

4. ASL 10 di Firenze¹

di *Giulia Romano*

4.1 Il contesto sanitario nazionale e l'azienda ASL 10

La realtà sanitaria è caratterizzata da una domanda di servizi crescente e dall'invecchiamento della popolazione, che si riflettono sui costi per la produzione e l'erogazione dei servizi. Si aggiunga poi, nel caso dell'Italia, la critica situazione della finanza pubblica, che costringe a ridurre e a riqualificare la spesa corrente, per gran parte costituita, nei bilanci regionali, dalla spesa sanitaria. Ne consegue la necessità, per le aziende sanitarie del settore, di individuare e raggiungere sfidanti obiettivi di crescita della produttività grazie a processi di riorganizzazione e di innovazione che consentano sia di ridurre i costi, sia di migliorare i livelli di servizio agli utenti. Il progresso scientifico e tecnologico costituisce un'opportunità, in quanto riduce i costi di acquisizione delle apparecchiature e, se queste vengono

¹ Il caso è stato redatto sulla base di una serie di interviste realizzate con le figure chiave dell'ASL 10 nel periodo 2004-2012 e con due esperti esterni, rispettivamente, di sanità e di Lean Thinking. In particolare, sono stati intervistati l'Ing. Luigi Marroni (il 21/06/2013, il 4 febbraio 2014 e il 14 gennaio 2015), direttore generale della ASL 10 dal febbraio 2004 al maggio 2012, ora Assessore per il diritto alla salute della Regione Toscana; il dott. Pierluigi Tosi, ex direttore sanitario dell'ASL 10 dal gennaio 2006 al luglio 2012, ora Direttore Generale dell'ASL 7 di Siena (il 4/07/2013); la dott.ssa Maria Teresa Mechi, già Project leader del progetto di modernizzazione dell'assistenza ospedaliera per l'Azienda Sanitaria di Firenze (progetto OLA, Organizzazione Lean dell'Assistenza) ed ora Direttore Sanitario dell'Ospedale Careggi di Firenze (il 12/08/2013); il dott. Fabrizio Gemmi, già Project leader del progetto di modernizzazione dell'assistenza ospedaliera per l'Azienda Sanitaria di Firenze (progetto OLA) ora Direttore sanitario dell'ASL pisana (il 13/08/2013 ed il 23/08/2013); la dott.ssa Grazia Monti, Dirigente Sanitario Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica dell'Azienda Sanitaria di Firenze, e il dott. Paolo Zoppi, dirigente professioni sanitarie infermieristiche dell'Azienda Sanitaria di Firenze (il 13/09/2013); il dott. Paolo Morello, attuale Direttore Generale della ASL 10 e la dott.ssa Maria Chiara Innocenti, Direttore amministrativo della ASL 10 (il 24/10/2013); il dott. Antonio Sereni, presidente del collegio sindacale della ASL 10 (il 2/04/2014). Sono stati infine intervistati la dr.ssa Maria Giulia Marini, Research and Health Care Director della Fondazione ISTUD per la Cultura d'Impresa e di Gestione, e l'Ing. Fabio Cappellozza, presidente della società di consulenza Considi, specializzata nel Toyota Production System (TPS) e nel Lean Thinking. Sono stati inoltre consultati bilanci, documenti aziendali e presentazioni a convegni, corsi di formazione ed altri eventi istituzionali.

utilizzate in modo appropriato, permettono a loro volta di contenere anche i costi di erogazione della prestazioni.

Alcuni dati recenti² mostrano che le prestazioni erogate nei confronti dei cittadini crescono al ritmo del 5% medio annuo. I costi di produzione, salvo rare eccezioni, subiscono aumenti intorno al 2-3% medio annuo. A fronte di ciò, il finanziamento per la sanità pubblica cresce ad un ritmo inferiore: in Toscana, ad esempio, a tassi intorno all'1,5% annuo.

È sempre più evidente quindi l'esigenza di ricercare l'efficienza e l'efficacia, incentivando l'impiego ottimale degli «input» in relazione agli output e agli *outcome* dei servizi sanitari erogati.

I problemi tipici incontrati nelle Aziende Sanitarie sono le lunghe attese, i ricoveri programmati rinviati, i ricoveri in appoggio presso reparti diversi a causa di carenze di posti letto, il rinvio di interventi chirurgici e di procedure previste, l'allungamento improprio delle degenze. Nonostante ciò, in Italia ci si confronta spesso con modelli di assistenza sostanzialmente immutati da almeno 25 anni.

La sfida che le moderne aziende sanitarie si trovano a fronteggiare consiste quindi nel ricercare soluzioni che, allocando e gestendo al meglio le risorse disponibili, possano simultaneamente migliorare la qualità delle cure, tenere alto il morale dei dipendenti, innalzare i livelli di efficienza e tenere il bilancio in ordine.

L'Azienda Sanitaria di Firenze (ASL 10) è stata istituita l'1/1/1995 a seguito della nuova normativa nazionale e regionale che ridefinisce la legge 833/78, con la quale veniva creato il Servizio Sanitario Nazionale. L'Azienda riunifica la gestione dei servizi socio-sanitari, sia territoriali che ospedalieri, precedentemente erogati dalle dieci ex Unità Sanitarie Locali presenti sul territorio della provincia di Firenze, con esclusione del Comune di Empoli. Sul territorio di sua competenza sono inoltre presenti due Aziende Ospedaliere a gestione autonoma: l'Azienda Ospedaliera di Careggi e l'Azienda Meyer³.

Con una competenza territoriale di 33 comuni ed un bacino di utenza di circa 800.000 abitanti, la ASL 10 rappresenta una delle più grandi aziende sanitarie su tutto il territorio nazionale⁴. Alcuni numeri (riportati in Tab. 4.1), danno un'idea delle dimensioni aziendali.

Ogni giorno in ASL 10 si processano 29.000 ricette, si effettuano 4.400 prenotazioni, si realizzano 900 interventi a domicilio e 230 ricoveri, si ricevono 1.200 chiamate e si effettuano 250 interventi del 118. Ci sono inoltre 400 presentazioni al pronto soccorso e 430 trasporti sanitari, 2000 pazienti assistiti

² http://www.galliera.it/files/documenti/Lean_GENOVA/Mechi_2310.pdf

³ Fonte: sito aziendale.

⁴ Fonte: sito aziendale.

per tossicodipendenze, 1800 interventi di riabilitazione e 3000 prelievi⁵. Le cliniche private e le residenze sanitarie assistenziali (RSA) convenzionate concorrono in virtù dell'accREDITAMENTO all'offerta complessiva aziendale.

Tabella 4.1 Alcuni dati relativi all'ASL 10 al 31 dicembre 2013.

Valore della produzione (€/miliardi)	1,55
n° di assistiti	815.241
Indice di vecchiaia	1906
n° di dipendenti	6.440
n° di medici convenzionati	727
n° di ospedali	6
n° di posti letto negli ospedali	1011
n° di presidi territoriali	120
n° di cliniche private	14
n° di posti letto nelle cliniche private	1045
n° di residenze per anziani autosufficienti	75
n° di posti letto nelle residenze per anziani autosufficienti	4.054

Fonte: Bilancio 2013.

Il bilancio di esercizio 2011 è stato l'ottavo ed ultimo presentato e approvato dalla Direzione Aziendale sotto la responsabilità dell'Ing. Luigi Marroni, Direttore Generale della ASL 10 dal febbraio 2004 al maggio 2012. Come riportato nella relazione sulla gestione, «nel corso di questo periodo l'Azienda Sanitaria di Firenze – e sono i dati di bilancio a dimostrarlo – ha consolidato il suo ruolo naturale di articolazione particolarmente significativa del Sistema Sanitario Regionale, ponendo al centro della propria azione e delle proprie scelte strategiche aziendali il cittadino, i suoi bisogni e le sue aspettative. Nel 2011 l'Azienda ha continuato il suo processo di crescita, non solo in termini economici e patrimoniali, ma soprattutto in termini di crescente coinvolgimento degli operatori, di integrazione con le istituzioni comunali dove insistono le quattro zone in cui è ripartita l'Azienda, di positive relazioni sindacali, di miglioramenti strutturali, di valorizzazione e promozione delle competenze e delle professionalità, di

⁵ Marroni L., ORGANIZZAZIONE LEAN IN ASF, Università Bocconi, 20 Novembre 2010.

⁶ L'indice di vecchiaia all'1.1.2013 è leggermente superiore al valore medio regionale: 190.0 vs. 187.5, con un elevato numero di pazienti affetti da patologie croniche, fragilità, disabilità e quadri clinici complessi per la frequente comorbidità. Fonte: Bilancio 2013.

accresciuta disponibilità all'innovazione e al lavoro interdisciplinare. In definitiva si è compiuto e si sta consolidando il processo di aziendalizzazione previsto con la legge di riforma del sistema sanitario e ribadito dalla nostra Regione con la legge 40/2005 (così come modificata dalla recente legge 60/2008)».

4.2 L'introduzione del *Lean Thinking* in ASL 10

Già dal 1995 la ASL 10 è stata interessata da investimenti per il miglioramento della qualità voluti con determinazione dall'allora direttore sanitario Carlo Tomassini (ora Direttore Generale dell'ASL di Pisa), il quale ha sensibilizzato la sua struttura preparandola alle iniziative promosse, a partire dal febbraio 2004, dall'Ing. Luigi Marroni, classe 1957, senese, appena nominato Direttore Generale.

Al momento della nomina, Marroni aveva alle spalle oltre 17 anni di carriera nel mondo industriale, come dirigente della CNH del gruppo Fiat, l'azienda del gruppo che offre una gamma completa di prodotti per i settori delle macchine per l'agricoltura e il movimento terra, con incarichi che lo avevano portato a maturare un'esperienza manageriale internazionale, da Londra a Chicago. Entrato in Fiat come ingegnere meccanico, si occupò inizialmente della progettazione di freni, per poi seguire diversi aspetti della gestione aziendale, dal marketing strategico al *business development*, sino a diventare assistente dell'amministratore delegato. Fu poi incaricato di gestire un'importante acquisizione e di seguire tutto il processo di riorganizzazione post-acquisizione. In qualità di *Vice President*, divenne responsabile di 13 stabilimenti dislocati in tutto il mondo, escluso il Nord America. Il suo ruolo gli ha permesso di sviluppare una significativa conoscenza del *Toyota Production System (TPS)* e un'esperienza di rilievo nell'implementazione dei principi del *Lean Management* e del *Lean Thinking*⁷, che ha portato anche nelle aule universitarie insegnando Economia e Organizzazione Industriale alla facoltà di Ingegneria dell'Università di Siena e poi alla Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Grazie alle esperienze didattiche in Toscana, conobbe il professor Varaldo, che segnalò il suo nome al Presidente della Regione, Enrico Rossi. «In quel periodo il Presidente doveva nominare il nuovo direttore generale della ASL fiorentina e cercava un candidato che avesse avuto esperienze significative in ambiti diversi, nell'industria – ricorda Marroni –. Io avevo maturato la volontà di accettare nuove sfide, di provare ad assumere il

⁷ Si veda Ohno T., *Toyota Production System: Beyond Large-scale Production*. Portland: Productivity Press; 1988.

ruolo di capo-azienda per poter esprimere completamente le mie idee e mettermi alla prova. Pensavo quindi ad una grande azienda e l'offerta di dirigere l'ASL 10, con i suoi 7.000 dipendenti e oltre un miliardo di fatturato, sembrava incontrare le mie aspirazioni. Era una sfida e la trattativa si concentrò in una settimana; dopo aver avuto anche il consenso e l'appoggio dei vertici del gruppo Fiat, accettai l'incarico».

