



B&A Busacca & Associati

L'era del cliente in medicina: come arrivare ad una *Value-Based Health Care*

Nella sanità il paziente è sempre più un *cliente*, e il vero vantaggio competitivo non sarà più di chi opera di più, ma di chi dimostra di curare meglio. In questo articolo, proviamo ad applicare alla neurochirurgia un modello sviluppato oltre vent'anni fa da Michael Porter, il grande economista industriale. Secondo la *Value-Based Health Care* di Porter il *valore* in sanità non è il costo né l'efficienza, ma il rapporto tra esiti ottenuti e risorse impiegate.

La neurochirurgia, disciplina ad altissima complessità e con esiti difficili da misurare, ne è il banco di prova ideale. Con esperienze di estremo interesse: nel Michigan una struttura collaborativa di chirurghi ha trasformato la riduzione delle complicanze in oltre 66 milioni di dollari di risparmi, in Italia il Besta, ha messo venti unità lombarde d'accordo su un linguaggio comune degli esiti, per arrivare ai *digital twin* dei pazienti, già in uso a Mayo Clinic e Stanford. Tutti questi esempi raccontano una stessa direzione.

Cinque linee d'azione cercano infine di dare un contributo di concretezza, dalla misurazione risk-adjusted degli esiti alla trasformazione della competenza clinica in vero capitale strategico. La sfida a cui ogni struttura dovrà saper rispondere non sarà quindi quanto operiamo, ma dimostriamo che curiamo meglio, e perché.

Dall'efficienza al valore

Bilanciare efficienza ed efficacia è forse il più frequente problema del management di qualunque organizzazione. Efficienza significa fare bene le cose, efficacia significa fare le cose giuste. In tutte le organizzazioni la tentazione è sempre quella di privilegiare l'efficienza e dare minore attenzione all'efficacia.

Il motivo principale è che i KPI (key Performance Index) di efficienza sono amministrativi o produttivi, nativamente quantitativi e facili da definire e misurare, mentre al contrario i KPI di efficacia sono in gran parte riferibili a soggetti esterni all'organizzazione in primis al cliente, sono nativamente qualitativi, e non facili da organizzare e misurare.

Non è quindi strano che per molti anni il miglioramento delle organizzazioni sanitarie sia stato perseguito soprattutto attraverso l'ottimizzazione dei processi: la riduzione dei tempi di attesa, il migliore utilizzo delle sale operatorie, il contenimento della durata delle degenze, la standardizzazione delle procedure, l'aumento della produttività e il controllo dei costi. Sono obiettivi indispensabili, soprattutto in sistemi sanitari sottoposti a una crescente pressione economica e a una domanda assistenziale sempre più complessa. Ma non sono sufficienti. Una struttura sanitaria, come qualunque altra organizzazione, può infatti essere estremamente efficiente senza necessariamente essere altrettanto efficace. Può ridurre la degenza media, aumentare il numero di interventi effettuati o utilizzare meglio le proprie risorse senza che questo si traduca automaticamente in una migliore qualità di vita dei pazienti.

È precisamente su questa distinzione che si fonda il modello della *Value-Based Health Care* (VBHC) proposto per la prima volta nel 2006¹ da Michael Porter. Questo economista di Harvard è noto in tutto il mondo accademico ed industriale per il modello delle cinque forze, per il concetto di vantaggio competitivo, e per i lavori sul tema del valore. Porter, accademico e consulente delle più grandi corporation in tutto il mondo, ha costruito la sua carriera spiegando alle aziende come battere la concorrenza. Ecco, in quell'anno, Porter fece una cosa che a molti parve bizzarra: ovvero prendere il suo modello concettuale di *valore* e applicarlo alla sanità.

La sua domanda era semplicissima, quasi disarmante: *cosa significa davvero "valore" in un sistema sanitario?* E la risposta che Porter diede, diventata poi la definizione universalmente accettata del concetto di Value-Based Healthcare, è questa: in sanità il valore è il rapporto tra gli esiti ottenuti per il paziente/cliente e le risorse usate per ottenerli. In altre parole il valore prodotto dall'assistenza sanitaria si misura mettendo in relazione gli esiti (*outcome*) ottenuti per il paziente con le risorse impiegate per conseguirli. L'obiettivo non è quindi minimizzare i costi in sé, ma ottenere i migliori risultati clinici possibili utilizzando in maniera appropriata e sostenibile le risorse disponibili.²

Applicato alla neurochirurgia, questo principio porta verso quella che possiamo definire *Value-Based Neurosurgery* ovvero un modello nel quale tecnologia, competenza professionale, organizzazione, appropriatezza, esperienza del paziente e utilizzo delle risorse convergono verso un unico risultato misurabile, cioè il valore realmente prodotto per il paziente e per il sistema.

