



FONDAZIONE I STUD

Dalla sanità tradizionale a percorsi di nuova economia: la sanità *low cost*

Programma scienziati in azienda - XI Edizione
Stresa, 27 settembre 2010 – 17 dicembre 2010

A cura di: Martino Castelli, Elisa Cerutti, Rachele Giuliani, Vitantonio Insalata,
Matteo Marinelli, Vito Sirressi

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
1. IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE ITALIANO (SSN)	pag. 4
1.1 Caratteristiche generali del SSN	pag. 4
1.2 Il privato accreditato	pag. 5
2. IL CONCETTO DI APPROPRIATEZZA SANITARIA	pag. 7
2.1 Definizione di Appropriatezza	pag. 7
2.1.1 <i>Categorie ed oggetti dell'appropriatezza</i>	<i>pag. 8</i>
2.1.2 <i>Appropriatezza per il paziente Vs assistenza sanitaria</i>	<i>pag. 8</i>
2.1.3 <i>La visione bidimensionale dell'appropriatezza</i>	<i>pag. 9</i>
2.1.4 <i>Strumenti per definire gli standard di appropriatezza</i>	<i>pag. 9</i>
2.1.5 <i>Strumenti per monitorare l'appropriatezza</i>	<i>pag. 10</i>
3. IL TURISMO SANITARIO	pag. 12
3.1 Perché nasce il fenomeno del turismo sanitario	pag. 12
4. SANITA' LOW COST	pag. 16
4.1 Nascita della sanità low cost	pag. 16
4.1.1 <i>Low Cost e salute</i>	<i>pag. 17</i>
4.1.2 <i>La centralizzazione dell'utente</i>	<i>pag. 17</i>
4.1.3 <i>L'originalità del low cost in sanità</i>	<i>pag. 18</i>
5. ASSOLOWCOST	pag. 20
5.1 Associazione Assolowcost: attività e valori	pag. 20
5.1.1 <i>Codice etico</i>	<i>pag. 22</i>
5.1.2 <i>"Low cost-high value"</i>	<i>pag. 23</i>
6. CENTRI LOW COST IN ITALIA	pag. 26
6.1 Il nuovo approccio della "Phylantropy Venture"	pag. 26
6.2 Oltre Venture e il Centro Medico Sant'Agostino	pag. 27
6.3 Welfare Italia Servizi, sanità cooperativa CGM	pag. 28
6.4 Poliambulatorio Nuova Città Capurso (BA)	pag. 29

7. METODOLOGIE	pag. 31
7.1 Questionario Anonimo	pag. 32
8. RISULTATI E DISCUSSIONE	pag. 36
8.1 Interviste ai responsabili dei centri <i>low cost</i>	pag. 36
<i>8.1.1 Intervista all'Amministratore Delegato del Centro Medico Sant'Agostino di Milano, Dr. Luca Foresti.</i>	<i>pag. 36</i>
<i>8.1.2 Intervista al Direttore Sanitario del Centro Medico Sant'Agostino di Milano, Dr. Gian Piero Riboni</i>	<i>pag. 38</i>
<i>8.1.3 Intervista al Direttore Sanitario del Poliambulatorio specialistico Nuova Città di Capurso (BA), Dr. Daniele Aprile</i>	<i>pag. 39</i>
8.2 Questionario anonimo alla popolazione	pag. 41
<i>8.2.1 Confronto della percezione tra Servizio Sanitario pubblico e privato</i>	<i>pag. 42</i>
<i>8.2.2 Settore privato e "prezzo ragionevole"</i>	<i>pag. 46</i>
<i>8.2.3 Percezione del low cost</i>	<i>pag. 46</i>
<i>8.2.4 Soddisfazione del servizio sanitario low cost</i>	<i>pag. 49</i>
9. CONCLUSIONI e PROSSIMI PASSI	pag. 51
BIBLIOGRAFIA	pag. 52
RINGRAZIAMENTI	pag. 53

INTRODUZIONE

Pensando all'associazione della parola "*low cost*" con il termine "*Sanità*", eravamo dubbiosi circa l'appropriatezza di questo accostamento... si tratta forse di un ossimoro? Forse sì, nella misura in cui il termine *low cost* evoca al sentire comune un sistema di mercato basato su principi di efficacia (massimo risultato con minime risorse) e di allargamento massivo del target, mentre il termine *Sanità* si riferisce ad un sistema per la "cura", dunque per il quale non si dovrebbe prescindere dalla "eccellenza".

Quando, però, dietro al concetto di *sanità low cost* si cela il *non profit* e la volontà di costruzione di una nuova categoria di "Imprenditorialità virtuosa", fondata sulla volontà di produrre Valore Sociale, allora il settore *low cost* in *sanità* diventa una reale opportunità per la collettività e riacquista tutte le connotazioni di un settore legato alla ricerca dell'eccellenza e non alla semplice "svendita" di un prodotto.

Il nostro studio parte da un *excursus* sulla *sanità* italiana e sulle politiche del Sistema Sanitario Nazionale, descrivendo poi il concetto di appropriatezza in *sanità* e le radici della nascita dei primi centri *low cost* ad oggi aperti. Questo nuovo trend si sta facendo strada in parte per contrastare il turismo sanitario nazionale ed internazionale degli ultimi anni, dovuto ai disagi della popolazione rispetto a tempi di attesa e costi rispettivamente del pubblico e del privato, in parte a seguito dello sviluppo anche in Italia di percorsi di nuova economia di stampo americano.

Tenendo presente il punto di vista non solo dell'utente ma anche quello del medico, il nostro interesse è stato capire quanto gli ambulatori polispecialistici *low cost* siano conosciuti dal cittadino italiano ed approfondire come questa nuovo trend sia percepito ed accolto dalla popolazione.

CAPITOLO 1

IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE (SSN)

1.1 Caratteristiche generali del SSN

La storia della sanità moderna può essere riassunta tenendo in considerazione diverse prospettive ma soprattutto analizzando le importanti conquiste dell'umanità sia in campo scientifico che socio-culturale. I progressi della medicina e delle biotecnologie hanno portato verso una grandissima evoluzione dello stato di salute delle popolazioni, determinando quei cambiamenti che hanno contribuito alle trasformazioni demografiche nei diversi paesi.

La definizione di salute correntemente accettata è quella elaborata nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) all'atto della sua costituzione: “la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità”, posizionandosi al primo posto tra i valori di riferimento degli Stati evoluti. Nella nostra epoca più che mai, quella di garantire un livello di salute adeguato ai propri cittadini è considerata una delle funzioni primarie di ogni Stato ed è, al tempo stesso, una delle problematiche di maggior complessità. L'OMS nel rapporto annuale del 2000, “*Health Systems: Improving Performance*” ha descritto le tre fondamentali missioni di un sistema sanitario:

- Il miglioramento dello stato della popolazione “*Better health*”
- La capacità di rispondere alle esigenze non sanitarie dei pazienti, quali il rispetto della dignità e dell'autonomia e la riservatezza delle informazioni “*Respecting people's dignity, autonomy and the confidentiality of information*”
- L'equità nel finanziamento “*Fairness in financial contribution*”, perché, sottolinea il rapporto: “l'assistenza sanitaria può essere catastroficamente costosa e il ricorso ad essa può essere imprevedibile: per questo sono necessari dei meccanismi per distribuire il rischio e garantire a tutti la protezione finanziaria”.

Da queste tre missioni potremmo estrapolare altri importanti corollari, che rappresentano gli obiettivi principali di un sistema sanitario:

- Garantire la migliore assistenza a tutti i cittadini
- Garantire un'uguale assistenza a tutti i cittadini
- Garantire il contenimento dei costi della spesa sanitaria
- Garantire la libertà di scelta per i medici e per i pazienti

Al raggiungimento di tali obiettivi, Stati diversi danno risposte diverse, a seconda della loro identità culturale, storica ed economica, e a seconda delle decisioni che i governanti, di volta in volta, prendono. Nell'ordinamento italiano, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali svolte dai Servizi Sanitari Regionali, da Enti e Istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato, volte a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse

della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana (art. 1 del D.Lgs. 502/1992). Il Servizio Sanitario Nazionale è un sistema pubblico di carattere “universalistico” che garantisce l’assistenza sanitaria a tutti i cittadini, finanziato attraverso la fiscalità generale e le entrate dirette, percepite dalle aziende sanitarie locali, derivanti dai ticket sanitari (cioè delle quote con cui l’assistito contribuisce alle spese) e dalle prestazioni a pagamento. Attraverso di esso viene data attuazione all’art. 32 della Costituzione Italiana che sancisce il diritto alla salute di tutti gli individui. Il SSN assicura i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dal Piano di Sanità Nazionale. In tal senso la Programmazione Sanitaria si realizza attraverso:

- l’indicazione di linee guida del servizio sanitario;
- la ricerca delle risorse necessarie;
- la verifica delle azioni che garantiscono la salute dei cittadini;
- la promozione della qualità delle prestazioni nei suoi due elementi costitutivi, che sono l’efficienza e l’efficacia.

I LEA quindi sono una serie di servizi e prestazioni sanitarie, essenziali e di qualità che lo Stato deve obbligatoriamente garantire ai cittadini, gratuitamente o in compartecipazione (attraverso il pagamento del ticket sanitario). Essi prevedono assistenza sanitaria collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Escludono però una serie di prestazioni e servizi sanitari che non hanno come fine diretto la tutela dello stato di salute (come interventi di chirurgia estetica, medicina non convenzionale, vaccinazioni per motivo di soggiorni all'estero, fisioterapia ambulatoriale per problemi di passaggio o non particolarmente rilevanti, certificazioni mediche per interesse privato, circoncisione rituale maschile).

Lo strumento di finanziamento delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate nel Sistema Sanitario Nazionale è rappresentato dal DRG. La parola DRG è l’acronimo di *Diagnosis Related Groups* (in italiano “Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi”) ed è un sistema per la classificazione dei pazienti. Tale sistema si fonda appunto sulla classificazione delle malattie raggruppate in macrocategorie omogenee di diagnosi. Il raggruppamento in macrocategorie, in tutto 25, viene effettuato sulla base del consumo di risorse, della durata della degenza e del profilo clinico che le singole malattie richiedono, in modo tale che ciascuna macrocategoria contenga un gruppo di malattie che prevede un impiego omogeneo di queste variabili. La classificazione per DRG si basa sulle informazioni contenute nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) del paziente, e costituisce la base per il finanziamento erogato dalla regione alle Aziende Ospedaliere. Ogni episodio di ricovero, con caratteristiche cliniche predefinite, corrisponde ad un DRG predeterminato, che indica la spesa sostenuta per l’insieme delle prestazioni sanitarie erogate durante il ricovero e per le patologie rientranti in determinate classificazioni. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), infatti, eroga i finanziamenti sulla base delle attività ospedaliere rilevate, remunerando le prestazioni mediante tariffe predeterminate associate ai singoli DRG. Le tariffe dei singoli DRG sono poi fissate a livello regionale, a partire dal costo medio dell’assistenza per tutti i pazienti appartenenti allo stesso DRG. Per il calcolo del costo standard di produzione della prestazione, le componenti di costo da considerare sono le seguenti:

- il costo del personale direttamente impiegato;
- il costo dei materiali consumati;

- il costo delle apparecchiature utilizzate (manutenzione e ammortamento) proporzionato ad un tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale;
- i costi generali della unità produttiva della prestazione non direttamente utilizzati nella produzione della singola prestazione.

Le tariffe così determinate divengono un valido strumento di programmazione sanitaria regionale, in quanto contribuiscono ad una eventuale rimodulazione dell'indirizzo dell'attività ospedaliera in funzione di specifici obiettivi. Da ciò deriva che il SSN è in gran parte controllato dall'amministrazione regionale e viene gestito dalle autorità sanitarie locali (Azienda di Sanità Locale/ASL). I servizi erogati con questo sistema comprendono: il ricovero in ospedale ed il trattamento (inclusi gli esami, l'intervento chirurgico e i farmaci durante l'ospedalizzazione), le visite mediche dei medici di base, l'assistenza medica specialistica dei pediatri, ostetrici ed ad altri specialisti, le medicine con lo sconto, i servizi di laboratorio, gli apparecchi, i servizi di ambulanza ed altri servizi gratuiti all'unità sanitaria locale.

In Italia, la popolazione ha il diritto a farmaci sovvenzionati totalmente o parzialmente, alla riduzione del 75% del costo di trattamento ambulatoriale e post-trattamento e di alcuni trattamenti dentistici. Tutti i trattamenti che necessitano l'ospedalizzazione sono gratuiti per l'utenza a spese del Servizio Sanitario Nazionale. Inoltre molte spese mediche possono essere totalmente o parzialmente scaricate dalle tasse, incluso il costo degli occhiali da vista, gli apparecchi acustici e le visite specialistiche.

A dispetto dei servizi offerti l'assistenza sanitaria pubblica italiana deve tener conto di risorse limitate per il trattamento ambulatoriale, per l'assistenza odontoiatrica, l'assistenza infermieristica e post-chirurgica, per l'assistenza geriatrica o per le malattie terminali e psichiatriche. Un trattamento inadeguato a causa di un'insufficienza del personale e lunghe liste di attesa, dovute soprattutto alla mancanza di un numero adeguato di strutture ospedaliere, portano a frequenti lamentele e a giudizi negativi generali contro il Servizio Sanitario italiano. Altri problemi sono associati alla burocrazia inefficiente, alla gestione sbagliata, alla disorganizzazione generale ed ai costi che salgono notevolmente. Nonostante i grandi passi avanti nella medicina ed il progresso nel trattamento sanitario negli ultimi decenni, il Servizio Sanitario pubblico italiano si trova sempre ad affrontare problemi enormi.

1.2 Il privato accreditato

Sono presenti sul territorio italiano strutture sanitarie private, alle quali il cittadino può rivolgersi, garantendo in tal modo il principio della libera di scelta dell'assistenza sanitaria. Tuttavia alcuni centri privati supportano il Servizio Sanitario Nazionale tramite la qualifica dell'Accreditamento. In termini giuridici l'Accreditamento consiste in una concessione amministrativa di un servizio pubblico. Ciò significa che una struttura privata viene ammessa a prestare servizi di diagnosi e cura in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, con oneri a carico di quest'ultimo. Per ottenere l'accreditamento non è sufficiente il possesso di determinati requisiti tecnici e strutturali ma è necessaria anche la strumentalità alla programmazione del SSN. Tale precisazione fa sì che non si può parlare di una semplice autorizzazione o abilitazione, ma che è necessario anche un ulteriore elemento più discrezionale (ma non arbitrario) di scelta della Pubblica Amministrazione. La legge finanziaria del 2009 pone delle importanti

regolamentazioni in materia di accreditamento delle strutture sanitarie. I punti più rilevanti riguardano:

- la possibilità per le Regioni di restringere la libera scelta delle strutture sanitarie da parte del cittadino, prevedendo un regime autorizzatorio per accedere ad alcuni tipi di prestazioni presso le strutture sanitarie private accreditate.

Ciò significa che il cittadino può rivolgersi alla sanità privata accreditata solo in mancanza della possibilità della prestazione nella struttura pubblica. La modifica normativa probabilmente si giustifica con la necessità di ridurre la spesa in favore delle strutture accreditate private per le prestazioni che la struttura pubblica è in grado di soddisfare qualitativamente e quantitativamente. Tale ultimo aspetto pone una questione di legittimità costituzionale della nuova normativa, compromettendo il principio della libera scelta dell'assistenza sanitaria del cittadino. Vi è pertanto il rischio di una riduzione dell'offerta di prestazioni sanitarie differenziata da regione a regione che possa così incidere indirettamente sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

- la possibilità per le Regioni di non concedere l'accreditamento a quelle strutture che non raggiungano una soglia minima di efficienza.

Tale modifica legittima le misure contenute nei piani regionali di contenimento delle spese sanitarie nel punto in cui prevedono la riduzione del numero delle strutture accreditate per favorire le strutture maggiori e più produttive.

CAPITOLO 2 IL CONCETTO DI APPROPRIATEZZA SANITARIA

2.1 Definizione di Appropriatezza

Negli ultimi anni, nonostante le alternanze politico-culturali, l'obiettivo "appropriatezza" è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 al PSN 2003-2005, attraverso il DL 229/99 e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che riconosce nell'appropriatezza la chiave per definire l'essenzialità ed il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie.

La conferma definitiva arriva con il PSN 2003-2005 dove si afferma che: "Le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate".

In realtà, il termine "appropriatezza", riferito ad interventi, servizi e prestazioni sanitarie, si articola attraverso una serie di sfumature concettuali che richiedono un preciso inquadramento, al fine di creare quel linguaggio comune che permetta a tutti gli attori di un sistema sanitario (professionisti, decisori, utenti) di capire che "stiamo parlando della stessa cosa".

Un servizio-prestazione-intervento sanitario può essere definito appropriato secondo due prospettive complementari:

- **Professionale:** se è di efficacia provata, viene prescritto per le indicazioni cliniche riconosciute ed ha effetti sfavorevoli "accettabili" rispetto ai benefici.
- **Organizzativa:** se l'intervento viene erogato in condizioni tali (*setting* assistenziale, professionisti coinvolti) da "consumare" un'appropriata quantità di risorse.

