

1. Titolo + Inquadramento generale:

La “Tailored Healthcare Organization” per la sostenibilità e la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale

2. Contestualizzazione del percorso di miglioramento:

- 2.1 Gli sprechi: la vera spada di Damocle
- 2.2 Una sanità “one-size-fit-all” non è più sostenibile
- 2.3 Il sistema DRG: un’illusione dai danni incalcolabili

3. Obiettivi del progetto

- 3.1 Strategie per l’implementazione di una THO
- 3.2 Il Patient Profiling
- 3.3 Il Lean Management
- 3.4 Algoritmo per la caratterizzazione di una THO

4. Risultati

- 4.1 Una Sanità senza sprechi (forse) è possibile

5. Conclusioni

6. Bibliografia

1. La “Tailored Healthcare Organization” per la sostenibilità e la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale

a cura di Alessandro Serrano

Infermiere Istituto Nazionale Tumori IRCCS Pascale



foto tratta da <https://it.depositphotos.com/5753580/stock-photo-tailoring.html> autore Milosluz

Negli ultimi anni nel mondo sanitario si usa sempre più spesso la parola “tailored”, per descrivere e caratterizzare una certa tipologia e particolarità di trattamenti; un esempio di “tailored surgery” potrebbero essere gli interventi chirurgici per il trattamento dell'ernia inguinale, oppure quelli eseguiti in maniera Robot – Assistita, dove le resezioni chirurgiche sono precise e millimetriche: ciò permette, ad esempio nei pazienti oncologici, di asportare quanto più tessuto “malato”, e preservare quanto più tessuto “sano”. Allo stesso modo anche per i trattamenti medici potremmo parlare di “tailored medicine”, nel caso ad esempio delle terapie geniche con CAR – T: da un semplice prelievo di sangue vengono separati i linfociti dalle altre cellule sanguigne, i quali vengono ingegnerizzati e al loro interno viene introdotto il recettore CAR, capace di riconoscere e distruggere le cellule tumorali.

Tale è il livello scientifico e tecnologico raggiunto, che ambire e sognare una medicina o una chirurgia come un “abito su misura” del paziente, può non essere un’utopia.

La “tailored care” non è un’idea del ventesimo secolo: è stata descritta per la prima volta nel 450 a.C., in testi sacri Indiani noti come i *Veda*; fu allora chiamata medicina ayurvedica e il suo scopo era quello di adattare il trattamento al prakriti (o costituzione) di ogni persona, al fine di trovare un equilibrio tra corpo, mente e spirito.

Tuttavia pensare ad una tailored surgery o medicine, prescindendo da una “tailored organization”, potrebbe equivalere a concentrarsi su come arredare o abbellire una casa, senza aver prima provveduto alla solidità e alla robustezza della struttura architettonica dell’intero edificio, che dovrebbe reggere e sostenere le singole case.

Probabilmente se le organizzazioni sanitarie dovessero essere ridisegnate su misura dei bisogni di salute dei propri pazienti, dovrebbero ricevere una proficua ristrutturazione: pensare non solo a trattamenti medici / chirurgici sempre più personalizzati, ma anche a strutture sanitarie tarate e calibrate in base a ciò di cui necessitano e non a ciò di cui inutilmente sovrabbondano, potrebbe essere la vera sfida futura per la sostenibilità e la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale.

2.1 Gli sprechi: la vera spada di Damocle

Iper - prescrizioni di esami diagnostici e di farmaci, attrezzature elettromedicali lasciate a marcire fino all'obsolescenza, frodi e furti che privano le aziende sanitarie di risorse vitali: gli sprechi in sanità sono un dramma, una tragedia, una ferita aperta, viva, che gronda sangue ogni giorno dal cuore del Servizio Sanitario Nazionale; ha provato a dare una voce ed un numero a tutto ciò la Fondazione Gimbe, nel suo 3°Rapporto sulla sostenibilità del SSN pubblicato nel 2018¹:

Stima sprechi e inefficienze 2017

Categoria	%	Mld €*	(± 20%)
1. Sovra-utilizzo	30	6,45	(5,16 – 7,74)
2. Frodi e abusi	22	4,73	(3,79 – 5,67)
3. Acquisti a costi eccessivi	10	2,15	(1,72 – 2,58)
4. Sotto-utilizzo	15	3,22	(2,58 – 3,87)
5. Inefficienze amministrative	11	2,36	(1,89 – 2,84)
6. Inadeguato coordinamento assistenza	12	2,58	(2,06 – 3,10)

*€ 21,5 miliardi (range 17,20 – 25,79) calcolati proiettando la stima del 19% sui € 113,131 miliardi di spesa pubblica



Grafico tratto da <https://salviamo-ssn.it>

21,59 miliardi di euro, circa il 20% di quanto stanziato dal Fondo Sanitario Nazionale, ogni anno verrebbero impiegati e stanziati per tutto tranne che per curare i pazienti; di questi 21,59 miliardi, 6,48 miliardi sarebbero sprecati, secondo la fondazione bolognese, per il sovra - utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriate, 4,75 miliardi vanno via tra frodi e abusi, 3,24 miliardi per sotto - utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie efficaci e appropriate, 2,59 miliardi per inadeguato coordinamento dell'assistenza, 2,37 miliardi per inefficienze amministrative e 2,16 miliardi per acquisti a costi eccessivi.

¹ https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/3_Rapporto_GIMBE_slide.pdf

In questa pioggia di denari pubblici che vengono sperperati o impiegati in maniera inappropriata, quei 3,24 miliardi potrebbero essere la motivazione più valida da addurre per perorare il bisogno di Tailored Healthcare Organization (d'ora in poi THO) che avrebbero tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche: il sotto - utilizzo di modelli organizzativi appropriati, capaci di aumentare in modo significativo l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari pubblici, probabilmente rientra proprio in questo tipo di spreco.

