanto registra una relativa sicurezza tra gli anziani (misurata su indicatori di reddito e spesa pubblica in *LTC*) ma pessime *performance* per ciò che riguarda equità, produttività, coinvolgimento e coesione sociale. In particolare, la nostra società si colloca ultima per equità, dove il *gap* di benessere e sicurezza economica è molto ampio tra i vari soggetti. Le lacune, tuttavia, non si limitano alla sfera economica: la coesione intergenerazionale e il coinvolgimento degli *over65* nella forza lavoro, rappresentano, in Italia, aree di miglioramento. Quel 22,8% di popolazione, non è più trascurabile, sia per dimensioni sia per necessità.



I nostri anziani sono attivi, con un'identità sociale ed economica riconosciuta e rispettata

Progressivamente, gli *over65*, si stanno posizionando con sempre maggiore autonomia nel tessuto sociale: la marginalità a cui sembravano destinati è un ricordo lontano. Il *gap* socio-culturale con il resto della popolazione sta diminuendo, mentre sta aumentando il ruolo che hanno nella società e nella famiglia. La fisionomia della generazione degli anziani è mutata non solo per grado di attività, ma anche per potenza di spesa: dall'analisi Censis 2015, per la prima volta emerge che la spesa per consumi delle coppie con un capofamiglia *over65* è superiore (di circa € 1.200 l'anno) a quella delle coppie con a capo un giovane di 18-34 anni.



"670.000 *over65* intendono procedere all'acquisto di pc, smartphone, tablet ed altri prodotti tecnologici..."¹

Sempre maggiore il bisogno di autonomia ed integrazione

Non tutti gli *over65* sono completamente autosufficienti: un crescente numero di anziani vive in condizione di autonomia ridotta: l'11% degli *over65* manifesta limitazioni gravi nelle *Functional Activities of Daily Living* (F-ADL), mentre ben il 30% manifesta limitazioni gravi nelle *Activities of Daily Living* (ADL). Una parte consistente, anche alla luce delle implicazioni causate dal coronavirus, richiede nuove forme di assistenza per migliorare la propria condizione di non autonomia fuori e dentro casa. Nonostante ciò, gli anziani non chiedono solo assistenza: vogliono socializzare ed essere autonomi. Sono meno della metà i non autosufficienti che si dicono soddisfatti della propria soluzione residenziale e anche coloro a cui piace, anelano ad una maggiore integrazione sociale. In questo scenario, è proprio l'ambiente esterno che gioca un ruolo fondamentale nel rimuovere le barriere alla partecipazione, compensando la perdita di abilità.

1 F. Morace (2016), ConsumAutori: I nuovi nuclei generazionali

La carenza di personale sanitario è un problema globale

La carenza di risorse umane è un'emergenza che travolge le strutture sanitarie di tutto il mondo. Tutto ciò mentre aumenta il fabbisogno di assistenza della popolazione. Il cambiamento del mix di competenze, responsabilità e attività nell'assistenza sanitaria potrebbe contribuire a migliorare l'erogazione dell'assistenza e di conseguenza gli outcome

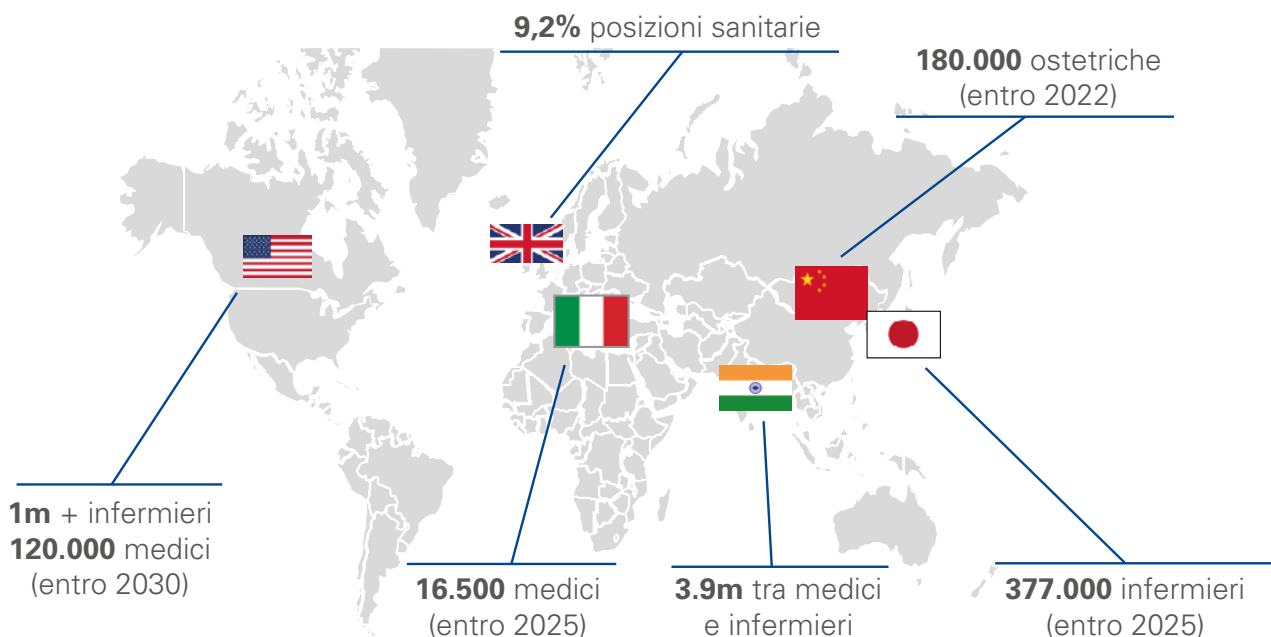
È pari a 18 mln la carenza stimata di operatori sanitari a livello globale

L'insufficienza di risorse, in particolare di risorse umane, essenziali per un'assistenza efficace, è un problema italiano e globale, che il coronavirus ha reso solamente più evidente. Entro il 2020, la domanda di operatori nella sanità crescerà fino a 80 milioni, che si dovrà scontrare con una carenza di circa 18 milioni di operatori sanitari, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa mancanza non sarà distribuita equamente tra i Paesi, ma sarà sperimentata ovunque.

Impossibilità di una stima certa della carenza di personale

L'Association of American Medical Colleges rivela che la carenza di personale medico si intensifica all'aumentare della popolazione e della sua età media. Entro il 2030, ci si aspetta che mancheranno ovunque tra i 41.000 e i 105.000 operatori sanitari, un range ampio che dimostra la difficoltà di effettuare stime e previsioni certe in quanto influenzate da numerosi fattori, tra cui le politiche di immigrazione, l'evoluzione demografica, le discontinuità politiche (es. Brexit) e la retribuzione. Consistente è anche l'impatto del fenomeno della 'fuga di cervelli' e della mobilità del personale sanitario in genere sulle stime della carenza di operatori.

Alcune stime della carenza di personale sanitario nel mondo, 2019



Fonte: Britnell, M. (2019). *Human. Solving the Global Workforce Crisis in Healthcare.*

