

Lo IEO sceglie il Valore

La nuova strategia IEO può essere definita come passaggio dalla evidence based medicine alla value based medicine, un concetto proposto a partire dal 2008 dalla Prof.ssa Elizabeth Teisberg e dal Prof. Michael E. Porter (direttore dell'Insitute for Strategy and Competitiveness) della Harvard Business School. Significa passare dalla logica delle prestazioni e dei volumi di attività, a quella dei concreti risultati di salute per il paziente (*patient utilities*), confrontata con i costi diretti e indiretti sostenuti per raggiungere tali risultati. In particolare, lo spazio temporale considerato per la misurazione dei risultati (in termini di salute) e dei costi è molto più ampio, passando dall'immediato post-ricovero o nel migliore dei casi ai primi mesi successivi al ricovero, ad un arco temporale più vasto di almeno uno o più anni.

La vera novità consiste nel fatto che gli ospedali non devono più essere guidati prevalentemente dall'obiettivo di aumentare le prestazioni e i volumi di attività, come accade ora con il sistema DRG. Essi devono collegare una maggiore attenzione alla appropriatezza e alla qualità della prestazione, alla riduzione dei costi diretti e soprattutto dei costi indiretti della fase post-acuta. In questo modo si genera valore per il paziente, ma più in generale per il SSN.

Il termine "Value" non è riconducibile al "costo" di un intervento, quanto piuttosto ad una sua valutazione complessiva, integrando tutti i benefici e tutte le complicità di un intervento terapeutico in un unico macro indicatore. Del resto, la definizione stessa di "salute" dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità): "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" *La salute è lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*, ci indica la necessità di non poter racchiudere la misurazione della salute con un unico indicatore, ma è necessario selezionare e monitorare un gruppo di indicatori per ogni patologia per cogliere le differenti dimensioni del concetto di "salute".

L'idea in sé di misurare i risultati di salute nel tempo, per la maggior parte dei clinici che lavorano in un ospedale di buon livello, non è nuova, così come non è nuova l'idea di monitorare i costi di un ciclo di cure. È invece nuova l'idea di costruire un'equazione che rapporti gli esiti di cura nel loro complesso (efficacia, tollerabilità del trattamento, complicità) ai costi diretti e indiretti sostenuti complessivamente dal sistema. Il risultato di questa equazione è il **valore**, non inteso quindi come un concetto nobile e astratto, **ma una vera misura in grado di cogliere le diverse dimensioni della salute e ricondurle ad un unico numero**, che rappresenta **la massima tutela di salute raggiunta per ogni euro speso**.

VALUE BASED MEDICINE

$$\text{Valore} = \frac{\text{Esito raggiunto (unità fisiche n°- \% casi trattati con successo)}}{\text{Costo del ciclo di cure (unità monetarie)}}$$

$$\text{Valore} = \frac{\text{Indicatori di esito (Clinici + Umanistici)}}{\text{Indicatori economici (Sanitari diretti + Sanitari indiretti)}}$$

Clinici	Mortalità, Morbidità.
Umanistici	Qualità della vita (mobilità, self care, attività quotidiane, dolore/malessere, ansietà/depressione), stato funzionale, soddisfazione del paziente.
Sanitari diretti	Visite specialistiche, esami diagnostici, ricovero, spese farmaceutica etc.
Sanitari indiretti	Giorni di assenza dal lavoro, Riduzione dell'efficienza.

Il principale vantaggio è quello di fare un passo avanti lungo la strada delle evidenze. In sistemi economici dove è sempre più forte la pressione derivante, da un lato, dalla possibilità di affrontare con successo un numero sempre più ampio di problemi di salute e, dall'altro, dalla limitatezza delle risorse si pongono problemi di definire priorità. Per contenere i costi senza ridurre i livelli assistenziali occorre aumentare i benefici, il valore prodotto. È un'operazione equivalente a quella dell'aumento di produttività nelle imprese. Nella sanità occorre abbandonare la logica tayloristica seguita negli ultimi anni che consisteva nell'aumento del numero di prestazioni per ogni ora o giornata di lavoro e incamminarsi sulla strada di fare meno cose, effettivamente necessarie per i pazienti (appropriatezza) ma di valore maggiore. Il modello è ancora poco noto, e ancora meno applicato, sia in Italia (tranne rarissime eccezioni) che all'estero. Le sue potenzialità sono tali da renderlo applicabile in differenti sistemi sanitari a prescindere dalle caratteristiche di finanziamento. Lo IEO che già da anni per alcune tipologie di patologie, utilizzando questionari e strumenti, raccoglie dati inerenti la qualità di vita, il recupero funzionale, la sopravvivenza ecc, ha scelto di ispirarsi ai principi di base della VBM, per la gestione delle proprie performance aziendali. In questo modo intende rispondere positivamente all'esigenza di produrre meglio con meno risorse anche in sanità, proveniente da più parti del Paese: Governo, Ministero della Salute, Regioni, e soprattutto dai cittadini. Con questo approccio si potranno evitare i tagli lineari, si può realizzare una vera spending review su tutta la catena del valore e si rafforza la competitività di ogni ospedale e di ogni rete assistenziale.

