



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI DI BARI  
ALDO MORO



DIPARTIMENTO JONICO IN SISTEMI  
GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO  
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE  
IONIAN DEPARTMENT OF LAW, ECONOMICS  
AND ENVIRONMENT

16  
2020

# QUADERNI DEL DIPARTIMENTO JONICO

ESTRATTO da

I SIMPOSIO DEI DOTTORANDI SUL TEMA  
DELLO SVILUPPO SOSTENIBILE

a cura di

Domenico Garofalo, Paolo Pardolesi, Anna Rinaldi

DOMENICO GAROFALO, PAOLO PARDOLESI, ANNA RINALDI

Il DJSGE e la sfida dello sviluppo sostenibile



ISBN: 978-88-945030-2-9



## DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Riccardo Pagano

## DIRETTORI DEI QUADERNI

Caludia Capozza – Adriana Schiedi – Stefano Vinci

## COMITATO SCIENTIFICO

Cesare Amatulli, Massimo Bilancia, Annamaria Bonomo, Maria Teresa Paola Caputi Jambrenghi, Carnimeo Nicolò, Daniela Caterino, Nicola Fortunato, Pamela Martino, Maria Concetta Nanna, Fabrizio Panza, Pietro Alexander Renzulli, Umberto Salinas, Paolo Stefani, Laura Tafaro, Giuseppe Tassielli.

## COMITATO DIRETTIVO

Aurelio Arnese, Danila Certosino, Luigi Iacobellis, Ivan Ingravallo, Ignazio Lagrotta, Francesco Moliterni, Paolo Pardolesi, Angela Riccardi, Claudio Sciancalepore, Nicola Triggiani, Antonio Felice Uricchio (in aspettativa per incarico assunto presso l'ANVUR), Umberto Violante

## COMITATO DI REDAZIONE

Patrizia Montefusco (Responsabile di redazione)  
Federica Monteleone, Danila Certosino,  
Dottorandi di ricerca (Francesca Altamura, Michele Calabria, Marco Del Vecchio, Francesca Nardelli, Francesco Scialpi, Andrea Sestino, Pierluca Turnone)

### Contatti:

Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: Società, Ambiente, Culture

Convento San Francesco – Via Duomo, 259 – 74123 Taranto, Italy

e-mail: [quaderni.dipartimentojonico@uniba.it](mailto:quaderni.dipartimentojonico@uniba.it)

telefono: + 39 099 372382 • fax: + 39 099 7340595

<https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali>



16  
2020 QUADERNI  
DEL DIPARTIMENTO JONICO

I SIMPOSIO DEI DOTTORANDI SUL TEMA  
DELLO SVILUPPO SOSTENIBILE

A cura di  
DOMENICO GAROFALO, PAOLO PARDOLESI, ANNA RINALDI

Redazione a cura di Patrizia Montefusco



Il presente volume è stato chiuso per la pubblicazione in data 31 ottobre 2020 dall'editore "Dipartimento Jonico in Sistemi giuridici ed economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture" dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro e messo in linea sul sito <http://edizionidjsge.uniba.it/i-quaderni> ed è composto di 464 pagine.

isbn 978-88-9450-302-9

REGOLAMENTO DELLE PUBBLICAZIONI DEL DIPARTIMENTO JONICO  
IN SISTEMI GIURIDICI ED ECONOMICI DEL MEDITERRANEO:  
SOCIETÀ, AMBIENTE, CULTURE – EDJSGE

**Art. 1. Collane di pubblicazioni del Dipartimento Jonico**

Il Dipartimento Jonico in Sistemi Giuridici ed Economici del Mediterraneo: società, ambiente, culture dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro ha tre distinte collane:

- **Collana del Dipartimento Jonico** (d'ora in poi Collana Cartacea), cartacea, affidata alla pubblicazione di una Casa Editrice individuata con Bando del Dipartimento, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei.
- **Annali del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line dal 2013 sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita saggi, ricerche, brevi interventi e recensioni collegati alle attività scientifiche del Dipartimento Jonico. Gli Annali del Dipartimento Jonico hanno cadenza annuale.
- **Quaderni del Dipartimento Jonico**, collana di volumi pubblicata on line sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, ospita lavori monografici, atti congressuali, volumi collettanei monotematici.

**Art. 2. Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico**

È istituito un Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico formato dai Direttori delle tre collane che dura in carica per un triennio.

Il Coordinamento è diretto dal Direttore del Dipartimento in qualità di Direttore della Collana cartacea, ed è convocato, secondo le necessità, anche su richiesta dei Direttori delle Collane.

La riunione del Coordinamento a discrezione del Coordinatore può essere allargata anche ai componenti dei Comitati Direttivi delle tre collane dipartimentali.

Il Coordinamento approva o rigetta le proposte di pubblicazione dei volumi delle Collane, dopo l'espletamento delle procedure di referaggio da parte dei Direttori e dei Comitati Direttivi. In caso di referaggi con esito contrastante, il Coordinamento decide sulla pubblicazione del contributo, sentito il parere del Comitato Direttivo della collana interessata. Il Coordinamento provvede alla formazione dei Comitati scientifici e dei Comitati Direttivi secondo le modalità stabilite dagli articoli successivi.

**Art. 3. Direttori delle Collane**

La Collana Cartacea è diretta d'ufficio dal Direttore del Dipartimento Jonico che può nominare uno o più condirettori scelti tra i membri del Consiglio di Dipartimento che siano in possesso degli stessi requisiti di seguito elencati per i Direttori degli Annali e i dei Quaderni.

Il/i Direttore/i degli Annali del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

Il/i Direttore/i dei Quaderni del Dipartimento Jonico è/sono eletto/i dal Consiglio di Dipartimento.

L'accesso alle cariche di Direttore degli Annali e dei Quaderni è riservato ai docenti in servizio presso il Dipartimento Jonico ed in possesso dei seguenti requisiti:

- professori ordinari in possesso delle mediane ASN richieste per la partecipazione alle commissioni per le abilitazioni nazionali;
- professori associati in possesso delle mediane ASN per il ruolo di professore ordinario;

- RTI in possesso dell'abilitazione per la II o la I fascia, o in possesso delle mediane ASN per partecipare alle abilitazioni per la II fascia;
- RTB in possesso di abilitazione alla II o alla I fascia.

I Direttori ricevono le istanze di pubblicazione secondo le modalità prescritte dagli articoli seguenti, valutano preliminarmente la scientificità della proposta tenendo conto del *curriculum* del proponente e dei contenuti del lavoro e procedono, nel caso di valutazione positiva, ad avviare le procedure di referaggio.

I Direttori presiedono i lavori dei Comitati Scientifici e Direttivi e relazionano periodicamente al Coordinamento.

I Direttori curano che si mantenga l'anonimato dei revisori, conservano tutti gli atti delle procedure di referaggio, informano sull'esito delle stesse gli autori invitandoli, ove richiesto, ad apportare modifiche/integrazioni, decidono, d'intesa con il Coordinamento, la pubblicazione o meno in caso di pareri contrastanti dei *referees*.

#### **Art. 4. Comitati scientifici**

Ogni collana ha un proprio comitato scientifico composto dai professori ordinari e associati del Dipartimento Jonico.

Il Consiglio di Dipartimento può deliberare l'inserimento nel Comitato Scientifico di studiosi italiani o esteri non appartenenti al Dipartimento Jonico.

#### **Art. 5. Comitati Direttivi**

Ciascuna delle tre Collane ha un Comitato Direttivo formato da professori e ricercatori, afferenti al Dipartimento Jonico, in possesso, per il rispettivo settore disciplinare, delle mediane richieste dall'ASN per il ruolo successivo a quello ricoperto o, se ordinari, per la carica di commissario alle abilitazioni nazionali.

A seguito di invito del Coordinatore delle Collane del Dipartimento Jonico gli interessati presenteranno istanza scritta al Coordinamento che, in base alle indicazioni del Consiglio di Dipartimento, provvederà alla scelta dei componenti e alla loro distribuzione nei tre Comitati Direttivi.