Da contraltare abbiamo una popolazione italiana che è tra le più vecchie d'Europa: il 22,8% della popolazione ha più di 65 anni a fronte del 20,3% medio in Ue²; la popolazione di 65 anni e più, fra il 2015 e il 2065 crescerà dal 21,7% al 32,6%³. Di conseguenza le strutture sanitarie dovranno far fronte a un numero sempre maggiore di pazienti, dovranno tendenzialmente focalizzarsi più sulle malattie croniche che su quelle acute, e avranno maggiori necessità di farmaci, dispositivi e presidi.

Tuttavia, rispetto ad una dinamica demografica inequivocabile, la Fondazione Gimbe ha rilevato nel suo 4° Rapporto come dal 2010 al 2019 il finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale sia aumentato di soli 8,8 miliardi di euro, a fronte dei 34 miliardi di aumento dal 2001 al 2010⁴.



Grafico tratto da <https://salviamo-ssn.it>

² https://www.ansa.it/ansa2030/notizie/data_news/2020/04/05/-italiani-i-piu-vecchi-deuropa-il-228-e-over65_cac515af-eece-42bf-8d62-998c2d99f9a4.html

³ [https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie#:~:text=fra%20gli%20uomini%20la%20percentuale,32%2C5%20punti%20percentuali\)%3B](https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie#:~:text=fra%20gli%20uomini%20la%20percentuale,32%2C5%20punti%20percentuali)%3B)

⁴ https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/4_Rapporto_GIMBE_slide.pdf

Negli ultimi tre anni è andata un po' meglio: secondo il 5° Rapporto Gimbe pubblicato di recente, il finanziamento del servizio sanitario pubblico è passato da € 113.810 miliardi a € 124.960 miliardi, un aumento di ben € 11,2 miliardi di cui € 5,3 miliardi assegnati con decreti COVID-19: *“E' evidente – secondo il Dott. Cartabellotta - che il netto rilancio del finanziamento pubblico è stato imposto dall'emergenza pandemica e non dalla volontà politica di rafforzare in maniera strutturale il SSN”*⁵.

Da un aumento progressivo della percentuale di over 65 e da un concomitante finanziamento inappropriato del Servizio Sanitario Nazionale, non può che derivare un peggioramento del livello di benessere sanitario raggiunto dalla popolazione italiana: questo significa che mentre la società invecchia e il peso delle patologie cronico-degenerative diventa sempre più rilevante, in futuro per soddisfare i bisogni sanitari di ciascun cittadino si disporrà di un ammontare di risorse, in rapporto a quelle prodotte, proporzionalmente e notevolmente inferiore a quello attuale; sarà pertanto necessario aumentare in modo significativo l'efficacia e l'efficienza delle organizzazioni sanitarie, qualora si vorrà in futuro continuare a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, così come previsto dall'art. 32 della Costituzione, e garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, a 44 anni dalla sua istituzione con la legge 833/78.

⁵ https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/5_Rapporto_GIMBE_slide.pdf

2.2 Una sanità “one-size-fit-all” non è più sostenibile

Oggi é lunedì, c'è la “farmacia”: Annamaria, la coordinatrice infermieristica, deve occuparsi dell'approvvigionamento dei farmaci, dei dispositivi, dei materiali che occorrono a medici, infermieri ed oss per poter operare, poter medicare, poter curare e assistere i pazienti: fa il giro del reparto, inizia col perlustrare armadi, cassetti e carrelli, si appunta su un taccuino ciò che manca, e lo ordina tramite apposito applicativo aziendale.

Quanto appena descritto è il processo di rifornimento di farmaci e device, standardizzato e diffuso in una buona parte dei nosocomi italiani: ciò, molto probabilmente, ogni anno si traduce in miliardi di euro di sprechi; questo perché l'agire di Annamaria è orientato sul cosa serve, non sul cosa fare. Tuttavia non è l'offerta che dovrebbe fare la domanda, è la domanda che dovrebbe sempre plasmare, guidare, indirizzare l'offerta: questo è uno dei precetti fondamentali del Toyota System Management, ovvero il passaggio dalla logica “push” alla logica “pull”; in questo modo, nel secolo scorso, sembra si sia risolleata dall'orlo del baratro la famosa casa automobilistica giapponese, fino a diventare secondo Forbes⁶ uno dei brand automobilistici dal più alto valore al mondo.

La “logica di Annamaria”, molto probabilmente si è insinuata in migliaia di reparti, ambulatori, blocchi operatori, terapie intensive, etc. perché si è sempre pensato al SSN come ad un pozzo senza fondo, ma soprattutto perché nessuno, a livello governativo, si è mai interessato alla riduzione degli sprechi come strategia per ridurre se non abbattere i costi.

Il nostro attuale modello di governance sanitaria, potremmo definirlo “one-size-fit-all”: è come un negozio di abbigliamento che vende solo t-shirt XXL; di conseguenza sei sicuro, se ci entri, quantomeno di uscirne vestito. La vera sfida per il futuro è che questo negozio abbia a disposizione t-shirt S, M, L, XL e poi XXL: negli ospedali organizzati secondo THO , se ci entri, devi uscirne vestito in maniera indiscutibilmente appropriata.

⁶ <https://www.forbes.com/sites/martyswant/2021/12/16/why-toyota-is-the-top-auto-brand-in-the-halo-100/?sh=7c7bb3061716>

2.3 Il sistema DRG: un'illusione dai danni incalcolabili

Attualmente i pazienti che afferiscono al SSN, ricevono cure standardizzate, basate su protocolli e linee guida, remunerate con tariffe standardizzate in base ai DRG di riferimento.