L'esperienza alla Fiat era stata ricca e significativa, ma dopo 17 anni l'aspirazione di Marroni era di rimettersi in gioco, di promuovere e dare attuazione alla sua visione di azienda e, non ultimo, di «stabilizzarsi» dopo tanti anni trascorsi a viaggiare. «Mi sento ancora un uomo Fiat, uno della casa, che ha avuto l'onore di partecipare a una delle ultime feste di Natale, in cui Agnelli faceva gli auguri ai dirigenti ... ma dopo tanti anni passati in aereo, tanti viaggi di pochi giorni in molte città in giro per il mondo, non ti senti più di nessuna parte. Avvertivo l'esigenza di radicarmi in un territorio».

Il contesto della grande azienda impone anche agli alti dirigenti di sottostare a vincoli e processi organizzativi complessi, che spesso rallentano od ostacolano i processi di cambiamento. Da ciò l'idea di accettare la sfida di guidare un'azienda meno grande, ma nella quale si profilava la possibilità di lasciare un'impronta: «Un direttore generale di un'ASL che abbia voglia può fare quasi tutto – osserva Marroni –, per me era stimolante l'idea di rendere l'azienda coesa, dare motivazione, sviluppare nelle persone un senso di appartenenza, cosa che non è diffusa nelle aziende pubbliche, il tutto per altro finalizzato al risultato». Era per altro l'idea del processo, prima ancora del risultato al quale esso mirava, ad appassionarlo: «A volte uno si innamora del viaggio più che della meta – prosegue Marroni – io mi sono innamorato dell'idea di azienda in quanto tale prima che dell'azienda sanitaria, cioè dell'idea di realizzare qualcosa che cresce, che migliora, ma dà anche il risultato all'azionista, che in un'azienda sanitaria è il malato».

I servizi ospedalieri forniti dalla ASL 10 al momento dell'insediamento di Marroni offrivano una soddisfacente risposta alla domanda, con performance allineate ai migliori standard regionali e nazionali⁸. Tuttavia, era possibile rilevare lunghe attese al pronto soccorso, ricoveri programmati rinviati, ricoveri in appoggio in altri reparti, il rinvio di interventi chirurgici e l'allungamento improprio delle degenze⁹: era evidente quindi la necessità di un utilizzo più efficiente delle risorse.

⁸ La Regione Toscana dal 2006 svolge indagini di soddisfazione dei pazienti ricoverati negli ospedali toscani. L'ultima disponibile, effettuata nel 2011, aveva rilevato che oltre l'80% dei cittadini toscani dava una valutazione ottima o buona alla qualità dell'assistenza ricevuta durante il ricovero ospedaliero e avrebbe raccomandato il reparto a parenti e amici, e che solo il 4% si dichiarava insoddisfatto. Inoltre, oltre l'82% dei pazienti dava una valutazione ottima o buona all'assistenza ricevuta dai medici e l'86% dichiarava una fiducia completa in essi. Positiva anche la valutazione del personale infermieristico, sostanzialmente allineata a quella del personale medico. Fonte: <http://www.meslab.sssup.it/it/index.php?page=indagini-mes>.

⁹ http://www.galliera.it/files/documenti/Lean_GENOVA/Mechi_2310.pdf.

Il primo periodo dopo l'insediamento, avvenuto nel febbraio 2004, fu dedicato a conoscere e comprendere l'azienda. «Arrivai all'ASL 10 – ricorda Marroni – con la voglia di mettermi in gioco, ma soprattutto con l'umiltà di chi è consapevole di dover imparare molte cose. Il primo anno da direttore generale trascorse sostanzialmente gestendo le situazioni che si venivano a creare e cercando di rendermi conto il più possibile del contesto».

Marroni capì presto che serviva una strategia con la quale migliorare l'allocazione delle risorse a disposizione, in modo da generare maggior valore da distribuire ai cittadini. Un'indagine del 2005 mostrava che gli operatori sanitari stessi riconoscevano l'esistenza di un gap marcato fra la qualità dei servizi erogati e quella che l'azienda avrebbe potuto effettivamente erogare¹⁰. Inoltre, i dati che emergevano dal sistema di valutazione della performance della sanità toscana (REPORT 2006) elaborato dal MES, Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, evidenziavano per l'ASL 10 buone performance nella valutazione esterna da parte dei cittadini (ad esempio con riferimento alla qualità dell'assistenza nel ricovero e nella comunicazione sanitaria del ricovero) e per quanto riguarda le performance socio sanitarie (ad esempio con riferimento all'efficienza nell'attività di ricovero e all'efficienza pre-operatoria). Le maggiori criticità erano evidenziate nella valutazione interna, che misura il grado di soddisfazione del personale: tutti i relativi indicatori (ad esempio tasso di risposta all'indagine sul clima aziendale, giudizio dei dipendenti sul proprio responsabile e sull'azienda, ecc.) esprimevano una performance «media», con ampi spazi di miglioramento.

Il *Lean Thinking*¹¹ (Fig. 4.1) si basa su due principi-guida fondamentali: la rimozione continua degli sprechi ed il rispetto per le persone. Il concetto chiave è quello di «valore»: una volta definito cosa vogliono i clienti è possibile suddividere le attività e i processi in *value-adding* e *non-value adding*. I primi contribuiscono in modo diretto a creare i prodotti ed i servizi richiesti dai clienti, mentre i secondi rappresentano gli sprechi («waste»), che devono essere evitati o rimossi. Fabio Cappellozza, che in qualità di presidente della società di consulenza in ambito *operations* Considi ha seguito vari progetti di introduzione del *Toyota Production System* (TPS) e di applicazione del *Lean Thinking* (ma non quello dell'ASL 10), spiega che «per capire che cosa dà valore ai clienti/pazienti la prima cosa da fare è ascoltarli (*voice of the customer*): pensare che i tecnici interni abbiano lo scibile in mano e sappiano

¹⁰ Fonte: Indagine di qualità percepita del Dr. B. Abbate, citata in Mechi e Gemmi, "Organizzazione Lean dell'Assistenza, 2010".

¹¹ I cinque principi base del *Lean Thinking*, che rappresentano una sequenza di un processo di cambiamento ideale, proposti dagli studiosi anglosassoni Womack and Jones possono essere sintetizzati nei termini seguenti: 1. Definire il valore per il cliente; 2. Identificare il flusso di valore; 3. Far scorrere il flusso individuato senza interruzioni; 4. Attivare una gestione pull delle attività, cioè lasciare che sia il cliente a «tirare» il valore; 5. Perseguire la perfezione, secondo una logica di miglioramento continuo. Si veda Womack J., Jones D., *Lean Thinking*. New York, NY: Simon & Schuster, 2003.

cosa sia più importante per il paziente è l'errore che spesso si commette anche nelle aziende più brillanti. Quanto agli sprechi da evitare, non bisogna dimenticare quello dell'intelletto delle persone che lavorano, per cui un obiettivo fondamentale dev'essere di accendere il loro cervello».

Figura 4.1 Alcune differenze fra metodi convenzionali e metodi *Lean*.

Metodi convenzionali	Metodi lean	Quindi ...
Elaborare i problemi all'interno degli uffici	Andare dove si svolge il lavoro	Go to see
Coinvolgere gli alti livelli di management	Coinvolgere quelli che stanno nella zona del valore	Rispetto per le persone
Seguire le voci più forti	Usare i dati	Misure
Lavorare su supposizioni	Testare rapidamente le soluzioni	PDCA (Plan, Do, Check, Act)

Come ricorda la dott.ssa Mechi, una dei due project leader della riorganizzazione dell'ASL 10 insieme al dott. Fabrizio Gemmi, «il background di Marroni lo spinse sin da subito a indagare e conoscere le potenzialità applicative dei principi del *Lean Thinking* all'ASL 10. Fu così che fu avviata sin dal 2004, con la società di consulenza di direzione e formazione manageriale Galgano & Partners, una consulenza volta a studiare le possibilità di applicazione dei principi del *Lean Thinking* e del *Kaizen*¹² in sanità. Con il loro supporto furono intraprese alcune iniziative formative (due «settimane *Kaizen*» in due dei presidi ospedalieri aziendali), ma si trattava ancora di piccoli tentativi embrionali. Il *Lean Management* in sanità infatti era una tematica del tutto inesplorata in Italia, con pochi esempi, anche se significativi, solo nel mondo anglosassone».

Ad esempio, nel 2001 negli Stati Uniti, al Virginia Mason Medical Center di Seattle si iniziò pionieristicamente a introdurre i principi del Toyota Production System (TPS), chiamati «the Virginia Mason Production System, or VMPS»¹³: l'esperimento, nato da un fortuito incontro in aereo nel 2000 di John Black – noto consulente aziendale specializzato nella filosofia *Lean* – e il

¹² Il termine kaizen deriva dall'unione di due termini: kai = cambiamento e zen = per il meglio. Kaizen assume quindi il significato di miglioramento continuo, «andare verso il meglio».

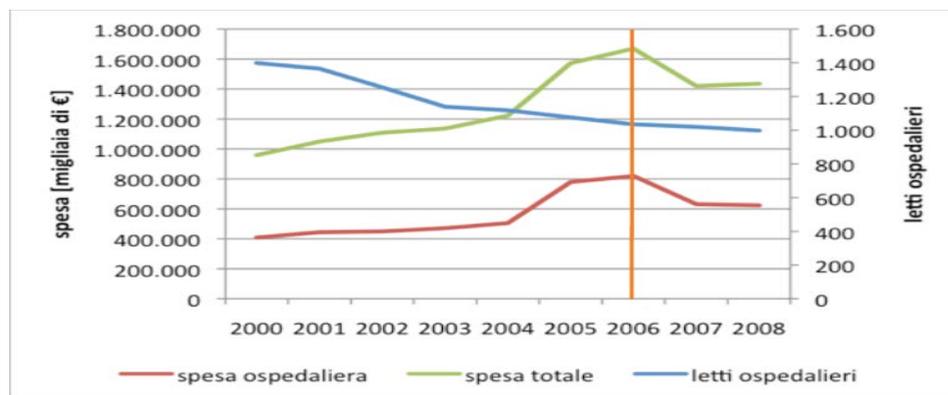
¹³ Si veda <https://www.virginiamason.org/VMPS>.

presidente dell'ospedale Mike Rona, diventò il primo esempio di implementazione del Toyota Management Method nel settore dell'*health care*¹⁴ nonché un interessante caso di studio a livello internazionale. Nel 2005, poi, l'Institute for Healthcare Improvement - IHI, l'istituzione americana più prestigiosa nel settore sanitario, pubblicò un White Paper dal titolo «Going Lean in Health Care»¹⁵.

Nell'ASL 10, nel 2005, si iniziò a organizzare con successo l'attività formativa sul *Lean Thinking* per lo staff della struttura «Qualità Aziendale». Nel frattempo, Marroni costituì progressivamente una nuova squadra manageriale, con scelte estremamente meditate. «Dopo aver avviato le prime iniziative sul *Lean* – afferma Marroni – capii che mi serviva una squadra di persone che avessero la stessa visione strategica che avevo io, che fossero cioè profondamente convinte dell'importanza di avviare una riorganizzazione aziendale avendo come fondamento i principi del *Lean Thinking*. Capii che per cambiare veramente occorreva convincere le persone, partendo dalla squadra che doveva guidare il cambiamento».

