

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. 16

ACCREDITAMENTO. Test ad Aosta e Forlì per le strutture di medicina nucleare

A PAG. 16

UMBRIA. Un'unità operativa centralizzata per gestire la protesica

A PAG. 17

MERCATI&NEWS. Diciotto farmacie comunali di Milano cambiano format

TOSCANA/ A Firenze un progetto Sds-Caritas garantisce dimissioni protette a non iscritti al Ssn e homeless

Cure continuative per gli irregolari

In arrivo progetti personalizzati di riabilitazione e l'ospitalità in una casa famiglia

Garantire continuità di cura anche a persone straniere irregolari e senza fissa dimora e, allo stesso tempo, ridurre le ospedalizzazioni improprie ottenendo risparmi e appropriatezza. Mira a un doppio obiettivo il progetto sperimentale, ideato dalla Società della Salute di Firenze, gestito dalla Caritas e finanziato dalla Regione Toscana con 500mila euro. Per un anno - protagonisti l'Asl 10 di Firenze e l'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi - una volta superata la fase acuta si esperimenterà l'accoglienza, nei 12 posti letto messi a disposizione dalla Caritas, dei pazienti dimessi dalle corsie.

«Abbiamo pensato di avviare questa iniziativa, prima in Italia, in seguito al moltiplicarsi di segnalazioni di ricoveri impropri da parte di reparti ospedalieri anche ad alta specializzazione, che non sapevano dove inviare i pazienti una volta concluse le cure opportune. E siccome la nostra Regione non abbandona i pazien-



ti, anche se si tratta di stranieri irregolari o di homeless, la conclusione era un notevole aggravio di spesa e l'occupazione inappropriata di posti letto», spiega **Stefania Saccardi**, assessore alle Politiche socio-sanitarie del Comune di Firenze e presidente della Sds fiorentina. «Basti pensare - continua ancora Saccardi - che il costo medio giornaliero di un ricovero oscilla tra i 600 e i 1.300 euro: le polemiche avanzate nei giorni dall'opposizione nei confronti dei costi di questa iniziativa,

considerando il risparmio che dovrebbe comportare, suonano come assolutamente pretestuose».

Il progetto di continuità assistenziale prevede che, al momento delle dimissioni, il paziente che necessita di proseguire le cure sia esaminato da un'equipe multiprofessionale mista (operatori Sds e Caritas) e riceva un piano personalizzato di cura. Gestore sul territorio è la Caritas, che sta già ospitando i primi tre pazienti (un cittadino somalo, uno

tunisino e uno marocchino) e ne sta aspettando di nuovi. «Il progetto - precisa il direttore regionale **Alessandro Martini** - prevede una segnalazione da parte degli assistenti sociali che si occupano della transizione dal posto letto al territorio. Da parte nostra, la presa in carico comincia già in ospedale, dove i nostri operatori e i nostri volontari stabiliscono un primo contatto o, se il paziente da dimettere è già noto, ne approfondiscono la conoscenza».

Sulla base del piano individuale di cura, si decide per l'assistenza domiciliare o per il trattamento presso una struttura intermedia, dove il paziente viene trasportato dalle ambulanze della "Misericordia".

Ma il sostegno non finisce qui: laddove la persona lo richieda, il progetto prevede il sostegno, finanziario e a livello di procedure burocratico-amministrative, per il rientro in patria.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANGOLO DI PENNA

Migliorare efficienza e produttività dei sistemi sanitari: la ricetta Toyota contro gli sprechi

di Nino Cartabellotta *

In condizioni di crisi economica la sostenibilità di tutte le attività produttive può essere garantita con due strategie: la più diffusa è quella di investire meno risorse, l'altra consiste nell'ottenere migliori risultati dalle risorse investite evitando gli sprechi, che secondo Taiichi Ohno - ideatore del sistema di produzione Toyota - sono tutte le «attività umane che consumano risorse senza produrre valore».

Il modello di Ohno, nato nel mondo industriale, rappresenta un riferimento essenziale anche per chi finanzia e gestisce servizi sanitari, anzitutto per la netta distinzione tra efficienza e produttività. Se l'efficienza è il rapporto tra outcome (risultati) - sopravvivenza, guarigione, riduzione della disabilità, miglioramento della qualità di vita - e input (risorse impiegate), la produttività è il rapporto tra output (prodotto) e input. Ad esempio, l'efficienza di una unità operativa di chirurgia ortopedica è documentata dal numero di pazienti che, sottoposti a intervento di protesi d'anca, riprendono una regolare deambulazione, mentre la sua produttività è attestata dal numero d'interventi eseguiti per posto letto. Se oggi è abbastanza semplice misurare la produttività, la valutazione dell'efficienza è condizionata dalla capacità di misurare gli outcome a breve, medio e lungo termine.