Ogni prestazione sanitaria, per un'Azienda Ospedaliera, in termini di remunerazione corrisponde ad un DRG.

I DRG rappresentano lo strumento di classificazione del prodotto finale dell'ospedale e sono stati sviluppati in funzione delle seguenti caratteristiche principali:

- 1) La classificazione copre la globalità della casistica ospedaliera acuta (esaustività);
- 2) La definizione delle categorie è basata su informazioni cliniche e demografiche raccolte sistematicamente per ogni episodio di ricovero attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- 3) Ogni soggetto è attribuito, in base alle informazioni sulle diagnosi, sugli eventuali interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche eseguiti, sull'età e sulla modalità di dimissione, ad una sola categoria (mutua esclusività);
- 4) Il numero complessivo delle categorie è limitato;
- 5) I profili di carico assistenziale e di consumo di risorse intra-categoria sono simili (classificazione iso-risorse), ma rimane una variabilità interna residua;
- 6) Le tipologie di pazienti sono simili dal punto di vista clinico (significatività clinica).⁷

Il sistema dei "Diagnosis Related Groups", o in italiano "Raggruppamenti omogenei di diagnosi", ideato da Robert B. Fetter e John D. Thompson dell'Università Yale nel 1967, aveva nella sua idealizzazione forse una vera e propria illusione: che le organizzazioni sanitarie per pazienti simili, dimessi da un ospedale con una simile diagnosi, probabilmente impegnassero le stesse risorse. Tale aspetto negli anni ha permesso di quantificare economicamente tale assorbimento di risorse, e quindi alle Regioni di remunerare alle Aziende Sanitarie ciascun episodio di ricovero; tuttavia ci sono alcune variabili, pazienti – dipendenti o operatori – dipendenti, di cui il sistema DRG non potrebbe mai tenerne conto.

⁷ https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1349&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto

A riguardo i risultati emersi dal Progetto Bussola, a cura del Network Italiano Sanitario, sono decisamente poco lusinghieri⁸:

“L’indagine ha preso in esame i dati di 62 presidi di aziende ospedaliere/unità sanitarie locali, pari ad un importo globale di spesa di 11.384.962.660 euro, 2.114 unità di diagnosi e cura e servizi tecnico-amministrativi delle aziende, per ognuna delle quali è stata effettuata una specifica analisi organizzativo-gestionale per ogni aggregazione di risorse (personale, farmaci, dispositivi chirurgici/sanitari, ecc.). Sono stati calcolati i costi di 657.417 episodi di ricovero e 346.419 interventi chirurgici (sala operatoria, sala parto, emodinamica/elettrofisiologia): in particolare, dei 27.299 ricoveri con diagnosi Covid. Dallo Studio Bussola è emerso un costo molto elevato dei casi Covid, che rispetto alle tariffe anche con la maggiorazione comportano una perdita del 41% per i casi senza terapia intensiva e dell’82% per quelli con terapia intensiva. Comunque, il Covid ha colpito anche i casi non Covid, in quanto essendoci stata una contrazione dei ricoveri, i costi a parità di DRG dei casi non Covid, sono aumentati del 18%. In particolare si segnala il DRG 541/542 per i pazienti intubati in terapia intensiva con un costo di 109.329 euro, che anche con una tariffa con aggiunta decreto 12/8/2021 è di 50.809 euro, con una perdita pari a 58.520 a caso, pari al 115% della tariffa”, ha spiegato Alberto Pasdera, Responsabile scientifico N.I.San.”[...]

Cosa succederebbe ad un’azienda del settore agroalimentare, se un carico di frutta o verdura del valore di 100mila euro, un committente decidesse di pagarlo la metà, 50mila euro? Cosa succederebbe ad un’azienda metalmeccanica, se un’automobile tipo Ferrari o Mercedes del valore di centinaia di migliaia di euro, un committente decidesse di pagarla la metà, quanto una Fiat Panda o Renault Clio?

QUESTE AZIENDE SAREBBERO ANCORA SOSTENIBILI? Se la risposta è NO, allora come potrebbe o dovrebbe esserlo la nostra Sanità?

⁸ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=103640

3.1 Strategie per l'implementazione di una THO

Ogni singolo euro investito in Sanità dovrebbe servire a curare nella maniera più efficace ed efficiente possibile il paziente: questo, in breve, l'obiettivo di una THO.

In particolare nei contesti di cura dove avvengono prestazioni sanitarie in regime d'elezione, andrebbe implementato il Patient Profiling; nei contesti di cura dove avvengono prestazioni sanitarie in regime d'urgenza/emergenza, andrebbe implementato il Lean Management.

3.2 Il Patient Profiling

Il primo passo auspicabile, per la sopravvivenza e la sostenibilità del SSN, potrebbe essere il passaggio da un modello "One-size-fit-all" ad uno "Patient profiling": in uno studio pubblicato nel 2018 da T. Dekkers and D. F. L. Hertroijs⁹, è stata sperimentata la Tailored Care attraverso la "profilazione del paziente", con l'obiettivo di consentire agli operatori sanitari di fornire cure giuste, alle persone giuste, al momento giusto; si basa sul concetto di "mass customization", ovvero di "personalizzazione di massa", in cui beni e servizi vengono erogati a un gran numero di pazienti con sufficiente varietà e personalizzazione, in maniera tale che quasi tutti trovino esattamente ciò che vogliono.