Il 2006 fu così l'anno di svolta. Nonostante la progressiva riduzione dei posti letto la spesa ospedaliera e quella totale erano in continua crescita (Fig. 4.2).

Figura 4.2 L'andamento della spesa sanitaria e del numero dei letti ospedalieri in ASL 10.



All'inizio del 2006 Marroni coinvolse il dott. Tosi, nominandolo Direttore Sanitario. All'epoca Tosi era primario di nefrologia, lavorava da oltre 10 anni

¹⁴ Si veda <http://medsupplychain.org/pdfs/Schaefer-VMULeanPresentation.pdf>.

¹⁵ Going Lean in Health Care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005. (Available at <http://www.ihl.org>).

nella ASL 10 e ricopriva la carica di responsabile regionale della Cimo, l'associazione sindacale di medici autonoma, oltre a ricoprire la carica di segretario dell'Ordine dei medici di Firenze. «L'aver scelto una persona che era un sindacalista ed un clinico fu fondamentale. Come clinico, infatti, parlava ai clinici alla pari, con un'esperienza sindacale alle spalle», ricorda Marroni. «Nei primi due-tre mesi di incarico, Marroni mi iniziò a parlare della *Lean Production* – afferma Tosi –. Io non ne sapevo niente, lui mi accennò che si trattava del modello organizzativo adottato dalla Toyota, con il quale la casa automobilistica giapponese era diventata leader mondiale. Mi disse di leggermi qualcosa e così feci. Ad una prima lettura mi colpì subito la grande semplicità dell'approccio ed il focus che aveva nell'utilizzare al massimo le capacità delle persone. In quel periodo la sanità italiana era in una fase rivoluzionaria. Erano da poco state riorganizzate le professioni sanitarie e gli infermieri erano ora persone laureate che pretendevano giustamente di essere valorizzate per la loro professionalità. Mi resi così conto che per medici, infermieri e tecnici con il *Lean Thinking* si aprivano grandi potenzialità, perché potevano apprezzare per primi la nuova logica organizzativa che valorizzava le loro competenze. Gli infermieri potevano essere responsabilizzati e dotati di maggiori competenze e si potevano raggiungere gli stessi obiettivi e risultati con un numero inferiore di medici, cui venivano demandati solo i compiti per i quali la loro presenza risultava veramente necessaria, trattandoli come professionisti di altissimo livello».

La riorganizzazione doveva agire su tre pilastri: l'ottimizzazione del servizio offerto, lo sviluppo delle competenze e la valorizzazione delle persone.

Ad aprile 2006 fu nominata come Dirigente Sanitario del Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica la dott.ssa Maria Grazia Monti, che aveva alle spalle una lunga carriera come infermiere professionale, caposala e responsabile dell'Assistenza infermieristica nella ASL 10. «La mia nomina – ricorda Monti – aveva un mandato molto chiaro: collaborare per studiare insieme all'Ingegnere ed al suo staff le modalità migliori per riorganizzare gli ospedali della ASL in accordo con il piano sanitario e con il quadro normativo ed istituzionale». Dopo un iniziale sconcerto, aderì totalmente al progetto: «il carisma di Marroni, la sua passione ed il linguaggio inusuale per un'amministrazione pubblica e per il mondo sanitario furono trascinanti. Per me è stata un'esperienza entusiasmante anche se faticosissima: le idee di Marroni ed il metodo che proponeva di adottare furono capaci di rivoluzionare il modo con il quale avevo visto sino a quel momento l'azienda e la mia professione».

La dott.ssa Mechi e il dott. Gemmi furono entrambi nominati leader del progetto di modernizzazione dell'assistenza ospedaliera per l'Azienda Sanitaria di Firenze (progetto OLA, Organizzazione Lean dell'Assistenza), cui

si affiancò un *team* di giovani ingegneri gestionali. «Anche la scelta degli ingegneri gestionali fu vincente - afferma Marroni. Il loro profilo li rendeva “neutri”; perciò nel proporre i cambiamenti organizzativi non venivano percepiti come figure conflittuali dai professionisti medici ed infermieri».

Ricorda Mechi: «L’origine della scelta di Marroni non va ricercata nella mera volontà di ridurre i costi nel breve periodo, ma nell’idea lungimirante di avviare una riorganizzazione che potesse esprimere tutte le sue potenzialità nel medio-lungo periodo». Inoltre, uno dei principi cardini del *Lean Thinking* è che non si realizzano mai tagli alle risorse liberate grazie a una migliore organizzazione e all’eliminazione degli sprechi. Le risorse liberate devono essere, invece, riutilizzate per attività che aggiungono valore. Nel caso di una ASL, quindi, l’obiettivo principale è quello di recuperare tempo nell’attività quotidiana dei professionisti da reinvestire in una migliore relazione con il paziente¹⁶.

Marroni chiese a Mechi e a Gemmi di presentargli alcune proposte operative per applicare i principi *Lean* all’ASL, identificando le attività ospedaliere che potevano beneficiare di una riorganizzazione radicale. «Noi iniziammo così ad accarezzare il sogno di cambiare l’ASL 10 seguendo un approccio nuovo, basato sul *Lean Thinking* ma calato sulle necessità di una azienda sanitaria italiana», afferma Mechi. «In quel periodo due studiosi, Womack and Jones, uno americano e l’altro inglese, pubblicarono un articolo che metteva in luce i “pericoli” nell’applicare il *Lean Thinking* in sanità: dare troppa attenzione agli strumenti, mettendo in secondo piano la filosofia *Lean*, con i suoi valori e la sua cultura; inoltre realizzare piccoli esperimenti rischiava di non esprimere la vera essenza e le reali potenzialità del *Lean*». Partendo da queste indicazioni, «l’idea guida per noi fu quella di dare la caccia agli sprechi, migliorando la qualità delle prestazioni e concorrendo a ridurre i costi, riorganizzando l’intera azienda sanitaria». Lo scopo ultimo della riorganizzazione fu dunque la facilitazione del percorso ospedaliero per il paziente, chiedendosi continuamente «questo aggiunge valore per il paziente?» Ad esempio sono sprechi le attese evitabili, la duplicazione di richieste di informazioni da più servizi, il passaggio di mano non governato tra servizi o professionisti diversi¹⁷.

Come i dipendenti del Virginia Mason furono mandati a studiare la Toyota¹⁸, Gemmi e Mechi iniziarono a studiare l’organizzazione della Ducati Motor Company. Grazie a questa opportunità, i due manager maturarono l’idea di riorganizzare gli ospedali fiorentini sulla base di sei linee di produzione. Racconta il dott. Gemmi: «rimasi sorpreso nello scoprire che la

¹⁶ Si veda <http://saperi.forumpa.it/story/33516/organizzare-lazienda-sanitaria-modalita-lean>.

¹⁷ Vedi <http://saperi.forumpa.it/story/33516/organizzare-lazienda-sanitaria-modalita-lean>.

¹⁸ Vedi <http://leanvalley.eu/2010/03/728-articolo-lospedale-modello-come-una-fabbrica/>

Ducati, a fronte di decine di modelli di motoveicoli prodotti, aveva solo due linee di produzione – racconta Gemmi –. Soprattutto mi colpì il fatto che le due linee fossero “moto carenate” e “moto non carenate”. Ci spiegarono che quella era la vera discriminante, ciò che effettivamente diversificava l’attività produttiva in Ducati. All’interno di quelle due linee nascevano poi tutti i modelli Ducati. Iniziammo così a pensare a cosa rendeva effettivamente differenti i pazienti della nostra ASL. La domanda che ci guidò fu: come possiamo distinguere i nostri pazienti, cosa li rende così diversi da richiedere una organizzazione dei reparti e del lavoro realmente diversa?». Furono così definiti il modello di linea e le sei linee (chirurgia programmata, chirurgia in urgenza, *high care* medica¹⁹, *outpatients*²⁰, percorso nascita, *low care*²¹) con le quali riorganizzare gli ospedali, cioè la nuova struttura organizzativa basata sui flussi di valore» (Fig. 4.3).

Dopo l’esperienza alla Ducati furono chiare le scelte che era necessario compiere per migliorare l’organizzazione: innanzitutto occorreva distinguere la chirurgia d’urgenza da quella programmata. «Fino ad allora, infatti, non si teneva in considerazione il fatto che all’interno degli ospedali l’urgenza è assolutamente stabile: le statistiche ci indicano infatti che è possibile prevedere ogni giorno, ad esempio, quanti interventi al femore su pazienti giunti in urgenza, e quindi non programmati, dovrò fare. Di questi pazienti non si conosce in anticipo il nome, ma si sa che si presenteranno nei nostri ospedali ed avranno bisogno di assistenza», afferma Gemmi.

A fronte di tali esigenze non programmate ma programmabili, bisogna essere in grado di organizzare le sale operatorie, il personale, l’assistenza e così via, senza stravolgere l’attività di chi si occupa, invece, di assistere quei pazienti che hanno un appuntamento, sono già conosciuti dai medici, hanno già fatto le indagini cliniche necessarie, sanno cosa li attende ecc. È pertanto evidente che pazienti in urgenza e programmati sono diversi, con esigenze di assistenza diverse. Allo stesso modo, ad esempio, era necessario creare una linea a parte per il percorso nascita, che fino ad allora era gestito all’interno di reparti di ginecologia ed ostetricia. «Capitava infatti che nelle stesse stanze fossero ricoverate donne in procinto di partorire o con i loro neonati e donne che avevano subito interventi chirurgici che le rendevano sterili», ricorda Gemmi.

L’elemento comune di ogni linea non era il problema clinico (ad esempio un’esigenza ginecologica), ma i bisogni assistenziali: sotto questo profilo, per esempio, la nascita di un bambino è radicalmente diversa dall’intervento

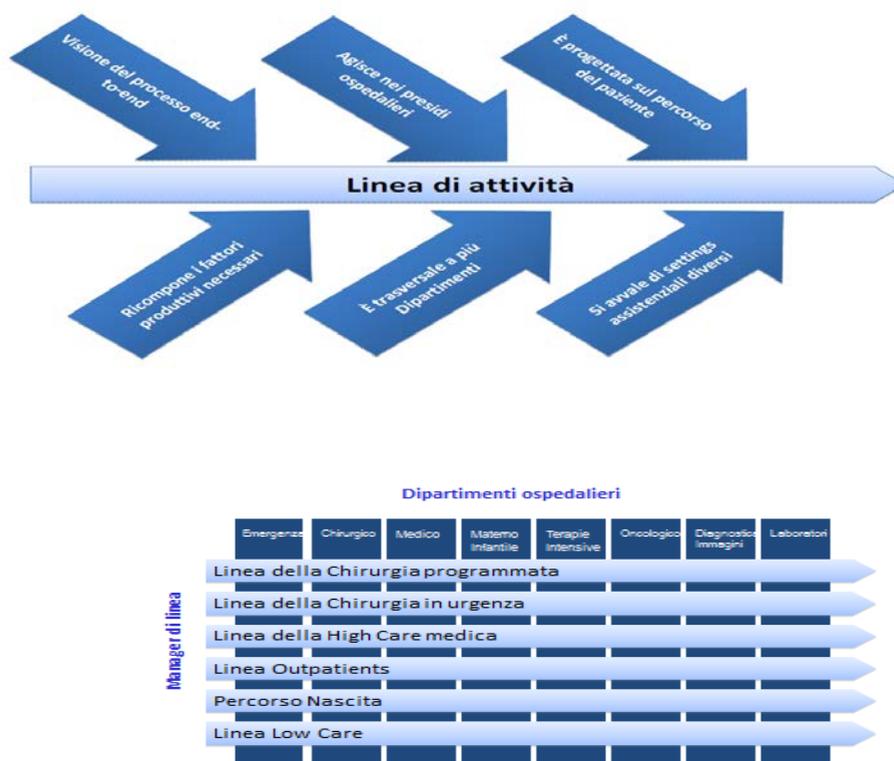
¹⁹ Per high-care si intendono i ricoveri di tipo medico, con necessità di cura continuata nelle 24 ore oppure in day hospital, che in ogni caso richiedono una alta intensità di assistenza sanitaria.

