

Il nuovo ospedale è snello

Far funzionare gli ospedali
con il Lean Healthcare:
consigli pratici e sostenibilità

Postfazione di Adriano Lagostena

Francesco Nicosia



Am - La prima collana di management in Italia

Testi advanced, approfonditi e originali, sulle esperienze più innovative
in tutte le aree della consulenza manageriale,
organizzativa, strategica, di marketing, di comunicazione,
per la pubblica amministrazione, il non profit...



Francesco Nicosia

Il nuovo ospedale è snello

Far funzionare gli ospedali
con il Lean Healthcare:
consigli pratici e sostenibilità



FRANCOANGELI

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.
L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione	pag.	7
Introduzione alla visione orizzontale sui processi e sui costi in sanità	»	9
1. Il processo in medicina	»	9
2. Il valore aggiunto e il non valore nel processo	»	10
3. Il costo delle attività sanitarie in ospedale	»	11
4. Il calcolo dei costi	»	11
5. Il ruolo dell'activity based costing	»	11
6. La visione dell'ospedale come di un insieme di processi con costi calcolabili	»	12
1. Il sistema lean funziona nelle strutture sanitarie	»	13
1. Summit a Londra	»	13
2. Cosa non è lean	»	15
3. Il principio del valore	»	16
4. Come si crea il valore in sanità	»	18
5. Lo spreco in sanità	»	21
6. Mettere in fila le attività	»	23
7. La variabilità della domanda	»	24
8. Colli di bottiglia nei processi	»	26
9. La differenza fra accreditamento e lean. Come si conciliano?	»	28
2. Le basi del sistema lean	»	29
1. Le tecniche	»	32
2. Molto da fare, per continuare	»	55
3. Tecniche lean in ospedale derivate dalla clinica (fast track)	»	61
1. Tecniche di snellimento per i profili chirurgici	»	61
2. Chirurgia del colon e chirurgia urologica	»	61
3. Chirurgia protesica di ginocchio	»	64

4. Processo snello per la chirurgia protesica di ginocchio	pag. 65
5. Processo frattura femore	» 68
6. Commento generale sul PDTA Frattura Femore	» 68
7. Miglioramenti continui e miglioramenti drastici	» 70
8. Mappa del flusso del dolore lombare	» 70
9. Risultato della riunione finale	» 71
4. L'innovazione lean di sistema nella pratica ospedaliera	» 75
1. Il flusso dei processi determina la ricaduta economica delle attività di un'azienda che produce	» 75
2. La teoria dei flussi in ospedale	» 76
3. Il progetto Galliera 2010 per l'Area Chirurgica Condivisa (ACC)	» 78
5. Formazione interna e sostegno	» 85
1. Alcuni punti base se si vuol sviluppare un proprio evento VSA (Value Stream Mapping)	» 85
2. Strumenti utili nel VSA	» 91
6. Come superare le prime difficoltà e avere risultati	» 99
1. Come hanno creato funzioni di supporto lean all'ospedale di Bolton (UK)	» 101
2. Per un ospedale lean in Italia. Come si progredisce all'Ospedale Galliera di Genova	» 105
3. Principi di progettazione	» 105
4. Esempi di rianalisi di processo col Lean	» 107
5. Riunioni e partecipanti	» 110
6. Problemi esaminati	» 111
7. Obiettivo lean	» 111
7. Inglobare la filosofia del miglioramento nel DNA dell'azienda	» 113
1. Corso Base: linee di attività per l'Ospedale a Intensità di cure	» 116
2. Corso di formazione avanzata lean presso l'E.O. Galliera	» 117
8. Conclusione	» 123
Postfazione	» 127
1. Da push a pull	» 127
2. Perché un ospedale che si ispira al modello Pull-Push dovrebbe funzionare?	» 131
Ringraziamenti	» 135
Bibliografia essenziale	» 137

Prefazione

È sempre più evidente che in sanità occorre passare dagli scontri sul budget, alle riflessioni su come snellire i processi di cura. Questa, ci possiamo scommettere, è la rivoluzione prossima in sanità.

