

Come non sprecare: appropriatezza in medicina

How not to waste: appropriateness in medicine

M.F. Mulas¹

¹SC Qualità, Appropriatezza, Clinical Governance e Risk Management, Azienda Tutela della Salute ATS, Sardegna

Corresponding author: mfranca.mulas6@gmail.com

Abstract

The idea that the author promotes is that the term waste amounts to inappropriateness whatever the economic environment referred to. The hope is that it can act as a prod for those people who wish to make more rational and economically more convenient work choices by reducing the opportunities for conflict, the loss of time, the legal disputes, the bottlenecks, the incompetence. Two possible approaches to waste are presented. The first represents the point of view of the industry, it is only apparently distant. Thought, the lean organization requires an effort of reading and perhaps greater analysis but, *mutatis mutandis*, the areas of waste, that is of inappropriateness, are perfectly adaptable to the health world. The second was born in the health world, originates from a work of an important author in the world of quality in medicine, identifies six categories of waste and was taken up in our country by the GIMBE Foundation, giving inspiration or a strong debate. Reflection on each category allows the expert physician to translate his content into his everyday life and draw hypotheses and stimuli for a possible change in clinical organizational practice, in a vision of contrasting inappropriateness. Homo medicus continually needs to be solicited and have elements of reflection to make choices that minimize, in this case, the behavior of inappropriateness (waste) prescriptive and organizational.

KEY WORDS waste; appropriateness; lean production.

Riassunto

L'idea che promuove l'autore è che il termine spreco equivale a inappropriato qualunque sia l'ambiente economico cui ci si riferisce. L'auspicio è che possa fungere da pungolo per quelle persone che desiderino fare scelte di lavoro più razionali ed economicamente più convenienti riducendo le occasioni di contrasto, le perdite di tempo, i contenzioni legali, i colli di bottiglia, l'incompetenza. Sono presentati due possibili approcci al tema dello spreco. Il primo rappresenta il punto di vista dell'industria, è solo apparentemente distante. Il pensiero, l'organizzazione snella richiede uno sforzo di lettura e analisi forse



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation M.F. Mulas (2019). Come non sprecare: appropriatezza in medicina. JAMD Vol. 22/4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received September, 2019

Accepted October, 2019

Published November, 2019

Copyright © 2019 Mulas. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declares no competing interests.

maggiore ma, *mutatis mutandum*, le aree di spreco, cioè d'inappropriatezza sono perfettamente adattabili al mondo sanitario. Il secondo nasce nel mondo sanitario, origina da un lavoro di un esperto di fama della qualità nei sistemi sanitari, individua sei categorie di spreco ed è stato ripreso nel nostro paese dalla Fondazione GIMBE. La riflessione su ciascuna categoria può permettere al medico di traslare il suo contenuto nella propria quotidianità e trarne ipotesi e stimoli per un eventuale cambiamento della pratica clinico organizzativa, in una visione di contrasto all'inappropriatezza. L'*homo medicus* ha bisogno continuamente di essere sollecitato ed avere elementi di valutazione per operare scelte che minimizzino, in questo caso, i comportamenti d'inappropriatezza (sprechi) prescrittiva e organizzativa.

PAROLE CHIAVE spreco; appropriatezza; lean production; engagement.

Il punto di vista di quest'articolo è che lo spreco equivale a inappropriatezza e che sprecare equivale a essere inappropriati. Questo è vero sia nel mondo manifatturiero, sia amministrativo-finanziario, sia in quello sanitario, qualsiasi sia la dimensione dell'impresa.

In molti paesi occidentali, circa il 20% della spesa sanitaria è gestito in modo inappropriato⁽¹⁾. A fronte di un miglioramento complessivo delle condizioni di salute e dell'attesa di vita, il tema della sostenibilità dei costi sanitari resta sulla scrivania dei governi nazionali. Si assiste all'ingresso sul mercato di farmaci sempre più costosi e a un graduale invecchiamento della popolazione. Va da sé, che migliorare l'utilizzo di quel 20% alleggerirebbe il bilancio degli stati nazionali assecondando i bisogni dei cittadini.