I Comitati Direttivi collaborano con il Direttore in tutte le funzioni indicate nell'art. 3 ed esprimono al Coordinamento il parere sulla pubblicazione nella loro Collana di contributi che hanno avuto referaggi con esiti contrastanti.

#### **Art. 6. Comitato di Redazione**

Le tre Collane sono dotate di un Comitato di Redazione unico, composto da ricercatori, dottori di ricerca e dottorandi, afferenti al Dipartimento Jonico e individuati dai Comitati Direttivi, che, sotto la direzione di un Responsabile di Redazione (professore ordinario, associato o ricercatore), nominato dal Coordinamento delle Collane del Dipartimento Jonico, cura la fase di controllo *editing*, preliminare all'espletamento della procedura di referaggio.

#### **Art. 7. Procedura di referaggio**

Tutte le Collane del Dipartimento Jonico adottano il sistema di revisione tra pari (*peer review*) con le valutazioni affidate a due esperti della disciplina cui attiene la pubblicazione individuati all'interno dei Comitati Scientifici o Direttivi, oppure, ove ritenuto necessario, all'esterno dei predetti Comitati.



La procedura di referaggio è curata dal Direttore della Collana con l'ausilio dei rispettivi Comitati Direttivi.

### **Art. 8. Proposta di pubblicazione**

La proposta di pubblicazione deve essere indirizzata al Direttore della Collana su modulo scaricabile dal sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici>, nel quale il proponente dovrà indicare le proprie generalità e sottoscrivere le liberatorie per il trattamento dei dati personali e per l'eventuale circolazione e pubblicazione on-line o cartacea del lavoro.

Se il proponente è uno studioso "non strutturato" presso una università o centro di ricerca italiano o estero, la proposta di pubblicazione dovrà essere accompagnata da una lettera di presentazione del lavoro da parte di un professore ordinario della disciplina cui attiene la pubblicazione proposta.

Alla proposta di pubblicazione il proponente deve allegare il proprio *curriculum vitae et studiorum* (ovvero rinviare a quello già consegnato in occasione di una precedente pubblicazione) e il file del lavoro in due formati, word e pdf.

Per la pubblicazione sulla Collana Cartacea il proponente dovrà indicare i fondi cui attingere per le spese editoriali.

Le proposte di pubblicazione dovranno attenersi scrupolosamente ai criteri editoriali pubblicati sul sito <https://www.uniba.it/ricerca/dipartimenti/sistemi-giuridici-ed-economici/edizioni-digitali/come-pubblicare/criteri-redazionali-1>

Nel caso di non corrispondenza, o di corrispondenza parziale, il Responsabile di Redazione, coadiuvato dal Comitato di Redazione, invierà agli autori le indicazioni cui attenersi per la fase di *editing*.

Nel caso siano previste scadenze, pubblicate sul sito, la proposta dovrà tassativamente entro la data indicata, pena la non ammissibilità della stessa.



## INDICE

DOMENICO GAROFALO, PAOLO PARDOLESI, ANNA RINALDI  
*Il DJSGE e la sfida dello sviluppo sostenibile.* pag.9

### SEZIONE I

#### GOAL N. 3 – SALUTE E BENESSERE

DANIELA LAFRATTA  
*Tutela della salute e processi organizzativi nella sanità pubblica.  
Un approccio al modello just in time nella prospettiva Kaizen.* pag.27

### SEZIONE II

#### GOAL N. 4 – QUALITÀ DELL'ISTRUZIONE

PIERLUCA TURNONE  
*L'idea di uomo nell'Agenda ONU 2030: una riflessione  
antropologico-educativa* « 43

VALENTINA SAMPIETRO  
*Cultura, stile di vita sostenibile* « 55

ROSATILDE MARGIOTTA  
*La parola, strumento per lo sviluppo della democrazia:  
traiettorie pedagogiche* « 71

### SEZIONE III

#### GOAL N. 8 – LAVORO DIGNITOSO E CRESCITA ECONOMICA

MICHELE CALABRIA  
*Covid 19 e paralisi del mercato del lavoro tra sospensione*

*della condizionalità e blocco dei licenziamenti* « 85

MICHELE DELEONARDIS

*Lavoro autonomo e lavoro dignitoso nella prospettiva comunitari* « 97

FRANCESCA NARDELLI

*La questione salariale: il dibattito italiano ed europeo* « 109

GIUSEPPE COLELLA

*Promozione del turismo sostenibile in un contesto urbano:  
uno studio esplorativo sul caso Taranto capitale di mare* « 121

#### SEZIONE IV

##### GOAL N. 9 – IMPRESA, INNOVAZIONE E INFRASTRUTTURE

ANNALISA TURI

*Come il fisco può agevolare lo sviluppo sostenibile* « 141

RAFFAELE MUTO

*Bias e Monopoli* « 151

#### SEZIONE V

##### GOAL N. 10 – RIDURRE LE DISEGUAGLIANZE

FEDERICA STAMERRA

*Reddito di cittadinanza e riduzione delle disuguaglianze sociali* « 165

STEFANO ROSSI

*La disciplina lavoristica nel terzo settore* « 175

ALESSIO CARACCIOLO

*L'accesso degli stranieri extra-UE alle prestazioni di assistenza  
sociale* « 191

SONIA MEGGIATO

*Gender mainstreaming: dalle strategie comunitarie alle politiche  
locali* « 205

VALERIA CASTELLI  
*Quote rosa e nuovo codice di autodisciplina per le società  
quotate: l'annosa problematica sociale della disuguaglianza  
di genere* « 221

MARCO DEL VECCHIO  
*Non tradirai la promessa. Il ruolo dei riti juju nelle esperienze  
di tratta delle donne nigeriane* « 227

## SEZIONE VI

### GOAL N. 11 – CITTÀ E COMUNITÀ SOSTENIBILI

ANGELO RUGGERI  
*L'innovazione strategica sostenibile nelle organizzazioni museali:  
il caso del MarTa di Taranto* « 241

MAURIZIO MARAGLINO MISCIAGNA  
*La co-creazione di valore nel settore pubblico:  
spunti di riflessione* « 255

## SEZIONE VII

### GOAL N. 12 – CONSUMO E PRODUZIONE RESPONSABILI

ANDREA SESTINO  
*Gli effetti del benessere sociale percepito sull'intenzione di  
acquisto dei prodotti green* « 269

MASSIMO COCOLA  
*La non financial disclosure nel processo di transizione  
dei modelli organizzativi verso una prospettiva social orientated* « 287

FRANCESCO SCIALPI  
*La plastic tax e la sugar tax nella legge di bilancio 2020:  
limiti e prospettive* « 299

ROSA DI CAPUA, PETER A. RENZULLI  
*Modellizzazione delle emissioni di biogas dalle discariche  
di rifiuti solidi urbani: una review della letteratura* « 311

- ROSA DI CAPUA, PETER A. RENZULLI  
*Life cycle assessment di impianti di produzione di biodiesel da fanghi di depurazione: una review bibliografica* « 325
- ROSA DI CAPUA, BRUNO NOTARNICOLA  
*Life cycle assessment di reattori fotovoltaici UV-C/TiO<sub>2</sub> per il trattamento di acque reflue: una review bibliografica* « 337
- ROSA DI CAPUA,  
*Novità normative in materia di economia circolare e simbiosi industriale* « 349

## SEZIONE VIII

### GOAL N. 13 – LOTTA CONTRO IL CAMBIAMENTO CLIMATICO

- CLAUDIA ILARIA SOFIA LOVASCIO  
*Polluter pays principle: un dovere verso le nuove generazioni* « 363
- ERVINA RRUGA  
*Lo standard europeo dei green bonds per lo sviluppo della finanza sostenibile: quale opportunità per l'ambiente?* « 373
- FRANCESCA ALTAMURA  
*Gli strumenti di mercato nella lotta al cambiamento climatico: riflessioni in chiave di analisi economica del diritto* « 389
- NICOLÒ TREGLIA  
*Lo stato dell'arte e i profili evolutivi della fiscalità dei prodotti energetici: dai combustibili fossili alle fonti rinnovabili nell'ottica di una transizione ecologica* « 403

