



LIGURIA/ I risultati della tecnica di miglioramento della qualità al Galliera di Genova

Così «Lean» taglia gli sprechi

Applicazioni in terapia intensiva e chirurgia per ottimizzare l'efficienza

Da alcuni anni l'ospedale Galliera di Genova ha intrapreso un cammino di trasformazione "Lean" che gradatamente sta interessando un numero sempre crescente di aree e servizi ospedalieri, cammino che peraltro è stato fin dai suoi esordi legato logicamente all'implementazione dell'innovativo modello organizzativo per "intensità di cure". Inoltre, il ripensamento radicale dei processi di servizio e dei "percorsi assistenziali" secondo i principi del Lean thinking va di pari passo con la edificazione dell'Ospedale Nuovo, una struttura adiacente all'attuale che ospiterà tutte le attuali unità di servizio. Grazie alla concomitanza con questo evento straordinario, al Galliera è in corso - e si prolungherà fino alla data di inaugurazione dell'Ospedale Nuovo - una intensa co-progettazione dei nuovi percorsi assistenziali basati sul flusso dei pazienti e dei nuovi spazi fisici che saranno chiamati a ospitarli.

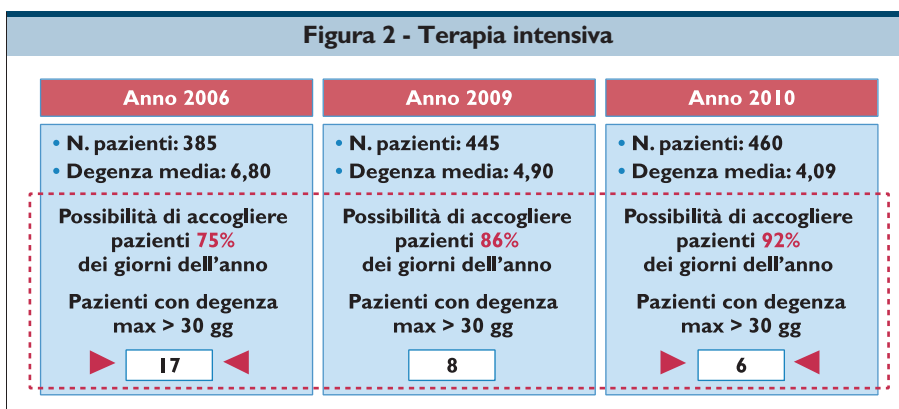
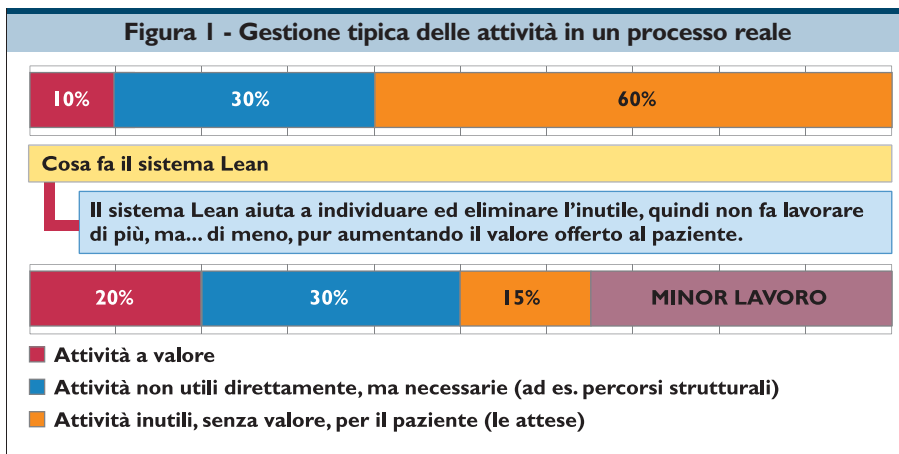
Dal 2008 si discute sulla variabilità dei processi e sulla poca standardizzazione. Con la formazione sul Modello Lean è iniziata nel 2009 al Galliera una vera e propria "moda": cercare momenti di spreco nelle linee di attività cliniche e amministrative (figura 1).

Un importante esempio di variabilità è quello dei processi di dimissione. Si dovrebbe pensare che questi sono in parte sotto il controllo dell'ospedale e quindi meno variabili dei ricoveri. In effetti non sembra essere così.

Le dimissioni sono il prodotto dei processi interni di un ospedale e dei suoi partner incluso il modo in cui viene condotto il sistema di organizzazione dei "reparti": spesso ciascuno ha il suo. Inoltre la disponibilità di strumenti e operatori per produrre e analizzare i risultati dei test spesso non è adeguata, molti ospedali non sono attrezzati per dimettere i pazienti nel fine settimana, e spesso c'è anche una carenza di assistenza domiciliare e di supporto assistenziale nelle comunità.