L'attenzione agli sprechi è antica. Eraclito (535-475 a.C.), promuovendo la ragione come principio su cui fondare l'analisi continua della realtà, indicava la via per ampliare le nostre conoscenze: «una comunità per vivere nella pace non deve sprecare»⁽²⁾. Sostiene Mario Vargas Llosa, nel suo libro *L'eroe discreto*⁽³⁾, che l'Europa sta pagando un alto prezzo per errori commessi quali populismo, disinteresse per la politica, frodi e corruzione, sprechi, diffusa mancanza culturale, irresponsabile sacrificio del futuro a favore del presente.

Come non sprecare?

Il problema degli sprechi è stato affrontato nel mondo industriale alla fine degli anni 40 in un'azienda del Giappone, distrutto dalla seconda guerra mondiale. Il termine giapponese *muda*⁽⁴⁾ si riconosce

nell'esercizio di attività improduttive, prive di utilità e, nell'ambito del management, fa parte dei concetti del sistema di produzione Toyota. Alla base del "toyotismo" c'è l'idea di "fare di più con meno", di usare, cioè, le poche risorse presenti (in sanità sempre minori), nel modo più efficace ed efficiente possibile, (in sanità è identica la modalità e comporta il miglioramento continuo della qualità), per la realizzazione del proprio prodotto (in sanità il prodotto è l'assistenza sanitaria). Con questi presupposti l'ingegner Taiichi Ono (1912-1990), padre del sistema Toyota, ha portato la propria azienda, grazie anche allo strenuo impegno in termini d'intelligenza e responsabilità dei propri lavoratori, a diventare leader nel campo automobilistico.

Alla base dell'approccio Toyota c'è un'organizzazione generale della produzione che pone attenzione a ogni singolo processo e a ogni singola attività per renderla più snella "*lean*", flessibile e adattabile ai bisogni del mercato. Il termine *lean production* compare nel 1988 nell'articolo "Triumph of the Lean Production System" di John Krafcik⁽⁵⁾, che esamina ogni momento del processo di flusso (descritto in sanità da J. Øvretveit⁽⁶⁾). La produzione snella (*lean production*) è il complesso di principi, metodi e tecniche per la gestione dei processi di lavoro e ha l'obiettivo di migliorare in modo costante e sistematico la qualità del prodotto finale e di ridurre gli sprechi. Questo modello è uno strumento di controllo gestionale dell'efficienza ed efficacia del sistema azienda ed è possibile solo con il coinvolgimento di persone motivate al miglioramento continuo.

Quale lezione ha dato al sistema sanitario il modello *lean* per affrontare gli sprechi, per garantire le richieste crescenti di servizi e della loro qualità?

Nell'avviare un processo lavorativo, l'approccio abituale è di passare subito al nocciolo della questione, senza badare a quali debbano essere gli elementi guida della sua strutturazione, basandosi più spesso sulla propria o altrui esperienza. Il pensiero razionale, invece, suggerisce di disegnare, o ridisegnare, la struttura organizzativa e i processi aziendali riferendosi a un qualche modello scientifico. La teoria del *Lean Production/Thinking*^(5,7) si fonda sui seguenti cinque principi guida. Ogniqualvolta all'interno di un'organizzazione di lavoro ci imbattiamo in un problema, può essere utile soffermarsi sui cinque principi *lean*.

1. Stiamo aumentando il rapporto tra rilevanti outcome di salute per il paziente e costi sostenuti dal sistema?

2. Stiamo agendo per ridurre uno spreco, eliminando tutte le attività che non generano valore⁽⁸⁾?
3. Stiamo assicurando un processo di flusso⁽⁶⁾ che scorra senza intoppi, quali la mancanza d'informazioni, i difetti delle forniture, l'inappropriata gestione delle priorità, le attese?
4. Il processo di flusso è orientato da riferimenti autorevoli, ai bisogni del cittadino/paziente, evitando di fornire un servizio non necessario o che non siamo in grado di fornire?
5. Sappiamo quale sarà il prossimo miglioramento, siamo preparati a perfezionare il processo di flusso adeguandolo nel tempo per l'individuazione, la correzione e la prevenzione degli sprechi?