## SEZIONE IX

### GOAL N. 16 – PACE, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE

- COSIMA ILARIA BUONOCORE  
*Il possibile contributo dell'arbitrato allo sviluppo sostenibile* « 419

MARIO SANTORO

*La tutela linguistica della persona offesa dal reato nel processo penale italiano*

« 435

DORELLA QUARTO

*La progressiva espansione del patrocinio a spese dello Stato in ambito penale: dall'estensione "in deroga" per le vittime vulnerabili alla preclusione per gli enti*

« 449





Daniela Lafratta

TUTELA DELLA SALUTE E PROCESSI ORGANIZZATIVI NELLA SANITÀ  
PUBBLICA. UN APPROCCIO AL MODELLO *JUST IN TIME* NELLA  
PROSPETTIVA *KAIZEN*

ABSTRACT

Il *Goal 3* mira ad «Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età» con l'ulteriore obiettivo di cui al traguardo 3.8 di una copertura sanitaria universale. Lo studio si focalizza sulla logica del *Just in time* e degli strumenti *Kaizen* che, applicati alla sanità, si mostrano con ragionevole grado di certezza idonei a eliminare le barriere che negano un equo accesso ovvero l'uguaglianza dei cittadini che, in posizione di vulnerabilità, necessitano del sostegno dello Stato.

The *Goal 3* is «to ensure health and well-being for all and for all ages" with the additional objective referred to in goal 3.8 of universal health coverage. The study focuses on the logic of *Just in time* and *Kaizen* tools which, applied to healthcare, are shown with reasonable degree of certainty suitable for eliminating the barriers that deny fair access or the equality of citizens who, in a position of vulnerability, they need state support.

PAROLE CHIAVE

Salute – Uguaglianza – Miglioramento

Health – Equity – Improvement

SOMMARIO: 1. Agenda 2030, OSS 3, traguardo 3.8. – 2. Panorama attuale. – 3. La spesa sanitaria. – 4. Le variabili del sistema. – 5 (Segue:) Livelli di efficienza, appropriatezza ed efficacia sul territorio nazionale. – 6. Trasformare l'(in)sostenibilità. – 7 (Segue:) Il *Lean* in sanità – 8. (Segue:) Strumenti *Kaizen*. – 9. Dalla letteratura ai *case study*. – 10. Conclusioni

1. L'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile (OSS) 3, focalizzandosi sul carattere di diritto umano fondamentale e universale della salute ho posto quale fine ultimo quello di «Assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età».

La salute, definita nella costituzione dell'OMS quale «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia», si pone quale diritto alla base di tutti gli altri diritti fondamentali dell'uomo. Siffatto principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno aldilà della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi dovrebbero farsi carico di individuare e cercare di modificare tutte quelle variabili che di fatto incidono negativamente sulla salute pubblica ovvero sull'equità di accesso alle cure abbattendo ogni fattore idoneo a generare disuguaglianze o cattive prassi nella presa in carico e gestione del paziente. In tale contesto il concetto di

sviluppo sostenibile «risponde ai bisogni delle attuali generazioni senza compromettere l'abilità di quelle future di sopperire ai propri»<sup>48</sup>. Pertanto, lo sviluppo sostenibile comporta da un lato il ricorso a risorse rinnovabili e una rigorosa protezione ambientale, e dall'altro la capacità di assicurare che il progresso umano, primo fra tutti il miglioramento delle condizioni di vita delle popolazioni, perduri nel tempo<sup>49</sup>.

Come per gli altri OSS, anche per l'obiettivo 3 sono stati individuati una serie di traguardi tesi a misurare il successo delle politiche e delle strategie messe in atto. In particolar modo ci si soffermerà, analizzando lo stato del sistema sanitario nazionale, sul traguardo 3.8 il quale prescrive, quale fine ultimo, quello di conseguire una copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità e a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti.

2. L'Italia è un paese anziano il che rappresenta, sotto certo profilo, un segnale positivo posto che l'allungamento delle aspettative di vita sottende una capacità di invecchiare e pertanto un buon andamento della salute. Le indagini Istat<sup>50</sup> hanno dimostrato che nel 2019 circa 14 milioni di italiani hanno più di 65 anni e risultano in vita 17000 ultracentenari. Sotto altro profilo e alla luce dei primi risultati provvisori, il 2019 non risulta contrassegnato, per quanto concerne il quadro demografico nazionale, da significativi cambiamenti, inversioni di tendenza o improvvisi quanto temporanei *shock* di periodo. Lo scorso anno è stato, infatti, contrassegnato da tendenze demografiche da un punto di vista congiunturale in linea con quelle mediamente espresse negli anni più recenti. Le evidenze documentano ancora una volta bassi livelli fecondità e un regolare quanto atteso aumento della speranza di vita.

Il riflesso di tali andamenti demografici comporta nel complesso un'ulteriore riduzione della popolazione residente, scesa al 1° gennaio 2020 a 60 milioni 317mila, confermandosi un *trend* negativo ininterrotto da cinque anni consecutivi, che registra nel 2019 una riduzione pari al -1,9 per mille residenti. La riduzione si deve al rilevante bilancio negativo della dinamica naturale (nascite-decessi) risultata nel 2019 pari a -212mila unità, solo parzialmente attenuata da un saldo migratorio con l'estero ampiamente positivo (+143mila). Dati non altrettanto incoraggianti giungono dalle proiezioni della popolazione che, evidenziando una transizione al ribasso della medesima, stimano un tasso demografico in discesa da 60 milioni 317mila di abitanti del 2020 a 57 milioni entro il 2035 per effetto della bassissima natalità ed un aumento degli over 65. Dunque, se l'Italia è destinata a diventare un Paese sempre più longevo, rileva la questione di come gestire tale fenomeno demografico. Detto assunto implica

---

<sup>48</sup> WCED, Special Working Session, *Our Common Future*, in World Commission on Environment and Development, 1987, 1-91.

<sup>49</sup> E. Missoni, *Determinanti globali della salute e (in)sostenibilità dell'obiettivo di copertura sanitaria universale*, in *Welfare & Ergonomia*, 1, 2018, 11-38

<sup>50</sup> Indicatori demografici Istat 2020 - [si veda: <https://www.istat.it/it/archivio/238447>]

variabili non trascurabili, si pensi alla diminuzione della forza lavoro che sovente si accompagna all'aumento di prestazioni richieste ed erogate dall'Inps<sup>51</sup>. Così anche l'aumento di domanda di prestazioni sanitarie che, come comprensibile, a causa dell'invecchiamento richiede un maggior ricorso a strutture mediche. Dati alla mano risulta infatti che il 40 % dei residenti in Italia soffre almeno di una patologia cronica e l'87 % degli over 75 soffre di almeno una malattia cronico degenerativa. Tali premesse assegnano al Servizio Sanitario Nazionale una sfida di enorme portata sotto innumerevoli profili.

3. Il settore della salute ha un impatto economico fondamentale in tutti i paesi sviluppati. Dalla lettura dei dati dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Ocse), nel 2018 l'Italia ha destinato alla sanità risorse economiche pari all'8,8 per cento del Pil, una percentuale che scende al 6,5 per cento se si considera la spesa sanitaria finanziata solo con fondi pubblici. Al contrario altri Paesi europei come Germania (9,5 per cento), Francia (9,3 per cento) e Regno Unito (7,5 per cento) nel 2018 hanno registrato percentuali di spesa pubblica in sanità rispetto al Pil più alte delle nostre<sup>52</sup>.

