



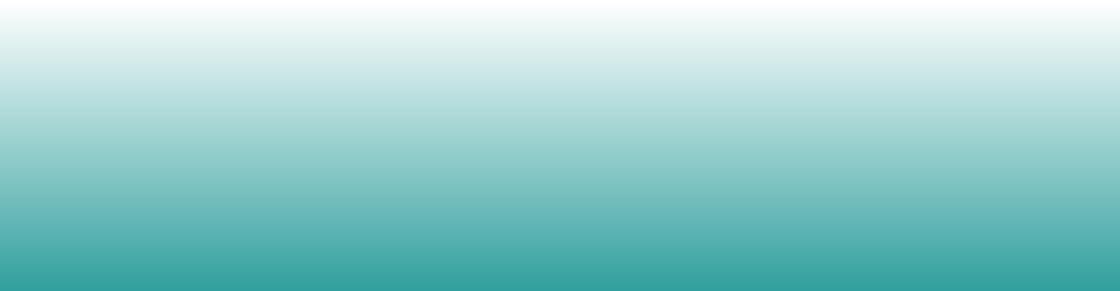
WHITE PAPER

VALUE BASED HEALTHCARE

SFIDE E OPPORTUNITÀ PER IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

A cura di:
Telos Management Consulting
FIASO







www.vbhccitalia.it

Seguici su



Value Based Healthcare Italian Center

Sommario

Value Based Healthcare: l'urgenza oltre l'opportunità	3
Il Value Based Healthcare Italian Center	7
Percorso di sviluppo del VBHC Italian Model	10
<i>Il Workshop Value Vision</i>	11
<i>Il I Summit VBHC Italian Center</i>	12
<i>Analisi e sviluppo delle direttrici tematiche del VBHC Italian Model</i>	13
Modelli organizzativi, integrazione percorsi e dati	14
Il ruolo del paziente	18
Value Procurement e HTA	23
<i>Fotografia del livello di maturità del contesto tra limiti, fragilità e opportunità</i>	27
Su cosa lavorare: la checklist del cambiamento	37
Bibliografia e sitografia	47
Ringraziamenti	50



Giovanni Migliore

PRESIDENTE FIASO

"Il presente e soprattutto il futuro del nostro servizio sanitario e della salute dei cittadini dipendono da quanto saremo in grado di abbandonare la logica attuale della rincorsa alle prestazioni, per orientarci invece verso una reale produzione di valore.

Fiaso, da molti anni, è in prima linea per promuovere in tutte le aziende sanitarie e ospedaliere un approccio realmente 'value based', basato cioè sulla massimizzazione del valore dei servizi erogati ai pazienti.

Per questo siamo particolarmente soddisfatti dell'avvio del VBHC Italian Center, il primo network del nostro sistema salute disegnato per individuare e condividere le scelte ad alto valore e di qualità da diffondere in tutto il territorio nazionale.

Una grande sfida per i manager della Sanità, che ci appassiona da sempre e che vogliamo condividere con tutti coloro che come noi giocano o fanno il tifo per il Servizio Sanitario Nazionale pubblico e per la tutela della salute."





Alessandro Bacci

CEO TELOS MANAGEMENT CONSULTING

"Il passaggio alla VBHC come nuovo modo di pensare, gestire ed immaginare la Sanità ha un carattere di urgenza oltre che di opportunità.

Il VBHC Italian Center rappresenta uno strumento molto potente per rendere operative nuove strategie di orientamento al valore salute.

Per farlo il primo passo è "fare Sistema" ed è per questo che i principali attori dell'ecosistema salute si riuniscono in modo integrato, ognuno con la sua visione e competenza, per tracciare sinergicamente i confini ed i contenuti di un nuovo modo di pensare ed organizzare il sistema salute.

Rivedere l'organizzazione, garantire una reale integrazione, abbattere ogni forma di silos, potenziare la trasversalità di azione, rendere il paziente soggetto attivo e consapevole, raccogliere dati e soprattutto misurare, questi sono solo alcuni ingredienti di un passaggio ad un nuovo modo di intendere i concetti di Valore, Salute e Sanità".



VALUE BASED
HEALTHCARE:

*l'urgenza oltre
l'opportunità*

In un contesto globale in cui tutti i sistemi sanitari affrontano pressioni senza precedenti, si impone con sempre maggiore urgenza la necessità di riconsiderare i paradigmi che governano la gestione sanitaria. Questo accade in particolare nel contesto italiano, dove il sistema sanitario universalistico è considerato un pilastro fondamentale per il benessere collettivo.

Sebbene con le dovute differenze, i vari sistemi sanitari dei paesi sviluppati si trovano oggi a fronteggiare sfide analoghe, in gran parte determinate da cambiamenti demografici e dalle relative implicazioni socioeconomiche.