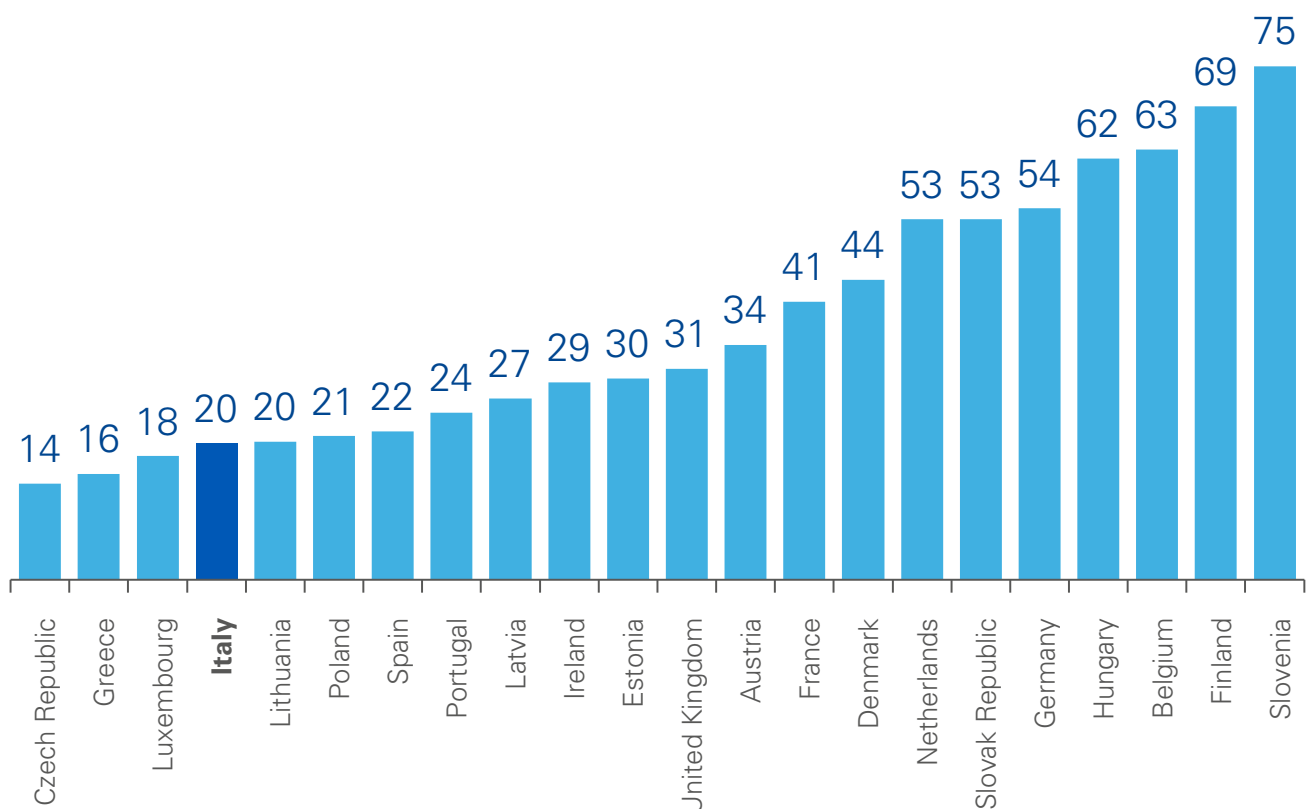
Attenzione al rapporto medici-infermieri

Sia secondo il rapporto OASI sia secondo quanto emerge dai dati Eurostat, in Italia il rapporto medico-abitanti, pari a 4 ogni 1.000, è in linea a quello osservato in Nazioni comparabili. Al contrario, il rapporto infermiere – abitanti, pari a 6 ogni 1.000, è meno della metà del rapporto delle Nazioni comparabili (13 ogni 1.000), pur presentando un profilo epidemiologico simile. Inoltre, le professioni sanitarie di cui c'è più bisogno non sembrano essere attrattive per i giovani italiani: solo 1 ogni 5.000 abitanti ottiene una qualifica riconosciuta per diventare infermiere, un numero nettamente inferiore rispetto alla media europea. Siamo il Paese con la più alta incidenza percentuale di medici oltre i 55 anni (53,1%), prossimi quindi all'età pensionabile ed un rapporto infermieri-medici che in media nazionale è di 2,5, ma con enormi variabilità interregionali (in Sicilia è 1,8, mentre in Veneto è 3,0).

Le esigenze assistenziali della popolazione anziana non sono soddisfatte

Non siamo in grado di soddisfare le esigenze assistenziali interne. Sempre più italiani cercano una 'badante', per sostituire i conti salati delle RSA e rimanere nella propria abitazione, tuttavia il bisogno è lontano dall'essere soddisfatto. Sono quasi 1 milione gli italiani assistiti da una badante che, con il 73% di probabilità, ha origine straniera ed il cui tasso di irregolarità stimato si aggira attorno al 60%.

Laureati in infermieristica (per 100.000 abitanti), 2018



Fonte: OECD (2018), Nursing graduates (indicator).

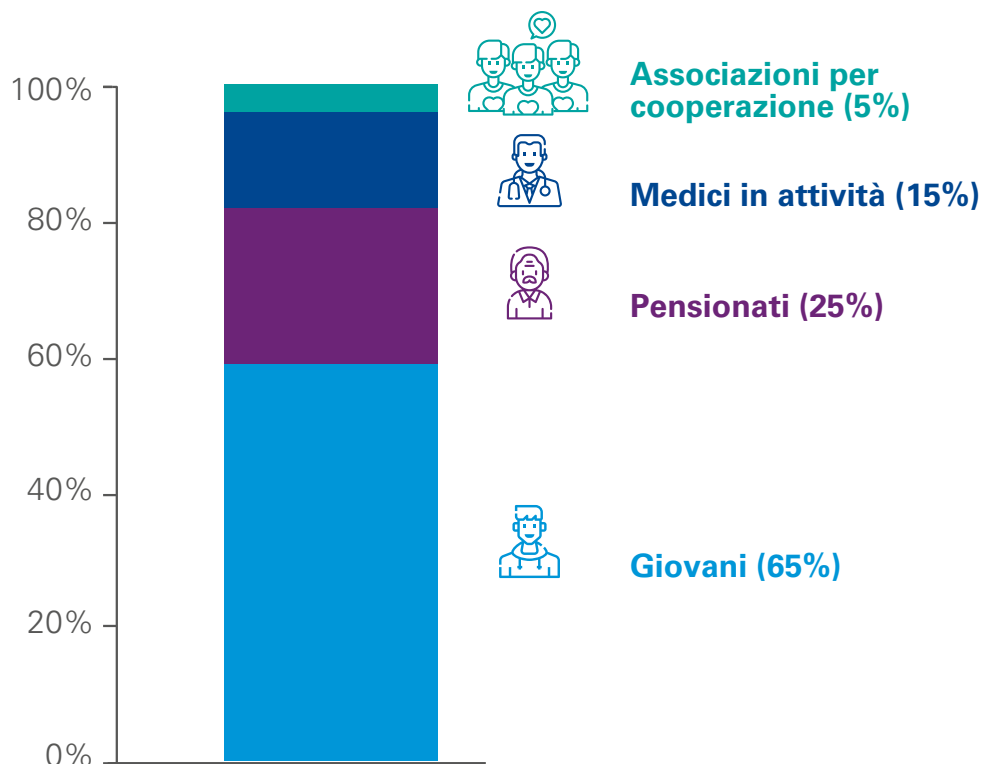
I medici vanno all'estero e nessuno vuole fare l'infermiere

In questo scenario già instabile, si deve tenere conto anche della fuga di migliaia di operatori sanitari all'estero. AMSI e UMEM contano 5.000 medici e 1.000 infermieri italiani che hanno presentato una richiesta di lavoro all'estero, in 5 anni. Il 65% di loro sono giovani, il 25% pensionati, il 15% medici in attività e il 5% appartenenti ad associazioni e comunità che si occupano di cooperazione. Questa grave emorragia di professionisti sta dissanguando il nostro Servizio Sanitario Nazionale, tanto da mettere a rischio l'erogazione delle prestazioni necessarie ai pazienti di varie Regioni.

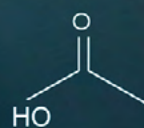
Minaccia o opportunità per il nostro Paese

Gli operatori sanitari, dunque, sono pochi e mal distribuiti: le professioni più richieste sono anche quelle meno ambite e spesso è riportato che le competenze possedute sono disallineate rispetto a quelle richieste. Questo, se da un lato spaventa, dall'altro fa emergere che un ridisegno delle competenze e delle responsabilità è fondamentale per rispondere ad una domanda di salute in cambiamento.

Medici che hanno richiesto il trasferimento all'estero negli ultimi 5 anni, per categoria



Fonte: elaborazione KPMG su dati Amis (2019)



L'innovazione è un'opportunità, non un costo: 8 spunti di riflessione

Per non farsi travolgere, sarebbe necessario più coraggio. Dovremmo lavorare per un Servizio Sanitario più inclusivo dove l'innovazione, affrontata per tempo, potrebbe non rappresentare più solo un costo da finanziare, ma un'opportunità per riqualificare gli attuali modelli di servizio e le competenze dei suoi operatori. Dobbiamo allenarci a riconoscere l'innovazione, cambiare i processi per sfruttarne il potenziale ed adeguare di conseguenza le regole del Sistema con un occhio all'ambiente ed al futuro dei nostri figli

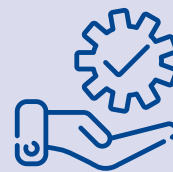
“Productivity isn't everything, but, in the long run, it is almost everything”²

Parlare di produttività, in sanità, è difficile. Se da un lato è vero che tutto può essere misurato, a patto di dividerne le metriche ed i dati di base, dall'altro è necessario sottolineare che in sanità vi è un'intrinseca difficoltà nella misurazione di alcuni costi (specialmente quelli sociali) e soprattutto dei benefici.