Le tecniche lean applicate alla sanità, “Lean Healthcare”, si sono dimostrate sorprendentemente efficaci in questa direzione. Ma sono poco conosciute, perchè in sanità pochi pensano di trarre vantaggio immediato dal Lean System ritenuto erroneamente di applicazione esclusivamente industriale. Sembra più vantaggioso dedicarsi a tecniche cliniche piuttosto che a tecniche gestionali per migliorare la qualità. Eppure lo spreco in sanità sta proprio essenzialmente nella cattiva gestione delle operazioni di fornitura. Si parla di sprechi enormi in percentuale vicino al 40-50% sulla spesa totale della sanità.

Da dove cominciare per correggere gli sprechi?

Dagli ospedali.

Da tutti? Iniziare dagli ospedali con dimensioni standard (secondo Renzo Piano, Umberto Veronesi e Maurizio Mauri) rende più facile il raggiungimento dell’obiettivo: lo snellimento dell’azienda attraverso il mantenimento del valore e la scoperta degli sprechi con la loro eliminazione. Anche gli ospedali più grandi possono beneficiarne, ma occorre più tempo.

Quanto tempo occorre per vedere i vantaggi?

Il tempo di scegliere un’area critica in termini di risultati, fare da 3 a 5 riunioni per spiegare la filosofia di approccio e le tecniche di miglioramento e si ottengono risultati strabilianti in pochi mesi di applicazione delle tecniche.

Ma sarà solo l’inizio. Per proseguire col **modello lean** ed espanderne la filosofia a tutto l’ospedale, occorre creare una struttura interna che sia “istruita” e sostenga l’espansione del modello attraverso la formazione orizzontale (per tutti).

Questo libro racconta il viaggio che l'Ospedale Galliera (Ospedale di 490 posti letto, 1700 dipendenti) sta facendo verso un ospedale a flusso (lean) per intensità di cure.

Un esempio, unico in Italia, di Ospedale Azienda in trasformazione lean dal basso, sostenuta dall'alto.

Il gruppo di lavoro Lean G.E.N.O.V.A. (Galliera Empowerment by New Organization and Value Analysis) ne è l'artefice dal 2008. (www.leanGENOVA.it).

Francesco Nicosia
Giuliano Lo Pinto
Ernesto Palummeri
Massimo Maffezzini
Marco Filauro
Paolo Cremonesi
Marco Esposto
Fernanda Stefani
Gian Massimo Gazzaniga
Roberto Tramalloni

Introduzione alla visione orizzontale sui processi e sui costi in sanità

1. Il processo in medicina

Assistere pazienti non è lo stesso che produrre beni, “Caring for patients is not the same as manufacturing products” dice Fillingham nel suo libro *Lean Healthcare*. Ma aggiunge “this is true...but it is a process”. È vero che lavorare in sanità non è come fare automobili, ma è comunque una serie di attività anche quella sanitaria. Attività che vengono messe in sequenza. Siamo dunque sempre di fronte ad un processo, da capire, da analizzare, con possibilità di migliorarlo. Come in tutte le attività umane.

Per rendersi conto di quanto sia vero il concetto, basta prendere un paziente in entrata nell'ospedale e seguirlo in ogni momento più o meno significativo del suo viaggio attraverso la struttura ospedaliera.

Esempio di processo di diagnosi e cura

All'entrata: **storia ed esame, diagnosi differenziale, altri esami, analisi dei risultati, diagnosi definitiva, sviluppare piano di cura, aggiustare piano di cura definitiva, controllo e revisione.**

Può sembrare una semplice osservazione di una serie di episodi, attività, ma seguirei una raccomandazione: quella di guardare gli episodi che accadono a quel paziente ovviamente dal suo punto di vista, con una lente di ingrandimento, cioè andando un po' più nel dettaglio. Si consiglia di descrivere su un foglio A4 in orizzontale, ciò che accade, episodio per episodio clinico-organizzativo. Misurando i tempi di ciascun episodio e le attese.

La prima nota che meravighierà è quanto tempo di attesa c'è nel viaggio di quel paziente. Consiglierei di annotare sul foglio di carta la serie di episodi significativi e porre un numero in minuti (ore) fra episodio ed episodio per quantificare il tempo di attesa che si sviluppa fra un'attività (episodio) e l'altra. È un esercizio non banale, anzi consigliabile, se si vuole fotografare (mappare) la realtà dei percorsi di ricovero e cura.