Da queste definizioni emergono subito alcune criticità:

- robuste prove di efficacia sono disponibili solo per una parte degli interventi sanitari erogati, con un netto sbilanciamento verso i trattamenti rispetto alle tecnologie diagnostiche e agli interventi preventivi ed assistenziali
- il profilo beneficio-rischio degli interventi sanitari viene generalmente sovrastimato:
 - dalle evidenze disponibili (*evidence-based medicine*) per via della sistematica tendenza, sia a non pubblicare gli studi negativi, sia a minimizzare gli effetti sfavorevoli degli interventi sanitari riportandoli in maniera insufficiente ed incompleta
 - dalla percezione professionale, non raramente distorta da conflitti d'interesse
 - dai criteri, spesso a maglie troppo larghe, per autorizzare il marketing di tutte le tecnologie sanitarie (inclusi i farmaci)

- dalle spinte di mercato che, attraverso i media, influenzano la domanda di servizi e prestazioni sanitarie da parte degli utenti
- l'efficacia, la costo-efficacia e l'efficienza delle modalità organizzative dell'assistenza, hanno a supporto prove di efficacia limitate e difficilmente trasferibili tra i vari contesti.

Tutto ciò fa sì che l'appropriatezza degli innumerevoli interventi, servizi e prestazioni sanitarie che congestionano il mercato della salute, si articola attraverso una scala di grigi nella quale non è possibile tracciare nette delimitazioni.

2.1.1 Categorie ed oggetti dell'appropriatezza

Possono essere oggetto di valutazioni di appropriatezza tutte le risorse strutturali, professionali e tecnologiche impiegate nell'assistenza sanitaria, le cui quattro categorie principali riportano alle definizioni di appropriatezza professionale ed organizzativa:

- “*Health Interventions*” (Intervento giusto al paziente giusto)
- “*Timing*” (Al momento giusto e per la durata giusta)
- “*Setting*” (Nel posto giusto)
- “*Professional*” (Dal professionista giusto)

L' appropriatezza generica e l' appropriatezza specifica sono talora considerati sinonimi, rispettivamente di appropriatezza organizzativa e professionale, ma in realtà rappresentano due diversi livelli di dettaglio della dimensione professionale.

Nel valutare l'appropriatezza l'utilizzo di criteri specifici (differente dosaggio, timing e durata nelle prestazioni sanitarie) dimostra che possono esistere considerevoli margini di inappropriatazza.

Ovviamente la possibilità di valutare indicatori di appropriatezza specifica è strettamente legata alla qualità (completezza, accuratezza, riproducibilità) della documentazione clinica o alla disponibilità di database clinici.

2.1.2 Appropriatezza per il paziente Vs assistenza sanitaria

Secondo Muir Gray (Direttore della Clinical Knowledge Process and Safety), nell'esercizio della pratica clinica qualunque giudizio di appropriatezza dovrebbe prendere in considerazione, oltre che il profilo rischio/beneficio degli interventi sanitari, le preferenze e le aspettative del paziente individuale, senza peraltro essere fortemente influenzato dai costi. La ragione di questo “apparente paradosso” è molto semplice: integrare gli elementi di costo-efficacia nelle decisioni cliniche, oltre ad ostacolare un processo decisionale già estremamente complesso, può interferire con la relazione medico paziente. Invece, per le decisioni che riguardano gruppi di pazienti o intere popolazioni, il giudizio di appropriatezza deve necessariamente considerare gli aspetti economici.

Considerato che il mercato delle innumerevoli tecnologie sanitarie non ha, a monte, filtri particolarmente rigorosi, le organizzazioni periferiche (Regioni, Aziende) devono mettere a punto strumenti integrativi (prontuari locali, sviluppo di iniziative di *technology assessment*), per evitare che le scelte dei professionisti naufraghino in un

mercato di seduzioni dove l'entità dell'offerta ha reso ingovernabile la domanda da parte dei cittadini.

Infine, guardando ai diversi modelli di politica sanitaria regionale emersi con l'avvio della *devolution*, vale la pena riprendere un pericoloso principio generale, enunciato da Donabedian (teorico della qualità dei servizi sanitari) oltre vent'anni fa: "all'aumentare delle risorse disponibili (incremento del Fondo Sanitario Nazionale, del Fondo Sanitario Regionale, aziende private, compagnie assicurative, etc) è possibile offrire servizi e prestazioni sanitarie ad un numero sempre più elevato di utenti". Questa strategia, oltre ad incrementare l'inappropriatezza e ad enfatizzare le disuguaglianze tra i vari livelli socio-economici, può avere "gravi effetti collaterali". Infatti, Donabedian avverte che all'aumento delle risorse investite (ed al conseguente incremento di popolazione esposta a prestazioni sanitarie), corrisponde una progressiva riduzione dei benefici, comportando un aumento esponenziale dei rischi.

2.1.3 La visione bidimensionale dell'appropriatezza

Il concetto di appropriatezza, anche se affonda salde radici nella *performance* professionale, rappresenta una delle modalità per fronteggiare la cronica carenza di risorse, attraverso una loro ottimizzazione. A causa di tale "peccato originale", gli operatori sanitari, e soprattutto gli amministratori, hanno ancora una visione "distorta" (monodimensionale) dell'appropriatezza: infatti, riconoscono solo le inappropriatezze in eccesso (sia professionali, sia organizzative) la cui riduzione può offrire "consistenti boccate d'ossigeno" al bilancio economico. In realtà esistono una serie di interventi, servizi e prestazioni sanitarie di provata efficacia largamente sottoutilizzati, la cui necessaria implementazione determina, almeno nel breve e medio termine, un incremento dei costi.

Pertanto, affidarsi ai principi dell'appropriatezza per erogare e finanziare servizi e prestazioni sanitarie, richiede una duplice revisione di posizioni, spesso estreme e conflittuali:

- i professionisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari da loro erogati sono francamente inappropriati, non devono inquadrare il principio dell'appropriatezza nella strategia dei tagli incondizionati, ma valorizzarlo quale importante risorsa di qualità professionale;
- i decisori, accettando che perseguire l'appropriatezza non serve a ridurre i costi, ma solo ad ottimizzare l'impiego delle risorse, devono "mettere a fuoco" la dimensione dell'inappropriatezza in difetto, per non rischiare di rallentare la diffusione delle innovazioni di provata efficacia.

2.1.4 Strumenti per definire gli standard di Appropriatezza

Sin dall'inizio degli anni novanta, vari ricercatori hanno proposto differenti metodologie di consenso formale per la definizione dei criteri di appropriatezza professionale: *consensus conference*, metodo RAND, metodo Delphi, metodo del gruppo nominale.

Negli ultimi anni, seguendo la scia dell' *Evidence-based Medicine*, viene enfatizzata la necessità che i criteri di appropriatezza vengano definiti con riferimento esplicito alle

migliori evidenze disponibili , adeguatamente “pesate” per la loro metodologia e per la rilevanza clinica.

Pertanto, le linee guida cliniche, prodotte da gruppi multidisciplinari con metodologia *evidence-based* ed adattate al contesto locale in maniera esplicita, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e, raramente, anche organizzativa. Dal canto loro, tutti i processi di consenso formale costituiscono solo uno strumento integrativo da utilizzare nelle numerose “aree grigie” dove le evidenze disponibili (scarse o contraddittorie) non forniscono adeguate certezze.

Per ciò che riguarda l’appropriatezza organizzativa, in particolare quella di *setting*, oltre alle limitate evidenze disponibili (sia osservazionali, sia sperimentali), i ricercatori generalmente analizzano i dati di utilizzo dell’ospedale. In particolare, oltre ai ricoveri urgenti, costituiscono frequente oggetto di studio le procedure chirurgiche, in quanto eventi “discreti”, più facili da comparare. Queste analisi, quale risvolto organizzativo, hanno portato alla diffusione della *day-surgery* ed alla progressiva riduzione della degenza media nei pazienti chirurgici. Molta meno attenzione è stata, invece, dedicata all’analisi (tecnicamente molto più complessa) dell’appropriatezza del ricovero di pazienti medici.

Tra i numerosi strumenti utilizzati per valutare l’appropriatezza di *setting* ne segnaliamo due, già utilizzati nel nostro Paese:

- Il Protocollo di Revisione d’Uso dell’Ospedale (PRUO), il cui obiettivo è quello di valutare l’appropriatezza delle giornate di degenza
- il *software Disease Staging* che, classificando il paziente ricoverato in 5 livelli di gravità basati sulla severità delle manifestazioni della malattia, considera inappropriati i ricoveri di pazienti appartenenti alle classi meno gravi. Questo strumento è stato recentemente utilizzato dall’Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali per una elaborazione dei dati relativi ai 43 DRG individuati, nell’allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, “ad alto rischio di inappropriata” in regime di degenza ordinaria. Nonostante le utili indicazioni fornite dallo studio, va segnalato che tutti gli strumenti di analisi che utilizzano quale fonte di dati la scheda nosologica, soffrono della sua limitata affidabilità legata a vari fattori: inaccuratezze ed errori di codifica, codifiche opportunistiche, *reverse reporting bias*, etc.

2.1.5 Strumenti per monitorare l’Appropriatezza

Rimandando al paragrafo precedente per ciò che riguarda l’appropriatezza organizzativa, dove gli strumenti per definire gli standard di appropriatezza virtualmente coincidono con quelli relativi al suo monitoraggio, per l’appropriatezza professionale il tallone d’Achille è rappresentato dai sistemi informativi aziendali, costruiti per ricavare esclusivamente indicatori di efficienza. In particolare, disponiamo di report analitici di “consumi” (farmaci, indagini di laboratorio, radiologiche, strumentali) dei vari centri di costo, senza alcuna possibilità di interrogare i vari archivi in maniera incrociata alla ricerca di indicatori di appropriatezza, sia perché non registrano i dati clinici dei pazienti, sia perché “affetti da gravi forme d’incomunicabilità”.

Se consideriamo i limiti, già segnalati, della scheda nosologica per valutare gli indicatori di appropriatezza professionale e che la realizzazione di *database* clinici, ad eccezione di isolate esperienze, rappresenta ancora un lontano miraggio, la valutazione dell'appropriatezza professionale è strettamente legata alla diffusione dell'audit clinico, quale strumento per monitorare continuamente ed in maniera sistematica vari indicatori di qualità professionale.

CAPITOLO 3 IL TURISMO SANITARIO

3.1 Perché nasce il fenomeno del turismo sanitario

Secondo la definizione formulata dal *World Tourism Organisation (WTO)* per turismo si intende "l'attività di coloro che viaggiano , e soggiornano in luoghi diversi dal proprio ambiente abituale per un periodo non superiore ad un anno consecutivo per svago, lavoro e motivi diversi dall'esercizio di un'attività remunerativa all'interno dell'ambiente visitato".

E' la motivazione del viaggio e soggiorno che determina il riconoscimento di turismo. Tra le varie motivazioni possibili, ottenere benefici per la salute è ciò che consente di identificare il segmento di turismo che può chiamarsi "turismo sanitario".

Viaggiare per motivazioni legate alla salute, non è un fenomeno recente: i soggiorni termali sono conosciuti fin da tempi antichi, anche se si deve dare atto che soltanto dall'inizio del IXX secolo, con l'avvento di sempre maggiori possibilità di trasporto (sviluppo dei collegamenti su rotaia) e alla crescita della classe borghese, il fenomeno ha acquisito una dimensione rilevante.

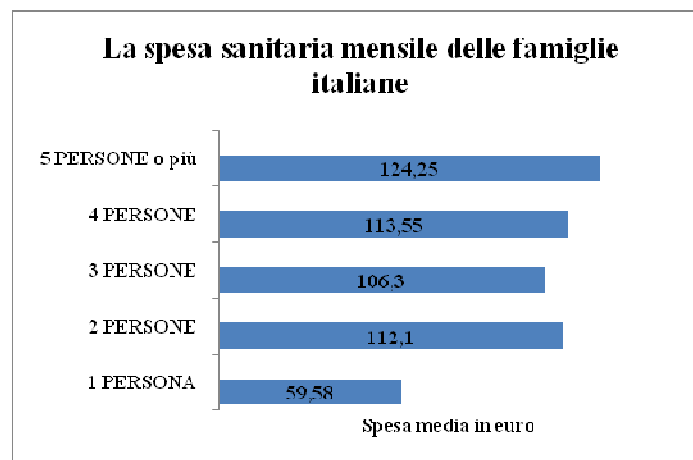
Henderson (2004) raccoglie nel segmento "turismo sanitario" diverse sottocategorie: *Illness* (check-up; screening, chirurgia per interventi urgenti; trapianti; servizi di odontoiatria, ecc.); *Wellness* (agopuntura; massaggi; bagni termali; ecc.); *Enhancement* (chirurgia plastica e cosmetica); *Reproduction* (trattamenti per la fertilità, procreazione assistita).

Numerosi fattori alimentano e sostengono il recente trend verso una crescita del turismo medico sanitario (Garcia-Altés, 2005). In particolare questo fenomeno si lega a cambiamenti demografici e negli stili di vita della popolazione, specialmente nei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il maggior tempo che si può dedicare alla cura della propria salute sono fattori decisivi in questo processo. Inoltre la sempre maggior diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il ruolo sempre più attivo che questi giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso sono elementi determinanti per capire come le possibilità di viaggiare per la salute sia diventato sempre più frequente.

Oltre a questi fattori, si può spiegare la decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche attraverso quattro elementi:

- a) Prezzo dei servizi
- b) Qualità
- c) Disponibilità
- d) Tempestività

a) I differenziali di prezzo sono una delle motivazioni principali per spiegare la scelta dei pazienti di curarsi in un paese diverso da quello di origine. Tali differenziali possono in molti casi essere consistenti, soprattutto se si considera l'incremento dei prezzi di molti servizi sanitari privati nei paesi industrializzati. In Italia, una famiglia media di quattro persone, spiega uno studio pubblicato dall'associazione Assolowcost, spende in cure sanitarie circa 113 euro al mese, di cui 37 solo in farmaci.



Nell'ultimo anno il 35% degli italiani si è rivolto alle strutture sanitarie pubbliche, accettando liste di attesa più lunghe, per ottenere prestazioni (analisi, visite mediche, cure) che in altri tempi avrebbero acquistato direttamente da strutture private, pagando di tasca propria.

Gli effetti della crisi economica sul rapporto degli italiani con la spesa per la salute si sono dunque manifestati nella tendenza a ricorrere più che nel passato alla sanità pubblica, accettando maggiori disagi e tempi più lunghi, per contenere la spesa privata. E si è accentuato anche il ricorso a una strategia del rinvio delle prestazioni sanitarie meno urgenti.

Secondo l'indagine del Forum per la Ricerca Biomedica e del Censis, nell'anno della crisi quasi il 18% degli italiani ha rinunciato a una o più prestazioni sanitarie (visite specialistiche, cure odontoiatriche, ecc.) per motivi economici.

Da ricordare che il nostro sistema sanitario prevede la copertura di molte delle prestazioni mediche. Dal momento che la Sanità costa, in un paese dove esiste un'ampia, se pure non totale copertura sanitaria, inevitabilmente qualche cura resta fuori dalla lista e a carico dei pazienti.

Parliamo ad esempio dell'assistenza odontoiatrica che per il 90% è fornita nel nostro Paese dai liberi professionisti. La figura del "dentista pubblico" è molto ridotta, le liste d'attesa sono molto lunghe e inevitabilmente i denti si curano in strutture private che, ovviamente, sono costose.

Per questo motivo, negli ultimi anni si sono fatte sempre più insistenti le voci delle strutture mediche dell'Est Europa che, con una spesa di circa un terzo rispetto a quella italiana, offrivano lo stesso trattamento. Le cliniche odontoiatriche si sono così diffuse a macchia d'olio tanto che in Italia sono sempre di più le compagnie di viaggio che

organizzano dei veri e propri pellegrinaggi verso la Romania, la Polonia ed i Paesi limitrofi per risparmiare sulle cure mediche.

Cresce l'evidenza, riportata nella stampa e nella letteratura specialistica, di come i prezzi di cure e trattamenti sanitari in paesi come India, Tailandia, Sud Africa, Brasile ed Europa dell'Est siano sensibilmente inferiori rispetto a quelli di paesi a più alto reddito.

b) Un'altra tipologia di turismo sanitario prevede la ricerca di una qualità superiore per le cure a cui sottoporsi, indipendentemente dai costi delle stesse. In molti casi si tratta di una opzione di cui godono soltanto alcune categorie di pazienti con medio-alta disponibilità a pagare.

c) Per quanto riguarda l'indisponibilità dei servizi ricercati nel proprio paese di origine, possiamo far riferimento anche al turismo sanitario fra regioni in Italia. Per esempio il turismo sanitario in Lombardia ha numeri importanti. Gli introiti per le cure effettuate sui «pendolari della sanità» si aggirano intorno ai 750 milioni di euro. E ovviamente le liste di attesa negli ospedali lombardi si allungano. In tanti, dopo aver scelto un ospedale lombardo per un intervento di chirurgia oncologica, preferiscono seguire le cure nella stessa struttura anziché nell'ospedale sotto casa propria, senza curarsi delle spese di vitto e alloggio. Eppure la chemioterapia è uguale in ogni ospedale d'Italia e il protocollo è omogeneo per tutti gli ospedali. Lo stesso discorso vale per la radioterapia: il 10,4% dei pazienti proviene da fuori Lombardia e in alcune strutture si raggiungono picchi del 30%. La richiesta degli interventi chirurgici oncologici resta alta: in media i turisti della sanità rappresentano il 17% dei pazienti operati e in alcune strutture (Istituto Nazionale dei Tumori, Istituto Neurologico Besta e Istituto Europeo di Oncologia) raggiungono picchi del 50-55%. Il 63% dei pendolari della salute arriva da regioni che non confinano con la Lombardia, in particolar modo dalla Sicilia, dalla Puglia e dalla Calabria. Viceversa, i lombardi che scelgono altre regioni per operarsi sono pochissimi, appena il 3,8% (a fronte di una media nazionale del 7,3%).

