

MEDICAL CARE

Vincenza Capone, Leda Marino,
Giovanni Schettino

Il valore della cura

Un modello psicosociale
di Value-Based Healthcare
per ripensare le organizzazioni
sanitarie

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con **Adobe Acrobat Reader**



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile **con Adobe Digital Editions**.

Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.

MEDI-CARE

La collana Medi-Care è stata specificatamente studiata per giovani medici, specializzandi e operatori del settore.

I volumi, scritti da medici di provata esperienza, analizzano aspetti e problematiche legate alla professione medica nelle diverse specialità, con un'attenzione particolare al rapporto medico-paziente.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella homepage al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

MEDICARE

Vincenza Capone, Leda Marino,
Giovanni Schettino

Il valore della cura

Un modello psicosociale
di Value-Based Healthcare
per ripensare le organizzazioni
sanitarie

Isbn: 9788835177081

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione. Il Value-Based Healthcare e il XXI secolo: <i>pace non trovo e non ho da far guerra</i>	pag. 9
1. Il Value-Based Healthcare	» 15
1. Dalla logica della quantità alla qualità delle cure	» 15
2. Il valore tecnico	» 17
3. Il valore allocativo	» 18
4. Il valore personale	» 20
2. Una lettura psicosociale del VBHC	» 21
1. Il valore personale	» 21
2. Come implementare la declinazione psicosociale del VBHC: protagonisti e strategie	» 23
2.1. Assistenza centrata sul paziente e coinvolgimento attivo	» 25
2.2. Alfabetizzazione sanitaria e responsabilizzazione del paziente	» 25
2.3. Coordinamento e integrazione delle cure	» 26
2.4. Continuità delle cure e relazioni terapeutiche a lungo termine	» 26
2.5. Valutazione e misurazione del benessere psicosociale	» 27
2.6. Ricerca e miglioramento continuo della qualità	» 27
3. Il ruolo della cultura value-based	» 27
3. Il valore della cura: la relazione medico-paziente	» 30
1. La costruzione della relazione: una premessa	» 30
2. La relazione tra medico e paziente	» 31

2.1. Dalla compliance all'adherence	pag. 33
2.2. La medicina patient-centred	» 35
3. La medicina centrata sul paziente e la relazione	» 38
4. La comunicazione medico-paziente	» 41
1. La comunicazione interpersonale: spunti di riflessione	» 42
2. La comunicazione medico-paziente: una panoramica degli studi	» 44
5. Aspetti principali della comunicazione medica	» 49
1. La raccolta di informazioni	» 50
2. La restituzione delle informazioni	» 51
3. L'alleanza terapeutica	» 52
4. I comportamenti strumentali e orientati alla cura	» 53
5. La comunicazione non verbale	» 53
6. Linguaggio medico o linguaggio comune?	» 54
7. Comportamenti legati alla privacy	» 55
8. Il decision making	» 56
9. <i>Le communication skills</i> : una riflessione sulle tecniche	» 59
6. Al centro della relazione: le percezioni di autoefficacia comunicativa per il benessere e la performance	» 69
1. Uno sguardo alla teoria sociale cognitiva: le persone come agenti attivi e non semplici spettatori	» 69
2. L'autoefficacia	» 70
2.1. Come nasce l'autoefficacia?	» 73
3. L'autoefficacia e le scelte professionali	» 74
3.1. Il senso di autoefficacia occupazionale e lo stress	» 76
4. Le percezioni di efficacia e la salute: un sostegno "di valore" per il paziente	» 77
5. L'autoefficacia comunicativa del medico	» 78
6. L'autoefficacia comunicativa del paziente	» 81
7. Una formazione efficace per innescare il cambiamento	» 86
1. La formazione nelle organizzazioni sanitarie	» 88
2. Competenze chiave per adottare il VBHC	» 90

2.1. La comunicazione medico-paziente	pag. 92
2.2. Le skills per lavorare in gruppo	» 93
2.3. Le competenze legate alla leadership	» 95
2.4. La gestione dei conflitti	» 98
2.5. La gestione dello stress	» 99
3. Valutare l'efficacia della formazione organizzativa	» 101
3.1. Il Learning Transfer System Inventory	» 102
4. La formazione organizzativa nei contesti online	» 104
4.1. Un MOOC sul VBHC: strategie per promuovere il training transfer	» 106
Riferimenti bibliografici	» 109

Introduzione.