L'individuazione del singolo spreco va cercata in categorie che sono proprie dell'industria manifatturiera e va traslata nel sistema sanitario. Questo richiede uno sforzo, perché, diversamente dai sistemi sanitari pubblici, la produzione industriale è orientata al soddisfacimento totale dei bisogni cliente. In breve, i sette sprechi, secondo il *Lean Tinking*, sono riassumibili nel modo seguente.

1. Sovraproduzione (*Overproduction*). Questo spreco accade quando le quantità prodotte superano la richiesta del cliente, generando i depositi nei magazzini. In sanità questo spreco è identificabile in una smisurata pianificazione dei processi che finiscono per impedire a tutti lo stesso livello d'assistenza sanitaria, nella mancata flessibilità, controllo, stabilità delle attività, nell'inefficienza d'impiego della risorsa umana, nel problema dell'*over-undertreatment*.
2. Attese (*Waiting*). Sono i tempi "morti" nel processo di flusso, la differenza tra il tempo teorico impiegato da un paziente ad attraversare il servizio e quello "vivo", caratteristico di quel processo di flusso. Le cause sono diverse, mancata sincronizzazione delle azioni del processo, code improvvise, mancanze dell'operatore, guasti, materiali non disponibili per errori di progettazione e realizzazione dell'assistenza, mancanza di addestramento, mancati controlli. Dal punto di vista del paziente i tempi d'attesa impattano fortemente sulla fidelizzazione al servizio, sull'osservanza delle indicazioni, sulla qualità percepita.
3. Scorte (*Inventory*). Sono equiparabili a "materiale umano" immobilizzato, in lavorazione, in attesa che il processo fluisca. Può creare difficoltà organizzative alle entità esterne coinvolte nel percorso assistenziale. La situazione non permette un "guadagno" per il paziente, per l'o-

peratore dell'unità produttiva o interna al sistema, ad esempio altre unità operative, direzioni, amministrazione. È un "valore intrappolato", proporzionale alla numerosità dei trattamenti in corso e allo stato di avanzamento nel flusso delle attività.

4. Movimentazioni (*Motion*). Sono gli spostamenti all'interno del singolo processo di persone (operatori, pazienti), informazioni, documenti, macchine che non costituiscono un "valore aggiunto" per il lavoratore o il paziente. Ad esempio, manca la documentazione sanitaria di quel paziente al momento del bisogno e qualcuno lo deve recuperare.
5. (*Transporting*). Sono costituiti da tutti gli spostamenti da un reparto all'altro di cose, persone (operatori, pazienti) che impiegano risorse e generano costi (materiali, immateriali). Vanno analizzati i motivi che rendono opportuno lo spostamento diminuendo i vincoli e migliorando metodi, procedure, tempi, attrezzature. Ad esempio manca la carrozzina per disabili per portare in cardiologia il paziente.
6. Processi non utili (*Process wastes*). Sono rappresentati da inefficienze intrinseche al processo, che determinano rallentamenti, variabilità o instabilità di risultato, difettosità di servizio, aumento dei costi, attività non necessarie. Le cause possibili sono le inadeguatezze organizzative, la bassa performance di ambienti, materiali, persone.
7. Difetti (*Defects/Rework*). Il concetto di scarto è più facile da comprendere in un manufatto, ma l'erogazione di un'attività sanitaria non conforme a standard riconosciuti (inappropriata), il comportamento d'inosservanza del paziente sono da ritenersi difetti, esempi di comportamenti inappropriati. Nella realtà sanitaria non è sempre facile conoscere e individuare i problemi che danno luogo a "scarti", ma ad esempio le "rilavorazioni" per una mancata precedente stabilizzazione di una condizione clinica rappresentano un'opportunità di miglioramento del processo d'assistenza. In questa categoria di spreco va ricondotto il mancato sostegno e sviluppo del potenziale umano a causa di uno scarso coinvolgimento, ascolto, motivazione, incentivazione degli operatori sanitari.