Un'altra tipologia di motivazioni che vincolano la disponibilità di un determinato servizio sanitario in un Paese sono quelle di tipo legale ed etico. A seguito della legge 40, che limita la procreazione assistita, le coppie italiane con problematiche di fertilità si stanno dirigendo dall'Italia in altri paesi europei per sottoporsi a trattamenti per la terapia della sterilità.

Da una indagine a questionario eseguita dal Forum delle Associazioni di Genetica e Riproduzione (FORAGER) Presieduto dal Prof. Claudio Giorlandino, a Milano, Bologna e Roma, risulta che circa il 25% delle coppie che si rivolgono ai Centri di fertilizzazione, una volta venute a conoscenza delle limitazioni che, solo in Italia, la Legge impone, decide di rivolgersi in Centri Pubblici e Privati di altri Paesi. Un altro consistente numero vi afferisce in prima istanza senza più rivolgersi ai Centri Italiani. Questi "viaggi della speranza" hanno come mete Spagna (25%), Inghilterra (20%), Belgio (18%) e altri paesi, tra cui Svizzera, Austria, Slovenia, Francia, Ucraina, Malta e Cipro.

Il costo però delle metodiche tradizionali (FIVET ed ICSI), che in Italia, oggi, a seguito dell'introduzione delle limitazioni legislative, offrono minori garanzie di successo, sono divenute, all'Estero, circa un 30% più care, rispetto al passato. Ovviamente, a questi,

vanno aggiunti i costi per la trasferta e per il “lucro cessante” a seguito del periodo di inattività lavorativa.

d) Un altro fattore che incide sulla scelta di recarsi all'estero per ricevere cure sanitarie è inoltre la possibilità di usufruire di un servizio tempestivo.

Oltre a questi fattori, altre considerazioni possono acquisire importanza nelle scelte del paziente, tra queste, la valutazione di elementi non strettamente legati al servizio: ad esempio interesse naturalistico, o culturale per luoghi che si potranno visitare, magari associando al trattamento giorni di permanenza aggiuntivi. Inoltre in molti casi il paziente sceglie di curarsi in strutture estere per mantenere anonimato o riservatezza sulle proprie condizioni di salute o sugli interventi cui si sottopone. E' spesso il caso, ad esempio, di interventi di chirurgia plastica oppure di personaggi famosi/pubblici che vogliono sottrarsi all'attenzione dei media.

Tra le principali implicazioni del turismo sanitario verso destinazioni in paesi in via di sviluppo possiamo individuare sicuramente il miglioramento dell'aspetto qualitativo dei servizi. Il principale ostacolo allo sviluppo del settore è rappresentato dalla qualità dei servizi che spesso compensa il prezzo della prestazione. Di conseguenza, l'attrazione di maggiori pazienti dai mercati più ricchi nei paesi in via di sviluppo passa anche per l'incremento qualitativo dei servizi offerti. Molte strutture in India, Malesia, Cina, non hanno nulla da invidiare ai più moderni ospedali del mondo occidentale, a partire dalle tecnologie, fino ad arrivare alle condizioni igieniche e alla preparazione del personale medico e di assistenza.

In realtà il problema del divario qualitativo, come per la maggior parte dei beni e servizi, è legato alla percezione e ad un sistema di imperfetta informazione che necessita quindi di marchi, certificazioni, standard e riconoscimenti che possano garantire al paziente un livello di qualità atteso sulla base di parametri condivisi. In questo senso negli ultimi quindici anni si è sviluppata ed è recentemente esploso il fenomeno delle certificazioni di qualità a livello internazionale (es *Joint Commision International*).

Tuttavia persiste e anzi si amplifica il problema della qualità “media” delle strutture. Questi centri certificati spesso rimangono isole di eccellenza mentre la qualità media delle strutture rimane estremamente bassa e decisamente sub-standard.

Altre questioni rimangono poi aperte: ad esempio: quali sono i “costi” del turismo sanitario in termini di *follow-up care*? Nonostante spesso vengano inclusi nei pacchetti di viaggio periodi di soggiorno prolungati o multipli a frequenza regolare per effettuare visite di controllo, e nonostante i minori costi possano consentire di coprire, per un prezzo minore anche l'assistenza successiva agli interventi, resta comunque vero che attraverso la mobilità internazionale dei pazienti si realizza in genere la massima esternalizzazione dei costi e dei rischi da parte delle strutture verso il paziente. A ciò si aggiunge che spesso i paesi in questione offrono scarsa protezione da un punto di vista normativo/legale contro i rischi di *malpractice*.

E allora ecco l'idea: perché non aprire cliniche *low cost*, che forniscono servizi di alta qualità, anche in Italia?

CAPITOLO 4 SANITA' LOW COST

4.1 Nascita della sanità *low cost*

Nel 2009 in Italia oltre un milione di persone si è impoverito a causa delle spese sanitarie – fa sapere l'ADICO (Associazione difesa consumatori) – tre milioni d'italiani, per curarsi, hanno investito cifre proibitive rispetto al reddito, oltre cinque milioni hanno ammesso di aver avuto difficoltà ad accedere alle cure di cui avevano bisogno.

I più esposti risultano essere i pensionati, ma aumentano anche le famiglie con bambini che rinunciano ad una visita specialistica o all'apparecchio per i denti (se i figli sono tre o più, nel 5% dei casi il bimbo si tiene gli incisivi storti e nel 15% almeno uno dei genitori non pensa più alla sua bocca).

Secondo il rapporto sulla sanità di Assolowcost, l'associazione che riunisce aziende e strutture di servizi che s'impegnano ad abbassare i costi e ad aderire ad un rigido codice etico mantenendo alta la qualità – da oggi è possibile risparmiare "fino al 30%" rivolgendosi alle strutture che aderiscono all'associazione Assolowcost.

Le strutture che aderiscono all'associazione sono concentrate per lo più al Nord e operano in due campi essenziali: l'odontoiatria e le cure psicologiche-psicoterapeutiche. Settori dove la sanità pubblica interviene poco (l'85% degli italiani paga il dentista di tasca sua) o solo per i casi più gravi. Le strutture *low cost* (cliniche o studi medici associati) – secondo l'associazione che le riunisce – garantiscono un risparmio sulle cure private fra il 10% e il 40%. Nate per far fronte alla fuga di potenziali clienti verso Paesi che garantivano cure a spese più basse, pur non andando troppo per il sottile quanto a qualità si stanno lentamente diffondendo anche nel resto del territorio.

Visite specialistiche, esami del sangue, controlli oculistici, tutto senza spendere più di 60 euro ed evitando liste di attesa infinite. Per fronteggiare le difficoltà economiche anche la sanità privata ha infatti imboccato la strada del risparmio (poliambulatori, ambulatori specialistici ma anche centri odontoiatrici). Dopo le vacanze, gli aerei e gli alberghi anche la medicina dunque sembra puntare sul *low cost*. Certo, siamo ancora lontani da realtà come la Gran Bretagna dove è possibile farsi curare una carie tra le corsie di un supermercato ma i risultati ottenuti decretano il successo delle prime strutture *low cost* nate nel nord Italia.

Quello dei voli è, forse, il settore dove l'arrivo degli operatori *low cost* è stato più dirompente e visibile, perché ha reso il trasporto aereo accessibile a cittadini che, sino a quel momento, ne erano esclusi per via dei prezzi elevati. Il "*weekend low cost*" è ormai diventato un'abitudine di molte famiglie così come elevato è l'utilizzo di tali opportunità da parte dei più giovani. Tuttavia, il nuovo modello di offerta si è rapidamente esteso a numerosi altri settori, tanto che ormai incide in modo consistente sulla struttura globale dei consumi degli italiani. Vanno citati i casi più famosi, da Ikea per mobilio e accessori per la casa, agli *hard discount* per gli alimentari, agli *outlet* per l'abbigliamento, ai negozi "50 cent" per prodotti di cura della persona, alla telefonia tramite internet.

È un vero e proprio modello sociale di crescente successo perché ha rappresentato una risposta concreta ai problemi di reddito della società patrimonializzata dove, appunto, coesistono buoni patrimoni e bassi redditi. Nel *low cost* è la “sovranità del consumatore” a dettare ritmi e costi del sistema, obbligando una ristrutturazione della filiera della produzione affinché elimini ogni eccedenza per poter imporre prezzi bassi. È fondamentale considerare l’effetto sociale primario di questo modello: consentire anche ai bassi redditi di avere una possibilità di consumo crescente e permettere l’accesso a tipologie di beni e servizi fino a poco tempo prima negati.

Il *low cost* è un modello sociale che nei fatti ha sostituito politiche pubbliche inclusive e redistributive, attenuando in modo consistente gli effetti socioeconomici dell’inflazione successiva all’introduzione dell’euro. Questa onda lunga ha obbligato anche le grandi compagnie a misurarsi con i suoi effetti, anche se vanno emergendo problemi e contraddizioni che mostrano il lato oscuro e complesso della sua generalizzazione. Non è certo possibile immaginare la trasferibilità pura e semplice del modello di *low cost* al sistema di *welfare*, perché troppo diversi sono gli aspetti istituzionali, organizzativi, finanziari, nonché la collocazione e le aspettative degli utenti.

4.1.1 *Low cost e salute*

All’interno del *welfare* sono in atto processi che, almeno in parte, richiamano la logica del *low cost*, perché ci sono spazi d’azione in cui possono inserirsi operatori capaci di proporre prodotti/servizi a prezzi altamente competitivi. Il *welfare* è oggi una realtà composita, dove la predominante copertura dello Stato convive con la forte spinta alla personalizzazione dei bisogni e dove la domanda tenta di fare pesare i propri orientamenti. Il prezzo non è, quindi, l’indicatore primo ed esclusivo del rapporto tra utenti e Sanità, ma esistono molte altre variabili rilevanti. Pertanto, la riduzione del costo di produzione della tutela non è un obiettivo in sé e nemmeno il presupposto per accedere a beni e servizi in precedenza negati, come accade negli altri mercati; piuttosto, lo spazio per operatori con logiche *low cost* va individuato nei processi reali del *welfare* italiano. In particolare, in Sanità l’irruzione della logica *low cost* non può che agganciarsi in primo luogo alla personalizzazione del rapporto degli individui con la salute e al riflusso rispetto alla dimensione strutturale del sistema.

4.1.2 *La centralizzazione dell’utente*

La Sanità è per i cittadini sempre meno un sistema compatto e monolitico al quale rivolgersi e sempre più un insieme composito di soggetti e attori tra i quali scegliere come muoversi. L’affermarsi di un’architettura diffusa nel sistema grazie alle nuove tecnologie e la crescente possibilità e capacità dell’utente di scegliere lo sviluppo di mercati sono alcune delle condizioni necessarie, ma non sufficienti, per l’avvento di operatori *low cost* anche in Sanità. In quest’ottica si consideri, ad esempio, il rapporto con il farmaco, che spesso sostituisce trattamenti ospedalizzanti che coinvolgono più pesantemente la Sanità intesa come struttura e apparato e che è già attualmente al centro dei processi di autocura in caso di piccole patologie. È questo sicuramente un primo terreno dove alcuni dei presupposti per il *low cost* sono presenti. Così per la territorializzazione dell’offerta di assistenza che, a seguito della inadeguatezza della

struttura pubblica, ha mostrato una vitalità spontanea, di mercato, assolutamente decisiva per fronteggiare la nuova domanda emersa. In sostanza, il brodo di coltura di un *low cost* sanitario risiede nel ricentraggio della tutela della salute sulla persona, nella autonomizzazione progressiva dalla predominanza degli apparati e dei modelli monopolistici di accesso ed erogazione delle prestazioni, e nel conseguente spostamento del baricentro decisionale verso l'utenza. Altro ambito potenzialmente importante per l'insorgere di una logica *low cost* nel *welfare* è quello degli strumenti dell'autotutela con cui i cittadini tendono a costruire *asset* su cui fondare la propria sicurezza; le potenzialità di ampliamento dei mercati dei vari strumenti sono assolutamente enormi per operatori capaci di offrire strumenti di copertura a prezzi più praticabili. Polizze integrative sanitarie, fondi pensione, piani di pensionamento individuale o altri strumenti più articolati di autotutela stanno accrescendo la loro platea di assicurati, eppure è forte la convinzione che la domanda potenziale sia molto più ampia. Infine, per logiche *low cost* ci sono spazi d'azione rilevanti:

- nello snellimento del sistema di offerta con la riduzione dei costi amministrativi e di gestione dei flussi informativi grazie all'applicazione intensa di tecnologie dell'informazione;
- nella eliminazione di sprechi e duplicazioni nonché, entrando nel *core* dell'offerta sanitaria, nella spinta decisa verso l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

È indubbio che riflettere sul rapporto tra *welfare* e *low cost* è tema di grande attualità; la sua complessità è evidente perché oltre al prezzo e alla facilità di accesso ci sono molte altre variabili che entrano in gioco e, soprattutto, la logica da *free rider* degli operatori e dei consumatori del *low cost* deve fare i conti con la logica globale del sistema di *welfare* che, altrimenti, si vendica generando effetti esterni distorti e penalizzanti per gli stessi utenti.

4.1.3 L'originalità del *low cost* in sanità

Rendere possibile l'offerta a prezzi decrescenti ridefinendo tutta la filiera produttivo-commerciale in modo compatibile non è più un problema dei manager e dei proprietari delle imprese, ma il percorso per una nuova coesione sociale. In altre parole, il *low cost*, imponendosi, cambia l'organizzazione sociale dalla produzione al mercato, nonché i rapporti tra queste dimensioni e tra i vari soggetti che sono coinvolti, e a questo processo globale non può certo essere estraneo il *welfare* per il ruolo che assolve e la quantità di risorse che assorbe. Nei settori in cui arrivano, gli operatori *low cost* beneficiano di una fase iniziale di rapida diffusione grazie sia all'ampio consenso dei consumatori attirati dai bassi prezzi sia alla possibilità di muoversi come *free rider* veloci e molto agili rispetto alle pesantezze di costi e di operatività dei concorrenti.

In seguito, però, cominciano ad emergere contraddizioni e problemi sulle cui conseguenze è ancora troppo presto tirare delle conclusioni, che però presumibilmente possono generare effetti negativi per gli utenti.

Effetti sulla qualità dell'offerta, reazione dei titolari dei fattori produttivi (il lavoro in primo luogo), ritocchi sulla fiscalità vantaggiosa, etc. sono tutti aspetti facilmente evocabili e che possono danneggiare il sistema. È, però, errato demonizzare la logica *low cost* perché essa ha anche innovativamente praticato un uso intenso di nuove

tecnologie che abbattano i costi amministrativi e di gestione, ha attivato modalità di controllo dei costi che consentono di evitare sprechi, duplicazioni, cattiva gestione, in sostanza è portatrice di un carico di innovazione importante che spiega anche la sua capacità di imporsi.

Si tratta, inoltre, di aspetti che per il *welfare* e la Sanità sono senz'altro rilevanti e da non sottovalutare. La logica sistemica, in pratica, può stemperare gli entusiasmi per il successo di singoli operatori, ma può anche essere una buona chiave di lettura per individuare dentro la logica *low cost* gli aspetti positivi da valorizzare, in particolare per il *welfare*.

CAPITOLO 5 ASSOLOWCOST

5.1 Associazione Assolowcost: attività e valori

“Il mercato del low cost in Italia ha registrato nel 2009 un fatturato di circa 68 miliardi di euro con un incremento del 12% rispetto al 2008. Considerando anche l'ingresso di nuovi soggetti nel mercato durante gli ultimi due anni, l'incremento e' del 23%. Il fatturato del settore low cost in Italia, inoltre, e' arrivato nel 2009 al 4,45% sul PIL nazionale. E' quanto emerge dal secondo rapporto annuale di AssoLowcost, l'associazione delle imprese attive nel "low cost di qualità". Secondo il report, nella grande distribuzione non grocery gli operatori low cost di qualità hanno realizzato una crescita del fatturato più che doppia rispetto alla media del settore. Il fatturato del turismo online è più che raddoppiato fra il 2006 e il 2009. Crescono di oltre il 50% gli asset totali delle imprese low cost di qualità nell'ambito dei servizi finanziari. Nel campo delle RCA gli operatori low cost sono parte integrante dell'offerta assicurativa e hanno conquistato un livello di customer satisfaction e di passaparola nettamente superiori a quelli delle compagnie "tradizionali". Sono nati infine modelli di business "low cost" di qualità nei servizi professionali e sanitari che, soprattutto in questo ultimo caso, si stanno affermando con ritmi di crescita superiori al 100%.”(Adnkronos)

Nell'attuale contesto di crisi finanziaria e dei mercati globali le famiglie devono confrontarsi con il bisogno crescente di ridurre le spese. In tale scenario, l'associazione *AssoLowcost* nasce con l'obiettivo di affermare la cultura del *low cost* di qualità, inteso come moderna filosofia produttiva e come stile di consumo in grado di generare vantaggi per i consumatori in termini di incremento del potere d'acquisto e di miglioramento della qualità della vita. L'associazione si rivolge pertanto non solo alle aziende, ma anche ai consumatori e alle istituzioni perché il nuovo paradigma organizzativo del *low cost* di qualità possa divenire nuovo motore della crescita economica e contribuire ad un incremento del benessere collettivo (Insero-1). In particolare, ai consumatori *AssoLowcost* fornisce una serie di informazioni circa la possibilità di risparmio nelle voci di spesa più comuni e, soprattutto, informazioni analitiche sulle aziende associate. Si tratta di un'analisi reale dei prezzi, del modo in cui l'azienda perviene ad un risparmio sui costi e l'impegno delle stesse nel rispettare valori etici (Insero-2), di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente che *AssoLowcost* ritiene fondamentali e irrinunciabili per una crescita dell'economia che possa definirsi sana e sostenibile.

