

INTEGRATED CARE E LEAN MANAGEMENT: UNA COMBINAZIONE IDEALE PER UN SISTEMA SANITARIO DAVVERO PERFORMANTE?

Livio Garattini, Antonino Mazzone, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Molti sistemi sanitari Europei sono ancora sotto pressione a seguito della pandemia, principalmente a causa dell'invecchiamento della popolazione e del crescente numero di persone, per lo più anziane, con multimorbilità che richiedono un numero sempre maggiore di servizi e prestazioni sanitarie, ma anche sociali e assistenziali. Per questo motivo, diventa sempre più urgente nel nostro continente una gestione più razionale dei servizi sanitari da un punto di vista organizzativo.

Poiché la salute è un 'bene meritorio',¹ una volta riconosciuto che bisogna privilegiare i sistemi sanitari pubblici, sia per il finanziamento (tramite la tassazione generale), che per la fornitura (di prestazioni), ne deriva che una cultura organizzativa basata sul lavoro collaborativo di squadra – con tutti i professionisti sanitari inquadrati come dipendenti pubblici per gestire più efficacemente la loro attività – dovrebbe funzionare assai meglio di una cultura organizzativa basata sulla concorrenza fra colleghi e fornitori di servizi, pubblici o privati che siano. Di conseguenza, il passo successivo dovrebbe essere quello di pianificare e adottare le strategie più indicate per aumentare l'efficienza operativa dei servizi sanitari pubblici, rimuovendo inappropriately, sprechi, duplicazioni e puntando anche sull'integrazione con la componente sociale.²

In questo contributo, vengono innanzitutto riassunti i due concetti di assistenza integrata (d'ora in poi IC dall'inglese *Integrated Care*) e di *Lean Management* (LM), che

possono contribuire positivamente alla (ri)organizzazione dei servizi sanitari e sociali una volta applicati in modo sistematico, utilizzando un ipotetico dipartimento di medicina interna (MI) come esempio concreto. Vengono quindi presentati e discussi i problemi fondamentali per rendere IC e LM realmente efficaci nell'ambito dei sistemi sanitari pubblici.

Integrated Care

Dopo il lancio di una rivista internazionale nel 2000 che include IC nel suo nome, IC è diventato oggi un concetto comunemente utilizzato nella letteratura sanitaria, che implica un approccio positivo e proattivo per contrastare la frammentazione delle cure e dell'erogazione di servizi nell'ambito dei sistemi sanitari.³ Sforzandosi di combinare le parti per formare un unico insieme, l'IC ha indubbiamente obiettivi lodevoli poiché è mirata a ottimizzare cure e trattamenti attraverso la valutazione multidimensionale e la presa in carico dei reali bisogni di salute dei pazienti. Ecco perché anche l'Ufficio Europeo dell'OMS ha emanato un documento di lavoro a supporto dell'IC.

Analogamente a quanto accade in qualsiasi altra catena di fornitura, anche in sanità l'integrazione può essere perseguita sia a livello orizzontale che verticale:

- la prima si verifica quando l'IC viene applicata a vari servizi erogati allo stesso livello di assistenza (ad esempio, i reparti ospedalieri nell'ambito dell'assistenza secondaria);
- la seconda quando l'IC è applicata all'integrazione di servizi erogati a diversi livelli (ad esempio, la medicina generale in assistenza primaria e i reparti ospedalieri in quella secondaria).⁴

L'obiettivo primario dell'IC è abbattere i confini e migliorare la comunicazione fra operatori e servizi orizzontalmente allo stesso livello di assistenza e verticalmente fra i tre livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria), in modo tale da eliminare i tradizionali silos generati dai singoli operatori e servizi grazie all'adozione di un approccio olistico. Le iniziative di IC possono anche mettere in evidenza eventuali 'bisogni insoddisfatti' dei pazienti con multimorbilità, sia sanitari che non,⁵ conducendo potenzialmente a extra costi piuttosto che necessariamente a risparmi.

Complessivamente, i quattro obiettivi dell'IC sono quelli di: 1) migliorare la salute delle persone; 2) incoraggiare l'esperienza del paziente; 3) accrescere l'efficienza dei servizi sanitari; 4) migliorare l'attività lavorativa degli operatori sanitari.⁵

In ultima analisi, il crescente bisogno di IC riflette la principale sfida attuale dei sistemi di welfare nei paesi più sviluppati, cioè la domanda in continuo aumento di servizi sanitari e sociali indotta da pazienti cronici che invecchiano con multimorbilità e vivono in comunità con problemi fisici, funzionali e cognitivi.