2. Il valore aggiunto e il non valore nel processo

Sarà utile a questo punto distinguere nella sequenza orizzontale una serie di episodi ed una serie di attese o ritardi. Ricordando che stiamo vedendo il viaggio del paziente dal suo punto di vista, vi saranno in quella sequenza tempi di attesa che chiameremo tempo inutile o spreco di tempo o solo spreco (per convincerci che il tempo è del cliente, proviamo a ricordare come ci sentiamo quando siamo in fila in attesa di qualcosa, in qualunque ufficio). E ci saranno anche tempi di contatto con gli operatori: momenti di visita dell'infermiere, del medico, del tecnico, del radiologo, del consulente. Sono tempi utili che danno valore al processo di ricovero e cura.

Pensiamo inoltre, dato che non siamo macchine, a come viene trattato in termini relazionali il nostro paziente, a cosa gli viene detto, a dove lo si mette in attesa, alla considerazione che "l'ambiente" gli presta. Tutti questi elementi vanno a fare una somma di elementi positivi e negativi, tecnici ed estetici (un ambiente sporco, o non accogliente, un vetro rotto, uno scatolone in mezzo alla stanza etc.). Si avrà una somma dunque di elementi che andrebbero messi in evidenza (non nascosti) ed eliminati se non sono utili al nostro paziente.

Mano a mano che il cliente/paziente passa nelle strutture che lo accudiscono, potremmo anche calcolare quanto sono efficienti tali strutture in termini di staff che lavora, ore di lavoro e ore di non lavoro, pianificazione del lavoro o casualità dello sviluppo dello stesso ritmo di lavoro (se c'è un ritmo).

Le ore di lavoro (a volte corrispondono con le ore di contatto col cliente/paziente, a volte no) possono dunque essere un momento di aggiunta di valore per il nostro cliente.

Utilissimo a questo punto sarà calcolare la somma di minuti in cui il cliente ha atteso che gli si facesse qualcosa, e i minuti in cui gli è stato fatto qualcosa (indipendentemente dal fatto che sia in un piano di azione o meno). Sarà sorprendente veder come anche nelle situazioni di urgenza, sarà più il tempo di attesa, che il tempo di contatto e di azione sul paziente. In alcuni casi, non urgenti, il tempo di attesa sarà esorbitante 80-90%, rispetto al tempo di contatto e di azione 10-15%. Pensiamo a come potrebbe essere rivista la lunghezza delle degenze se si iniziasse a vedere la degenza non come una condizione statica o quasi statica, ma piuttosto un viaggio pianificabile in molti dei suoi episodi.

Un target che rivoluzionerebbe gli ospedali: la riduzione del 50% del tempo di attesa dei pazienti. Pensare solo ai tempi di dimissione, considerato uno dei punti chiave dell'inefficienza aziendale ospedaliera, che si riflette pesantemente anche sui cosiddetti "depositi".

3. Il costo delle attività sanitarie in ospedale

Le informazioni sui costi per essere utili alle direzioni degli ospedali devono avere alcune caratteristiche: dire quale è il consumo delle risorse, motivarne l'importo, sapere se sono utilizzate bene o male. In altre parole occorre rispondere a tre quesiti: quanto costa l'attività di ricovero e cura? Quanto dovrebbe costare? Costa poco o costa tanto?

Il monitoraggio dei costi di produzione in sanità non è cosa semplice, perché mai dettagliata. Da pochi anni si è posto al centro dell'attenzione il costo della produzione, cercando di afferrare nel particolare quale è la domanda effettiva ovvero le relative quantità di clienti ricoverati in un dato periodo, rispetto alla domanda programmata. Ad esempio dovremmo porci domande come: quali e quanti sono i clienti/pazienti che ci si propone di assistere.

I quesiti sono ampiamente sviluppati nel libro *Costi standard ricoveri* (FrancoAngeli) da esperti che studiano la pratica dei costi standard in sanità, e le strategie annesse. Noi ci limitiamo a inquadrare il problema dei costi in ospedale come costi dei "prodotti" forniti. Il costo della specifica attività di ricovero e cura dello specifico utente.

Obiettivo ambizioso quindi è quello di cercare di identificare il costo di ogni distinto episodio di ricovero, o di un intero percorso facente parte di una certa tipologia di pazienti. È ambizioso, difficile, ma non impossibile.