²⁰ Gli *outpatients* sono i pazienti non ricoverati che si sottopongono a cure ospedaliere ambulatoriali o di day service.

²¹ Per low care si intende la degenza a basso grado di assistenza.

chirurgico, così come molto diverso è trattare l'urgenza rispetto alla programmazione ecc.

Figura 4.3 Il modello di linea e le linee negli ospedali dell'ASL 10.



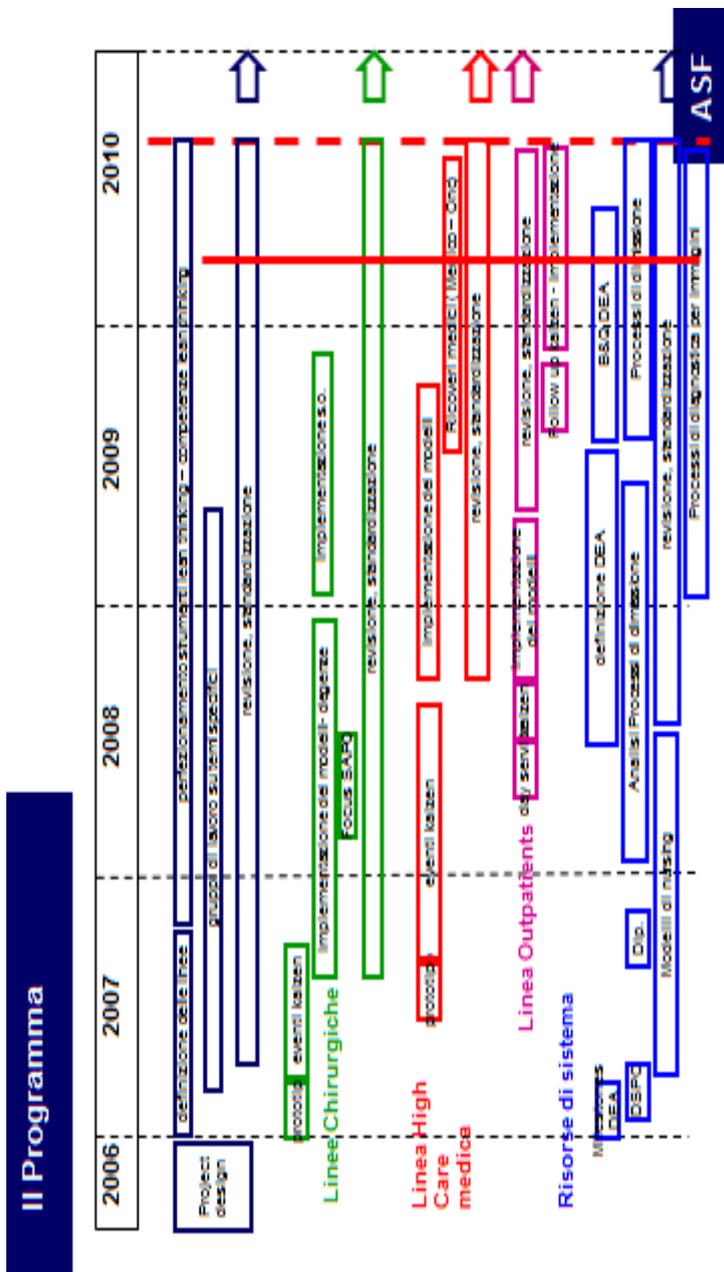
Nel 2006, dopo una serie di rinvii, Marroni decise di avviare la riorganizzazione totale dell'azienda. Lui stesso ricorda l'avvio del progetto: «la fase preparatoria servi per convincere gli altri, ma anche per autoconvincermi che era una scelta giusta e possibile. Tosi ad esempio mi domandò come mai, vista la semplicità e il buon senso che sottende al *Lean Thinking*, nessuno era riuscito a replicarlo, perché cioè i concorrenti della Toyota non erano riusciti ad implementare anch'essi la stessa filosofia. Risposi allora che il problema andava ricercato nell'approccio culturale e che la convinzione e la volontà di cambiare devono essere fortemente assimilati innanzitutto dai leader; imporre dall'alto di implementare l'organizzazione *Lean* non funzionerebbe neanche nell'ambiente militare. Solo convincendo intimamente le persone è possibile

poi riuscire a intervenire sul “come” le persone si comportano quando sono sul proprio posto di lavoro. La mia esperienza nella direzione di fabbriche del gruppo Fiat aveva rafforzato in me la convinzione che la figura del “quadro”, l’equivalente del capo sala in ospedale, è determinante. Mi incontravo tutti i venerdì per il *briefing* settimanale con il direttore sanitario e con gli altri membri del mio staff. Avevo già pronto il progetto sulla mia scrivania. Ogni volta ci chiedevamo: si parte? Ma rimandavamo sempre, perché volevo essere sicuro che la squadra fosse intimamente convinta, che avessimo scelto bene tutti i “leader molecolari” e che tutti fossero “convertiti”. Volevo cioè essere certo che il mio esercito, le mie truppe mi avrebbero seguito».

Ci vollero circa sei mesi per approvare definitivamente il progetto. «Marroni era alle soglie della scadenza del primo mandato come Direttore Generale ed aveva avuto risultati egregi. Fu quindi con grande coraggio, mosso dalla sua innata attitudine a cogliere le sfide, che Marroni decise di sostenere e far partire il progetto», afferma Mechi.

Così, nel 2007, il progetto OLA partì e fu centrato su tre principi: organizzazione semplice, processi centrati sull’utente, valorizzazione delle competenze (Fig. 4.4). La strategia individuata comportava così l’abbandono dei vecchi modelli organizzativi per funzione, che spezzettavano i processi operativi e gestionali interni, obbligando i professionisti medici e sanitari a lavorare solo sulla propria «piccola fetta di attività». «Marroni decise di non lasciare alcuna ‘scialuppa di salvataggio’ – ricorda Monti –, il progetto avrebbe coinvolto tutta l’azienda, senza eccezioni. La sua intuizione era chiara: in un ambiente come quello sanitario, poco abituato al cambiamento, se ci fossero state delle scialuppe, cioè delle aree non coinvolte, tutti o comunque la maggior parte avrebbero scelto quelle, lasciandoci soli nella navigazione».

Figura 4.4 Il programma del progetto OLA.



Oltre al «modello di linea», un altro elemento essenziale della riorganizzazione era il «modello di cellula» (Fig. 4.5), che coinvolse ampiamente e prevalentemente il personale infermieristico. La riorganizzazione dell'ASL 10 prevedeva infatti il passaggio da un modello organizzativo dei reparti «per compiti» a un modello in cui ciascun operatore infermieristico fosse responsabile di un maggior numero di attività, cercando di responsabilizzarlo sull'intero processo con la finalità di aumentarne la soddisfazione e la gratificazione e aumentando contemporaneamente l'efficienza.

Figura 4.5 Il modello di cellula.



A tal fine furono riprogettati i *layout* dei reparti sulla base del «layout di cellula»: in sostanza, ogni equipe multidisciplinare (medici, infermieri, OSS) aveva la responsabilità di un gruppo ristretto di pazienti collocati in aree più circoscritte del tradizionale reparto ospedaliero, riducendo le attività prive di valore per il paziente (come gli spostamenti nei corridoi e per le stanze, per raggiungere ad esempio le stanze di servizio ove erano conservati farmaci, carrelli medici, biancheria, ecc.) ed aumentando parallelamente, invece, le attività ad alto valore per il paziente stesso (come la cura e l'assistenza diretta). Ogni linea si componeva quindi di molteplici cellule (Fig. 4.6). La cellula, composta da stanze di degenza e stanze di servizio, doveva essere in grado di fornire tutte le risorse necessarie per aumentare la rapidità d'azione del personale, riducendo gli «sprechi»: in ogni cellula, quindi, erano prontamente disponibili la documentazione clinica dei pazienti, gli apparecchi medicali, i carrelli multifunzionali, quelli per l'igiene e la biancheria, computer e stampanti, telefono e fax. Tali dotazioni, invece che essere disponibili contemporaneamente solo in un luogo del tradizionale reparto (le stanze di servizio), venivano così distribuiti nelle nuove «cellule».

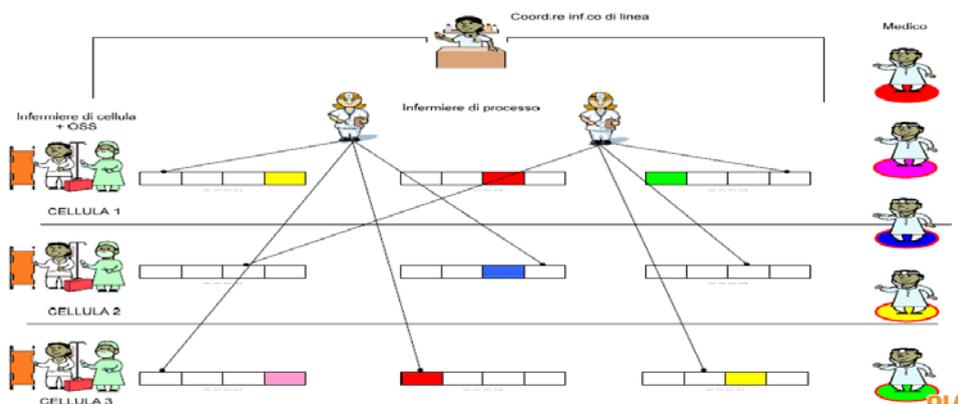
«Il supporto di un architetto capace come Anna Carlomagno fu determinante, perché lei riuscì a tradurre le nostre idee in concreto, dando una nuova veste agli ambienti e riorganizzando al meglio gli spazi», ricorda

Gemmi. «Fra le performance, in quegli anni misuravamo il tempo in cui un infermiere è a contatto con il singolo malato: in un turno, quello centrale della giornata (dalle 8 alle 16), non più di 3-4 minuti – dichiara Marroni. - Emerse che il 65% del tempo di lavoro di un infermiere era dedicato a scrivere, a cercare e spostare materiali etc. Con la riorganizzazione venne superata la parcellizzazione delle mansioni fra molti infermieri diversi: a ciascun infermiere vennero affidati più compiti ma meno malati (10-12 a testa). Aumentò così del 70% circa (fino a sei minuti) il tempo dedicato a ciascun malato».

Contemporaneamente, sempre ispirandosi al «modello Toyota» al fine di evitare gli stoccaggi, fu riorganizzato il sistema di fornitura dei farmaci, pensato come un processo snello basato sulla gestione *just in time* delle scorte: il *Kanban*, che in giapponese significa «cartellino» e che permette di evitare le scorte inutili tramite la reintegrazione delle scorte via via che vengono consumate. Furono altresì ripensate le modalità di localizzazione e rifornimento del materiale di consumo, al fine di ridurre il tempo a ciò dedicato da parte del personale: ad esempio, disponendo traverse e lenzuola direttamente nelle stanze e ponendo dei segni colorati negli scaffali in modo da poter rifornire le stanze senza dover contare i prodotti, ma limitandosi a misurare lo spazio da rioccupare.