Così, ciò che viene chiamato efficienza, troppo spesso viene ridotto ad economia, o meglio 'risparmio', che poi porta a tagliare costi tangibili a prescindere dall'impatto che questi tagli potrebbero avere sui benefici intangibili. Inoltre, essendo il contatto umano il cuore del servizio sanitario (parliamo di esseri umani che si prendono cura di altri esseri umani) risulta sempre estremamente difficile misurare *input*, *output* e *outcome*.

Nonostante sia sfidante, l'abilità che ha un Paese di migliorare il proprio tenore di vita nel tempo dipende quasi interamente dalla sua abilità di incrementare la produzione per lavoratore ed è proprio ciò che la sanità fatica a fare.

Globalmente, la produttività sanitaria è circa la metà di quella degli altri settori dell'economia e, considerando che negli ultimi 60 anni la crescita di spesa è aumentata nei Paesi OECD del 2% in più rispetto alla crescita del PIL, è legittimo chiedersi se il Servizio Sanitario, senza tangibili interventi, sulla produttività possa ancora essere sostenibile nel lungo termine.



Servono metriche condivise per misurare la produttività in sanità

² Paul Krugman, The Age of Diminishing Expectations (1994)

Serve il coraggio di avviare progetti ambiziosi



La discrepanza tra le competenze richieste e quelle effettivamente disponibili è evidente. In alcuni aspetti lavorativi, risultano essere *overskilled* (underskilled) il 70% (50%) di medici e 80% (40%) di infermieri.

Sono sempre meno i dipendenti del SSN

Sono quasi 650.000 secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato i dipendenti del SSN nel 2017. Quasi 111.000 i medici, 331.000 gli altri operatori sanitari e 205.000 il personale non sanitario, rispettivamente il 5,4%, 4,3% e 9,1% in meno rispetto al 2010. La diminuzione di personale coinvolge ogni territorio e ogni tipologia di operatore nel settore sanitario per una riduzione complessiva di più di 40.000 dipendenti in 7 anni.

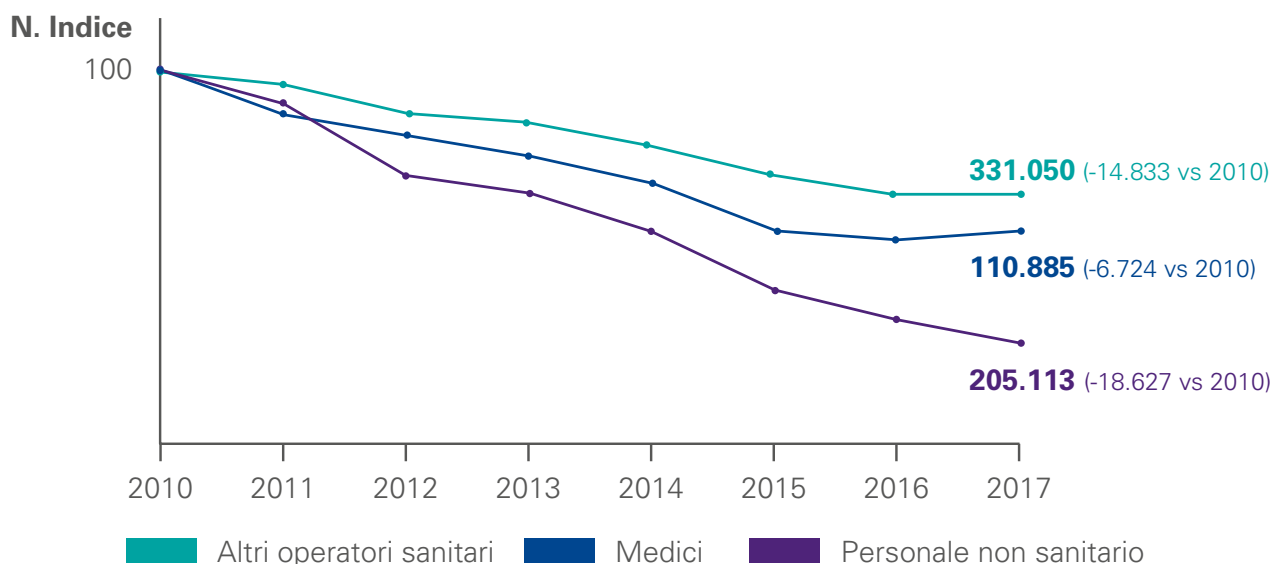
Non sempre le abilità sono coerenti con quello che servirebbe

Uno studio OECD ha raccolto in diversi Paesi evidenze sul disallineamento tra le competenze che medici e infermieri hanno e quelle che invece servirebbero per svolgere al meglio le loro funzioni. Nel Regno Unito, il *Royal College of Nursing* stima che il 18% del tempo di un infermiere è occupato da lavori burocratici non essenziali e la *British Medical Association* riporta che il 15% del tempo dei medici tirocinanti è occupato nello stesso modo. In questo scenario nel nostro Paese i giovani laureati nei ruoli non sanitari, ad esempio, sono meno del 3,5%, mentre i ruoli di direzione sanitaria sono tra quelli con meno disponibilità. Il SSN si preoccupa di selezionare i *top manager* ma non è noto un disegno su come sviluppare la classe dirigente futura.

Non abbiamo molto tempo

Se da un lato è necessario strutturare un progetto di sviluppo dei professionisti del futuro, dall'altro le aziende sanitarie e le Regioni dovrebbero riuscire a bilanciare due esigenze parallele e contrastanti: mantenere l'operatività aziendale e al contempo trasformare le attività per sopravvivere e restare al passo con i tempi.

Indice e unità di dipendenti del SSN italiano, 2010-2017



Fonte: Rapporto OASI 2019

Il progetto come *driver* del cambiamento

Un progetto coinvolge un team di persone con diverse abilità, motivazione e *background*. E proprio questa è la sua forza. La natura unica, incerta e temporanea del progetto crea la predisposizione nei membri del team per rimettersi a studiare ed affrontare i cambiamenti. Lavorare per obiettivi incrementali, generare vantaggi misurabili in tempi brevi, potrebbe, inoltre, essere la soluzione per lo sviluppo nel lungo periodo ed un buon modo per prendere coscienza del costo del tempo. Tra le diverse modalità di formazione (lezioni frontali, *e-learning* e *learning by doing*) il *learning by doing* consente di trattenere il massimo di ciò che si apprende, perché consente di sbagliare e conseguentemente di identificare delle strategie per superare gli errori commessi, perché l'esperienza pratica genera emozioni (negative in caso di fallimento, positive in caso di successo) rendendo più efficace l'apprendimento.

Serve il coinvolgimento diretto del Direttore Generale

Perché questi progetti possano contemporaneamente generare un cambiamento ed un'opportunità di sviluppo del *team* è necessario il coinvolgimento delle direzioni strategiche. Questo non significa che se si dovesse sviluppare un sistema informativo il Direttore dovrebbe scriverne il codice. Piuttosto, il Direttore dovrebbe avere il compito di motivare la squadra con il suo coinvolgimento attivo, di spingerla a generare risultati tangibili, di condividere con la squadra e con gli *stakeholder* metriche per misurare i risultati raggiunti, di scegliere con cura i propri partner esterni come facilitatori del cambiamento. Non solo: il *team* ha bisogno di una linea di formazione che deve essere attentamente seguita e condivisa dalla direzione, come garante di un percorso di crescita e rieducazione.



Con progetto definiamo un'organizzazione temporanea creata allo scopo di realizzare uno o più prodotti aziendali secondo un *business case* concordato.