Lean Management

LM è un concetto lanciato verso la fine del 20° secolo dall'industria automobilistica giapponese Toyota poiché il tasso di difetti delle sue macchine era diventato troppo elevato e stava impattando in modo negativo sulla sua quota di mercato⁶. Più in generale, LM è una strategia potenzialmente applicabile a qualsiasi organizzazione per migliorare i processi produttivi.⁷ Successivamente esteso alla sanità all'inizio del 21° secolo,⁸ LM implica un approccio orientato al miglioramento sistematico del lavoro che suddivide in fasi qualsiasi tipo di lavoro; una sommatoria di processi che devono essere continuamente monitorati per eliminare ogni forma di spreco, in modo tale da migliorare il valore del servizio finale reso al cliente.⁹ Sebbene l'organizzazione dei servizi in sanità sia piuttosto complessa rispetto a quella di molti altri settori,⁶ tuttavia molti problemi sono comuni e alcune utili lezioni possono sempre essere mutate anche dall'industria.¹⁰ In ultima analisi, l'obiettivo principale di LM in sanità è quello di migliorare la qualità dei servizi forniti ai pazienti producendo di più e usando meno risorse nel minor tempo possibile.⁷

Talvolta associato in letteratura ai termini filosofia o pensiero al posto di management, *Lean* è un sistema manageriale che richiede lo sviluppo di una cultura interna mirata a coinvolgere i dipendenti per identificare e rimuovere tutti i tipi di sprechi inavvertitamente generati, migliorando il processo complessivo e creando maggiore valore per i pazienti.¹¹ Quindi, il LM si propone di implementare una cultura di miglioramento continuo che incentivi gli operatori sanitari (ad esempio, medici e infermieri) a risolvere i problemi e a eliminare gli sprechi attraverso la

standardizzazione del lavoro.¹² Tutte le cure fornite ai pazienti devono essere viste come una logica sequenza delle attività erogate dai diversi operatori.¹³ Ad esempio, se un paziente diabetico ha bisogno di un'altra visita specialistica (supponiamo una visita cardiologica) in base ai risultati di un test diagnostico, il diabetologo dovrebbe poter indirizzare il paziente al collega cardiologo in una sola fase, senza costringerlo a andare dal proprio medico di medicina generale, farsi fare una ricetta per "visita cardiologica", prenotare tale visita attraverso il CUP e dover così tornare un'altra volta ancora in ospedale. In ultima analisi, la forza potenziale di LM consiste nel coinvolgere continuamente tutti i lavoratori dipendenti in un approccio mirato a risolvere i problemi della propria organizzazione.

Focus sulla Medicina Interna

Il dipartimento di MI è tradizionalmente presente in tutti gli ospedali generali per acuti europei, così come il servizio di Pronto Soccorso (PS).¹⁴ A prescindere dalla recente pandemia Covid-19, oggi sia le MI che i PS sono sovraffollati in molti sistemi sanitari europei, principalmente a causa della crescente richiesta di servizi e prestazioni sanitarie da parte di una popolazione sempre più anziana affetta da una crescente prevalenza di condizioni croniche che spesso si riacutizzano qualora non vengano adeguatamente monitorate con un approccio proattivo. L'attuale crisi dell'organizzazione dei servizi sanitari ha inevitabilmente evidenziato la debolezza cronica dell'assistenza primaria nella maggior parte dei paesi,¹⁵ che impedisce ai servizi sanitari territoriali di filtrare l'accesso agli ospedali di soggetti con disturbi meno gravi. La carenza di integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali genera come conseguenza un numero elevato di ricoveri evitabili negli ospedali generali per acuti, specialmente per casi di bassa complessità nelle MI e per urgenze quotidiane di lieve entità nei PS. Un esempio importante di questo 'effetto collaterale negativo' è la crescente lunghezza dei tempi di attesa nei PS per i pazienti che richiedono un ricovero, dovuta principalmente a procedure complesse per i passaggi clinici di responsabilità fra i professionisti sanitari dei diversi servizi ospedalieri coinvolti.¹⁴ In ultima analisi, è probabile che il sovraffollamento dei PS generi elevati tassi di

occupazione e ricoveri inappropriati nei dipartimenti generalisti, in particolare nelle MI.¹⁶

