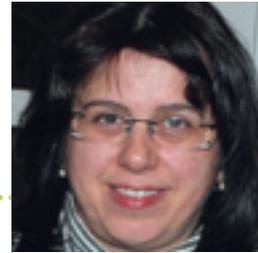


I Nuovi Ospedali per Intensità di Cura: “Modello Toyota”

di Cinzia Menconi



Una delle soluzioni proposte nella ristrutturazione e organizzazione dei Reparti di degenza è quella che prende il nome di Intensità di Cura o Intensità Assistenziale.

Il Modello originario nasce dal cosiddetto “Sistema Toyota”. Si tratta di un metodo di produzione adottato dalla casa automobilistica giapponese, fondato sull’eliminazione degli sprechi, la riduzione degli errori e il controllo diretto del processo di lavoro.

Il Toyota Production System (TPS), ovvero il Sistema, progettato dall’ingegnere Taiichi Onho, ha permesso alla Toyota di costituirsi come Azienda leader nella produzione di automobili e di abbracciare il modello “Lean Thinking”.

Questo sistema, applicato in Sanità, ha dato vita al modello per Intensità di Cure Assistenziali. Il primo Ospedale a trasferire il modello Toyota nella Sanità è stato il Virginia Clinic di Seattle. La sfida ora viene raccolta in Italia da alcuni Ospedali della Lombardia, come ad esempio l’Ospedale di Legnano, l’Ospedale di Como, l’Ospedale di Vimercate, gli Ospedali Riuniti di Bergamo, il Niguarda di Milano e altri.

Anche in Toscana cominciano a comparire i primi Ospedali per Intensità di Cura come ad esempio gli Ospedali di Lucca, Pistoia, Prato, Massa. Nei differenti Ospedali, dove si sta implementando l’Intensità di Cura, sono stati assegnati tre gradi d’Intensità, distinguibili sulla base di caratteristiche tecnologiche, quantità, qualità e competenze del Personale presente.

È solitamente vigente un livello di Alta Intensità comprendente la Terapia Intensiva e Sub Intensiva; un livello per la Media Intensità, articolato per area funzionale, comprendente il Ricovero Ordinario e il Ricovero a Ciclo Breve, che presuppone la permanenza di almeno una notte in Ospedale (*week surgery, oneday surgery*) ed infine un livello per la Bassa Intensità dedicato alla Cura delle Post-Acuzie.

Il Modello prevede l’invio del Paziente ad uno di questi tre gradi d’intensità, si poggia sul Pronto Soccorso, vero e proprio filtro di tutto il Sistema.

Le metodiche e le indicazioni dell’invio nell’Area di Degenza appropriata devono essere oggetto di discussione, attraverso l’utilizzo di Protocolli condivisi, precedentemente elaborati.

Il Modello prende ispirazione da molti Ospedali Statunitensi dove i Pazienti sono ricoverati in base alla complessità e la persona viene ricoverata in base alla sua situazione clinica, ai suoi bisogni assistenziali. Per garantire la continuità delle cure viene introdotta la figura del **Medico e dell’Infermiere**

Tutor, con la finalità di mettere il Paziente al centro dell’organizzazione.

Intorno al Paziente ruotano Professionisti e Servizi Ospedalieri; l’assistenza e la cura sono commisurate ai suoi bisogni, invertendo la logica tradizionale dove il Paziente veniva ricoverato secondo la disciplina medica.

Il **Medico Tutor** deve avere un’adeguata esperienza e competenza nella comunicazione con i Pazienti, essere in grado di gestire i percorsi terapeutici, da valutare nel tempo, supportandoli con percorsi formative adeguati.

Anche l’**Infermiere Tutor** deve possedere un’adeguata esperienza e competenza assistenziale, associate ad elevata capacità gestionale per garantire la corretta assegnazione dei casi. **Accanto a lui dovrà agire un Team di Infermieri per garantire la continuità assistenziale.**

Il **Team Assistenziale** sarà tanto più valorizzato, quanto più sarà dato valore alla figura degli Operatori Socio Sanitari, ai quali trasferire le attività alberghiere. Solo in questo modo l’**Infermiere Tutor** potrà concentrarsi nelle funzioni di coordinamento e di programmazione assistenziale, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale, secondo il Modello emergente di Governo Clinico-Assistenziale. Nel Processo di Organizzazione Infermieristico basato sulla complessità assistenziale, è importante prevedere l’adozione di un modello organizzativo professionale diverso dall’attuale in uso nelle Unità Operative di degenza (*modello funzionale per compiti*). Il **Modello dell’Intensità di Cura** prevede un Ospedale che si configuri come il **luogo di ricovero per le acuzie, richiedendo un aumento qualitativo e quantitativo dell’offerta territoriale**, così come delle prestazioni del Medico di Medicina Generale, affinché la presa in carico del Paziente risponda contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza delle prestazioni ed efficacia ed efficienza nell’uso delle risorse.

