



**In un convegno a Verona
presentato un Libro bianco
e confrontate le esperienze
di Veneto, Toscana e Lombardia.
Tre modelli diversi
ma ugualmente efficaci
di organizzazione**

DI GIUSEPPE TANDOI

Per i titolari di farmacia parlare di logistica significa principalmente occuparsi della distribuzione intermedia. Un settore alquanto ramificato in Italia, che si avvale del contributo forte di alcune multinazionali affiancate da un'ampia gamma di società di farmacisti e di cooperative. Il servizio funziona, di certo, e garantisce qualità e capillarità al sistema farmacia, su tutto il territorio nazionale. Basta però allargare un attimo lo sguardo e pensare a cosa significhi la logistica nell'ambito della sanità pubblica per capire che si tratta di un capitolo di spesa onerosissimo, a maggior ragione

in un periodo di vacche magre per i budget di finanziamento.

Logico dedurre, allora, che la sanità regionale funziona, in termini di qualità e di costi, se oltre a fornire un'assistenza adeguata al paziente è organizzata in modo da ridurre gli sprechi, di tempo e di denaro.

Su questi presupposti Assologistica ha voluto incentrare il convegno veronese dedicato al "Libro bianco per la logistica nella sanità", tenutosi nello splendido Palazzo della Gran Guardia, in Piazza Bra. Moderatore, il vice presidente dell'Associazione, Giovanni Leonida.



Più logistica in sanità

centro studi dell'Associazione, «esistono quattro tipi di logistica: dei materiali, dei documenti, delle risorse e dei servizi. L'obiettivo da raggiungere è quello della logistica integrata, di un modello centralizzato che si rifa al concetto di hub». In parole povere, è molto più farraginoso e dispendioso un sistema in cui cento fornitori raggiungono singolarmente cento ospedali di uno che prevede una centrale di acquisto, un centro di distribuzione, un centro servizi (vedi grafico a pag. 22). Limitandoci al farmaco, sono note le statistiche che parlano di una alta percentuale di errore in fase di somministrazione; sul versante dello stoccaggio, poi, le strutture sanitarie a volte si riforniscono di scorte in eccesso, con l'ovvio risultato di far sì che una parte dei farmaci diventi inutilizzabile perché scaduta. Ambiti, entrambi, sui quali lavorare attraverso una

Giovanni Leonida,
vice presidente
di Assologistica



migliore organizzazione, favorita dal fatto, sottolineato da Pedone, che «la filiera logistica sta passando nelle mani del cliente». Da questo punto di vista il Libro bianco elaborato da Assologistica si propone come strumento di lavoro da sottoporre alle istituzioni e a tutti gli operatori della sanità.

ESEMPI VIRTUOSI

Le Regioni più avanzate sul fronte sanitario si stanno già muovendo. Il Veneto ha appena concluso un accordo con Assologistica per dare vita a un tavolo di discussione finalizzato a definire una strategia di intervento che coinvolga tutte le Asl della Regione. Accordo che prende spunto dalla collaborazione già in atto tra la Asl di Asolo e un'impresa del settore, attraverso un centro logistico sanitario in grado di servire due ospedali, dodici case di riposo e cinque distretti sanitari, per complessivi 2.000 posti letto. L'obiettivo finale - lo ha affermato esplicitamente nel suo intervento Antonio Compostella, direttore generale dell'Agenzia regionale socio-sanitaria - è quello di sostituire i novanta depositi attualmente esistenti nel Veneto in cinque sole piattaforme logistiche. Il tutto in sedici, venti mesi al massimo. Tempi brevissimi rispetto agli standard nazio-



MICRO E MACRO

Come si ricava dal box a pagina 22, la logistica in sanità riguarda solo in parte la consegna del farmaco in ospedale. Il farmaco, e il parafarmaco, sono solo alcuni dei materiali che tengono in piedi un ospedale, insieme a cartelle cliniche, letti, ausili di vario genere, documentazioni e molto altro ancora. Solitamente si usa distinguere la micrologistica - attività di gestione del farmaco/prodotto all'interno del reparto - dalla macrologistica, esercitata preferibilmente in una struttura esterna all'ospedale. «In sanità», ha spiegato Pietro Pedone di Assologistica Cultura e Formazione,

Integratori di servizi

Assologistica è nata nel 1997 e attualmente comprende 250 aziende, tra terminalisti portuali e interportuali e imprese di integrazione logistica. L'Associazione fa parte di Confindustria e di Confetra. Negli ultimi anni è in atto una trasformazione in seguito alla quale le imprese del settore sono passate «da semplici custodi delle merci a integratori di servizi logistici ad alto valore aggiunto».