In generale, il quadro problematico appena descritto sottolinea che la qualità delle cure dipende non solo dalle prestazioni cliniche, ma anche dalla effettiva capacità di presa in carico e gestione organizzativa dei diversi servizi sia ospedalieri che territoriali. La situazione attuale richiede in modo sempre più stringente un'assistenza realmente orientata al paziente (e non alle singole malattie) mirata a superare il reciproco isolamento dei servizi territoriali e ospedalieri, due ambiti al momento pressoché non comunicanti, al fine di razionalizzare il flusso dei pazienti in base ai loro bisogni di cure e di uscire una volta per tutte dalla logica delle singole prestazioni. In altri termini, soprattutto per i pazienti cronici e fragili, è necessario passare dall'erogazione delle singole prestazioni alla presa in carico dei bisogni di salute dei malati nei loro contesti di vita in modo da superare l'attuale frammentazione delle cure. Un esempio potenziale per sfruttare le strategie di IC e LM in un dipartimento di MI, il cui perimetro di influenza spazia dai servizi di comunità ai PS, potrebbe essere quello di favorire la rotazione settimanale del lavoro degli operatori sanitari di MI sia nelle strutture territoriali (ad esempio le case della comunità, ubicando l'assistenza ai pazienti ambulatoriali esclusivamente in queste strutture insieme ai medici di medicina generale, agli infermieri di famiglia e agli assistenti sociali, così garantendo un approccio integrato e multidisciplinare di tipo socio-sanitario), sia nei PS (il servizio che tende indubbiamente a generare un maggior numero di situazioni di burnout nei professionisti sanitari che vi operano a tempo pieno).

Criticità

IC e LM sono due concetti positivi ai fini della pianificazione e della gestione dei servizi sanitari, che necessitano di un clima di continua integrazione e collaborazione fra professionisti sanitari per migliorare le proprie prestazioni. Tuttavia, il loro successo dipende da come vengono concretamente affrontati almeno tre problemi cruciali.

1. IC e LM devono essere applicati in modo olistico nell'ambito dei servizi sociali e sanitari,³ dal livello micro (operativo) al livello macro (strategico), al fine di evitare il

raggiungimento di obiettivi 'particolari' che potrebbero produrre effetti addirittura negativi in altri ambiti a causa dell'interdipendenza dei processi.¹⁷ Le organizzazioni sanitarie (ad esempio, gli ospedali) spesso tendono a massimizzare gli organici e le prestazioni dei propri servizi, generando nel lungo periodo silos dipartimentali qualora non vengano tenuti nella dovuta considerazione gli interessi dell'intera organizzazione. Infatti gli interessi del sistema sanitario nel suo complesso spesso differiscono da quelli dei singoli servizi e la maggior parte degli operatori sanitari non vengono formati per comprendere appieno come il sistema nel suo insieme dovrebbe operare in modo ottimale.¹¹ L'approccio olistico è fondamentale per applicare con successo IC e LM, contribuendo a migliorare la comunicazione e la collaborazione nell'ambito del sistema sanitario e a eliminare i silos dipartimentali;⁶ in ultima analisi, l'obiettivo finale è quello di migliorare l'integrazione sia orizzontale che verticale al fine di ottimizzare i percorsi clinici dei pazienti attraverso un processo senza soluzione di continuità.¹³

2. L'efficienza operativa di IC e LM non deve necessariamente essere dimostrata su basi rigorosamente scientifiche. Infatti le misure di valutazione degli studi organizzativi e i loro risultati empirici sono difficilmente confrontabili in modo oggettivo, in quanto le cure abituali possono variare molto a livello locale, anche nell'ambito dello stesso sistema sanitario.³ In pratica, ciò rende il disegno degli studi organizzativi necessariamente discrezionale e quindi i risultati difficilmente estendibili ad altre realtà territoriali, ancor più qualora vengano focalizzati sull'efficienza finanziaria delle singole funzioni in termini di risultati (ad esempio, costi o risparmi stimati). Inoltre, l'approccio basato sulle evidenze scientifiche tende a focalizzarsi principalmente su specifici strumenti in aree limitate (c.d. approccio *disease-oriented*), piuttosto che sui sistemi sanitari nel loro complesso (*patient-oriented*).⁶ Visto che i professionisti sanitari sono abituati a richiedere evidenze cliniche prima di intervenire sulla loro attività pratica, i manager sanitari dovrebbero renderli pienamente edotti dei limiti intrinseci degli studi organizzativi sotto il profilo scientifico.³ Infine, un po' di formazione basilare in materia di management e organizzazione potrebbe essere molto utile per i professionisti sanitari al fine di renderli maggiormente consapevoli di questi limiti.