Uno dei fenomeni più rilevanti è il progressivo invecchiamento della popolazione, che comporta un inevitabile aumento dell'incidenza delle patologie croniche, le quali rappresentano una delle principali cause di disabilità e perdita di autosufficienza, andando ad incidere sensibilmente sulla tenuta a lungo termine del sistema.

Le proiezioni demografiche indicano che, entro il 2028, il numero di cittadini con almeno una patologia cronica raggiungerà i 25 milioni, mentre quelli affetti da multi-cronicità arriveranno a 14 milioni¹.

Questo trend demografico esercita a lungo termine una pressione significativa sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Parallelamente, l'innovazione tecnologica ha senza dubbio contribuito in maniera sostanziale al miglioramento del benessere e della qualità della vita, portando avanti progressi significativi nella diagnosi, nel trattamento e nella gestione delle malattie.

Tuttavia, questa espansione tecnologica non sempre è stata integrata nei processi e nelle procedure esistenti seguendo logiche di riadattamento ed ottimizzazione degli stessi, aumentando quindi frequentemente la complessità ed i costi di gestione. La maggiore accessibilità dei cittadini alle informazioni e ai dati ha, altresì, portato a un innalzamento delle aspettative riguardo alla loro qualità di vita in un contesto nel quale, per anni, l'attenzione è stata rivolta al volume delle prestazioni erogate, tendendo a trascurare quanto effettivamente generato nei confronti del paziente in termini di "valore" e "salute".

Sebbene migliorare gli esiti di salute dei pazienti ottimizzando l'uso delle risorse è l'obiettivo di qualsiasi sistema ed organizzazione sanitaria, in Italia si calcola che il 19% della spesa pubblica, almeno il 40% di quella delle famiglie ed il 50% di quella intermediata non migliorano salute e qualità di vita delle persone².

Oggi più che mai la sostenibilità dei sistemi sanitari passa attraverso la definizione di scelte organizzativo-gestionali in grado di garantire livelli di salute sempre più elevati ed una sostenibilità finanziaria legata all'impiego razionale delle limitate risorse disponibili.

Creare una Sanità basata sul valore è oggi la vera sfida e la strategia per affrontarla non può che essere la Value Based Healthcare (VBHC): una cornice di pensiero strategico e metodologico in grado di guidare un'assistenza sanitaria basata sulla

¹ Si veda: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2019. *La cronicità in Italia: Focus*.

² Si veda: Fondazione Gimbe, 2019. *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*.

massimizzazione del valore erogato nei confronti del paziente. Un approccio differenziante che punta a mettere realmente “il paziente al centro” dal punto di vista organizzativo-gestionale e clinico. Una strategia che si concentra sulla misurazione dei risultati in termini di valore complessivo generato nei confronti dei pazienti stessi misurato anche secondo il loro “percepito” e sul rapporto che tali risultati hanno con i costi sostenuti per il loro ottenimento.

La Value Based Healthcare fu per la prima volta introdotta nel 2006 da Michael Porter ed Elisabeth Teisberg, come strumento di rilancio dei sistemi sanitari, sottolineando come le politiche sanitarie fossero in contrapposizione con la realtà economica e stessero mettendo a serio rischio la sostenibilità del sistema³.

Il concetto di “Valore” viene definito da Porter come “il risultato di salute conseguito per dollaro speso”, ovvero come il rapporto tra i risultati di salute conseguiti (numeratore) e le risorse impiegate per raggiungere tali risultati (denominatore). All’interno del modello il paziente è il principale obiettivo verso cui creare valore attraverso un suo coinvolgimento attivo all’interno dei processi.

Nel 2013 Michael E. Porter e Thomas H. Lee presentarono la “Value Agenda”, un quadro strategico articolato in sei punti chiave, basato sulla fondamentale necessità di passare da una logica basata sui volumi di attività delle prestazioni erogate ad una logica centrata sui risultati in termini di ritorno di salute per i pazienti .

Questo richiede conseguentemente il passaggio da un sistema di assistenza orientato all’offerta ad uno orientato alla domanda, ovvero alle esigenze dei pazienti: il sistema deve evolvere da un’organizzazione focalizzata sull’attività di medici ed operatori sanitari, ad un’organizzazione che pone la principale attenzione sul paziente e sul principio di centralità dello stesso.

Nel 2007, Sir Muir Gray, uno dei principali esponenti della Evidence Based Medicine, sviluppò un modello di Value Based Healthcare fortemente influenzato dalle teorie di Porter ma calato nella realtà dei sistemi universalistici. Sir Muir Gray propone un’integrazione tra VBHC e Population Healthcare aggiungendo al modello di Porter una valutazione dell’assistenza sanitaria basata su misure di salute della popolazione più ampie, in cui i pazienti sono raggruppati in base alla somiglianza dei bisogni. In quest’ottica il concetto di valore viene declinato in tre dimensioni⁵: **Valore Allocativo**, determinato da quanto bene le risorse sono distribuite a differenti gruppi di popolazione; **Valore Tecnico**, determinato da quanto queste risorse siano appropriatamente usate per raggiungere risultati di salute per classi di popolazione aventi bisogni specifici e **Valore Personale**, determinato da quanto questi risultati di salute sono allineati al sistema valoriale di ciascun individuo e alle sue preferenze.

Recentemente, la Commissione Europea tramite il “Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)” ha ripreso il modello, integrandolo con l’aggiunta della dimensione sociale⁶.

³ Si veda: Porter M. E., Teisberg E., 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*.

⁴ Si veda: Porter M. E., Lee T. H., 2013. *The Strategy that will fix Health Care*.

⁵ Si veda: Gray M., & Jani A., 2016. *Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare*.

⁶ Si veda: Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH), 2019. *Defining value in “value-based healthcare”*.

Un esempio significativo di implementazione della Value Based Healthcare all'interno di un sistema sanitario nazionale è quello del Galles. Il processo è iniziato nel 2014 con il lancio della politica "Prudent Health Care"⁷, che si basa su tre principi fondamentali: co-creazione con i pazienti, equità nell'accesso alle cure e riduzione dell'eccessivo ricorso alle cure mediche. Dopo aver condotto diverse sperimentazioni su scala locale delle singole realtà sanitarie per la definizione di indicatori standardizzati ed orientati alla misurazione del valore da parte dei pazienti, dal 2017 il sistema sanitario pubblico gallesse, National Healthcare Service (NHS) Wales, ha sviluppato un portale nazionale per la raccolta dei Patient Reported Outcome Measures (PROMs) per 31 percorsi assistenziali. Contestualmente, è stata creata la National Data Resource, una piattaforma che offre reportistica, ricerche e supporto clinico-operativo, accessibile anche ai cittadini. Per facilitare l'adozione della VBHC, NHS Wales ha istituito "Learning Communities" per promuovere la sensibilizzazione e la comunicazione sul tema.

Un altro esempio significativo di implementazione della Value Based Healthcare in un sistema pubblico è rappresentato da AQUAS, l'Agenzia di Qualità e Valutazione Sanitaria della Catalogna. AQUAS ha intrapreso il suo percorso partendo da un importante lavoro di centralizzazione dei dati, di cui è responsabile per tutta la Catalogna. Per rispondere alle esigenze dei cittadini e contrastare il continuo aumento della spesa sanitaria dovuto alla crescita demografica e all'aumento del bisogno di cure, nel 2011 ha creato l'area "Innovazione e Prospettive" con lo specifico obiettivo di indagare necessità e opportunità di innovazione nella regione, da implementare con una cornice culturale e operativa VBHC.

La necessità di affrontare le sfide emergenti del sistema sanitario e l'esigenza di introdurre innovazioni sono state le tematiche che hanno portato alla valutazione della VBHC come metodologia per il miglioramento degli esiti di salute.

È così che hanno dato il via all'acquisto di "innovazioni" basato sul valore, sfruttando la collaborazione con stakeholder esterni ed il risk-sharing, ovvero modalità di acquisto basate su schemi di pagamento legati ai risultati, attraverso accordi di condivisione del rischio.

⁷ Si veda: Aylward M., Phillips C., Howson H., 2013. *Simply Prudent Healthcare – achieving better care and value for money in Wales – discussion paper.*

VALUE BASED
HEALTHCARE

Italian Center

Nell'ambito delle proprie attività, Telos Management Consulting e FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) si distinguono come promotori di un percorso di innovazione e trasformazione dei modelli organizzativi e di gestione sanitaria, orientato ai principi della Value Based Healthcare.

Questa collaborazione pluriennale ha portato alla creazione del Value Based Healthcare Italian Center, un'iniziativa che rappresenta un passo decisivo verso la trasformazione del sistema sanitario italiano.

La mission del VBHC Italian Center è quella di promuovere lo sviluppo di modelli organizzativi sanitari orientati alla generazione di valore, capaci di rispondere alle sfide contemporanee ponendo il paziente al centro sia dal punto di vista organizzativo che clinico, con un'attenzione particolare alle risorse impiegate nel percorso di cura, al fine di garantirne la sostenibilità.

L'imperativo che ha guidato il concepimento e la realizzazione del VBHC Italian Center è stato: "fare sistema", inteso letteralmente come "connessione di elementi in un tutto organico e funzionalmente unitario".

In tale contesto, il centro si configura come il primo network italiano che riunisce i principali attori della filiera della salute, inclusi Istituzioni, Enti, Associazioni di categoria, Centri di ricerca e innovazione, Industria ed Aziende Sanitarie creando le condizioni di condivisione, contaminazione e sviluppo di azioni integrate.

UN CENTRO CHE COINVOLVE TUTTI GLI ATTORI DELL'ECOSISTEMA SALUTE E CREA FORTI PARTNERSHIP



In ottica di internazionalizzazione, il VBHC Italian Center mette a sistema, inoltre, le collaborazioni internazionali avviate con:

- Hospital da Luz – Lisbona: un ospedale interamente orientato al valore con elevate performance patient-oriented, che dimostra la fattibilità della trasformazione organizzativa basata sul valore
- AQUAS - Catalunya: l'Agenzia di Qualità e Valutazione Sanitaria della Catalogna (già introdotta nelle pagine precedenti)
- Hospital Clinic e Vall d'Hebron University Hospital – Barcellona: due esempi virtuosi di applicazione del modello Value Based Healthcare a percorsi clinici

target in collaborazione con AQUAS.

Il Value Based Healthcare Italian Center si pone, quindi, come obiettivo quello di creare le condizioni culturali e sistemiche necessarie per l'implementazione di un modello di assistenza sanitaria basato sul valore nonché di mettere a sistema professionalità e strumenti per lo sviluppo di un modello tutto italiano di Value Based Healthcare.

Le attività del Value Based Healthcare Italian Center si articolano principalmente in due direttrici:

Sviluppo di una cultura orientata al valore

Attraverso iniziative di sensibilizzazione, formazione e condivisione di best practices, il centro mira a promuovere una cultura sanitaria che ponga il valore al centro delle decisioni cliniche e organizzative. A questo scopo organizza eventi dedicati, think tank, webinar, summit, hackaton e offre formazione manageriale con l'obiettivo di creare un cambiamento culturale all'interno del sistema sanitario, che abbracci pienamente i principi della Value Based Healthcare.

Applicazione pratica del modello Value Based Healthcare

Attraverso iniziative di sensibilizzazione, formazione e condivisione di best practices, il centro mira a promuovere una cultura sanitaria che ponga il valore al centro delle decisioni cliniche e organizzative. A questo scopo organizza eventi dedicati, think tank, webinar, summit, hackaton e offre formazione manageriale con l'obiettivo di creare un cambiamento culturale all'interno del sistema sanitario, che abbracci pienamente i principi della Value Based Healthcare.

PERCORSO DI
SVILUPPO DEL

***VBHC Italian
Model***

Le esperienze internazionali in tema di VBHC dimostrano che, nonostante le sfide, le opportunità di innovazione e miglioramento sono immense e possono portare a una rivoluzione del modo in cui viene erogata l'assistenza sanitaria. Tuttavia, la VBHC, con il suo nuovo insieme di pratiche volte a migliorare i risultati sanitari e l'efficienza, è un esempio tipico di innovazione manageriale e, in quanto tale, molto più complessa da implementare rispetto alle innovazioni tecniche o mediche, a causa dell'ambiguità concettuale e della dipendenza dal contesto. In tal senso, come suggerito anche dall'esperienza internazionale, l'adattabilità e il processo dinamico di implementazione sono più importanti della fedeltà al concetto originale⁸ ed è cruciale partire dalle peculiarità del singolo SSN per introdurre in modo specifico la centralità del paziente, la riorganizzazione dei modelli e l'integrazione dei dati.

È proprio l'esigenza di adattabilità e di contestualizzazione che alimenta lo spirito del presente lavoro e che ha visto i singoli attori del VBHC Italian Center fare squadra per pensare, immaginare e disegnare un nuovo modello per produrre Servizio e Salute.

Il presente contributo nel mettere a sistema lavori, testimonianze, esperienze, visioni e posizioni raccolte nei primi mesi di vita del *VBHC Italian Center*, ha come ambizione quella di definire in modo organico le direttrici principali e le tappe prioritarie per lo sviluppo di un modello VBHC sistemico, sostenibile e fortemente coerente con il contesto italiano di partenza.

Il Workshop Value Vision

Il lavoro del Center, in tal senso, ha avuto avvio con il Workshop «Value Vision» orientato a portare alla condivisione della comunità professionale del Center (esperti e attori dell'ecosistema Salute Italia), la personale visione circa lo sviluppo di un modello Value Based Italia in termini di direttrici principali, opportunità da sfruttare e ostacoli da rimuovere per poter garantire la creazione di un modello di assistenza sanitaria orientato alla generazione di valore.

I lavori del workshop e la valutazione dei coefficienti di "insistenza tematica", nonché la raccolta delle parole chiave espresse dalla Community del Center hanno consentito di cristallizzare tre principali direttrici sulle quali lavorare in modo imprescindibile per lo sviluppo di un modello Italia di VBHC:

- **MODELLI ORGANIZZATIVI, INTEGRAZIONE PERCORSI E DATI**
- **IL RUOLO DEL PAZIENTE**
- **VALUE PROCUREMENT E HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT**

⁸ Si veda: Colldén C., & Hellström A., 2018. Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation.

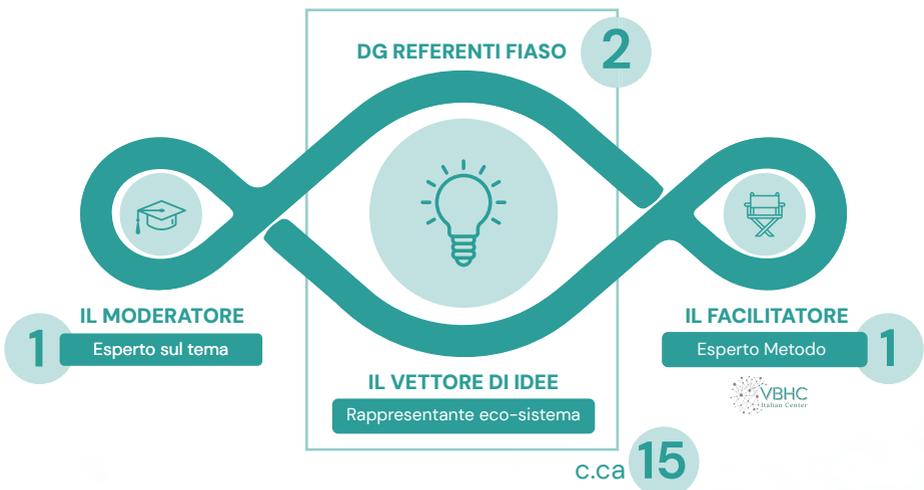
Il I Summit VBHC Italian Center

Il primo Summit *VBHC Italian Center*, tenutosi a Roma il 26 Settembre, oltre a rappresentare un momento unico ed estremamente prezioso di approfondimento della tematica su un duplice livello, istituzionale (grazie al confronto in tavola rotonda dei principali attori dell'ecosistema salute) ed operativo (grazie alla presentazione di una raccolta di esperienza sul campo), ha dato la possibilità di sviluppare tavoli di lavoro tecnici sulla singola direttrice tematica.

Esperti di settore nazionali ed internazionali, istituzioni, associazioni, direttori generali, clinici, accademici e rappresentanti del mondo dell'industria, del procurement e delle associazioni pazienti, si sono riuniti in tavole rotonde tematiche e sono stati guidati all'approfondimento della singola direttrice tematica e del suo impatto/confronto con il contesto di riferimento, analizzandone i gap e rilevando i vantaggi che lo stesso offre. Un contesto che si presenta a tratti pronto in termini di opportunità ed a tratti immaturo in termini di limiti e fragilità. Il lavoro ha consentito un confronto guidato, ha favorito la contaminazione e la lateralità di visione ed ha supportato la generazione di input al cambiamento culturale.

I protagonisti delle tavole rotonde

Ogni tavolo è costituito da diversi attori, ognuno con un ruolo specifico da giocare nella conduzione dei lavori.



Il metodo di lavoro

Per la conduzione e lo sviluppo dei lavori del tavolo è stato definito nell'ambito del Center un metodo ad hoc basato sull'*ATP thinking*.

L'acronimo ATP:

- si riferisce alle tre fasi distinte di sviluppo della Tavola Rotonda:



- rimanda all'ATP: il vettore energetico più importante nel nostro corpo ed idealmente del nostro Sistema Salute

Ogni fase del lavoro ha obiettivi e strumenti precisi.



Analisi e sviluppo delle direttrici tematiche del Vbhc Italian model

Le discussioni e le riflessioni maturate nell'ambito dei singoli tavoli tecnici hanno fornito la base per la stesura del presente documento. Un documento che intende compiere un primo passo nell'ambito del cammino di sviluppo del modello VBHC Italia,

attraverso la messa a sistema di una serie di riflessioni e spunti. Il documento ha l'ambizione di costituire una prima guida concreta, un'ipotesi di piano di azione da mettere in campo per affrontare in modo integrato e sistemico il passaggio a un modello di assistenza sanitaria orientato alla generazione di valore.

Il paper ripercorre l'inquadramento della singola direttrice tematica come asse per lo sviluppo del modello VBHC al fine di creare la massima armonia di sviluppo tra la stessa ed il contesto/scenario di riferimento.

Il paper ripercorre l'inquadramento della singola direttrice tematica come asse per lo sviluppo del modello VBHC al fine di creare la massima armonia di sviluppo tra la stessa ed il contesto/scenario di riferimento.

Modelli organizzativi, integrazione percorsi e dati

La massimizzazione del valore per il paziente attraverso il raggiungimento del miglior rapporto possibile tra risultato clinico ottimale e la spesa sostenuta per ottenerlo passa necessariamente attraverso scelte organizzative innovative e dirompenti.

Organizzazioni che lavorano, tra l'altro, sulla revisione dei processi in una logica di agilità e di massimizzazione del valore, sfruttando al meglio le potenzialità che l'integrazione tra Lean Healthcare Management e approccio VBHC possono offrire in termini di valore generato.

Dimensione trasversale, integrata e multidisciplinare

Parlare di modelli organizzativi VBHC significa discutere di come le organizzazioni sanitarie debbano essere ripensate e ristrutturate al fine di coordinare al meglio prestazioni e servizi ed ottimizzare la presa in carico del paziente, favorendo l'integrazione per assicurare la centralità dello stesso, la sua partecipazione attiva e la produzione di salute nei suoi confronti. Integrazione e coordinamento sono due tematiche che abbracciano l'organizzazione nella sua dimensione più estesa con riferimento ai diversi setting, alle persone e alle professionalità, ai dati e agli strumenti. Tutto ciò significa generare modelli che supportino la produzione di valore lungo il percorso di erogazione delle prestazioni di cura come risposta ad uno specifico bisogno di salute e che permettano di orientare l'agire verso risultati di salute che contano per i pazienti, abbandonando la dimensione di valore unicamente ancorata al volume di servizi prodotti.

Il primo dei 6 punti dell'Agenda di Porter è del resto quello di "organizzare l'assistenza sanitaria attorno a condizioni mediche specifiche (*Integrated Practice Units, IPUs*)".

⁹ Si veda: Porter M. E., & Lee T. H., 2013. *The strategy that will fix health care*.

Questo significa organizzare i servizi sanitari attorno a specifiche patologie, piuttosto che attorno a specialità o reparti tradizionali. Le IPU sono team multidisciplinari che gestiscono tutte le fasi del trattamento di una patologia specifica, dal primo contatto fino alla gestione a lungo termine, fornendo un'assistenza continua e integrata.

Soprattutto con riferimento ai percorsi di cronicità, la geometria dei diversi attori coinvolti richiede di andare ben oltre le mura di una singola azienda sanitaria, incoraggiando la collaborazione e l'integrazione tra i percorsi, tra diversi setting e tra i diversi attori del sistema sanitario, come strutture ospedaliere, strutture sanitarie territoriali, cure domiciliari, medicina generale, assicurazioni e pazienti, per garantire che le decisioni siano prese con un focus sul miglioramento degli esiti per i pazienti e sulla riduzione dei costi che non producono il valore sperato.

Un esempio di coraggio nell'intraprendere percorsi di trasformazione organizzativa VBHC è quello dell'Ospedale Universitario Karolinska di Stoccolma che ha progettato da zero un ospedale con un'impostazione innovativa, che favorisse la centralità del paziente, ribaltando i modelli tradizionali fondati sulle specialità in favore di una nuova organizzazione per temi. L'unità fondamentale di questo modello è il flusso, individuato sulla base della singola patologia, con un corrispettivo manageriale: un patient flow captain (PFC) per ogni flusso. L'organizzazione "orizzontale" per temi e flussi si interseca, in un sistema a matrice, con cinque funzioni "verticali", che incanalano il percorso del paziente, ragionando non più per specialità ma per patologia. L'organizzazione per temi permette di spostare l'enfasi sui bisogni clinici generali degli utenti.

Per rispondere all'esigenza di garantire una valutazione e intervento multidisciplinare dedicato, viene assegnato ad ogni flusso un proprio team: *il patient flow management team* dove nel flusso non rientra solo il processo clinico, ma anche la responsabilità economica¹⁰.

Alleanza allargata

Modelli organizzativi che fondandosi sulla centralità del paziente, lavorano per la revisione del suo ruolo, non più "passivo" e si fondano su una rinnovata dimensione dei rapporti, caratterizzata da partnership ed alleanze "allargate" secondo una dimensione multi-attore: medici, operatori sanitari, pazienti e loro familiari.

Centralità del paziente e risposta coordinata ed integrata ai suoi bisogni passa per modelli organizzativi che prevedono la creazione di team-multidisciplinari che lavorano insieme per gestire l'intero percorso di cura di una patologia, ottimizzando i processi e migliorando la qualità dell'assistenza.

Ulteriori alleanze e partnership possono essere giocate anche a livello di eco-sistema. Le aziende sanitarie, da sole, spesso non dispongono di competenze e risorse

¹⁰ Si veda: Lega F., Cavazzana L., Magnoni P., 2020. *Il modello di value-based healthcare del Nya Karolinska Solna*.

sufficienti per innovare in modo efficace. Per questo motivo, è essenziale instaurare una collaborazione con l'industria, che non si deve intendere come un'esternalizzazione dell'innovazione, ma come un partenariato strategico. Le industrie possono fornire supporto e orientamento, aiutando le aziende sanitarie a individuare le priorità che realmente generano valore.

Misurazione: fruibilità ed integrazione dei dati

La misurazione rappresenta un ulteriore aspetto chiave. È fondamentale che l'*outcome* o lo stesso valore percepito dal paziente venga misurato in modo efficace, agile e chiaro, evitando un approccio di complessità fine a sé stessa e chiarendo sin da subito quali sono le finalità della misurazione.

Per generare un meccanismo di promozione del valore creato, attraverso una efficace misurazione dello stesso, diventa altrettanto prioritario un altro genere di integrazione, quella relativa ai dati. Si tratta di flussi informativi e di dati clinici e amministrativi relativi all'intero percorso di cura e a tutti i setting in cui il paziente è preso in carico. Evidentemente, fruibilità e integrazione dei dati relativi al singolo paziente sono fattori critici di successo per il monitoraggio e per la valutazione dei risultati ottenuti lungo l'intero ciclo di cura in termini di salute e benessere, nonché di costi sostenuti per la loro produzione calcolati, associando a ogni fase del percorso, il tempo e le risorse direttamente e indirettamente dedicati.

La digitalizzazione dei dati sanitari, l'uso di piattaforme di analisi solide e avanzate, nonché l'innovazione digitale, utile a garantire la condivisione di informazioni, permettono una visione olistica del percorso di cura, facilitando decisioni cliniche basate su dati concreti tempestivamente fruibili e facilmente reperibili.

Sebbene oggi si parli molto di intelligenza artificiale, la realtà è che mancano anche dati solide e affidabili per l'espressione del potenziale di questo innovativo strumento. La scelta delle progettualità dovrebbe essere guidata dal patrimonio informativo già disponibile. In assenza di questo, è necessario lavorare per creare sistemi informativi incentrati sul valore (Value Based Information Systems), capaci di supportare il processo decisionale.

L'analisi dei dati non solo è alla base della misurazione ma può guidare in modo razionale la progettazione di percorsi di cura nonché promuovere il confronto ed il benchmarking su performance di valore conseguite sullo stesso percorso di cura.

Sebbene i dati e le tecnologie siano disponibili, spesso rimangono sottoutilizzati. È imperativo creare team capaci di raccogliere dati e, in seguito, fornire il supporto necessario per la loro interpretazione. Senza ciò, diventa difficile concepire modelli migliorativi per il sistema sanitario.

A livello internazionale, diverse istituzioni hanno adottato metodi innovativi per

integrare i modelli organizzativi e i dati nella VBHC. In paesi come la Svezia, l'integrazione dei dati ha permesso la creazione di registri nazionali di salute che tracciano i risultati dei pazienti su vasta scala, fornendo insight preziosi per il miglioramento continuo delle pratiche cliniche. Ad esempio, il NHS del Regno Unito ha implementato il programma 'My Care Record', che consente l'integrazione dei dati sanitari tra diversi servizi, migliorando la continuità delle cure e la personalizzazione dei trattamenti. Questi metodi richiedono un cambiamento culturale e organizzativo, ma offrono l'opportunità di trasformare radicalmente l'assistenza sanitaria.

Cambiamento people driven

Andando oltre la dimensione strategica, la fase esecutiva è evidentemente guidata e, se vogliamo, anche influenzata dalle persone che sono parte attiva del cambiamento e della trasformazione organizzativa.