Questa instabilità nei processi della Sanità, sia naturale che indotta dal modo in cui il sistema è organizzato, genera una grande quantità di spreco e crea un significativo potenziale di errore e di inefficienza, di rischio di incidente. Fare troppo in alcuni momenti crea rischio almeno di sovraccarico e quindi genera un particolare tipo di spreco. Il sovraccarico di attività, è noto, genera potenziali errori "umani".

Applicazione del Sistema Lean in Terapia intensiva: i risultati. La tecnica del Visual management è la modalità gestionale alla quale facciamo riferimento dal 2009 in Terapia intensiva. Essa consiste nel riunire tutti i giorni gli elementi chiave dell'assistenza (coordinatore infermieristico, medico di guardia, medico in smonto guardia e direttore) davanti



a un board che comprende il film di 15 giorni di degenza per i 7 posti letto della Terapia intensiva. Ogni paziente ha due linee orizzontali di attività giornaliera. Nella prima si scrive ciò che si programma, nella seconda ciò che si riesce a fare (pianificato/reale). Davanti al Board si vedono in un attimo i giorni di degenza già fatti, l'andamento dei più importanti eventi o dati ematici e di laboratorio di ciascuno e si pianifica l'attività verso il trasferimento in aree di degenza a minore intensità di cure.

L'atteggiamento a risolvere i problemi deve essere presente e non si delega. Si fanno proposte di soluzione subito, di fronte a tutti.

Nel tempo è risultato un atteggiamento meno fatalistico e più operativo. Il risvolto numerico di questa innovazione è stato la drammatica riduzione dei lungodegenti. Maggiore possibilità di accoglienza su base annua e minore degenza media (figura 2).

Formazione interna. Durante i due anni dall'aprile 2009 all'aprile 2011 sono stati informati (corso Lean base 9 ore) e formati sul campo (corso Lean avanzato 20 ore) 530 dei 1.700 dipendenti dell'Ospedale Galliera. La

tecnica del "Value stream mapping" è stata insegnata e sperimentata almeno una volta da tutti i corsisti.

La proposta di progetto chirurgico e la degenza massima. È certamente vero che c'è instabilità della domanda per i servizi di un ospedale. Alcuni sono correlati a vera fluttuazione dei bisogni dei pazienti. L'emergenza ha i momenti di maggior lavoro al pomeriggio-sera. Sono spesso più gravi le situazioni di pronto soccorso il sabato sera, mentre il volume di attività sembra più elevato il lunedì, ma con minori gradi di gravità. Questa variabilità senza dubbio porta a sprechi. È più facile che i pazienti aspettino e che si facciano errori quando ci sono i picchi di attività in emergenza. Tuttavia per quanto la domanda in Sanità sia fluttuante, la frequenza con cui si presenta la fluttuazione è costante e prevedibile. L'analisi storica ci dice che la frequenza con cui arrivano ambulanze al Dipartimento di emergenza è prevedibile di giorno in giorno, nei giorni della settimana, e nei mesi dell'anno. Sempre maggiore il lunedì.

Sorprendentemente una gran parte della variabilità della domanda è autoindotta in Sanità

invece di essere in relazione alla domanda dei pazienti. Una Agenzia ministeriale per la modernizzazione del Nhs ha esaminato la variazione della emergenza e della elezione. Il ricovero in elezione è chiaramente sotto il controllo dell'ospedale. L'Agenzia ha concluso che c'è molta più variazione nel ricovero di elezione che in quello di urgenza. Questo perché il processo dell'elezione non è gestito in maniera efficiente. La maggior parte degli ospedali non ha sistemi che legano l'emergenza con la domanda in elezione e liste appropriate per spazio in sala operatoria, letti, terapia intensiva e operatori nei tempi appropriati.

La finalità della nostra proposta è stata quella di liberare le degenze chirurgiche dalla commistione gestionale fra chirurgia d'elezione e chirurgia d'urgenza. Separando i due flussi si ottiene l'obiettivo di mantenere a tassi di occupazione del 98% i letti deputati a chirurgia elettiva. Il Ps riferisce i pazienti chirurgici urgenti solo all'area urgente condivisa, che dovrà avere pertanto un tasso di occupazione ridotto (circa 80% circa) onde poter sempre disporre di possibilità di ricovero. Vincolante è altresì il rispetto della lunghezza della degenza post-operatoria (entro i 5 giorni) dopodiché viene suggerito il percorso di 3° livello riabilitativo, come eventuale prosieguo di degenza, ovvero il percorso medico, o quello intensivo-area critica, in caso di complicazioni.

La declinazione per livelli di intensità ha consentito l'accorpamento in area chirurgica di cinque diverse realtà cliniche (urologia, maxillo, chirurgia mediastinica, chirurgia generale e gastroenterologia), con mantenimento del volume di attività (2.800 interventi in proiezione annua) e riduzione del 10% dei posti letto.