3. In terzo luogo, il supporto del management sanitario apicale è fondamentale per implementare con successo IC e LM come strategie operative.¹¹ Infatti i servizi sanitari sono piuttosto peculiari vista sotto il profilo organizzativo, essendo la loro struttura decisionale in qualche modo invertita rispetto a quella della maggior parte degli altri settori. In particolare, gli operatori sanitari posti a livelli gerarchicamente bassi hanno un'influenza assai più rilevante sulle procedure quotidiane rispetto ai loro colleghi ai livelli più elevati.³ Potenzialmente, le difficoltà principali per implementare IC e LM sono costituite dalle barriere umane sollevate dalla riluttanza degli operatori delle strutture sanitarie ad adottarli, inclusi lo staff medico e infermieristico che lavorano a diretto contatto coi pazienti.⁸ Di conseguenza, è assai più probabile che i cambiamenti nella pratica clinica vengano raggiunti grazie a strategie organizzative orientate a costruire il consenso professionale attraverso passaggi incrementali dal basso verso l'alto, piuttosto che con provvedimenti gerarchicamente imposti dall'alto verso il basso. Quindi, i managers sanitari dovrebbero interpretare soprattutto i ruoli di mentori e facilitatori, piuttosto che quelli di direttori e controllori del loro staff.⁷ In altri termini, il ruolo della direzione dovrebbe essere quello di individuare i problemi organizzativi e guidare i processi per risolverli, piuttosto che quello di risolverli in modo personalistico.¹⁸ In ultima analisi, dal momento che il fattore chiave di successo principale per disseminare le migliori pratiche di IC e LM è il pieno coinvolgimento del personale, i managers dovrebbero incoraggiare anche la rotazione dei ruoli fra i servizi sanitari al fine di migliorare il lavoro di squadra e il confronto professionale nell'ambito dei sistemi sanitari.

Concludendo una volta abbandonato il mito del tutto ingiustificato della concorrenza in sanità, l'analisi futura dovrebbe focalizzarsi esclusivamente su come coordinare, migliorare e standardizzare sistematicamente la qualità dei servizi sanitari, erogandoli in una prospettiva moderna di assistenza collaborativa anche con gli ambiti sociali centrata sul paziente. Aumentare la consapevolezza dei benefici indotti dalla collaborazione fra tutti i dipendenti, anche per loro stessi, dovrebbe favorire una cultura di lavoro di squadra e contribuire a eliminare tutte le barriere e gli sprechi all'interno dei sistemi sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Garattini L, Badinella Martini M. Modeling European health systems: a theoretical exercise. *Eur J Health Econ.* 2023;24(8):1249-52.
2. Jones B, Vaux E, Olsson-Brown A. How to get started in quality improvement. *BMJ.* 2019;364:k5408.
3. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care in Western Europe: a wise solution for the future? *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2022;22(5):717-21.
4. Garattini L, Badinella Martini M, Freemantle N, Nobili A. Integrated care in a National Health Service: better horizontal than vertical for general practice? *Fam Pract.* 2022;39(6):1194-5.
5. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):350.
6. Akmal A, Greatbanks R, Foote J. Lean thinking in healthcare - Findings from a systematic literature network and bibliometric analysis. *Health Policy.* 2020;124(6):615-27.
7. Prado-Prado JC, García-Arca J, Fernández-González AJ, Mosteiro-Añón M. Increasing Competitiveness through the Implementation of Lean Management in Healthcare. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(14):4981.
8. Zdeba-Mozoła A, Kozłowski R, Rybarczyk-Szwajkowska A, et al. Implementation of Lean Management Tools Using an Example of Analysis of Prolonged Stays of Patients in a Multi-Specialist Hospital in Poland. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(2):1067.
9. Smith I, Hicks C, McGovern T. Adapting Lean methods to facilitate stakeholder engagement and co-design in healthcare. *BMJ.* 2020;368:m35.
10. Macrae C, Stewart K. Can we import improvements from industry to healthcare? *BMJ* 2019;364:l1039.
11. Amati M, Valnegri A, Bressan A, et al. Reducing Changeover Time Between Surgeries Through Lean Thinking: An Action Research Project. *Front Med (Lausanne).* 2022;9:822964.
12. Kunnen YS, Roemeling OP, Smailhodzic E. What are barriers and facilitators in sustaining lean management in healthcare? A qualitative literature review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):958.
13. Vijverberg JRG, Rouppe van der Voort MBV, van der Nat PB, et al. How to Use Lean Thinking for the Optimization of Clinical Pathways: A Systematic Review and a Proposed Framework to Analyze Pathways on a System Level. *Healthcare (Basel).* 2023;11(18):2488.
14. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Urgent and emergency care in europe: Time for a rational network? *Eur J Intern Med.* 2024;120:1-2.
15. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur J Health Econ.* 2023;24(2):153-6.

-
16. La Regina M, Guarneri F, Romano E, et al. What Quality and Safety of Care for Patients Admitted to Clinically Inappropriate Wards: a Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2019;34(7):1314-21.
 17. Mahmoud Z, Angelé-Halgand N, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. The impact of lean management on frontline healthcare professionals: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):383.
 18. Winner LE, Reinhardt E, Benishek L, Marsteller JA. Lean Management Systems in Health Care: A Review of the Literature. *Qual Manag Health Care.* 2022;31(4):221-30.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".