Tutelare siffatto diritto rappresenta un fattore critico per lo sviluppo economico nonché, al tempo stesso, è una componente essenziale per il benessere sociale. La composizione della spesa sanitaria del nostro Paese vede un'integrazione pubblico-privato nel finanziamento dei bisogni di cura dei cittadini italiani. A fronte di una Spesa Sanitaria complessiva di oltre 154 miliardi di EUR il contributo pubblico è del 74% mentre quello diretto da parte dei cittadini è del 26%. Più dettagliatamente, come mostrato in tabella (Fig.1) si osserva che dei 114,1 miliardi di EUR destinati al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale 38,2 miliardi di EUR sono impiegati per sostenere i costi di beni e servizi, 35,5 miliardi di EUR per il costo del personale, 18,7 miliardi di EUR per l'erogazione di assistenza di base, assistenza riabilitativa ed assistenza protesica, 8,7 miliardi di EUR per l'attività ospedaliera accreditata, 4,7 miliardi di EUR per l'attività specialistica accreditata ed 8,4 miliardi di EUR per i farmaci. Di contro, la spesa privata ammonta a circa 39,7 miliardi (Fig. 1) di cui 19,5 miliardi di EUR sono impiegati per l'erogazione di prestazioni sanitarie nei campi della

---

<sup>51</sup> Dall'Osservatorio sulle pensioni erogate dall'INPS, che analizza i dati del 2018, emerge che le pensioni vigenti al 1° gennaio 2019 sono 17.827.676, di cui 13.867.818 di natura previdenziale (vecchiaia, invalidità e superstiti) e le restanti 3.959.858 di natura assistenziale (invalidità civili, indennità di accompagnamento, pensioni e assegni sociali). Nel 2018 la spesa complessiva per le pensioni è stata di 204,3 miliardi di euro, di cui 183 miliardi sostenuti dalle gestioni previdenziali. Le prestazioni di tipo assistenziale, erogate per sostenere una situazione di invalidità collegata o meno al reddito basso, sono costituite per il 20,7% da pensioni e assegni sociali e per il restante 79,3% da pensioni erogate agli invalidi civili. Tra queste ultime, la prestazione di maggior rilievo (46%) è l'indennità di accompagnamento [si veda: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=53532>]

<sup>52</sup> Il rapporto tra spesa sanitaria e PIL indica la quota di risorse che uno Stato utilizza per la promozione, il mantenimento, la cura e il ristabilimento delle condizioni di salute della popolazione rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

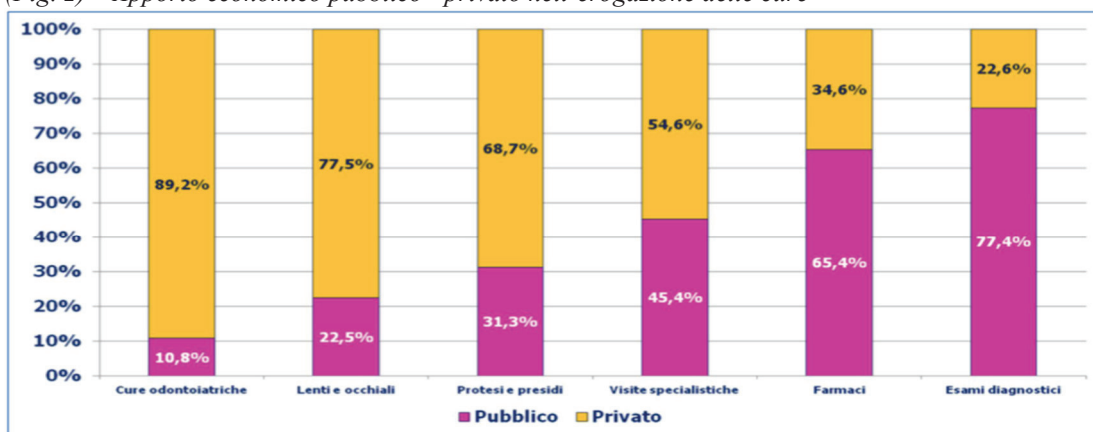
specialistica, della diagnostica e dell'odontoiatria, 16,6 miliardi di EUR per l'acquisto di farmaci e 3,6 miliardi di EUR per i restanti beni e servizi sanitari.

(Fig. 1) – Spesa sanitaria pubblico - privato



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

(Fig. 2) – Apporto economico pubblico - privato nell'erogazione delle cure



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Dalla lettura dei dati è quindi chiaro che i cittadini italiani affiancano nell'ambito del proprio percorso di cura prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e prestazioni sanitarie pagate di tasca propria.

Più dettagliatamente risultano finanziate privatamente da ciascun paziente, la quasi totalità (89%) delle cure odontoiatriche, in oltre 2/3 dei casi l'acquisto di lenti e occhiali ovvero la maggior parte delle visite specialistiche (55%). Più alta la misura dell'erogazione ad opera del pubblico sugli esami diagnostici, che comunque vengono pagati privatamente nel 23% dei casi, e dei farmaci dove comunque i cittadini sostengono direttamente i costi dell'acquisto dei farmaci in più di 1/3 dei casi (Fig. 2).

La circostanza che rende doverosa una profonda riflessione sta nella natura pubblica del Sistema Sanitario Nazionale che di fatto è imperniato su logiche

garantistiche. Eppure in presenza di una struttura così ideata l'incidenza delle spese sanitarie che i cittadini sono chiamati a dover sostenere nel momento del bisogno è più che doppia rispetto a quella registrata negli USA che da sempre adottano un Sistema Sanitario di prevalente natura privata. Prendendo in esame il solo comparto delle visite specialistiche vediamo che più della metà dei richiedenti la prestazione medica finanzia autonomamente la medesima. Bisogna pertanto interrogarsi sulla natura della scelta. È essa obbligata? All'esito della lettura dei dati relativi alle fasce di reddito maggiormente colpite la risposta appare positiva. Meglio dire, il ricorso alla sanità privata non interessa in maggior misura i redditi più elevati che per mera e libera scelta personale si determinano al privato. In tal senso una panoramica della situazione ci viene fornita dal "*IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*" dal quale si evince che per le visite specialistiche si rileva un finanziamento diretto da parte del cittadino del 62%. In particolare per i cittadini con reddito inferiore ai 15.000 € la frequenza di utilizzo in regime privato per tali prestazioni si attesta al 48,1%, per salire al 58,5% in corrispondenza dei redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 €. Posto ciò va esaminato, in combinato con tali dati, l'annoso problema dei tempi di attesa. Si legge dal sopra richiamato rapporto, una palese incapacità del SSN di erogare in tempi adeguati le prestazioni incluse nei Lea (Livelli essenziali di assistenza). In 28 casi su 100 i cittadini, avuta contezza dei tempi d'attesa eccessivi, hanno optato per prestazioni a pagamento<sup>53</sup>. In sostanza, la realtà consegnataci dai numeri, vede uno scenario in cui i Lea, ovvero i diritti che da essi discendono, sono in gran parte negati a causa delle difficoltà di accesso alla sanità.

Gravosa e intollerabile conseguenza di quanto finora illustrato sta nella circostanza che il costo della spesa sanitaria privata grava indiscriminatamente sui redditi familiari<sup>54</sup>. In questo contesto non stupisce che la quota di persone che dichiarano di aver rinunciato o differito ad altro momento cure di cui avevano bisogno in Italia è quasi il doppio della media UE.

La Spesa Sanitaria sostenuta privatamente dal cittadino è la più grande forma di disuguaglianza in quanto pone il cittadino di fronte alla scelta "secca" tra pagare (sempre che sia in grado di farlo) o rinunciare alle cure. Immediata considerazione di ciò è da individuarsi nella grave lesione del diritto alla salute, *ex. art 32 Cost.*, ovvero

---

<sup>53</sup> Servono in media 128 giorni per una visita endocrinologica, 97 per una mammografia, 75 per una colonscopia, 65 per una visita oncologica.. La spesa privata sale a 37,3 miliardi di euro: +7,2% dal 2014 (-0,3% quella pubblica). Per una più accurata indagine si veda il *IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata*.