Inserto-1 AssoLowcost: Attività

Opera per la crescita della cultura del *low cost* inteso come filosofia produttiva attraverso una serie di iniziative progettate per fornire al consumatore maggiori informazioni e maggiori elementi su cui basare le proprie scelte;

Analizza la catena del valore delle aziende associate per verificare che le ottimizzazioni sui processi di produzione e commercializzazione di beni e servizi non penalizzino la qualità;

Fornisce al mercato dati sistematici relativi all'evoluzione dell'offerta e della domanda;

Favorisce la crescita del "*low cost-high value*" come elemento in grado di produrre effetti culturali, economici e sociali molto rilevanti;

Stimola e coinvolge le aziende *leader* del settore, le associazioni di consumatori e le istituzioni affinché contribuiscano direttamente a guidare l'evoluzione del settore secondo regole e comportamenti che evitino abusi a danno dei consumatori e a danno delle stesse aziende;

Stimola l'affermarsi di comportamenti virtuosi da parte delle aziende dal punto di vista della qualità dei prodotti/servizi, dal punto di vista del rispetto dei consumatori e dal punto di vista dell'etica e della responsabilità sociale d'impresa;

Stimola la crescita dell'offerta "*low cost-high value*" in tutti i settori produttivi.

Inserto-2 AssoLowcost: Valori

Rispetto dei diritti del consumatore

Diffusione di una cultura d'impresa che miri all'efficienza produttiva e alla riduzione dei prezzi

Rispetto dell'ambiente

Pari opportunità tra gli esseri umani evitando discriminazioni basate sul sesso, sulle origini etniche e sul credo religioso

Rispetto dei contratti di lavoro evitando qualsiasi forma di sfruttamento del lavoro minorile

Adozione di comportamenti etici e di responsabilità sociale da parte del mondo della produzione

Promozione della cultura del consumo sostenibile

Le aziende associate ad *AssoLowcost* scelgono, pertanto, la trasparenza nei confronti del consumatore. Per essere ammesse in associazione le aziende devono sottoporsi ad un'analisi seria e indipendente, effettuata da aziende leader a livello mondiale, attraverso le quali è possibile affermare che i prezzi sono realmente convenienti, che il risparmio sui costi di produzione non incide sulla qualità funzionale¹ dei prodotti o servizi e che la produzione e la commercializzazione vengono effettuate nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente così come stabilito dal Codice Etico di *AssoLowcost*.

5.1.1 Codice etico

Al fine di promuovere e sostenere la cultura del low cost e di affermarne l'immagine nei confronti dei consumatori, dei media, delle istituzioni e di ogni altro soggetto coinvolto, AssoLowcost ha elaborato un proprio codice etico, che si pone come guida deontologica al comportamento delle imprese associate, dei singoli soci, dei dirigenti e dei dipendenti. In tal senso AssoLowcost si pone come espressione di un'identità etica collettiva del low cost - high value ed impegna se stessa e le sue componenti ad adottare modelli di comportamento ispirati alla autonomia, integrità ed eticità sviluppando i comportamenti conseguenti. Dalla singola impresa associata ai massimi vertici dell'Associazione, dovranno essere tutti partecipi e coinvolti nel perseguimento degli obiettivi e nel rispetto delle relative modalità, in quanto ogni singolo comportamento non eticamente corretto oltre a provocare conseguenze negative nell'ambito dell'Associazione, danneggia l'immagine del low cost presso la pubblica opinione, presso i media, presso il legislatore e presso la Pubblica amministrazione. La eticità dei comportamenti non è inoltre valutabile semplicemente nei termini di stretta osservanza delle norme di legge, dello Statuto e del Codice Etico, ma si deve basare sulla convinta volontà degli associati di porsi nelle diverse situazioni ai più elevati standard di comportamento... (tratto dal Codice etico di AssoLowcost).

Il codice etico di *AssoLowcost* si pone come vera e propria guida deontologica delle aziende associate affinché esse adottino dei modelli di comportamento ispirati all'autonomia e all'integrità ed eticità, al fine di promuovere, sostenere ed affermare l'immagine del *low cost* nei confronti non solo del consumatore, dei media e delle istituzioni, ma nei confronti di qualsiasi soggetto coinvolto. La sottoscrizione del codice costituisce, pertanto, parte integrante della domanda, e l'osservanza e il rispetto del codice assumono peso tanto rilevante quanto la conformità ai parametri produttivi² ed economico³ propri del “*low cost - high value*” di cui *AssoLowcost* si fa portavoce.

¹ Per *qualità funzionale* si intende la capacità di un prodotto/servizio di rispondere alle esigenze d'uso per cui lo stesso prodotto/servizio viene acquistato. In particolare, le funzioni d'uso basilari del prodotto/servizio e quindi i suoi fondamentali fattori qualitativi per la soddisfazione del cliente, devono rimanere analoghe a quelle degli altri prodotti/servizi presenti nel mercato.

² Parametri produttivi, circa le modalità attraverso cui l'azienda perviene ad un risparmio sui costi, si articolano in *business model*, scelte strategiche ed ottimizzazioni, performance, fattori di successo e criticità, grado di eccellenza qualitativa offerta ai clienti.

³ Parametro economico, inteso come minor prezzo in percentuale, differente a seconda di prodotti o servizi e per settore di appartenenza.

5.1.2 “Low cost - high value”

Per “low cost - high value” si intende la capacità di un’azienda di praticare prezzi significativamente inferiori per i beni e/o servizi offerti sul mercato mantenendo un elevato rapporto tra qualità funzionale e prezzo. Tale capacità è oggi espressa da diverse aziende appartenenti a diversi settori produttivi, grazie alle nuove opportunità che il progresso scientifico, tecnologico e organizzativo mettono a disposizione. Più in generale è possibile descrivere il fenomeno del “low cost - high value” come la capacità di un’azienda di pervenire ad una riduzione dei costi, da cui derivi una riduzione dei prezzi al consumo, attraverso l’ottimizzazione della catena del valore. Perché sia possibile affermare che un prodotto o un servizio rientri nella più ampia famiglia del “low cost - high value” e non sia solamente un prodotto o servizio venduto a basso prezzo perché di minore qualità, è necessario che la riduzione generale dei costi non debba essere ascrivibile solamente al minor costo della materia prima o ad un minor livello di qualità nella fase di produzione, ma debba essere riconducibile in gran parte all’ottimizzazione di altre attività facenti parte della catena del valore nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell’ambiente.

I principali fattori che consentono di definire il “low cost - high value” come filosofia produttiva sono:

- l’adozione di *business model* innovativi;
- la miglior gestione dei processi produttivi;
- la più efficiente gestione della filiera produttiva;
- l’efficiente gestione della catena della fornitura;
- l’efficiente gestione dei flussi informativi;
- l’utilizzo del canale e-business.

Una filosofia produttiva, da non confondere assolutamente con il “low-price” o basso prezzo, che si può ottenere semplicemente attraverso una riduzione della qualità della materia prima, del processo di lavorazione o del servizio. In particolare, perché si possa parlare di “low cost - high value” in riferimento al prezzo, occorre il contemporaneo manifestarsi di tre condizioni basilari:

- il prezzo base del prodotto deve risultare compreso nell’ultimo quartile della distribuzione del mercato di riferimento in funzione del prezzo;
- il prezzo fissato sul mercato deve essere comunque superiore al costo operativo totale unitario sostenuto dall’impresa. Si precisa che in tale grandezza di costo deve essere compresa anche la componente relativa alle eventuali quote di ammortamento e di accantonamento. Di conseguenza l’azienda, la linea di prodotti/servizi o l’area di business deve mantenere una redditività positiva.

- le funzioni d'uso basilari del prodotto/servizio (e quindi i suoi fondamentali fattori qualitativi) per la soddisfazione del cliente devono rimanere analoghe a quelle degli altri prodotti/servizi presenti nel mercato. A tal fine, occorre che il prodotto/servizio eserciti una pressione competitiva su una parte almeno dei prodotti di prezzo superiore.

CAPITOLO 6 CENTRI LOW COST IN ITALIA

6.1 Il nuovo approccio della “*Phylantropy Venture*”

L'applicazione di alcune pratiche tipiche del settore *for-profit* alla gestione delle organizzazioni *non-profit* ha generato l'approccio della “*Phylantropy Venture*” (PV).

La *Phylantropy Venture* contempla un investimento nel sociale basato sulla gestione strategica della relazione con soggetti tendenzialmente ad alto potenziale di crescita e, a differenza della donazione tradizionale, implica una strategia di investimento completa i cui elementi cardine sono costituiti da: valutazione dell'investimento iniziale, pianificazione programmatica della strategia di uscita, la sostenibilità e l'autonomia dell'organizzazione finanziata, così come il trasferimento a questa di competenze organizzative e manageriali in maniera strutturata.

Le quattro caratteristiche fondamentali che distinguono la *Venture Philantropy* indicate dalla *European Venture Philanthropy Association* (EVPA) sono:

- una partnership attiva e di lungo periodo con le organizzazioni *no profit* per promuovere la crescita dell'intera organizzazione (*capacity building*) e non solo singoli progetti;
- la capacità di fornire non solo denaro, ma anche competenze, contatti e sostegno strategico;
- l'uso non solo di donazioni, ma anche di altri strumenti finanziari come prestiti, prestiti partecipativi, quote di capitale;
- l'attenzione alla replicabilità degli interventi e all'aspetto complessivo dell'impatto sociale.

Questo approccio, assolutamente pionieristico in Italia, si inserisce in un *trend* internazionale nato inizialmente negli Stati Uniti in seguito all'osservazione che un tradizionale sistema di finanziamento, basato su donazioni brevi e di piccola entità, impedisce un reale sviluppo ed una crescita costante, duratura e di effettiva eccellenza. Da qui si è proposto e affermato un nuovo modello di intervento fortemente pro attivo nei confronti delle organizzazioni etiche *non-profit*.

Questa nuova cultura del Sociale si è affacciata in Italia dopo il 2006 e grazie ad essa si stanno aprendo nuovi centri di cure mediche poliambulatoriali, sostenuti da politiche sociali filantropiche che permettono l'erogazione di servizi sanitari a prezzi inferiori rispetto alle cliniche private, assicurando alti standard di qualità di prestazioni pur non essendo convenzionate al SSN.

6.2 Oltre venture e il Centro Medico Sant'Agostino

Il Centro Medico Sant'Agostino nasce il 25 Febbraio 2009 per fornire un'assistenza sanitaria di qualità che sia accessibile a tutti, anche nelle specialità meno coperte dal Servizio Sanitario Nazionale (come l'odontoiatria e la psicoterapia).

Qualità in questo contesto significa accesso facile e veloce alle cure, tempo di visita adeguato, centralità del rapporto tra medico e paziente fondato sull'ascolto, sulla chiarezza delle informazioni cliniche e sulla fiducia. E la Qualità è l'obiettivo primario che impera nella carta dei valori del Centro.

Qualità non solo della visita, ma anche dell'erogazione di servizi gratuiti di orientamento e assistenza per accompagnare la persona nel percorso di cura. Nel Centro Medico Sant'Agostino operano più di 100 specialisti delle principali realtà ospedaliere e universitarie di Milano, scelti per la loro competenza e la loro provata esperienza.

Il progetto del Centro Medico Sant'Agostino si propone di interpretare un bisogno sanitario emergente e diffuso: una medicina specialistica di alto livello anche in aree attualmente poco coperte dal servizio sanitario pubblico, a costi accessibili, rapida nell'intervento, attenta ai bisogni anche relazionali del paziente.

L'obiettivo ambizioso del Centro Medico Sant'Agostino è quello di sperimentare un nuovo modello di offerta medica specialistica che possa anche definire un possibile orizzonte di collaborazione e partnership con il Sistema Sanitario pubblico.

L'offerta medica è rivolta a tutti, con un'attenzione particolare per il crescente numero di persone e famiglie che possono sperimentare condizioni di fragilità socio-economica e culturale. Questa fascia di popolazione è infatti quella che più può soffrire della carenza del SSN in alcune aree (ad esempio l'odontoiatria o la psicoterapia), senza d'altra parte avere la possibilità di accedere al mercato privato.

In un contesto pubblico in cui le liste di attesa sono spesso lunghe, talvolta il tempo dedicato alla visita è breve, e generalmente è difficile mantenere un rapporto continuativo con lo stesso medico; in altre parole, si sta accentuando il livello di personalizzazione del servizio, che può portare alla rottura del rapporto fiduciario, al conseguente aumento di esami clinici e alla lievitazione dei costi sul SSN, il Centro Medico Sant'Agostino interviene con un nuovo modello di sanità, che offre servizi di qualità a costi accessibili (le visite costano 60 €, circa il doppio del ticket ma largamente al di sotto del settore privato), brevi tempi di attesa, attenzione alla persona e al contenuto relazionale del rapporto medico-paziente, tempi visita adeguati all'ascolto e alla spiegazione clinica, e servizi gratuiti di orientamento e accompagnamento.

Inoltre, nel SSN settori come l'odontoiatria e la psicoterapia sono di fatto poco coperti rispetto alla domanda reale, e l'offerta disponibile è quasi esclusivamente privata, con costi mediamente alti e non sempre con un buon livello di servizio. Il Centro offre una risposta concreta e di qualità anche a questo tipo di domanda: le sedute di psicoterapia costano 35 € e l'odontoiatria ha costi inferiori di circa il 30-40% al mercato privato.

Il finanziamento iniziale che è stato di 1.700.000€ per la nascita di questo centro è stato ideato e promosso da Oltre Venture Capital Sociale (nata nel 2006), un fondo di investimento etico impegnato nella realizzazione di progetti e servizi rivolti alla cosiddetta "area grigia della fragilità sociale", una fascia sempre più ampia della popolazione caratterizzata da forme di disagio non estremo ma comunque profondo.

Gli ambiti di intervento di Oltre Venture sono l'*housing* sociale, il microcredito, la creazione di servizi socio-sanitari, lo sviluppo di opportunità lavorative per fasce deboli e altri ancora. Il progetto è stato reso possibile anche grazie all'impegno di un gruppo di primari ospedalieri e universitari, medici senior e specialisti di importanti strutture che hanno creduto in questa idea e hanno deciso di mettere a frutto la propria esperienza e competenza per offrire alla città di Milano una salute migliore.

La Fondazione Oltre è la prima Fondazione italiana di *Venture Philantropy* promossa nel 2002 da Luciano Balbo, con l'obiettivo di sostenere e rafforzare le organizzazioni non profit attraverso un contributo non solo economico, ma anche organizzativo e strategico. «Ho applicato al sociale il metodo del *venture capital*: noi offriamo fondi ma anche esperienza e competenza manageriale. Affianchiamo l'impresa per portarla alla sostenibilità economica», spiega Balbo, che è tra i soci fondatori di *Make a Change* e della Società italiana di filantropia. «Il modello è quello del quasi mercato : gli utenti pagano le prestazioni, ma il prezzo è inferiore a quello richiesto dalle altre aziende. L'obiettivo è aiutare quell'area grigia che si trova in condizioni di fragilità economica e non trova risposte nel *welfare* pubblico». Oltre Venture ha rappresentato la prima iniziativa nel panorama economico italiano che ha dato agli investitori l'opportunità di finanziare il sociale non attraverso la filantropia tradizionale, ma attraverso investimenti nel capitale di rischio di aziende impegnate nell'innovazione in questo settore e supporta le imprese sociali sia attraverso le proprie risorse finanziarie (capitale di rischio e finanziamenti) che attraverso le proprie competenze manageriali e il proprio *know-how* in ambito.

6.3 Welfare Italia Servizi, sanità cooperativa CGM

A guidare Welfare Italia è Johnny Dotti, dal 1999 al 2002 consigliere delegato e fino all'anno scorso presidente del gruppo cooperativo Cgm (Consorzio Gino Martelli), la più grande rete italiana di imprese sociali (un'ottantina di consorzi locali e 1.200 coop sociali per un totale di 40 mila addetti). Welfare Italia Servizi è una società del gruppo Cgm dedicata ai servizi di sanità leggera che nasce nel novembre 2009. Sono stati previsti venti ambulatori polispecialistici a marchio WI che saranno aperti nei prossimi 12 mesi su tutto il territorio nazionale, per offrire alle famiglie assistenza di alta qualità in un progetto che ha pianificato l'apertura in totale di 130 ambulatori. Al momento i 4 poliambulatori medici e odontoiatrici in attività sono: Centro Canegrate (MI); Centro San Pellegrino (San Pellegrino Terme (Bg)); Centro Acireale (Ct);e Centro Pontedera (Pi).

Tra gli investitori di Welfare Italia ci sono Intesa San Paolo, Banco Popolare e Cassa di Risparmio di Torino (Fondazione Sviluppo e Crescita-CRT).