Pertanto, complice l'ineadeguatezza dei sistemi informativi, l'approccio attuale al management sanitario è guidato prevalentemente dalla produttività e non tiene conto dell'appropriatezza degli interventi sanitari che, per massimizzare l'efficienza ed evitare lo spreco di risorse, dovrebbero essere erogati al paziente giusto, nel momento giusto, nel posto giusto e dal professionista giusto.

In realtà, migliorare gli outcome e mantenere una produttività elevata non sono obiettivi mutuamente esclusivi, come sostiene Muir Gray nel suo nuovo saggio "How to get better value in health care", dove adatta i sette step del modello Toyota ai sistemi sanitari.

1 **Massimizzare l'utilizzo di strutture e tecnologie.** "Sweat the assets" è un motto diffuso nel mondo industriale che enfatizza la necessità di massimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali e tecnologiche. Ad esempio, nel pieno rispetto dei contratti di lavoro, numerosi servizi di diagnostica ambulatoriale potrebbero essere utilizzati ben oltre le 30-35 ore spalmate solo su 5 giorni/settimana e contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa.

2 **Ridurre le scorte di magazzino.** L'utilizzo tempestivo - just-in-time delivery - delle scorte di magazzino è un punto cruciale del modello Toyota, disatteso oggi dalla maggior parte delle orga-

SARDEGNA

Piano anti-stalking

Potenziamento della rete dei centri antiviolenza, con uno stanziamento nel 2012 di 1 milione e 500mila euro, e un protocollo d'intesa da siglare entro quest'anno tra Regione e associazioni, per la costituzione della prima rete anti-stalking. Con l'obiettivo di contrastare maggiormente un fenomeno che anche in Sardegna colpisce soprattutto donne e bambini. È il programma annunciato dall'assessore alla Sanità e assistenza sociale **Simona De Francisci**, che si inquadra nel più ampio lavoro che la Regione starebbe portando avanti sul fronte socio-sanitario a favore di famiglie, persone disagiate e in stato di povertà.

«A quest'ultimo proposito - ha spiegato l'assessore - lavoriamo per incrementare le case della salute, gli hospice e ogni servizio che possa diventare così più efficiente verso l'utente e il cittadino che ne ha bisogno. Un'assistenza che non avrà come contropartita la chiusura degli ospedali, ma che punta se mai a snellire la loro attività alleggerendo le liste d'attesa e potenziando il territorio».

Cure psichiatriche anche nel weekend

Sportelli aperti anche nel fine settimana, per far sentire pazienti e famiglie meno sole. Gli ambulatori di psichiatria delle Asl Torino 1 e Torino 2 estendono il servizio di assistenza ai cittadini al sabato mattina, così da offrire una continuità di presenza degli operatori. Nonché un'ulteriore occasione di verifica delle terapie in atto e di monitoraggio degli utenti anche dal punto di vista della ricerca.

L'apertura del sabato - dedicata in particolare a chi in settimana è impegnato al lavoro - è frutto di un'iniziativa congiunta che coinvolge ambulatori dislocati in diverse zone della città per garantire una copertura omogenea del territorio: un buon esempio di sinergia tra aziende sanitarie. (B. Gob)

LOMBARDIA/ 1

Accordo con i Mmg

Torna a 1 a 1.300 l'ottimale medico-paziente, rispetto al precedente - pari a uno a mille - stabilito dopo un ricorso della Cgil. E quanto prevede l'accordo siglato tra Mmg Fimmg-Lombardia e la Dg Sanità del Pirellone, che ha portato anche al riconoscimento delle nuove associazioni di rete e di gruppo e al finanziamento dei collaboratori di studio.

LOMBARDIA/ 2

Sprint alla bioricerca

Via libera della Giunta lombarda al progetto di una Fondazione regionale per la ricerca biomedica, piattaforma per il rilancio del "Nerviano Medical Science". Si dedicherà a farmacologia molecolare, ricerca finalizzata su nuovi strumenti diagnostici e di cura e sviluppo tecnologico nei campi della produzione, distribuzione e impiego di farmaci.

IN BREVE

▼ **Abruzzo: ospedale a Lanciano**
Via libera della Regione alla realizzazione a Lanciano (Chieti) di un ospedale da 300 posti letto, con la previsione di un finanziamento di oltre 105 milioni. L'ok sblocca i limiti contenuti nel piano operativo, che fissava un tetto di 200 letti per il nosocomio che fa capo all'Asl Lanciano-Vasto.