<sup>54</sup> Nel 2017 oltre 11 milioni di italiani hanno dovuto indebitarsi per finanziare le proprie cure, 7,9 milioni hanno dovuto intaccare i propri risparmi e poco meno di 3 milioni sono arrivati a vendere i propri immobili o a liquidare i propri investimenti mobiliari (prevalentemente titoli di stato); Importante, in ogni caso, il ruolo in termini di supporto al reddito già svolto attualmente dal welfare contrattuale che ha garantito il rimborso delle cure pagate di tasca propria ad oltre 10,4 milioni di persone. Si veda: M. Vecchietti, *La salute è un diritto di tutti*, Egea, Milano, 2019, *passim*

nella grave iniquità di accesso alle cure che di fatto genera una discriminazione non certo accettabile.

4. Affinché il traguardo di una copertura universale possa dirsi raggiunto è necessario assicurare a quanti, in condizione di vulnerabilità, richiedono accesso ai servizi sanitari ovvero evitare che le persone siano costrette a ridurre il personale patrimonio subendo un impoverimento come conseguenza dei costi delle cure o ancora garantire le cure in modo non omogeneo sul territorio nazionale.

Come si è detto in precedenza esiste una stretta correlazione tra l'aumento della spesa sanitaria e un'accresciuta speranza di vita<sup>55</sup> ma, oltre tale variabile, ciò che grava sulla spesa è da individuarsi in una molteplicità di situazioni e di livelli di responsabilità. Gli effetti della globalizzazione in salute sono mediati da una serie di “determinanti” che influenzano le situazioni socioeconomiche, le loro condizioni materiali e gli stili di vita e contestualmente le risorse messe in campo dagli Stati per quanto riguarda *welfare* e servizi sanitari. Lo stato di salute di una popolazione è pertanto il risultato dell'azione, ovvero dell'interazione, di differenti fattori che si possono raggruppare in tre grandi categorie:

1. I determinanti sociali di salute (comportamenti personali e stili di vita, fattori sociali, condizioni di vita e di lavoro, accesso ai servizi sanitari, condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali, fattori genetici)<sup>56</sup>;

2. I sistemi sanitari e le politiche per la salute;

3. L'offerta, l'uso e la qualità dei servizi sanitari.

Tralasciando quanto di cui al punto 1, è necessario valutare se il sistema sanitario e le politiche sanitarie attuali risultano in grado di garantire equità e copertura assistenziale nonché valutare la qualità dei servizi sanitari.

Dunque, le politiche sanitarie messe in campo negli ultimi decenni hanno evidenziato un fallimento del sistema. Infatti, l'aumento dei fondi destinati al sistema sanitario unitamente ad un maggiore ricorso a meccanismi di pagamento anticipato e una corrispondente riduzione della dipendenza da pagamenti diretti *out-of-pocket* della prestazione, hanno prodotto una regressività nel finanziamento e costituiscono una barriera di accesso alle cure.

Per ciò che attiene all'offerta e alla qualità dei servizi sanitari si riscontrano disomogenei livelli di efficienza, appropriatezza ed efficacia sul territorio nazionale il che mal si concilia con l'equità a cui il sistema è ispirato.

---

<sup>55</sup> È stato tuttavia osservato che al di sopra di una soglia di spesa di circa settantacinque dollari americani pro capite quella relazione diviene imprevedibile e i risultati in termini di salute dipendono soprattutto dall'efficienza del sistema. Istat, Rapporto annuale, *La situazione del Paese nel 2019*.

<sup>56</sup> In tale contesto è compito degli Stati attuare politiche di prevenzione delle malattie che spaziano dalle cattive abitudini personali all'impatto inquinante delle grandi industrie. Cfr. C. Cipolla, *Disuguaglianze sociali in Sanità*, Franco Angeli, Milano, 2013.

Con riferimento all'efficienza tecnico-produttiva (*technical efficiency*) per tale si intende la capacità del sistema sanitario, attraverso i suoi processi organizzativi e tecnologici, di produrre il miglior *outcome* a parità di risorse ovvero, a parità di *outcome*, di ottimizzare la quantità delle risorse impiegate. In tal modo, un'organizzazione sanitaria può dirsi efficiente se riesce a massimizzare il livello di produzione ottenibile o se riesce a parità di risultato a minimizzare l'impiego delle risorse.

Il concetto dell'appropriatezza è invece riferito alla valutazione degli atti medici in relazione ai costi, alle risorse disponibili ed ai risultati auspicabili. Generalmente, si distingue l'appropriatezza clinica<sup>57</sup> dall'appropriatezza organizzativa<sup>58</sup>.

Infine, l'efficacia è il grado con cui i beni e servizi che vengono prodotti dal SSN ed erogati alla popolazione conducono ai risultati attesi in termini di salute. L'efficacia come dimensione della performance è, quindi, riferita a quei cambiamenti nello stato di salute strettamente attribuibili all'attività del sistema sanitario.

5. La componente dell'efficienza considerata nel presente lavoro si riferisce solo alla capacità delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio. Rispetto a questa specifica dimensione dell'efficienza le regioni che si mostrano più virtuose sono, sostanzialmente, quelle del Centro-Nord, ma con alcune eccezioni.

Rispetto ai livelli di appropriatezza sono prevalentemente le Regioni del Nord, in particolare la Valle d'Aosta, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e la Liguria a mostrare livelli medio-alti. Le regioni del Mezzogiorno alle quali si accomunano, con un livello di appropriatezza medio-basso, anche l'Emilia-Romagna, l'Umbria ed il Lazio sono caratterizzate da un insufficiente livello di appropriatezza.

---

<sup>57</sup> L'appropriatezza clinica è rivolta alla valutazione medico-tecnica di specifici interventi o procedure, indipendentemente dal *setting* assistenziale in cui l'intervento/procedura è stata eseguita; si valuta se i benefici attesi per il soggetto sono superiori agli eventuali effetti avversi. La dimensione della *performance* corrisponde al grado in cui l'assistenza sanitaria erogata è adeguata ai bisogni clinici, rispetto alle attuali conoscenze scientifiche. Sulle specifiche del concetto si veda M. Adversi, R.M. Melotti, *Il principio di appropriatezza clinica quale criterio di erogazione della prestazione medica*, in M. Sesta (a cura di) *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, *Quaderni di Sanità Pubblica*, Maggioli Editore, Rimini, 2014, 357 e ss. Si veda altresì: [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2012-arg-21\\_performance.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2012-arg-21_performance.pdf)

<sup>58</sup> L'appropriatezza organizzativa riguarda il livello di assistenza, ad esempio l'ospedale in termini di adeguatezza tecnica (la valutazione dell'opportunità di ricoverare in ospedale un paziente con determinati problemi di salute) e può anche riferirsi al livello di efficienza operativa (valutazione della durata della degenza indipendentemente dalla condizione del paziente o dalla procedura eseguita). Come dimensione della performance si intende valutare l'appropriatezza delle soluzioni organizzative, ossia il livello di qualità con cui il sistema assolve alla propria funzione secondo il rapporto tra le prestazioni erogate ed i determinanti connessi alla qualità organizzativa, come, ad esempio, le risorse strutturali impiegate. Sulle specifiche del concetto si veda M. Adversi, R.M. Melotti, *Il principio di appropriatezza clinica quale criterio di erogazione della prestazione medica*, cit., 365. Si veda altresì: [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2012-arg-21\\_performance.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2012-arg-21_performance.pdf)

Le regioni eccellenti rispetto alla dimensione dell'efficacia sono il Piemonte, la Valle d'Aosta, la PA di Trento, la Liguria e la Toscana; con valori dell'indicatore medio-alto troviamo, oltre ad altre regioni del Centro-Nord, anche la Basilicata. Il resto delle regioni del Mezzogiorno si collocano agli ultimi posti della graduatoria, in compagnia della PA di Bolzano, della Lombardia e del Friuli-Venezia Giulia che sono le uniche regioni del Nord a collocarsi ad un livello medio-basso.