Esempi di logistica in sanità

◆ **Logistica dei materiali (acquisti, scorte, distribuzione):** farmaci; economici; prelievi per analisi.

◆ **Logistica dei documenti (registrazione, archiviazione, ricerca):** prontuari; terapie; cartelle cliniche; procedure.

◆ **Logistica delle risorse (acquisizione, ottimizzazione, manutenzione):** programmazione letti (rete); capacità impianti/apparecchiature; risorse critiche.

◆ **Logistica del servizio al cliente (popolazione target, cluster, customer care):** menù dei servizi di base; assistenza pre-post; personalizzazioni.

Fonte: Assologistica - Federsanità Anci

nali ma alla portata, probabilmente, del produttivo Nord-Est.

Il caso Toscana è altrettanto positivo ed emblematico di come il federalismo in sanità sia davvero tangibile, laddove la maggiore autonomia dal potere centrale è stata realmente messa a frutto. Il processo di aziendalizzazione della sanità, avviato con i decreti legislativi del 1992, è andato ben oltre, in alcuni casi, la semplice distinzione tra Aziende sanitarie e Aziende Ospedaliere. Luciano Fabbri - dirigente della Regione Toscana e vice presidente della Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso) - ha illustrato per sommi capi il cammino percorso nell'ultimo decennio. Nel 2000 la Toscana era articolata in 12 Aziende sanitarie e quattro ospedaliere. Un primo tentativo di razionalizzazione aziendale ha dato

MODELLO CENTRALIZZATO PER LA LOGISTICA DEL FARMACO

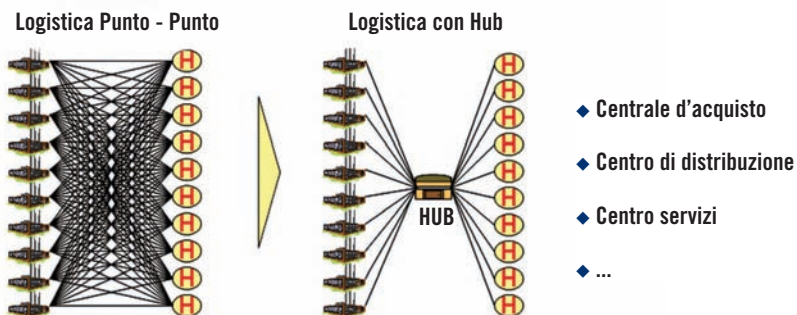


GRAFICO - Se, per esempio, 100 fornitori raggiungono singolarmente 100 ospedali, o punti di consumo, le relazioni necessarie sono 100 x 100, cioè 10.000. Se, invece, i 100 fornitori concentrano le consegne in un unico punto, da cui i prodotti vengono poi distribuiti sempre a 100 punti di consumo, le relazioni sono 100 + 100, cioè 200. Fonte: Assologistica - Federsanità Anci

origine a tre "aree vaste" - Centro, Nord Ovest e Sud Est - nelle quali una struttura si occupava dell'assistenza sanitaria in senso stretto e un'altra delle attività tecnico-amministrative, i consorzi di area vasta. Un processo sperimentale che ha dato buoni risultati e ha indotto i legislatori toscani a creare, con la Legge regionale 40 del 2005, i cosiddetti Estav, Enti per i servizi tecnico amministrativi di area vasta. In pratica i vecchi consorzi sono diventati enti pubblici con autonomia amministrativa e competenze più ampie. Si occupano, tra le altre cose, di approvvigionamento di beni e servizi, di gestione dei magazzini e della logistica, di gestione delle reti informatiche, di retribuzioni. E si occupano anche di concorsi: «Nel 2008 abbiamo calcolato», ha ricordato Fabbri, «un risparmio di 420.000 euro soltanto per le gare di appalto». Frutto, ovviamente, di una centralizzazione che funziona (se gestita con serietà) a tutti i livelli amministrativi. Gli interventi di Angela Di Tommaso, vice presidente di Federsanità, e di Danilo Broggi, amministratore delegato di Consip (organismo che fa capo al ministero delle Finanze), sono stati più di carattere generale. Hanno evidenziato, da un lato, una certa ritrosia al cambiamento da parte di alcune pubbliche amministrazioni; dall'altro, la carenza di co-