Coinvolgiamo i pazienti: sono sempre più *smart*

Necessario un maggior coinvolgimento del paziente

I sistemi sanitari stanno lentamente interiorizzando l'importanza di coinvolgere il paziente, responsabilizzarlo e conferirgli un ruolo attivo nel prendersi cura di se stesso. Numerose ricerche hanno dimostrato che pazienti in possesso di abilità e volontà di occuparsi della propria salute, ottengono risultati migliori a costi più bassi rispetto a pazienti meno attivi. In particolare, studi condotti dal centro di ricerca *EngageMinds Hub* dell'Università Cattolica, dimostrano che pazienti poco coinvolti nel processo di cura rischiano 10 volte di più di incorrere in ricadute e/o aggravamenti rispetto a pazienti con alto engagement. Inoltre, sembra che la spesa sanitaria mensile *out-of-pocket*³ raddoppi quando la persona non si sente protagonista del proprio percorso socio-sanitario.

Tanto lavoro da fare

Il settore sanitario è arretrato di più di un decennio, rispetto ad industrie come quella dei beni di consumo o quella bancaria, nello sviluppo della capacità del cliente di creare valore per se stesso. Per coinvolgere i pazienti bisogna ripensare e riprogettare molto dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale: dalla ricerca ai modelli di servizio, dalla modalità con cui sono prese le decisioni su approccio terapeutico e terapia a come sono giudicati gli *outcome*.



*"Nothing about me,
without me"*

Collaborazione medico-paziente come *partnership*

La sempre maggior facilità con cui i pazienti ed i loro care *giver* hanno accesso all'informazione medica sta generando la richiesta da parte di sempre più pazienti di partecipare alle scelte che li riguarda. Se non vogliamo fermare il progresso dobbiamo pensare che nel medio periodo dovremo ridisegnare la relazione tra medici e pazienti. Per farlo potremmo dare ai medici gli strumenti necessari per gestire un processo decisionale condiviso e ai pazienti gli strumenti per assumere maggiori responsabilità (anche nella selezione delle fonti sulle quali si documentano). Si pensi poi al sempre maggiore terreno guadagnato da strumenti interconnessi, come piattaforme dove i pazienti possono accedere a informazioni, consigli e trattamenti, o dispositivi indossabili (*wearables*).

³ Spese "di tasca propria", rappresentano le spese a carico della persona o della famiglia sostenute per prestazioni sanitarie

La responsabilizzazione del paziente non è un intervento una tantum

Group Health Cooperative, organizzazione sanitaria senza scopo di lucro di Seattle (acquisita da Kaiser Permanente), ha sperimentato politiche di coinvolgimento del paziente nel processo decisionale. Essa ha condotto degli studi su 12 condizioni che permettevano una scelta da parte del paziente (tra cui gli interventi all'anca e al ginocchio), in cui si è dimostrato che responsabilizzare il paziente, ad esempio tramite siti o video informativi sul programma di cura, portava ad un generale miglioramento della qualità del servizio (in alcuni casi anche ad una diminuzione di interventi) senza costi aggiuntivi. Questi risultati positivi hanno poi incoraggiato *Group Health Cooperative* a creare dei processi decisionali integrati per approssimativamente 250 condizioni, migliorando non solo la qualità del servizio, ma anche l'esperienza del paziente, che si trova a suo agio con l'opzione di cura, attraverso un quadro più completo della situazione. È necessario formare il personale ad avere un rapporto trasparente e collaborativo con i pazienti, anche inserendo nel flusso di lavoro degli *step* obbligati di informazione e confronto. Questo processo è continuativo e richiede periodiche revisioni per essere integrato al meglio nel percorso di cura.

Programma di coinvolgimento del paziente in 4 step



Formazione dei fornitori



Integrazione del supporto decisionale nel flusso di lavoro



Compilazione questionario *feed-forward* da parte del paziente



Feedback su base trimestrale al medico di base

Fonte: *Group Health Cooperative*

Tuteliamo l'esercito nascosto dei *caregiver*

Un *gap* di offerta per gli anziani non autosufficienti

Gli anziani non autosufficienti che necessitano di un aiuto per affrontare la vita quotidiana sono ben 2,8 milioni e, secondo le stime più recenti, solo il 50% di essi è preso in carico dall'offerta di servizi esistente (domiciliare, semi-residenziale, residenziale). Un altro 35% ricorre al badantato, soluzione alternativa che coinvolge poco meno di 1 milione di badanti nel 2017, di cui quasi il 60% è irregolare. Il *gap* di offerta è evidente: circa 440.000 anziani non autosufficienti vedono insoddisfatta la propria domanda di servizi assistenziali, che spesso è colmata dai familiari.

L'aiuto silenzioso della famiglia

Mai come in questo momento di distanziamento sociale ci è chiaro come il ruolo dei familiari è fondamentale nella cura degli anziani: l'Italia si colloca al primo posto per numero di adulti coinvolti nel *caregiving* informale dei familiari, con una percentuale pari al 16%, rispetto ad una media OCSE del 10%. Queste persone, principalmente donne, diventano parte integrante di una forza lavoro (generalmente non retribuita), che spesso è costretta a rinunciare a lavori a tempo pieno e a parte della propria vita sociale per prendersi cura dei propri cari. Tuttavia, l'indice di dipendenza tra *over65* e popolazione attiva sta diminuendo: se nel 2010 erano ben 3,07 gli adulti ogni anziano, la cifra si è ridimensionata a 2,80 nel 2018 ed è prevista calare a 1,65 entro il 2065. Il nostro sistema di *welfare* tradizionale non sarà più sostenibile, anche a causa dei cambiamenti interni ai nuclei familiari, composti da sempre meno membri e con una percentuale sempre maggiore di *over65* che vivono soli.

Anziani non autosufficienti, per tipo di servizio erogato, 2018



1.421.372

a carico di servizi istituzionali



983.695

a carico di badanti



442.747

senza servizi

Fonte: Elaborazioni KPMG su dati Cergas Bocconi 2018

Il tempo e la salute dei *caregiver* devono essere tutelati

Secondo stime OCSE, la prevalenza di disturbi mentali in familiari che si prendono cura degli anziani è di 1/5 più alta rispetto a coloro che non se ne occupano. Quindi, oltre ad un ovvio costo umano, il *caregiving* senza supporto esterno può creare una propria (ulteriore) domanda di assistenza sanitaria. È necessario, dunque, che vi sia un supporto non solo economico ma anche sociale a tutti quei familiari che passano una parte consistente della loro giornata ad occuparsi di un anziano: il loro tempo deve essere riconosciuto e salvaguardato.

Necessario intervenire sull'ambiente di vita

La risposta dovrebbe e potrebbe essere l'assistenza domiciliare, ma i 17 accessi annui di media ad assistito che caratterizzano questa tipologia di servizio nel nostro Paese non sono sufficienti per affrontare la complessità generata da un paziente polipatologico non stabile e con fabbisogno non esclusivamente sanitario. Una possibile ulteriore area di intervento potrebbe essere la valorizzazione del *caregiver*. I familiari possono rappresentare una risorsa per il SSN: destinare loro tempo e formazione, li potrebbe indirizzare nel compito impegnativo di prendersi cura di un familiare che diventa sempre più fragile e dipendente da loro. A ciò si potrebbe aggiungere una riqualificazione degli ambienti di vita per gli *over65* ancora parzialmente autonomi e in buona salute. Preservare la forza di questa fascia di popolazione è possibile attraverso l'istituzione di servizi a tutela di uno stile di vita salutare che soddisfino il duplice bisogno di socializzazione e intimità che caratterizza la 'terza età'.



A livello internazionale il *senior housing e assisted living* rappresentano una risposta a questi bisogni, attraverso alloggi singoli, accorpati, protetti, micro-comunità e residenze che tengono in considerazione anche la dimensione di fragilità degli anziani. In Italia il mercato di residenze dedicate esclusivamente a questa fascia è ancora acerbo: solo il 6,4% è destinato ad anziani autosufficienti, contro il 35,6% rivolto a non autosufficienti e il 38,2% a utenti con grado di autosufficienza mista.