4. Il calcolo dei costi

Per cercare di superare il problema di individuare ogni singolo episodio di ricovero, impresa non facile, si è cercato di trovare scorciatoie che vanno dal conto delle giornate di degenza (molto criticabile, anzi, improponibile perché risulterebbe più importante una patologia con una degenza più lunga e non una patologia che consuma più risorse nell'unità di tempo), al conto dei posti letto (come se si curassero i letti e non i malati).

5. Il ruolo dell'activity based costing

Il metodo analitico dei costi (quanto costano i singoli episodi di ricovero e cura) permette di individuare non solo i valori di riferimento che consentono di dire quanto dovrebbe costare questo insieme di episodi, ma soprattutto quanto concretamente esso è costato. È conseguente che per essere valido il metodo analitico deve indagare tutti i pazienti ricoverati e non prendere in esame solo uno o due protocolli, o piani di trattamento validi per categorie di pazienti/clienti. Pertanto la determinazione dei costi

effettivi relativi ai singoli episodi di cura risulta essere indispensabile e di sostanziale importanza per pensare ad una corretta analisi gestionale.

6. La visione dell'ospedale come di un insieme di processi con costi calcolabili

Purtroppo spesso si cade nell'errore di scambiare il metodo di definizione dei teorici PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) come una metodologia per definire i costi effettivi. Appare evidente invece che adottare i protocolli diagnostico terapeutici esistenti per eseguire una corretta analisi dei costi è di per sé una pura attività teorico filosofica, visto che gli episodi effettivi di ricovero e cura reale distano molte migliaia di miglia dai PDTA descritti e scaricabili dai siti dei migliori ospedali. Sarà invece possibile il contrario: determinare quali sono gli episodi effettivi (mappare il flusso dei singoli pazienti), determinandone i costi, può contribuire alla corretta definizione dei piani di trattamento.

Può apparire poco credibile la puntualizzazione a priori di tutti gli episodi di tutti i pazienti che passano in ospedale, ma se l'analisi dettagliata dei costi è l'obiettivo, è la strada da scegliere. Di conseguenza pensare a visionare ogni percorso e processarne gli eventi/attività con costanza giornaliera è un esercizio assai utile. Mi riferisco anche solo ad un approccio iniziale solo gestionale (non economico) che, attraverso la definizione e lo studio del flusso delle attività, porta a far emergere ciò che di valore per il cliente viene erogato, e quindi per confronto anche ciò che non è di valore per il cliente, che in termini lean è definito "spreco". Tale analisi porta quindi a far emergere gli sprechi in un dato processo, attraverso la osservazione quotidiana di quel singolo utente o flusso di utenti, e allo snellimento del processo in analisi, attraverso la eliminazione progressiva e implacabile degli episodi che costano, ma non danno valore.

Si arriverà al continuo sviluppo di laboratori periferici (non centrali) che costruiscano "sentieri gestionali" dentro i quali contenere gli episodi offerti al cliente. Gestire sarà riuscire a collegare questi laboratori con la strategia aziendale.

Obiettivo finale poi è la conoscenza dei costi sostenuti e da sostenere per i pazienti che passano nell'azienda ospedale. Ciò assume una rilevanza non solo sotto l'aspetto gestionale, ma anche sotto quello strategico, dovendosi legare in maniera tangibile con l'elaborazione e la verifica degli obiettivi dell'azienda.

1

Il sistema lean funziona nelle strutture sanitarie

1. Summit a Londra

Lo scenario: è il 10 di luglio del 2009. Siamo a Londra al Queen Elisabeth II Conference Center. Centosettanta persone, 80% inglesi, 30 esperti da varie parti del mondo si incontrano al 2° summit sulle tecniche lean usate in sanità per far funzionare le *operations*. Le *operations*, come i “gestionali” sanno, non sono le operazioni chirurgiche, ma tutte le attività (catena di fornitura e struttura di supporto) che consentono il miglior svolgimento dei processi di accoglienza, diagnosi, cura e dimissione in una azienda che, in questo caso, produce salute. Una giornata per mettere a fuoco le 5 criticità con le quali tutti gli ospedali sono chiamati a fare i conti. Presidente e animatore dell’incontro il Prof. Daniel Jones famoso co-autore del libro *Lean-thinking. Per i managers che cambieranno il mondo*. Un best seller degli anni '90.