Le regioni con il livello di soddisfazione ed accessibilità del sistema più elevato sono la PA di Bolzano, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e le Marche; al contrario, la Sicilia, la Calabria, la Puglia, la Campania e l'Umbria si collocano nella parte più bassa della graduatoria<sup>59</sup>.

Dai sopra esposti dati emerge, quindi, che i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle regioni sono fortemente disomogenei, ma accomunati da una forte differenza tra nord e sud. Tuttavia, emerge che la PA di Bolzano e l'Abruzzo, a fronte di bilanci di spesa positivi, fanno registrare livelli bassi e medio-bassi di efficacia. Si tratta, quindi, di casi in cui una buona gestione della spesa non concorda con altrettanti buoni risultati in termini di salute. Per contro, le regioni che lamentano conti in rosso, come la Liguria e la Basilicata, possono vantare livelli medio-alti di efficacia del sistema sanitario.

6. Negli ultimi anni per realizzare obiettivi di miglioramento dell'efficienza e della qualità produttiva nel contesto di erogazione dei servizi si sono aperti ampi spazi per una riorganizzazione dei processi produttivi e delle prassi operative interne alle organizzazioni, attingendo a strategie e pratiche manageriali radicate da tempo nel settore industriale. Tra queste rivestono un particolare rilievo le logiche operative *Lean*, nate nell'ambito dell'industria automobilistica giapponese (Toyota Production System)<sup>60</sup> e finalizzate al miglioramento continuo dei processi, attraverso il diretto coinvolgimento del personale aziendale nell'ottimizzazione del flusso di lavoro, nella riduzione degli sprechi e nella creazione del valore a partire dalla pratica operativa quotidiana, in un'ottica di comprensione ed orientamento ai bisogni del cliente<sup>61</sup>.

---

<sup>59</sup> Osservatorio sulla Salute: Gruppo di lavoro coordinato dal Dott. Alessandro Solipaca e Dott. Antonio Giulio de Belvis: Prof. Eugenio Anessi Pessina, Dott.ssa Maria Avolio, Dott.ssa Alessandra Battisti, Dott.ssa Alessandra Burgio, Prof. Gianfranco Damiani, Dott. Pietro Folino Gallo, Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dott.ssa Silvia Longhi, Dott.ssa Laura Murianni, Dott. Aldo Rosano, Dott.ssa Tiziana Sabetta, Prof.ssa Roberta Siliquini, Prof. Walter Ricciardi

<sup>60</sup> Taiichi Ohno (1912 – 1990) fu colui che ebbe l'incarico di recuperare l'enorme divario di produttività che divideva la Toyota dalle compagnie Americane. Ohno riuscì a sviluppare tra il 1945 e il 1970 il nuovo sistema di produzione diventato famoso con il nome di Toyota Production System (TPS). Ispirato da libri quali "Today and Tomorrow" di Henry Ford dove tutti i concetti base della produzione Lean venivano spiegati, Ohno fece suo anche il sistema supermarket: stoccare una piccola quantità di tutti i prodotti che il proprio cliente può desiderare e rifornire man mano solo gli oggetti che vengono usati in un'ottica di riduzione degli sprechi.

<sup>61</sup> F. Centauri, M. Marsilio, S. Villa, F. Nicosia, *Implementare il modello Lean nelle organizzazioni sanitarie: il caso dell'Ospedale Galliera*, Franco Angeli, Milano, 2016, *passim*.



Le logiche *Lean* affondano le loro radici in tempi remoti. In occidente, all'interno delle catene produttive industriali degli anni '60 la filosofia prevalente era riassumibile in questa frase rivolta dai "capi" ad un lavoratore: «tu non pensare che a pensare ci pensiamo noi»<sup>62</sup>. Contemporaneamente in Giappone si affermavano concetti del tipo: «usa la testa, non il tuo denaro», nel senso che l'operaio doveva diventare un lavoratore pensante, perché solo così diventava produttivo. Con tali logiche l'industria giapponese mise in luce nuovi modelli che di fatto risultavano in grado di corrispondere con più efficacia alle richieste di maggior qualità provenienti dal mercato e di tempi e costi più ridotti nei processi d'impresa. La logica di base era ed è tuttora quella di porre l'utente finale al centro del sistema produttivo in base alle sue esigenze ovvero alle sue aspettative. Il tutto in un circuito in cui i tempi di attesa e gli sprechi sono azzerati e le risorse, materiali e umane, ottimizzate.

Oggi, si assiste all'adozione di tecniche *Lean* in differenti realtà produttive<sup>63</sup> comprese realtà sanitarie.

7. Le imprese, gli attori dei fattori produttivi, indipendentemente dal prodotto o dai servizi erogati sono in costante pressione. Competitività, concorrenza, innovazione tecnologica, gestione del personale, esigenze dei clienti, *standard* di qualità da garantire e, sovente, ingenti tagli dei finanziamenti pongono i *manager* in posizione di grave disagio. Lo scopo di ogni impresa è quello di produrre mantenendo alto il livello di qualità e garantendo un profitto.

In sanità, applicare tecniche *Lean*, consente di ricavare un servizio appropriato, efficace ed efficiente per il paziente che si trova ad attraversare il processo di cura senza che si creino inutili attese o inadeguati trattamenti (in contrasto con quelle che sono le esigenze del paziente), tenendo in considerazione il contenimento dei costi. In particolare, si è registrato come l'introduzione di tecniche *Lean* hanno profondamente influenzato i progetti di riorganizzazione dei processi e delle attività all'interno del contesto sanitario<sup>64</sup>. Differenti studi hanno ampiamente dimostrato che siffatte logiche riescono ad apportare miglioramenti sostanziali nelle organizzazioni sanitarie e con particolare riguardo si è osservata una drastica riduzione degli errori unitamente al contenimento dei costi e alla riduzione dello stress del personale.

Il significato del *Lean Thinking* è quello di pensare snello, ovvero perseguire col massimo sforzo la caccia agli sprechi (*Muda*) dove spreco è qualsiasi attività che assorbe risorse e non aggiunge valore direttamente al servizio che si eroga al paziente; lo spreco aggiunge solo tempo e costo, non valore; lo spreco interrompe il flusso del paziente ed è una causa determinante la qualità del processo di cura.

---

<sup>62</sup> C. Bianciardi, *Lean Thinking in Sanità: Da Scelta Strategica a Modello Operativo, (Italian Edition)*, Esculapio, 2014, Kindle, Seattle, *passim*.

<sup>63</sup> In Italia ha fatto scuola il caso Ducati che attraverso tali logiche è divenuta leader del settore.

<sup>64</sup> Z. Radnor, *Process Improvement and Lean Thinking: Using knowledge and information to improve performance*, in *Connecting Knowledge and Performance in Public Services*, 2010, 173-198.