Tutti gli intervistati concordano nell'affermare che l'appoggio degli infermieri alla riorganizzazione fu ampio e fondamentale per il successo del progetto. Gli infermieri rappresentano circa la metà del personale totale della ASL. Il loro coinvolgimento e l'accettazione da parte loro del cambiamento erano dunque essenziali. Ricorda Monti: «il messaggio di Marroni colpì profondamente il personale infermieristico: l'Ingegnere nei suoi discorsi al personale fece capire chiaramente che il cambiamento avrebbe coinvolto tutti e verteva sul riconoscimento della giusta rilevanza del lavoro di ciascuno, nessuno escluso, dall'operatore sanitario neoassunto al primario, secondo la chiara logica che "nessuno meglio di chi svolge effettivamente una certa attività ne conosce le esigenze, le problematiche e le soluzioni migliori". Nessuno sarebbe restato fuori né avrebbe potuto chiamarsi fuori. Gli infermieri riconobbero così subito nel progetto OLA una grande opportunità per ottenere finalmente il giusto riconoscimento delle proprie prerogative e della professionalità acquisita».

«Fu una rivoluzione spinta dagli infermieri – sottolinea Marroni – i medici hanno fatto molta resistenza. Le infermiere che ci credono sono tostissime, e poi, a differenza dei medici, all'Università ricevono una formazione specifica sui temi di gestione e organizzazione aziendale».

Figura 4.6 Il nuovo modello di assistenza dell'ASL 10.

Il messaggio che Marroni cercò di trasmettere all'azienda era molto chiaro: chi accettava di ricoprire posti di responsabilità doveva essere convinto della necessità di riorganizzare l'azienda e che la soluzione giusta fosse quella di implementare il *Lean Thinking*. «Ad esempio, anche i bandi da primario che furono fatti da quel momento in poi prevedevano che fossero valutate non solo le competenze cliniche, ma anche quelle organizzative: cercavamo cioè persone che fossero in sintonia con la strategia aziendale, per evitare che a fare un errore fossimo in due, chi selezionava e chi accettava l'incarico. Mi resi conto che non potevo fare la strategia dell'ASL 10 puntando tutto sulla clinica: da noi non si facevano le staminali né i trapianti, non eravamo un ospedale universitario come Careggi. Capii che saremmo dovuti diventare forti facendo bene tante cose, offrendo dei servizi sanitari buoni a tante persone e standardizzando. Il nostro vantaggio competitivo ce lo siamo conquistati sui numeri, sulla gente, sull'efficienza. Queste cose appassiano gli infermieri, non i medici».

Dopo circa un anno dall'avvio del progetto, sia la linea chirurgica che quella medica furono riorganizzate in quattro ospedali dell'ASL.

In parallelo, fu introdotta la cartella elettronica integrata, che integra la cartella clinica, grazie alla quale i medici possono consultare la storia clinica del paziente in tempo reale sul computer, e la cartella infermieristica, che permette agli infermieri della ASL di avere un tracciato del processo di *nursing* completo. La cartella elettronica permetteva quindi a tutto il personale sanitario di ricostruire la «storia» del paziente attraverso il computer in tempo reale, senza dover ricorrere a documentazione cartacea da spostare fisicamente da una stanza all'altra e da una persona all'altra. Come ricorda Tosi, la cartella elettronica fu indubbiamente un tassello centrale del successo del

progetto OLA. Si trattava infatti di un supporto notevole per i medici, che l'apprezzarono ed accettarono meglio i cambiamenti che proponevamo loro. Per quanto riguarda gli infermieri, la cartella infermieristica informatizzata riuscì ad intercettare un grande bisogno esistente, valorizzando le informazioni importanti per tale categoria di professionisti ed agevolandone notevolmente il lavoro. «Firenze è probabilmente una delle pochissime aziende in Italia, forse l'unica, che dispone di questo strumento di lavoro importante. Tutti la vorrebbero e a Firenze ormai da anni è una realtà», affermano Monti e Zoppi, dirigente professioni sanitarie infermieristiche dell'ASL 10.

Dopo l'avvio del progetto OLA gli anni successivi furono dedicati a perfezionare la riorganizzazione, che veniva continuamente messa in discussione sia dai dirigenti, sia dal personale. «Valutavamo le critiche che ci venivano mosse (ad esempio sulla aumentata rigidità nella programmazione delle visite e degli interventi) – afferma Tosi – e cercavamo poi di spiegare le ragioni all'origine delle scelte di volta in volta fatte. Tuttavia non siamo mai tornati indietro, il progetto è andato avanti senza cambiamenti. La chiave del successo è stata il nostro essere proattivi, gestendo i problemi subito, sul nascere, senza lasciarli incancrenire. Il gruppo dirigente, fatto di persone che ci credevano, lavorava per intervenire non appena si creava un problema o nasceva una contrapposizione tra figure professionali, ad esempio fra chirurghi e infermieri nei reparti».

4.3 La leadership e il coinvolgimento continuo del personale

La profonda convinzione con cui Marroni gestì il processo di riorganizzazione dell'azienda sulla base del *Lean Thinking* durante gli otto anni di permanenza in azienda come Direttore Generale furono fondamentali per il successo del progetto. «Marroni premeva quotidianamente per partire con il progetto - ricorda Tosi -; aveva per carattere la necessità di introdurre qualcosa di nuovo, di rivoluzionario. Mi ero laureato nel '75 e fino al 2006 tutto in sanità era rimasto sostanzialmente immutato. L'idea di fare qualcosa di veramente nuovo entusiasmava anche me, vedevo l'opportunità di poter contribuire finalmente alla crescita delle professionalità in sanità. Capii così che con il *Lean Thinking* si trattava non tanto di cambiare un modello organizzativo, ma una cultura; pertanto, per raggiungere il successo occorrevano grandi sforzi comunicativi e il confronto continuo con tutta l'azienda, coinvolgendo il personale nel progetto. Inoltre, se si tratta di cambiare la cultura, non si poteva fare senz'altro in un anno».

Marroni propose da subito una serie di incontri informali con i membri del suo staff. Tutte le sere alle 19 si riuniva fino alle 20,30 con Tosi e con il direttore amministrativo Vannozzi per parlare di strategie aziendali e per

capire dove e come effettuare i tagli imposti in misura crescente dalle politiche nazionali e regionali.

Il gruppo dirigente dell'ASL 10 si distingueva per essere un gruppo coeso. Come ricorda Tosi, «eravamo un gruppo, quello che diceva ciascuno di noi poteva essere stato detto da qualunque altro membro. Era una cosa bellissima, nata parlando, dal dialogo continuo, dalla condivisione. Ogni lunedì era prevista una riunione fra i membri dello staff direzionale per discutere e trovare la soluzione ai problemi. La soluzione si trovava sempre con la collegialità. Nella ASL 10 si era formato quindi un gruppo dirigente forte e coeso, costruito in 4-5 anni; tale risultato era stato raggiunto grazie, quindi, al tempo che abbiamo avuto a disposizione per progettare e realizzare un cambiamento radicale». «Le relazioni umane sono state fondamentali – sottolinea Monti – il sentirsi uniti ed il condividere le scelte ha aumentato il coraggio e la passione di tutti». «Quando arrivai all'ASL 10 in giro si diceva “questo dura tre mesi” – ricorda Marroni – in realtà ci sono rimasto per quasi otto anni e ho formato un gruppo dirigente: in parte erano giovani che venivano da società di consulenza e avevano assunto ruoli di responsabilità nell'area amministrazione, nel bilancio e nel controllo di gestione dell'ASL. Altri li ho scoperti lavorando con loro: innanzi tutto il direttore sanitario, persona di grande valore, alcuni medici, ma soprattutto gli infermieri e, in primis, la loro dirigente».

La riorganizzazione fu illustrata al personale attraverso una serie di *convention*. Furono organizzati oltre 65 eventi nel corso di un anno, coinvolgendo 100 collaboratori per volta, «mixati» per grado, tipo di lavoro e sede, in risposta all'esigenza del nuovo Direttore di conoscere tutte le 7.000 persone che lavoravano per l'ASL 10. Nel corso di ogni *convention* la Direzione illustrava al personale la strategia e l'andamento dell'azienda e promuoveva lavori di gruppo centrati sull'interrogativo «come vedi la tua azienda? ». Furono inoltre realizzati corsi di formazione specifici sul *Lean Thinking*.

Ricorda Marroni: «Durante una convention, a Viareggio nel 2007, lanciavi un messaggio chiaro: potevamo discutere e cercare di migliorare alcuni aspetti, ma l'obiettivo finale non era negoziabile. Affermai con forza che era mia autorità e mio dovere dare una strada all'azienda, sottolineando che il mio mandato di direttore generale si legava in modo inscindibile a questo progetto. La linea era chiara. Posto quindi che l'obiettivo andava perseguito, chiesi ai professionisti medici ed infermieri che mi ascoltavano di aiutarci a realizzarlo».

Secondo la dott.ssa Mechi, «il segreto della snellezza con la quale è stato implementato il *Lean Thinking* in ASL 10 è la buona base progettuale sulla quale si è costruito il processo operativo, cercando di coinvolgere le persone il

più possibile al fine di prepararle al cambiamento ascoltandone le esigenze ed i suggerimenti». Ricorda il dott. Tosi: «Il progetto della riorganizzazione applicando i principi *Lean* fu studiato per oltre un anno a tavolino e poi furono formate circa 800 persone (Fig. 4.7, n.d.r.); per sei mesi, insieme agli altri membri della Direzione, abbiamo incontrato i nostri dipendenti a blocchi di 100 persone. Investimmo tantissimo in comunicazione, confronto, dibattito».