Neurochirurgia, un terreno privilegiato

La neurochirurgia è sicuramente una specialità ad altissima intensità di conoscenza, con esiti multidimensionali difficili da concettualizzare, identificare e misurare, con forte eterogeneità di case-mix. È quindi il caso limite ideale per dimostrare che un framework di misurazione del valore è ben costruito, in altre parole: se funziona in neurochirurgia, funzionerà ovunque.

Un intervento neurochirurgico può essere tecnicamente riuscito e avere una durata di degenza molto breve, ma non per questo aver prodotto il miglior risultato possibile per il paziente/cliente. In neuro-oncologia, ad esempio, la letteratura mostra come il grado di resezione tumorale deve necessariamente essere letto insieme alla preservazione delle funzioni neurologiche, cognitive e della qualità della vita. Le linee guida EANS-EANO pubblicate on-line nel 2025 ribadiscono il valore prognostico dell'estensione della resezione nei gliomi, ma la collocano esplicitamente nel contesto della sicurezza neurologica, dello stato cognitivo e della qualità di vita³.

¹ [Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results – M.E. Porter E.Olmsted Teisberg Harvard Business Review Press, 2006](#)

² [What Is Value in Health Care? - Michael E. Porter, - December 23, 2010 N. Engl. J. Med.](#)

³ [EANS-EANO guidelines on the extent of resection in gliomas - Neuro Oncol - 2026 Jan](#)

La stessa criticità riguarda gli indicatori tradizionalmente utilizzati per confrontare strutture e professionisti. Una recente revisione sistematica sugli indicatori di qualità nella neurochirurgia cranica⁴ ha individuato 22 indicatori differenti, come riammissioni e reinterventi a 30 giorni. Il punto è che molti di questi valori dipendono fortemente dalla severità iniziale e dalla complessità del caso in esame. Gli autori sottolineano per questo la necessità di indicatori specificamente neurochirurgici e di adeguati sistemi di *risk adjustment*, cioè di correzione della qualità degli esiti sulla base del rischio iniziale del paziente.

È un passaggio decisivo. Un centro di riferimento nazionale che opera aneurismi complessi, tumori cerebrali in aree difficili o pazienti gravemente compromessi non può essere confrontato con una struttura che seleziona casi a minore complessità attraverso una semplice percentuale di mortalità, riammissione o complicanze. La qualità degli esiti deve quindi essere sì misurata, ma deve essere *misurata bene*.

Processi e esiti: una falsa contrapposizione

Perseguire una *Value-Based Neurosurgery* non implica necessariamente abbandonare la standardizzazione dei processi. Al contrario, le procedure di ottimizzazione perioperatoria, le checklist, i percorsi ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), la prevenzione delle infezioni, la gestione multidisciplinare e un'appropriata pianificazione della dimissione rappresentano componenti essenziali della qualità.

Una revisione sistematica del 2025 su 75 studi e oltre 621.000 pazienti ha mostrato come gli interventi di miglioramento della qualità in neurochirurgia si siano concentrati soprattutto su protocolli, ERAS, analisi dei dati e checklist, con risultati generalmente favorevoli. Ha però evidenziato al contempo una forte predominanza degli studi sulla chirurgia vertebrale e una relativa scarsità di evidenze nella chirurgia cranica e neuro-oncologica⁵. La questione non è quindi scegliere tra processi e esiti. È stabilire una gerarchia: il processo è uno strumento, l'esito è ciò che ne dimostra il valore. Ridurre la durata della degenza è positivo se non aumentano riammissioni e complicanze e se il recupero funzionale rimane almeno equivalente. Aumentare l'utilizzo della sala operatoria produce valore solo se non compromette sicurezza e risultati neurologici. Ottenere una resezione più estesa di un tumore ha significato soltanto se ciò avviene preservando le funzioni del paziente. Ridurre il costo medio di un episodio di cura è valore solo se gli esiti non peggiorano. Il vero salto culturale consiste pertanto nel passare da una logica di *process excellence* a una logica di *outcome-driven process excellence*.

Il vero capitale strategico: competenze professionali e tecnologia

Una dimensione che tende ad essere sottovalutata nei programmi di efficientamento è il tempo dedicato alla crescita delle competenze professionali. In una disciplina ad altissima intensità di conoscenza, sottrarre sistematicamente tempo alla formazione dei chirurghi per assorbirlo in attività burocratiche e amministrative può determinare una falsa efficienza nel breve periodo ma al contempo una perdita di valore nel lungo periodo. Non a caso la graduatoria internazionale *World's Best Specialized Hospitals* realizzata annualmente da Newsweek e Statista⁶ attribuisce alla reputazione professionale ben l'85% del peso ai fini del punteggio.