Lo scopo del patient profiling è migliorare l'esperienza di cura dei pazienti, includendo le loro esigenze e le loro preferenze di cura nelle decisioni terapeutiche, al fine di migliorare la salute e la qualità della vita della popolazione, sostenendo una Tailored Care, ovvero un'assistenza su misura che riduca il costo pro capite delle cure e riduca l'uso eccessivo, il sottoutilizzo e l'abuso dei servizi sanitari.

Dopo aver definito la popolazione, ad esempio i pazienti con diabete di tipo 2 trattati nelle cure primarie, gli operatori sanitari valutano le caratteristiche fenotipiche rilevanti del paziente, come il peso corporeo, la qualità della vita e il self-efficacy, che sono predittive di outcome favorevoli, come il controllo glicemico e la soddisfazione del paziente. Successivamente, queste caratteristiche vengono utilizzate per stratificare i pazienti in profili.

Lo sviluppo "dell'assistenza su misura" consiste in quattro fasi:

(Step 1) Identificazione della popolazione target, (Step 2) Valutazione, (3) Stratificazione e (4) Personalizzazione del trattamento

⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133138/>

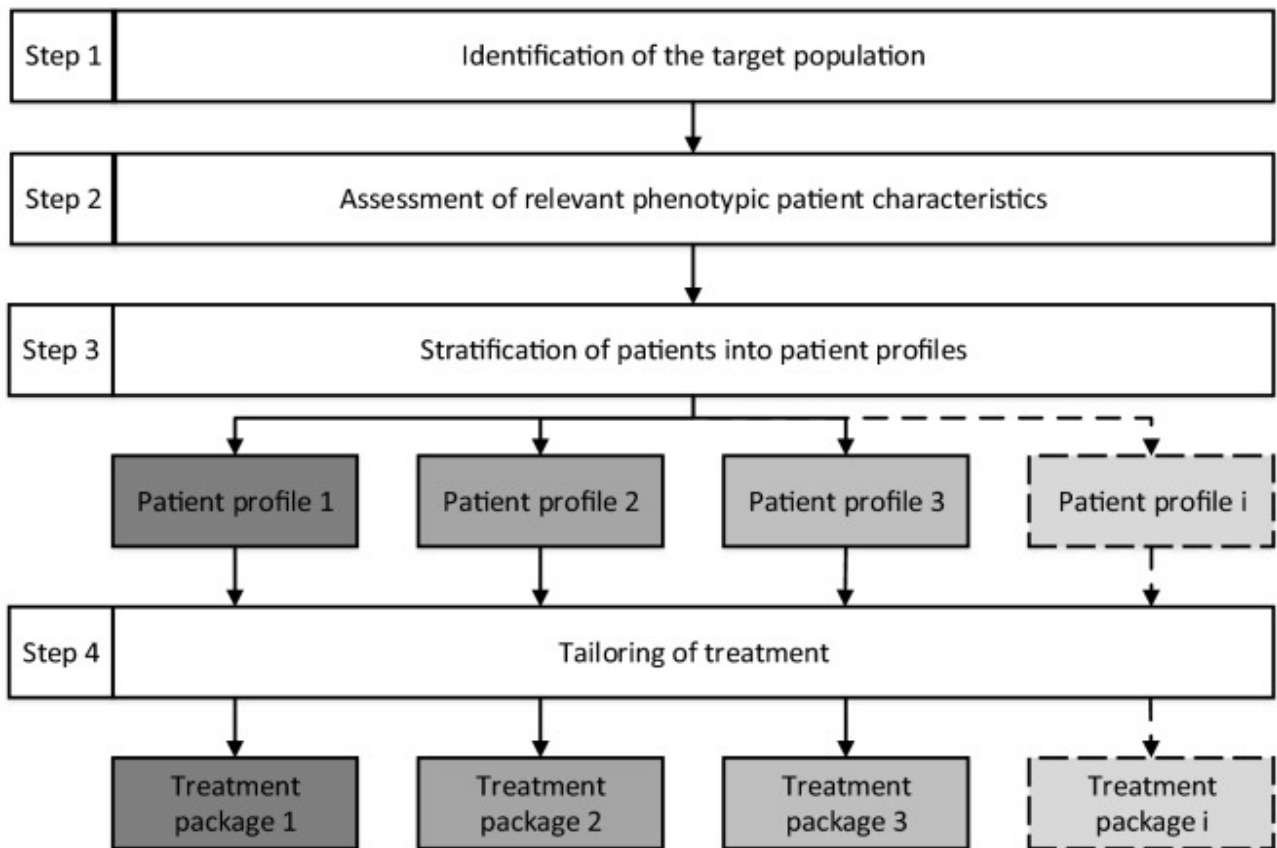


Grafico tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6133138/>

Il modello impiegato dalle due ricercatrici olandesi per la tailored care, potrebbe essere adottato anche per una tailored organization: una volta identificata una popolazione target, andrebbero valutate quantitativamente le risorse materiali utili alla soddisfazione dei bisogni di salute di questa popolazione, andrebbe stratificata la stessa in base al patient profiling, per poi ricavarne infine una personalizzazione del fabbisogno di risorse materiali per ogni specifico tipo di trattamento.

Ad esempio, se volessimo applicare il modello patient profiling ad una sala operatoria di Chirurgia Generale, potremmo attuarlo in questo modo:

STEP 1 - Identificazione della popolazione target: Ogni anno in una sala operatoria vengono operati in elezione 350 pazienti

STEP 2 - Valutazione del fabbisogno di materiale chirurgico, come fili di sutura, garze, dispositivi, etc., impiegato in questi 350 interventi chirurgici

STEP 3 - Stratificazione dei vari tipi di interventi: 100 colectomie, 100 resezioni di retto, 70 appendicectomie, 50 colecistectomie e 30 confezionamenti di colostomia

STEP 4 - Ricavo del fabbisogno per ogni specifico intervento: per le 100 colectomie occorrono 100 suturatrici meccaniche, 4000 garze, 6000 fili di sutura, 100 bisturi

elettrici; per le 100 resezioni di retto occorrono 200 suturatrici meccaniche, 6000 garze, 8000 fili di sutura, 200 bisturi elettrici, etc.