Partiremo con tipologie di tumori per i quali esistono già indicatori di risultati consolidati in letteratura e largamente condivisi. Ad esempio, nel caso di tumore della prostata l'usuale indicatore di esito clinico legato allo stato della malattia (sopravvivenza generale o sopravvivenza libera da malattia) sarà affiancato dai principali indicatori di esito funzionale (recupero di continenza e potenza sessuale ad un anno); nel caso del tumore della laringe gli outcome funzionali saranno, voce e deglutizione, e nel caso del tumore del colon retto, la funzione evacuativa, etc. Nel caso di tumori ad alto tasso di mortalità, come il tumore del polmone, ci si focalizzerà anche sulla qualità di vita nel tempo, dando però un maggior peso relativo alla sopravvivenza. Poi passeremo progressivamente alle altre patologie oncologiche.

La scelta strategica di IEO e del Cergas non si limita alla decisione di riprodurre una complessa equazione basata su un algoritmo matematico previsionale finalizzato ad una o più pubblicazioni scientifiche, ma consiste nella sperimentazione di un vero e proprio **nuovo modello di management sanitario in Italia** che faccia dell'indice di valore (rapporto efficacia/costi) il cuore del sistema di misurazioni delle performance aziendali e che rappresenti conseguentemente il collante in grado di dare maggiore unità al puzzle composto dalle differenti articolazioni/funzioni aziendali: attività cliniche, budget, controllo di gestione, programmazione, qualità, risk management, gestione e formazione delle risorse umane, marketing strategico e che possa essere rapidamente esteso ad altre realtà del SSN non solo in campo oncologico.

Seguendo la logica di sperimentazione e di innovazione che ha sempre caratterizzato lo IEO, questo progetto viene realizzato per porre l'istituto sulla frontiera avanzata dell'eccellenza e della competizione che dovrà sempre più guardare all'Europa, ma è qualcosa che è messo a disposizione della regione Lombardia e di tutto il SSN. Inoltre, ritenendo che la collaborazione debba diventare un elemento di forza del sistema di tutela della salute italiano è più in generale dell'intero paese, questo progetto è "aperto" ad altri istituti ed ospedali di eccellenza italiani nel campo dell'oncologia. Aumentando il numero di pazienti che entreranno nel progetto aumenterà la significatività dei risultati.

In conclusione un simile modello potrebbe avere ripercussioni positive:

1. **per il paziente**, consentendogli di conoscere con anticipo di 1-2 anni e più, quale potrà essere con buon margine di esattezza l'andamento dei suoi risultati clinici nel corso dei mesi e degli anni post intervento, con quale impatto per la sua qualità di vita e per quella della sua famiglia, e quali costi eventualmente dovrà sostenere direttamente, specificando anche gli eventuali mesi con maggiore impatto economico.
2. **per l'ospedale**, consentendo di cercare il proprio miglior punto di equilibrio tra efficienza dei processi ed efficacia dei risultati valorizzando i professionisti che, a qualunque livello, vi contribuiscono. Gli indici di valore frutto della simulazione di risultati e costi sul "medesimo paziente" curato in sei diversi ospedali, potrebbero anche essere visti come gli indici di valore relativi al medesimo paziente curato da sei differenti chirurghi della stessa azienda. I sistemi di valutazione delle performance aziendali sono strettamente correlati a quelle delle performance individuali. Per queste motivazioni, con il Dr. Daniele Piacentini (Direttore Risorse Umane Organizzazione e Acquisti IEO), tra i primi in Italia 10 anni fa, ad introdurre un sistema di valutazione delle competenze per i professionisti sanitari, si sta lavorando per correlare l'attribuzione dei "privilegi: ossia chi può fare cosa in base a quali evidenze oggettive" all'indice di valore. Non si misurerà solo il numero di interventi, il tempo operatorio, il sanguinamento, le trasfusioni ed in generale le complicanze durante il ricovero, ma l'indice di valore che coprirà almeno 1 anno di follow-up.
3. **Per Regioni-Ministero**, consentendo -qualora esteso su un gruppo significativo di ospedali- un sistema di rendicontazione e pianificazione molto accurato e dettagliato con notevoli ricadute sulla tutela della salute pubblica e con tutte le conseguenti implicazioni economiche-politiche.