Nell'ambito di una "tre giorni" dedicata alla Qualità in cui abbiamo approfondito il tema Lean e l'esperienza del Galliera, in questo ambito è stata presentata la società scientifica che cura l'applicazione e la diffusione del modello Lean nelle strutture sanitarie: la Salth, acronimo di "Scientific association for lean training in healthcare". La Salth è la prima realtà nazionale finalizzata a promuovere l'introduzione e la formazione professionale dei percorsi lean nelle strutture sanitarie e si rivolge a operatori e responsabili della qualità, operatori e responsabili della coordinazione infermieristica, direttori di struttura, di dipartimento e sanitari, che favoriscono il miglioramento delle linee di attività orizzontali che attraversano tutto l'ospedale.

Francesco Nicosia
Direttore della Sc Anestesia e rianimazione e del blocco operatorio centrale
Eo Ospedali Galliera di Genova

© RIPRODUZIONE RISERVATA

EMILIA ROMAGNA

Telemedicina Ue, Ferrara è il partner italiano

Asl e Provincia di Ferrara hanno ospitato il Kickoff Meeting del progetto europeo Spes-Support Patients through E-services-Solutions ("Dare supporto ai pazienti grazie a servizi telematici"), incentrato su quattro studi pilota in altrettante regioni dell'Europa centrale: Austria, Slovacchia, Repubblica Ceca e Italia.

Il progetto di telemedicina riguarda pazienti con patologie respiratorie, demenze, handicap fisici, servizi per anziani, durerà 36 mesi complessivi - dodici/ventiquattro per studi clinici - ha un budget di 2.102.048 euro ed è finanziato con oltre 1,6 milioni dal Programma di cooperazione transnazionale Central europe programme con il Fondo europeo per lo sviluppo regionale.

Spes è coordinato da Enea, sede di Bologna, che ha un'ampia esperienza europea come partner associato e team leader

tecnologico di progetti come Oldes, Switch4Food, Irene. Enea ha il compito di definire un comitato etico di alto profilo, presente il ministero della Salute, e valutare i risultati del progetto per creare un sistema di telemedicina che risponda a bisogni reali.

Spes continua la precedente azione, sempre finanziata dall'Europa, che ha messo a punto Oldes, piattaforma informatica interattiva, utilizzabile da qualsiasi personal computer, per fornire servizi sanitari e di assistenza. I quattro studi pilota riguardano 40 pazienti ciascuno, monitorati nei parametri clinici grazie alla piattaforma di telemedicina. L'Università di Vienna coinvolge persone affette da demenze; Pro Deep della Repubblica Ceca si rivolge, invece, a pazienti con handicap fisici; men-

tre Kosice, in Slovacchia, testerà con la piattaforma di telemedicina la possibilità di erogare servizi sociali ad anziani fragili.

Lo studio pilota italiano a Ferrara. Ausl Ferrara utilizzerà la telemedicina per 40 pazienti con patologie respiratorie croniche. La strumentazione per rilevare e monitorare parametri clinici, quali l'ossimetro e il capnografo, sarà testata per ottimizzare il dosaggio dell'ossigeno dei pazienti. Al termine saranno valutati il livello d'accettabilità della piattaforma da parte dei pazienti e i correttivi per renderla più efficiente. È di 170mila euro il budget di Ferrara (40mila sul bilancio Ausl) per acquisire tecnologia, hardware, sensori, connessioni Internet e strumenti tecnico-clinici; supporti che resteranno per successive azioni di telemedicina. A Ferrara c'è

un'alta percentuale di anziani, anche con malattie croniche, che possono essere seguiti efficacemente con nuove tecnologie e nuovi protocolli clinici. Il lavoro dell'Ausl permetterà di proseguire poi, anche in ambiti come la cardiologia, sulla strada della telemedicina.

Cup 2000 Spa, leader in Italia nella Sanità elettronica e nell'assistenza alle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, ha il compito di far sì che i 4 studi pilota forniscano dati che provino il potenziale successo della piattaforma su scala più ampia. Forte dell'esperienza fatta con Oldes per realizzare un network multi-canale per il tele-aiuto e l'integrazione di tecnologie innovative per intercettare eventi abnormi, come cadute o comportamenti imprevisti, Cup 2000 cura per l'Ausl gli

aspetti di telemedicina.

Al Kickoff Meeting sono intervenuti anche gli altri partner: il Fondo sociale di Vienna responsabile di far aumentare la consapevolezza del mondo non scientifico e politico sull'importanza della telemedicina; l'Università tecnica di Kosice (Repubblica Slovacca); il Dipartimento di Cibernetica della facoltà d'Ingegneria elettronica dell'Università tecnica di Praga (Repubblica Ceca) e il Centro d'eccellenza in tecnologie per l'informazione e la comunicazione (Belgio), che adatterà la piattaforma di telemedicina al progetto.

Paolo Saltari
Direttore generale
Giovanni Sessa
Responsabile Spes
Ausl Ferrara

© RIPRODUZIONE RISERVATA