Servono regole coraggiose per approfittare delle innovazioni e condividere le competenze

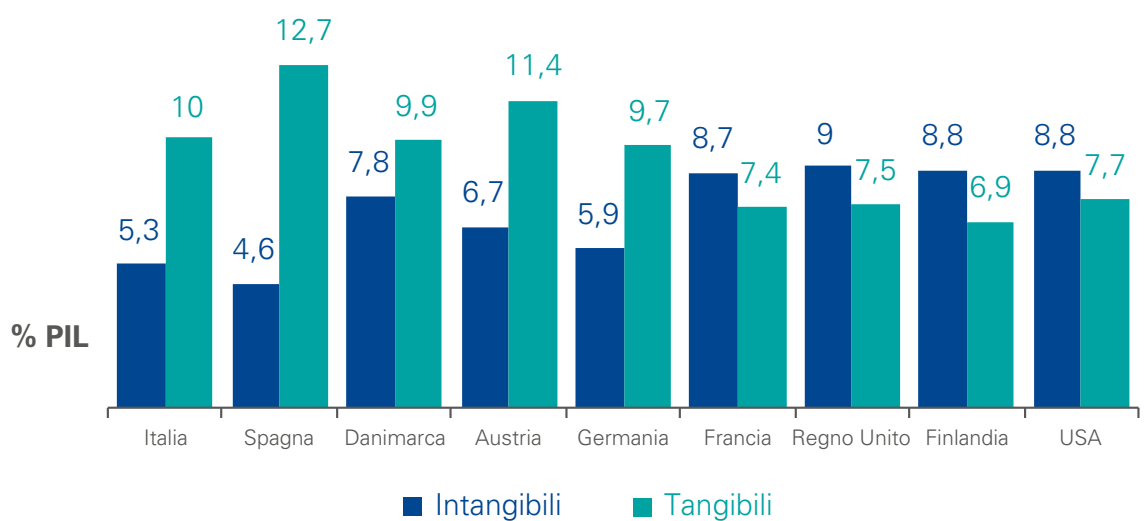
Un Sistema Sanitario reattivo

La crisi economico-finanziaria del 2008 ha costretto il SSN ad effettuare un robusto processo di razionamento della spesa, di azzeramento dei disavanzi e di convergenza inter-regionale degli equilibri finanziari, contribuendo in maniera significativa alla tenuta complessiva dei conti pubblici dello Stato. Il sistema istituzionale ha dimostrato, in questo contesto, una forte ed efficace competenza amministrativa nel governare e contenere i processi di spesa, tanto da arrivare ad azzerare quasi ogni forma di disavanzo dal 2012.

Un rischio per l'innovazione

Il contenimento della spesa è avvenuto spesso con logiche di razionamento, attraverso tagli delle risorse per alcuni fattori produttivi (personale, farmaci, privato accreditato, ecc.) e una drastica riduzione delle risorse per investimenti, causando un'obsolescenza media del parco tecnologico che si avvicina al 90%. Questo implica il rischio che la sanità del nostro Paese si avvii verso un progressivo degrado che, oltre a non consentire la ripresa nel lungo termine, non può che avere riflessi negativi sulla qualità dell'assistenza e delle prestazioni, nonché sul mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Investimenti intangibili e tangibili (% PIL, media 2000-2013)



Fonte: elaborazione KPMG su dati European Investment Bank (EIB)

Nuovi istituti giuridici come cornici del cambiamento

Il sistema salute è un universo in fase di espansione e diversificazione, considerando sia la crescita del perimetro dei consumi, che la differenziazione della natura e della missione dei produttori. Le innovazioni, che dovranno essere introdotte nei prossimi anni nel SSN, hanno una complessità e rilevanza non indifferente, tanto da richiedere una riflessione sul meccanismo istituzionale più adeguato per recepirle. Un sistema mutevole non può rimanere ancorato a logiche eccessivamente di controllo e contenitori estremamente burocratizzati, in quanto non darebbe spazio alla sperimentazione di necessarie innovazioni nei modelli di servizio. Le Regioni Asiatiche, durante l'attuale emergenza Covid, hanno dimostrato quanto la velocità nell'introduzione delle tecnologie (*app di contact tracing*) e delle politiche di restrizione sia stata un asso vincente per contenere l'emergenza e frenare la diffusione del contagio. È evidente, ormai, la necessità di creare istituti giuridici che favoriscano lo sviluppo di innovazioni gestionali e clinico assistenziali: si pensi solamente a quelle regolamentazioni relative al fabbisogno del personale che di fatto frenano l'utilizzo dei *robot*. Andrebbe invece valutato l'incremento di qualità del servizio derivante dal tempo che grazie al supporto di robot nelle mansioni più semplici gli operatori sanitari potrebbero destinare ai pazienti.

L'intangibilità è il segreto del successo

Il mercato porta numerosi esempi di capitalismo senza capitale. Guardando al bilancio di Microsoft, capiamo quanto il *Tech Giant* sia un modello dell'era contemporanea: le sue attività, che ammontano a \$70 miliardi, sono composte principalmente da cassa (\$60 Mld), mentre gli *asset* più tradizionali come 'impianti ed attrezzature' sono trascurabili (\$3 Mld). L'investimento effettuato è intangibile, in quanto si tratta di idee, conoscenza, *software*, *brand*, *network* e relazioni. Anche il nostro SSN ha accumulato nel tempo un grande potenziale garantito da sviluppi di competenze di analisi, stratificazione dei *database*, rapporti e sistemi di valutazione che, tuttavia, ad oggi non sono completamente sfruttati, soprattutto perché non messi a sistema e inseriti tra gli strumenti primari del SSN. Proprio questi *asset* dovrebbero diventare patrimonio diffuso su cui costruire il futuro della sanità.



"This is capitalism without capital. The type of investment that has risen inexorably is intangible: investment in ideas, in knowledge, in aesthetic content, in software, in brands, in networks and relationships⁴"

4 Haskel J., Westlake S. (2018) Capitalism without Capital: The Rise of the Intangible Economy

I *big data* sono un'opportunità per conoscere e supportare il paziente

I dati pubblici sono un *asset* importante per lo sviluppo

Secondo la Direttiva UE 2019/1024 del 20 giugno 2019 relativa all'apertura dei dati e al riutilizzo dell'informazione del settore pubblico, questa grande quantità di informazioni rappresenta, se utilizzata con intelligenza, "una fonte straordinaria di dati in grado di contribuire a migliorare il mercato interno e lo sviluppo di nuove applicazioni per i consumatori e le persone giuridiche". La trasformazione dell'economia è alle porte: le politiche di apertura dei dati, tra cui quelli sanitari, come evidenziato dalla pandemia che stiamo vivendo, possono svolgere un ruolo fondamentale nel promuovere l'impegno sociale nonché avviare e favorire lo sviluppo di nuovi servizi basati su modi innovativi di elaborare tali informazioni per poi usarle.

La protezione dei dati personali è a rischio

Tuttavia, la disponibilità e la condivisione dei dati sanitari suscitano non pochi dubbi relativamente al loro utilizzo intelligente. Infatti, all'apertura di questo patrimonio di informazioni, dovrebbe essere assicurato, al contempo, un livello coerente di tutela degli obiettivi di interesse pubblico, per esempio la sicurezza pubblica, soprattutto laddove siano interessate informazioni sensibili relative alla protezione delle infrastrutture critiche. Inoltre, in assenza di consenso esplicito da parte del cittadino, dovrebbe essere salvaguardata la protezione dei dati personali anche là dove le informazioni possono non presentare il rischio di identificazione di una persona fisica, ma possano comportare questo rischio, se associate ad altre informazioni disponibili.