▼ **Lombardia: smile house al via**
È partita a Milano, presso l'ospedale S. Paolo, l'attività della prima "smile house" in Italia. Nata su iniziativa della Fondazione Operation Smile Italia, curerà dalla fase pre-operatoria alla logopedia piccoli pazienti con malformazioni congenite maxillo-facciali e, in particolare, con labio-palatoschisi.

▼ **Lazio: le "rare" in un portale**
Sul portale della Regione Lazio è on line il nuovo sito di informazione sanitaria dedicato alle malattie rare, realizzato da LazioSanità-Asp e promosso dall'assessorato regionale alla Salute. L'obiettivo è fornire informazioni su centri, accesso alle cure e modalità per chiedere l'esenzione.

▼ **Sicilia: per un piercing sicuro**
Tatuaggi e piercing in sicurezza: l'Asp Catania organizza il primo corso obbligatorio di formazione per operatori. Dovranno frequentarlo quanti intendano continuare o avviare attività; il corso permette di conseguire l'idoneità soggettiva, presupposto per conseguire l'idoneità sanitaria.

TOSCANA/ Al via «Net-VisualDea» per migliorare il flusso dei pazienti verso le degenze

Pronto soccorso, meno attese

L'occupazione dei letti monitorata con il sistema del «visual hospital»



In Toscana ha preso il via la sperimentazione del progetto «Net-VisualDea», una soluzione organizzativa che ha come obiettivo quello di gestire e migliorare il flusso dei pazienti tra pronto soccorso e aree di degenza, ridurre i tempi di attesa, rendere più snello il percorso del paziente e superare alcune criticità, tra cui il collo di bottiglia rappresentato dagli assistiti in attesa di ricovero. Il progetto rientra nel più ampio programma di «Ottimizzazione del flusso del paziente», sviluppato dall'assessorato al Diritto alla salute della Regione Toscana, che vuole migliorare l'assistenza fornita massimizzando la qualità e la tempestività delle cure.

«Net-VisualDea» - che attualmente è in fase di sperimentazione nell'azienda ospedaliera di Pisa e nelle Asl di Lucca, Prato, Firenze e che progressivamente si estenderà a tutte le altre aziende della Toscana - è centrato su tre concetti fondamentali: l'identificazione e massimizzazione del valore aggiunto; l'identificazione e minimizzazione degli sprechi; l'identificazione e corretta rappresentazione del flusso di lavoro. Con questo progetto sperimentale si punta a una gestione sistemica e integrata del flusso di pazienti in modo da allineare il ritmo di ingresso nei reparti con la capacità produttiva degli stessi. È prevista un'attenta pianificazione del percorso dal Dipartimento emergenza-accettazione (Dea) ai reparti di degenza, attraverso l'utilizzo di una serie di tecniche di «operation management», sviluppate all'origine per il settore industriale e in questo caso applicate alla Sanità.

Nel Dea, nei reparti e nella direzione di presidio è stato applicato il modello «Visual hospital»: sono stati collocati dei pannelli cartacei in cui la situazione dell'occupazione dei letti verrà aggiornata costantemente mediante rilevazioni sul campo. Questo consentirà una consultazione visiva della situazione dei singoli pazienti nelle varie aree di degenza e in tutto l'ospedale. Alla rilevazione, che avverrà tre volte al giorno, seguiranno le immediate decisioni sugli interventi da attuare per velocizzare al massimo tutti i passaggi della «catena»: le dimissioni dei pazienti che devono lasciare i reparti, l'ingresso dei pazienti dal pronto soccorso ai reparti e l'accesso di nuovi pazienti. Negli intervalli di tempo tra una rilevazione e l'altra il team è chiamato a intervenire su coloro che sono ancora in attesa di dimissione per trovare una soluzione prima della rilevazione successiva con un approccio di problem solving strutturato. Inoltre per ogni paziente ricoverato in pronto soccorso e in reparto viene registrato su un pannello a vista il percorso pianificato («Plan for every patient») e vengono controllati regolarmente

Risultati preliminari dell'applicazione «Visual hospital»*	
Azienda sanitaria di Firenze - Ospedale Santa Maria Annunziata	
Riduzione del tempo di attesa al pronto soccorso post destinazione	-253 min.
Riduzione pazienti in attesa di completamento procedure di dimissione	-49%
Riduzione dei pazienti in attesa di ambulanza/parenti per dimissione	-28%
Riduzione dei pazienti in attesa di posto in struttura	-92%
(*) Confronto primo semestre 2011 rispetto al semestre precedente	