Figura 4.7 Il personale coinvolto nella formazione per il progetto OLA

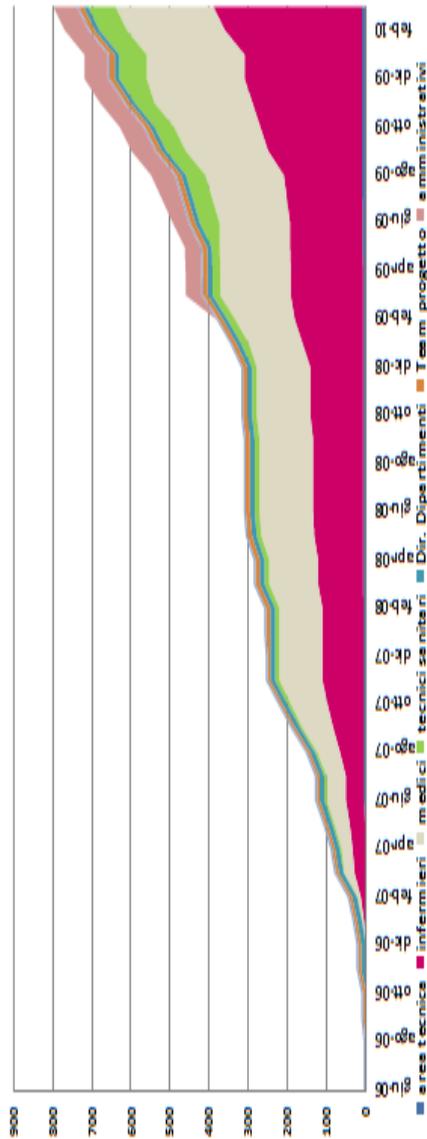
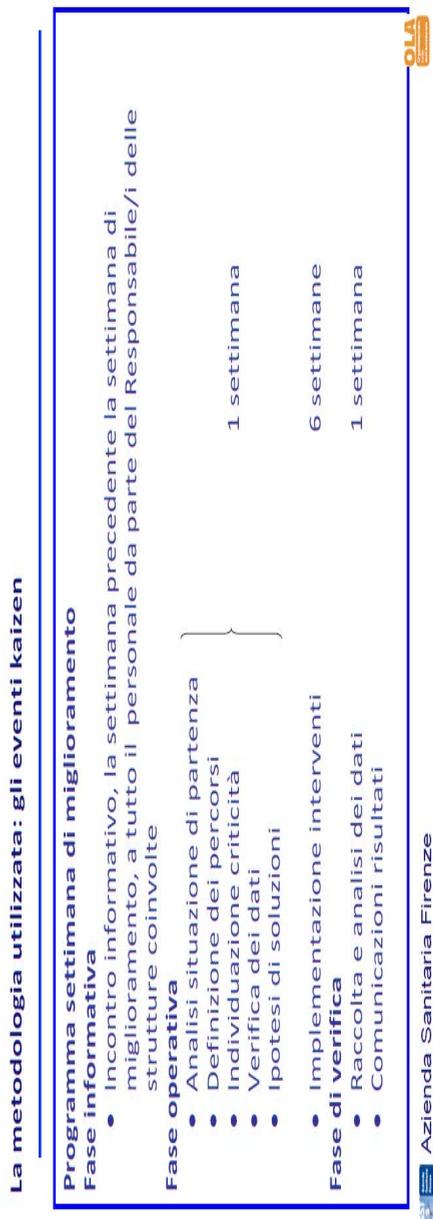


Figura 4.8 Gli Eventi Kaizen



La metodologia seguita per promuovere il cambiamento fra il personale furono gli *Eventi Kaizen* (Fig. 4.8), basati sulla ricerca del miglioramento di un intero flusso di valore o di un singolo processo per creare più valore con minor spreco.

Tali eventi furono organizzati in modo sistematico durante tutto il 2007, partendo dalle linee della chirurgia, per poi passare alla high care medica e così via. Si svolgevano con settimane di *full immersion* (i cosiddetti «caminetti», che prendevano il nome dal grande caminetto che troneggiava nella sala dove tali eventi si svolgevano)²², durante le quali gruppi misti (composti da tutte le professionalità impiegate nelle «linee»: primari, medici, infermieri, tecnici, operatori socio-sanitari/OSS) lavoravano insieme per cinque giorni scambiandosi idee, discutendo fra loro anche animatamente ed imparando a conoscersi reciprocamente ed a conoscere sempre meglio i rispettivi ruoli, competenze ed esigenze.

L'obiettivo ultimo degli Eventi Kaizen era definire nel dettaglio, con il personale sanitario coinvolto in prima linea nell'assistenza giornaliera, le attività che sarebbero state svolte una volta che la riorganizzazione fosse partita. Occorreva entrare nel merito dei processi, comprendere fino in fondo e dal basso i fabbisogni organizzativi. «Inizialmente incontrammo alcune difficoltà dovute al timore del personale di fronte ad un progetto che ancora non conoscevano. Ad esempio, alla fine della prima giornata del primo evento che organizzammo ci domandammo quanti dei circa 20 partecipanti sarebbero tornati il giorno successivo – ricorda Gemmi –. La prima giornata, infatti, fu caratterizzata da forti discussioni fra chirurghi ed infermieri, ciascuno assumendo un atteggiamento conservatore, timoroso di perdere qualcosa della propria professionalità. Invece, il giorno successivo, tornarono tutti».

«Alla fine degli incontri si creava un clima di fiducia e rispetto reciproco, una cosa bellissima! – dichiara Tosi –. Queste esperienze furono edificanti per noi. Ad esempio, durante una giornata formativa chiedemmo ai partecipanti di descrivere come vedevano l'azienda di oggi. Alcuni raffiguravano l'azienda come il Titanic... Ci rendemmo conto che occorreva motivare il personale: era evidente che l'azienda era spenta, con poca motivazione».

Gli incontri con il personale hanno permesso alla dirigenza aziendale di conoscere anche molti «talenti» nascosti, personale dotato di superiori capacità sino a quel momento poco o per nulla valorizzate.

Le organizzazioni sindacali sono state coinvolte da subito nel progetto. Furono realizzati incontri mensili nei quali condividere lo stato di avanzamento del progetto. Inoltre, il sito aziendale dedicò una sezione specifica all'illustrazione del progetto e delle sue fasi. Ricorda Tosi: «All'inizio

²² La sede degli eventi formativi era stata scelta volutamente per evitare che i partecipanti, soprattutto i medici, potessero essere chiamati dal loro staff per interventi o consulti urgenti. La scelta logistica, quindi, era stata fatta proprio per coinvolgere totalmente i partecipanti per l'intera giornata e «impedire» loro di assentarsi, anche solo per brevi periodi, a causa di richieste di interventi nei propri reparti.

ci furono senz'altro delle difficoltà, ma lo sforzo dedicato alla preparazione, alla comunicazione, al dialogo e alla formazione pagò. Ogni 15 giorni tenevo riunioni con i sindacati per informarli su cosa era stato fatto nelle due settimane precedenti e annunciare loro cosa sarebbe successo nelle due successive, in modo che nessuno avesse sorprese. Inoltre, ogni anno venivano organizzati convegni e workshop per presentare i risultati raggiunti sino a quel momento. Per tenere sempre viva l'attenzione e l'entusiasmo del personale organizzavamo convegni, seminari, riunioni etc. a cui partecipavamo sempre. Un'attività che ci impegnava quasi a tempo pieno».

Nel progettare ed implementare un percorso di cambiamento come quello che ha sperimentato l'ASL 10 l'impegno (il *commitment*) è fondamentale. «La dirigenza doveva dimostrare continuamente che il progetto gli premeva, che il successo della riorganizzazione era una priorità», afferma Marroni.

«Le difficoltà incontrate sono state dovute prevalentemente alla scarsa comprensione del progetto da parte dei medici, alla loro difficoltà a capire adeguatamente le potenzialità insite nel poter investire molto più tempo negli aspetti clinici, piuttosto che in quelli amministrativi, organizzativi e burocratici. In sostanza videro spesso nella riorganizzazione una diminuzione del loro ruolo a vantaggio degli infermieri. Se potessimo ritornare indietro – concordano Mechi e Gemmi –, avremmo senz'altro investito maggior tempo ed energie sulla componente medica, cercando di far comprendere meglio le potenzialità della riorganizzazione». La gestione dei reparti diventava infatti con la riorganizzazione una responsabilità prevalentemente infermieristica, stravolgendo logiche che si erano ormai consolidate. La categoria infermieristica fu valorizzata al punto che, tenendo conto delle mutate esigenze e della nuova complessità del loro ruolo, furono nominati ben cinque nuovi dirigenti infermieristici, ciascuno con la responsabilità di funzioni trasversali, definite in modo innovativo. «Si trattò di un risultato eccezionale, che difficilmente sarebbe stato possibile raggiungere senza la determinazione di Marroni e Tosi», ricorda Monti.

4.4 I risultati ottenuti con la riorganizzazione

I risultati ottenuti con la riorganizzazione vanno da un aumento della produttività, in termini di numero di ricoveri e di numero di pazienti per posto letto, a una riduzione dei tempi di degenza fino al 10% e fino al 18% dei tempi di degenza pre-operatoria. Contemporaneamente, si è assistito a una diminuzione delle giornate di degenza fuori linea, ossia delle degenze che vanno al di là degli standard previsti. Dal punto di vista gestionale, con l'implementazione del progetto OLA le giacenze di magazzino si sono ridotte del 45% e l'utilizzo della carta si è dimezzato. Il dott. Sereni, Presidente del collegio sindacale dell'ASL 10

dal 2002, sottolinea come l'informatizzazione completa abbia permesso di risparmiare risorse e rendere più efficienti le attività.

Fra le altre cose, Marroni propose di introdurre nella ASL 10 il Modello 231/2001 pur non essendo obbligatorio per legge. «Tale scelta è emblematica dell'approccio di Marroni: dalla gestione per atti amministrativi a quella per processi gestionali», afferma Sereni. «Allo stesso modo fu Marroni a dare un forte impulso al Bilancio Sociale dell'ASL 10, con la finalità di rendere partecipi gli stakeholder delle attività svolte dalla ASL e degli obiettivi raggiunti non solo da un punto di vista economico, ma anche sociale».

Nel 2012 i dati del sistema di valutazione della performance della sanità toscana (REPORT 2012) elaborato dal MES della Scuola Superiore Sant'Anna evidenziano nel complesso una performance positiva, in miglioramento rispetto al 2011. L'anno precedente le performance erano state in forte miglioramento rispetto al 2010, evidenziando così un trend ormai consolidato di progresso nei risultati conseguiti. Nel 2012 la ASL 10 è considerata *best practice* toscana nella chirurgia in *day surgery* e per il percorso materno-infantile (con il dato più basso di fughe per parti a livello regionale) e il suo indice di performance, che misura l'efficienza dell'attività di ricovero in termini di degenza media, è tra i più bassi della Toscana, evidenziando la capacità dell'azienda di utilizzare in modo efficiente la «risorsa ospedale». Permangono aree di miglioramento, come ad esempio i tempi di attesa dei codici verdi al pronto soccorso o nelle dimissioni volontarie. Gli stessi dati del report segnalano un deciso miglioramento del clima interno rispetto al 2006: l'ASL 10 ha la percentuale di assenze del personale più bassa della Toscana ed è diventata una *best practice* ormai consolidata nella riduzione dell'assenteismo dei propri dipendenti²³. Anche il giudizio dei dipendenti sull'attività di formazione ricevuta è migliorato rispetto al 2006, quando tutti gli indicatori monitorati segnalavano una performance «media»: l'ASL 10 nel 2012 ha avuto la percentuale di assenze del personale più bassa della Toscana, rappresentando una *best practice* ormai consolidata nella riduzione dell'assenteismo dei propri dipendenti²⁴; inoltre, seguendo il *trend* già registrato nel 2010²⁵, i suoi risultati sono comunque superiori alla media toscana. Infine, un altro dato significativo è la valutazione data dai dipendenti al management nell'esercizio delle sue responsabilità²⁶: l'ASL 10 riporta, come già nel biennio precedente, giudizi «buoni», decisamente al di sopra della media toscana.

²³ Lo stesso risultato era stato conseguito anche nella precedente rilevazione.

²⁴ Lo stesso risultato era stato conseguito anche nella precedente rilevazione.

²⁵ L'indagine sul clima interno viene fatta a scadenze biennali. Per cui la precedente rilevazione su questi aspetti è del 2010.

²⁶ In particolare vengono sottoposte ai dipendenti domande quali: «Mi sento responsabilizzato sulla qualità dei risultati/servizi relativi al mio lavoro? », «normalmente ricevo direttive e istruzioni chiare sull'attività che devo svolgere? », «il lavoro è ben pianificato all'interno del mio gruppo e questo ci permette di raggiungere gli obiettivi previsti?», «nella mia struttura/unità operativa sento che le mie proposte di miglioramento vengono prese in considerazione? », «nel mio lavoro vengo aiutato a sviluppare le mie capacità» etc.