La formazione neurochirurgica sta peraltro entrando in una fase realmente nuova. Realtà virtuale, realtà aumentata, modelli tridimensionali e sistemi *patient-specific* consentono progressivamente di passare dalla simulazione di un'anatomia generica alla simulazione del caso reale che sarà operato.

Mayo Clinic utilizza modelli tridimensionali *patient-specific*, definiti dalla stessa istituzione come "digital twins"⁷, e dispone di un *Neurosurgery Simulation and Innovations Laboratory* nel quale le ricostruzioni del paziente sono utilizzate per la pianificazione degli interventi, il training e la guida intraoperatoria⁸. Stanford ha sviluppato analogamente un centro di simulazione neurochirurgica in realtà virtuale che permette al chirurgo di esplorare l'anatomia specifica del paziente prima dell'intervento; esperienze cliniche pubblicate

⁴ [Quality indicators in cranial neurosurgery: current insights and critical evaluation - a systematic review Neurosurg Rev 2024 Oct](#)

⁵ [Quality improvement in neurosurgery: A systematic review - Med Int \(Lond\) - 2025 Feb 24](#)

⁶ <https://rankings.newsweek.com/worlds-best-specialized-hospitals-2026>

⁷ [Mayo Clinic - 'Digital twins': 3D models enhance neurosurgical care](#)

⁸ [Mayo Clinic - 'Seeing through the walls': Augmented reality facilitates tumor surgery](#)

mostrano come la visualizzazione VR *patient-specific* possa modificare concretamente la strategia chirurgica nei casi complessi⁹.

La letteratura più recente descrive inoltre sistemi di *mixed reality* nei quali imaging multimodale e modelli del singolo paziente diventano ambienti interattivi per la formazione dello staff medico e la pianificazione dell'intervento. In uno studio del 2024, l'utilizzo di un sistema *patient-specific* ha determinato modifiche della strategia esplorativa o del planning chirurgico in una quota rilevante dei casi analizzati¹⁰.

Il *digital twin* del paziente rappresenta quindi molto più di una tecnologia spettacolare. Può diventare un nuovo strumento di governance della qualità: permette infatti al team di provare l'intervento prima di eseguirlo, confrontare strategie differenti, formare i professionisti su anatomie complesse, discutere in maniera multidisciplinare il caso e progressivamente collegare le scelte simulate agli esiti realmente osservati.

La capacità di dimostrare i risultati genera anche valore economico

La reputazione di un centro neurochirurgico è quindi sempre meno sostenibile attraverso il solo numero degli interventi, la notorietà dei professionisti o la disponibilità di tecnologie avanzate. Sarà crescente la richiesta di dimostrare, non soltanto ai potenziali pazienti/clienti e ai loro influenzatori, ma anche e soprattutto ai cosiddetti payer, ovvero tutti i soggetti quali il sistema sanitario pubblico, le compagnie assicurative e i privati stessi, che sostengono i costi della sanità, risultati confrontabili: quali ad esempio complicità corrette per rischio, deficit neurologici postoperatori, autonomia funzionale, sopravvivenza *disease-specific*, qualità di vita, ritorno alle normali attività, *Patient-Reported Outcomes (PRO)* e appropriatezza dell'utilizzo delle risorse.

Negli Stati Uniti questa evoluzione è già chiaramente riconoscibile nel Quality Outcomes Database (QOD) di NeuroPoint Alliance, organizzazione nata per consentire a chirurghi, ospedali e sistemi sanitari di confrontare qualità, morbilità, efficacia ed efficienza attraverso benchmark nazionali risk-adjusted. Il sistema comprende oggi registri dedicati anche alla neuro-oncologia e al neurovascolare e collega esplicitamente la partecipazione ai registri alla capacità delle strutture di dimostrare qualità e valore anche nei confronti dei payer,¹¹.

Anche la Joint Commission International (JCI) si sta muovendo nella stessa direzione. I propri programmi di certificazione includono misure quali infezioni del sito chirurgico, nuovi deficit neurologici, ritorni non programmati in sala operatoria e esiti riferiti direttamente dai pazienti. Sul fronte assicurativo, Aetna, primaria compagnia assicurativa, richiede la *Advanced Certification in Spine Surgery* di JCI o certificazioni equivalenti oltre che la partecipazione all'American Spine Registry, per accedere al proprio programma Institutes of Quality dedicato alla chirurgia vertebrale¹².