Simulazione su sei pazienti che hanno effettuato intervento di prostatectomia radicale robotica (ideata e realizzata dal Dr. Massimo Monturano - IEO)

CARATTERISTICHE COMUNI A TUTTI I PAZIENTI

- Sesso: Uomo
- Fascia di età: 50-60 anni
- Stadio tumore: T1 (tumore confinato all'interno della prostata)
- Altre patologie concomitanti: NO (valutazione anestesiológica ASA: 1)
- Altri trattamenti antecedenti (interventi, radio, chemio e loro combinazioni): NO
- Tipologia di intervento (livello complessità chirurgica : Prostatectomia Radicale Robotica)
- Continenza prima dell'intervento: Normale
- Potenza sessuale prima dell'intervento: Normale
- Frequenza valutazione continenza e potenza sessuale: prima dell'intervento, a 45 giorni a 3-6-9-12 mesi
- Dispositivi alla dimissione: calze elastiche post operatorie per 15 giorni

CARATTERISTICHE SPECIFICHE PER ACLUNI PAZIENTI O GRUPPI DI PAZIENTI

Terapia farmacologica per incontinenza post dimissione:

- 20 mg 2 volte al giorno di Duloxetina. I pazienti 3, 4 e 5 assumono terapia per 6 mesi.

Terapia farmacologica per impotenza post dimissione:

- pazienti 1, 2 e 6, assumono 2 compresse a settimana di Cialis per i primi 45 giorni a partire da 7 giorni dalla rimozione del catetere vescicale.
- pazienti 3 e 4, assumono 2 compresse a settimana di Cialis per i primi tre mesi a partire da 7 giorni dalla rimozione del catetere vescicale, ed 1 compressa a settimana dal quarto al sesto mesi inclusi.
- paziente 5, assume 2 compresse a settimana di Cialis per i primi tre mesi a partire da 7 giorni dalla rimozione del catetere vescicale, ed effettua 1 iniezione di Caverjet alla settimana dal quarto al sesto mesi inclusi.

Recidiva: No pazienti 1, 2, 4 e 6. Si pazienti 3 (recidiva locale) e 5 (metastasi), per entrambi dalla fine del 9° mese.

Pannolini per incontinenza: - Ipotesi utilizzo pannolini livello 1. Il paziente 3 utilizza 4 pannolini al giorno per i primi tre mesi e 2 pannolini al giorno per i successivi tre mesi. I pazienti 4 e 5 utilizzano 4 pannolini al giorno per i primi tre mesi e 2 pannolini al giorno per i successivi 9 mesi.

Complicanza che causa reintervento chirurgico entro 30 giorni dal precedente intervento: Linfocole infetto (Pazienti 2 e 5)

Intervento chirurgico per risolvere incontinenza: Sfintere artificiale (Pazienti 4 e 5)

Provenienza paziente: Milano e Provincia (Pazienti 1,2,3,4,5) - Extra regione Italia centrale (Paziente 6)

Luogo di cura: Ipotesi nella quale tutti i pazienti ricevano le prestazioni sanitarie in aziende situate nelle medesima Regione, ad eccezione del paziente 6 che effettua le prestazioni iniziali in una struttura della propria regione di residenza fino alla formulazione di una diagnosi, si sposta (mobilità sanitaria) solo per l'intervento e alla dimissione rientra nella propria regione di residenza dove effettua tutti i controlli di follow-up successivi, ad eccezione del controllo previsto a 3-4 giorni dalla dimissione per la rimozione del catetere vescicale, che rientra nel ricovero.

COSTI

Poazione lavorativa del paziente: Impiegato amministrativo con retribuzione lorda annuale: € 40.000,00 (costo azienda € 55.000,00)

Costi spostamento (solo per paziente 6):

- Hotel: notte 1, 4, 5, 6 camera doppia, notte 2 e 3 camera doppia uso singola (perchè il paziente è ricoverato) - Costo pernottamento e prima colazione camera doppia € 86,00 doppia uso singola € 74,00
- Pranzo: paziente 6 pasti (sono esclusi quelli effettuati in ospedale), accompagnatore 12 pasti. Prezzo medio stimato per ogni pasto € 20,00.

- Tragitto in auto andata e ritorno: Ipotesi 1400 Km con rimcorso ACI € 0,40/Km ca., Telepass € 90,00 ca.