Il Value-Based Healthcare e il XXI secolo: *pace non trovo e non ho da far guerra*¹

Nel 1958 Domenico Modugno spalancava le braccia, cantando una delle strofe² più iconiche del secondo dopoguerra ed esprimendo la fiducia in una rinascita colma di ottimismo in Italia e nel mondo occidentale.

Progressivamente tali sentimenti hanno lasciato il passo a un Medioevo 2.0³ che continua a porci dinanzi a sfide complesse, talvolta inedite, lungo il nostro giovane XXI secolo. Il quadro geopolitico attuale rende difficile una visione di ottimismo: conflitti imperversano dal Medio-Oriente alla Russia.

Il 29 dicembre 2023, lo Stato del Sudafrica ha presentato presso la Corte Internazionale di Giustizia dell'Aja l'accusa di genocidio nei confronti di Israele per le azioni perpetrate nella Striscia di Gaza.

Mentre scriviamo, è trascorso ormai un anno dal 7 ottobre 2023 e il conflitto in Medio-Oriente si diffonde a macchia d'olio lasciando poco spazio all'autunno dei colori caldi e vivi. Solo per ricordare alcuni degli ultimi passaggi: il 17 settembre 2024 Israele ha colpito Hezbollah⁴ facendo esplodere migliaia di cercapersone dei miliziani; il 27 settembre, un raid israeliano nella periferia sud di Beirut ha ucciso Hassan Nasrallah, leader di Hezbollah.

Successivamente, Israele ha attaccato le forze Houthi in Yemen (gruppo sciita zaydita sostenuto dall'Iran), che durante l'estate minacciavano il commercio nel Mar Rosso e il Canale di Suez con attacchi alle navi. Tra il 1° e il 2 ottobre, l'Iran ha lanciato circa duecento missili balistici contro Israele,

1. "Pace non trovo, et non ò da far guerra": Francesco Petrarca, *Canzoniere (Rerum vulgarium fragmenta)*, sonetto n. 134, scritto tra il 1336 e il 1374. Verso ripreso da Contini G., Ponchiroli D. (1964), *Testo critico*, Nuova Universale Einaudi, Torino, p. 41.

2. *Nel blu dipinto di blu (Volare)* di Migliacci e Modugno, 1958.

3. In linea con il punto di vista degli autori del presente volume, non s'intende l'epoca in accezione totalmente negativa, cfr. Pernoud R. (1978), *Luce del Medioevo*, Giovanni Volpe Editore, Roma.

4. Hezbollah, "Partito di Dio", è un movimento politico-religioso libanese.

in reazione agli attacchi in Libano. Il 10 ottobre 2024, Israele ha colpito tre basi UNIFIL (Forza ad Interim delle Nazioni Unite in Libano) provocando la condanna dell'ONU e del Ministro della Difesa italiano, preoccupato per la presenza di oltre mille militari italiani nella regione. A differenti gradi di intensità il conflitto si estende in Cisgiordania, Siria, Iraq e si intensifica in Libano, Yemen e Iran, con sviluppi tali che sarebbe impossibile aggiornare costantemente nel presente testo.

Durante l'estate appena trascorsa, la Repubblica Democratica del Congo, mai stabilizzatasi lungo venticinque anni di conflitto, ha visto una riaccutizzazione delle ostilità a nord-est con l'Uganda, a est con il già tristemente noto Ruanda e con il Burundi e nel versante orientale con la Repubblica del Kenya. Infine, le tensioni tra Corea del Nord, Corea del Sud e Giappone hanno visto un incremento e da mesi Cina e Stati Uniti sembravano essere in procinto di uno scontro su Taiwan a suon di esercitazioni e manovre militari difensive. Nel mentre, Donald Trump è stato rieletto presidente degli USA all'alba del 5 novembre.