Alcuni esempi di avanzamenti delle *big tech* nel settore sanitario

<p>3 marzo Samsung Entra in un programma diabete</p>	<p>16 luglio Amazon Compra Whole Foods (550 negozi)</p>	<p>24 gennaio Apple Personal Health Records (PHR) come parte del sistema operativo</p>	<p>27 febbraio Apple Annunciata AC Wellness: 2 cliniche per dipendenti (e famiglie)</p>	<p>27 maggio Google Inizia collaborazione tra Cloud Healthcare API e Fitbit</p>
2017		2018		
<p>16 maggio Alibaba Group Entra in Free Health Insurance</p>	<p>24 settembre Microsoft Lancia una nuova divisione sanitaria basata su software di IA</p>	<p>30 gennaio Amazon Healthcare Delivery per dipendenti</p>	<p>5 marzo Google API per la raccolta di dati e PHR</p>	<p>12 settembre Apple FDA approva la funzionalità ECG dell'Apple Watch</p>

I giganti della tecnologia sapranno gestire i nostri dati sanitari

Il nostro rapporto con la tecnologia sta cambiando radicalmente il nostro sistema sociale, culturale, economico e sanitario. Quando i pazienti avranno un controllo totale dei propri dati sanitari (attraverso portali, *app* per *smartphone*, *wearable*, ecc.) tutto sarà interconnesso, mentre i tradizionali sistemi sanitari saranno ancora solo intraconnessi. In questo scenario, non è da escludere la possibilità che molti dei giganti della tecnologia saranno conformi al GDPR molto più velocemente del Ministero della Salute, delle Regioni e delle ASL. Si pensi solamente alla piattaforma *cloud* di Amazon (AWS) con già più di 100 servizi idonei alla normativa HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*), a cui si attiene anche il *Cloud Healthcare* di Google o il criptaggio dei dati sanitari immagazzinati dall'utilizzatissimo *Apple Watch*. La gestione di enormi quantità di dati sanitari ha prodotto notevoli risultati in diversi Paesi: a partire dalla Francia, in cui sistemi di *machine learning* sfruttano 10 anni di dati per predire il numero di pazienti attesi negli ospedali parigini, fino ad arrivare in America, dove Kaiser Permanente, la più grande organizzazione assistenziale americana, ha implementato un sistema integrato di condivisione dei dati da *EHR* (*Electronic Health Records*) tra diverse strutture sanitarie, che ha prodotto \$1 miliardo di risparmi tramite la diminuzione di visite ambulatoriali e test di laboratorio. Le innovazioni dei *Tech Giants* che sfruttano i *big data* sanitari sono innumerevoli e fungono da esempio per un SSN ancora impaurito e poco preparato al cambiamento.

Gli operatori storici partono in vantaggio

Relativamente ai *big data*, le organizzazioni già esistenti da tempo hanno un vantaggio superiore rispetto alle *startup* e ai *big player* provenienti da altri settori, perché hanno già a disposizione un'ampia serie storica di dati e la clientela attuale con l'elevato numero di operazioni rappresenta una fonte continua di dati. La sfida più grande rimarrà quella di accedere, unire ed estrarre valore da tutti questi dati nel rispetto della *privacy* dell'individuo.

4 aprile

SpaceX

Spacebased Internet, coprirà tutto il mondo

18 giugno

Google

Partnership con Sanofi per un innovation lab

8 luglio

Microsoft

Partnership con Providence St. Joseph Health

24 settembre

Amazon

Amazon Care: clinica virtuale per i dipendenti

10 aprile

Google-Apple

Covid-19, collaborazione per lo sviluppo di API per app di contact tracing

2019

2020

4 aprile

Amazon

Alexa entra nel mondo della sanità

28 giugno

Amazon

Acquisizione Pillpack

10 settembre

Apple

Tramite ResearchKit iniziano 3 studi su udito, donne e cuore

29 ottobre

Facebook

Lancio della tool Preventive Health negli USA

Tra offerta dei servizi e fabbisogno dei pazienti c'è spazio per nuovi servizi

Il gap tra esperienza ed aspettative del cliente genera spesso una perdita di marginalità

Ogni giorno sono milioni i cittadini che si rivolgono ad ospedali, ambulatori, farmacie e strutture sanitarie di ogni genere, con delle aspettative sul loro stato di salute. Ascoltandoli capiremmo che “non discutono quasi mai sulla competenza tecnico professionale dei sanitari, ma spesso rimproverano loro la mancanza di empatia e la scarsità di tempo dedicato ai pazienti. Ciò produce il paradosso che, a fronte di grandi professionalità e strumenti tecnologici evoluti, sicuri ed efficaci, si ricorra sempre più spesso a pratiche alternative di scarsa o nulla scientificità i cui operatori, però, si dedicano ad un ascolto più attento delle esigenze dei pazienti⁵”. Quando le aziende non ascoltano i bisogni delle persone in cerca di servizi o prodotti, sottovalutandoli o sopravvalutandoli, perdono di marginalità.

Manca la capacità di anticipare il fabbisogno

Un (quasi) mercato di tipo *Beveridge*, come il nostro (pubblico, finanziato con le tasse dei cittadini, equo e solidale) ha distolto l'attenzione di molti erogatori dal paziente e limitato la possibilità di anticiparne il fabbisogno. In questo modo, mentre dal 2008 ad oggi il finanziamento del SSN ha registrato una frenata nella sua crescita, è aumentata la spesa *out-of-pocket* senza che questa fosse assorbita dai principali erogatori del Sistema.



Pensare alla *next big thing*, l'approccio più corretto

Occorre chiedersi sempre da dove verrà il prossimo ciclo, la prossima grande cosa (*'the next big thing'*). Questa mentalità tipica di molte *start-up*, dovrebbe essere propria anche delle grandi aziende, per sfidare le proprie convinzioni guardando con attenzione quella parte di mercato che non caratterizza l'attuale perimetro dei propri ricavi aziendali. I grandi gruppi privati potrebbero, forse dovrebbero, orientare i loro investimenti in questa direzione, sia per dare un nuovo impulso alla crescita organica, sia per diversificare e orientare la propria crescita inorganica in uno scenario di medio periodo.

Occorre chiedersi sempre da dove verrà il prossimo ciclo, la prossima grande cosa, *the next big thing*...

5 Ricciardi W. (2019), La battaglia per la salute

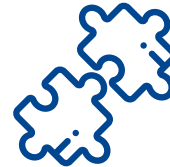
Se da un lato, infatti, la crescita organica appare frenata da un settore pubblico troppo concentrato sulla tenuta dei costi, dall'altro, troppo spesso, la crescita inorganica appare legata a logiche di *buy and build*, strategia che ha un *track record* positivo per alcuni gruppi, ma che è arrivata (almeno in alcune Regioni) ad un momento di stallo o crescita inferiore.

Studiare gli scenari evolutivi fuori e dentro l'azienda

Se così fosse, potrebbe essere utile partire dallo studio degli scenari evolutivi. Gli scenari non sono previsioni del futuro, quanto piuttosto "anticipazioni che intendono esplorare il futuro per generare visioni, facilitare interpretazioni di fenomeni in evoluzione, porre dubbi da sciogliere⁶". Lo scopo è quello di individuare le domande fondamentali da cui non ci si può sottrarre per definire la traiettoria evolutiva del sistema e dell'azienda con ragionevolezza e proattività.

Facciamoci le domande scomode

La prima domanda da porsi è relativa alla disponibilità di risorse per il settore sanitario e socio-sanitario. Le risorse finanziarie aumenteranno nel prossimo futuro? Si svilupperà il coordinamento tra i fondi frammentati che finanziano l'assistenza ai pazienti fragili? Dovremo concentrarci sui cittadini/pazienti ed analizzarne i bisogni, percepiti e reali: nasceranno nuovi *cluster* di utenti da soddisfare? Quali saranno i *driver* sulla base dei quali decideranno di curarsi in un luogo lontano dai luoghi di residenza? Per poi guardare alla concorrenza: chi saranno i nuovi investitori? Chi i nuovi gestori di servizi date le dinamiche tecnologiche? Il sistema dei servizi è al centro di rilevanti e profonde dinamiche di cambiamento ed esistono molteplici scenari estremi a cui pensare con creatività. Ma questo non basta: bisogna poi decidere come prepararsi a rispondere a ciascuno di essi.