Ciò permetterebbe di: pianificare in maniera dettagliata l'approvvigionamento dei materiali, evitare stock di materiali inutili, quantificare i costi reali di ogni specifico intervento chirurgico, programmare la spesa sanitaria, eliminare gli sprechi ed ottenere una THO.

Ovviamente non è detto che per 100 colectomie debbano servire obbligatoriamente altrettante suturatrici meccaniche; qualcuna potrebbe rompersi o contaminarsi, qualcun'altra ancora potrebbe uscire difettosa...l'unica cosa sicura è che, a parità di volume di attività chirurgiche e preventivamente per l'anno successivo, l'Azienda Ospedaliera ne potrebbe programmare l'acquisto di 110 o 120, considerando difetti o incidenti, non di certo 500 o 1000.

Questo modello organizzativo teoricamente può essere applicato a molteplici setting di cura: dai reparti di degenza medica a quella chirurgica, dagli ambulatori alle sale operatorie, la realizzabilità del modello patient profiling passa sicuramente per la poca variabilità del contesto di riferimento a cui viene applicato. Per ogni ricovero o intervento programmabile, dovrebbe essere programmabile anche a lungo termine il fabbisogno di risorse umane, tecnologiche ed economiche da impiegare a tal fine.

3.3 Il Lean Management

Un limite all'applicazione del modello Patient Profiling sono i contesti di emergenza/urgenza, a causa dell'alta variabilità dei pazienti; quanto appena ipotizzato per una sala operatoria di chirurgia d'elezione, non sarebbe applicabile per una sala operatoria di chirurgia d'urgenza, sia perché non è programmabile il materiale occorrente, sia perché non è possibile la profilazione dei pazienti.

Tuttavia un modello organizzativo per implementare la THO anche nei Dipartimenti di Emergenza/Urgenza, potrebbe essere il Lean Management: sebbene non è applicabile la logica "Pull", ovvero l'ottimizzazione delle scorte in base alla domanda di salute, ovvero la profilazione dei pazienti, il Lean potrebbe comunque servire ad ottimizzare tutti i processi che ruotano attorno al paziente che afferisce ad un percorso di Emergenza/Urgenza.

In un'epoca in cui tutto ciò che è innovativo sembra passare inevitabilmente per smartphone, social network e nuove tecnologie, l'ancora di salvezza per il nostro SSN potrebbe arrivare dal secolo scorso, e nello specifico dagli anni '50.

Non si contano più i molteplici settori industriali in cui è stato declinato Il lean management, questa rivoluzionaria filosofia organizzativa giapponese che nel secondo dopoguerra servì prima a risollevare dal baratro, e poi a rilanciare, l'azienda automobilistica Toyota: dall'industria metalmeccanica a quella manifatturiera, dalla logistica all'edilizia, dalle aziende informatiche a quelle che erogano servizi sanitari, la "produzione snella" ha già impreziosito migliaia di aziende delle più diverse tipologie.

Applicare il lean significa creare un ambiente culturale che procede mediante continui cicli di miglioramento: non si tratta di un'attività una tantum, ma di una ricerca costante degli sprechi e delle soluzioni di miglioramento.

Se in un contesto sanitario organizzativamente programmato, potremmo riuscire attraverso la profilazione dei pazienti ad ottenere una mass customization, nei contesti ad alta variabilità come ad esempio Pronto Soccorso, Sale Operatorie di Chirurgia d'Urgenza e Rianimazioni, ovvero l'ossatura centrale di molte Aziende Sanitarie, il lean potrebbe servire non tanto ad identificare un "paziente modello", ma ad ottimizzare i processi che occorrono alla soddisfazione dei bisogni di quello stesso paziente: nessuno operatore sanitario che lavora in un Pronto Soccorso potrebbe sapere e programmare l'indomani che tipo di urgenza o emergenza dovrà affrontare, né il lean potrebbe aiutarlo a prevederlo, ma attraverso un'ottimizzazione dei processi volta alla riduzione degli sprechi, possiamo rendere i percorsi dei pazienti più "snelli", possiamo semplificare e sveltire l'approvvigionamento di farmaci e presidi, rendere il sistema più efficiente e soprattutto aggiungere "valore" per il paziente.

Il lean è una filosofia di management che utilizza un set di strumenti che possono essere utilizzati in tutte le attività di un'organizzazione: prevede una gestione operativa tesa al miglioramento continuo dei processi produttivi, finalizzata alla massimizzazione del valore aggiunto per il paziente.

Il miglioramento dei processi avviene essenzialmente attraverso:

- La riduzione degli sprechi (**MUDA**), favorendo la riduzione dei costi ed una migliore qualità
- La riduzione della variabilità dei processi (**MURA**)
- La riduzione dello stress e della frustrazione del personale coinvolto nel processo (**MURI**)

Nelle strategie di implementazione, il Lean Management può essere applicato: attraverso ERM, ovvero «Eventi a rapido miglioramento» (Rapid Improvement Events o Kaizen Event) solo in alcune zone, come mero strumento operativo

(approccio ad isole di miglioramento); attraverso approcci strategici a lungo termine, in questo caso assume una rilevanza strategica, fa parte del pensiero aziendale (lean thinking), caratterizzato da una logica guida nelle decisioni ed azioni.