Il sistema produttivo Toyota si oppone all'idea dell'impresa fordista-taylorista di una produzione basata sulla semplice offerta, ma si orienta piut-

tosto sulla domanda e sul miglioramento del prodotto, le quantità sono strettamente correlate alle variazioni della domanda reale. In ambito sanitario sono discutibili entrambe le visioni, tuttavia sono moltissime le lezioni che la sanità può ricavare dalla visione e dal pensiero *lean*. I principi e la mappatura del flusso di processo, che la produzione “snella” suggerisce, sono totalmente applicabili alle organizzazioni sanitarie, anche se in letteratura compaiono, come vedremo, con terminologie diverse.

Introduciamo ora il secondo approccio agli sprechi in sanità. L'Ocse afferma che, in media in vari paesi, un quinto dei finanziamenti stanziati è sprecato e suggerisce l'adozione di strategie e metodologie che permettano la verifica dei processi assistenziali nei termini di costo-efficacia⁽¹⁾. Gli obiettivi sono di evitare interventi clinici che non portano a miglioramenti di salute, di promuovere processi di lavoro che portino a risparmi (l'uso dei generici), di sviluppare le competenze degli operatori (ruoli evoluti per gli infermieri dedicati alle malattie croniche), di collocare nel setting giusto i pazienti (ad esempio nelle cure primarie invece che ospedaliere), di rendere possibile una condivisione delle informazioni (ad esempio per evitare la ripetizione di esami diagnostici).

La mappa Ocse degli sprechi in sanità adotta la classificazione proposta da D.M. Berwick⁽⁹⁾. L'autore individua sei aree di possibile spreco per la progettazione di interventi mirati su quei processi clinici, organizzativi, amministrativi, che non comportano aumento del valore, non migliorano la salute della popolazione, anche se originano da intenzioni quali il sostegno dell'occupazione, il consenso delle professioni e della società, la generale soddisfazione di cittadini, lavoratori, politici, amministratori.

La classificazione degli sprechi in sanità elaborata da Berwick è stata riportata anche nei rapporti della Fondazione GIMBE⁽¹⁰⁾ che ha denunciato come le prove degli sperperi siano incontrovertibili e come contro di essi si debba agire subito.

Le sei categorie degli sprechi sono:

- 1) inefficienza amministrativa,
- 2) acquisti a costi eccessivi,
- 3) inadeguato coordinamento dell'assistenza,
- 4) overtreatment,
- 5) undertreatment,
- 6) frodi e abusi.

Inefficienza amministrativa. Il termine riguarda i processi di lavoro non clinici, che usano risorse che non generano valore (miglioramento degli esiti di salu-

te). La complessa articolazione del sistema sanitario è comprensibile; ma l'eccesso di burocrazia, la limitata informatizzazione delle attività, la mancata dematerializzazione dei documenti, la bassa abilità digitale, la modesta interconnessione dei sistemi informativi con l'interno e l'esterno dell'organizzazione rende difficile la gestione, la verifica dei risultati ottenuti dalle attività svolte, la pianificazione e la negoziazione del budget, mettendo in discussione l'appropriatezza dei comportamenti delle direzioni sanitarie e delle amministrazioni.

Acquisti. La mancata standardizzazione dei costi ha aumentato in modo inappropriato la spesa di acquisto sia delle tecnologie sanitarie, sia di materiale e di servizi non sanitari, con differenze locali ingiustificate.

Inadeguato coordinamento dell'assistenza. La definizione di percorsi assistenziali appropriati sia all'interno degli ospedali, sia tra setting assistenziali diversi, prevede una standardizzazione condivisa per evitare ripetizioni, differenti approcci clinici tra i vari specialisti, insufficiente comunicazione, ritardi nell'esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche.