Intanto la guerra tra Russia e Ucraina ha superato il suo secondo anno. Lo scenario globale descritto, anche mediante missioni militari difensive, tocca e coinvolge direttamente gran parte del mondo, inclusa l'Italia (Campochiari, 2024).

Paradossalmente l'epoca dell'Antropocene, per cui l'ambiente terrestre è condizionato dagli effetti dell'azione umana, è costellata da sentimenti di impotenza: pensiamo al problema della sostenibilità ambientale e delle risorse (ad esempio, Barcellona affronta il razionamento dell'acqua)⁵ e alla pandemia da coronavirus che ha mutato il concetto di prevenzione e di convivenza sociale, lasciando una sensazione di minaccia legata alla paura della malattia e a una più generale insicurezza psicosociale. Ne sono esempi il crescente rifiuto dell'ospedalizzazione e la bassa adesione ai programmi di screening con i cittadini che non si percepiscono al centro della cura né riconoscono il loro ruolo di attori dell'organizzazione sanitaria come utenti e pazienti. Inoltre, i cittadini sono anche professionisti sanitari: numerosi abbandoni della professione si sono registrati a seguito della pandemia, si pensi solo alla lettera di dimissioni che nel maggio 2022 ha visto protagonisti 25 medici del pronto soccorso dell'Ospedale Cardarelli di Napoli, impossibilitati a prestare le cure a causa delle condizioni di sovraffollamento che non garantivano la sicurezza né del personale né di coloro che accedevano alla struttura.

Ancora una battaglia, seppur non tradizionale, combattuta sul campo della cura a suon di risorse mancanti e tecnologie e strumenti inadeguati, che ha reso esausti i suoi soldati. Questo riporta alla percezione d'insicurez-

5. *Internazionale*, n. 1551, 23/29 febbraio 2024.

za, la dimensione *safety* che troppo poco la letteratura scientifica ha esplorato durante e dopo la pandemia, in relazione alla capacità percepita dai professionisti di una organizzazione che essa sappia far fronte, prevenire, intervenire. Del resto, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha classificato il *Job Burnout* come una sindrome⁶, inserendolo nella *International Classification of Diseases (ICD)*, che ha importanti ricadute sullo stato di salute dei professionisti, conducendo a sintomi quali l'esaurimento emotivo. Ciò è conseguenza dello stress cronico esperito nel luogo di lavoro: una gestione inefficace, la mancanza di esperienze positive, assenza di esiti di successo.

Tali esperienze negative ostacolano il lavoratore nella costruzione di una solida impalcatura diretta all'agire professionale, spesso minacciato. Una minaccia tangibile, testimoniata dal documento stilato dalla Società Italiana di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione (SIPLO)⁷ relativo alle aggressioni nei luoghi di lavoro e dalle numerose campagne di sensibilizzazione, che si diffondono attraverso locandine e manifesti presso le strutture sanitarie, che esortano a non agire violenza nei confronti dei professionisti sanitari. L'escalation di violenza all'interno delle strutture sanitarie nazionali ha reso necessaria l'emanazione e l'approvazione di un D.L. volto al contrasto della violenza contro il personale sanitario⁸.

Una situazione aggravata dall'assenza di risorse e investimenti che attiva una spirale di mancanze: chi assiste non è assistito, chi cura non è curato, chi dovrebbe prendere in carico spesso "esaurisce" anche le risorse rivolte al Sé.

Ma cosa c'entra tutto questo con il Value-Based Healthcare? C'entra, e molto.