Come cambiano percorsi e tempi	
Se nella organizzazione di un reparto la valutazione clinica dei pazienti (giro letti) avviene per blocchi (prima tutte le visite mediche, poi le richieste esami e quindi la preparazione delle lettere di dimissione), certamente si è resa più efficiente e lineare l'attività di quel reparto ma si è generata una attesa evitabile di 14 ore per il primo paziente da ricoverare	
Tempo di trasferimento (ore)	
Processo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
Visite mediche	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
Esami	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
Lettere di dimissione	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
Per migliorare il flusso del lavoro e quindi minimizzare i tempi di attesa per paziente è necessario ripensare i modelli organizzativi attraverso fasi di analisi e revisione delle sequenze delle attività, senza intaccare la sfera di autonomia dei professionisti	
Tempo di trasferimento (ore)	
Processo	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
Visite mediche	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
Esami	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
Lettere di dimissione	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
La ricaduta dell'applicazione di questo approccio evidenzia come la strategia debba essere di sistema e non ottimizzata sulle diverse linee di produzione	

registrati i ritardi rispetto a quanto previsto, questo consente di intervenire rapidamente per risolvere il problema.

Secondo i risultati preliminari dell'applicazione del «Visual hospital» all'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze, nel primo semestre 2011 - rispetto al semestre precedente - è stato ridotto di 253 minuti il tempo di attesa al pronto soccorso post-destinazione. Inoltre è stata registrata una diminuzione dei pazienti in attesa di ambulanza/parenti per dimissione (-28%), e dei pazienti in attesa di posto nella struttura (-92%).

Il progetto regionale ha previsto la creazione di quattro «laboratori» collocati nelle quattro aziende sanitarie in cui è stata avviata la sperimentazione. I laboratori, gruppi di

lavoro multi-professionali dedicati, sperimenteranno un proprio modello di gestione operativo sulla base di specifiche comuni condivise e mutate dalle migliori esperienze disponibili in materia, operando in stretta sinergia. Per questo è stato anche avviato un percorso formativo specifico, pensato per un gruppo multi-professionale, con una buona conoscenza delle logiche e degli strumenti da applicare, i cui membri possano agire poi da agenti del cambiamento nei singoli contesti ospedalieri, in un processo a cascata di formazione e coinvolgimento verso i livelli più operativi dell'organizzazione.

Roberto Tatulli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PROGETTO VA ANCHE SULLA RETE

Spazio virtuale per gli operatori: le esperienze viaggiano on line

Il progetto «Net-VisualDea» può contare anche su una particolare innovazione. Per agevolare lo scambio e il confronto tra i laboratori che lavorano al miglioramento del percorso del paziente fra pronto soccorso e aree di degenza è stato creato un network sul web dove le figure regionali e aziendali del progetto possono condividere le proprie esperienze attraverso l'inserimento di documenti, pianificare delle attività, coordinare calendari e orari, fare brainstorming, discutere su un forum e chattare. Si tratta di uno spazio web riservato - improntato su dinamiche

web 2.0 - che accoglie una comunità virtuale dotando tutti i membri di strumenti gestionali. Tutto questo non solo crea uno spazio sempre accessibile e costantemente

sincronizzato ma stimola le singole diversità aziendali, permettendo così di generare un confronto esperienziale. Ogni problematica-riflessione viene affrontata da diversi punti di vista dando modo a ognuno dei referenti aziendali, sulla base del proprio know how, di offrire la propria possibile soluzione. Il mezzo viene incontro alle esigenze dei gruppi di lavoro che, lavorando per progetti comuni, traggono valore aggiunto dalla costante collaborazione fra i membri (spesso facenti parte di diversi enti-strutture-aziende territorialmente distanti e quindi anche fisicamente lontani), fornendo un proprio spazio e tutti gli strumenti necessari alla gestione delle attività in modo più efficiente e semplice.

La piattaforma, sviluppata a

partire dal software open source «Liferay Social Office» arricchito in seguito con alcune funzioni nuove e personalizzate per far fronte alle esigenze specifiche della pubblica amministrazione, rende immediatamente visibile tutte le attività svolte all'interno della community (in real time) e le azioni di ogni utente, che sarà sempre aggiornato su tutte le attività svolte all'interno dei gruppi di cui fa parte. Tramite questo strumento è stato quindi possibile oltrepassare quei limiti della comunicazione tradizionale che intralciano e rallentano, spesso demotivando, il perseguimento

degli obiettivi progettuali, offrendo contemporaneamente una visibilità ininterrotta delle attività dei team a tutti i membri, sempre perfettamente sincronizzati e ag-

Per ora accedono solo i referenti delle quattro aziende coinvolte

giornati su tutto. Alla comunità virtuale, che in questa prima fase ha accolto i referenti aziendali delle quattro aziende sanitarie destinatarie del progetto, si affiancherà un portale al cui interno - attraverso una gestione e profilazione utenti articolata - sarà possibile accedere ai canali tematici dei filoni progettuali rappresentativi dell'approccio metodologico individuato dal progetto regionale. In questo spazio saranno disponibili per i professionisti interessati i contenuti informativi, risultati e follow up. Infine particolare cura e attenzione sarà data all'allestimento di un'area di ascolto/scambio informativo con i cittadini.