Terapia farmacologica per impotenza: Cialis (confezione 8 cp da 20 mg costo € 123,70) - Caverjet (1 siringa da 20mg costo € 25,95)

Terapia farmacologica per incontinenza: Duloxetina (confezione 28 compresse da 40 mg costo € 41,50)

Calze elastiche post operatorie: € 50,00 ca.

Pannolini per incontinenza: Tena for man - livello incontinenza 1 (conf. 24 pezzi € 10,60), livello incontinenza 2 (conf. 20 pezzi € 12,30), livello incontinenza 3 (conf. 16 pezzi € 12,30)

Indagine PSA*: € 15,40

Visita urologica*: € 22,50 (prima visita) € 19,40 (visite successive)

Biopsia protatica (prelievo + indagine istologica)*: € 27,44 + € 66,50

Risonanza Magnetica Pelvi* (Multiparametrica): € 252,14

Ricovero per intervento chirurgico (prostatectomia radicale robotica DRG 335)*: € 4.334,00 (2 notti in ospedale)

Ricovero per intervento chirurgico (linfocole infetto)*: € 3.188,00 (2 notti in ospedale)

Ricovero per intervento chirurgico (sfintere artificiale)*: € 2.264,00 (2 notti in ospedale)

Ormonoterapia: composto LhRh (iniezione da 3,75 mg costo € 180,10 - 1 ogni 4 settimane) - (iniezione da 3,6 mg costo € 195,06 - 1 ogni 4 settimane)

Visita radioterapia*: € 22,50 (prima visita) € 17,90 (visite successive)

Ciclo di cure radioterapia (20 sedute) *: € 10.000,00

* rimborsi Servizio Sanitario Regionale (Regione Lombardia)

Nelle tabelle seguenti è possibile visualizzare in modo intuitivo l'andamento degli esiti del nostro ipotetico paziente che è stato curato da sei distinti ospedali nel corso del tempo, nonché gli eventuali trattamenti o terapie effettuate post dimissione.

Legenda	
CP	complicanza correlata al ricovero i cui effetti possono palesarsi durante o dopo il ricovero
R	Recidiva di malattia (locale e/o metastasi)
CO	Continenza urinaria
P	Potenza sessuale
	positivo
	positivo ma con terapia farmacologica
	negativo ma in miglioramento
	negativo
cp	compresse
w	settimana
d	giorno

Paziente presso Ospedale 1					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione					
1° mese					P: Terapia farmacologica (2 cp/w)
2° mese					P: Terapia farmacologica (2 cp/w)
3° mese					nessuna
4° mese					nessuna
5° mese					nessuna
6° mese					nessuna
7° mese					nessuna
8° mese					nessuna
9° mese					nessuna
10° mese					nessuna
11° mese					nessuna
12° mese					nessuna

Paziente presso Ospedale 2					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione					
1° mese					CP: reintervento chirurgico + P: Terapia farmacologica (2cp/w)
2° mese					P: Terapia farmacologica (2cp/w)
3° mese					nessuna
4° mese					nessuna
5° mese					nessuna
6° mese					nessuna
7° mese					nessuna
8° mese					nessuna
9° mese					nessuna
10° mese					nessuna
11° mese					nessuna
12° mese					nessuna

Paziente presso Ospedale 3					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione					
1° mese					CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
2° mese					CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
3° mese					CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
4° mese					CO: Pannolini (2/d)] + P: Terapia farm. (1 cp/w)
5° mese					CO: Pannolini (2/d)] + P: Terapia farm. (1 cp/w)
6° mese					CO: Pannolini (2/d)] + P: Terapia farm. (1 cp/w)
7° mese					nessuna
8° mese					nessuna
9° mese					nessuna
10° mese					Recidiva locale (M0)
11° mese					Recidiva locale (M0) / Radioterapia
12° mese					nessuna