Il Ruolo dell’Infermiere deve servire ad integrare il Territorio e l’Ospedale. La difficoltà maggiore nella realizzazione di questo Modello per Intensità di Cure è il cambiamento culturale richiesto agli Operatori Sanitari. L’integrazione tra le Professioni sanitarie nell’Ospedale per Intensità di Cura consente il passaggio dalla cura della singola fase ad una vera e propria presa in carico del Paziente. Lo strumento base è il PDTRA (*Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale*) che consente l’integrazione delle competenze professionali e l’uniformità dei Processi di cura alle migliori evidenze

cliniche, consentendo una presa in carico totale del Paziente. Ecco l'importanza di individuare un modo di lavorare che permetta alle persone ricoverate di essere accolte e curate nella loro complessità, ai Professionisti di esprimere al meglio le proprie competenze e capacità e, nello stesso tempo, di sfruttare nel modo più razionale le risorse messe a disposizione. Naturalmente tutto questo non è semplice e probabilmente non esiste una unica soluzione; dobbiamo però lasciare da parte i pregiudizi e cercare la strategia migliore per rispondere ai problemi di salute delle persone ricoverate.

PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA LEAN THINKING, OVVERO I 7 MUDA

- La sovrapproduzione prima del manifestarsi della domanda.
- I tempi di attesa per le fasi di lavorazione successive.
- Trasporto non necessari di materiali.
- Le perdite di processo, cioè la rilavorazione delle parti causate da carenze di progetto,
- Le scorte superiori al minimo assoluto,
- Gli spostamenti non necessari delle persone nel corso del proprio lavoro.
- Prodotti difettosi.

I sistemi sanitari hanno fatto molti progressi ma rimangono da risolvere numerosi problemi:

- deficit economici,
- eventi avversi evitabili,
- limiti di offerta,
- liste di attesa.

I CINQUE PRINCIPI CARDINE DEL LEAN THINKING

- **Definire il valore con la prospettiva dell'Utente**, in giapponese il concetto di spreco si traduce in **muda** e nel caso di una società povera come è stata fino a qualche decennio fa quella giapponese, lo spreco è molto più di un inconveniente: può essere assimilato a quello che è il peccato nella cultura cattolica. Taiichi Ohno ha inteso la lotta agli sprechi come una vera e propria guerra. *L'applicazione del Lean Thinking non è altro che la ricerca degli sprechi e la loro eliminazione, allo scopo di produrre di più con un minor consumo di risorse.* Il punto di partenza della caccia allo spreco non può essere che l'identificazione di ciò che vale, ciò che è utile, che va prodotto, conservato e trasmesso.
- **Identificare la Value Stream (flusso del valore):** il secondo principio è che non basta ottimizzare i meccanismi di creazione del valore all'interno della propria Azienda. Bisogna avere la capacità di guardare all'intero sistema di produzione del valore. Di qui la necessità di attivare rapporti di *partnership* con tutti i fornitori, per fare in modo che le diverse gestioni aziendali puntino a una ottimizzazione della catena di operazioni coinvolte nell'intero sistema.
- **Creare le condizioni per un flusso costante:** il terzo principio presenta una valenza sia di tipo or-

FASCICOLO n.6

ganizzativo che produttivo. Per quanto concerne il primo aspetto il vincolo da rimuovere è l'organizzazione funzionale che tende inevitabilmente a una visione spezzettata e per compartimenti (troppo spesso stagni) tra i diversi centri decisionali. L'Organizzazione deve recuperare la sua unità e un forte senso del legame di interdipendenza fra le fasi. Senza una forte integrazione, che dia fluidità e continuità alla sequenza di decisioni e operazioni, non ci potrà mai essere una ottimizzazione ampia, ma solo occasioni continue di frizioni e di sprechi.