Per quanto riguarda i riflessi sui risultati di bilancio, va premesso che nelle aziende sanitarie essi dipendono non solo dalle politiche di controllo della spesa, ma anche dall'entità delle entrate derivanti dai contributi regionali. Infatti, come si legge nel Bilancio 2011 della ASL 10, «mentre i costi sono determinati dalle spese per la gestione delle attività e delle strutture, il valore della produzione, ovvero la componente principale dei ricavi, è determinato quasi interamente – circa il 90% – dalle assegnazioni del Fondo Sanitario Regionale, che non sono legate alle prestazioni erogate, ma alle cosiddette quote capitarie, cioè a valori predeterminati sulla base della popolazione residente e sulla base di quantità e costi standard. È quindi evidente che il risultato d'esercizio dipende non solo della gestione della attività, ma soprattutto dall'entità del fondo e dalla sua distribuzione». Così, per effetto dei contenuti incrementi ricevuti dalla Regione Toscana, la ASL 10 ha continuato ad attuare un'attenta politica di contenimento dei costi interni accompagnata da specifiche azioni di risparmio, al fine di contenere il disavanzo garantendo il mantenimento del livello qualitativo delle prestazioni, pur in presenza di un aumento della richiesta di erogazione dei servizi. Nel 2011 il valore della produzione è aumentato di circa il 2%, ma l'incremento delle entrate rispetto all'anno precedente non è stato tale da consentire di coprire totalmente alcuni incrementi di costi (prevalentemente oneri finanziari) e accantonamenti a fondi. Il disavanzo alla fine del 2011 è stato di quasi 26 milioni di euro.

Il confronto fra i conti economici del 2011 (ultimo della gestione Marroni) e del 2003 (l'ultimo prima dell'insediamento di Marroni) (Tab. 4.2) rivela, in sintesi, che:

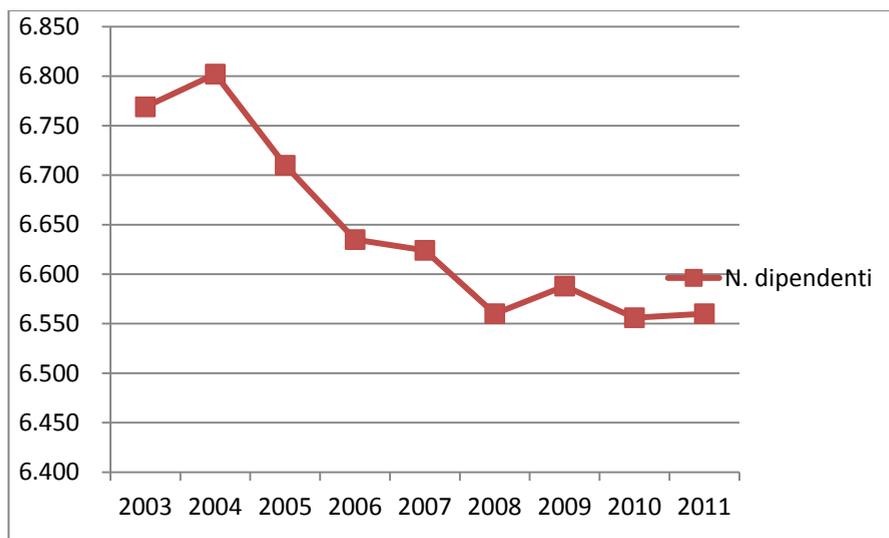
- nell'arco di otto anni sia i ricavi (per il 91% circa contributi regionali o di altri enti), sia i costi di produzione sono cresciuti tra il 27 e il 28%²⁷. Per costi di produzione si intendono quelli «sostenuti per la produzione diretta di servizi sanitari e assistenziali», ovvero l'ambito di attività dove «riescono le principali scelte di razionalizzazione dei fattori di produzione che l'Azienda si procura direttamente e che combina ricercando la massima efficacia» (Bilancio di esercizio 2011, p. 117);
- i ricavi derivanti dall'attività di erogazione di prestazioni sanitarie in mobilità sanitaria attiva – ossia le prestazioni effettuate a utenti di altre ASL della Regione Toscana – sono significativamente inferiori ai costi per la mobilità passiva (76 milioni contro 323 nel 2011). Questi ultimi rientrano fra i costi di erogazione, definiti come «i costi che derivano dalla attività di erogazione di prestazioni acquisite da terzi per conto

²⁷ I dati a disposizione non consentono di comprendere se e in che misura tali incrementi dei ricavi e dei costi corrispondano a incrementi nei volumi di attività svolti dall'ASL 10 nello stesso periodo.

del cittadino e per effetto del suo diritto alla libera scelta di accedere alle prestazioni erogate da altri ospedali o da soggetti e istituti convenzionati, e quei costi che derivano dalla erogazione diretta dei farmaci presso i presidi aziendali prescritti ai pazienti in dimissione» (Bilancio di esercizio 2011, p. 117);

- i costi per il personale dipendente, ossia una delle voci di costo più rilevanti del conto economico, sono cresciuti meno (20,2%) rispetto al complesso dei costi di produzione (27,4%) e di erogazione (25,0%), a seguito di un'attenta politica di contenimento dell'organico. Infatti, nel corso degli otto anni trascorsi sotto la direzione di Marroni, il numero di dipendenti dell'azienda si è ridotto di 209 unità (-3,1%);
- tale riduzione di organico (Tab. 4.3 e Fig. 4.9) ha riguardato in gran parte il personale amministrativo (-204 unità, solo in piccola parte compensato dall'aumento del personale a tempo determinato), assai meno il personale sanitario (-39) e tecnico (-34). Le uniche variazioni con segno positivo hanno riguardato il personale a tempo determinato.

Figura 4.9 L'evoluzione del numero dei dipendenti.



Fonte: bilanci aziendali.

Tabella 4.2 Il confronto tra i conti economici 2003 e 2011 dell'ASL 10 (valori in €/000).

	2003	2011	Δ assoluto	Δ %
Contributi Regione Toscana e altri enti	1.070.642	1.362.244	291.602	27,2%
Ricavi da attività propria	44.794	65.835	21.041	47,0%
Mobilità attiva	61.029	75.732	14.703	24,1%
Valore della produzione	1.176.465	1.503.811	327.346	27,8%
Acquisti	64.159	82.485	18.326	28,6%
Servizi sanitari	14.178	26.665	12.487	88,1%
Personale dipendente	271.153	326.029	54.876	20,2%
Personale convenzionato	79.085	102.912	23.827	30,1%
Personale altro	19.459	26.332	6.873	35,3%
Spese generali e leasing	23.722	25.093	1.371	5,8%
Manutenzioni	16.045	20.324	4.279	26,7%
Servizi vari appaltati	28.518	37.351	8.833	31,0%
Ammortamenti	8.750	21.809	13.059	149,2%
Totale costi di produzione diretta	525.069	669.000	143.931	27,4%
Assistenza farmaceutica	158.673	214.839	56.166	35,4%
Attività socio sanitarie (RSA, ecc.)	44.791	76.511	31.720	70,8%
Cure di cura	81.799	111.041	29.242	35,7%
Riabilitazione	24.417	29.935	5.518	22,6%
Mobilità passiva	297.873	322.678	24.805	8,3%
Altri costi	29.286	41.279	11.993	41,0%
Totale costi di erogazione	636.839	796.283	159.444	25,0%
Oneri finanziari e gestionali	1.177	6.736	5.559	472,3%

Imposte di esercizio	20.618	23.259	2.641	12,8%
Accantonamenti e fondi	2.127	27.263	25.136	1181,8%
Totale costi di gestione tipica	1.185.830	1.522.541	336.711	28,4%
Risultato gestione tipica	- 9.365	-18.730	-9.365	100,0%
Libera professione e contributi vincolati	4.430	480	-3.950	-89,2%
Risultato gestione ordinaria	- 4.935	-18.250	-13.315	269,8%
Saldo componenti straordinari	897	-7.654	-8.551	-953,3%
Utile/perdita totale	-4.038	-25.904	-21.866	541,5%

Tabella 4.3 La variazione del numero di dipendenti dal 31.12.2003 al 31.12.2011.

	31.12.2003	31.12.2011	Δ assoluto	Δ %
Ruolo amministrativo (di ruolo)	845	641	-204	-24,1%
Ruolo amministrativo (tempo det.)	8	39	31	387,5%
Ruolo sanitario (di ruolo)	4.682	4.643	-39	-0,8%
Ruolo sanitario (tempo det.)	12	31	19	158,3%
Ruolo tecnico (di ruolo)	1.197	1.163	-34	-2,8%
Ruolo tecnico (tempo det.)	0	17	17	
Ruolo professionale (di ruolo)	25	21	-4	-16,0%
Ruolo professionale (tempo det.)	0	5	5	
Totale	6.769	6.560	-209	-3,1%

4.5 Un'analisi critica della riorganizzazione degli ospedali della ASL 10

L'introduzione del *Lean Thinking* nelle aziende sanitarie può avvenire in modi diversi, che ne determinano sia l'impatto organizzativo e l'efficacia in termini di qualità delle cure, sia il grado di sfruttamento del potenziale che in esso è insito.

Maria Giulia Marini, *Research and Health Care Director* della Fondazione ISTUD per la Cultura d'Impresa e di Gestione, sottolinea che una delle criticità delle riorganizzazioni in sanità – e fra queste l'introduzione della logica *Lean* – consiste nel privilegiare gli infermieri a scapito dei medici: «spesso le riorganizzazioni in sanità sono state gestite facendo alleati del cambiamento gli infermieri, che hanno sempre desiderato un proprio riconoscimento ufficiale di ruolo: in questo spostamento di attenzione organizzativo verso gli infermieri, molti medici si sono sentiti esclusi dalle iniziative di riorganizzazione, subendo passivamente il processo. E questa prassi genera anticorpi nella classe medica». Non è dunque un caso che, in base alle informazioni in suo possesso, diversi medici abbiano deciso di lasciare o stiano per lasciare l'ASL 10.

Ma il rischio è anche un altro: che per valutare un processo di riorganizzazione fondato sulla logica *Lean* si considerino solo indicatori di efficienza, e non anche di esiti clinici e di valore per il paziente. «L'umanizzazione non è in conflitto con il Lean Management – spiega convinta Marini –, questo invece si è concentrato spesso sulla tecnocrazia, troppo poco sulla componente umana, che in realtà è determinante ai fini del buon esito delle cure. Se uno lavora bene sui temi della comunicazione con il paziente, si riescono ad abbattere gli errori fino al 36% e aumenta di molto la compliance delle cure da parte del paziente. Il *Lean Management* e il *Kaizen* dicono che bisogna produrre il valore per il paziente: se lui in quel momento vuole essere ascoltato, il valore per lui è l'ascolto. Sono del tutto a favore del *Lean Management*, ma dobbiamo chiarirci su cos'è valore per il paziente».

La riorganizzazione di un'azienda sanitaria che sfrutti appieno le potenzialità del *Lean Thinking* non dovrebbe limitarsi agli ospedali, ma estendersi anche al territorio. Ne è convinta Marini, sottolineando che «il sistema sanitario è come un continuum in cui non si può separare l'ospedale dal territorio, soprattutto a fronte dell'invecchiamento della popolazione e delle conseguenti patologie croniche. Essendo l'ospedale un sistema contenuto, è più facile controllare, pianificare e riorganizzare: è relativamente facile controllare gli interventi chirurgici in sala operatoria, molto meno controllare una medicina più “di quartiere”». Proprio in questa logica il D. Lgs. 229/99 aveva istituito i distretti sanitari, in quanto il distretto «dovrebbe essere

garante della continuità assistenziale fra ospedale e territorio – continua Marini –, è quello che serve di più dal punto di vista epidemiologico».