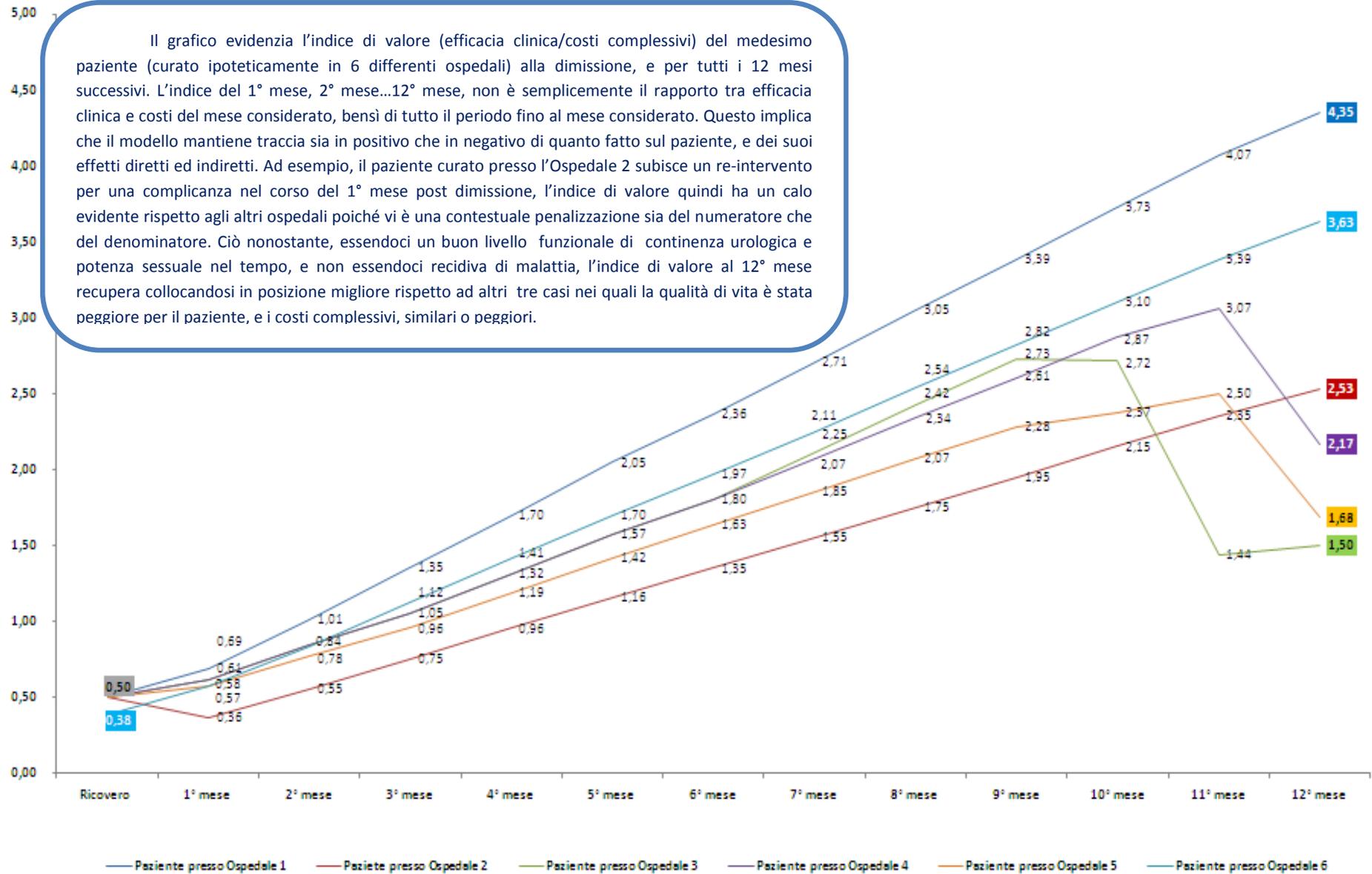
Paziente presso Ospedale 4					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione	🟢	🟢	🔴	😊	
1° mese	🟢	🟢	🔴	😊	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
2° mese	🟢	🟢	🔴	😊	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
3° mese	🟢	🟢	🔴	😊	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
4° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (1 cp/w)
5° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (1 cp/w)
6° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (1 cp/w)
7° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d)
8° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d)
9° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d)
10° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d)
11° mese	🟢	🟢	😐	😊	CO: Pannolini (2/d)
12° mese	🟢	🟢	🔴	😊	CO: Pannolini (2/d) + Intervento chirurgico