municazione non solo con l'esterno, ma per esempio, anche tra le Asl della stessa Regione.

IL CASO LOMBARDO

È noto a quanti hanno seguito le vicende della politica sanitaria negli ultimi anni che il modello di sanità lombardo - quello, per intenderci, inaugurato durante la più che decennale presidenza Formigoni - si è scontrato in più di un'occasione con gli orientamenti di governi centrali di diversa area politica. Oggetto del contendere la compatibilità del sistema lombardo, fortemente autonomo, con i principi generali del Servizio sanitario nazionale, dettati a livello centrale. Storiche, a questo proposito, le scaramucce tra Formigoni e l'allora Ministro Bindi. Cambiano i tempi, non mancano i contrasti tra Regioni e governo in materia di sanità, ma resta il dato di fatto che il modello lombardo si è sviluppato in modo del tutto originale. L'assessore alla Sanità Luciano Bresciani ha ricordato che il Piano sanitario regionale 2007-2009 si ispira ai criteri della "sussidiarietà verticale". È un modello, per sintetizzare, nel quale la Regione finanzia e fornisce le direttive generali, le quindici Asl gestiscono e organizzano il servizio. Sul territorio, poi, l'offerta di assistenza avviene in modo paritario da parte di strutture pubbliche e private. Senza dimenticare

il ruolo fondamentale svolto nella Regione dal terzo settore. Inutile dire che la Lombardia deve far fronte a una richiesta di prestazioni che va ben oltre i confini regionali: il 10 per cento dei trattamenti in generale e ben il 50 per cento dei trattamenti oncologici riguarda cittadini non lombardi. Bresciani ha ricordato l'importanza della «Centrale regionale acquisti, a cui fanno riferimento i direttori generali delle Aziende sanitarie e tutti gli enti che fanno parte del sistema regionale». La Centrale si occupa di procedure di gare d'appalto, di rilevazione dei fabbisogni degli enti regionali, di controllo di qualità delle forniture richieste. Un polo logistico-amministrativo di grande portata che ha contribuito a portare «i tempi medi di pagamento delle fatture ai fornitori a 98 giorni». Affermazione che ha suscitato la sorpresa e l'ammirazione di Broggi (che ha messo in guardia dai danni causati da pubbliche amministrazioni che pagano tardi o non pagano proprio) ma non del toscano Fabbri, secondo il quale la sua Regione non è da meno. Rari esempi, insomma, di burocrazie che funzionano.

IN CONCLUSIONE

Se il concetto di rete, declinato in tutte le sue molteplici applicazioni, è quello cui si deve ispirare ogni organizzazione logistico-amministrativa, le ultime battute del convegno hanno messo sul tavolo le sfide che ogni Regione dovrà affrontare nel futuro prossimo, con strumenti possibilmente non spuntati (come invece accade in certe aree della Penisola): acuzie, cronicità, medicina del territorio. Una crescente richiesta di prestazioni cui fare fronte con risorse finanziarie limitate.

In una recente intervista il sottosegretario alla Salute Francesca Martini (ex assessore alla sanità del Veneto) ha accolto con entusiasmo l'inaugurazione di una Utap nel veronese; secondo lei è questo il modo di procedere, così si intensifica la medicina sul territorio. Il modello di Valeggio sul Mincio, insomma, va seguito. Abbiamo qualche dubbio in merito o almeno vorremmo essere sicuri che la nascita di un nuovo servizio non vada a discapito di uno già esistente. Per esempio quello farmaceutico.