I centri di Welfare Italia si propongono come autentici "consultori della cura" e del *counseling* familiare: non soltanto mezzi per la guarigione, ma condivisione del cammino di cura, facendosi carico dei bisogni manifesti e latenti di chi si rivolge al medico. Cura e ascolto, dunque. Con un'attenzione alle tariffe, che dovrebbero garantire un risparmio netto per chi paga nell'ordine del 30%. WIS ha un vincolo parziale nella distribuzione degli utili espressamente dichiarato nello statuto. L'idea anche in questo caso è quella di diffondere le esperienze eccellenti emerse nell'ambito della

cooperazione sociale. coniugando solidarietà e scopi sociali con la logica di mercato e capacità competitiva. Le linee di servizio sono studi odontoiatrici, centri di medicina polispecialistica, servizi per la riabilitazione, servizi di psicoterapia. Per ogni centro, basandosi su questo nucleo base si intensificano le attività in funzione una più specifica domanda locale.

"Partiremo da 130 centri di sanità leggera che contiamo di aprire nei prossimi cinque anni", anticipa il Presidente Dotti. "I primi 11 sono già attivi come progetti pilota, e da febbraio avranno il nostro marchio (il modello sarà quello del franchising di servizi, ndr). A regime, coinvolgeremo 4 mila medici". L'obiettivo? "Diventare leader italiani in questo settore: la sanità si sta trasformando sempre più in un business, ma se si elimina la componente speculativa e si costruisce una rete capillare si può far fronte alla domanda delle famiglie, contenere i prezzi e garantire agli specialisti stipendi di mercato".

6.4 Poliambulatorio Nuova Città Capurso (BA)

Senza il sostegno di una rete imprenditoriale "di venture" è la prima struttura di assistenza poliambulatoriale *low cost* al Sud Italia, è nata come Cooperativa sociale di tipo A. Le Cooperative Sociali e i loro consorzi sono imprese che operano con finalità di promozione sociale e di sviluppo nella società, ma sono imprese a tutti gli effetti. Esse offrono operatori qualificati per il servizio alla persona (gestione delle residenze, dei centri diurni, di formazione e socializzazione, interventi educativi, assistenza domiciliare).

Intercettare sul territorio i bisogni trasformandoli poi in domanda, offrire servizi qualificati, adottare forme di gestione democratica, essere presenti nella ridefinizione delle politiche sociali, conquistarsi un'autonomia rispetto al mercato mantenendo i propri valori, sono i compiti delicati di chi partecipa alla crescita della cooperazione sociale e diventa operatore nel così detto "Terzo Settore".

Il terzo settore è quel complesso di istituzioni che all'interno del sistema economico si collocano tra lo stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro; sono cioè soggetti organizzativi di natura privata volti alla produzione di beni e servizi a destinazione pubblica o collettiva (cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, ONG, ONLUS, ecc.). In Italia il termine "Terzo Settore" si è diffuso verso la fine degli anni '80 ed ha convogliato su di sé l'interesse degli studiosi che si occupano delle organizzazioni non profit (ONP). Proprio il tema del *non-profit* è stato oggetto dei primi studi da parte degli economisti, cosa che ha dato consistenza ed ha conferito al terzo settore una piena dignità nell'analisi economica, ed anche un ruolo all'interno del sistema di Welfare.

La preferenza per interventi di tipo territoriale e domiciliare contraddistingue la cooperazione sociale di tipo A come forma d'impresa (a differenza delle cooperative sociali di tipo B che invece hanno conquistato un ruolo come strumento privilegiato e specialistico per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati). Una Cooperativa

sociale di tipo A per definizione risponde alle esigenze ed ai bisogni di cittadini appartenenti a classi svantaggiate, ma non solo.

Una flessibilità dei servizi e una forte motivazione del personale qualificato hanno permesso un incrementato notevole della presenza di queste imprese nel nostro paese, inoltre, intervenendo a disciplinare l'intero settore, la legge 381/91 ha istituito la categoria delle cooperative sociali individuando nella "società cooperativa" lo strumento idoneo per il perseguimento di finalità sociali e di promozione umana, da realizzare attraverso la gestione di servizi socio-sanitari, educativi e di attività produttive.

Il poliambulatorio Nuova Città, è una struttura privata con sede a Capurso (Ba) che garantirà visite specialistiche a prezzi contenuti. Il prezzo massimo previsto, infatti, è di 45 euro a visita, 35 per la seduta di psicoterapia.

Le specialità in tutto sono dodici (nefrologia, medicina interna, urologia, pneumologia, otorinolaringoiatria, cardiologia, allergologia, agopuntura, psicoterapia, dermatologia, endocrinologia e oncologia), e in più l'ambulatorio garantisce assistenza infermieristica anche a domicilio.

Il progetto si è realizzato grazie al contributo di medici specialistici di importanti strutture ospedaliere pubbliche che hanno deciso di offrire la propria competenza e disponibilità per garantire al cittadino una salute migliore” e coniugare l’assistenza specialistica con l’aspetto umano e relazionale: l’ascolto ed il dialogo prima di tutto. Per dirla breve: un’attenzione verso la persona oltre che verso il paziente.

“Sappiamo – spiega il Dr. Daniele Aprile, Direttore Sanitario dell’ambulatorio – che c’è una grossa fetta di utenza che si trova in difficoltà poiché di fatto non sa proprio a chi rivolgersi. Da un lato l’offerta pubblica è poco adeguata alla domanda, dall’altro il privato ha costi che, in tempi di crisi, in pochi possono permettersi. Pertanto molto spesso succede che il paziente è costretto a sacrificare tempo e denaro per potersi permettere una visita medica specialistica. Inoltre nella struttura pubblica il tempo dedicato alla visita è molto breve e quasi sempre risulta difficile ottenere le visite successive con lo stesso medico con una inevitabile perdita del rapporto di fiducia tra il medico e il paziente.”

“Questo centro – prosegue – nasce quindi per accogliere le esigenze di coloro che cercano una terza via che è quella del cosiddetto privato sociale inteso come una organizzazione di natura privata, senza fine di lucro, in grado di accogliere le richieste delle fasce sociali più deboli.”

CAPITOLO 7 METODOLOGIA

Il nostro metodo di lavoro ha previsto una suddivisione del progetto in due fasi principali.

La prima fase si è basata sulla raccolta di informazioni presenti in letteratura e pubblicati in rete.

Questo ci ha permesso di introdurre l'argomento della sanità *low cost* trattandolo in alcune delle sue sfumature, partendo dall'analisi del Sistema Sanitario Italiano, descrivendo poi il concetto di appropriatezza in sanità e le radici della nascita dei primi centri *low cost*.

Nella seconda fase, abbiamo invece voluto approfondire quanto questi ambulatori polispecialistici *low cost* siano conosciuti dal cittadino italiano ed approfondire come questa nuovo trend sia percepito ed accolto dalla popolazione.

Ci siamo quindi focalizzati a raccogliere ed analizzare i dati relativi alla soddisfazione in termini di tempi, costi e qualità percepita dagli utenti riguardo a settore sanitario pubblico e privato. Ci siamo poi occupati di capire quale fosse la percezione di *low cost* e sanità *low cost* tenendo presente sia il punto di vista dei medici sia quello degli utenti, attraverso un questionario anonimo e alcune interviste a medici e dirigenti dei nuovi centri *low cost* nati in Italia.

Il questionario è stato somministrato a 166 persone in forma anonima ed è stato diffuso *on-line* tramite social network ed e-mail.

Di seguito riportiamo il testo del questionario per la popolazione.

7.1 Questionario Anonimo

Il suo contributo servirà a sviluppare un progetto di lavoro sull'appropriatezza di costi in sanità, sul concetto emergente di "sanità low cost" e della sua percezione nella popolazione italiana. I dati verranno impiegati a scopo di ricerca internamente alla fondazione ISTUD. Grazie per la sua collaborazione.

1 Età (anni)

2 Sesso M F

3 Livello di Istruzione

- Licenza elementare
- Licenza media inferiore
- Licenza media superiore
- Laurea
- Altro (es. Dottorato o altra specializzazione)

4 Professione

- Studente
- Operaio
- Libero Professionista
- Impiegato
- Disoccupato
- Dirigente
- Commerciante
- Altro

5 Quanto si reputa soddisfatta/o delle prestazioni mediche ricevute? (In riferimento al settore pubblico) Dove 1 Insoddisfatto, 5 Molto Soddisfatto

1 2 3 4 5

- Tempi di attesa
- Costi
- Esito Finale
- Comfort Strutture
- Disponibilità del
- Personale
- Tempo dedicatole del medico (ascolto)
- Soddisfazione generale

6 Quanto si reputa soddisfatta/o delle prestazioni mediche ricevute? (In riferimento al settore privato) Dove 1 Insoddisfatto, 5 Molto Soddisfatto

1 2 3 4 5

- Tempi di attesa
- Costi
- Esito Finale
- Comfort Strutture
- Disponibilità del
- Personale
- Tempo dedicatole del medico (ascolto)
- Soddisfazione generale

7 Quanto ha speso per l'ultima visita/prestazione che ha effettuato presso uno specialista/centro privato?

8 Quale sarebbe secondo lei un prezzo ragionevole per la prestazione ricevuta?

9 A quale specialità medica appartiene tale prestazione?

- Disordini metabolici
- Psicoterapia
- Pediatria
- Neurologia
- Neurochirurgia
- Fisiatria
- Dietetica
- Dermatologia
- Chirurgia
- Cardiologia
- Angiologia
- Andrologia
- Altro

10 Cosa l'ha indirizzato/a verso uno specialista/centro privato?

- Medico di base
- Consigli di parenti o amici
- Internet - Forum
- TV - Stampa
- Altro:

11 Potendo tornare indietro, farebbe di nuovo la stessa scelta?

- Sì
- No
- Altro:

12 Di fronte alle lunghe attese previste per le visite specialistiche in strutture pubbliche, ha mai preferito ricorrere ad una visita privata, pur accettandone costi maggiori? (es. odontoiatria, psicoterapia, ginecologia... etc.)

- Sì
- No
- Altro:

13 Le è mai capitato di rinunciare ad una visita specialistica perché troppo costosa? (es. odontoiatria, psicoterapia, ginecologia... etc.)

- Sì
- No

14 Nell'intento di risparmiare denaro sarebbe disposta a recarsi all'estero in strutture mediche che erogano servizi di medicina specialistica?

- Sì
- No
- Altro:

15 Ha mai sentito parlare di "low cost"?

- Sì
- No

16 Cosa si aspetterebbe da un prodotto o un servizio "low cost"?

- Basso prezzo e bassa qualità
- Basso prezzo e buona qualità
- Basso prezzo (indipendentemente dalla qualità)

17 A parità di qualità, sceglierebbe un prodotto o un servizio "low-cost"?

- Sì
- No
- Altro:

18 Secondo lei è possibile associare un servizio o una prestazione in ambito sanitario al concetto di "low cost"?

- Sì
- No
- Altro:

19 Secondo lei è possibile avere un servizio sanitario "low-cost" in presenza di buona qualità?

- Sì
- No
- Altro:

20 Qualora esistessero, si recherebbe presso strutture private che erogano servizi o prestazioni mediche specialistiche a basso prezzo (“low-cost”)?

- Sì
- No
- Altro:

21 Ha mai usufruito di prestazioni mediche “low cost”?

- Sì
- No

22 Se sì, per quale specialità medica?

- Disordini metabolici
- Psicoterapia
- Pediatria
- Neurologia
- Neurochirurgia
- Fisiatria
- Dietetica
- Dermatologia
- Chirurgia
- Cardiologia
- Angiologia
- Andrologia
- Altro

23 Se sì, dove?

24 Quanto si reputa soddisfatta/o delle prestazioni mediche ricevute? (In riferimento al settore "low cost") Dove 1 Insoddisfatto, 5 Molto Soddisfatto

1 2 3 4 5

- Tempi di attesa
- Costi
- Esito Finale
- Comfort Strutture
- Disponibilità del
- Personale
- Tempo dedicatole del medico (ascolto)
- Soddisfazione generale

25 Se No, per quale motivo ?

- Non conosco l’esistenza di centri “low-cost”
- Non mi fido (timore di un servizio di bassa qualità)
- Preferisco rivolgermi al settore pubblico
- Preferisco rivolgermi a specialisti indipendentemente dal prezzo
- A seconda dell’esige

CAPITOLO 8 RISULTATI E DISCUSSIONE

8.1 Interviste ai responsabili dei centri *low cost*

8.1.1 Intervista all'Amministratore Delegato del Centro Medico Sant'Agostino di Milano, Dr. Luca Foresti.

D: Quali sono le motivazioni che dovrebbero spingere un cittadino a scegliere un centro *low cost* rispetto a un centro privato accreditato?

R: In realtà sono molto chiare: il miglior rapporto qualità prezzo che noi abbiamo Siamo circa un 40% sotto rispetto ai listini della psicoterapia: una seduta costa circa 35 euro. I prezzi sono migliori rispetto a ciò che uno può trovare nel privato. Quindi la nostra sanità non conta solo perché costa poco ma anche perché i pazienti hanno fiducia nel dottore. La qualità viene valutata dal cittadino secondo quanto tempo deve aspettare per fare una visita ma anche secondo la qualità del luogo in cui si reca a fare una visita. alla qualità .

La prima ragione che spinge un cittadino a scegliere un centro *low cost* è quindi il rapporto qualità prezzo, la seconda ragione sono le liste di attesa che noi cerchiamo di mantenere sempre sotto una settimana, la terza ragione è che al nostro Centro si accede facilmente, senza ad esempio prendere l'auto.

D: In merito alle prestazioni offerte, è possibile parlare di prezzo ragionevole?

R: Diciamo che noi siamo riusciti a costruire un prezzo lavorando pesantemente con i medici, con gli *economics* per ottenere un migliore piano di efficienza. Altri erogatori non hanno voluto e non sono riusciti a fare questo prezzo. La ragionevolezza di chi? Nella testa dell'utente o dell'erogatore, perché sono due ragionevolezze molto diverse. Nella testa dell'utente noi siamo in larga parte "ragionevoli". Noi siamo un sistema sanitario che eroga servizi che sono anche coperti dal SSN. Quindi nella testa dell'utente la ragionevolezza del prezzo viene spesso comparata con quanto vi è tipicamente nel pubblico. E' chiaro che, in alcuni casi, il ticket rappresenta una quota consistente del costo produttivo dei servizi, ma in alcuni casi così non è: quindi il cliente ha una percezione distorta rispetto ai costi. Ad esempio, nel caso di visite specialistiche, il ticket costa 36 euro. Questo è quanto il SSN paga agli erogatori privati accreditati. Questo prezzo comporta inevitabilmente visite brevi altrimenti il settore sanitario non riuscirebbe a mantenere i costi. In questo caso ciò che il cittadino non capisce è che la ragionevolezza del prezzo deve comprendere anche l'erogazione di cure di buona qualità. Noi consideriamo anche questo aspetto: un prezzo ragionevole, dal nostro punto di vista, di 60 euro circa prevede una visita sufficientemente lunga anche al fine di migliorare il rapporto medico paziente.

D: Come sono stati stabiliti i prezzi delle prestazioni e quali i criteri?

R: La modalità è innanzi tutto frutto di una strategia di mercato: tutte le volte che “tentiamo” un nuovo prezzo, che sia di fatto applicabile a nuove prestazioni, andiamo a vedere come queste prestazioni sono piazzate sul mercato pubblico e privato di Milano. Questo ci dà il senso di cosa sta succedendo intorno a noi: quando facciamo quest’analisi chiaramente prendiamo in considerazione anche il problema delle liste di attesa, della facilità di contatti per accedere al servizio. Noi sappiamo benissimo di lavorare nelle “pieghe” del SSN: dove questo non riesce ad essere efficiente noi interveniamo. Una volta che abbiamo un quadro della situazione, andiamo a vedere quanto può essere la remunerazione dei medici. Anche questo è un concetto di mercato e di conseguenza andiamo a vedere come remunerare i nostri medici. Facciamo un’analisi approfondita dei costi per erogare una certa prestazione per poi fare un’ipotesi del prezzo. Cerchiamo di fare il miglior prezzo sul mercato, ma non sempre ci riusciamo perché a volte il miglior prezzo di mercato è sintomo di bassa qualità. In quei casi noi non facciamo il miglior prezzo di mercato ma facciamo un prezzo diverso, mantenendo la qualità ad un livello superiore. Noi non vogliamo scendere al di sotto di un certo livello di qualità.

D: Spesso dalla stampa si sente parlare di sanità *low cost*: come vi ponete nei confronti di tale “etichetta”?

R: Questa è un’etichetta che ci hanno dato gli altri e che noi non abbiamo mai usato nei confronti dei nostri medici, né nei confronti dei nostri pazienti. La parola *low cost* ha una storia abbastanza moderna: facciamo l’esempio di Ryanair, Decathlon e Ikea. In queste compagnie, il costo del personale non è rilevante per formare la struttura dei costi apportati per l’azienda. Nel nostro caso i costi sono in larga parte i costi delle persone: quindi in realtà quando si parla di *low cost* in sanità bisogna considerare che è il modello di remunerazione di queste persone che ti permette di fare dei prezzi soddisfacenti per gli utenti. Questo però non ci deve portare a selezionare medici non bravi. Non deve essere un modello in cui si scambia il costo con la qualità ma deve essere un modello in cui riesci ad avere costi contenuti e qualità elevata. Questo di fatto si ottiene attraverso i volumi. Normalmente, laddove nel SSN ci sono molti volumi si abbassa la qualità. Noi abbiamo proposto l’opposto. Noi riusciamo ad innalzare la qualità innalzando i volumi perché innalzando i volumi riusciamo a garantire una sicurezza di remunerazione ai medici.

D: Crede che il modello della sanità *low cost* avrà ampia diffusione nei prossimi anni?