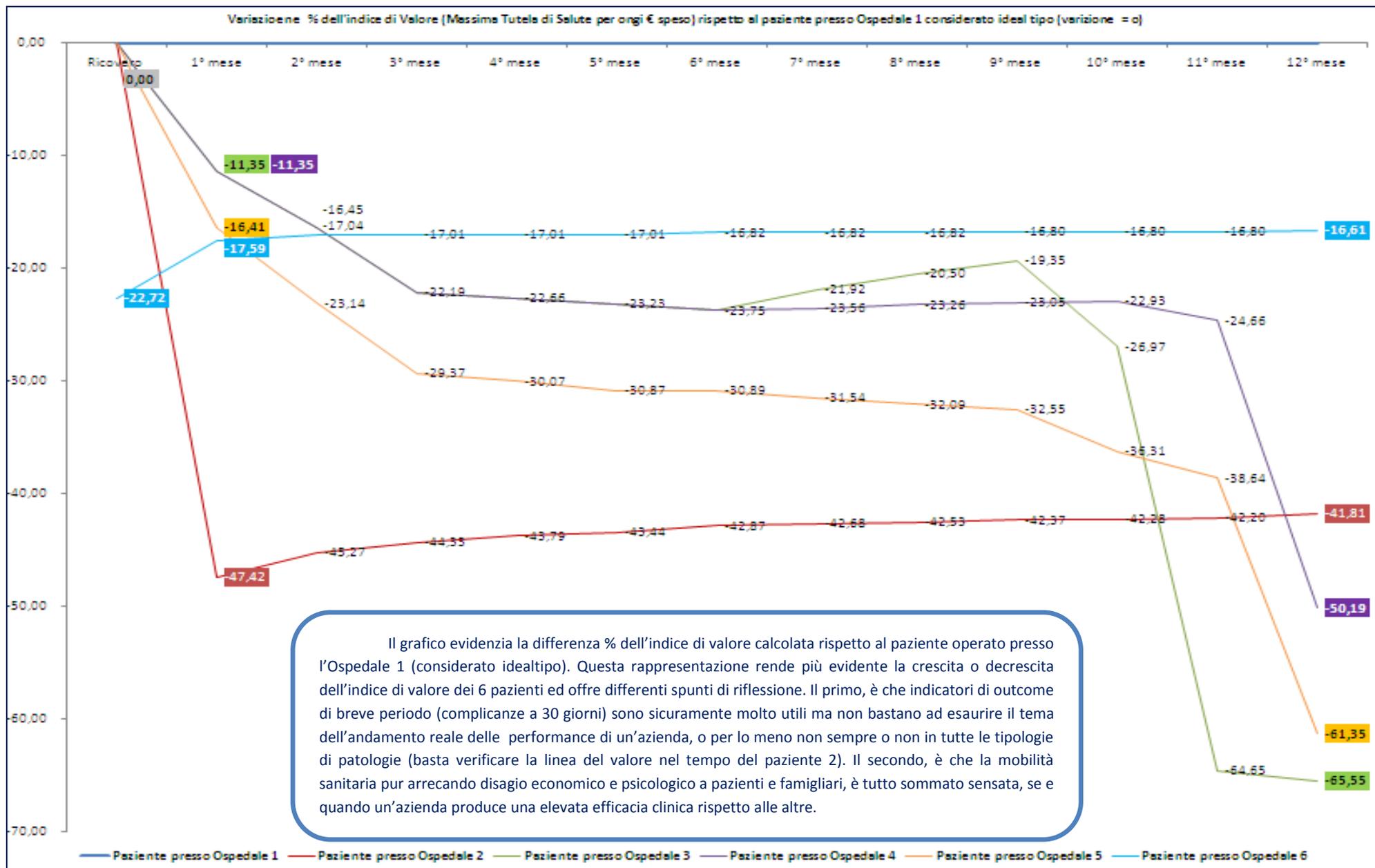
Paziente presso Ospedale 5					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione	🟢	🟢	🔴	🔴	
1° mese	🟢	🟢	🔴	🔴	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
2° mese	🟢	🟢	🔴	🔴	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
3° mese	🟢	🟢	🔴	🔴	CO: [Terapia farm. (1 cp/d) + Pannolini (4/d)] + P: Terapia farm. (2 cp/w)
4° mese	🟢	🟢	😐	😐	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (20 mg/w intrapene)
5° mese	🟢	🟢	😐	😐	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (20 mg/w intrapene)
6° mese	🟢	🟢	😐	😐	CO: Pannolini (2/d) + P: Terapia farm. (20 mg/w intrapene)
7° mese	🟢	🟢	😐	🔴	CO: Pannolini (2/d)
8° mese	🟢	🟢	😐	🔴	CO: Pannolini (2/d)
9° mese	🟢	🟢	😐	🔴	CO: Pannolini (2/d)
10° mese	🟢	🔴	😐	🔴	R: Ormonoterapia per recidiva metastatica (IM +) + CO: Pannolini (2/d)
11° mese	🟢	🔴	😐	🔴	R: Ormonoterapia per recidiva metastatica (IM +) + CO: Pannolini (2/d)
12° mese	🟢	🔴	🔴	🔴	R: Ormonoterapia per recidiva metastatica (IM +) + CO: [Pannolini (2/d) + Intervento chirurgico]