MURA irregolarità



MURI sovraccarico



MUDA spreco



foto tratta da <https://www.easylean.it/>¹⁰

I “Lean Tools” più usati nelle organizzazioni sanitarie sono:

5S = approccio utilizzato per l’ottimizzazione della aree di lavoro attraverso la sequenza di 5 fasi: SEIRI (separare), SEITON (riordinare), SEISO (pulire), SEIKETSO (standardizzare), SHITSUKE (sostenere)

Kanban = metodo visivo utilizzato per gestire il flusso dei materiali in tempo reale per evitare gli stock di magazzino ed i costi derivati

Value stream map = mappatura dei processi finalizzata ad identificare le fasi che aggiungono valore e le fasi che assorbono costi e tempo senza aggiungere valore

¹⁰ <https://www.easylean.it/News.asp?Id=336&Nome=Cosa-sono-Muda,-Mura-e-Muri?-Le-3-M-di-spreco-nella-Lean-Manufacturing.-E-come-rimuovere-gli-sprechi!>

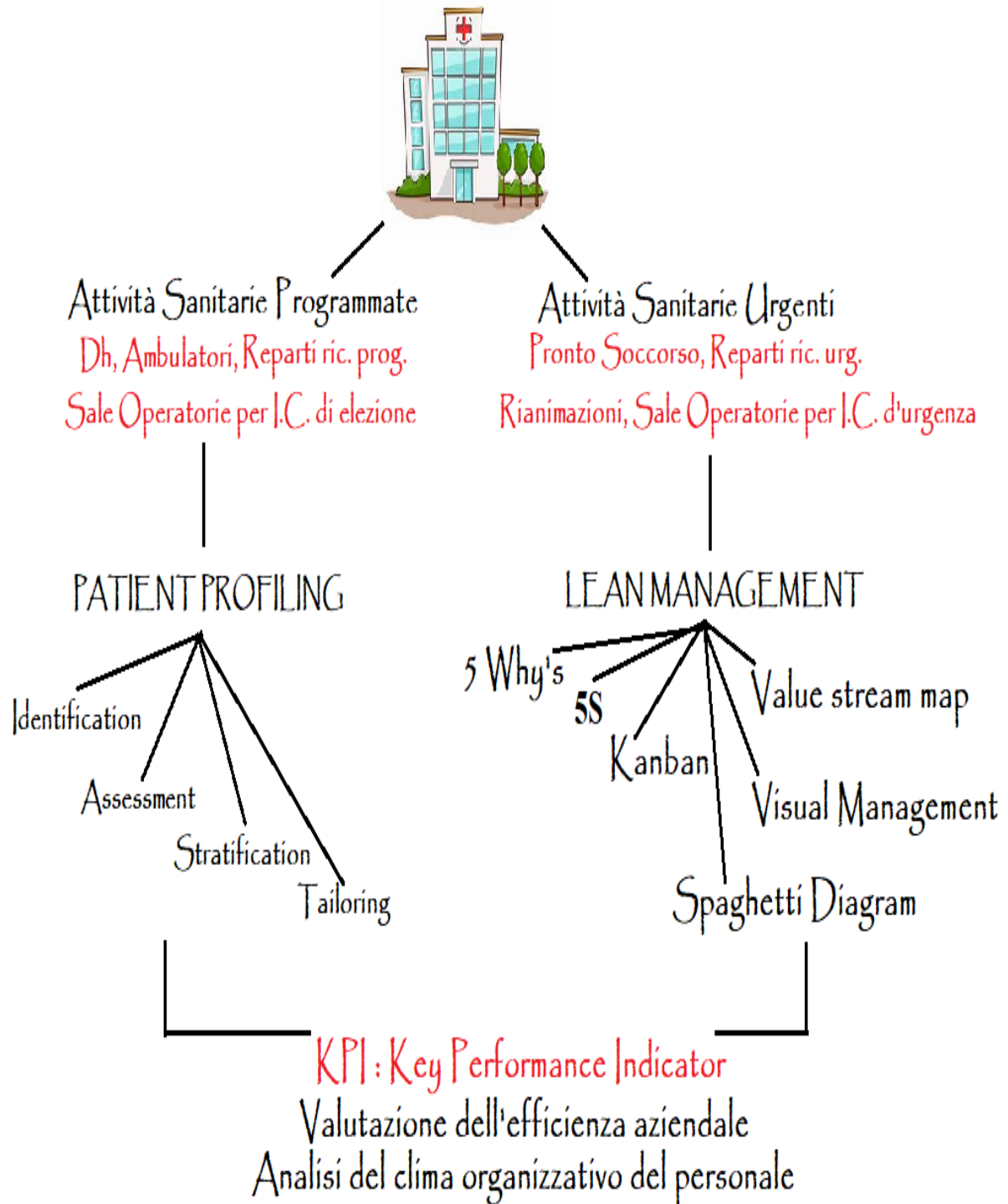
5 Why's = strumento utilizzato per determinare le cause profonde (root cause) del difetto ponendosi la domanda "perché" 5 volte

Visual management = soluzioni per il controllo visivo dei processi per rendere tangibile l'informazione sul funzionamento del processo e dei risultati

Spaghetti diagram = rappresentazione visuale del flusso dei prodotti oppure anche dei pazienti, del personale ecc, che viaggiano all'interno di un processo

3.4 Algoritmo per la caratterizzazione di una THO

Algoritmo per la caratterizzazione di una TAILORED HEALTHCARE ORGANIZATION



4.1 Una Sanità senza sprechi (forse) è possibile

Le organizzazioni sanitarie difficilmente si concentrano sull'eliminazione degli "sprechi" come dimensione della riduzione dei costi, ma qualità e costi di produzione più bassi possono e devono coesistere anche nel mondo sanitario.