R: Siamo in Italia i leader di questo settore. Speriamo che il fenomeno abbia un’ampia diffusione. Il fatto è che ciò che facciamo è molto difficile: facciamo visite ad alta qualità a prezzi che sono meno della metà degli altri centri privati...ma ci stiamo riuscendo! La sanità in Italia tra tre quattro anni sarà molto differente da quella di oggi. Ci saranno purtroppo delle barriere al trasferimento di questo concetto tra una regione e l’altra soprattutto per motivi culturali, per aspettativa dei cittadini e per vari altri aspetti.

D: In che modo intendete promuovere il Centro?

R: C’è da un lato il nostro posizionamento sul mercato che è quello che dicevo, un miglior rapporto qualità prezzo. Poi ci sono gli strumenti di comunicazione; noi inizialmente utilizziamo tutti gli strumenti che sappiamo ci portano maggior ritorno. Al momento sono rapporti con ditte qualificate. Abbiamo inoltre avuto un pezzo su Report

(RAI 3), un pezzo sulla Repubblica, sul Corriere della Sera etc. Questo ci ha portato molti clienti. Sappiamo che più o meno la metà dei nostri pazienti arrivano per passaparola e questo è un fenomeno che si può controllare fino ad un certo punto. Usiamo anche spot radiofonici. Abbiamo usato ed usiamo il *talk to talk*, che è una nuova tecnica di marketing, la newsletter del nostro sito e tutto ciò che possiamo utilizzare nei limiti del nostro budget.

8.1.2 Intervista al Direttore Sanitario del Centro Medico Sant'Agostino di Milano, Dr. Gian Piero Riboni

D: Oggi si parla di certificazioni di qualità (esempio ISO 9001, *Joint Commission*): pensa che il centro abbia la possibilità di ricevere tali certificazione?

R: Il centro sta lavorando per essere certificato ISO 9001 2008: questo perché, oltre ad essere direttore sono anche auditor ISO e mi occupo anche di certificazioni di sistemi qualità per le aziende e non solo per la sanità. Stiamo cercando di lavorare su fondi e finanziamenti della piccola e media impresa per ottenere un finanziamento che ci permetta, o attraverso la consulenza, o attraverso la formazione sul campo di essere pronti per il 2011 a certificarci ISO 9001.

D: La certificazione comporterebbe un aumento dei prezzi delle prestazioni?

R: sicuramente no, questo dovrebbe essere un'ulteriore garanzia per il cliente di operare su una struttura che ha come obiettivo di dare prestazioni, sì a prezzo contenuto ma anche prestazioni di qualità. Direi che ciò si sposa con la *mission* aziendale.

D: Avere una certificazione potrebbe aumentare la visibilità del centro in termini di qualità percepita dal cliente?

R: Sì, certamente si visto che sono fautore dei sistemi qualità ma anche di *joint commission*. Visto che in passato mi sono occupato di questo, credo che sia una garanzia per il cliente avere una struttura che lavora per processi e per qualità ed anche per dare prodotti e servizi, in questo caso sanitari, che siano i migliori possibili nel rapporto costi benefici

D: Spesso dalla stampa si sente parlare di sanità "*low cost*": come vi ponete nei confronti di tale "etichetta"?

R: Io credo che il *low cost* sia nato come una etichetta facile e giornalistica: in realtà sottintende l'impegno a provare che i privati possono dare una buona qualità in sanità soprattutto in quei settori che il sistema sanitario lascia o copre parzialmente, come il settore odontoiatrico su tutti, venendo incontro ad esigenze di molte persone che non hanno soldi o assicurazioni permettendo loro di accedere ad un servizio privato che gli garantisca meno code ad un prezzo molto ragionevole. Da qui l'idea di parametrarsi un poco sopra il ticket per le prestazioni sanitarie specialistiche che sono circa 65 euro, contro i 45 euro per le prestazioni soggette a ticket. Questa è una scommessa fatta nel Centro e che bisognerà poi riuscire a vincere. Vogliamo dimostrare che si può dare della buona sanità anche mantenendo dei costi molto contenuti

D: Crede che il modello della sanità *low cost* avrà ampia diffusione nei prossimi anni?

R: Sì, so che ci sono anche alcuni grossi investitori che si stanno interessando. Si parla di Intesa San Paolo e Banco Popolare: già in Piemonte si sono attivati per creare centri simili al nostro. Se il nostro Centro dovesse continuare ad andar bene, penso che la direzione che fa capo ad Oltre Venture potrebbe pensare di vendere la nostra esperienza anche in altre regioni. Credo che il nostro possa essere considerato un po' il prototipo. Stiamo un po' a vedere se questo prototipo diventa un esecutivo vincente, la macchina da mettere poi sul mercato. Saranno poi i nostri clienti a decidere se il prototipo può diventare macchina di uso comune. Per cui io penso che bisognerà lavorare molto anche sulla qualità e sull'immagine, perché i cittadini di Milano sappiano che possono rivolgersi a questo centro. Poi si vedrà...

8.1.3 Intervista al Direttore Sanitario del Poliambulatorio specialistico Nuova Città di Capurso (BA), Dr. Daniele Aprile

D: Come è nata l'idea del poliambulatorio *low cost*?

R: È nata dalle richieste che facevano i pazienti del servizio infermieristico domiciliare. Una spinta forte poi è arrivata dall'aver visto nascere e fiorire il centro *low cost* Sant'Agostino di Milano.

D: In base a cosa è stato scelto il modello di cooperativa sociale?

R: La cooperativa è nata molti anni prima del poliambulatorio e sembrava essere il modello migliore su cui basare questa nuova esperienza.

D: Che differenza c'è tra lavorare in una struttura privata *low cost* e in una tradizionale clinica privata?

R: La differenza principale sta nella motivazione: non si mira al denaro ma ad instaurare una buona relazione con i pazienti.

D: Quali sono secondo lei le motivazioni che spingono i pazienti a rivolgersi alla struttura?

R: Credere in questo tipo di Sanità e/o poco tempo e/o poco denaro.

D: Che tipo di rapporto instaura con i suoi pazienti?

R: Umano e professionale (in quest'ordine)

D: I suoi pazienti sono sempre stati soddisfatti del servizio offerto?

R: Sembra di sì. Non abbiamo mai avuto feedback negativi e alcuni dei nostri pazienti sono tornati

D: Come viene percepito dai suoi pazienti il concetto di sanità "*low cost*" ?

R: Come un'opportunità.

D: Come avete fissato il costo fisso di 45 euro a visita? Considera che il prezzo sia adeguato alla prestazione che offre?

R: Sì, ritengo che il prezzo sia adeguato. Le tariffe sono state stabilite in base al prezzo del ticket, alle tariffe minime dell'Ordine dei Medici e alle tariffe medie degli specialisti privati.

D: Gli strumenti che la struttura fornisce sono adeguati per l'espletamento del suo lavoro?

R: Sì, sia i locali che la strumentazione sono nuovi e moderni e consentono di operare nel migliore dei modi.

D: Perché il vostro centro ha deciso di non accreditarsi al Servizio Sanitario Nazionale?

R: Per evitare vincoli.

D: Avete delle certificazioni di Qualità del tipo ISO o altro?

R: No ma stiamo per attivarci.

D: Oggi si parla di certificazione di eccellenza (esempio *Joint Commission*): pensa che il centro abbia la possibilità di ricevere questa certificazione ?

R: Sì, infatti ci stiamo attivando per riceverla, senza che questo comporti però una modifica dei prezzi proposti.

D: Avete pensato di iscrivervi alla associazione Assolowcost?

R: No

D: Secondo lei come mai il modello della sanità "*low cost*" non ha avuto ancora una forte espansione?

R: I fondi sono il problema principale, ma sto sentendo di diversi centri che stanno per nascere al Nord.

D: Quali sono le motivazioni che dovrebbero spingere un cittadino a scegliere un centro "*low cost*" rispetto a un centro privato accreditato ?

R: Costi e tempi.

D: Intendete promuovere i vostri servizi? In che modo?

R: Pubblicità tradizionale, pubblicità online, incentivare il passaparola.

D: In quanto psicoterapeuta, quali sono le maggiori aree di disturbo per cui i pazienti si rivolgono a Lei?

R: Disturbi d'ansia, depressione.

8.2 Questionario anonimo alla popolazione

Il questionario è stato somministrato a 166 persone in forma anonima. L'età media della popolazione è 30 anni. Il questionario è stato diffuso *on-line* tramite social network ed e-mail, cosa che giustifica l'età media così bassa. La popolazione si ripartisce in 58 uomini (35%) e 108 donne (65%) appartenenti a diverse categorie professionali (grafico 1): in particolare il 47% è costituito da studenti, il 25% da impiegati e il 10% da liberi professionisti. Il 47% sono laureati, il 14% possiede specializzazione o dottorato mentre la restante parte possiede un titolo di licenza media superiore (37%) e inferiore (2%) (grafico 2).

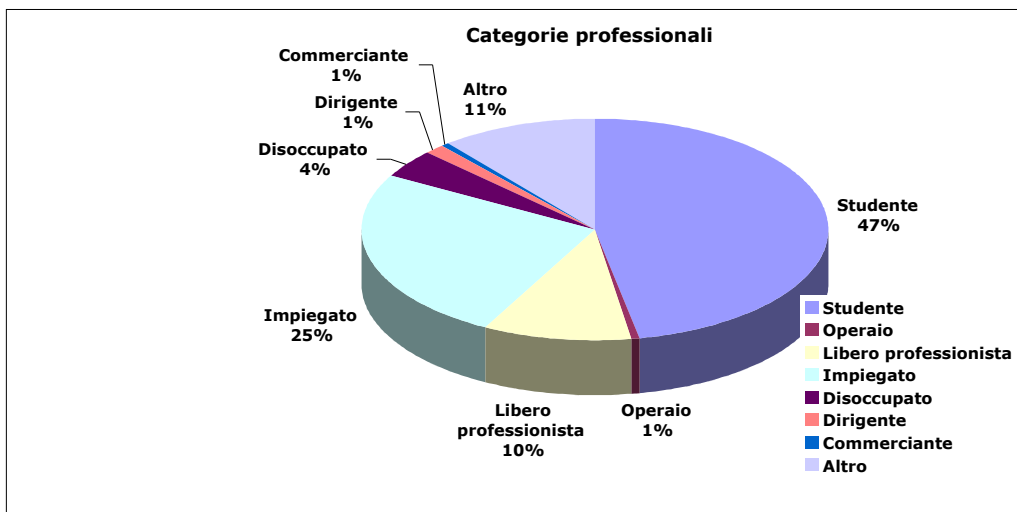


Grafico 1

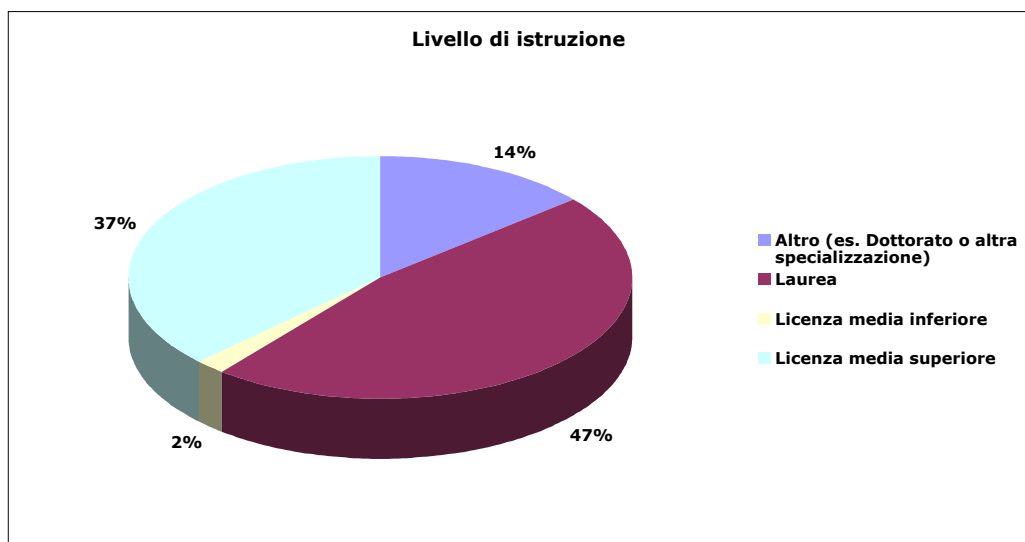


Grafico 2

8.2.1 Confronto della percezione tra Servizio Sanitario pubblico e privato

In questa fase sono stati confrontati tempi di attesa, costi, esito delle prestazioni, comfort delle strutture, disponibilità del personale, tempo dedicato all'ascolto da parte del medico e infine il livello di soddisfazione generale.

Nel questionario abbiamo sottoposto una scala di valutazione da 1 a 5, dove 1 è non "per niente soddisfatto" e 5 è "molto soddisfatto". In merito al giudizio sul settore privato circa il 3% della popolazione non ha risposto (riportato in grafico come 0). Nel complesso i risultati tra pubblico e privato sono omogenei e quindi confrontabili.

Per quanto riguarda i tempi di attesa si evince che circa il 60% della popolazione risulta essere poco soddisfatta o non soddisfatta per il settore pubblico: in contrasto con la soddisfazione per il privato (69% tra soddisfatto e molto soddisfatto) (grafico 3).

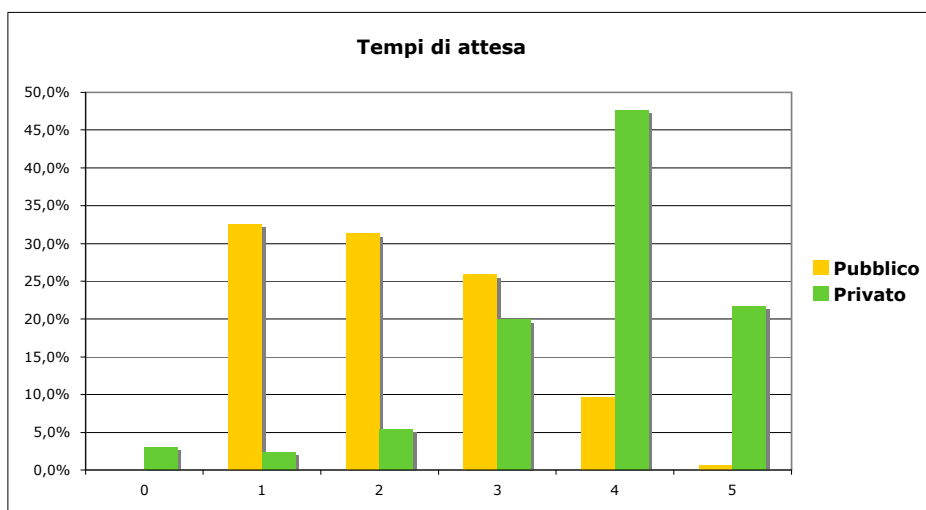


Grafico 3

Per quanto concerne i costi, il livello di soddisfazione è chiaramente maggiore per il settore pubblico. Infatti, la distribuzione del giudizio nel settore privato si concentra nelle fasce di bassa soddisfazione (62,7% tra insoddisfatto e poco soddisfatto contro il 35,2 del pubblico) (grafico 4).

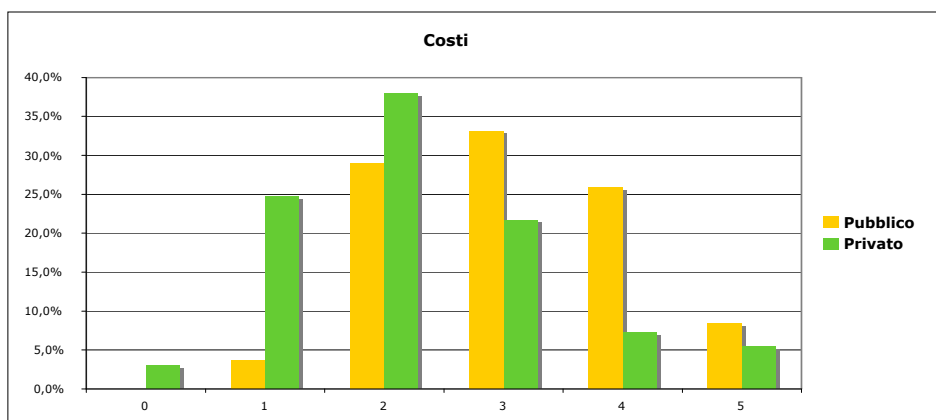


Grafico 4

In merito all'esito delle prestazioni, la soddisfazione è maggiore nel settore privato: 64% tra soddisfatti e molto soddisfatti rispetto al 41% per il settore pubblico (grafico 5).

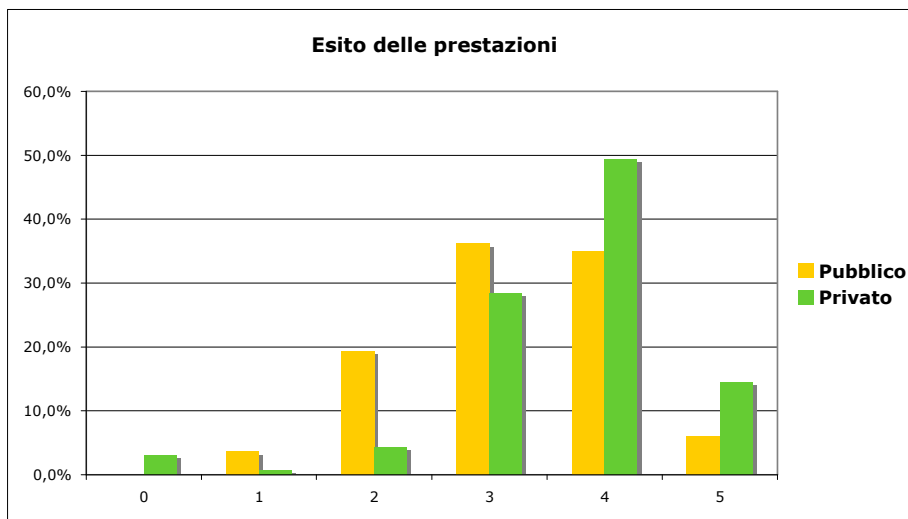


Grafico 5

La percezione del comfort delle strutture è nettamente superiore per il settore privato (73,5% vs 17% del pubblico nelle aree a maggiore soddisfazione) (grafico 6).