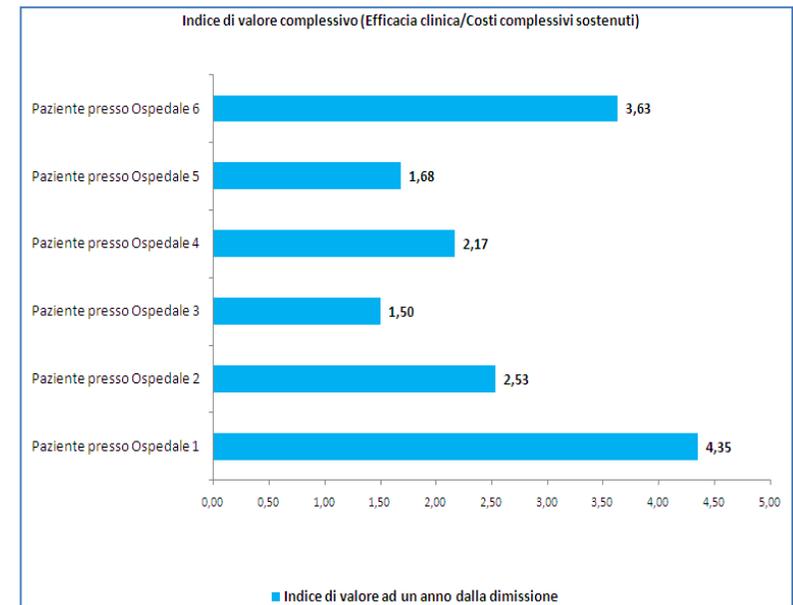
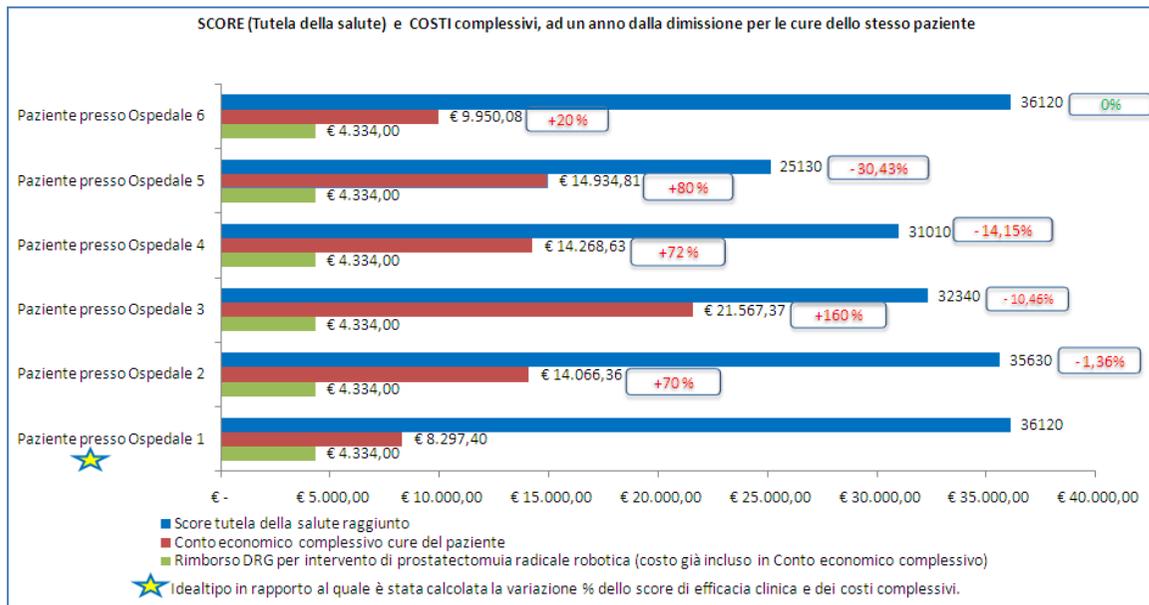
Paziente presso Ospedale 6					
Periodo Temporale	Esito				Procedure/Terapie
	CP	R	CO	P	
Alla dimissione	🟢	🟢	🟢	😊	
1° mese	🟢	🟢	🟢	😊	P: Terapia farmacologica (2 cp/w)
2° mese	🟢	🟢	🟢	😊	P: Terapia farmacologica (2 cp/w)
3° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
4° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
5° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
6° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
7° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
8° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
9° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
10° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
11° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna
12° mese	🟢	🟢	🟢	🟢	nessuna