Ora, analizzando gli strumenti che tale filosofia *Lean* può apportare in sanità possiamo evidenziare alcuni tra i principali sprechi quali:

- La complessità amministrativa: i costi del personale amministrativo rappresentano una voce consistente di spesa del SSN. Gli sprechi in questo caso sono generati dall'eccessiva burocratizzazione, scarsa informazione e un aumento eccessivo del comparto amministrativo;

- Costi eccessivi delle tecnologie sanitarie: l'assenza di regole ben definite e mancanza di costi standard in questo mercato fanno sì che vengano acquistate a prezzi molto più alti del loro valore reale, con differenze regionali ingiustificate;

- Mancanza di comunicazione tra i diversi livelli: le strutture sanitarie sono organizzate secondo il modello dipartimentale, che si ramifica verticalmente per specializzazioni. Siffatto impianto, aumenta la difficoltà di coordinamento e porta inevitabilmente a inefficienze, dal momento che nella maggior parte dei casi un paziente ha bisogno di cure trasversali;

- Spreco di risorse umane e di materiali: questo causa attese relative ai processi amministrativi generali e una disorganizzazione del personale;

- Eccesso di dati e informazioni: rappresenta forse il primo problema di questo settore, soprattutto considerando che spesso tutte queste informazioni che vengono richieste e generate, non vengono neanche utilizzate. Questa asimmetria informativa causa diverse perdite di tempo e spesso un senso di disorientamento nel paziente, che, a volte, non riesce ad avere una totale consapevolezza del suo stato di salute;

- Sovra utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati: questa è la categoria più consistente di sprechi. La cosiddetta medicina difensiva prevede un uso a volte indiscriminato di farmaci, *screening* di efficacia non documentata, esami preventivi a volte non necessari etc.;

- Inadeguato coordinamento dell'assistenza: inteso come la gestione del percorso del paziente tra *setting* assistenziali diversi, in particolare tra ospedale e territorio. Basti pensare alla fase post-operatoria (riabilitazione per esempio) o a pazienti con malattie croniche, per i quali le cure primarie devono essere integrate ad altri tipi di interventi e terapie<sup>65</sup>.

Lo scopo principale deve essere quello di offrire un servizio migliore all'utente cercando di snellire i tempi dei processi interni, eliminando gli sprechi creando così un flusso di miglioramento continuo che di fatto risulta idoneo ad un sostanziale abbattimento dei costi.

---

<sup>65</sup> Per un approfondimento sul tema si veda A. Cartabellotta, *Disinvestire e riallocare: la chiave per la sostenibilità del SSN, Un approccio sistematico alla riduzione degli sprechi*, in *Evidence open access journal published by the GIMBE Foundation*, 7, 2015, 1-4.

8. Il *Kaizen*<sup>66</sup> affonda le sue radici nell'approccio scientifico-statistico di matrice occidentale e di fatto è il prodotto della standardizzazione della produzione sperimentata da Henry Ford. Siffatta metodologia indica sostanzialmente il miglioramento continuo/diffuso in tutti i livelli della struttura gerarchico organizzativa, senza limitarsi alla sola produzione industriale ma adattando il processo ad una più ampia idea di miglioramento professionale. Il cambiamento a cui il modello ambisce è un cambiamento interno all'azienda che coinvolge la totalità degli attori (che partecipano al processo produttivo) incentivando l'interazione tra i livelli tanto in senso verticale quanto su di un piano orizzontale; in tal modo ogni singolo lavoratore diviene coautore del processo di miglioramento. Ora, va sottolineato che la logica *Kaizen* non richiede radicali trasformazioni, ma piccoli miglioramenti incrementali. Il miglioramento costante, infatti, si pone alla base dell'obiettivo finale della logica in discussione, ovvero osservare la realtà per poter distinguere i fatti concreti da quelli non reali, estrapolare le problematiche che vengono alla luce e intervenire nel modo più corretto.

Va tuttavia precisato che la capacità di risolvere problemi non può riscontrarsi in un solo ed isolato fattore. Preliminarmente il punto di partenza riguarda la capacità di analisi quantitative e qualitative con la conseguente e necessaria abilità di analisi dei problemi per definirne con chiarezza i contorni e i contenuti, lo studio delle cause ovvero della natura, le perdite e i difetti che da essi derivano. Così si focalizzano i possibili processi di miglioramento della qualità, dei costi, del tempo. L'approccio è, dunque, mirato, da una parte, alla risoluzione dei problemi, nel momento e nel luogo

---

<sup>66</sup> Miglioramento continuo e graduale di un'attività al fine di creare più valore e meno sprechi. La ricerca della perfezione attraverso il miglioramento continuo consente di alimentare la fonte del vantaggio competitivo creato. Le risorse rese disponibili con la semplificazione dei processi sono impiegate nelle attività di miglioramento continuo (strutturate e misurabili). La vera fonte dell'evoluzione dell'industria giapponese va ricercata a monte di tutti questi indubbi cambiamenti del sistema produttivo. Essa si trova nel vecchio principio filosofico: "ogni cosa merita di essere migliorata". È sull'applicazione sistematica e metodica di questo semplice principio che si è basata tutta la crescita economica del Giappone. Il successo derivante dall'aver trasformato questo principio in un eccellente sistema di gestione di impresa si spiega con il diverso approccio che il Giappone ha avuto verso il miglioramento. Infatti, mentre nella cultura occidentale il miglioramento viene per lo più perseguito con operazioni drastiche di cambiamento da cui si aspetta un immediato ritorno dell'investimento, in Giappone il miglioramento viene visto come un processo continuo e graduale. Più precisamente, viene visto nel vero significato del termine giapponese "*Kaizen*". Il significato: in giapponese *Kaizen* significa letteralmente "miglioramento". È l'impegno ad apportare ogni giorno piccoli miglioramenti ovunque si può: nella vita personale, privata, sociale, professionale. Nell'ambito industriale/produttivo, *Kaizen* significa un miglioramento continuo che coinvolge l'intera struttura aziendale – dirigenti, quadri, operai allo stesso modo. Esso trova le sue radici nel vecchio detto giapponese: "se non si vede un uomo per tre giorni, i suoi amici dovrebbero guardarlo attentamente per scoprire quali cambiamenti si sono verificati". In questo detto è sottintesa la convinzione che ogni cosa, anche se di poco, cambia continuamente. Trasportando tale concetto in azienda, significa non far passare giorno senza che si produca qualche miglioramento, anche se piccolo. Con la continuità come sua primaria caratteristica, il *Kaizen* (tanti piccoli miglioramenti) si contrappone al *kakushin* (innovazione) e al *kairyō* (un grande miglioramento). *Kakushin* e *kairyō* vengono decisi dalla direzione e necessitano di un grande investimento; il *Kaizen* viene fatto ogni giorno da tutto il personale. Si veda [<https://www.leanthinking.it/cosa-e-il-lean-thinking/glossario/kaizen/>]

in cui si verificano; dall'altra, alla semplificazione dei processi con l'eliminazione di tutto ciò che è spreco. Applicare *Kaizen* in azienda significa far emergere non solo le competenze, ma anche il buon senso e la capacità di *problem solving* di ogni singola risorsa che concorre al raggiungimento dell'obiettivo comune di creare il valore realmente percepito dal cliente.

Ora, attraverso una fusione delle tecniche *Lean* con gli strumenti *Kaizen*, pertanto attraverso la standardizzazione e la riduzione degli sprechi per mezzo di un miglioramento continuo la sanità può ambire ad un sistema idoneo a garantire equo accesso alle cure in un'ottica gestionale che non mira ad apportare tagli ai fondi ovvero ad erogare prestazioni sanitarie di scarsa qualità all'esito di lunghi tempi di attesa.

9. Una revisione della letteratura sulle «*Metodologie di miglioramento dei processi aziendali*» condotta per conto del *National Audit Office*<sup>67</sup>, evidenzia che le tecniche *Lean* risultano oggi essere la metodologia di miglioramento del processo più citata nel settore sanitario<sup>68</sup>. Ulteriori prove della prevalenza dell'implementazione *Lean* nell'assistenza sanitaria sono fornite da un improvviso e brusco aumento di rapporti nella letteratura accademica e professionale<sup>69</sup> e nella «letteratura grigia»<sup>70</sup>. Una serie di spiegazioni altrettanto sostenibili sono fornite a sostegno delle pratiche di implementazione *Lean* nell'assistenza sanitaria, ad esempio, Hartley e Skelcher<sup>71</sup> sostengono che nel Regno Unito, si sono realizzate scelte politiche tese al miglioramento dei servizi pubblici e che il "miglioramento" continua ad avere la massima priorità.

Tale letteratura è peraltro sostenuta da numerosi casi studio nazionali e internazionali<sup>72</sup>.

---

<sup>67</sup> Z.J. Radnor, *Review of business process improvement methodologies in public services*, in *London (Aim) Research*, 2010, 1-94.