Il lavoro si dovrebbe concentrare sulla strutturazione dell'organizzazione, in quanto è quest'ultima che è coinvolta nella qualità delle prestazioni ed al tempo stesso è causa della generazione dei costi: i costi che portano valore al paziente sono il core delle attività e devono essere sostenuti, i costi che non portano valore al paziente devono essere eliminati, il lean thinking aiuta a discriminare tra i due tipi di costi, a concentrare i tagli su quelli che non aggiungono valore e ad investire solo su ciò che crea valore.

Con i due modelli di THO, Patient Profiling e Lean Management, l'efficientamento organizzativo avviene a valle delle attività sanitarie: nel patient profiling, dopo aver identificato la popolazione target, valutato il fabbisogno delle risorse materiali, stratificato i vari tipi di trattamenti / interventi e ricavato il fabbisogno di materiali per ogni tipo di trattamento / intervento, l'attività di tailoring avviene a valle del processo produttivo. Allo stesso modo, nel lean management è il paziente che «tira» la produzione: è ciò che consumiamo per assistere i pazienti ad attivare gli approvvigionamenti di farmaci, dispositivi etc.; i rifornimenti dei materiali sono regolati sempre a valle del processo produttivo.

Nessuno dovrebbe approvvigionare il proprio reparto di farmaci, dispositivi o materiali, fino al momento in cui l'assistenza non lo richiede.

Negli attuali modelli organizzativi "one-size-fit-all", le Aziende Sanitarie impinguano i depositi delle loro farmacie e dei loro reparti in virtù di una domanda di materiali e dispositivi che non conoscono, questo perché i nostri ospedali orientano la propria offerta sanitaria in virtù di un bisogno di salute che saprebbero qualificare ma non quantificare; ciò si traduce nella strutturazione di un servizio sanitario con apposite risorse umane, tecnologiche e materiali, e soprattutto nell'erogazione di una prestazione sanitaria: questa prestazione un domani corrisponderà ad un DRG "X", ed avrà sempre e comunque una remunerazione X; qualora dovesse avere un costo X+1 e quindi registrasse una perdita per l'Azienda, probabilmente né qualcuno ne sarebbe mai a conoscenza, né si potrebbero attivare delle contromisure affinché quella prestazione in futuro possa non essere ancora in perdita.

Sia le considerazioni sui costi che quelle sull'effettiva spesa sanitaria, avvengono entrambi a posteriori dell'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie.

Nel modello “patient profiling” solo in un primo periodo di analisi e valutazione, quella prestazione potrebbe registrare una perdita: qualora un’ Azienda Sanitaria riuscisse a mettere in atto tutte e quattro fasi previste, dall’identificazione della propria popolazione target al tailoring dei trattamenti, avendo già in anticipo un quadro chiaro di quali e quanti servizi avrebbe da offrire, di conseguenza avrebbe anche una previsione appropriata di spesa e di consumi per l’erogazione di ogni singola prestazione.

L’attività di tailoring nella strutturazione di un’organizzazione sanitaria, consiste proprio in questo: in virtù di una remunerazione X , plasmare una prestazione, un’attività, un servizio sanitario che abbia un reale costo X , al fine di trovare un punto di equilibrio tra organizzazione, risorse a disposizione e bisogni di salute dei cittadini.

Per quanto riguarda i Key Performance Indicator, l’efficienza aziendale e il clima organizzativo del personale sanitario potrebbero essere due importanti indicatori in merito allo stato di salute di un’Azienda Sanitaria: coniugare il raggiungimento degli obiettivi aziendali con un appropriato impiego delle risorse economiche e il benessere organizzativo degli operatori sanitari, è il vero obiettivo di una THO.

5. Conclusioni

Nel 1973 un giovane ingegnere, Steven Sasson, andò a lavorare per Eastman Kodak: due anni più tardi inventò la prima fotocamera digitale della storia.

Per la memorizzazione delle foto ricorse a un processo relativamente nuovo per quei tempi, la digitalizzazione, che consisteva nel trasformare gli impulsi elettrici in numeri: per fare ciò dovette inserire sia una memoria RAM che un nastro magnetico digitale. Era più di una semplice macchina fotografica: era un sistema fotografico completamente elettronico che non aveva bisogno né di pellicola né di carta.

Il signor Sasson ebbe una serie di incontri coi dirigenti dei vari dipartimenti Kodak, portò la fotocamera portatile nelle sale conferenze e dimostrò che il sistema funzionava fotografando le persone nella stanza.

La loro risposta fu tiepida: *“C’è davvero interesse nel guardare una foto sulla televisione?”* gli fu chiesto.

Anche a causa dell'assenza del supporto ai rullini, di cui Kodak era comunque la maggiore produttrice, l'azienda decise di non investire in un prodotto che andava apparentemente contro ogni suo punto forte: le pellicole erano ancora alla base della fotografia e Kodak contava su un fatturato di 16 miliardi di dollari all'anno derivante proprio dalla vendita dei rullini.

Le principali obiezioni alla sua invenzione venivano dal dipartimento di marketing e da quello di business: Kodak aveva il monopolio sul mercato della fotografia negli Stati Uniti e faceva soldi su ogni fase del processo fotografico.

A Sasson fu permesso di continuare a lavorare su macchine fotografiche digitali, ma non gli fu permesso di parlarne pubblicamente o di mostrare il suo prototipo a nessun altro al di fuori di Kodak.

Nel 2009, in una cerimonia alla Casa Bianca, il presidente Obama ha assegnato al signor Sasson la National Medal of Technology and Innovation.