Overdiagnosis/treatment. Evidenze scientifiche consistenti documentano il sovra utilizzo di servizi e prestazioni poco o inefficaci, inappropriati a tutti i livelli dell'assistenza. La continua evoluzione della medicina preventiva, della tecnologia permette diagnosi sempre più precoci, in fase preclinica, sfumando i confini tra salute, rischio, patologia. Farmaci, terapie, screening, procedure diagnostiche, visite specialistiche, ricoveri ospedalieri sono erogati in modo ampio. La medicalizzazione della società, le incentivazioni basate sulla produttività, le crescenti attese dei cittadini, il continuo turnover delle tecnologie, le strategie diagnostiche ipertrofiche, esaustive, i conflitti d'interesse, i contenziosi medico legali e la conseguente cosiddetta medicina difensiva, sono i determinanti di un sovra utilizzo che coinvolge fortemente le professioni sanitarie.

Undertreatment. Il sottotrattamento comporta conseguenze rilevanti nei termini di guarigioni mancate, ricoveri ospedalieri, complicanze evitabili. Il sottoutilizzo riguarda anche le strategie di prevenzione a favore di stili di vita più appropriati a garantire il benessere dei cittadini. In un sistema sanitario ideale, tutti hanno accesso alle prestazioni sanitarie, a costoro la sanità offre almeno i livelli minimi d'assistenza sanitaria, i professionisti prescrivono interventi di provata efficacia, i pazienti garan-

tiscono l'osservanza alle indicazioni ricevute. Nella realtà, le differenti possibilità d'accesso ai servizi, l'indisponibilità degli interventi sanitari, la mancata erogazione di un intervento fruibile, l'inosservanza del paziente generano l'*under use*.

Frodi e abusi. Infine, la categoria che sottolinea una criticità italiana. Il *Transparency Corruption Perceptions Index 2018* colloca l'Italia al 53° posto nel mondo su 180 paesi, al 22° su 28 paesi europei. Il tema della corruzione coinvolge ampiamente il mondo sanitario in un insieme complesso di asimmetria informativa, incertezza, mancanza di dati, conflitti d'interesse, variabilità estrema delle prescrizioni cliniche, delle decisioni manageriali e politiche. Risorse sono destinate a condizionamenti impropri, che causano abusi, frodi, illeciti, opportunismi nella ricerca, nel marketing, nella formazione, nell'acquisto di beni e servizi.

Il cammino da fare per migliorare l'appropriatezza di ciascuna delle categorie è disciplinata da nor-

me, regolamenti, iniziative per contrastare o avviare comportamenti virtuosi, tuttavia il cammino da fare permane assai arduo (Figura 1).

Un esempio d'iniziativa nata nel nostro paese è *Choosing Wisely Italy*, che ha raccolto e reso pubbliche le raccomandazioni cliniche di numerose Associazioni Professionali e Società Scientifiche riguardo a pratiche diagnostiche, terapeutiche a rischio d'inappropriatezza. Promosso da *Slow Medicine*⁽¹¹⁾ in analogia a *Choosing Wisely USA*, ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio d'inappropriatezza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto si basa sull'assunzione di responsabilità dei medici e degli altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini⁽¹²⁾. L'iniziativa nata negli USA ha promosso iniziative analoghe in molte parti del mondo con lo scopo di selezionare test, terapie a rischio di overdiagnosis/treatment e promuovere