- **Logica pull no push:** questo punto si basa sulla necessità di subordinare la produzione all'effettivo manifestarsi della domanda (*pull*). In passato la domanda si è presentata per lunghi periodi in modo linearmente crescente, di conseguenza la scelta di giocare d'anticipo con la realizzazione di forti stock di prodotti poteva essere la soluzione più efficiente, ma oggi la domanda appare sempre più instabile non solo sotto il profilo quantitativo, ma anche sul piano della volatilità delle preferenze; cosicché produrre per il magazzino significa produrre quantità esuberanti di prodotti non desiderati, che dovranno essere smaltiti a prezzi di saldo. Se invece si riesce a lanciare un'operazione produttiva solo quando essa si rende necessaria, allora diventa possibile eliminare una grande quantità di sprechi. La capacità di produrre le quantità giuste del prodotto giusto al momento giusto non va vista nella mera ricerca di nuove soluzioni tecnologiche. La Toyota ha realizzato il sistema **kamban**, più noto come **Just in Time**, ricorrendo al semplice uso dei cartellini che autorizzavano una produzione a monte solo dopo che a valle si era manifestato un effettivo fabbisogno.
- **Puntare alla perfezione:** il traguardo della perfezione viene inteso come un miglioramento costante per permettere il raggiungimento della perfezione. Tale miglioramento potrà manifestarsi, a volte attraverso grandi innovazioni e consistenti sbalzi tecnologici e organizzativi (quello che i giapponesi chiamano **kaikaku**), molto più frequentemente dovrà essere il frutto di tanti piccoli, ma sistematici affinamenti (**kaizen**).

GLI STRUMENTI

Definiti i principi e stabiliti gli obiettivi, gli Strumenti che vengono utilizzati sono:

- **value stream**
- **spachetti chart:** rappresentazione grafica degli spostamenti compiuti da un prodotto, lungo il flusso del valore in un Azienda di produzione di massa. La forma ingarbugliata può ricordare un piatto di spaghetti.
- **analisi oee**
- **poka yoke**, ecc
- **kamban**
- **kaisen**

FASCICOLO n.6

- **visual management:** è lo strumento per la creazione di un ambiente ricco di informazioni immediate e visivamente stimolante e coinvolgente.
- **5 S:** Tiichi Ohno si chiedeva perché 5 volte di fronte ad un problema per identificare le cause prime del problema e sviluppare e attuare contromisure efficaci. Le **5 S** forniscono un supporto indispensabile per il successo di altri importanti miglioramenti nella nostra organizzazione. E' una semplice procedura per la gestione dell'ordine e del rifornimento delle postazioni di lavoro.

OBIETTIVI DELLE 5 S

- **ottimizzare** la postazione di lavoro e il suo approvvigionamento,
- **limitare** i movimenti inutili degli Operatori,
- **recuperare** tempo da dedicare all'assistenza dei Pazienti.

E' fondamentale ottimizzare la postazione di lavoro seguendo i seguenti principi:

- **seiri** scegliere e separare,
- **seiton** sistematizzare e organizzare,
- **seison** controllare l'ordine creato,
- **seiketsu** standardizzare,
- **shitzuke** sostenere nel tempo.

PROGRAMMA OPERATIVO DEL PROGETTO 5 S

- individuazione del gruppo di lavoro,
- incontri formazione/informazione per gli Operatori coinvolti nel Progetto,
- attuazione Progetto,
- audit.

I risultati sono:

- miglioramento della qualità dei Servizi,
- aumento della produttività,
- maggiore flessibilità e tempestività,
- personale fortemente coinvolto e motivato.

L'ESPERIENZA NELLA MEDICINA - PRESIDIO OSPEDALIERO DI LUCCA

Lean Thinking e 5 S in Medicina significa puntare il Focus sul valore, sulla eliminazione degli sprechi e favorire il miglioramento continuo attraverso le 5 S, l'organizzazione per cellule e il Net Visual Hospital. Gli spostamenti compiuti dal Personale vengono rappresentati in un Diagramma a spaghetti.

| | GIORNO | RIFORNIMENTO/RIORDINO | RIFORNIMENTO/RIORDINO | ALTRO |
|---|--------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| | | Mattina ore 10 - 11 | Pomeriggio ore 16 -17 | |
| | | NOME E FIRMA | NOME E FIRMA | NOME E FIRMA |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |

Foglio firma mensile che indica i responsabili dell'ordine per area e per giorno. I 5 minuti necessari per il rifornimento del materiale sono all'interno degli orari indicati e hanno lo scopo di far capire a tutti che mantenere l'ordine deve essere una pratica quotidiana e non una perdita di tempo.