L’incontro è servito a fare il punto della situazione sulle sperimentazioni di applicazione di tecniche lean in sanità, che già si sono sviluppate in USA (Seattle, Pittsburgh...) in Australia (Adelaide), e in UK (Bolton, Warwick University...) in questi primi dieci anni del secolo. L’interesse dei manager del NHS (National Health System) è evidente da oltre 4 anni attraverso una serie di pubblicazioni ministeriali e di società di ricerca, per la ricerca valutativa che in UK è altrettanto importante della ricerca clinica. La ricerca valutativa si pone costantemente il quesito: stiamo facendo bene ciò che stiamo facendo? Per essere in grado di rispondere c’è bisogno di dati, che provengono dalla clinica e di elaborazione degli stessi per confrontarli con standard di riferimento. Avvicinarsi o superare gli standard è l’obiettivo delle Aziende Sanitarie e dei diversi Dipartimenti in UK.

Afferrare la criticità del momento è vitale per Daniel Jones. La recessione in atto non porterà altro che a mettere in evidenza sempre maggiore i

problemi che affliggono gli ospedali. Sono sinteticamente elencati in 5 punti:

- trovare adeguata compliance fra le aree di PS e di Emergenza e il resto dell'ospedale per accogliere, trattare, dimettere o ricoverare con la massima appropriatezza;
- gestire le liste di attesa chirurgiche;
- ridurre i costi globali;
- considerare la lunghezza delle degenze;
- l'aumento delle infezioni acquisite in ospedale.

Dall'interazione fra questi punti emerge che la lunghezza della degenza è la madre di tutte le altre criticità, avendo impatto sulle infezioni, sui costi, sulle liste di attesa, e sull'impossibilità di ricovero per mancanza di posti letto disponibili.

I diversi relatori provenienti fra l'altro dal Thedacare Center (USA) e dal Royal Bolton Hospital (UK) hanno messo in evidenza che le tecniche lean conosciute e applicate opportunamente consentono la riduzione della degenza in % a due cifre.

Quali sono le tecniche sperimentate:

- il ritmo di lavoro scandito dal Takt Time per PS e tutti gli ambulatori;
- il Value Stream Mapping (Mappe del Flusso Assistenziale) per mettere in evidenza e rimuovere gli sprechi, ovvero le azioni inutili, le attese inutili etc. che sono sempre presenti o in aumento;
- il lavoro in cellule composte da team definiti;
- i sistemi organizzativi tampone (*buffers*) per bilanciare domanda e offerta, quando i ritmi di accesso sono diversi (*recovery room*, degenza breve...);
- le schede livellate di dimissione, per organizzare con dimissioni scaglionate durante tutto il giorno (ore 8-20).

Si è discusso su un possibile piano di azione comune, secondo un modello che prevede di:

- pianificare azioni individuali o di gruppi di pazienti analoghi per bisogno assistenziale;
- seguire gli episodi clinici e organizzativi seguendo i tempi previsti, su quadri condivisi ed esposti a tutti gli operatori;
- chiarire obiettivi per "fare e completare a pieno rispettando il tempo" (*on time and in full*) mettendo in evidenza, con la tecnica dei 5 perché, i problemi che eventualmente ricorrono su quella linea di attività;
- rendere stabile il sistema con un Manager di Linea (un tutor?) che garantisce l'adeguatezza, la disponibilità e la offerta;

- creare i sistemi tampone fra aree che si scambiano pazienti, ma hanno ritmi diversi. Ad es. il PS verso la degenza (il PS visita da 5 a 10 pazienti contemporaneamente, la degenza ricovera uno per volta);
- far “tirare il sistema” dalla frequenza della dimissione, costante e livellata nelle 12 ore diurne.

Dopo i primi risultati, più positivi di quanto ci si aspettasse, delle sperimentazioni in atto da alcuni anni, si sta delineando un metodo con un sistema di tecniche organizzative per il miglioramento, che portano alla costante riduzione di sprechi inutili di tempo, e di altre risorse. Per alcuni con queste tecniche si possono ridurre subito più del 50% delle risorse sprecate inutilmente per azioni senza alcun valore per il paziente e per l’azienda. La lotta allo spreco inutile è dichiarata.