Tre anni più tardi, nel 2012, la Kodak presentò istanza di fallimento.

Questa storia è paradigmatica di cosa possa accadere nel non provare a mutare gli schemi, i punti di vista o i modelli di riferimento.

Negli anni '50 l'ingegnere della Toyota Taiichi Ohno andò a visitare gli stabilimenti della statunitense Ford e invece di capire a cosa ambire, capì cosa la Toyota non doveva assolutamente diventare: molto semplicemente, i giapponesi capirono che non potevano sprecare e sopravvivere allo stesso tempo.

Il Toyota Production System, che in seguito fu occidentalizzato in “Lean”, è oggi uno dei modelli organizzativi più studiati e copiati del mondo: un’azienda automobilistica che era quasi fallita nel secondo dopoguerra, nel 2019 ha fatturato 29.500 miliardi di yen (circa 220 miliardi di dollari).

“Il Toyota Style” diceva Ohno “non è creare risultati dal lavoro duro: è un sistema che dice che non c’è limite alla creatività delle persone. Le persone non vanno alla Toyota per lavorare, ci vanno per pensare.”

A quel modello, a quella efficienza organizzativa, dovrebbero guardare le Aziende Sanitarie Italiane: la Tailored Healthcare Organization, ovvero il disegnare le organizzazioni sanitarie su misura dei bisogni di salute dei pazienti, può non essere un’utopia.

L’auspicio di questo pamphlet è proprio questo: promuovere un nuovo punto di vista.

“Il problema”, spiegò Sasson, “è che quando si parla di un progetto così a lungo termine a persone che probabilmente non saranno più in azienda, è difficile che ci sia dell’entusiasmo. E di tempo per lo sviluppo completo della fotografia digitale ne sarebbe servito molto.”

Anche per la THO di tempo probabilmente non ne occorrerà poco, ma in ballo c’è la sostenibilità e la sopravvivenza nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.

In ballo ci sono la salute ed il futuro, di tutti noi.

6. Bibliografia

N. Cartabellotta (2018, 2019, 2022). 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN.

Fondazione Gimbe. Consultato il 2 novembre 2022, disponibile da:

https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/3_Rapporto_GIMBE_slide.pdf

4° Rapporto sulla sostenibilità del SSN. Fondazione Gimbe. Consultato il 2 novembre

2022, disponibile da: [https://www.salviamo-](https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/4_Rapporto_GIMBE_slide.pdf)

[ssn.it/var/contenuti/4_Rapporto_GIMBE_slide.pdf](https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/4_Rapporto_GIMBE_slide.pdf)

5° Rapporto sulla sostenibilità del SSN.

Fondazione Gimbe. Consultato il 2

novembre 2022, disponibile da: [https://www.salviamo-](https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/5_Rapporto_GIMBE_slide.pdf)

[ssn.it/var/contenuti/5_Rapporto_GIMBE_slide.pdf](https://www.salviamo-ssn.it/var/contenuti/5_Rapporto_GIMBE_slide.pdf)

“Italiani i più vecchi d'Europa, il 22,8% è over65” ANSA, 21 aprile 2020. Consultato il 2 novembre 2022, disponibile da:

https://www.ansa.it/ansa2030/notizie/data_news/2020/04/05/-italiani-i-piu-vecchi-deuropa-il-228-e-over65_cac515af-eece-42bf-8d62-998c2d99f9a4.html

ISTAT Report “Popolazione e Famiglie” consultato il 2 novembre 2022, disponibile

da: [https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-](https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie#:~:text=fra%20gli%20uomini%20la%20percentuale,32%2C5%20punti%20percentuali)%3B)

[famiglie#:~:text=fra%20gli%20uomini%20la%20percentuale,32%2C5%20punti%20percentuali\)%3B](https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie#:~:text=fra%20gli%20uomini%20la%20percentuale,32%2C5%20punti%20percentuali)%3B)

M. Swant (2021). “Why Toyota Is The Top Auto Brand In The Halo 100”. Forbes, 16

dicembre 2021. Consultato il 2 novembre 2022, disponibile da:

<https://www.forbes.com/sites/martyswant/2021/12/16/why-toyota-is-the-top-auto-brand-in-the-halo-100/?sh=62f7809c6171>

“Principali caratteristiche Diagnosis Related Groups (DRG)” Salute.Gov.it , data di

pubblicazione: 15 maggio 2009, ultimo aggiornamento 30 dicembre 2020.

Consultato il 2 novembre 2022, disponibile da:

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1349&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto

“Ricoveri Covid: “Tariffe Drg inferiori del 41% rispetto ai costi reali di un ricovero ordinario e dell’86% di una terapia intensiva”. E anche per i casi no Covid costi aumentati del 18%. Lo studio” Quotidianosanità.it, 31 marzo 2022. Consultato il 2

novembre, disponibile da: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=103640)

[analisi/articolo.php?articolo_id=103640](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=103640)

Tessa Dekkers, Dorijn F. L. Hertroijscorresponding (2018) Tailored Healthcare: Two Perspectives on the Development and Use of Patient Profiles. *Advances in Therapy*; 35(9): 1453–1459.

Cosa sono Muda, Mura e Muri? Le 3 M di spreco nella Lean Manufacturing e come rimuovere gli sprechi! easylean.it , 17/05/2019. Consultato il 2 novembre 2022, disponibile da: <https://www.easylean.it/News.asp?Id=336&Nome=Cosa-sono-Muda,-Mura-e-Muri?-Le-3-M-di-spreco-nella-Lean-Manufacturing.-E-come-rimuovere-gli-sprechi!>