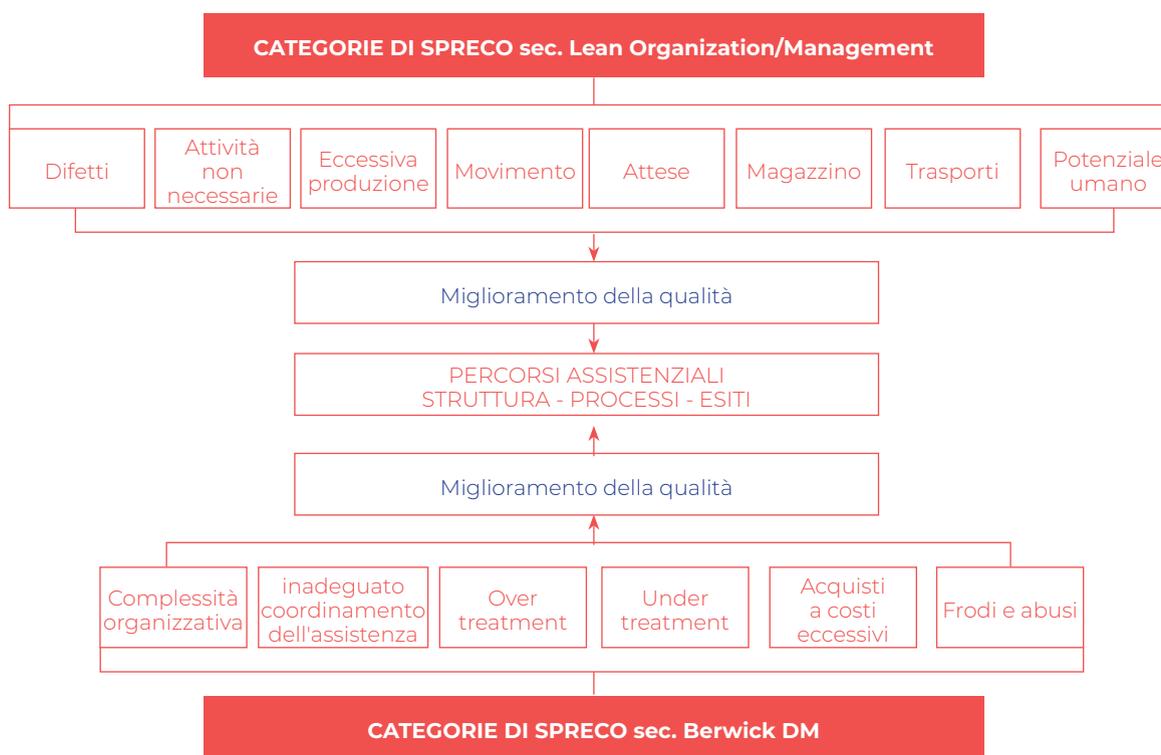


Figura 1 | Nell'intento di indagare le aree di spreco/inappropriatezza nelle organizzazioni, sono rappresentati due possibili approcci al miglioramento della qualità delle strutture sanitarie, siano cliniche, gestionali, amministrative. I target sono la lievitazione della spesa, le liste d'attesa, la demotivazione del personale, i percorsi di cura disorganizzati, la mancanza di partecipazione e comunicazione tra i vari livelli organizzativi. Il focus sugli sprechi comporta, di necessità, d'essere trasversali, orientati a percorsi assistenziali condivisi e alla facilitazione dell'attraversamento del paziente nel sistema. L'approccio agli sprechi/inappropriatezza prevede di necessità l'engagement di pazienti, operatori, unità operative, dipartimenti.

scelte “sagge e consapevoli”. La medicina basata sull'evidenza, l'appropriatezza, le linee guida, richiedono un'organizzazione sanitaria che si assuma la responsabilità del cambiamento, perché possano impattare realmente sulla pratica clinica, sull'organizzazione. Altrove, sono molte le iniziative per migliorare l'appropriatezza, il *disinvestment* totale o parziale su interventi ritenuti poco costo-efficaci, la promozione di scelte efficaci, la modifica del *payment by result*, il sostegno pubblico a Choosing Wisely. È necessario coinvolgere i cittadini/malati nelle scelte diagnostiche e terapeutiche, renderli partecipi di decisioni consapevoli e comuni, migliorare la strategia comunicativa, ricostruire un reciproco rapporto fiduciario.

Negli ultimi vent'anni sono stati compiuti notevoli sforzi per valutare e migliorare la qualità degli interventi sanitari. Dal 3 al 6 % delle morti di pazienti ricoverati sono ancora evitabili. Rimane ancora lenta la velocità di acquisizione di competenze, tecniche, strumenti per il miglioramento della qualità, nonostante si conosca quanto spesso il paziente non riceva i trattamenti migliori⁽¹³⁾. Le azioni di miglioramento della qualità han-

no un grande potenziale di progresso dei sistemi di cura, ma numerose ricerche hanno evidenziato come sia molto difficile replicare in differenti contesti esperienze virtuose. La difficoltà di riprodurre esperienze di successo rimane poco studiata, ma due sono i fattori decisivi che sono spesso citati: il coinvolgimento degli staff clinici in progetti di ampio respiro e l'organizzazione in cui ciò accade. Anche se né il coinvolgimento, né l'ambiente organizzativo siano concetti ben definiti, tuttavia questi due fattori rimangono le spiegazioni al fallimento di politiche per il miglioramento della qualità. Un modello concettualmente molto ragionevole per la realizzazione di azioni per la qualità prevede la partecipazione e l'allineamento, a fronte della definizione di un target preciso d'intervento, dello staff clinico, del management intermedio, dell'alta direzione.