Questo libro vuol essere una riflessione sulle tecniche, la filosofia di applicazione in sanità, in particolare negli ospedali, del modello lean, dopo 2 anni dall’inizio del viaggio di trasformazione.

2. Cosa non è lean

Ristrutturare non è lean. Spesso gli ospedali creano i classici colli di bottiglia di processo con lotti e code tra i pazienti che attendono fuori dal dipartimento o nelle sale di attesa oppure distesi nei letti dei reparti.

Il modo tradizionale di pensare gli ospedali sarebbe quello di ottimizzare localmente, ad esempio, il dipartimento di radiologia assicurandosi che l’attrezzatura e lo staff di radiologia siano sempre pienamente utilizzati e tenuti impegnati anche se questo significa tenere i pazienti in attesa. Questo modo di pensare deve essere sostituito da una comprensione del fatto che può valer la pena allocare più risorse alla Radiologia, anche se questo può apparire inefficiente, se ciò porta a diagnosi più veloci, miglior trattamento e ridotta permanenza in ospedale, con conseguente miglioramento dell’efficienza del percorso del paziente nella sua totalità.

La Visione Lean conferma l’impegno di applicare l’approccio lean alla Radiologia e di organizzare l’attrezzatura radiologica in un flusso. Questo significa spostare le macchine a raggi X nell’unità ortopedica, gli scanner ad ultrasuono nell’area dei dolori addominali, assicurandosi poi che ci sia uno scanner di tomografia per i pazienti con ictus e così di seguito. È un’impresa costosa e di rilevanti dimensioni e che non viene portata a termine velocemente.

Queste modifiche all’infrastruttura fisica sono importanti e non facili da ottenere.

Di più grande importanza e di maggiore difficoltà realizzativa sono le modifiche agli atteggiamenti ed ai comportamenti giornalieri che saranno richiesti a tutto il personale dell’ospedale lean.

Naturalmente dal punto di vista del paziente l'ospedale è solo una parte della sua esperienza sanitaria. Infatti la maggior parte delle interazioni con professionisti sanitari avvengono fuori dagli ospedali, con coloro che prestano le prime cure e con i servizi comunitari.

Tuttavia non dobbiamo pensare che ciò che ora non si riesce a pensare perché la struttura non ce lo consente, sia facilmente e magicamente trasformabile se ci viene offerta una struttura (ad es. un ospedale) nuovo. Ripoteremmo nel nuovo ospedale mano a mano nel tempo tutti i difetti comportamentali che le abitudini ci hanno costruito addosso. Per poter trarre il massimo vantaggio in termini di efficienza ed eliminazione degli sprechi occorre avere una cultura lean che ancora non è entrata negli ospedali. Se poi si ha la fortuna di costruire un ospedale nuovo nel frattempo, si può pensare il lay out dell'ospedale con una logistica ergonomica per flussi e processi con una visione snella, per un ospedale che impara a migliorare i suoi percorsi assistenziali continuamente. Tutto questo prima di costruire il nuovo progetto, e non a progetto già fatto.

2.1. Lavorare più velocemente, non è mai richiesto dal lean

Se il processo di lavoro non è ben strutturato ed è pieno di azioni senza valore per il nostro paziente/cliente non ha senso aumentare la velocità di erogazione del servizio perché con le cose buone fornite in numero maggiore (dato l'aumento di velocità), vengono fornite anche maggior numero di attività inutili, senza valore. In termini lean questo è aumentare inutilmente lo spreco.

Non ha senso incrementare un processo sbagliato: correggere continuamente il processo cambiando gli standard, evidenziando gli sprechi per eliminarli e risparmiare energie, risorse e tempo, è il modo corretto di iniziare ad agire.

Vedremo che, dopo aver eliminato la prima quantità di azioni senza valore, il processo scorrerà più snello senza bisogno di correre.

3. Il principio del valore

Per avvicinarsi al sistema di gestione, creato da anni di filosofia produttiva Toyota, occorre ripartire dal motivo base per il quale una organizzazione esiste: la creazione di valore aggiunto. In sanità il valore ha caratteristiche peculiari, molto profonde. Meglio si intende il significato di valore se si aggiungono ad esso i termini "malattia", e, a corollario, l'"ansia" che si genera quando si perde la salute, "l'incertezza del presente e del futuro" che ciò comporta, l'etica dei comportamenti, delle scelte, dell'aiuto nel

prendere le decisioni giuste: l'etica dell'aiuto in un momento molto difficile della vita del cliente.

Sviluppare questi concetti sembra ovvio e naturale per chi lavora in sanità, chiarirsi e riflettere su di essi, dovrebbe essere un esercizio quotidiano per chi è a contatto coi clienti. I corsi di formazione di base per entrare in contatto con i malati, un tempo erano profondi, lunghi, densi di quel rispetto che la malattia si portava con sé.

Oggi la mercificazione della malattia, oggetto di trasmissioni televisive e di articoli quotidiani su centinaia di riviste e quotidiani, ha prodotto per contro una abitudine alla sofferenza...degli altri. Riprendere i motivi per i quali il rispetto del malato è il motivo primario del nostro esistere come operatori della sanità, deve essere la base dei corsi formativi per operatori. Corrispondente al "il cliente al primo posto". Solo che in sanità il cliente è nel momento spesso più debole del corso della sua vita.

Nel capitolo 2 abbiamo accennato a come in sanità le attività siano tutte inserite in episodi clinico-organizzativi, che possono essere messi in linea. Come veri e propri processi produttivi. Quindi anche nei servizi lo sviluppo dei processi di erogazione può essere studiato e analizzato. Prima di iniziare qualunque analisi di processo, va compreso il significato di tre entità: comprendere il valore che viene erogato, come mettere a flusso il valore stesso, come vedere lo spreco che si nasconde nel processo.

Tutti pensiamo di essere molto familiari con questi concetti, anche se abbiamo perso in sanità il concetto di valore dell'azione, ed è tutto da rivedere il concetto di efficienza e di efficacia. In realtà manca una reale formazione medica su questi concetti. È più facile trovare una discreta formazione infermieristica a questo proposito. Il medico è formato piuttosto su termini quali: correttezza diagnostica, incidente o errore da evitare, e umanizzazione del rapporto, nella migliore delle ipotesi, oppure, come accade di ascoltare ovunque in ospedale, nella più normale delle situazioni si parla solo di tecnologia disponibile o più spesso carente, carichi di lavoro, schemi organizzativi e turnistica. Spesso l'argomento di conversazione è ben lontano da concetti semplici come il valore delle azioni eseguite, la velocità dei processi assistenziali, lo spreco delle risorse aziendali. Molto più frequentemente si parla di schemi organizzativi. Troppe ore, troppe guardie, troppe reperibilità.

Eppure la creazione del valore è la ragione di esistere di qualunque organizzazione, anche in sanità. Basta pensare al valore di un intervento chirurgico che consente il ripristino delle condizioni di salute. Il paziente/cliente viene e chiede aiuto per riappropriarsi del beneficio "salute" temporaneamente perduto. Tutta l'organizzazione del processo chirurgico, dalla preparazione per poter eseguire l'intervento in sicurezza, fino al decorso postoperatorio e al periodo di riabilitazione, è una serie di atti che producono valore per il nostro cliente.

Ancora meno immediata è la percezione del flusso che il cliente percorre durante un processo di erogazione del servizio. Per flusso si intende la velocità di percorrenza del processo, o, se vogliamo, il tempo di percorrenza del paziente/cliente dall'entrata in azienda sanitaria all'uscita dal processo di cura. È un concetto nuovo in sanità, dove si cominciano solo ora ad applicare, con non poca fatica, i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA). Raramente in essi è messo in evidenza il tempo che occorre per la performance clinico-assistenziale-organizzativa che viene descritta. Eppure il tempo è un valore che anche individualmente ha valenze altissime. Perché sottraiamo al paziente il suo tempo con tanta non curanza? Il principio gestionale corretto è quello di standardizzare i tempi di percorso e di processo per avere più tempo per riflettere sulle diagnosi. Avviene normalmente il contrario: tempi allungati per procedure standardizzabili e rapida diagnosi.