"Tutte le aree di cambiamento o 'discontinuità' sono correlate tra loro e costituiscono un sistema integrato attraverso il quale indagare gli scenari futuri per decidere come prepararsi."⁷

⁶ Lega et al. (2008), Gli scenari strategici per la sanità del futuro

⁷ Longo et al. (2010), La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie

L'industria potrebbe investire nell'evoluzione dei modelli di servizio

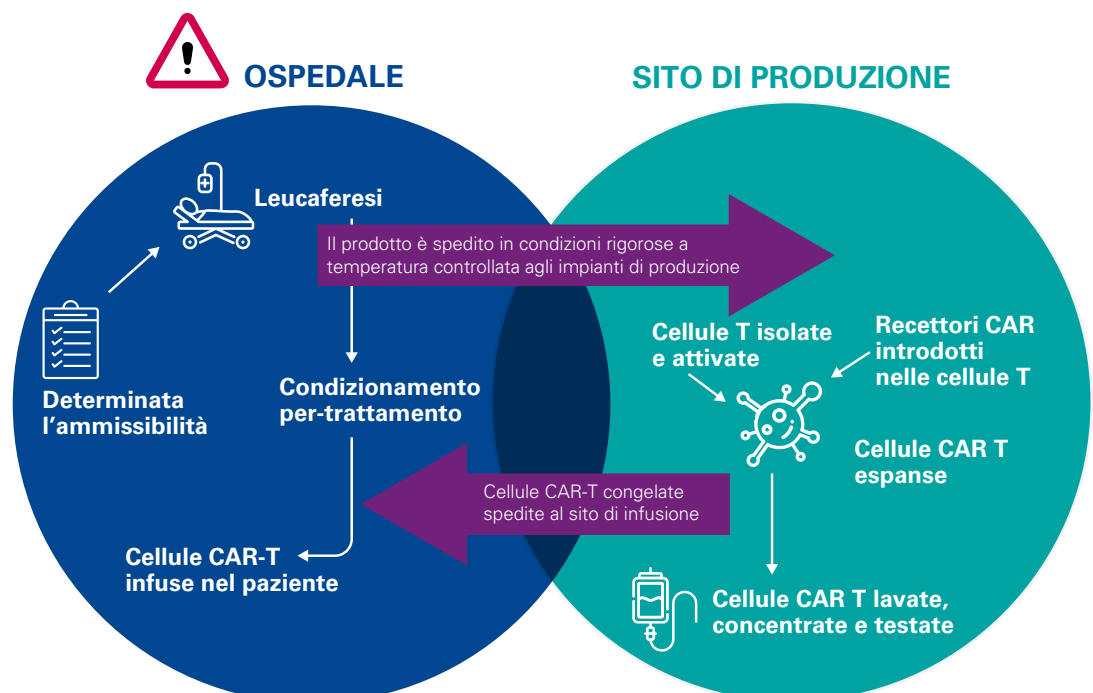
L'innovazione tecnologica, nel mondo dei *supplier* del SSN corre come mai prima

Le tecnologie digitali si stanno evolvendo e trovano nuove applicazioni in sanità. Sono numerose le tecnologie ritenute chiave per le sfide del settore sanitario: tra le altre, *big data analytics*, intelligenza artificiale, *mHealth*, dispositivi indossabili, *cloud*, robotica, stampa 3D, *blockchain* e realtà aumentata. Ognuna di queste tecnologie può regalare benefici salvifici per i pazienti, se recepita con prontezza dall'industria farmaceutica e dei dispositivi. Si pensi solamente alla crescita prevista nell'industria dei dispositivi medici nei prossimi anni. La sanità, anche in seguito all'emergenza Covid, dovrà riquilibrare la modalità con cui eroga i propri servizi alla popolazione (ovvero i propri modelli di servizio) ci sarà la possibilità di reinventarsi, orientandosi verso strumenti sempre più vicini a casa del paziente, alla ricerca di soluzioni *smart*.

Il sistema sarà impreparato

Un'idea di che cosa potrebbe accadere ce la facciamo guardando alle terapie innovative, ad esempio i CAR-T. Se da un lato i *supplier* (l'industria farmaceutica nel caso dei CAR-T) hanno studiato nel dettaglio le problematiche legate al processo produttivo, l'efficacia di questi trattamenti innovativi rischia di essere fortemente condizionata dalla mancanza di preparazione dei *provider* della sanità.

Processo di adozione e produzione dei CAR-T, tra ospedale e azienda



Sottovalutando l'impatto che l'innovazione di prodotto genera sul Servizio Sanitario si perde la visione d'insieme. Ogni prodotto innovativo, se è tale, ha elevata probabilità di generare un impatto sui processi, se non addirittura sulle norme che regolano il Sistema.

La ricerca deve riguardare anche l'evoluzione di processi e della normativa ed il relativo impatto economico

L'innovazione non sarà sostenibile, se la ricerca non sarà accompagnata da uno studio sull'evoluzione dei processi di cura e da proposte di modifica/adequamento delle regole di sistema, senza mai sottovalutare l'impatto economico di lungo periodo sul SSN. Evidentemente affinché l'innovazione possa diventare una cura e raggiungere tutti i pazienti che ne hanno bisogno, è necessario che, per tempo, si associ alla sperimentazione clinica anche una valutazione delle potenzialità di risparmio che l'innovazione abilita. Le proposte, però, non potranno prescindere da una verifica *ex post* di quanto tali potenziali risparmi siano stati di fatto conseguiti nei diversi contesti nazionali.

L'industria deve sviluppare e condividere competenze con il SSN

Il mondo del *Life Science* dovrebbe sviluppare e condividere le competenze utili ad identificare le leve su cui intervenire per trovare le risorse necessarie per curare tutti i pazienti. In Italia, in particolare, non avendo la certezza che il valore aggiunto generato da una nuova cura venga reinvestito in sanità, è opportuno fare questa valutazione concentrandosi nel perimetro del Fondo Sanitario (FSN). Guardando alla storia degli ultimi anni, infatti, non sembra realistico augurarsi che il finanziamento aumenti coerentemente con l'incremento del fabbisogno. Il SSN, infatti, almeno prima dei dolorosi eventi legati al coronavirus, era uscito in modo bipartisan dalle priorità nell'allocazione delle risorse pubbliche che sono state rivolte a manovre di trasferimento diretto di ricchezza alla popolazione. Si pensi, ad esempio, alla priorità data all'allocazione delle risorse pubbliche negli ultimi 10 anni: trasferimento di 80 euro ai redditi medio-bassi, abolizione dell'imposta sulla casa, reddito di cittadinanza e quota 100.

La roadmap in mano ai supplier, ma non solo

Per continuare a disegnare la *roadmap* dell'innovazione, avendo teoricamente tutti accettato le logiche del *value based healthcare*, non ci si può più limitare a concentrarsi sul prodotto. È necessario avvicinare progressivamente il mondo dei *provider* pubblici e privati per studiare insieme il fabbisogno della popolazione (incidenza e prevalenza), misurare l'impatto organizzativo che il nuovo prodotto genera e proporre logiche di remunerazione della prestazione (non solo del prodotto), ed infine ipotizzare le misure di politica sanitaria abilitate dal prodotto. Prendere posizioni di questo tipo non è semplice, serve coraggio, ma lavorare bene funziona e produce profitto.

Abbiamo bisogno di un servizio sanitario più rispettoso dell'ambiente

“Il cambiamento climatico rappresenta la più grande minaccia per la salute globale del 21° secolo⁸”

Il cambiamento climatico può essere considerato la minaccia più grande del secolo per la salute dell'uomo. L'inquinamento atmosferico, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari e respiratorie e, nel 2016, secondo un rapporto dell'OMS, ha causato circa 7 milioni di decessi in tutto il mondo. L'accordo di Parigi tra gli stati membri della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (UNFCCC), di cui fanno parte 184 nazioni, ha fissato l'obiettivo di contenere l'aumento medio della temperatura mondiale, come obiettivo a lungo termine, ben al di sotto di 2°C rispetto ai livelli preindustriali.

Le aziende sanitarie devono fare la loro parte

Sembra scontato sottolineare quanto la salvaguardia del genere umano dipenda dalla salute del nostro pianeta e quindi anche dalla capacità che avremo di produrre (e di consumare) in maniera più responsabile. La sanità, tra i settori mondiali più grandi e in crescita (in media il 10% del PIL dei Paesi in via di sviluppo), nonché pilastro economico del nostro Paese, ha il dovere di fare la sua parte. In particolare, il settore sanitario, essendo un'industria a forte consumo energetico, dovrebbe fare particolare attenzione all'uso dell'energia. Basti pensare che i consumi energetici di un ospedale di 500 posti letto (circa 100.000 mq) si aggirano tra i 20 e i 30 mila € al giorno.

Promuovere il benessere sociale ed economico proteggendo al contempo l'ambiente



8 Watts N Adger WN Agnolucci P et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. Lancet. 2015

Immaginiamo un'assistenza sanitaria che non si occupi di malattie ma di cura della salute

Ma se il lavoro del SSN avesse il potenziale di farci star male? Le inefficienze e la crescente domanda stanno mettendo a dura prova non solo la sostenibilità economica del settore, ma anche quella ambientale. I fattori produttivi utilizzati in sanità e le modalità di smaltimento contribuiscono all'inquinamento esponendo al rischio soprattutto i soggetti più vulnerabili come bambini e anziani. Considerare l'ambiente nelle decisioni quotidiane fa parte della *mission* della sanità in quanto custode della salute.