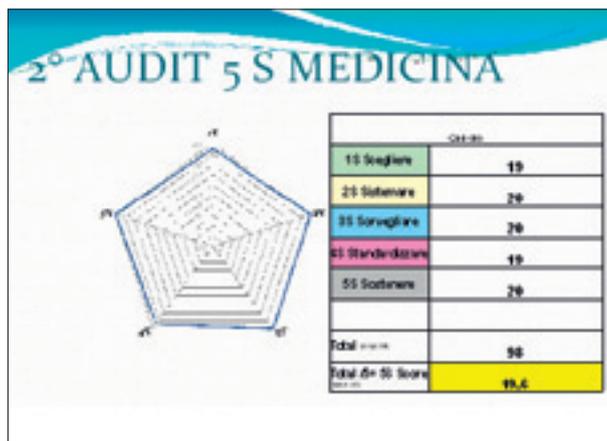
Armadietto all'interno delle stanze di degenza organizzato secondo il Progetto 5S con abolizione del vecchio carrello del giro letti.



Carrello dedicato al rifornimento contenente tutto il materiale che è presente all'interno degli armadietti.

A-4

Audit contiene una checking item e dei criteri di valutazione con un punteggio da 0 a 4 secondo i cinque principi della Lean Thinking



L'Audit viene eseguito inizialmente ogni 15 giorni e al raggiungimento di un punteggio maggiore di 90-100 si ripete una volta al mese.



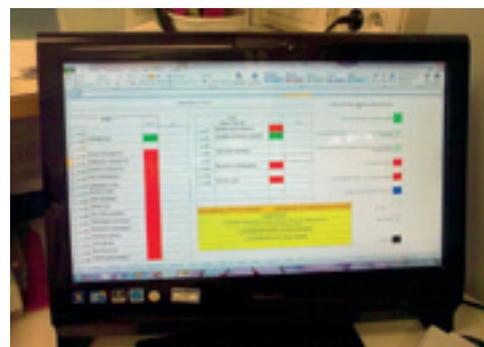
Nella nostra Unità Operativa Medicina, per permettere al Personale di svolgere le proprie attività senza interruzioni, è stata dedicata una Infermiera che svolge attività di Front-Office con l'incarico di:

- rispondere a tutte le telefonate interne ed esterne fino ad una certa ora della mattina;
- mettersi a disposizione per risolvere problematiche che necessitano di un tempo più lungo;
- gestire i Pazienti dimessi che rientrano per fare esami strumentali;
- gestire le dimissioni difficili relazionandosi con i famigliari dei Pazienti, l'Assistente Sociale e le Infermiere del PUA-COAD.



Visual Hospital: permette di visualizzare la situazione dei Pazienti presenti in Reparto in tempo reale. La legenda evidenzia una colorazione:

- **rosso:** quando il Paziente è clinicamente da studiare,
- **verde:** quando il Paziente può essere dimesso,
- **bianco:** letto vuoto,
- **nero:** letto in isolamento,
- **bianco con una x verde:** Paziente che è clinicamente concluso ma è in attesa di PUA-COAD



Vantaggi:

- Crea valore per il Paziente
- Valorizza e responsabilizza l'Infermiera
- Semplifica e modernizza l'Organizzazione

La Cellula è composta da un'Infermiera identificata da un cartellino verde e da una OSS riconoscibile da un cartellino rosso in modo da essere ben individuate dal Paziente.



Personale infermieristico della U.O. Medicina di Lucca

Bibliografia
 Ricerca on line. Responsabilità del Coordinatore P.Di Giacomo, presidente del Collegio IPASVI Rimini
 Il Coordinatore Infermieristico: Profilo ruolo e competenze (Università agli Studi Messina).
 Direttore scientifico Antiforma s.r.l. Milano, esperto di metodologia cognitive a comportamenti organizzativi Presidente Antiforma s.r.l. Milano, Formatrice Senior Sanità Ricercatore Direzione scientifica Antiforma s.r.l. Milano A Pignatto, C. Regazzo, PTiberi Francesco Nicosia
 Direttore Anestesia e Rianimazione ospedale Galliera di Genova E. Goggi, I. Sormani.
 Lean Thinking J Womack D.Jones
 @toscana Social Office

Cinzia Menconi

Tesoriere Collegio IPASVI di Lucca

Infermiere Coordinatore U.O. Medicina – Presidio Ospedaliero di Lucca