A ogni livello il coinvolgimento delle persone è facilitato dalla deliberazione che definisce il valore prioritario della loro partecipazione, l'esatta ricognizione delle priorità concorrenti e delle barriere alla loro presenza. Gli staff medici di front line o quelli di direzione sanitaria o i managers da soli non pos-



Figura 2 | Il modello di allineamento. La scelta strategica degli obiettivi e degli interventi di successo è in grado di allineare gli interessi di clinici e non clinici ai vari livelli all'interno delle organizzazioni. A ciascun livello, il coinvolgimento degli staff è favorito da incentivazioni esplicite, dal consapevolezza delle priorità concorrenti, degli ostacoli al coinvolgimento e delle azioni che devono essere affrontate. Mod. da S. Pannick, et al. *BMJ Qual Saf* 25:716–725, 2016.

sono incrementare in modo significativo la qualità dell'assistenza sanitaria, la loro collaborazione è sostanziale per inserire le innovazioni nel sistema di cura. Vi sono esempi in letteratura che il modello descritto in figura 2 sia capace di significativi successi. Il modello enfatizza che le iniziative avviate allo scopo di migliorare le prassi cliniche richiedono una condivisione multilivello dell'organizzazione sanitaria. Non riuscire ad allineare gli interessi in causa rende l'intervento ad alto rischio di fallimento, a prescindere dall'entusiasmo e dall'impegno di alcuni. Infatti, ad esempio, se le priorità del management intermedio o di una direzione sanitaria sono altre, le conclusioni del lavoro di un'unità operativa front-line rischiano di non essere accettate.

Come può essere usato in pratica questo modello (Box 1)? Inizialmente i clinici e i manager devono insieme selezionare e fare una scala di priorità dei principali problemi che compromettono la qualità dei loro servizi. Allo scopo di gerarchizzare i temi, vanno rese disponibili tutte le registrazioni utili raccolte nelle diverse banche dati del sistema sanitario, per rendere possibile la scelta e la successiva valutazione dei risultati ottenuti. Il disegno dell'intervento migliorativo deve essere fatto con la partecipazione attiva dei clinici, che devono essere sostenuti, significati e *ricompensati*, il management intermedio che coordina il gruppo di lavoro deve essere anch'esso fortemente incoraggiato, riconoscendo il suo ruolo nell'organizzazione degli sforzi per perseguire l'obiettivo e fungere da interfaccia con l'alta direzione.

Nella Azienda Tutela della Salute ATS, nel corso del 2017 la spesa farmaceutica convenzionata e la spesa farmaceutica in distribuzione diretta si è ridotta di 52 milioni di euro rispetto all'anno precedente. Il risultato è frutto delle azioni di razionalizzazione e di lotta agli sprechi attuate dall'ATS Sardegna che, grazie a una stretta collaborazione con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, ha agito sull'appropriatezza prescrittiva. Il lavoro svolto fino a questo momento si è concentrato da una parte sul taglio degli sprechi e dall'altra sulla ricerca di una maggiore appropriatezza. Questa strategia sta generando dei risultati importanti che nel lungo periodo consentirà l'acquisto di farmaci e di tecnologie di ultima generazione. A certificare il percorso virtuoso intrapreso dall'ATS Sardegna e dal sistema sanitario regionale c'è anche il rapporto pubblicato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata nel primo semestre del 2018.

Quotidiano Sanità del 26 gennaio 2019

Box 1 | Esempio di taglio agli sprechi, investimenti nell'appropriatezza, engagement.