<sup>68</sup> N. Burgess, Z. Radnor, *Lean paradox: can lean influence healthcare?*, in *Proceedings of the 17th International Annual European Operations Management Association (EurOMA) Conference—Managing Operations in Service Economies*, 2010, 6-9.

<sup>69</sup> L. Brandao de Souza, *Trends and approaches in lean healthcare*, in *Leadership in Health Services*, 2009, Vol. 22 No. 2, 121-139.

<sup>70</sup> Il termine «letteratura grigia» indica, nel gergo di bibliotecari e documentalisti, quella vasta area di «documenti non convenzionali» che non vengono diffusi attraverso i normali canali di pubblicazione commerciale e che quindi sono spesso difficilmente individuabili e accessibili. T.P. Young, S.I. McClean, *A critical look at Lean Thinking in healthcare*, in *Qual Saf Health Care*, 17(5), 2008, 382-386.

<sup>71</sup> N. Burgess, Z. Radnor, *Lean paradox: can lean*, cit., *passim*.

<sup>72</sup> La prima applicazione dei principi *Lean* in Sanità risale alla fine degli anni Ottanta, quando alcuni ospedali statunitensi come la Scuola di Medicina dell'Università del Michigan iniziarono delle sperimentazioni nel loro settore di quei principi che fino ad allora erano propri solo del mondo manifatturiero. Fu Steven Spear il primo a sistematizzare, diffondere e rendere noti i vantaggi che tale tecnica avrebbe potuto portare all'intero sistema sanitario americano. Successivamente a tali pubblicazioni una serie di applicazioni del *Lean Thinking* fu messa in atto anche in altre realtà ospedaliere statunitensi come Boston, Pittsburgh, Appleton, Wisconsin, Salt Lake City e Seattle. La spinta ad intraprendere un percorso di cambiamento *Lean* in queste organizzazioni è nata principalmente

Sul piano nazionale è emblematico il progetto della Regione Toscana Net Visual DEA varato nel 2011, che coinvolge attualmente nove aziende sanitarie toscane; partendo dalla riprogettazione dei modelli di *bed management* e di pianificazione delle attività sono stati conseguiti risultati importanti in termini di efficacia clinica oltre che di efficienza. Il progetto in esame ha apportato numerose e vistose migliorie nei reparti in cui gli stessi hanno avuto applicazione. A titolo esemplificativo basti pensare al reparto di Pronto Soccorso dell’Azienda Senese. Si è preso in esame il percorso del “paziente tipo” individuato nel paziente ortopedico. Per sviluppare il lavoro oggetto di sono stati individuati referenti medici e infermieristici coinvolti attivamente nella fase di definizione e di implementazione dello strumento. È stato inoltre identificato nella figura del Direttore di struttura il ruolo dello *sponsor* di progetto, fondamentale per il coinvolgimento del personale. Il paziente, avuto accesso al PS ha una serie di *step* ben definiti da attraversare: accettazione al *triage*, prima visita medico-infermieristica, accertamenti diagnostici, consulenza ortopedica e seconda visita medico-infermieristica in PS con dimissione. Ora, tale percorso è stato osservato dal *team* e sono stati individuati i *muda* sui quali intervenire. Rispetto alla situazione di partenza si è osservato una riduzione dei tempi pari al 34,5 %<sup>73</sup>. È bene sottolineare che erogare lo stesso servizio in un tempo minore garantisce una minore attesa non solo per il paziente coinvolto, ma anche per quelli in attesa con ovvie ripercussioni positive sul sistema integralmente considerato.

L’Azienda Senese ha inoltre intrapreso ulteriori progetti Lean quali:

- “PPU: Il prelievo all’ora che vuoi tu”: con l’obiettivo di ridurre le attese degli utenti che devono effettuare esami ematici. I primi risultati mostrano una riduzione del 13% del tempo di attesa rispetto a novembre 2016;
- “Ordinando... con il *Kanban!*”: la profonda riorganizzazione del *layout* del reparto ha permesso di recuperare vari ambienti e di centralizzare il materiale sanitario ed i farmaci in un unico magazzino, gestito a *kanban*<sup>74</sup>. Con tale strumento si applica sostanzialmente uno degli strumenti maggiormente utilizzati nei sistemi *just in time*, secondo cui le quantità di materiali considerate e utilizzate devono essere ridotte al minimo sufficiente a garantire efficienza, ciò porta maggiore velocità, semplificazione dei procedimenti di gestione delle scorte, nonché un abbassamento delle medesime. I

---

dalla necessità di far fronte a deficit finanziari, problemi di liste d’attesa ed un generale malessere organizzativo. Allo Shadyside, University of Pittsburgh Medical Center, fu applicato il TPS (Toyota Production System) procedendo alla mappatura e riprogettazione dei processi e degli spazi di lavoro al fine di individuare e seguire il flusso di valore, eliminando gli sprechi. Nell’ottica del miglioramento continuo venne introdotta la metodologia PDCA (Plan-Do-Check-Act) per la soddisfazione dei pazienti e degli operatori. Si veda C. Bianciardi, *Lean Thinking in Sanità*, cit., *passim*.

<sup>73</sup> C. Bianciardi, *Lean Thinking in Sanità*, cit., *passim*.

<sup>74</sup> Il *kanban* consiste in un cartellino, cd cartellino parlante, recante una serie di informazioni sistematizzate che circolano tra fornitore e cliente, fornendo ad entrambi le notizie necessarie per la gestione quotidiana dei materiali utilizzati, eliminando sistemi eccessivamente macchinosi.

risultati ottenuti sono: risparmio di circa € 42.000, riduzione dell'86% degli ordini in urgenza e 60% del tempo impiegato per effettuarli.

Tali casi, non isolati, evidenziano come tali strumenti sono di fatto idonei ad apportare significative migliorie nella gestione delle Aziende sanitarie facendo ricorso a soluzioni alternative ai meri tagli dei fondi destinati all'assistenza sanitaria.

10. Con l'Agenda 2030 si è posta una sfida globale attraverso cui rendere sostenibile un sistema ormai (in)sostenibile. Con tale sfida si dovranno misurare anche i sistemi sanitari di ogni Paese, seppure nelle loro profonde differenze sociali, culturali e politiche. L'obiettivo di copertura sanitaria universale rappresenta per il settore sanitario un traguardo ambizioso ma necessario.

In questo lavoro si è cercato di delineare l'insieme di variabili che sostanzialmente incidono sulla spesa sanitaria e si è altresì posta attenzione agli strumenti di derivazione industriale che hanno dimostrato ampio spettro di fattibilità anche nel settore della salute.

Di fatto, le logiche politiche attuate dagli Stati hanno finora evidenziato gravi carenze e, sovente, i decisori politici si sono trovati dinnanzi alla difficile scelta "obbligata" dei tagli.

Nella sanità italiana negli ultimi anni il *Lean* ha iniziato a diffondersi in maniera crescente. Nel 2012 l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese ha iniziato il proprio percorso di cambiamento improntato sulla strategia *Lean* che ha prodotto significativi risultati, non solo in termini economici (oltre 5 milioni di euro), ma soprattutto in termini di miglioramento della qualità e della sicurezza dei servizi offerti ai pazienti e del benessere organizzativo.

La sostenibilità dell'OSS 3 e in particolare del traguardo dell'accesso universale ai servizi è indiscutibilmente legata alle scelte politiche che si porteranno in campo e che saranno al banco degli imputati quando dovrà discutersi se tali scelte sono state funzionali nel mitigare l'impatto negativo che la mancata assistenza sanitaria è potenzialmente in grado di generare. Solo con sistemi di salute ad accesso universale a servizi di qualità potrà di fatto abbattersi la resilienza e in tale ottica è obbligo di tutti gli Stati introdurre criteri di miglioramento continuo affinché nessuno resti dimenticato, affinché nel mondo nessuno mai possa più sentirsi invisibile.