Questi meccanismi anticipano una trasformazione destinata con ogni probabilità a estendersi a livello internazionale: la qualità misurata diventa progressivamente anche criterio di accesso ai network, indirizzamento dei pazienti e remunerazione. Un segnale analogo infatti si osserva già nel mercato assicurativo italiano. Una primaria compagnia assicurativa sta valutando come implementare un sistema di ranking delle strutture sanitarie che prende in considerazione quattro dimensioni fondamentali: conformità agli standard Joint Commission International, esiti clinici corretti per rischio, indice sintetico di esperienza del paziente e indice sintetico di efficienza operativa. L'obiettivo è di raccomandare ai propri assicurati, oltre che remunerare in maniera differenziata, le strutture posizionate ai livelli più alti nel ranking. Il significato strategico di un modello come questo è particolarmente rilevante: non viene premiata la struttura semplicemente più economica, né quella che presenta il migliore esito grezzo, ma quella capace di dimostrare qualità complessiva, combinando sicurezza organizzativa, efficacia clinica, esperienza e sostenibilità.

⁹ [Stanford Medicine - Using VR to Simulate a Patient's Exact Anatomy](#)

¹⁰ [A patient-specific, interactive, multiuser, online mixed-reality neurosurgical training and planning system Neurosurg Focus 2024](#)

¹¹ [Quality Outcomes Database® Registries – NeuroPoint Alliance](#)

¹² [ASR Data & Resources – NeuroPoint Alliance](#)

Uno degli esempi più interessanti di come migliori esiti possano generare maggior valore economico per il sistema sanitario e, di conseguenza, anche per le singole strutture di eccellenza, proviene dal Michigan Spine Surgery Improvement Collaborative (MSSIC).

Nato nel 2013 con il supporto di Blue Cross Blue Shield of Michigan e Blue Care Network, MSSIC raccoglie dati clinici prospettici, caratteristiche dei pazienti, procedure, complicanze e Patient-Reported Outcomes (PRO) a 90 giorni, uno e due anni. Il principio è semplice: confrontare le performance, identificare la variabilità evitabile, modificare le pratiche e misurare nuovamente gli *outcome*¹³. I risultati dimostrano che efficacia ed efficienza possono rafforzarsi reciprocamente. Un'analisi pubblicata nel 2026 ha stimato che la riduzione della sola ritenzione urinaria postoperatoria ottenuta attraverso le iniziative di miglioramento MSSIC abbia generato, tra il 2017 e il 2024, circa 66,8 milioni di dollari di risparmi diretti per i payer, oltre a benefici economici indiretti per pazienti, caregiver e datori di lavoro¹⁴ stimabili in 130-180 milioni di dollari. È forse la dimostrazione più evidente del principio di una Value-Based Neurosurgery: una complicanza evitata è contemporaneamente migliore qualità per il paziente e minore costo per il sistema.

Dai dati agli esiti: un'esperienza italiana

L'Istituto Neurologico Carlo Besta ha promosso il *NEurosurgical Outcome Network – NEON*, coinvolgendo 20 unità di neurochirurgia lombarde nella definizione condivisa di un set minimo di esiti e fattori predittivi per otto aree della disciplina: neuro-oncologica, base cranica, vascolare, traumatica, vertebrale, sistema nervoso periferico, malformativa e funzionale. Il progetto ha definito non soltanto quali esiti misurare, ma anche quando misurarli e quali fattori utilizzare per interpretarli¹⁵. È esattamente il tipo di infrastruttura necessaria per una *Value-Based Neurosurgery* nazionale: parlare un linguaggio comune degli esiti, rendendo confrontabili strutture diverse senza ignorare la diversa complessità dei pazienti.

Il Besta rappresenta inoltre un'esperienza italiana anticipatrice sul versante della simulazione *patient-specific*. Già in una serie di 100 casi complessi di malformazioni vascolari e tumori cerebrali, dati provenienti da differenti metodiche di imaging sono stati integrati in modelli tridimensionali utilizzati per simulare craniotomie, visualizzare differenti approcci e selezionare la traiettoria chirurgica¹⁶. La stessa istituzione mantiene oggi attività di ricerca dedicate esplicitamente a indicatori di esito, disabilità e qualità di vita in neurochirurgia¹⁷.

Cinque linee d'azione

Per una struttura sanitaria che voglia essere riconosciuta come centro di eccellenza possiamo a questo punto identificare cinque linee di azione per attivare concretamente un percorso verso una effettiva *Value-Based Health Care*.

1. **Partire dagli esiti e risalire ai processi.** Per ogni percorso, cranico, neuro-oncologico, vascolare e vertebrale, occorre definire pochi esiti realmente rilevanti: deficit neurologico, autonomia funzionale, qualità di vita, sopravvivenza quando appropriata, complicanze maggiori e Patient-Reported Outcomes. I processi devono essere selezionati e misurati in funzione della loro capacità di influenzare questi risultati.
2. **Costruire un sistema permanente di misurazione degli esiti risk-adjusted.** Registri clinici strutturati devono integrare caratteristiche iniziali del paziente, complessità della patologia, procedura, complicanze, risultati funzionali e qualità di vita nel follow-up. Senza risk adjustment non può esserci un benchmarking credibile; senza benchmarking non può esistere una vera gestione del valore.

¹³ [The Michigan Spine Surgery Improvement Collaborative – Neurosurg. Focus 2015 Dec.](#)

¹⁴ [Cost Savings Realized Through a Statewide Quality Improvement Collaborative for Spine Surgery - Jt Comm J Qual Patient Saf. - 2026 Feb](#)

¹⁵ [Towards a common language in neurosurgical outcome evaluation: the NEON \(NEurosurgical Outcome Network\) proposal - J Neurosurg Sci 2023 Jun](#)

¹⁶ [Brain surgery in a stereoscopic virtual reality environment: a single institution's experience with 100 cases – Neurosurgery 2010 Sep.](#)

¹⁷ La denominazione formale del progetto è “Indicatori di outcome, disabilità e qualità di vita in neurochirurgia”

3. **Ridurre, digitalizzare e automatizzare la burocrazia a basso valore, e investire il tempo professionale in apprendimento e competenze.** Audit, discussione multidisciplinare dei casi, *Morbidity & Mortality conference*, simulazione avanzata, realtà virtuale e digital twin devono essere considerati attività produttive a tutti gli effetti. Nella neurochirurgia la competenza del professionista è parte della tecnologia di cura. Le applicazioni dell'Intelligenza Artificiale oggi possono automatizzare un gran numero di adempimenti amministrativi riducendone drasticamente il carico in capo ai professionisti.
4. **Trasformare i dati in un sistema di miglioramento continuo.** Gli indicatori non devono servire a compilare classifiche o documenti, ma a identificare variazioni, anomalie e cause modificabili. Ogni scostamento significativo deve poter generare analisi del caso, modifica del processo e nuova misurazione dell'esito. Il modello è quello del ciclo registro–benchmark–azione–*outcome* già sperimentato da esperienze come MSSIC (Michigan Spine Surgery Improvement Collaborative).
5. **Misurare insieme valore clinico e valore economico.** Ogni progetto di efficientamento deve essere accompagnato da “guardrail” clinici: ridurre tempi di degenza, costi o tempi di sala è positivo soltanto se sicurezza, esiti funzionali ed esperienza del paziente rimangono stabili o migliorano. Parallelamente, ogni miglioramento clinico deve essere tradotto anche nel suo impatto organizzativo ed economico: complicanze evitate, minori reinterventi, minori riammissioni, riduzione della disabilità e più rapido ritorno alle normali attività.

L'eccellenza dovrà essere dimostrabile

Il futuro della sanità non è determinato dalla contrapposizione tra medicina e management, né tra qualità e sostenibilità economica. È determinato dalla capacità di integrarli. La struttura realmente competitiva sarà quella capace di dimostrare che le proprie competenze, tecnologie e modalità organizzative generano esiti migliori per pazienti comparabili, utilizzando responsabilmente le risorse disponibili. In questo modello la qualità della vita prodotta per il paziente non rappresenta un costo contrapposto alla redditività dell'azienda sanitaria: diventa uno dei principali fattori attraverso cui l'azienda stessa crea valore.

Migliori esiti significano meno complicanze, minori ricoveri evitabili e reinterventi, migliore reputazione, maggiore attrattività per pazienti e professionisti, capacità di entrare nei network assicurativi più selettivi, maggiore forza contrattuale nei confronti del sistema sanitario e delle compagnie assicurative oltre a maggiore rilevanza scientifica nazionale e internazionale.

Il vero vantaggio competitivo di una struttura sanitaria, pertanto, sempre di più non sarà semplicemente poter dire *operiamo molto o operiamo efficientemente*, ma poter affermare a buon diritto: *conosciamo i risultati che produciamo, sappiamo confrontarli con quelli dei migliori centri, sappiamo perché li otteniamo e utilizziamo queste informazioni per migliorarli continuamente*.

© Busacca & Associati

www.busacca.it - www.facebook.com/Busacca.Associati

immagine generata con l'ausilio di chatGPT