La sanità è un'istituzione modello

La sanità in quanto istituzione del nostro Paese, finanziata da tutti noi, al pari del sistema educativo, viene a contatto con tutti i cittadini e per questo ha il dovere di dare l'esempio. Prendersi cura dei rifiuti attraverso un sistema di raccolta differenziata all'interno degli spazi non rappresenta solo un obbligo, ma una lezione per tutti coloro che entrano in contatto con il sistema generando un cambiamento sulle abitudini e sulla forma *mentis* dei cittadini.

Essere responsabili aumenta la capacità attrattiva dei pazienti e dei dipendenti

Fino a poco tempo fa le aziende consideravano l'ambiente come un peso imposto dai regolamenti che incrementava i rischi da gestire e i costi da sostenere. Oggi, *leader* aziendali all'avanguardia riconoscono le questioni ambientali e le sfide della sostenibilità come fonte di vantaggio competitivo. Un'azienda ospedaliera che si prende la responsabilità della salute dei cittadini, in quanto individui, all'interno del loro ambiente e non solo come pazienti affetti da una malattia ha il potere di aumentarne l'*engagement* e la fiducia. Inoltre l'attenzione all'ambiente può essere in grado di stimolare l'impegno dei dipendenti che sentendosi parte di un piano dedito al benessere della comunità si impegna per collaborare. Uno scopo forte e l'obiettivo condiviso di generare un impatto positivo sono due delle dinamiche necessarie per il successo di un team.



“The new currency of legitimacy for business will be outcomes: it's all about action, delivery and real impact”

Paul Polman, EX CEO Unilever



“There’s a way to do it better. Find it.”

Thomas Edison (1847-1931), Inventor

La sanità dovrebbe trovare il coraggio di disegnare nuovi modelli di servizio

Per reggere l’impatto delle sfide che ci aspettano pensiamo sia necessario **valorizzare il personale del Servizio Sanitario Nazionale**, non solo sanitario, **con progetti ambiziosi e pragmatici** che mirino a realizzare obiettivi di riqualificazione del servizio e massimizzino il *learning by doing*. Si può **far evolvere la relazione con il paziente** che chiede di essere ascoltato e coinvolto nelle scelte che lo riguardano, fino a farlo diventare un *‘partner’* dello *staff* sanitario. Sarà importante, inoltre, **intervenire a sostegno del caregiver**, per orientare le scelte delle famiglie e delle comunità che già forniscono gran parte del supporto necessario e **riqualificare gli ambienti di vita**. Si potrebbero, infine, **valorizzare gli asset intangibili** in cui abbiamo investito negli ultimi anni e si potrebbero **studiare nuovi istituti giuridici inclusivi e coraggiosi** che favoriscano l’evoluzione dei modelli di servizio.

Provider e supplier dovrebbero guardare al di là dei tradizionali confini dei loro business

In un Sistema che sarà costretto a ridurre il costo medio per assistito eventualmente riducendo il prezzo medio delle prestazioni e dei prodotti acquistati, per aumentare il livello di consapevolezza rispetto ai reali fabbisogni della popolazione, si potrebbe **investire nell’elevata quantità di dati sanitari disponibili** a livello nazionale. I provider potrebbero pensare ad una crescita (organica o inorganica) che trovi i suoi razionali in una **maggior attenzione ai bisogni dei pazienti e della popolazione** con cui ha un contatto quotidiano. L’industria potrebbe mettere a disposizione le proprie competenze (e svilupparne delle nuove) al fine di **massimizzare la capacità del SSN di generare economie** di sistema dall’innovazione di prodotto e servizio per facilitare l’accesso alle cure del maggior numero di pazienti possibile. Infine, se da un lato è giusto che chi è chiamato a curare i cittadini si occupi anche di tutelare lo stato di salute delle future generazioni, dall’altro una **maggior attenzione all’ambiente** aumenta la capacità del SSN di attrarre casistica e mantenere ingaggiati i propri pazienti e dipendenti.

Fonti

Istat (2018), Il futuro demografico del Paese, previsioni regionali della popolazione residente al 2065

CERGAS, Bocconi (2020). Rapporto OASI 2019

Francesca, Colombo, et al. (2011) OECD health policy studies help wanted? Providing and paying for long-term care: providing and paying for long-term care. Vol. 2011. OECD publishing

EHLEIS (2016) Elaborazioni su Survey SILCAL e SILCSPH. <http://www.eurohex.eu/IS/web/app.php/Ehleis>

Goldman, Dana P., et al. (2018) "Measuring the Adaptation of Countries to Societal Aging." Proceedings of the National Academy of Sciences

Morace, Francesco (2016). ConsumAutori: i nuovi nuclei generazionali. EGEA spa

Britnell, Mark (2019). Human: Solving the global workforce crisis in healthcare. Oxford University Press

Milano, Francesca (2018) "Senza le badanti gli anziani costerebbero allo Stato 15 miliardi di euro" Il sole 24 ore. <https://www.ilsole24ore.com/art/senza-badanti-anziani-costerebbero-stato-15-miliardi-euro-AEOkMdTG>,

Fuga operatori sanitari all'estero. AMSI: "In 5 anni più di 5000 medici e 1000 infermieri italiani hanno presentato richiesta" Quotidiano sanità, https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=74279, 23 maggio 2019

Siebel, T. M. (2019) "Digital Transformation: Survive and Thrive in an Era of Mass Extinction." New York: RosettaBooks

Great Britain. Office of Government Commerce (2002). Managing successful projects with PRINCE2. The Stationery Office

Ricciardi, W. (2019). La battaglia per la salute. Gius. Laterza & Figli Spa

Del Vecchio, M., and G. Aguzzi. (2010) "Gli scenari finanziari e il ruolo della sanità nell'ambiente socio-economico." in Longo F. et al., La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie, Università Bocconi Editore, Milano

Glossario

AMSI	Associazione Medici di Origine Straniera in Italia
API	Application Programming Interface
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CAR-T	Chimeric Antigen Receptor
IA	Intelligenza Artificiale
OECD/OCSE	Organization for Economic Co-operation and Development/ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PHR	Personal Health Records
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UMEM	Unione medica euro mediterranea
UNFCC	Convenzione delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici

Contatti

Management Consulting

Alberto De Negri
Partner, Head of Healthcare

T: +39 02 6764.3606
E: adenegri@kpmg.it

Donato Scolozzi
Associate Partner

T: +39 02 6764.3642
E: dscolozzi@kpmg.it

Lucio Labella Danzi
Associate Partner

T: +39 02 6764.3926
E: llabelladanzi@kpmg.it

Giacomo Falchi
Associate Partner

T: +39 02 6764.3346
E: gfalchi@kpmg.it

Risk Consulting

Pier Luigi Verbo
Partner, Head of Public Sector

T: +39 06 8097.1251
E: pverbo@kpmg.it

Antonio Corrado
Partner

T: +39 06 8097.1251
E: acorrado@kpmg.it

Luca Cerri
Partner

T: +39 06 8097.1419
E: lcerri@kpmg.it

kpmg.com/it

kpmg.com/app



Le analisi contenute in questo volume sono state condotte su dati e informazioni pubblicamente disponibili, di cui KPMG non attesta né garantisce in nessun modo l'accuratezza, la completezza e la correttezza. Tutte le informazioni qui fornite sono di carattere generale e presentate unicamente allo scopo di descrivere alcune dinamiche del mercato senza prendere in considerazione fatti riguardanti persone o entità particolari. Questo documento non rappresenta un'offerta di vendita né una sollecitazione all'acquisto di alcun servizio, né vuole fornire alcun suggerimento o raccomandazione operativa o in termini di investimento. KPMG non si assume alcuna responsabilità per la perdita o i danni che potrebbero derivare dall'uso improprio di questo volume o delle informazioni ivi contenute.

© 2020 KPMG Advisory S.p.A. è una società per azioni di diritto italiano e fa parte del network KPMG di entità indipendenti affiliate a KPMG International Cooperative ("KPMG International"), entità di diritto svizzero. Tutti i diritti riservati.

Denominazione e logo KPMG sono marchi e segni distintivi di KPMG International.

Data di pubblicazione: maggio 2020

Grafica: New! srl - www.newadv.com