Valore = Massima Tutela di Salute per ogni € speso

Il grafico evidenzia l'indice di valore (efficacia clinica/costi complessivi) del medesimo paziente (curato ipoteticamente in 6 differenti ospedali) alla dimissione, e per tutti i 12 mesi successivi. L'indice del 1° mese, 2° mese...12° mese, non è semplicemente il rapporto tra efficacia clinica e costi del mese considerato, bensì di tutto il periodo fino al mese considerato. Questo implica che il modello mantiene traccia sia in positivo che in negativo di quanto fatto sul paziente, e dei suoi effetti diretti ed indiretti. Ad esempio, il paziente curato presso l'Ospedale 2 subisce un re-intervento per una complicanza nel corso del 1° mese post dimissione, l'indice di valore quindi ha un calo evidente rispetto agli altri ospedali poiché vi è una contestuale penalizzazione sia del numeratore che del denominatore. Ciò nonostante, essendoci un buon livello funzionale di continenza urologica e potenza sessuale nel tempo, e non essendoci recidiva di malattia, l'indice di valore al 12° mese recupera collocandosi in posizione migliore rispetto ad altri tre casi nei quali la qualità di vita è stata peggiore per il paziente, e i costi complessivi, simili o peggiori.







Il grafico evidenzia per i sei pazienti il distinto andamento della qualità delle cure (score outcome clinico: più è elevato migliori sono stati i risultati), da quello del conto economico complessivo. Si è provveduto altresì ad evidenziare l'importo del DRG pari in Lombardia ad € 4.334,00 (per la fattispecie di intervento scelta), evidenziando il suo ammontare rispetto al conto economico complessivo. Anche nella migliore delle ipotesi (paziente curato presso Ospedale 1) il rimborso del DRG è pari a circa il 50% del reale costo per il sistema complessivo (sistema sanitario regionale, paziente/famiglia, datore di lavoro/INPS). Pur volendo effettuare considerazioni meramente economiche è evidente che un paziente che va incontro a complicanze di varia natura porta ad un incremento di costi (diretti ed indiretti). Nei nostri sei casi, i costi possono tranquillamente salire fino al 160% in più rispetto al paziente idealtipo. Pur riconoscendo il grande pregio dell'ideazione dei DRG, che ha consentito il superamento dei rimborsi a piè di lista, e ha consentito di avere un'idea sulla complessità della casistica trattata dalla differenti aziende sanitarie, il modello della Value Based Medicine, ne pone in evidenza tutti i limiti alla luce dell'attuale scenario socio-economico. Semplicemente, non è più possibile e sostenibile rimborsare in modo analogo prestazioni che possono generare scenari di salute e di costi complessivi così diversi entro 1 anno dalla dimissione. Il ragionamento è semplice, se il focus è sulla prestazione e non sui risultati complessivi, induci le aziende a cercare di fare le prestazioni. I tetti di produzione/budget, pur essendo nati per tentare di porre un argine all'eccesso di offerta, non necessariamente o non sempre migliorano la situazione, poiché pur se un'azienda rispetta i limiti di produzione, se la sua produzione è di modesta qualità continuerà a scaricare su altri, sofferenza, disagi e costi, spostando solo nel tempo il problema senza risolverlo. Si potrebbe utilizzare l'indice di valore ad un anno come correttivo dei DRG, per incentivare con un bonus economico pari ad un ammontare % del DRG, solo quelle aziende che raggiungono degli indici soglia di valore da definire.

Valutando il grafico che riporta l'indice di valore (ossia il rapporto tra qualità e costi) congiuntamente a quello che mantiene distinte le due voci dell'equazione se ne evincono i principi cardini del modello. Il valore cresce se:

1. **la qualità sale** (numeratore cresce) e i **costi restano stabili** (denominatore invariato).
I pazienti curati negli ospedali 2,4 e 5 hanno sostanzialmente costi complessivi simili, ma indici di valore differenti dovuti a differenti score di outcome clinici.
2. **i costi scendono** (denominatore decresce) e la **qualità resta stabile** (numeratore invariato).
I pazienti curati negli ospedali 1 e 6 hanno identica qualità clinica dei risultati, ma costi differenti a causa della mobilità sanitaria del paziente curato nell'ospedale 6, pertanto l'indice di valore complessivo dell'ultimo caso, pur essendo in assoluto il secondo miglior indice, è inferiore rispetto a quello del paziente curato nell'ospedale 1.
3. **la qualità sale** (numeratore cresce) ed **i costi scendono** (denominatore decresce).
Rappresenta la situazione idealtipo incarnata dal paziente curato presso l'Ospedale 1, verso la quale tendere.