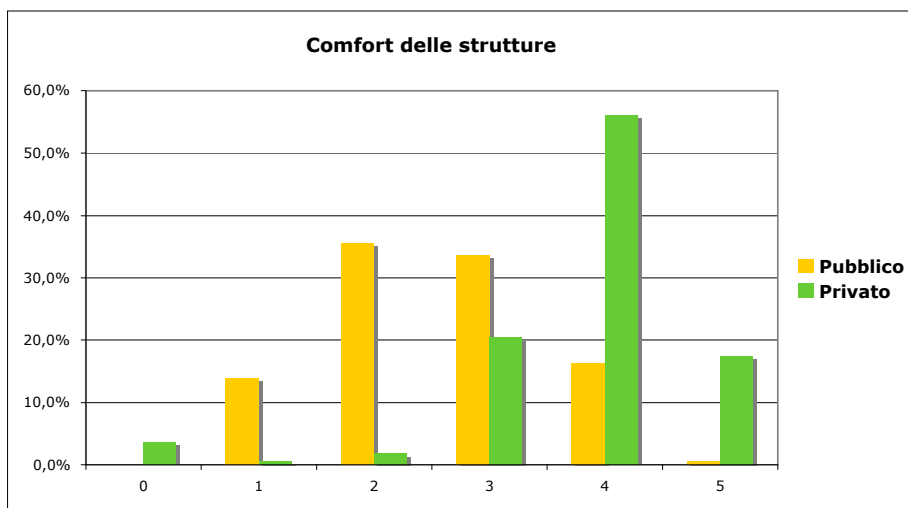


Grafico 6

Una considerazione simile può essere effettuata riguardo alla percezione delle disponibilità del personale. Il 39% si considera non soddisfatto o poco soddisfatto del settore pubblico contro il 5% per il privato (grafico 7). In maniera analoga, sono sovrapponibili i risultati in merito al tempo dedicato all'ascolto da parte del medico (grafico 8)

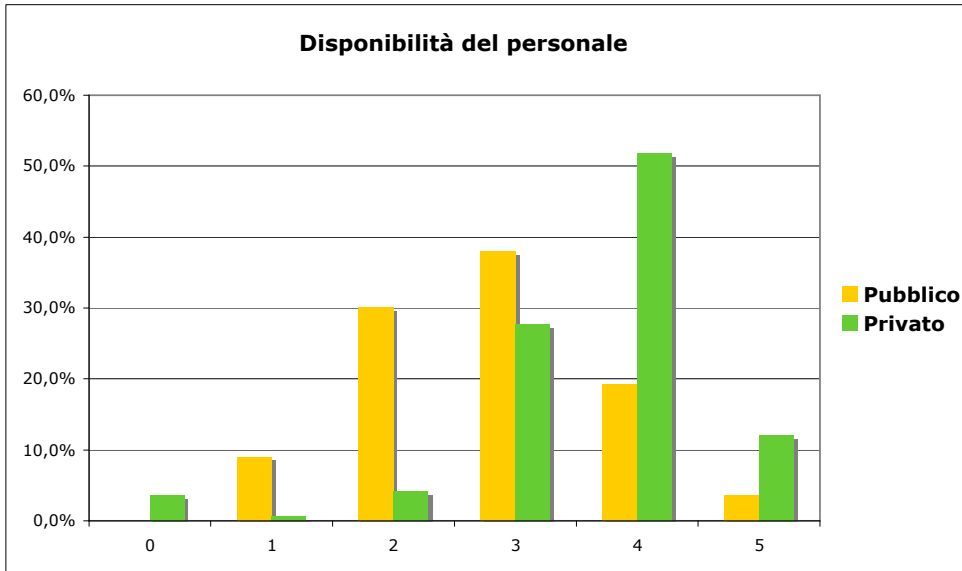


Grafico 7

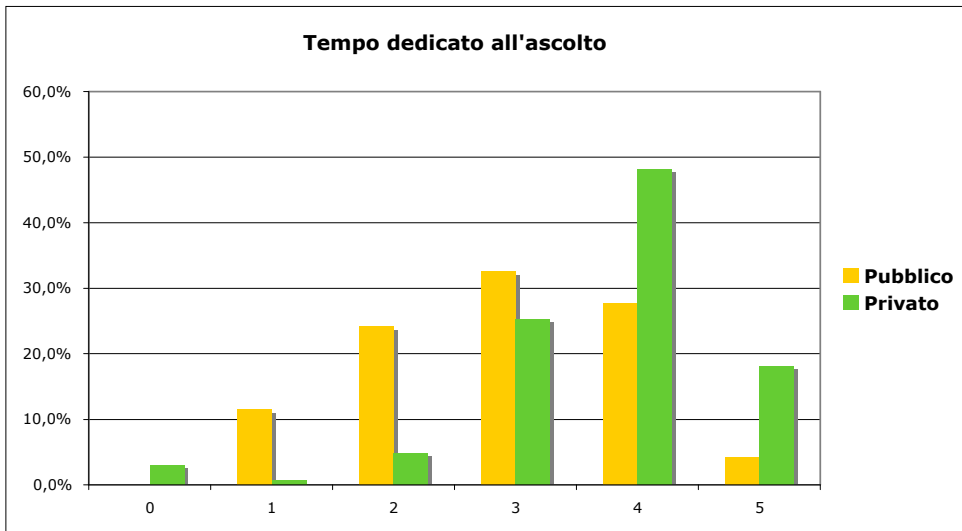


Grafico 8

Richiedendo una valutazione generale del grado di soddisfazione alla popolazione, nel settore privato ritroviamo una distribuzione sovrapponibile a tutti i parametri presi in considerazione precedentemente, eccetto che per i costi. Ciò suggerisce che il paziente continua a sentirsi soddisfatto del servizio quando sono verificati bassi tempi di attesa, comfort delle strutture, disponibilità del personale e tempo dedicato all'ascolto indipendentemente dai costi elevati. Nel caso del settore pubblico l'insoddisfazione maggiore resta quella legata ad i tempi di attesa (grafico 9).

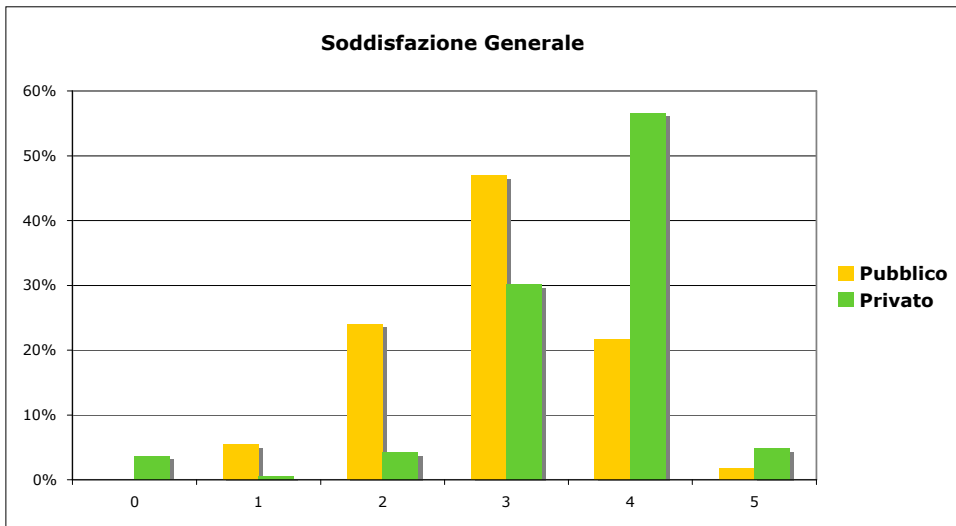


Grafico 9

A dimostrazione dell'insoddisfazione legata ad i tempi di attesa, circa il 94% degli intervistati preferirebbe ricorrere ad una visita privata pur accettandone i costi superiori. Tuttavia il 36% degli intervistati ammette di aver rinunciato ad una visita specialistica privata perché troppo costosa. A questo riguardo, il 37% dichiara addirittura di essere disposto a recarsi in strutture sanitarie all'estero per usufruire di prestazioni a più basso prezzo (grafico 10). Questi due spicchi di popolazione non sono completamente sovrapponibili: infatti dei 59 (36%) che riconoscono di aver rinunciato a causa del prezzo ad una visita privata, solo la metà (31) appartiene alla categoria delle persone disposte ad andare all'estero per le cure mediche.

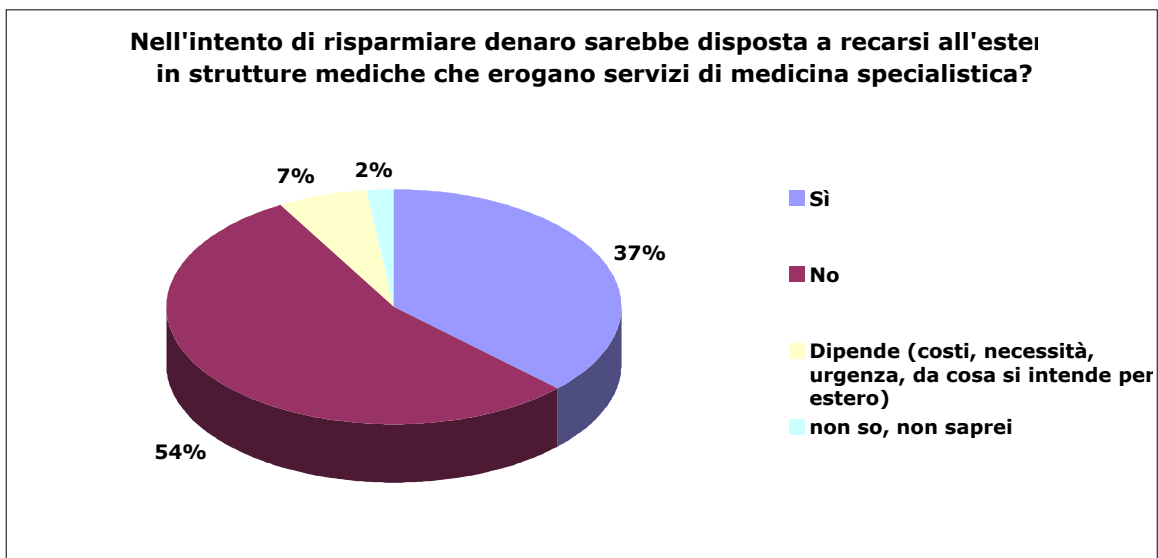


Grafico 10

8.2.2 Settore privato e “prezzo ragionevole”

Abbiamo chiesto, riguardo all’ultima visita specialistica privata, quale fosse per loro un prezzo ragionevole per la prestazione ricevuta. E’ emerso che le persone vorrebbero risparmiare dal 67% al 23% a seconda del tipo di prestazione: si vorrebbe una riduzione dei prezzi soprattutto per le cure ortodontiche e otorinolaringoiatriche, ma anche per le cure ginecologiche, oculistiche ed i disordini metabolici. Questi dati sono in linea con i prezzi delle prestazioni proposte dai centri low cost che in media garantiscono un risparmio del 30-40%.

Abbiamo voluto anche indagare quali fossero le ragioni che hanno spinto le persone a rivolgersi ad uno specialista o ad una struttura privata, piuttosto che al servizio pubblico. Quasi il 63% degli intervistati si è rivolto a tali strutture dietro consiglio di parenti e amici e il 25% su indicazione del medico di base. Il 6% dichiara invece di aver scelto il privato per sfiducia, insoddisfazione e tempi di attesa troppo lunghi del pubblico (grafico 11). L’81% si ritiene comunque soddisfatto delle prestazioni ricevute nel privato.

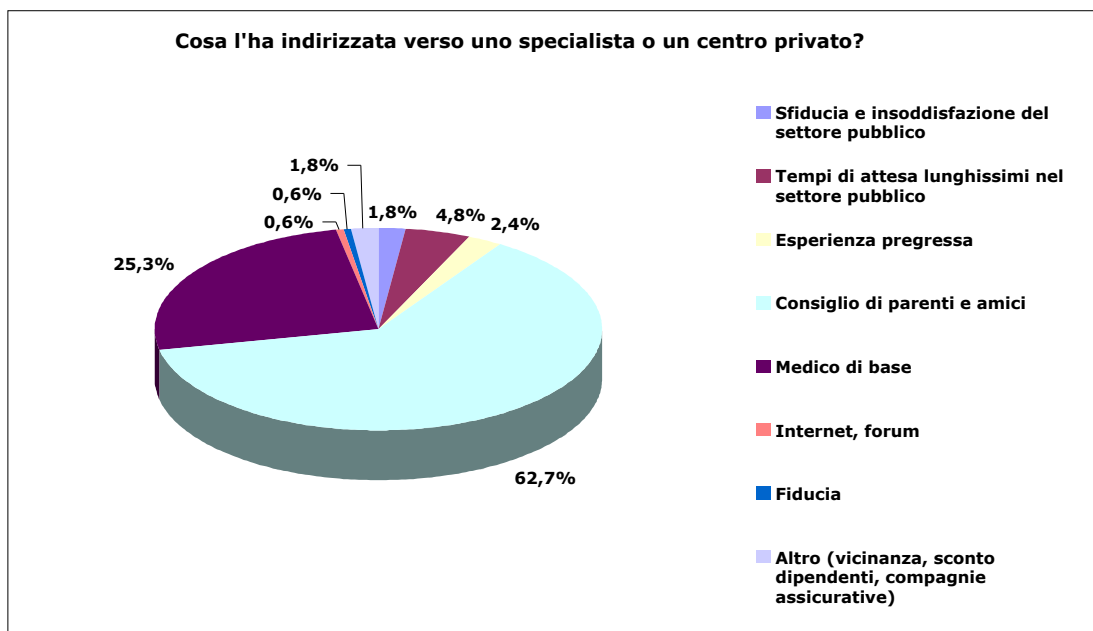


Grafico 11

8.2.3 Percezione del low cost

Analizzando la percezione della popolazione sul fenomeno *low cost*, quasi la metà delle persone intervistate ha dichiarato di non aver mai sentito parlare di *low cost*. Circa il 50% della popolazione intervistata ha aspettative di basso prezzo e buona qualità dei servizi, mentre solo il 15% associa *low cost* a bassa qualità. In particolare le percentuali non cambiano a seconda del fatto che le persone abbiano o meno sentito

parlare di *low cost* (grafico 12). Considerazioni simili possono essere fatte anche nei confronti delle altre domande poste alla popolazione riguardo alla possibilità di scegliere un prodotto *low cost* a parità di qualità, e al fatto che si possa associare un servizio o una prestazione in ambito sanitario al concetto di *low cost*.

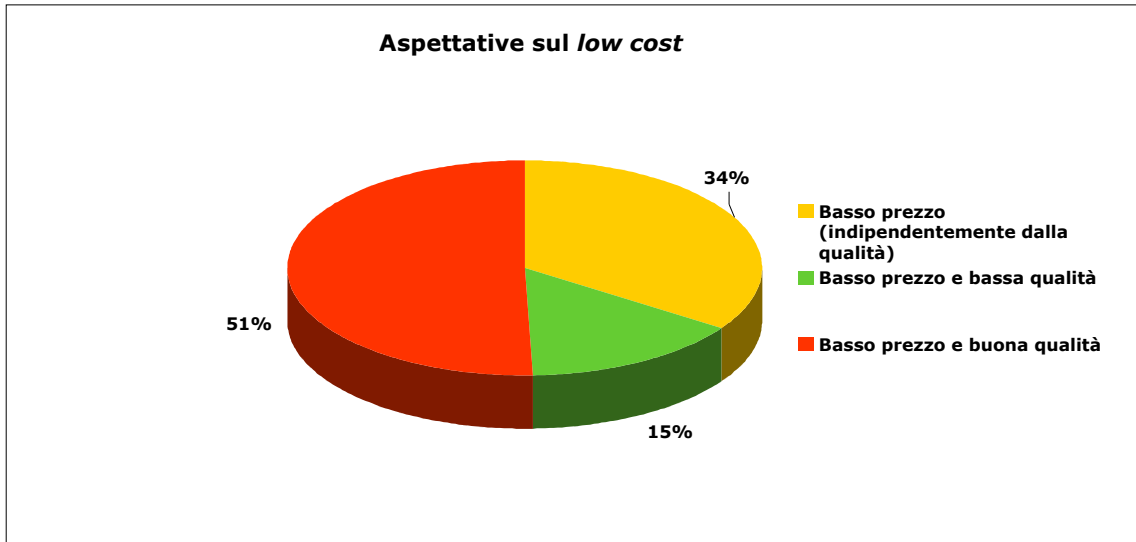


Grafico 12

Dal questionario emerge che il 91% della popolazione a parità di qualità (in tutti gli ambiti) sceglierebbe un servizio *low cost* e solo il 68% ritiene possibile associare un servizio sanitario al concetto di *low cost* (grafico 13).