In sostanza, il modello sottolinea la necessità di superare il semplice coinvolgimento dei clinici, e mette in risalto il ruolo degli staff non-clinici, perché sia raggiunto l'obiettivo del miglioramento della qualità. Questo intervento multilivello ha dimostrato di poter raggiungere importanti miglioramenti di processo e di esito clinico. Il modello stimola una preliminare ampia analisi dell'ambiente in cui si voglia procedere a un piano di miglioramento della qualità e, infine, struttura un modo e pone le condizioni per affrontare il tema del miglioramento, che il senso comune dei professionisti oggi vede come una sfida molto ardua da vincere.

Il *lean thinking* può rappresentare un pungolo per chi agisce quotidianamente in un sistema organizzato? Un pungolo è uno stimolo che indirizza una scelta in modo più positivo, cambiando la situazione in cui è presa. Questa definizione ha assunto un'importanza sempre maggiore nelle organizzazioni, tanto da valere per il suo ideatore il premio Nobel per l'economia nel 2017⁽¹⁴⁾. La teoria economica classica (J.S. Mill, *A System of Logic*), e anche l'autostima del medico, considera l'*homo oeconomicus/medicus* un soggetto dotato di forte razionalità, capace di scelte logiche, di tipo matematico-probabilistico, che massimizzano i benefici e minimizzano i rischi. Questa idea della razionalità delle scelte dell'uomo è stata fortemente criticata da molte persone di rilievo, ad esempio già da John Maynard Keynes, ma anche dalla più moderna psicologia cognitiva. Daniel Kahnemann⁽¹⁵⁾, premio Nobel per l'economia nel 2002, fa conoscere quei meccanismi decisionali noti come euristiche, scorciatoie mentali, che utilizziamo quando prendiamo decisioni rapide, sulla base di poche informazioni, perché siamo spesso vittime di una rischiosa tendenza all'ottimismo (*optimism bias*). Lavoriamo nella situazione migliore? Aspettiamo un evento sentinella, che però molto probabilmente non accadrà, per cambiare? Un'associazione professionale può diventare una *nudge unit* e progettare alcuni stimoli comportamentali per incoraggiare i propri associati a valutare il grado di spreco/appropriatezza delle loro pratiche clinico-organizzative?

Lo scopo della letteratura, di questa rivista, delle società scientifiche è di esortare per una continua ricerca di prassi che migliorino la qualità di vita dei pazienti e degli staff d'assistenza. Arduo tentativo. C'è soprattutto un grande bisogno di

sollecitare il pensiero riflessivo, logico, continuando a offrire elementi di giudizio per scelte consapevoli, adeguate all'oggi e possibilmente al domani, come pare essere il caso di questo quaderno sull'appropriatezza.

Bibliografia

1. OCSE Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. OCSE, 2018.
2. <https://www.nonsprecare.it/eraclito-contro-gli-sprechi>.
3. Vargas Llosa M. L'eroe discreto. Einaudi, 2013.
4. Toyota Production System. Muda. <https://www.leanthinking.it/cosa-e-il-lean-thinking/glossario/muda/>.
5. Krafcik JF. Triumph of the Lean Production System. Sloan Management Review 30:41-52, 1988.
6. Øvretveit J. Qualità nel servizio sanitario. Edises, 1997.
7. Womack JP, Jones DT, Roos, D. The Machine That Changed the World: The Story of Lean Production. Harper Collins, 1991.
8. Porter M. What is value in health care? N Engl J Med 363:2477-81, 2010.
9. Berwick DM. Eliminating waste in US health care. JAMA 307:1513-6, 2012.
10. Fondazione GIMBE. 4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. www.rapportogimbe.it.
11. Slow Medicine. <https://www.slowmedicine.it>
12. <https://choosingwiselyitaly.org>
13. Huang C, Loewen P, Pelletier T, et al. Implementation of proven interventions in general medical inpatients: development and evaluation of a new quality indicator for drug therapy. Qual Saf Health Care 17:269-74, 2008.
14. Thaler RH. La spinta gentile. Feltrinelli, 2009. Edizione originale: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness. Yale University Press, 2008.
15. Kahnemann D. Thinking, fast and slow. Farrar, Straus and Giroux; Mac Millan, 2011.