Per realizzare tale continuità assistenziale alcune regioni prevedono di istituire delle forme di aggregazioni funzionali territoriali, come le associazioni di medici di famiglia: infatti, se in una stessa struttura territoriale si coordinano e si alternano diversi medici, è possibile, al limite, che un paziente possa trovare un medico 24 ore su 24. In questo modo, fra l'altro, si riducono gli accessi al pronto soccorso: «lo sgombero dei pronti soccorso è l'indicatore principe che segnala se si sono coinvolti oppure no i distretti con le loro medicine generali – conclude Marini –, se si è lavorato o no insieme al territorio. Poi ci vogliono indicatori che facciano capire come vengono gestiti i pazienti cronici, se e come vengono curati a casa loro, quanta burocrazia devono affrontare al di fuori dell'ospedale ... ».

Cappelozza, presidente di Considi, riconosce che la ASL 10 ha fatto da apripista in Italia dell'introduzione della logica *Lean* nelle aziende sanitarie pubbliche. Questo tipo di aziende, infatti, ben si presta al TPS: «Se c'è una cosa positiva di questa filosofia TPS – esordisce Cappelozza – è che è consigliabile in tutte le realtà in cui ci sono situazioni di organizzazioni complesse che devono avere molta attenzione al cliente, dove il cliente/paziente è quello che dovrebbe avere i benefici del cambiamento. Poterlo applicare nell'*health care* nel nostro paese è positivo. Per questa filosofia non c'è una ricetta da seguire, la cosa importante perché abbia efficacia è che sia interiorizzata da tutti e diffusa da tutta l'azienda. Questo è il modo per rendere protagoniste le persone».

In base alle conoscenze di cui dispone sullo specifico caso, il Presidente di Considi ritiene che tre sono gli ambiti del processo di riorganizzazione della ASL 10 sulla base del *Lean Thinking* ai quali avrebbe forse prestato maggiore attenzione. In primo luogo la formazione: «pur coinvolgendo in modo strutturato i sindacati, se si vuol fare crescere una realtà complessa non si possono coinvolgere solo 800 su 6.500 persone nella formazione. È un processo che prevede un inizio, ma non una fine (salvo che per i consulenti). Quando si applica il TPS dopo 2-3 anni si sono fatti almeno 2-3 giri di formazione alla stragrande maggioranza dei dipendenti. Deve riguardare tutti, ovviamente con la giusta taratura. Questa è una cosa fondamentale». In secondo luogo, la messa a punto di *skill map*: «quando si attiva un processo obiettivo, è buona norma definire poi anche quali sono i profili e gli *skill* delle persone sulle singole attività, chi le sa fare bene. Le *skill map* sono state fatte all'interno del processo? A tal fine è necessario è far decollare le academy interne, che si reggono sulle persone che hanno seguito il progetto e che sono state formate a diventare formatori. In questo modo si riesce a coltivare la filosofia nel tempo». Infine, il monitoraggio e la valutazione del processo: «un

altro elemento è il sistema di indici e misure utilizzato per valutare il processo. È una componente importante soprattutto per le persone che lavorano tutti i giorni, per sostenerle e motivarle. Anche Toyota premia i dipendenti e li sposta per inseminare altri reparti. Far crescere le persone è proprio uno degli obiettivi del sistema, pensare a percorsi di crescita personale, professionale e relazionali per le persone».

La valutazione di sintesi che Cappelozza dà della riorganizzazione degli ospedali della ASL 10 è comunque positiva: «A mio giudizio il progetto è stato condotto con un ottimo livello di attenzione e professionalità, quindi è molto apprezzabile soprattutto perché attivato nell'ambito della pubblica amministrazione. Fermo restando quanto detto sopra, anche l'impianto metodologico è apprezzabile».

Condizione fondamentale perché qualunque progetto di riorganizzazione abbia successo e «attecchisca» è, secondo Cappelozza, la sensibilizzazione della «proprietà» o del «governo politico» di un'azienda: «se la proprietà non è tra i veri sponsor del progetto e del cambiamento e quindi non è parte attiva dello stesso anche il più bel progetto rischia di naufragare».

4.6 Il futuro della ASL 10 e il cambiamento nelle aziende sanitarie toscane

L'ASL 10 è stata considerata da molte ASL italiane un esempio significativo, un *benchmark* cui riferirsi. Negli ultimi anni sono state infatti avviate numerose collaborazioni (ad esempio con le ASL di Bolzano, Genova e Torino) per far conoscere le potenzialità del *Lean Thinking* in sanità.

La nomina dell'ing. Marroni ad Assessore per il diritto alla salute della Regione Toscana è avvenuta in un momento (a metà del 2012) in cui il percorso di riorganizzazione non era ancora terminato, ma si era già radicato nelle diverse professionalità sanitarie, soprattutto fra gli infermieri. «So bene che il cambiamento realizzato durante il mio incarico di direttore generale non si era ancora radicato del tutto – afferma Marroni –, e che la resilienza è sempre in agguato allentando il *commitment* della dirigenza. Ma l'obiettivo di una ASL moderna e complessa come l'ASL 10 non può che essere quello di riuscire a garantire una qualità diffusa dell'assistenza. Per fare un paragone in campo automobilistico, noi non dobbiamo puntare ad essere l'Audi, la BMW o la Mercedes, ma la Volkswagen che produce e vende tante Golf. Sono ancora profondamente convinto che il Lean Thinking sia la soluzione ottimale per le ASL toscane, tanto che oggi altre realtà sanitarie, da Lucca a Pisa ad Arezzo, stanno avviando progetti Lean». L'ASL di Lucca, per esempio, ha pressoché completato il processo di adozione della logica Lean, grazie all'iniziativa di un Direttore che non ha mai collaborato con Marroni, ma

aveva sentito parlare delle innovazioni da lui introdotte nell'ASL fiorentina. Quando ancora lavorava a Roma aveva quindi deciso di recarsi a Firenze per conoscere Marroni e farsi spiegare i principi del Lean Thinking e i cambiamenti organizzativi che discendono dalla loro adozione nelle aziende sanitarie. A Firenze il consolidamento dell'esperienza avviata da Marroni prosegue. Nell'ultimo bilancio disponibile si legge che, nel 2013, nell'Azienda Sanitaria di Firenze «si è mirato a consolidare l'esperienza di cambiamento organizzativo già in corso da alcuni anni e avviata in una prima fase nell'ambito dell'assistenza sanitaria ospedaliera, attraverso l'adozione di un'ottica per processi, la chiara definizione e attribuzione di compiti e responsabilità, l'omogeneizzazione di procedure di lavoro e dei servizi in tutta l'azienda».

Monti, Dirigente Sanitario Dipartimento di Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, è uno dei pochi membri del *team* direzionale di Marroni rimasti in ASL 10. Tosi è stato nominato Direttore Generale dell'ASL 7 di Siena, Mechi Direttrice Sanitaria dell'Ospedale Careggi di Firenze, Gemmi Direttore sanitario dell'ASL pisana e Vannozzi, dopo aver ricoperto il ruolo di Direttore Finanziario e Direttore Generale della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è attualmente Direttore Generale dell'Associazione Industriale Bresciana. Grazie anche a questi trasferimenti in altre ASL, «*la Lean si è diffusa molto: a Pisa, Lucca, Siena*», dichiara Marroni.

«L'inizio vero, per noi, è stato quando l'Ing. Marroni ed il dott. Tosi sono andati via dalla ASL 10 – sottolinea Monti –. Ci siamo resi conto che, anche cambiando la Direzione Generale, il Dipartimento infermieristico è ormai considerato un presidio estremamente importante, una realtà ben radicata nell'organizzazione aziendale. Inoltre, è la nostra mentalità che ormai è cambiata, il nostro approccio nei confronti del nostro lavoro e dell'azienda. Alle riunioni non si parla mai di 'formalità'. Il focus sono i pazienti ed il modo migliore per assisterli».

«Evidentemente il clima organizzativo che aveva determinato l'affiatamento dello staff dell'alta direzione adesso è cambiato – continua Monti –; inoltre, la normativa e gli indirizzi politici impongono oggi una maggior razionalizzazione economica rispetto al 2004 e impongono di rivolgere l'attenzione anche su aspetti della sanità che non erano stati particolarmente interessati dalla riorganizzazione dell'ASL 10, come l'assistenza territoriale».

Ciò nonostante, introdurre cambiamenti nella cultura e nei modi di funzionare della sanità e delle aziende sanitarie non è affatto semplice. Marroni se ne sta rendendo conto anche nella veste di Assessore per il diritto alla salute della Regione Toscana, il cui primo mandato triennale sta per concludersi: «Avrei voluto fare gli stati generali della sanità toscana nel luglio

2014, per portare la ‘cultura del caminetto’ che si è rivelata così utile nel traghettare la ASL 10 verso la nuova logica organizzativa ... ma dopo varie discussioni la politica ha fatto sì che l’iniziativa non andasse in porto. Un altro esempio: arrivato in Regione Toscana, ho provato a differenziare le carriere dei medici fra primari manager e primari *professional*. Ho provato sei-sette esperienze, ma i sindacati sono contro».

Occorre infine considerare che, dall’1 gennaio 2016, le 12 ASL toscane diventeranno tre aziende USL, una per ciascuna delle tre aree vaste (Centro, Nord Ovest e Sud Est). Le nascenti aziende avranno personalità giuridica di diritto pubblico e autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa e contabile. I Direttori Generali delle attuali 12 ASL decadranno e con loro i direttori sanitari, amministrativi e dei servizi sociali. Le tre future ASL saranno rette da altrettanti commissari, che gestiranno il processo di fusione e il progetto di riordino complessivo dei servizi sanitari regionali.

La proposta di legge prevede un forte rafforzamento del ruolo dell’Area vasta, quale sede di attuazione della programmazione strategica regionale, per rendere funzionalmente unitaria l’azione delle aziende. Una «rivoluzione della qualità – la definisce l’assessore Marroni – per assicurare sostenibilità, il carattere pubblico e universale del sistema sanitario, a fronte del mutato quadro epidemiologico, dei costi crescenti dei processi di cura e diagnosi e della consistente riduzione dei trasferimenti statali alle Regioni. Questo accorpamento vuole indurre comportamenti virtuosi, ridurre sprechi e ridondanze, contrastare il consumismo sanitario».

Quali potranno essere gli spazi e gli ambiti di applicazione del *Lean Thinking* nella nuova geografia della sanità regionale toscana rimane una domanda aperta. L’accorpamento delle ASL costituirà un’opportunità di promozione e diffusione dell’esperienza avviata in ASL 10 e recentemente importata in altre ASL toscane oppure ne determinerà l’abbandono? E, nel caso in cui venga valorizzata, sarà vista come un mero strumento per recuperare efficienza e ridurre i costi oppure anche come via per migliorare la qualità delle cure e creare valore per il paziente? Rimarrà confinata fra le mura degli ospedali oppure sarà utilizzata per migliorare la qualità dell’assistenza sanitaria a livello di territorio, favorire la prevenzione, ridurre gli accessi al pronto soccorso, promuovere l’assistenza domiciliare? In che modo, infine, si potrà promuovere il *Lean Thinking* coinvolgendo i medici e non soltanto gli infermieri?