Solo nel 2023 l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE/OECD) ha pubblicato un corposo dossier⁹ mettendo in luce come l'Italia dovrebbe aumentare di venticinque miliardi di euro gli inve-

6. La nuova classificazione delle malattie, denominata CIP-11 è stata ufficialmente adottata dagli stati membri durante l'assemblea mondiale dell'OMS, tenutasi a Ginevra nel maggio 2019 ed è entrata in vigore il 1° gennaio 2022.

7. *Indicazioni per la prevenzione delle molestie e violenze in occasione di lavoro*, a cura di Ballottin A., Cicotto G., Lazzarini S., Foddai E., disponibile su: www.siplo.it/wp-content/uploads/2022/02/B_Prime-indicazioni-per-la-prevenzione-delle-molestie-e-violenze-in-occasione-di-lavoro-.pdf.

8. Decreto-Legge 1° ottobre 2024, n. 137, *Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonche' di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria* (24G00158), GU Serie Generale n. 230 del 01-10-2024, entrata in vigore il 2 ottobre 2024.

9. OECD (2023), *Health at a Glance 2023*, disponibile su: www.oecd.org/health/health-at-a-glance/.

stimenti economici annui in sanità per non minare il benessere e la tenuta sociale del Paese. L'accento è posto proprio sull'avvento delle nuove crisi: pandemie, conflitti armati, cambiamento climatico, minacce microbiche e biologiche, crisi finanziaria, sfide informatiche e nucleari, disordini sociali.

Ecco che l'organizzazione sanitaria non è semplicemente collegata a tali avvenimenti ma risulta essere uno snodo centrale che con le sue prassi e i suoi modelli può contribuire allo sviluppo mondiale. Il documento mette in luce come la costruzione di resilienza dei sistemi sanitari, che vada oltre la risposta emergenziale ad una crisi, è oggi fondamentale.

Pensare e agire ora, mentre leggiamo queste righe, per affrontare le “minacce di domani”. Che poi, a dirla tutta, pare che questo domani sia già qui.

La sola eredità della pandemia durerà per decenni: ad esempio, comprendere ogni giorno cos'è il Long Covid, nella pratica professionale e nella ricerca, assume sembianze organiche e psicologiche (OECD, 2023).

Ora, alcune indicazioni sono state fornite. L'invito è ad assumere la lente delle riforme politiche, degli investimenti in sanità e di focalizzarsi su alcuni pilastri chiave: personale sanitario, prevenzione primaria e secondaria, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di raccolta dati e monitoraggio.

La pandemia da coronavirus ha violentemente ribadito che i sistemi sanitari sono impreparati. La spesa per la prevenzione è inadeguata, la povertà, la disoccupazione e lo svantaggio socio-economico sono fortemente associati a scarsi risultati di salute: nel primo anno di pandemia il rischio di mortalità per Covid-19 è raddoppiato per coloro che vivevano nelle aree socialmente più svantaggiate e per le minoranze etniche. I sintomi della depressione sono raddoppiati tra i giovani in diversi Paesi OCSE nel 2020-2021, rispetto al 2019. I sistemi sanitari, già sotto organico, hanno prodotto medici¹⁰ sovraccarichi ed esausti, con un crescente abbandono dei luoghi di lavoro. L'investimento principale, circa la metà, dovrebbe riguardare proprio il personale sanitario e la sua formazione (OCSE, 2023).

E, avverte l'OCSE, senza tali investimenti i costi saranno insostenibili e l'impatto sulle persone ancor di più.

Cosa ci resta? Qualcuno potrebbe decidere di chiudere il testo per evitare l'angoscia. Vi invitiamo a non farlo, a riflettere insieme, perché qualcosa ci resta: Noi, che costruiamo la cultura organizzativa mediante l'agire professionale, mossi dai valori personali e lavorativi di cui siamo portatori (Schein, 1983).

10. Lungo il volume, per fluidità di scrittura, è stata adoperata la dicotomia “medico-paziente”. Gli autori sono consapevoli della vasta gamma di combinazioni, uniche, che scaturiscono nell'incontro tra sesso biologico, identità di genere, espressione del genere e orientamento sessuale.

Dunque, come professionisti, che ruolo vogliamo avere in questo scenario? Da che parte della pratica quotidiana ci vogliamo collocare per contribuire alla costruzione di una sanità realmente basata sul valore non soltanto finanziario? Domande antiche, di una lezione Gramsciana troppo spesso dimenticata, per cui vivere implica chiedersi da che parte stare¹¹.

Nel presente volume, abbiamo scelto di stare dalla parte della relazione sanitaria e delle dimensioni del valore psicosociale che essa concorre a costruire. Per queste ragioni rileggeremo, attraverso lenti diverse, il Value-Based Healthcare (da ora VBHC) (Porter, 2010; Porter, Kaplan, 2011; Kaplan, Porter 2019; Teisberg, 2020; Lewis, 2022), un modello organizzativo di matrice economica che sarà ampiamente illustrato nelle pagine seguenti. Noi guarderemo soprattutto la partenza (*Value*) e il traguardo (*Care*) camminando lungo un terreno relazionale costituito di dimensioni psicosociali: **V** e **C**, ovvero il Valore (*Value*) e i suoi legami con la Cura (*Care*).

Lungo il percorso, saranno proposte e definite dimensioni riscontrabili e misurabili che co-costruiscono valore e perciò cultura organizzativa sanitaria. Veicolo privilegiato saranno la relazione e la comunicazione.

Siamo noi, tutti, attori del sistema sanitario che interagendo costruiamo la cultura, dunque l'**identità**, dei luoghi e delle pratiche di cura. È questa una delle chiavi per implementare un modello vincente che se resta relegato ai soli aspetti economici non riesce a essere completamente efficace, come evidenziato da una nostra recente rassegna sul tema (Marino, Capone, 2024). Non meno della scuola o dell'università, l'organizzazione sanitaria costruisce la cultura di un Paese sia nei suoi modelli sociali che organizzativi.

In quest'epoca di mezzo non è tanto la luce a mancare, quanto una indicazione su dove dirigerla. Vorremmo, insieme con i lettori, provare a tracciare alcune possibili rotte. Buon viaggio.

11. Gramsci A. (2015), *Odio gli Indifferenti*, a cura di D. Bidussa, Milano, Chiarelettere editore.

1. Il Value-Based Healthcare

1. Dalla logica della quantità alla qualità delle cure

Le criticità affrontate dai sistemi sanitari hanno aperto a una profonda riflessione, sia in ambito scientifico che in ambito politico, per cercare di rispondere alla domanda: “Come ripensare i sistemi sanitari per affrontare le sfide attuali?”. In questo contesto, un contributo di rilievo è quello dell’*Expert Panel on effective ways of investing in Health* (EXPH, 2019). Si tratta di un organo consultivo indipendente fondato dalla Commissione Europea per fornire consulenza su come ottimizzare gli investimenti nell’ambito della gestione sanitaria. Nel 2019, l’EXPH ha reso disponibile un report nel quale sono indicate alcune linee guida che i sistemi sanitari europei dovrebbero adottare per ridurre il divario tra la richiesta di cure e le risorse disponibili. In particolare, l’EXPH ha individuato nelle cure *basate sul valore* o Value-Based Healthcare un modello in grado di assicurare un sistema sanitario economicamente sostenibile. Si tratta di un modello di matrice economica relativamente recente e teorizzato dal professor Michael Porter (2010), il quale sottolinea come sia difficile, per non dire impossibile, migliorare l’efficienza e le prestazioni dei sistemi sanitari quando non c’è un accordo sugli obiettivi tra i vari protagonisti coinvolti nella gestione ed erogazione delle cure sanitarie: manager, medici, infermieri, amministrativi e gli stessi pazienti. Se non vi è una visione comune, o quanto meno un certo grado di condivisione, su come garantire l’accesso alle cure, assicurare un alto livello di qualità ma anche su come renderle economicamente sostenibili, non è possibile migliorare il sistema sanitario. Per affrontare queste differenze di visione e interesse, Porter propone che il fulcro dell’assistenza sanitaria debba essere il concetto di “valore”. Con questo termine si fa comunemente riferimento a qualcosa di importante, utile o significativo al punto da influenzare i comportamenti delle persone (Schwartz, 2012), così come al modo di agire

delle organizzazioni, comprese quelle che operano nell'ambito della salute. Nelle parole dell'economista, "il valore – lungi dall'essere un ideale astratto o una parola in codice per riferirsi alla riduzione dei costi – è ciò che dovrebbe definire il quadro per il miglioramento delle prestazioni sanitarie. La misurazione rigorosa e sistematica del valore, nonché l'aumento dei relativi livelli, sono il modo migliore per orientare lo sviluppo del sistema. Tuttavia, il valore in sanità rimane largamente non misurato e sottovalutato. Il valore dovrebbe essere sempre definito in funzione dell'utente [...]. Dal momento che il valore dipende dagli outcome, il valore in sanità va misurato sulla base dei risultati raggiunti, non in funzione del volume dei servizi erogati" (Porter, 2010, p. 2477). In altre parole, Porter suggerisce che è arrivato il momento di cambiare il modo in cui si gestiscono i servizi sanitari, spostando l'attenzione dalla *quantità* o *volume* alla *qualità* delle cure. Il valore, più nel dettaglio, viene quantificato nel VBHC (Porter, Teisberg, 2006) come il rapporto tra i risultati raggiunti e il denaro impiegato per poterli raggiungere, in linea con la prospettiva economica da cui prende origine il modello e che considera il valore di un bene o di un servizio determinato dal suo costo e dal tipo di fruizione che le persone ne fanno. Si tratta, quindi, di "ricetta" semplice nella sua essenza, ma difficile nell'applicazione. Significa ripensare l'approccio alle cure con tutte le resistenze che ciò può comportare. Il lavoro più arduo è scardinare, prima di tutto, una concezione ormai radicata secondo la quale l'indicatore del buon funzionamento di un'organizzazione sanitaria è definito dal numero dei trattamenti erogati, piuttosto che dagli esiti di salute per i pazienti.

Il volume non può costituire l'unico metro per giudicare il buon funzionamento o la gestione efficiente di un tale tipo di organizzazione. Questa logica è quella che ha portato ai tagli lineari alla sanità, producendo, come un cane che si morde la coda, un progressivo peggioramento dei servizi sanitari e quindi della loro capacità di garantire la salute delle persone. La soluzione del VBHC è, invece, quella di costruire un'organizzazione delle cure sanitarie basata sul valore mediante un ripensamento delle strategie di investimento nell'ambito della salute; una maggiore attenzione ai bisogni dei pazienti e una valutazione più accurata dell'efficacia clinica e dell'efficienza delle cure.

Quali sono i valori che dovrebbero essere perseguiti in ambito sanitario e in che modo dovrebbero ispirare la gestione sanitaria? Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2004) hanno cercato di rispondere a questa domanda sottolineando che, per tradurre l'intuizione del Value-Based Healthcare nella realtà dei sistemi sanitari, individuano tre principali declinazioni del valore: il *valore tecnico*, il *valore allocativo* e il *valore personale* (Tab. 1.1).

2. Il valore tecnico

Il concetto di “valore tecnico” si riferisce alla capacità di ottenere i migliori risultati di salute possibili con le risorse a disposizione. Nel contesto sanitario, il valore tecnico significa assicurarsi che ogni trattamento, farmaco o intervento offerto ai pazienti non solo sia efficace, ma anche erogato in modo tale da utilizzare al meglio le risorse economiche disponibili, evitando “sprechi”. Un’organizzazione sanitaria che valuta il proprio operato tenendo conto di tali aspetti è quindi un’organizzazione che, a tutti i livelli, considera il miglioramento degli esiti di salute e l’efficientamento economico come due obiettivi fondamentali da raggiungere.

Per perseguire il valore tecnico può essere utile ricorrere a una valutazione periodica delle decisioni mediche/organizzative prese, per assicurarsi che si basino su solidi dati scientifici (EXHP, 2019). A questa valutazione se ne aggiunge una seconda che corrisponde all’analisi scrupolosa dei costi associati a ogni decisione presa o da prendere. In altri termini, significa che le decisioni – dalla scelta di uno specifico trattamento, alla gestione delle risorse umane e materiali – è guidata dalla ricerca del massimo beneficio per il paziente in rapporto alle spese sostenute. Porre sulla bilancia questi elementi significa garantire l’alta qualità delle cure e al contempo la loro sostenibilità economica per il sistema sanitario.

In questa valutazione, si tiene conto di due tipi di costi: quelli *diretti* e quelli *indiretti*. I costi diretti sono quelli più facilmente visibili. Nel caso di un ospedale, sono i soldi che si spendono per tutto ciò che serve a eseguire uno specifico trattamento o un’operazione. Questo include i test diagnostici, i medicinali che il paziente deve assumere, gli strumenti impiegati durante un’operazione, ecc. I costi indiretti, invece, includono tutte quelle spese non legate a uno specifico paziente, e per questo più difficili da valutare. Per un ospedale, includono il salario di chi si occupa dell’accoglienza o chi mantiene in funzione i computer, le bollette da pagare per avere luce, telefono e internet. Vanno inoltre considerati i costi legati a eventuali recidive e quindi alla necessità di realizzare nuovi test diagnostici e nuovi trattamenti. Nonostante i costi descritti gravino sul bilancio delle organizzazioni sanitarie, quando si decide quale trattamento adottare per un paziente, spesso ci si concentra solo sui costi diretti, trascurando di considerare quello che potrebbe emergere nel lungo periodo (Tsai *et al.*, 2018). È un po’ come scegliere di comprare qualcosa che costa poco, salvo poi essere costretti, perché di scarsa qualità, a spendere di più in futuro per sostituirla. Allo stesso modo, dovendo scegliere tra due opzioni di trattamento, si tende a preferire quella più economica nell’immediato: una scelta che però può rivelarsi antieconomica nel lungo termine richiedendo ulteriori farmaci o trattamenti per garantire la salute del paziente.

Per questo motivo, nel VBHC, il valore tecnico viene valutato prendendo in considerazione i costi per l'intero ciclo di cure del paziente piuttosto che quelli legati alla singola prestazione sanitaria (Zanotto *et al.*, 2021). Questo approccio presuppone di non focalizzarsi sulla singola patologia, ma sulla *condizione medica* del paziente ossia l'insieme degli aspetti legati alla sua salute. Si tratta di dimensioni interconnesse che dovranno essere considerate nel definire obiettivi e modalità del trattamento (Porter, Teisberg, 2006).

Questo significa che, secondo un approccio convenzionale, a un paziente al quale è diagnosticata una patologia tumorale, si tenderà per esempio a preferire un intervento limitato alla somministrazione di trattamenti specifici come la chemioterapia o la radioterapia, perché efficaci, nel breve termine, nel ridurre o eliminare le cellule tumorali. Nel contesto del VBHC, si valute-rebbero non solo i costi e gli effetti della chemioterapia o della radioterapia, ma il loro impatto sulla qualità di vita del paziente, nel breve e lungo termine, la necessità di supporto psicologico per affrontare la diagnosi e il trattamento della patologia, la gestione del dolore, nonché la necessità di ricorrere a interventi per minimizzare il rischio di recidiva o di complicanze legate al trattamento.

Tab. 1.1. Dimensioni del valore nel Value-Based Healthcare

Declinazione del valore	Contenuto
Valore tecnico	Ottenimento dei migliori risultati di salute con le risorse disponibili
Valore allocativo	Distribuzione efficace delle risorse tra i diversi gruppi di pazienti
Valore personale	Allineamento dell'intervento con i valori dei pazienti

3. Il valore allocativo

Oltre al valore tecnico, il VBHC amplia il suo sguardo considerando anche la dimensione del valore allocativo. Si passa, infatti, dall'attenzione alle singole prestazioni sanitarie, rivolte a specifici gruppi di pazienti, al modo in cui le risorse sono distribuite nell'intera popolazione (Porter, Teisberg, 2006). In altre parole, un'organizzazione sanitaria che persegue il valore allocativo, mira a una distribuzione ottimale delle risorse tra i diversi gruppi di pazienti al fine di massimizzare i benefici per l'intera popolazione (Gray, 2017). Come per il valore tecnico, anche in questo caso scegliere come impiegare le risorse non è certo una decisione semplice, richiede una valutazione attenta di quelle che sono le esigenze di salute della popolazione. Signi-

fica analizzare attentamente il contesto attuale e i suoi bisogni quanto quelle che potranno essere le possibili evoluzioni future.

L'analisi descritta è però solo il primo passo da compiere all'interno di una strategia di gestione sanitaria orientata al valore allocativo. Il passo successivo consiste nel trasferire le risorse da servizi di scarso valore a quelli di maggior valore, in grado cioè di contribuire alla salute della popolazione.

Ad esempio, pensiamo alla scelta che si trova a fare il manager di un'organizzazione sanitaria italiana rispetto a come impiegare le risorse disponibili. Per decidere se destinare maggiori risorse ai reparti che si occupano di malattie tropicali (ad es. la malaria) o a quelli che si occupano di assistere i pazienti affetti da diabete di tipo 2, sarà necessaria una prima valutazione attraverso un'indagine epidemiologica. In questo modo sarà possibile comprendere la prevalenza di entrambi i tipi di malattie. Sulla base di questa valutazione, sarà molto probabile che l'organizzazione sanitaria che opera in Italia tenderà a impiegare maggiori risorse per la prevenzione e per la gestione del diabete di tipo 2 rispetto a quelle destinate al trattamento delle malattie tropicali.

È quindi necessario sottolineare come questa valutazione sia strettamente connessa al contesto nel quale l'organizzazione sanitaria opera. Ogni regione, Paese o comunità presenta caratteristiche demografiche ed epidemiologiche che influenzano direttamente le esigenze di salute della popolazione. Non a caso, nell'esempio proposto, abbiamo sottolineato che l'organizzazione sanitaria operava in Italia e, pertanto, le scelte fatte sono state guidate dalla considerazione delle esigenze della popolazione italiana. Le decisioni prese sarebbero state, invece, del tutto differenti se l'organizzazione avesse operato in un Paese come la Nigeria dove la malaria costituisce la principale emergenza per quanto riguarda la salute pubblica con oltre 68 milioni di casi e 194.000 decessi nel solo 2021 (World Health Organization, 2022).

Va infine considerato che, per perseguire il valore allocativo, il monitoraggio dei bisogni della popolazione deve essere costante, in modo da garantire che l'allocazione delle risorse sia efficace a migliorare la salute della stessa. L'organizzazione sanitaria, descritta nell'esempio precedente, può trovarsi in una condizione in cui i bisogni di salute della popolazione subiscono un improvviso cambiamento, ad esempio a causa di una pandemia, come è avvenuto durante il Covid-19. In questo caso, dovrà riorganizzare in modo significativo la strategia di allocazione delle proprie risorse. Non potrà più essere quella utilizzata in passato ma dovrà prendere atto del cambiamento avvenuto. Sarà quindi necessario destinare maggiori risorse per affrontare la pandemia senza per questo azzerare quelle destinate a condizioni di salute che continuano a permanere nella popolazione italiana, come il diabete di tipo 2. In questo modo, potrà perseguire il valore allocativo garantendo una distribuzione equa ed efficiente delle proprie risorse.