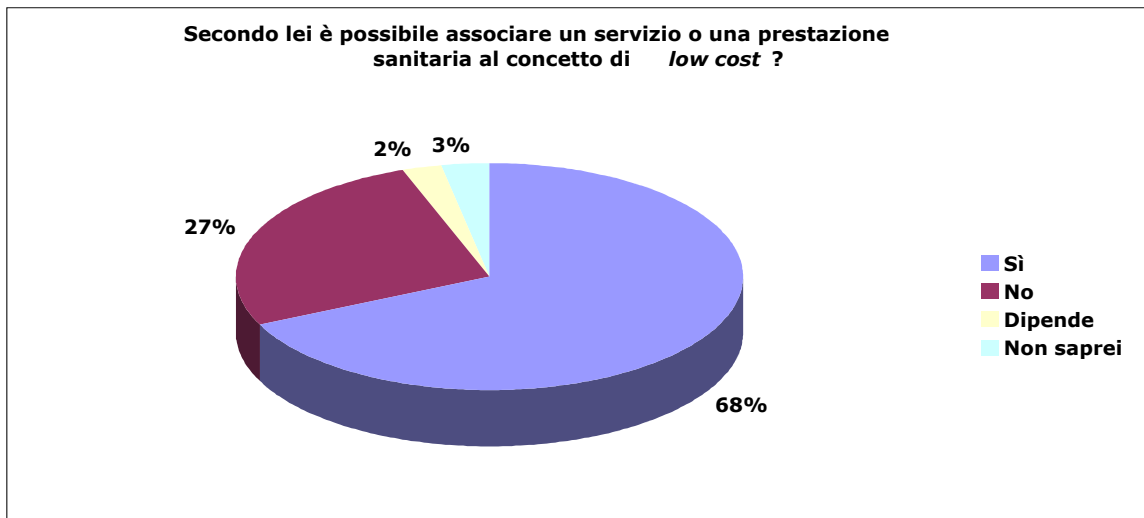


Grafico 13

Dall'analisi dei dati successivi emerge che durante la compilazione del questionario i soggetti sembrano prendere confidenza con il concetto di sanità *low cost*. Infatti si passa ad un 72% di persone intervistate che ritengono possibile associare un servizio sanitario *low cost* ad una buona qualità (grafico 14).

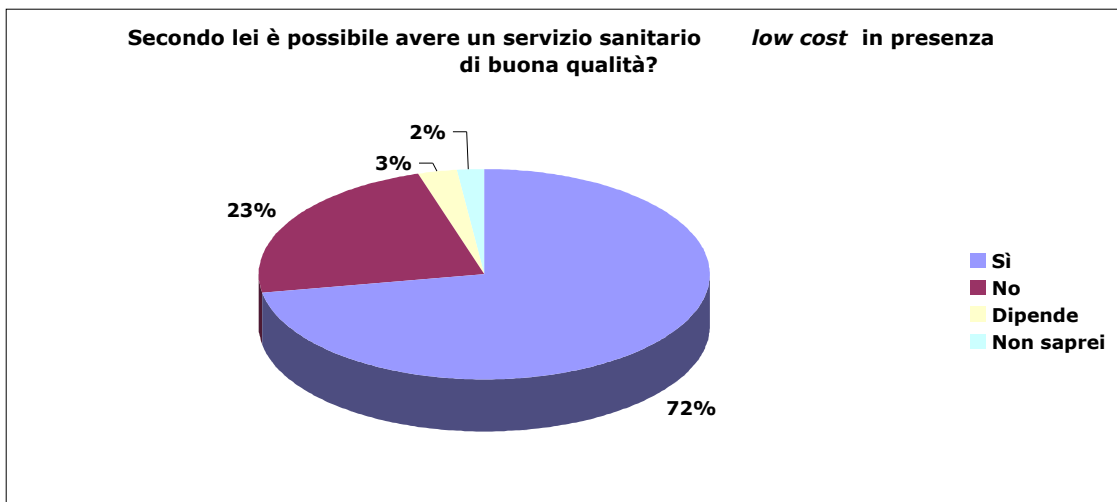


Grafico 14

Non solo, ma ancora si arriva ad un 79% di persone che si recherebbero in un centro *low cost* per ricevere prestazioni mediche specialistiche a basso prezzo rispetto al privato (grafico 15). Il fatto che il nostro questionario sembra “convincere” la popolazione sulla buona qualità del servizio *low cost*, indica che in realtà ci sia una insufficiente conoscenza del settore, come indicato anche dai dati precedenti. Emerge che la metà delle persone che non ha mai usufruito di prestazioni mediche *low cost* e che non ritiene possibile avere un servizio sanitario *low cost* in presenza di buona qualità, si recherebbe comunque in strutture private che operano a basso prezzo (16 persone su 35 degli intervistati).

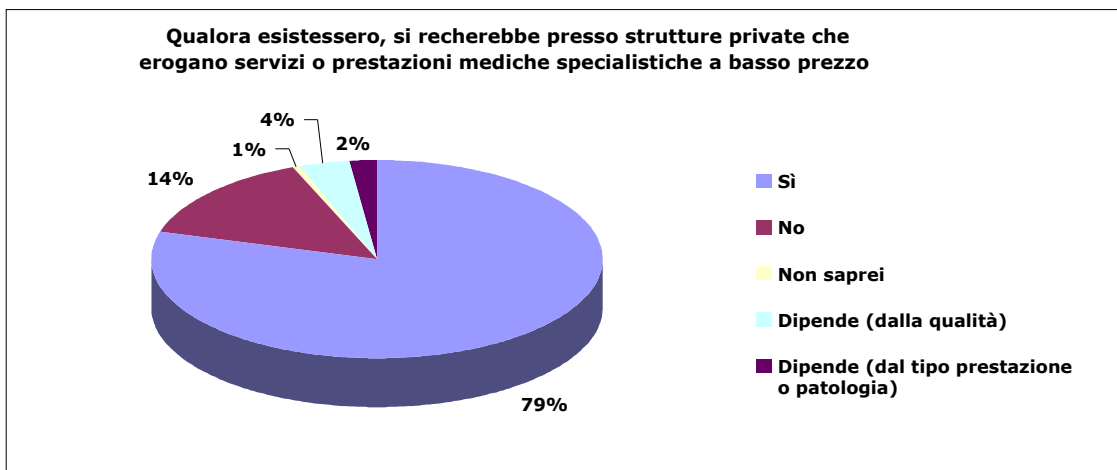


Grafico 15

8.2.4 Soddisfazione del servizio sanitario low cost

I nostri dati sul *low cost* si riferiscono solo ad un basso numero di persone (solo il 4% del campione) che hanno sperimentato i centri italiani: pertanto non possiamo considerarli dati realmente rappresentativi né possiamo considerare le percentuali confrontabili con quelle relative ai giudizi sui settori pubblici e privati. Tuttavia, abbiamo comunque analizzato la valutazione dei criteri di soddisfazione anche per questi pazienti in relazione alla loro esperienza nel *low cost*.

A dispetto di quanto dichiarato tra gli obiettivi principali dei centri che riportano come punti fondamentali del loro servizio corti tempi di attesa e bassi costi, il tempo di attesa non dimostra essere un parametro largamente apprezzato dall'utenza. I pazienti si ritengono soddisfatti dell'esito delle prestazioni e del loro prezzo (grafico 16). Ha avuto valutazione positiva anche il comfort delle strutture e la disponibilità del personale, sebbene nessun paziente abbia assegnato il livello di massima soddisfazione al tempo dedicato all'ascolto da parte del medico.

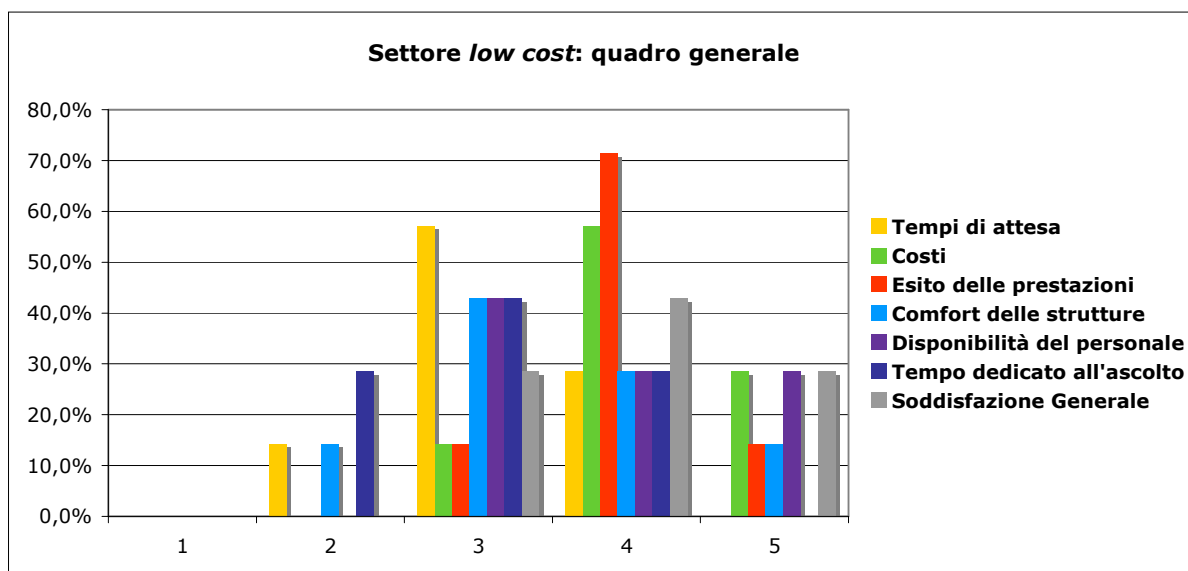


Grafico 16

Per le nostre considerazioni riguardo al livello di soddisfazione dei centri *low cost*, ci serviamo di un'indagine condotta tra gli utenti del centro Sant'Agostino, prodotta dallo stesso nel 2009, su un campione totale di 400 persone. Da questa analisi emerge che il primo canale attraverso cui l'utenza è venuta a conoscenza della struttura è rappresentato dal "passaparola di conoscenti e amici" (34%). Seguono nell'ordine i media classici (affissioni, pubblicità, *free press*), la stampa tradizionale e internet.

Quattro i driver principali di prima visita: accessibilità dei prezzi, ridotte liste di attesa per il primo appuntamento, facilità a raggiungere la sede, consiglio di amici e parenti.

Successivamente al primo contatto con il centro, un paziente su quattro continua a frequentare altre strutture sanitarie, ma indagando la propensione a ritornare in futuro al centro Sant'Agostino, gli "abandoners" (ovvero chi non si ripresenterebbe più al centro), rappresentano una frangia marginale (1%).

In un quadro di riferimento in cui il 96% dei pazienti dichiara di aver trattenuto soltanto elementi positivi riguardo all'esperienza al centro, l'accessibilità dei prezzi, che inizialmente rappresentava il motivo principale di prima visita, viene superata dall'affidabilità e dalla professionalità del personale medico che ha convinto gli utenti. Le macroaree che hanno riscontrato i più alti consensi, oltre al profilo del personale medico, rimangono l'accessibilità, la qualità dei servizi intesa come accuratezza e durata delle visite e il servizio informazione/accoglienza fornito non solo all'interno della struttura ma anche dal servizio telefonico.

CAPITOLO 9 CONCLUSIONI e PROSSIMI PASSI

Alla luce delle considerazioni svolte sinora, è opportuno fissare un punto importante per la discussione: il *low cost* in sanità è un modello sociale originale, specifico, che non consiste nella semplice riproposizione del tema ‘bassi prezzi per alti consumi’ come leva per lo sviluppo industriale, ma nell’idea che il mercato può fare per il sociale più di ogni altro soggetto, ampliando il set di beni e servizi disponibili così da attivare redistribuzione e nuova inclusione sociale.

Dai risultati del nostro questionario emerge che le persone rispondono alle domande in modo simile, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno sentito parlare di *low cost*. L’etichetta *low cost* in realtà non danneggia la percezione di immagine dei centri.

Dalla nostra analisi del fenomeno è emersa una scarsa conoscenza del settore, suggerita dall’andamento dei test sottoposti alla popolazione, che si sarebbe comunque dimostrata propensa a frequentare i centri qualora ne avessero accertato esistenza, qualità e convenienza. Per aumentare la conoscenza e la visibilità dei centri, i Direttori Sanitari da noi intervistati hanno dichiarato di voler intervenire sfruttando i principali mezzi di comunicazione, oltre al “passaparola” che ad oggi è stato il canale più efficace.

In base a quanto detto precedentemente e riflettendo sul tema della sanità *low cost* è scaturita la conclusione che una sanità senza sprechi può essere una sanità di qualità: a cominciare dalla progettazione di un sistema di strumenti e di tecniche volti al miglioramento dell’appropriatezza sanitaria. Il sistema della sanità *low cost* nonostante la sua promettente immissione nel sistema sanitario italiano stenta purtroppo a decollare: i motivi di questa scarsa diffusione sono da ricercare nei pochi punti di engagement ancora presenti sul territorio nazionale, che non permettono un incontro diretto tra i pazienti e i centri. In questo modo i potenziali clienti non riescono ad avvicinarsi al servizio e quindi ad elaborare un giudizio concreto sul concetto di sanità *low cost* che in alcuni casi nemmeno hanno sentito nominare.

Un concreto aiuto potrebbe derivare dal coinvolgimento di grandi investitori e piccole e medie imprese per promuovere la creazione di nuovi punti di incontro, magari inizialmente non come dei centri ma iniziando dalle piccole realtà dei poliambulatori.

Un primo passo in tale direzione potrebbe semplicemente essere quella di continuare ad avvicinare le persone o i pazienti verso i centri già esistenti, perché attraverso giornate prova gratuite possano toccare con mano.

BIBLIOGRAFIA

- ADICO:<http://www.associazionedifesaconsumatori.it/comunicati-stampa/informazione/anche-la-sanita-si-fa-%E2%80%9CLOWCOST%E2%80%9D/>
- ADNKRONOS 15/04/2010
- Assolowcost, sito internet <http://www.assolowcost.eu/>
- Cambiamento della natura giuridica del soggetto accreditato; fonte dal sito www.dirittosanitario.com
- Cartabellotta A. L'appropriatezza nel mirino. *Sanità & Management* (suppl. al Sole 24 Ore Sanità), Settembre 2003.
- Centro Medico Sant'agostino <http://www.cmsantagostino.it/>
- Centro Medico Sant'Agostino: "Analisi conoscitiva del Centro - Sondaggio pazienti" (dati Dicembre 2009)
- Collicelli Carla. RISCHI ED OPPORTUNITÀ DEL MODELLO . Incontri, Careonline, 2006
- Cooperazione Sociale Cooperative di tipo A <http://www.noprofit.org/cat/cata.htm>
- Cooperazione sociale -il sito No Profit Italia <http://www.noprofit.org/altreco.htm>
- Dal Maso Maurizio "Principi di economia sanitaria", Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze; 2006
- Federici A. Parole chiave: Appropriatezza. *Care Online*, 1999.
- Fondazione CRT | Fondazione <http://www.fondazioneCRT.it/index/fondazione>
- FORAGER (Forum delle Associazioni di Genetica e Riproduzione) "Risultati di uno studio multicentrico sul fenomeno del "turismo sanitario" a seguito della legge 40" , <http://quattrosi.altervista.org/2.turismosanitario.html>
- García-Altès A. (2005), The development of health tourism services, *Annals of Tourism Research*, vol. 32, Jan., pp. 262-266.
- GIMBE® - LEA e Appropriatezza degli Interventi Sanitari
- Gruppo Cooperativo CGM <http://www.consorziocgm.org/news/315>
- Henderson J.C. (2004), Healthcare Tourism in Southeast Asia, *Tourism Review International*, n. 7, pp. 111-122.
- Lonardi Giorgio, "Sanità low cost, I pionieri sono nel Nord Est" *La Repubblica*, Affari e Finanza, Maggio 2010
- Maciocco Gavino "Le trasformazioni dei sistemi sanitari", Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Firenze; 2002
- Nuova Città s.c.s. - <http://www.visitespecialistiche.com/>
- Reale Luigi "Principi base di Economia Sanitaria e sistemi di finanziamento regionali", Fondazione ISTUD; 2010
- Venture philanthropy: the changing landscape <http://www.oltreventure.com/public/files/la%20venture%20philanthropy.pdf>
- Welfare Italia - <http://www.welfareitalia.com/>
- 24LowCost: Informazione, Qualità, Risparmio <http://www.24lowcost.it/centricommerciali/aumentano-i-manager-della-buonissima-spa/5639.html>

RINGRAZIAMENTI

Vorremmo ringraziare l'Amministratore Delegato Dr. Luca Foresti, il Direttore Sanitario Dr. Gian Piero Riboni e la Dr.ssa Isabella Ferrari del Centro Medico Sant'Agostino per la loro particolare disponibilità nell'averci fornito interviste e dati indispensabili per la realizzazione del nostro lavoro. Ringraziamo anche il Direttore Sanitario del Poliambulatorio specialistico Nuova Città di Capurso (Ba) Dr. Daniele Aprile per l'intervista concessa.

Grazie a tutti coloro che ci hanno aiutato nella raccolta dei risultati compilando il questionario anonimo.

Un particolare ringraziamento alla Dr.ssa Maria Giulia Marini e alla Dr.ssa Nicoletta Martone per i preziosi suggerimenti per l'ideazione del nostro Project Work e a tutta l'organizzazione del Programma Scienziati in Azienda XI edizione.

Grazie a tutti i nostri "colleghi".....alla fine ce l'abbiamo fatta!!!