R.T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEGUE DA PAGINA 14

ANGOLO DI PENNA

nizzazioni sanitarie che tendono ad acquisire un surplus di beni di consumo.

5 **Ridurre il costo degli staff non-clinici.** Il lavoro dei professionisti sanitari richiede uno staff tecnico-amministrativo, i cui costi incidono in maniera imponente sui bilanci delle aziende sanitarie. Per ridurre questo capitolo di spesa - accanto a strategie come l'outsourcing di alcuni servizi - l'approccio più efficiente è ridurre il carico di lavoro di questi professionisti (a esempio diminuendo la richiesta di dati, migliorando l'informatizzazione) e di conseguenza il loro numero.

4 **Ridurre gli sprechi di tempo.** Il tempo dei professionisti sanitari, la risorsa più preziosa, dovrebbe essere impiegato primariamente nell'assistenza e, in minor misura, in formazione e ricerca. In realtà troppe sono le attività time-wasting: riunioni senza specifici obiettivi e/o che non raggiungono conclusioni, ricerca affannosa di relazioni, dati e referti sperduti, varie attività amministrative, sino alla spasmodica ricerca di un parcheggio...

Inoltre, può avere un low-value anche il tempo dedicato sia alla formazione (a es. per attività formative inefficaci nel modificare i comportamenti professionali), sia alla ricerca (a es. se il quesito di ricerca ha già una risposta in letteratura, il disegno dello studio è inadeguato, la conduzione della ricerca è poco rigorosa, il reporting è affetto da bias). Infine, visto che la pratica professionale è un'attività ad high value, processi clinico-assistenziali e procedure organizzative dovrebbero essere sottoposti a revisione e miglioramento continui, per ottimizzare il tempo dei professionisti.

5 **Erogare l'assistenza nel setting appropriato.** Numerosi ricoveri ospedalieri sono inappropriati perché l'approprietezza di setting è condizionata da gravi carenze strutturali-organizzative: a esempio, i «bed-blockers» - anziani con patologie multiple ricoverati per una fase acuta della malattia - non possono essere dimessi sia per carenza di posti letto in lungodegenza, riabilitazione, Rsa, sia per insufficiente sviluppo dell'assistenza domici-

liare. Questi pazienti influenzano negativamente sia la produttività, riducendo l'indice di rotazione dei posti letto, sia l'efficienza per gli eventi avversi conseguenti all'ospedalizzazione prolungata. A livello territoriale, gli ambulatori specialistici potrebbero essere decongestionati potenziando la rete di comunicazione con il sistema di cure primarie grazie a tecnologie dedicate. Infine, nel pieno rispetto della dignità della vita umana, i pazienti dovrebbero poter morire a casa propria, adeguatamente assistiti.

6 **Migliorare l'approprietezza delle risorse umane.** La riorganizzazione delle risorse umane dovrebbe essere guidata dall'approprietezza dei professionisti impiegati, in relazione alla loro competenza. In particolare, il tempo di professionisti particolarmente competenti non dovrebbe essere impiegato per attività che potrebbero essere eseguite con la stessa efficacia/sicurezza da altri colleghi.

7 **Ridurre i costi di acquisizione di farmaci,**

dispositivi e altre tecnologie sanitarie. Approvvigionamenti intelligenti (a es. gare centralizzate regionali o di Area vasta), acquisti all'ingrosso e utilizzo di farmaci generici sono alcune strategie per ridurre i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie. Vogliamo continuare a credere che le organizzazioni sanitarie pagano più del necessario solo perché sono acquirenti disinformati?

Migliorare al tempo stesso efficienza e produttività delle organizzazioni sanitarie diventa quindi una mission possibile solo se si accetta di transitare sotto il giogo dell'approprietezza. Diverse strategie suggerite da Muir Gray - grazie anche all'impulso di organismi centrali (ministero della Salute, Agenas, Aifa) - sono già state avviate in varie Regioni, ovviamente in maniera estremamente «federalista» con disegualianza, in termini di processi e di esiti... altrettanto federaliste!

* Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA