

# Partnership for innovation. The purchasing process



**2 Webinar live**  
**12 e 19 ottobre 2021**



Progetto realizzato con il contributo non condizionante di:



MEETING REPORT



## INDICE

<b>Obiettivo del progetto</b>	<b>3</b>
<b>Responsabile scientifico, faculty, moderatori</b>	<b>4</b>
<b>Webinar live - 12 ottobre 2021</b>	<b>5</b>
Agenda	5
Introduzione e obiettivi del progetto	6
La pianificazione degli acquisti in Sanità. Stato dell'arte ed evoluzione futura	6
A, A-PHT, DPC, DD, piani terapeutici... I trattamenti per il diabete come paradigma della complessità della gestione degli acquisti farmaceutici	11
Sinergia fra territorio, ospedale e assistenza farmaceutica: il caso della fibrillazione atriale	13
Workshop "Sharing best practice sugli acquisti in Sanità"	15
<b>Webinar live - 19 ottobre 2021</b>	<b>21</b>
Agenda	21
Introduzione e suddivisione nei gruppi di lavoro	22
Workshop "Identificazione di percorsi di ottimizzazione degli acquisti in Sanità" con produzione di <i>Mind Map</i>	22
Condivisione in plenaria dei lavori di gruppo	26
Chiusura e <i>sum up</i>	29





## OBIETTIVO DEL PROGETTO

Il tema degli acquisti di beni e servizi da parte delle Aziende Sanitarie è attualmente al centro di un processo di cambiamento grazie ai provvedimenti, sia comunitari che nazionali, approvati nel corso degli ultimi anni.

È quindi importante un confronto fra i *player* su temi fondamentali quali la necessità di garantire la disponibilità dei trattamenti farmacologici ai pazienti, di rafforzare il ruolo dell'*e-procurement*, di introdurre logiche di accentramento degli acquisti e di ottimizzare la rotazione di magazzino.

L'obiettivo di questo progetto è proprio quello di favorire la discussione tra le parti coinvolte nei processi di acquisto, al fine di cercare soluzioni innovative che possano generare beneficio per i pazienti e per l'intero Servizio Sanitario.





## Responsabile scientifico

### **Alberto Costantini**

Responsabile DPC Regione Abruzzo, Direttore di Farmacia - Ospedale di Pescara

## Faculty

### **Arrigo Paciello**

Servizio Farmaceutico Territoriale - ATS Bergamo

### **Marcello Pani**

Direttore Farmacia Ospedaliera - Policlinico Gemelli, Roma

### **Salvatore Torrìsi**

Presidente Nazionale - Federazione delle Associazioni Regionali degli Economisti e Provveditori della Sanità (FARE)

## Moderatori

### **Angelo Rosa**

Professore Lean Organization - Università LUM, Casamassima, Bari

### **Giuseppe Petrosino**

Facilitatore di processo

### **Cristina Sarchi**

Facilitatore di processo





## WEBINAR LIVE - 12 OTTOBRE 2021

### Agenda

- 15.00 – 15.15** Introduzione e obiettivi del progetto  
**Marcello Pani**
- 15.15 – 15.35** La pianificazione degli acquisti in Sanità. Stato dell'arte ed evoluzione futura  
**Alberto Costantini**
- 15.35 – 15.55** A, A-PHT, DPC, DD, piani terapeutici... I trattamenti per il diabete come paradigma della complessità della gestione degli acquisti farmaceutici  
**Salvatore Torrisi**
- 15.55 – 16.15** Sinergia fra territorio, ospedale e assistenza farmaceutica: il caso della fibrillazione atriale  
**Arrigo Paciello**
- 16.15 – 16.30** Q&A
- 16.30 – 18.00** Workshop "Sharing best practice sugli acquisti in Sanità"  
**Moderatori: G. Petrosino, A. Rosa, C. Sarchi**

Gli organizzatori danno il benvenuto ai partecipanti, ringraziano per la presenza al *meeting* e illustrano l'agenda dell'incontro.





## Introduzione e obiettivi del progetto

**Marcello Pani**

Da qualche tempo il tema degli acquisti di beni e servizi negli Ospedali e nelle Aziende Sanitarie è al centro di un profondo cambiamento determinato dalle nuove normative comunitarie e nazionali; più recentemente, la prova di stress causata dalla pandemia da COVID 19 ha ulteriormente modificato alcune dinamiche. Da quando il nuovo Codice degli Appalti è stato introdotto, i farmacisti e i produttori hanno organizzato, con la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (SIFO) e la Federazione delle Associazioni Regionali degli Economi e Provveditori della Sanità (FARE), un progetto volto alla formazione degli operatori, che ha già permesso a molti professionisti delle due discipline (Farmacia e Provveditorato) di cimentarsi, con buoni risultati, nelle procedure di gara. La logica di base e l'elemento di maggior successo del progetto è la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro: considerare la prospettiva di tutti gli *stakeholder* coinvolti nell'acquisizione di beni e servizi è uno degli elementi più importanti non solo per favorire la conciliazione delle esigenze, ma anche per trovare un momento di sintesi e di concertazione. L'obiettivo è infatti unico:

mantenere il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come è ora, cioè universale, e garantire ai cittadini e ai pazienti l'accesso ai migliori prodotti a disposizione, assicurando la sostenibilità del sistema. Il progetto è molto dinamico e si rinnova costantemente come conseguenza sia dei provvedimenti che mutano nel tempo sia della gestione imprevedibile dell'attuale pandemia.

Alla base del tema degli acquisti di beni e servizi in Sanità ci sono elementi quali l'appropriatezza, la corretta selezione dei prodotti in base alla loro efficacia e sicurezza, il mantenimento dei costi nei *budget* stabiliti. Il difficile compito di conciliare tutto ciò è affidato ormai da qualche anno alle Centrali di Committenza che operano a livello regionale e in alcuni casi anche a livello interregionale. Probabilmente la dimensione regionale è il giusto punto di equilibrio per garantire la concorrenza, l'appropriatezza e la sostenibilità delle scelte.

In quest'ambito è importante proporre soluzioni innovative favorendo il confronto fra i professionisti e garantendo l'omogeneità all'accesso ai migliori farmaci e dispositivi su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo ultimo di migliorare le condizioni di salute del cittadino.

## La pianificazione degli acquisti in Sanità. Stato dell'arte ed evoluzione futura

**Alberto Costantini**

Il Servizio di Farmacia Ospedaliera ha il compito di gestire i medicinali e i dispositivi medici all'interno dell'Ospedale, con un ruolo fondamentale nel processo di accesso alle cure nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il farmacista ospedaliero è il professionista di riferimento per le diverse problematiche legate

all'impiego di medicinali e altri materiali sanitari. Egli garantisce la corretta gestione di tutto il materiale di competenza nell'ambito del Servizio di Farmacia e collabora con il personale dei reparti e dei servizi affinché ne sia garantito il corretto impiego. I medicinali e i dispositivi medici impiegati in ospedale sono scelti da Com-





missioni dedicate e vengono indicati rispettivamente nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero e nel Repertorio dei Dispositivi Medici. La gestione degli approvvigionamenti e della giacenza delle scorte e degli scaduti deve essere tale da facilitare

il controllo periodico dei quantitativi e delle condizioni di conservazione del materiale.

La Figura 1 illustra i vari percorsi con cui un bene sanitario può venire acquistato.

Figura 1



Nella pianificazione di una gara la valutazione dei fabbisogni è uno dei temi più importanti. È fondamentale, infatti, valutare i volumi da mettere a gara: essi dovrebbero essere il più vicino possibile alla realtà, per una programmazione corretta dell'impegno di spesa. Nella fase di costruzione della gara è importante anche il dialogo competitivo fra le parti (pubblica e privata) che devono trovare un accordo comune sul volume, così da evitare situazioni di aggiudicazione di lotti da parte di aziende farmaceutiche che poi non sono in grado di fornire i quantitativi pattuiti. Quindi sono necessari un grande impegno

e la collaborazione fra provveditore, farmacista e aziende farmaceutiche per poter pianificare correttamente un progetto; nel capitolato della gara tutto deve essere scritto in maniera dettagliata. Altro aspetto fondamentale è l'esecuzione contrattuale: liberare risorse, limitare l'impegno di spesa per poter avere la disponibilità di tutti i farmaci messi a gara sono, ad esempio, attività che possono rendere più efficiente l'intervento. Per raggiungere tale scopo risultano importanti le attività di logistica, quindi utilizzare le risorse al meglio, non impegnarle inutilmente e non immagazzinare troppa merce nei magazzini.





Le attività svolte dall'ente capofila per la distribuzione per conto (DPC) sono numerose:

- monitoraggio della capienza economica dei contratti;
- monitoraggio delle scadenze brevettuali e delle autorizzazioni all'immissione in commercio di farmaci equivalenti o biosimilari;
- gestione degli ordini;
- gestione della giacenza del magazzino centralizzato non di proprietà della Regione, ma dell'Associazione dei Farmacisti Privati;
- gestione informatica dei Piani Terapeutici;
- assistenza alle problematiche delle farmacie territoriali.

Alcuni strumenti informatici possono essere utili per monitorare le varie criticità. Nel DPC Regione Abruzzo è stato ideato un programma specifico per il monitoraggio dei contratti: per ogni CIG (Codice Identificativo di Gara) si può vedere la capienza economica prevista per singolo AIC e quindi intervenire laddove

necessario. Da questo cruscotto è possibile evidenziare, nel sistema gestionale, gli ordini di farmaci con i quali si hanno problemi contrattuali. Un'altra funzione implementata nella DPC Regione Abruzzo è quella che controlla il ritardo di acquisizione su un determinato ordine. Strumenti di questo tipo permettono di anticipare problemi quali, ad esempio, la mancanza del farmaco all'interno di una Regione. Si può anche geolocalizzare la dispensazione del farmaco e quindi avere delle indicazioni su dove vengono concentrate le scorte.

All'inizio dell'attività di DPC gli acquisti sono spesso superiori al consumo, ma poi, col tempo, si riescono ad allineare i due valori (l'acquistato e il consegnato) per ottenere un livello di scorte minimo che consenta tranquillità.

La farmacia ospedaliera ha, in definitiva, il difficile compito di bilanciare esigenze diverse, e spesso contrastanti, di cura e di contenimento della spesa (Fig. 2).

Figura 2







### Marcello Pani

L'attività di *horizon scanning* relativa alle scadenze brevettuali e alla comparsa sulle Gazzette Ufficiali delle nuove immissioni in commercio dei generici e dei biosimilari è importantissima e ha un alto valore aggiunto, perché consente a una Centrale di Committenza di sincronizzarsi perfettamente sulla disponibilità sul mercato di nuove opzioni che possono far risparmiare alla Regione svariate centinaia di migliaia di euro. Ritardare l'emissione di una gara e quindi l'aggiudicazione dei prodotti anche solo di una settimana o un mese significa non usufruire della possibilità di ottenere questi benefici. È auspicabile che quest'attività sia centralizzata, appoggiandosi a SIFO-FARE o ad altro ente: l'*horizon scanning*, infatti, ha un ambito nazionale, non regionale, e quindi sarebbe di grande valore se un gruppo di lavoro vi si dedicasse e condividesse i risultati con tutti.

La sincronizzazione dell'esito della gara con la logistica di quella Regione è un altro aspetto importante. La logistica può essere centralizzata dalla Regione, dall'Area Vasta o tradizionalmente dagli ospedali. È molto importante che ci sia un sincronismo, e anche un'anticipazione, delle tempistiche di aggiudicazione di una gara: farsi trovare in prossimità dell'aggiudicazione nel punto di scorta massima di magazzino rispetto al punto di scorta minima può consentire alcuni benefici.

Un altro strumento utile da realizzare e condividere con tutti è un software che consenta di monitorare in tempo reale il contratto di una fornitura.

### Alberto Costantini

Il dottore è assolutamente d'accordo con le proposte fatte nell'intervento precedente e si augura che la partnership SIFO-FARE possa realizzare strumenti concreti e condivisi.

### Stefania Antonacci

La dottoressa è la direttrice dell'area farmaceutica della ASL di Bari, che in Puglia è l'ente capofila per la distribuzione per nome e per conto. L'ASL della dottoressa dispone di un software informatizzato che controlla giornalmente i tempi di autonomia di ogni deposito della filiera intermedia. Quando un deposito procede in maniera difforme (perché sta consumando troppo o troppo poco) è possibile attivare il sistema che riporta ad un appiattimento dei quantitativi degli ordini.

Per l'esperienza della dottoressa la maggiore criticità, oltre a quella relativa al monitoraggio delle convenzioni in scadenza, è sicuramente il monitoraggio degli ordinativi di fornitura. Quando la stazione appaltante emette la convenzione, ciascuna ASL inserisce il proprio ordinativo di fornitura, cioè quello che dovrebbe essere il suo fabbisogno. A volte ci sono ASL che utilizzano dei fabbisogni improponibili per la loro dimensione e per il loro storico, depauperando la richiesta di altre ASL che non possono più attivare l'ordinativo di fornitura.





Di fatto, all'ordinativo di fornitura non corrispondono poi degli ordini veri e propri, per cui si crea un contenitore prosciugato che non corrisponde agli ordini effettuati. Mettere dei limiti crea comunque delle distorsioni, perché i consumi delle ASL possono variare rispetto alla previsione.

Per ciò che riguarda la proposta di anticipazione di una gara, la dottoressa fa rilevare che questa è un'attività non sempre facile da attuare perché non è semplice riuscire a mantenere l'informazione nella filiera in modo repentino. A volte, infatti, la Centrale di Committenza si affida a gare che sono espletate da altre Centrali e di questo si ha notizia con pochissimo anticipo.

### Daniele Taranto

Il dottore lavora all'ASP di Trapani e si occupa di distribuzione; in precedenza gestiva gli ordini, che ora sono stati centralizzati all'ASL di Palermo. La pianificazione dei volumi e dei fabbisogni è una problematica che affronta anche nel suo quotidiano. Può essere d'aiuto intersecare dati provenienti da più fonti: si può considerare il CIG pregresso per la valutazione dei fabbisogni, lo storico delle movimentazioni e la stima di *budget impact* effettuata dalle aziende farmaceutiche.





## A, A-PHT, DPC, DD, piani terapeutici... I trattamenti per il diabete come paradigma della complessità della gestione degli acquisti farmaceutici

Salvatore Torrisi

La collaborazione e la sinergia che si sono instaurate negli ultimi anni fra Proveditorati e Farmacie hanno consentito di risolvere molte situazioni, anche di grandissima complessità, determinate recentemente dalla pandemia da COVID 19; ciò è stato possibile grazie all'esperienza degli operatori. È importante sottolineare che, in particolare in questi ultimi due anni, la competenza dei Farmacisti e dei Proveditori ha fatto la differenza. La tematica degli approvvigionamenti va distinta in un periodo pre-COVID e un periodo post-COVID: la pandemia ha determinato una rivoluzione delle tempistiche, apportando un cambiamento sostanziale all'approccio degli approvvigionamenti. Grazie al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in Italia arriveranno grandi disponibilità economiche ed è quindi importante che, anche nel futuro, cambi l'approccio dei soggetti che interagiscono in quest'ambito. Nel periodo pre-COVID si trattava il ruolo del *procurement* come una materia scottante, che vedeva gli attori penalizzati; qualsiasi metodologia doveva essere affrontata con il rigore della norma e del controllo. Al contrario, gli elementi innovativi del periodo post-COVID che si sta avviando sono l'impulso alla semplificazione delle procedure, l'accelerazione delle tempistiche e la possibilità di utilizzare diverse tipologie di gara in caso di urgenza (sempre debitamente motivata), con una maggiore responsabilizzazione e discrezionalità dei *player* coinvolti. Con il Decreto Semplificazione, DECRETO-LEGGE 16 luglio 2020, n. 76 *Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale* (GU Serie Generale n.178 del 16-07-2020 - Suppl. Ordinario n. 24) sono state emanate alcune norme straordinarie legate al periodo dell'emergenza pandemica,

straordinarie appunto anche dal punto di vista del contenuto. Ad esempio, il comma 4 dell'articolo 2 definisce che il regime di acquisti legati al periodo COVID si giova di un assoluto accantonamento di tutte le normative vigenti e quindi opera "[...] in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale, fatto salvo il rispetto delle disposizioni del codice delle leggi antimafia [...]". Questa è una rivoluzione copernicana, un'apertura del legislatore per dare un impulso nuovo al ruolo del *procurement*, fornendo strumenti adeguati a coloro che si occupano di approvvigionamento, sempre nell'ottica della trasparenza, della *par condicio*, dell'economicità, ma senza i vincoli e i paletti che hanno caratterizzato gli anni scorsi.

Le precedenti normative comunitarie in tema di appalti pubblici sono sempre state chiare e ben disciplinate, ma il legislatore italiano, nel recepirle, ha sentito la necessità di aggiungere altri 300 articoli e ciò ha avuto un effetto deleterio nei confronti di chi si è occupato di approvvigionamento. Sostanzialmente tutti i *player* sono stati abituati in questi ultimi anni ad avere una norma, un regolamento, una circolare che specificava esattamente cosa fare e ciò è stato assolutamente diseducativo: la Pubblica Amministrazione ha progressivamente perso la capacità di scelta. In questo periodo pandemico, invece, si è esplicitata una maggiore flessibilità, sebbene applicata con difficoltà, data la desuetudine degli operatori all'autonomia. Altro cambiamento nella produzione legislativa del periodo COVID è la tematica delle tempistiche. Al contrario di quello che avveniva in passato, quando i tempi di finalizzazione non erano controllati, at-





tualmente viene penalizzato chi non completa le procedure in un determinato lasso di tempo o chi non stipula il contratto con un fornitore entro un periodo ben definito. Viene rafforzato quindi il ruolo del *procurement*; la funzione acquisti, intesa come funzione statale che stimola la produzione, la concorrenza e anche l'introduzione di valore sul mercato, diventa un elemento determinante per una ricrescita sociale. Vengono inoltre introdotte logiche di accentramento, ma con differenziazione delle responsabilità ed esaltazione del ruolo delle singole Aziende Sanitarie. Un approccio modificato del sistema di *procurement* necessita anche di una maggiore consapevolezza del suo ruolo nella gestione della logistica e delle scorte. Le strategie di acquisto sono importanti e in particolare il problema del fabbisogno è serissimo. Innanzitutto è necessario considerare che esso è un elemento dinamico, è un'esigenza che nasce in un determinato momento, ma che può aumentare o diminuire: in una procedura che si articola in un periodo prolungato, dare staticità al fabbisogno, mentre le terapie cambiano a seconda dell'evoluzione dei risultati degli studi clinici, è un approccio privo di senso. In questi anni, invece, il fabbisogno è stato associato ad un elemento di natura diversa, cioè il CIG, il Codice di Identificazione

di Gara, attribuito dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e nato per tracciare i movimenti all'interno delle singole Aziende nell'ambito di forniture pubbliche. Il CIG è un elemento assolutamente burocratico e fuorviante rispetto alla definizione di un fabbisogno, ma spesso, e in qualsiasi ambito (regionale, aziendale e interaziendale), i due parametri vengono collegati. Ammettere un CIG più alto rispetto alla previsione reale è uno strumento innocuo (non si commette nessuna violazione), ma consente di coprire eventuali variazioni dovute a esigenze terapeutiche. Quando si aumenta il fabbisogno in modo cospicuo è bene precisare che il valore indicato è esclusivamente nominale, in quanto il dato di consumo è quello confacente alle spese di bilancio già preventivate. Rifarsi a dati storici provenienti da consultazioni del mercato per la definizione del fabbisogno potenziale può probabilmente essere importante per fornire un valore più idoneo. È anche importante capire dall'industria farmaceutica quanto il fabbisogno sia un elemento determinante nella formulazione della sua offerta; se è un elemento necessario al contraente per determinare il suo prezzo, bisogna tener conto che, per la gran parte dei prodotti che vengono messi in gara, il fabbisogno è superiore rispetto alla quantità effettiva.

### Alberto Costantini

Anche i casi di estensione di indicazione da parte di AIFA portano ad una variazione del fabbisogno iniziale; se poi il farmaco è costoso, il volume di esecuzione può essere anche molto elevato. Agire ipotizzando un fabbisogno vicino alla realtà, ma leggermente maggiorato, permette di evitare problematiche successive. Invece, se si eleva troppo l'importo del CIG con un valore, ad esempio, molto alto per lotto, quando poi si sommano tutti i lotti di una gara-farmaci l'ammontare complessivo può essere molto rilevante; ciò potrebbe causare rallentamenti nel processo di approvazione presso L'ASL. Una soluzione praticabile potrebbe anche essere quella di utilizzare l'accordo quadro su ogni singolo lotto. Elemento importantissimo è la velocizzazione delle procedure amministrative: la burocratizzazione deve avvenire soprattutto accelerando i processi.





## Sinergia fra territorio, ospedale e assistenza farmaceutica: il caso della fibrillazione atriale

Arrigo Paciello

Grazie alle risorse legate al PNRR la discussione sui canali di distribuzione dei farmaci, dei dispositivi e dei vaccini sta ritornando a essere accesa; il potenziamento della medicina territoriale (Case della Comunità, Casa della Salute e altre strutture intermedie di presidio tra le acuzie e la cronicità) andrà inevitabilmente a impattare anche sulle attuali modalità distributive dei beni sanitari.

A seguito della prima ondata pandemica dell'anno scorso che ha completamente congelato le prestazioni ambulatoriali specialistiche, AIFA ha pubblicato la Nota 97, che estende alla medicina generale la prescrizione di farmaci per importanti patologie croniche. In particolare, per la fibrillazione atriale è stata introdotta l'estensione di prescrizione ai medici di medicina generale (MMG) dei nuovi anticoagulanti orali, del warfarin e degli antagonisti della vitamina K. La grande novità sta nel fatto che i MMG possono compilare un vero e proprio piano terapeutico (PT), in una scheda di valutazione, prescrizione e *follow up*. Già dal 2015 si era tentato di estendere alla medicina generale la prescrizione con PT di farmaci per il diabete (DPP4, GLP1) e per la BPCO (attualmente coperta dalla Nota 99) e ciò ha evidenziato la notevole difficoltà da parte dei MMG nel compilare un piano terapeutico *web-based*. Attualmente la questione dell'informatizzazione è stata delegata alle Regioni, con un iter che in Regione Lombardia non è ancora concluso. In questo caso, quindi, il MMG gioca un ruolo importante di presa in carico dei pazienti, perché va a valutare sia il rischio tromboembolico sia quello emorragico.

Inoltre deve considerare le varie caratteristiche dei diversi farmaci, incluse quelle farmacocinetiche, e quindi valutare, in base al rischio, eventuali riduzioni o modifiche della scheda di prescrizione. Questo rappresenta un punto di svolta importante nell'ambito della revisione del ruolo del MMG. In futuro, il punto di congiunzione (con spostamento della prescrizione di farmaci o dispositivi per importanti patologie croniche) sarà probabilmente a livello delle Case della Comunità o di altre centrali intermedie di presa in carico dei pazienti. Tutto ciò avrà sicuramente un impatto sulle modalità distributive dei beni sanitari. Con il passaggio delle prescrizioni sul territorio bisognerà trovare le modalità appropriate che potenzino la distribuzione dei beni sanitari a livello territoriale.

La Regione Lombardia ha un assetto organizzativo diverso da tutte le altre Regioni in quanto vede separate le ASL, che si chiamano ATS (Agenzie di Tutela della Salute), dagli ospedali, che sono gestiti invece dalle ASST (Aziende Socio-Sanitarie Territoriali). Le ATS hanno solo una funzione di programmazione, quindi non erogano più servizi (neanche territoriali), che sono tutti appannaggio delle ASST. La gestione DPC dipende dall'ATS di Bergamo che fa da capofila per tutta la Regione e si occupa solo della parte logistica, mentre gli ordini di fornitura e le gare vengono indette/gestite dalla centrale acquisti regionale. Ci sono due magazzini capofila, 18 raggieri distribuite su tutto il territorio, che effettuano le consegne alle circa 3000 farmacie della Regione (Fig. 3).





Figura 3



Rispetto alla gestione precedente, che prevedeva i consorzi di ASL, c'è stato un miglioramento notevole, anche se la situazione non è ancora ottimale. I principali vantaggi sono l'uniformità della distribuzione a livello regionale, la riduzione dei mancanti, la centralizzazione degli acquisti in un'unica AST, l'unicità della giacenza, il risparmio di risorse economiche e la maggior tracciabilità del farmaco. Esistono però alcune problematiche ancora da risolvere; un gruppo di lavoro regionale sta operando per migliorare il coordinamento dell'attività della centrale acquisti regionale con la distribuzione DPC, l'allineamento delle tempistiche di gara con le segnalazioni di erosione lotti e la valutazione di nuovi inserimenti o uscite dall'elenco farmaci DPC.

In un contesto di PNNR le prospettive future di potenziamento della DPC sono essenzialmente tre: l'estensione della DPC anche a farmaci in distribuzione diretta, la capillarizzazione della distribuzione diretta attraverso le Case di Comunità e la possibilità di convenzionata con prezzo massimo di acquisto.

Soprattutto in Lombardia, dove ci sono farmaci ad alto costo in convenzionata, la DPC dovrebbe diventare la modalità più utilizzata per la distribuzione territoriale. Altre Regioni stanno andando nella direzione della capillarizzazione della diretta, addirittura arrivando al domicilio dei pazienti. In Lombardia gli anti-tiemofilici, su richiesta delle Associazioni Pazienti, sono stati portati in DPC; ciò però ha avuto uno scarso successo, perché sussisteva una forte distribuzione diretta (molti ospedali consegnavano a casa dei pazienti).

Un'alternativa potrebbe essere quella di acquistare i farmaci con il canale *retail*, quindi senza l'intervento della centrale di acquisto regionale, ma direttamente dai farmacisti al prezzo trattato con le scontistiche negoziate dal Comitato Prezzi e Rimborso (CPR). Questo garantirebbe probabilmente una maggiore fluidità nella distribuzione, che quindi non sarebbe condizionata dalle interruzioni legate alle gare. Ciò può essere utile non per i farmaci a brevetto scaduto, dove la gara ha un'u-





tilità innegabile nell'abbattimento del prezzo negoziato con AIFA, ma per quelli a brevetto coperto, dove la gara comunque viene gestita col prezzo massimo stabilito dall'azienda. Potrebbero essere acquisiti in questo modo alcuni farmaci (i nuovi anticoagulanti orali, gli antidiabetici, le glifozine e i GLP1) distanti dalla

scadenza brevettuale, che stanno transitando tutti verso la gestione con il MMG e dovrebbero uscire dal Prontuario della Distribuzione Diretta (PHT); in questo caso una convenzionata con prezzo massimo di acquisto SSN potrebbe essere una innovazione importante per i canali distributivi.

## Workshop "Sharing best practice sugli acquisti in Sanità"

### A. Rosa

La maggiore criticità che emerge quando si analizza l'organizzazione delle Aziende Sanitarie è la mancanza di pianificazione e di programmazione. L'emergenza COVID 19 ha reso evidente che in Italia ci sono 21 velocità, quante sono le Regioni, e ciò va inevitabilmente corretto. Oggi si parla molto di nuovi finanziamenti legati alle risorse europee del PNRR, ma bisognerebbe prima di tutto efficientare ciò che già esiste. In un Rapporto GIMBE 2019 emerge che la Sanità ha accumulato circa 22 miliardi all'anno di sprechi annidati in diverse aree: sottoutilizzo di servizi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi (circa 2 miliardi di euro). La spesa farmaceutica è una delle voci più critiche. Il dato dell'*Euro Health Consumer Index Report* del 2018 evidenzia come l'Italia sia al 20° posto in termini di spesa sanitaria. A fronte di una spesa così elevata dovrebbe esserci una qualità della salute elevata; invece, l'Italia è al 15° posto in termini di *outcome*, al 17° in termini di accessibilità, al 26° per i costi relativi alla cura e al 22° per la spesa farmaceutica.

In Italia, come in Europa, e tendenzialmente nei Paesi occidentali, stanno avvenendo del-

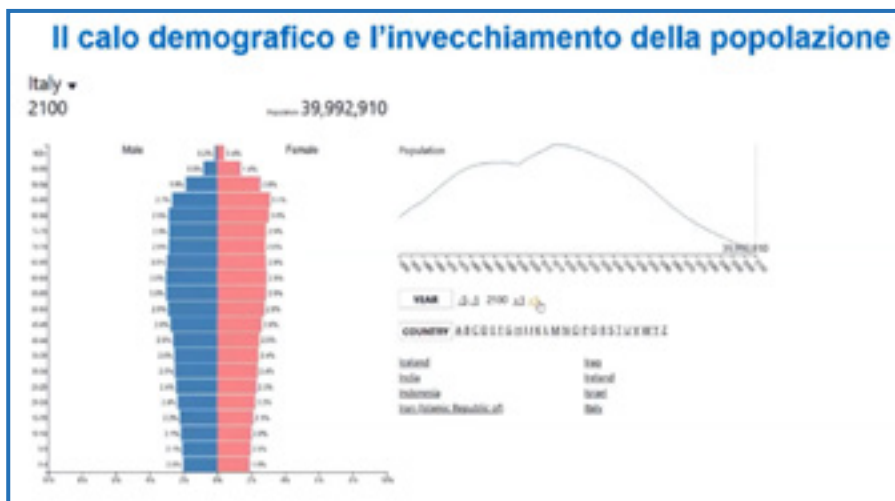
le grandi variazioni demografiche: 24 milioni di italiani sono affetti da patologie croniche e 12,5 milioni sono soggetti pluripatologici. È noto che le patologie croniche e le multicronicità sono correlate a una spesa farmaceutica importante. Bisogna quindi costruire, in base ai bisogni dei pazienti, la macchina organizzativa e oggi più che mai si parla di integrazione ospedale-territorio. La Figura 4 evidenzia come la popolazione italiana, dopo aver raggiunto un picco di circa 60 milioni di abitanti, diminuirà nei prossimi decenni con un *trend* che porterà nel 2100 al numero di 40 milioni di abitanti. Il dato deriva, da una parte, dall'aumento della vita media degli italiani e, dall'altra, dalla riduzione delle nascite. L'Italia, insieme alla Spagna, è la nazione che ha la maggiore durata media di vita (circa 83 anni, due anni di più della media europea, con le donne che vivono circa sei anni in più rispetto agli uomini) e naturalmente più si allunga l'aspettativa di vita più aumenta la spesa sanitaria/farmaceutica. Tutti questi dati sono importanti nella programmazione della spesa farmaceutica e della riorganizzazione ospedale-territorio.

È importante considerare anche l'attrattività regionale: ci sono diverse Regioni del Nord Ita-





Figura 4



lia (con l'esclusione della Valle d'Aosta) dove esiste una grande attrattività del Servizio Sanitario Regionale (SSR); quale conseguenza di questo fenomeno, ad esempio, la Lombardia ha un'elevata attività ospedaliera a discapito di alcune Regioni del Sud che l'hanno più bassa. Come è possibile migliorare l'attrattività, garantire la qualità, adottare strategie per l'efficientamento organizzativo? Una delle possibili risposte arriva dall'implementazione della *Lean Organization*, un modello organizzativo di derivazione giapponese, nato negli stabilimenti industriali automobilistici e successivamente proposto al Boston Hospital in US, per poi approdare in Sanità anche in Europa e in Italia. Attualmente è molto diffuso in diverse Regioni italiane, in cui sono state effettuate delle sperimentazioni che hanno portato all'efficientamento organizzativo. La *Lean* è una metodologia che non crea esuberanti di personale, non complica le procedure aziendali, ma fa lavorare meglio all'interno delle organizzazioni, elimina le attività superflue e migliora il servizio offerto al paziente. Una delle peculiarità dell'approccio

*Lean* è quella di monitorare e pianificare in base alla variabilità della domanda. Dall'incrocio tra dati pregressi si individuano i fabbisogni, la domanda e la sua variabilità che deve essere ridotta al massimo; ciò è possibile attraverso un progetto di efficientamento di *Lean management*. La Sanità lavora per processi, tutti migliorabili. Inoltre, la domanda sanitaria non è completamente imprevedibile e la pratica medica è parzialmente standardizzabile. Fare *Lean* in Sanità significa intervenire sulla variabilità clinica, dei comportamenti clinico-assistenziali e dei flussi; è su queste tre macroaree che bisogna lavorare in un'ottica di efficientamento organizzativo. Quando si attua un progetto di *Lean Management* si seguono fondamentalmente cinque step:

- 1) definire all'interno di un processo tutte quelle attività che generano valore;
- 2) creare la mappa delle attività che generano valore;
- 3) efficientare tutto il flusso e quindi farlo scorrere;
- 4) adottare una logica *pull*: ad esempio, organizzare l'assortimento farmaceutico in base alle esigenze del territorio;
- 5) tendere







alla perfezione.

Il primo passo è definire il valore, cioè tutte quelle attività che comportano un utilizzo di risorse necessarie e che vengono riconosciute di valore dal cliente, quindi dal professionista, dal paziente e dall'organizzazione. Per il professionista bisogna, ad esempio, ridurre gli spostamenti inutili, semplificare e standardizzare le procedure; per il paziente, diminuire le attese e migliorare la qualità del ricovero. Nella Figura 5 sono state prese in considerazione tutte le attività relative alla presa in carico del paziente. Dopo aver assegnato il termine di valore, si riportano le attività non più in verticale, ma orizzontalmente in termini di flusso, cercando di capire come far scorrere il flusso informativo; è possibile semplificare alcune

procedure, eliminarne o combinarne altre e, in alcuni casi, invertirne la sequenza (Fig. 6).

Il frutto di un efficientamento organizzativo di tipo *Lean* è una situazione in cui ognuno sa cosa fare, senza che vi sia un incrocio di attività tra un operatore e l'altro. Esistono diversi strumenti in grado di implementare un modello di *Lean Management*. Esso parte dalla riduzione di quelli che sono considerati sprechi. Nell'ottica giapponese, ne vengono individuate tre tipologie: i *mura* sono variazioni non gestite/improvvisate, i *muri* sono i carichi eccessivi privi di logica e i *muda* sono le attività che assorbono risorse, ma non creano valore per l'utente.

Gli sprechi (*muda*) nella *Lean* vengono divisi in

Figura 5

**1. Valore/non valore**

SCHOOL OF MANAGEMENT  
UNIVERSITÀ LUM

Sequenza	Attività	Tipologia (Attività a valore = VA) (Attività non a valore = NVA)
1	Accettazione al Triage	VA ●
2	Attesa prima visita	NVA ●
3	Visita del Medico	VA ●
4	Attesa esami Radiologici	NVA ●
5	Esami Radiologici	VA ●
6	Attesa referto Esami	
7	Attesa Consulenza Ortopedica	NVA ●
8	Consulenza Ortopedica	VA ●
9	Attesa Rivalutazione e Dimissione	NVA ●
10	Dimissione	VA ●





8 macrocategorie, illustrate dalla Figura 7. Con il *workshop* programmato per il prossimo incontro si vogliono stimolare i partecipanti a riportare i flussi informativi delle loro organizzazioni all'interno di una mappa del flusso del valore, la *Value Stream Map* (VSM), in modo da capire quali sono le eventuali aree di miglioramento. Per il modello *Lean* si utilizza sempre la tecnica dell'A3 Report; si prende un foglio A3 e lo si divide in due parti: in quella di sinistra si inseriscono la descrizione del problema, la situazione attuale, l'analisi delle cause radice e il target, mentre nella parte destra si elencano le contromisure proposte, il piano di implementazione, i *follow-up* e i risultati. Per monitorare la situazione attuale è necessario raccogliere le informazioni chiave,

rappresentare il tutto in modo visivo e definire degli indicatori. Per la creazione di una *Value Stream Map* bisogna utilizzare alcuni simboli (Fig. 8).

È stato anche preparato un *tutorial* di aiuto della durata di pochi minuti che permetterà ai partecipanti di costruire una VSM relativa ai flussi delle attività di ogni singola struttura. Il primo step consiste nell'indicare nei box tutte le singole attività del processo: ad es., triage, prima visita, esame Rx, seconda visita, consulenza ortopedica, rivalutazione alla dimissione. Nel secondo step, all'interno dei singoli box, si dovranno inserire le risorse (chi fa che cosa), quali sono i materiali e la disponibilità in termini di ore (ad es., nella terapia oncologica non è

Figura 8





detto che si abbia sempre a disposizione la farmacia che prepara il farmaco, essendo questa disponibile dalle 08:00 alle 20:00 dal lunedì al venerdì). Nel terzo step bisogna individuare le interazioni tra tutte le attività all'interno del singolo processo. Nel quarto step si disegna la linea temporale: in basso vanno riportati i tempi legati alle attese e in alto, invece, quelli

legati alle attività che hanno generato valore. Un esercizio già preparato sarà inviato come demo: è il caso di un paziente (Luca) che arriva all'ospedale per la rimozione del gesso; nell'esercizio si analizzano tutti i passaggi che egli deve effettuare ed è evidente come, attraverso una VSM, sia possibile riconoscere quali siano le falle all'interno dell'organizzazione.

I relatori e gli organizzatori ringraziano per la partecipazione e danno appuntamento a tutti al *meeting* successivo.





## WEBINAR LIVE - 19 OTTOBRE 2021

### Agenda

- 15.00 – 15.15** Introduzione e suddivisione nei gruppi di lavoro  
**Alberto Costantini**
- 15.15 – 16.15** Workshop “Identificazione di percorsi di ottimizzazione degli acquisti in Sanità” con produzione di *Mind Map*  
**Moderatori: G. Petrosino, A. Rosa, C. Sarchi**
- 16.15 – 17.45** Condivisione in plenaria dei lavori di gruppo
- 17.45 – 18.00** Chiusura e *sum up*  
**G. Petrosino, A. Rosa, C. Sarchi**

Gli organizzatori danno il benvenuto ai partecipanti, ringraziano per la presenza al *meeting* e illustrano l'agenda dell'incontro.





## Introduzione e suddivisione nei gruppi di lavoro

**Alberto Costantini**

Nel precedente *webinar* sono stati affrontati temi relativi alla pianificazione degli acquisti in farmacia, con un *focus* sulle varie tipologie di distribuzione dei farmaci; inoltre sono stati illustrati alcuni strumenti che possono facilitare le attività delle organizzazioni in generale e, in particolare, delle farmacie ospedaliere.

L'intento di questo *workshop* è quello di dare la possibilità a chi partecipa di apprendere un me-

todo per poter migliorare i processi e i percorsi di lavoro. L'attività sarà quella di disegnare dei flussi e cercare di analizzarli con la metodologia del *Lean Management* introdotta e spiegata durante lo scorso *meeting*. È possibile, a scelta dei partecipanti, lavorare su temi particolari o ricostruire tutto il flusso dell'organizzazione della farmacia, dalla pianificazione dei fabbisogni all'acquisto dei farmaci e alla loro distribuzione.

## Workshop "Identificazione di percorsi di ottimizzazione degli acquisti in Sanità" con produzione di Mind Map

**A. Rosa**

Come già visto durante il precedente *webinar*, per il modello *Lean* si utilizza sempre la tecnica dell'A3 Report. Si prende un foglio A3 e lo si divide in due parti: in quella di sinistra si inseriscono la descrizione del problema e la situazione attuale, l'analisi delle cause radice e il target; nella parte destra si elencano le contromisure proposte, il piano di implementazione, i *follow-up* e i risultati (Fig. 1).

Ciò rende evidente come il *Lean* sia un approccio di tipo scientifico al problema e non sporadico legato al *problem solving* oggi molto utilizzato. Ciononostante, nelle organizzazioni, quando il problema è ripetuto, significa che è cronico e non va affrontato con il *problem solving*, ma deve essere eradicato. Per descrivere i processi vi sono due strumenti: la *Demand Map*, una mappa della domanda, e la *Value Stream Map* (VSM), una mappatura del flusso del valore. I processi possono essere: **1)** primari clinico-assistenziali (esami diagnostici, terapia) che servono per risolvere uno specifico problema di salute; **2)** sanitari di supporto (gestione dei far-

maci e analisi di laboratorio) che non producono risultati di salute, ma sono funzionali a essa; **3)** amministrativi di supporto (approvvigionamenti, gestione delle risorse umane). Perché non basta una *Flow Chart*?

Perché i flussi considerati nella *Flow Chart* non sono operativi, esprimono delle intenzioni, non la realtà, non evidenziano gli sprechi e non sono misurati. Quindi la differenza tra una *Flow Chart* e una VSM è sostanziale, in quanto con quest'ultima si evidenziano una serie di parametri che sono legati alla misurazione dei tempi e agli sprechi. La VSM aiuta a vedere il flusso, fornisce un linguaggio comune, evita le decisioni di tipo soggettivo rendendole il più oggettive possibile e mostra il tutto in un unico documento. Quando si fa un progetto di efficientamento in chiave *Lean* con una VSM, si effettua un'analisi del prima (*as is*) e del dopo (*to be*) per verificare cosa cambia. Pertanto, vedere lo stato attuale è il passo fondamentale per disegnare lo stato futuro.

I suggerimenti per la mappatura sono: racco-





Figura 1

SCHOOL OF MANAGEMENT UNIVERSITÀ IUM		
Situazione attuale		
Progetto:	Team:	Data:
Descrizione del problema		Contromisure proposte
Tempo door-to-needle lungo (76 min. nel 2013)		
Situazione attuale		
Analisi delle cause radice		Piano di implementazione
Target		Follow up e Risultati

gliere sempre le informazioni mentre si percorre il flusso, iniziare con una camminata rapida lungo l'intero flusso, considerare questa attività come un'opportunità per incontrare il personale e capire quali sono le esigenze, mappare l'intera catena del valore; infine disegnare a matita per poter effettuare correzioni più facilmente. Le cinque fasi che servono per attuare il processo sono: **1)** l'analisi del flusso e dei dati; **2)** l'inserimento dei *data box*, cioè delle informazioni base del processo; **3)** l'identificazione dei servizi fuori linea, ovvero le attività a supporto e i tempi per le attese da un'attività all'altra; **4)** l'identificazione del flusso informativo cartaceo, orale o informatizzato; **5)** l'identificazione dei punti di programmazione delle fasi di processo.

Nell'esercizio esemplificativo che è stato inviato ai partecipanti si richiedeva di modellare, mediante la tecnica della VSM, sia il *Current State* (modello *as is*) sia il *Future State* (modello *to be*)

([esercizio a pagina 30](#)).

L'esercizio comprende uno *storytelling* – Luca e la rimozione del suo gesso –, due *focus* specifici (apparecchi a raggi X a disposizione della radiologia dell'ospedale e loro utilizzo, *layout* della struttura) e la costruzione della VSM.

Per creare una VSM, bisogna iniziare a mappare il flusso con l'utilizzo dei simboli. La prima fase comporta l'individuazione delle attività (Fig. 2): nel flusso sono evidenziate tutte le singole attività che sono state svolte da Luca all'interno dell'ospedale. La simbologia è in chiave *Lean*, quindi le attività a valore sono inserite in un quadratino, mentre i triangoli simboleggiano i tempi di attesa tra un'attività e l'altra. Dopo aver riportato le singole attività, bisogna compilare i box specificando le risorse, cioè chi ha fatto quella attività, quali sono stati i materiali utilizzati, qual è stata la disponibilità. Se per esempio il tecnico di laboratorio per gli esami RX fosse sta-





Figura 2



to disponibile solamente 5 giorni su 7, bisogna scrivere sotto la relativa voce *disponibilità* 5/7. Nel terzo step, leggermente più complesso, bisogna capire come le varie attività comunicano tra di loro con trasferimento di informazioni (digitale, elettronico o manuale). Bisogna quindi creare delle linee di interconnessione tra un'attività e l'altra (Fig. 3). In tal modo sono state ricostruite tutte le attività svolte da Luca all'interno dell'ospedale e come esse sono interconnesse tra di loro. Adesso è necessario vedere quanto tempo Luca è rimasto all'interno dell'ospedale per rimuovere il gesso e se ci sono state delle attività non a valore, quindi degli sprechi all'interno del processo. Per quantificarli si usa una barra (riportata sotto i quadrati) composta da alcuni scalini: nello scalino basso si mette il tempo legato all'attesa, nello scalino alto invece i tempi della singola attività (Fig. 4). Nell'esempio considerato, sommando i tempi per tutte le attività a valore e dividendo per il tempo

di processo, risulta un indice di flusso di 4,2. Le attività a valore erogate a Luca sono durate 82 minuti a fronte di un'attesa di 348 minuti; ciò evidenzia la scarsa efficienza del processo. Un'azienda efficiente dovrebbe avere un coefficiente pari a 1, il che significa che il *Lean time* di attraversamento, cioè il tempo intercorso dall'entrata in ospedale all'uscita da esso, deve corrispondere ai tempi di reale attività. Chiaramente ciò è praticamente irrealizzabile, però bisogna comunque avvicinarsi il più possibile al coefficiente 1.

In un successivo momento di condivisione sarà importante capire, con i soggetti operanti, quali sono state le criticità. Le persone che hanno lavorato all'interno del percorso possono segnalare cosa non funziona, anche in modo anonimo. Tutto ciò permette di avere una fotografia della realtà non legata all'interpretazione del singolo, un dato oggettivo di quanto la struttura sia più o meno efficiente.



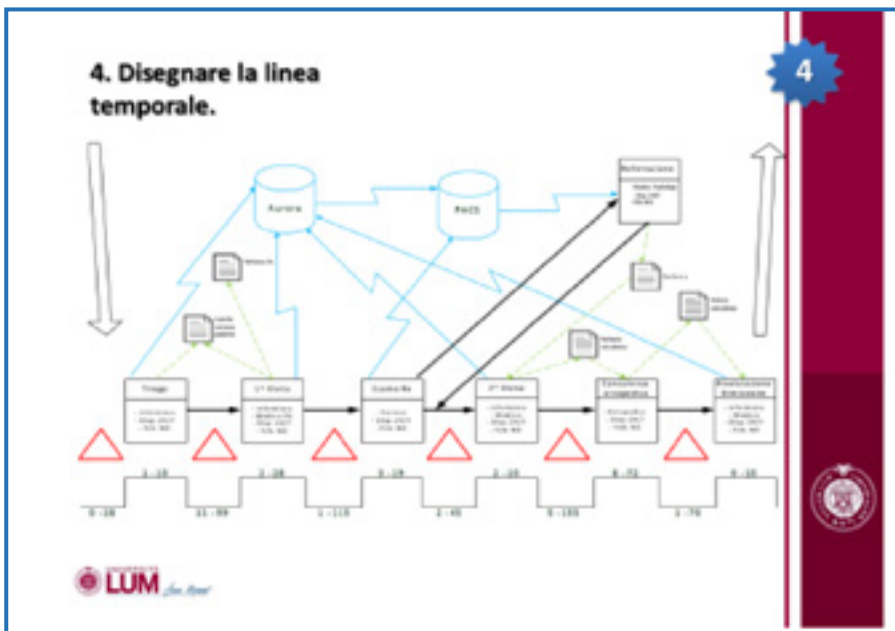




Figura 3



Figura 4





## CONDIVISIONE IN PLENARIA DEI LAVORI DI GRUPPO

*Tutti*

### Dott.ssa Ricciardelli (Asl Bari)

Per quanto riguarda la Puglia, esiste un'unica stazione appaltante, che indice le gare per tutta la Regione; la difficoltà che si riscontra è di non avere un sistema informatico unico tra le varie Aziende, perché ognuna di esse ha il suo gestionale e quindi non è possibile monitorare lo stato dei contratti e delle convenzioni in maniera simultanea. Ogni Azienda effettua un proprio ordinativo sulla piattaforma di acquisto e crea il proprio contratto nell'anagrafica aziendale. Attualmente nemmeno l'aggiornamento dei prezzi avviene in maniera automatica rispetto alle ultime aggiudicazioni, ma è ancora fatto caricando le singole voci e trasferendole poi nel gestionale. Per ciò che riguarda l'identificazione dei fabbisogni, in passato se ne effettuava l'aggregazione chiedendo alle singole ASL di esprimere il proprio; recentemente per la loro determinazione si è utilizzato Edotto, il gestionale della Regione, che consente un tracciamento completo. Esiste quindi un cruscotto, il direzionale di Edotto, da cui vengono raccolti i fabbisogni per tutta la Regione.

### Dott.ssa Zingaro (ASL Bari)

Spesso si verifica che la convenzione (almeno nella sua capienza economica più che nella sua durata temporale) si esaurisca anticipatamente. Dato che si tratta di contratti sostanzialmente a valore, quindi contratti regionali con un plafond indistinto regionale, le ASL non hanno un proprio gettone rispetto al quale attingere; a causa di emissioni di ordinativi eccessivi da parte di alcune Aziende, quelle che ne hanno reale necessità a volte non riescono a emettere l'ordinativo. Ciò comporta l'emergenza immediata a provvedere, in quanto la farmacia chiede di emettere un ordinativo che non si può perfezionare; in questi casi si sconta l'assenza di pianificazione da parte del soggetto aggregatore. Inoltre, la farmacia non è in grado di fare alcun tipo di programmazione sulle proprie necessità, perché è convinta di poter soddisfare le proprie esigenze fino a quando scopre che ciò non è possibile. Questo è un elemento di grande criticità rilevato nell'esperienza operativa; si è cercato di fare un'analisi delle cause e di arrivare a una soluzione, senza al momento riuscirci. L'obiettivo però deve essere comune, in modo da raggiungere una buona collaborazione a livello regionale; probabilmente sarà necessaria una figura o un ente che coordini i processi ed eviti situazioni spiacevoli.





### Dott. Rosa

La VSM in questi casi sarebbe utile, in quanto pone l'attenzione sui reali problemi di interconnessione tra i diversi sistemi gestionali. Un progetto affrontato e risolto in passato con l'aiuto del *Lean Management* è stato quello di una struttura che al suo interno aveva 4 sistemi gestionali differenti che non comunicavano fra di loro.

L'approccio *Lean* viene sempre più utilizzato perché non si va alla ricerca di chi ha sbagliato, ma di cosa è sbagliato. È un approccio di tipo metodologico che va a identificare l'attività o l'area che non funziona. Quindi diventa uno strumento scientifico anche di pianificazione aziendale; è anche fondamentale quando una funzione ha la necessità di aumentare le risorse, perché supporta in modo oggettivo e quantificabile la richiesta.

### Dott.ssa Sarchi

L'integrazione orizzontale di processi tra soggetti diversi nel territorio ormai è un *must* per il futuro; bisogna promuovere maggiormente l'integrazione di luoghi diversi dove si svolgono parti del processo. La struttura di *governance* dei processi territoriali trasversali tra ospedali, medici di medicina generale e farmacie fa parte dell'innovazione. È necessario creare funzioni che gestiscano questi processi trasversali; è sufficiente anche solo un referente che analizzi i processi interaziendali, in modo da evitare disfunzionamenti. Questo compito di governo di processi interaziendali e di programmazione è spesso affidato alle ATS o alle ASL.

### Dott. Petrosino

Sarebbe importante fare una riflessione anche su cosa misurare. È importante valutare gli *outcome* del processo produttivo piuttosto che gli indicatori di *performance* puri. Ad esempio: quanti ricoveri si sono evitati? Come vengono utilizzati i farmaci? Quanto è migliorata l'aderenza? Quanto è migliorata la rotazione di magazzino? Esistono infatti diversi indicatori che informano sulla qualità che il flusso ha prodotto. Che contributo può dare il *Lean Management* su questo?



**Dott. Rosa**

In questo momento storico nel quale si tende a utilizzare molto strumenti a supporto informatico e la telemedicina, è necessario porre particolare attenzione al fatto che la strumentazione tecnologica è un mezzo e non un fine. È importante, infatti, controllare sempre l'efficienza del processo, in quanto a volte capita che sistemi informatici non comunichino fra loro generando inefficienza. Bisogna sempre creare un'armonizzazione tra i gestionali, perché solamente attraverso essa si riesce a efficientare il sistema. Da notare che incidere troppo sulla parte tecnologica fa correre il rischio di irrigidire la struttura con una serie di procedure, dimenticandosi che si sta erogando un servizio per il paziente.

**Dott. Petrosino**

Come vengono gestiti la comunicazione e il modo di collaborare all'interno delle analisi *Lean*?

**Dott. Rosa**

Il *management* o il consulente, una volta mappato il flusso delle attività, convoca tutto il reparto per suggerimenti oppure appende la mappatura del flusso all'interno del proprio reparto e in maniera anonima dà la possibilità a tutti quelli che vi lavorano di poter contribuire con consigli scritti su post-it. Se il cambiamento organizzativo è suggerito e condiviso con i lavoratori coinvolti, si potranno raggiungere più efficacemente gli obiettivi. Inoltre, quando si fa un progetto di efficientamento organizzativo in chiave *Lean*, è importante la formazione trasversale all'interno del gruppo; non esiste un progetto di efficientamento organizzativo senza passare attraverso le persone. Il fine reale comunque non è ridurre i costi, a cui si può anche arrivare quando si elimina ciò che non genera valore; esistono però progetti, ad esempio nell'ambito del Pronto Soccorso, nei quali un miglioramento organizzativo non produce una riduzione dei costi perché il servizio ha una vulnerabilità tale che una loro riduzione non è consigliabile. Il vero scopo è l'efficientamento del percorso per il paziente e per tutti gli utenti.





## Chiusura e sum up

G. Petrosino, A. Rosa, C. Sarchi

Il progetto *Partnership for innovation* è stato chiamato così proprio perché è importante che tutti i *player* del Servizio Sanitario siano coinvolti in un dialogo il più possibile aperto e costruttivo. Nel prossimo futuro saremo tutti chiamati a partecipare a un'evoluzione dell'ecosistema socio-sanitario piuttosto importante e radicale, sotto la guida non solo del PNRR, ma anche del Piano Nazionale Cronicità e del Piano Nazionale Malattie Rare. Il *Lean Management* potrebbe essere uno strumento utile per promuovere un approccio critico, ve-

dere le cose in maniera differente, capire che ogni problema, piccolo o grande, può essere affrontato in maniera strutturata e scientifica evitando l'approccio del *problem solving*, che è legato all'intuizione del singolo. In organizzazioni aziendali come quelle della Sanità si deve intervenire in modo strutturale per creare valore pubblico. Infine è stato sottolineato come la contaminazione di saperi tra chi è calato nei processi di realizzazione delle *mission* delle ASL e chi si occupa di *governance* sia stata molto stimolante.

Gli organizzatori ringraziano tutti i partecipanti, augurandosi che il progetto sia stato utile per la loro quotidianità; quindi, chiudono i lavori.





## Rimozione gesso in Ambulatorio



Di seguito viene riportato un breve racconto di cui si richiede di modellare, mediante la tecnica della Value Stream Map, sia il Current State che il Future State.

A causa di un duro scontro su un campo di calcio, un giovane ragazzo di nome Luca è costretto a passare parte dell'estate con il gesso alla caviglia. Dopo un mese dall'incidente è arrivato finalmente il momento di togliere questo fastidioso gesso e lasciare libero Luca di godersi qualche giorno di mare. Il ragazzo si presenta alle 9:00 in ambulatorio come gli era stato precedentemente indicato. L'infermiere effettua immediatamente l'accettazione e la raccolta dei documenti del paziente; l'operazione richiede 5 minuti. Successivamente viene chiesto al paziente di aspettare nella sala d'attesa. Dopo 45 minuti il ragazzo viene chiamato dall'ortopedico, il quale in 5 minuti compila le informazioni al PC ed esegue una breve valutazione sulle condizioni generali. Al termine di queste operazioni, l'ortopedico, notando che non erano stati fatti gli esami radiografici, indirizza Luca nel reparto di Radiologia. Passano altri 50 minuti, in cui il ragazzo sfoglia un rivista in sala d'attesa prima che possa accomodarsi nella sala radiografica per eseguire l'esame che durerà 30 minuti.



### FOCUS 1

La radiologia dell'ospedale dispone di 3 apparecchi RX multifunzione così organizzati:

- SALA A: dedicata agli RX del torace
- SALA B: dedicata agli RX scheletro
- SALA C: dedicata agli RX dell'apparato digerente

La Sala A è sempre piena e i tecnici di radiologia non sono molto entusiasti di lavorare in quella sezione.

Le altre sale invece sono occupate in maniera non del tutto omogenea.

Quali indicatori utilizzeresti per misurare il problema?

Come imposteresti una raccolta dati per valutare se i 50 minuti di attesa potrebbero essere ridotti?

L'immagine realizzata arriva sul PC dell'ortopedico e nel frattempo il ragazzo torna in sala d'attesa per altri 45 minuti. Luca viene nuovamente chiamato dall'ortopedico che in 15 minuti fa le proprie valutazioni e lo indirizza verso la sala gessi. Al termine della valutazione ortopedica, Luca si ritrova ancora una volta nella sala d'attesa, dove passa 20 minuti ad immaginare tutto ciò che farà non appena sarà uscito dall'ospedale. I suoi pensieri vengono interrotti dalla chiamata dell'infermiere





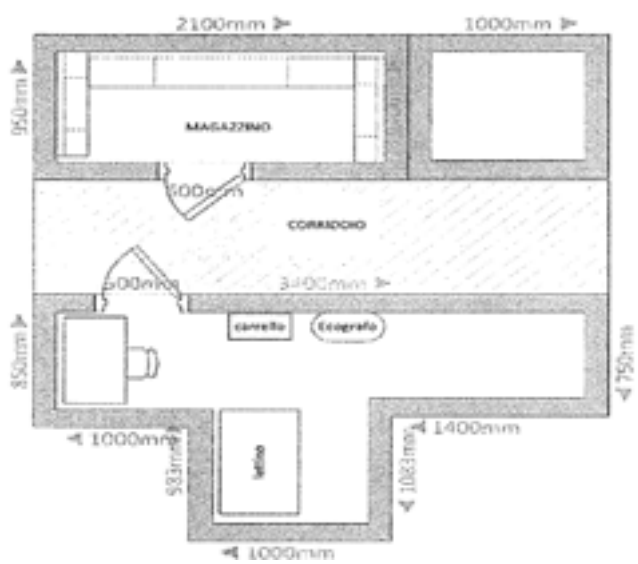
che gli comunica di recarsi in sala gessi. La procedura di rimozione del gesso, effettuata dall'ortopedico, in collaborazione con l'infermiere gessista, dura 10 minuti, durante i quali viene anche aggiornata la cartella del paziente. Il ragazzo è finalmente libero da quel gesso che lo ha intralciato per 30 giorni, ma ancora non ha finito il suo iter all'interno dell'ospedale. Luca, infatti, manifesta un dolore dietro al ginocchio ed in particolare nella regione poplitea. L'ortopedico, nota infatti che l'arto è edematoso ed arrossato, sospettando la presenza di trombo ed embolia profonda.

Dopo 50 minuti di attesa Luca può eseguire questo nuovo esame che ha una durata di 20 minuti durante il quale viene anche stampato il referto cartaceo che il ragazzo dovrà consegnare all'ortopedico non appena sarà tornato in Radiologia.

## FOCUS 2



L'ambulatorio dove viene eseguito l'Ecodoppler è così distribuito:



Il layout attuale non è del tutto ergonomico e spesso e volentieri vengono a mancare i materiali di consumo che sono invece necessari per effettuare l'esame. Questo comporta che l'infermiere spesso si debba assentare per ricercare il materiale necessario.

Quali indicatori utilizzeresti per misurare il problema?

Passano altri 20 minuti e Luca è di nuovo in sala d'attesa aspettando di essere chiamato dall'ortopedico, il quale esamina sia il referto dell'Ecodoppler che la cartella del paziente. In 10 minuti l'ortopedico valuta che non sono presenti complicazioni e che è sufficiente che Luca applichi per 10 giorni una pomata sulla zona arrossata. Dopo aver tranquillizzato il ragazzo circa le sue condizioni fisiche, l'ortopedico gli consegna la lettera di dimissione e lo invita a tornare in segreteria per prendere il prossimo appuntamento dopo 30 giorni. Tornato in segreteria attende 15 minuti





prima di parlare con la segretaria per fissare l'appuntamento successive (5 min.)

Sono le 14:45 e Luca è finalmente pronto a godersi l'estate.



### FOCUS 3

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha fatto notare alla Direzione Aziendale che sono giunti numerosi reclami dai pazienti che effettuano percorsi di questo tipo. Gli stessi professionisti non sono affatto soddisfatti del proprio ambiente lavorativo. È possibile misurare quest'insoddisfazione? Quali indicatori utilizzeresti per misurare il problema? E se sì, come imposteresti una raccolta dati utile a migliorare questa situazione?



### FOCUS 4

Il fattore tempo è sicuramente una variabile che incide sulla soddisfazione dei pazienti. Più tempo si passa in attesa, minore sarà il livello di servizio percepito.

Si possono identificare degli indicatori a questo proposito? Come imposteresti una raccolta dati utile a migliorare questa situazione?

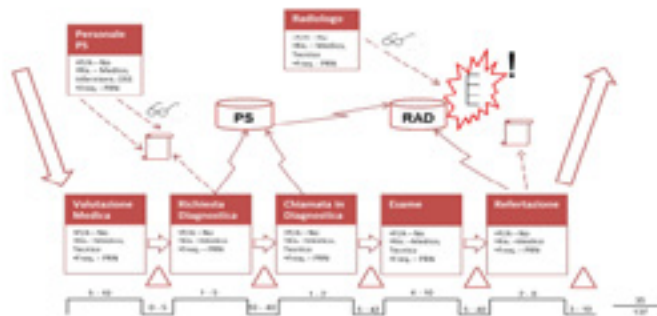






## VADEMECUM

### Esempio: Effettuazione esame RX



### Tecnologia necessaria per costruire una VSM



### Legenda di simboli

SIMBOLI RELATIVI AL FLUSSO	SIMBOLI RELATIVI ALLE ATTIVITÀ
Flusso in ingresso/uscita del processo	Attività
Informazioni elettroniche	Attività a valore
Informazioni scarse	Verifica a vista
Linea temporale	Carta da capofila
	Computer / Database



Attività On-line

Attività off-line

Criticità / Preposito





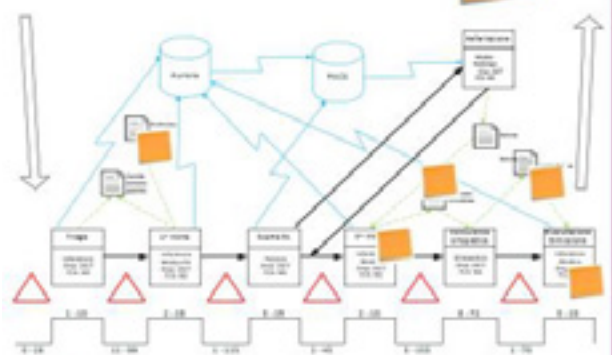
#### 4. Disegnare la linea temporale.

4



#### 5. Annotarsi criticità e spunti di miglioramento.

5





Progetto realizzato con il contributo non condizionante di:

