

I significati di valore

UN INTERVENTO CHIRURGICO: QUATTRO PROSPETTIVE

“Cazzo!” disse il chirurgo, guardando il fegato appena esposto dalla sua ampia incisione dallo sterno all’ombelico. Il fegato umano è simile a quello di un vitello o di un agnello – liscio, sodo, lucido e rosso. Il fegato umano è un organo grande. Si estende da appena sotto la gabbia toracica, con un vasto lobo destro, allungandosi a punta con un lobo sinistro nell’addome. Il fegato è un organo generoso. Ha una capacità funzionale superiore al necessario ed è possibile godere di buona salute anche se metà del fegato è danneggiata o rimossa. Il fegato è un organo sanguigno. La grande quantità di sangue che fluisce nel fegato significa che cellule cancerose spesso si collocano e crescono nel fegato per diventare metastasi o tumori secondari, e queste metastasi epatiche erano viste come sentenze di morte prima che i progressi in chirurgia ed in anestesia consentissero di intervenire chirurgicamente e, forse, di curare, nel caso che le metastasi siano situate nel lobo sinistro che può essere staccato dal lobo destro e rimosso. Dieci giorni prima dell’intervento, la radiografia aveva evidenziato metastasi solo nel lobo sinistro del fegato, ma quando l’organo era stato esposto alle impietose luci del tavolo operatorio era possibile osservare piccole macchioline bianche ricoprire sia il lobo sinistro che quello destro; l’intervento chirurgico sarebbe stato inutile. “Cazzo!” disse il chirurgo e... dopo una pausa: “Andiamo avanti”

La prospettiva dello specializzando

Il giovane medico, che aveva trascorso sette ore al tavolo operatorio accanto al professore per quell’intervento al fegato, e che aveva avuto l’incarico di controllare il paziente la sera dopo l’operazione, non aveva ricevuto alcuna remunerazione extra. Non aveva neanche avuto alcun costo diretto, ma certamente avrebbe potuto trascorrere la giornata andando a giocare a pallone, dormendo o studiando. Il rapporto costo-utilità di quell’intervento per lui era oggettivamente alto, ma egli lo considerò trascurabile, sia in quel momento che retrospettivamente, perché la frustrazione provata in quella esperienza fu una delle ragioni che lo avrebbero portato a lasciare la chirurgia. Una mossa di grande valore di per se stessa, ma anche per quei futuri pazienti che avrebbero indubbiamente avuto un’assistenza di scarsa qualità da un chirurgo le cui forze e debolezze sarebbero state invece meglio utilizzate in una carriera in Sanità Pubblica.

La prospettiva del Finanziatore e del Manager

La prospettiva del management ospedaliero e del finanziatore (il Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale), non sono note perché essi non hanno mai saputo che quell’operazione era stata eseguita. La sala operatoria usata era disponibile per le emergenze ed alcuni costi diretti erano già stati assegnati e conteggiati (ad esempio garze e suture). Se avessero saputo ciò che stava accadendo, il manager ed il finanziatore avrebbero potuto considerare l’intervento come un investimento, anche se probabilmente l’avrebbero classificato come un inutile investimento di risorse se avessero compreso il significato clinico delle metastasi nel lobo epatico destro. Se invece il lobo epatico destro fosse stato immune, l’operazione (la prima di quel genere nell’ospedale), sarebbe stata certamente considerata come un importante progresso, e il progresso ha entrambi, costi e valore. Lo sviluppo di nuove competenze in un ospedale non solo consente di migliorare la salute della popolazione di riferimento, ma permette anche di attrarre più pazienti, di aumentare i ricavi dell’ospedale, di avere risorse per nuovi investimenti e per reclutare nuovo personale.

La prospettiva del Chirurgo

Dal punto di vista del chirurgo, l’operazione aveva certamente un valore. L’esposizione e la ligatura dell’arteria e della vena epatica sinistra, la conservazione del dotto biliare comune e la sutura della vasta superficie epatica da cui il lobo sinistro era stato resecato, erano tutte andate bene. Le condizioni del paziente erano state positive sia durante che dopo l’intervento. C’era da rammaricarsi per la presenza di metastasi nel lobo destro. L’operazione non sarebbe stata curativa, ma nient’altro lo sarebbe stato. Il chirurgo aveva fatto una emi-epatectomia, ormai un intervento standard e, come altri chirurghi, ne aveva già fatti molti e con successo. Si ricordava però la prima volta. C’è stato un primo paziente a cui è stata somministrata penicillina per la prima volta o sottoposto per primo a trapianto cardiaco e, per ogni chirurgo, c’è una prima volta – e il prezzo può essere alto. In una coraggiosa serie di articoli, uno stimato cardiocirurgo aveva descritto come la mortalità dei suoi pazienti fosse temporaneamente aumentata quando aveva cambiato tecnica operatoria, prima di raggiungere livelli molto più bassi di quelli ottenuti prima con la sua vecchia tecnica. Per migliorare si paga sempre un prezzo.

La prospettiva del Paziente

La prospettiva del paziente dipenderà sia da quello che gli verrà detto che dai propri personali valori. Certamente avrà attribuito un elevato valore all'intervento, perché molti pazienti apprezzano il fatto che i loro medici facciano tutto il possibile per sconfiggere il cancro. Anche se gli è stato detto che alcune zone tumorali sono state lasciate, gli è stato confermato che molte sono state rimosse, e per alcuni pazienti questo è di grande valore. Potrebbe essere che le metastasi lasciate nel lobo destro giacciono silenti per anni; anche se improbabile questa è un'ipotesi che non può essere esclusa. La parola "valore" ha, come molte parole, più di un significato. Un primo corrisponde ad una dichiarazione di principio, per esempio: "il rispetto per l'autonomia del paziente è uno dei nostri valori essenziali". Gli economisti usano il termine in un modo diverso. Essi parlano del valore che gli investimenti in sanità producono, che è la differenza tra il bene ed il male che il servizio apporta in rapporto alla quantità di risorse usate. Benché il termine "valore" abbia lo stesso significato generale per i finanziatori, i pazienti, i medici ed i managers, e per le aziende che producono farmaci, attrezzature e tecnologie informatiche, tutti questi soggetti lo usano in modi e con fini differenti.

MOLTEPLICI SIGNIFICATI E DEFINIZIONI

Il valore per il Finanziatore

Il valore per il Finanziatore Dal punto di vista dei finanziatori, la cui responsabilità è quella di distribuire le risorse a differenti regioni, aziende o gruppi di pazienti, il valore è massimo quando è impossibile aumentare il bene, o diminuire il male, riallocando un singolo euro da un gruppo di pazienti ad un altro, o da una parte del paese, o della regione, all'altra.

Il valore per il Paziente

Dal punto di vista del paziente, il valore dell'assistenza ricevuta è misurato non solo dal risultato delle cure ricevute, ma anche dal modo con cui sono erogate. Il valore attribuito dai pazienti al servizio ricevuto diminuirà se, ad esempio, avvertiranno che:

- hanno sprecato il loro tempo aspettando inutilmente in un ambulatorio quando i risultati dei loro test di laboratorio non erano disponibili
- sono stati trattati sgarbatamente ed in modo impersonale
- non hanno ricevuto le informazioni che desideravano.

Anche quando il paziente non paga direttamente, come nei Servizi Sanitari Nazionali, la sua valutazione del servizio è di importanza essenziale. I buoni risultati della pratica medica sono naturalmente necessari, ma non sufficienti; una buona esperienza personale è di importanza cruciale per il paziente del 21° secolo e quindi per coloro che finanziano e gli forniscono assistenza sanitaria.

Il valore per il Clinico

I medici, che sono spesso molto occupati, attribuiscono grande importanza alla possibilità di usare bene il loro tempo, la risorsa che hanno più scarsa, per visitare i pazienti che potranno trarre maggior giovamento dalle loro capacità professionali e per fornire ad ogni singolo paziente la migliore assistenza possibile, nel modo più semplice e rapido. La maggior parte dei clinici, oggi, accetta che "migliore assistenza" significa il meglio che può essere garantito al paziente nello specifico servizio in cui stanno al momento operando. Ciò può essere naturalmente differente da tutto quello che è possibile fare, per un determinato paziente, quando non vi sia alcuna limitazione di risorse. In un contesto con risorse illimitate, un medico potrebbe essere tentato di erogare trattamenti in grado di dare anche una minima ulteriore speranza ad un paziente e che potrebbero funzionare per un paziente su un milione. Tuttavia, quando si lavora in un sistema in cui i finanziatori devono ottenere il massimo valore possibile per l'intera popolazione per cui sono responsabili, trattamenti di questo tipo – l'offerta di speranza combinata con una possibilità di successo di uno su un milione – hanno un valore troppo basso per essere accettabili, e non potranno mai essere inclusi nel pacchetto di trattamenti disponibili per il medico che lavora in quel determinato servizio. Non tutti i clinici riescono ad accettare questa idea ed a sopportare facilmente questo tipo di tensione.

Il valore per il Manager

Il significato di "valore" per un manager è simile a quello del finanziatore, poiché i managers sono responsabili di organizzazioni e di gruppi di pazienti, non di singoli individui. Essi desiderano che l'assistenza sia efficace e sicura, al fine di minimizzare contestazioni, che assorbono tempo e sono deleterie per il morale del personale, ed errori, che sono particolarmente costosi per l'organizzazione. Ma, soprattutto, i managers ambiscono ad avere una buona produttività. Il manager di un'organizzazione sanitaria, come ad esempio un ospedale, raramente si sente indicare dal finanziatore

quanti 18 Per una sanità di valore soldi deve investire per ogni specifico gruppo di pazienti. Può talvolta ricevere indicazioni ad investire in un servizio particolarmente carente in cui vi sono lunghe liste d'attesa. Un manager deve orientare le risorse verso tre principali tipi di spese – assistenza clinica diretta, servizi di supporto clinico (come i laboratori) e servizi amministrativi e gestionali. Il management di un'organizzazione sanitaria deve anche decidere quali servizi debbano ricevere più fondi o, in caso di ristrettezze, quali ne debbano avere di meno. Un manager sanitario ha come valore massimo la possibilità di fornire servizi secondo standard che massimizzino i benefici e minimizzino gli effetti negativi, soddisfacendo le richieste dei propri finanziatori e, al contempo, migliorando continuamente la qualità del servizio. La risorsa più scarsa per il manager è la libertà di azione.

Il valore per l'Industria

Benché si parli, talvolta impropriamente, di “industria sanitaria”, quello sanitario è comunque un settore che stimola e supporta le imprese farmaceutiche, biomediche, biotecnologiche ed informatiche. Molto spesso, coloro che sviluppano nuovi prodotti o servizi industriali sono frustrati dalla mancanza di entusiasmo con cui vengono accolti i loro prodotti più recenti ed innovativi. Il motivo di ciò non va ricercato solo nel costo aggiuntivo che la nuova tecnologia richiede alle aziende sanitarie, almeno nel breve periodo, ma anche nell'incapacità dell'industria di comprendere ed apprezzare i differenti significati del termine “valore” per le diverse parti in causa, complicata dal fatto che molte organizzazioni sanitarie hanno pressioni finanziarie così forti che non sono in grado di creare un fondo che possa consentire i necessari investimenti nel breve termine per aumentare valore nel lungo periodo.

Definizioni di valore nei dizionari

Vi sono due tipi di dizionari. Quelli che danno solo la definizione del lessicografo ed altri che forniscono anche esempi della parola in uso. Ad esempio, il *Grande Dizionario Garzanti della Lingua Italiana* distingue chiaramente tra due differenti significati della parola “valore”, entrambi di uso comune in sanità (1). Il primo significato può essere descritto come quello morale, “l'insieme delle caratteristiche e delle qualità che danno pregio a una persona, a una cosa, a una situazione, a una condizione, e che le rendono apprezzabili”. Questa accezione della parola “valore” è comune in sanità, per esempio, nell'ospedale che dichiara: “noi diamo valore alla scelta dei pazienti”. Il secondo significato è quello di tipo economico e, in una delle numerose varianti, può essere “la caratteristica di un bene per cui esso è scambiabile con una certa quantità di altri beni”. Nel *Dizionario di Economia Sanitaria*, pubblicato da Anthony Culyer nel 2005 (2) l'autore definisce il valore dicendo che “in economia il valore è considerato come l'importo che un individuo od un gruppo pagherebbero per un particolare bene o servizio piuttosto che non averlo”. Egli inoltre definisce “valore marginale” il “valore di un beneficio marginale: il massimo che un individuo pagherebbe per un incremento di quel beneficio”. Il 24 giugno 2006, Wikipedia, che si definisce un'enciclopedia, ma funge anche da dizionario, ha fornito otto differenti significati della parola “valore”. Uno di questi è il significato economico così come viene usato in questo libro. In un'eccellente sintetica definizione, Wikipedia afferma che “in generale, il valore di qualcosa è quanto un prodotto od un servizio valga per qualcuno, in relazione ad altre cose (spesso misurato in danaro)”. La parola “valore” viene oggi spesso utilizzata nella letteratura medica, ma se si fa una ricerca bibliografica con il termine “valore” si trovano lavori che si riferiscono non solo alle parole ma anche ai numeri.

Definizioni numeriche di valore

La Scuola Viennese di Filosofia è fiorita tra gli anni '20 e gli anni '30 e divenne molto influente in Gran Bretagna dove ha dato origine al cosiddetto “positivismo logico”. Il punto di riferimento britannico fu A.J. Ayer, il cui libro “Lingua, Verità e Logica” (3), pubblicato nel 1935, quando aveva appena ventiquattro anni, ebbe grande successo. I positivisti logici ebbero un approccio alla definizione dei significati delle parole che non era basato soltanto sugli aspetti verbali.