Sia il valore che il flusso dunque sono entità poco visibili. Questo è il principale motivo per il quale non è immediatamente chiara la base del sistema lean. Se poi aggiungiamo a queste due entità lo spreco, allora abbiamo completato il quadro, ma non abbiamo ancora centrato l'obiettivo di conoscere il sistema. Lo spreco bisogna imparare a vederlo, è sotto i nostri occhi, ma non lo vediamo. Se chiediamo a qualunque operatore medico o non medico dove è lo spreco in ospedale, partirà dall'uso eccessivo di farmaci, dall'uso eccessivo di materiale non riusabile, dalle troppe siringhe, troppi aghi, troppe garze sprecate etc. etc. In alte parole si materializza lo spreco e non si fa quasi mai cenno al tempo, inteso come spreco per le attese. I clienti che aspettano gli operatori, i medici che aspettano i pazienti, operatori che aspettano altri operatori o il loro prodotto (penso alle risposte di esami non ancora pronti, ad esami pronti ma non immediatamente guardati, le sale di attesa per pazienti in ambulatorio, gente che aspetta ovunque nei nostri ospedali), spreco di tempo e di spazio che, insieme ad altre categorie di sprechi (che vedremo più avanti), disegnano un quadro impressionante di sprechi non corretti perché non visti, e non percepiti come sprechi. Il Sistema Lean è principalmente considerato un sistema di lotta agli sprechi costante e implacabile. Lo scopo è concentrare le energie aziendali per produrre il massimo valore per il cliente, attraverso un flusso di erogazione del servizio il più snello, efficiente ed economico possibile. Vediamo, nei prossimi paragrafi, come.

4. Come si crea il valore in sanità

Il valore si crea attraverso una serie di attività di processo. Questo è un principio valido per tutte le attività umane, dal farsi un caffè, a produrre un libro, a sottoporsi ad un intervento chirurgico, a costruire un'auto. Per la

sanità, infatti, non è differente. Prendiamo ad esempio la cosa più comune che può capitare a chiunque: infortunarsi durante un'attività, ad esempio durante una partita di pallone. Quindi avremo un quadro o un film rappresentato da un paziente che si presenta in un dipartimento di emergenza di un ospedale.

Abbiamo un soggetto, supponiamo giovane, che mentre fa sport durante un contrasto si infortuna un ginocchio per quella che sembra una distorsione, il ginocchio fa molto male, è diventato anche un po' gonfio. Se riflettiamo sui movimenti e le attività di assistenza dall'inizio, possiamo sintetizzarle come segue:

- storia ed esame,
- diagnosi differenziale,
- altri esami,
- analisi dei risultati,
- diagnosi definitiva,
- sviluppare piano di cura, aggiustare piano di cura definitiva,
- controllo e revisione.

La prima cosa che dovrebbe capitare è la raccolta di una storia con la conduzione dell'esame fisico. Sulla base di questo il curante (che sia un medico o un infermiere dell'emergenza) dovrebbe formare una diagnosi differenziale. Questa è un'ipotesi su ciò che potrebbe esserci che non va nel ginocchio. Poi sarebbero richiesti alcuni test, incluso l'Rx o anche una Risonanza Magnetica. Per altre condizioni morbose potrebbe essere appropriata la richiesta di test ematici o anche una serie di procedure ancor più invasive, come una endoscopia o anche una chirurgia esplorativa. All'arrivo dei risultati dei test ematici o Rx il clinico può procedere alla diagnosi definitiva e passare ad un nuovo livello che è la pianificazione del piano di trattamento. Il piano può essere veloce e semplice, ad esempio andare a casa, riposo e prendere un antiinfiammatorio o il paracetamolo, oppure si rende necessario un piano più complesso e lungo, ad esempio con una cura fisioterapica, oppure può essere necessaria perfino un intervento chirurgico per correggere qualcosa di lesa o di rotto. Come ultimo atto del processo ci sarà il controllo e la verifica. Questa è una serie di atti e attività più o meno complesse o semplici. Richiedono un tempo per essere eseguite e si può calcolare il tempo totale perché tutto il processo di diagnosi terapia e guarigione può essere compiuto in periodi estremamente diversi secondo che venga o meno coinvolto un atto chirurgico. È molto probabile infatti che dovrà essere organizzato un altro accesso in ospedale per controllare se le condizioni generali del soggetto consentono un tipo o un altro tipo di intervento, se è necessaria un'anestesia etc. Se si fa l'intervento, la riabilitazione deve essere compresa prima di un ritorno alle condizioni pre trauma. Se non ci sono