In questo libro, Ayer diceva che: *“Invece di cercare di capire il significato di un'affermazione analizzando il significato delle singole parole, bisognerebbe avere un altro approccio. Il criterio che noi utilizziamo per verificare la veridicità di un'ovvia dichiarazione di fatto è quello della verificabilità. Noi diciamo che una frase è effettivamente significativa per una certa persona se, e solamente se, questa sappia come verificare l'affermazione – il che significa che questa persona deve conoscere quali osservazioni la condurranno, in determinate condizioni, ad accettare l'affermazione come vera o a rigettarla come falsa. Noi cerchiamo sempre quali osservazioni ci condurranno a rispondere alla domanda in un modo o nell'altro e, se non ne scopriamo alcuna, dobbiamo concludere che la frase in questione, per quanto ci riguarda, non esprime una reale domanda, per quanto dal punto di vista strettamente grammaticale sembra che invece certamente lo faccia”*.

Un esempio di espressioni numeriche di valore che sarebbero piaciute ad A.J. Ayer è riportato di seguito: *“L'alternanza di materassi con diversa pressione è risultata associata a minori costi complessivi (e 283,06 in media per paziente, intervalli di confidenza 95%, e 377,59 - e 976,79) dovuti principalmente alla riduzione della durata di degenza ed a ulteriori benefici (un tempo più prolungato prima dell'ulcerazione di 10,64 giorni in media, 24,40 – 3,09) (4)*

Per molti anni, i benefici degli interventi sanitari sono stati misurati in termini di numero di anni di vita guadagnati. L'uso di questa misura come criterio per valutare nuovi, o già esistenti, interventi sanitari ha condotto a focalizzarsi sulla durata della vita come lo scopo principale dell'assistenza sanitaria, con la priorità data alla ricerca e, conseguentemente, ai finanziamenti dei servizi sanitari mirati alle "malattie killer". Persone che avevano, o che si prendevano cura di persone che avevano malattie croniche disabilitanti, ma non compromettenti in modo significativo la durata della vita, come la depressione, hanno molto polemizzato con questo approccio, ritenuto discriminante contro le predette malattie e, conseguentemente, hanno stimolato lo sviluppo di misure in grado di considerare anche la qualità della vita, oltre che la sua durata. Un lavoro chiave fu pubblicato nel 1978 da Rosser e Kind, intitolato "*A Scale of Valuations of States of Illness: Is there a Social Consensus?*" (5). Questo lavoro ha avuto un'enorme importanza ed ha condotto allo sviluppo della misura denominata Quality Adjusted Life Year (QALY, anno di vita corretto in funzione della qualità della vita), che è una misura che tiene in considerazione sia la quantità che la qualità della vita. Un anno in perfetta salute è stato valutato uguale ad 1, mentre la morte uguale a 0, benché sia opinione comune che vi siano situazioni valutabili come peggiori della morte ed alle quali sarebbe necessario attribuire valori negativi. Sebbene vi sia stato un ampissimo dibattito sul QALY, esso rimane la misura "meno peggiore" che può essere utilizzata per determinare il valore di uno specifico intervento. Anche lo sviluppo del DALY (Disability Adjusted Life Year, anno di vita corretto in funzione della disabilità) è stato di grande importanza per i policy-makers e, nella pubblicazione del 1996, *Global Burden of Disease* (6), l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso, in un'importante revisione sui metodi per la determinazione delle priorità in sanità, misure che prendevano in considerazione sia la qualità di vita che la mortalità. Questo importante lavoro, coordinato da Murray e Lopez, ha modificato in modo significativo la classificazione delle malattie ed ha elevato la posizione delle malattie mentali nell'elenco delle sofferenze che affliggono il genere umano.

Bibliografia

- (1) Il Grande Dizionario Garzanti della Lingua Italiana, (1987)
- (2) Culyer, A. (2005) *Healthcare Economics Dictionary*. Cheltenham: Edward Elgar
- (3) Ayer, A.J. (1935) *Language, Truth, and Logic*
- (4) Iglesias et al (2006) Pressure Relieving Support Surfaces (PRESSURE) Trial: Cost-effectiveness Analysis. *BMJ* 332: 1416-1418
- (5) Rosser, R. & Kind, P. (1978) A Scale of valuations of state of illness: is there a social consensus? *International Journal of Epidemiology*. 7: 347-358
- (6) Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1996) *The Global Burden of Disease*. WHO, Geneva