Con riferimento alla dimensione immateriale, parliamo di persone, motore e linfa di ogni processo di cambiamento. La dimensione umana nello sviluppo dei modelli VBHC si riferisce all'insieme delle persone che a vario titolo acquisiscono una posizione attiva nello stesso. Parliamo di leader, ovvero coloro che guidano il cambiamento, dalle direzioni strategiche fino agli altri livelli organizzativi, persone chiave in grado di far sì, attraverso una reale leadership, che i semi di sviluppo dei modelli Value germoglino in modo esteso all'interno dell'organizzazione e si sostengano nel tempo autonomamente. Tra i leader del percorso di cambiamento un ruolo centrale è giocato dal Direttore Generale per la capacità di avere una visione globale della propria realtà, seppur di alto livello, ma anche e soprattutto per la possibilità di confrontarsi con realtà esterne all'azienda e tradurre il benchmarking nell'adozione di nuovi modelli organizzativi e/o buone pratiche esistenti in contesti simili. Il suo compito è condurre un'analisi complessiva del sistema aziendale, in termini sì di sostenibilità economica, ma anche dell'utilizzo efficiente delle risorse disponibili.

Accanto ai leader possiamo rintracciare i professionisti, sia clinici che amministrativi, che svolgono un ruolo centrale nel processo di sviluppo e che trasferiscono nel loro operato quotidiano principi e strumenti VBHC e ovviamente i pazienti, intesi oltre il concetto tradizionale di "paziente", estendendo l'attenzione anche al "cittadino" o alla "persona" potenziale utente di iniziative di valore. La partecipazione attiva dei pazienti, l'espressione concreta delle proprie aspettative/soddisfazioni in termini di salute e valore atteso, diventano i key tools per far convergere il bisogno effettivo con le azioni chiave che dovrebbero guidare un cambiamento.

A livello di estrema sintesi, un modello organizzativo orientato alla VBHC:

- è caratterizzato da un approccio organizzativo e gestionale basato su

trasversalità, integrazione e multidisciplinarietà dei percorsi di cura creando forti alleanze tra professionisti e pazienti e tra aziende sanitarie e principali attori dell'ecosistema salute

- riesce a misurare i risultati conseguiti in termini di valore prodotto e costi sostenuti per l'intero percorso di cura del paziente con dati fruibili ed integrati, grazie alla presenza di sistemi informativi avanzati in grado di tracciare dati clinici e amministrativi riferiti a tutti i setting, promuovendo il benchmarking su performance di valore conseguite a parità di bisogni e percorso
- alimenta i percorsi di cambiamento ponendo al centro degli stessi le persone, tra cui anche il paziente/cittadino.

Con il contributo di:

Marsilio Marta, Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano e Presidente IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
Colombo Eva, Direttore Generale ASL Vercelli

Il ruolo del paziente

Nel contesto della Value Based Healthcare, il coinvolgimento dei pazienti emerge come un elemento fondamentale per la realizzazione di un sistema sanitario che mira a massimizzare il valore delle cure. Questo approccio si concentra non solo sull'efficacia clinica ma anche sulla personalizzazione del percorso di cura, ascoltando e integrando le esperienze e la visione dei pazienti stessi.

Patient engagement

La partecipazione attiva dei pazienti si traduce in una serie di benefici tangibili: dall'aumento della loro soddisfazione ed aderenza alle terapie, fino al miglioramento degli esiti clinici e alla riduzione dei costi complessivi. Metodi come il "Patient Empowerment"¹¹ e la creazione di percorsi di cura personalizzati sono esempi concreti di come il coinvolgimento possa essere attuato, permettendo ai pazienti di assumere un ruolo più attivo e informato nelle decisioni che riguardano la loro salute, nonché, quindi, alle cure di essere più efficaci.

A conferma di questo, la letteratura esistente evidenzia come un maggiore coinvolgimento dei pazienti possa portare a una gestione più efficace delle malattie croniche e a una riduzione delle visite ospedaliere non necessarie, sottolineando l'importanza di strategie di coinvolgimento ben strutturate.

Inoltre, una ricerca pubblicata sul "Journal of the American Medical Association" (JAMA) ha evidenziato come i programmi di coinvolgimento dei pazienti possano

¹¹ Si veda: Wallerstein N., 2006. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*.

migliorare gli esiti clinici e ridurre i costi sanitari¹². Questi studi forniscono prove concrete che il coinvolgimento dei pazienti non solo migliora la qualità delle cure ma può anche contribuire a un sistema sanitario più efficiente e sostenibile.

Inoltre, nel contesto internazionale sono molte le iniziative in chiave VBHC in cui il coinvolgimento del paziente gioca un ruolo fondamentale: ad esempio, il NHS del Regno Unito, ha adottato il framework VBHC per migliorare la qualità delle cure fornite ai pazienti, introducendo il programma “Patient Reported Outcome Measures” (PROMs), che raccoglie i feedback dei pazienti sulle loro condizioni di salute prima e dopo interventi chirurgici in elezione¹³. Questo permette di valutare l’impatto degli interventi sanitari dal punto di vista del paziente, orientando così le decisioni cliniche e le politiche sanitarie verso risultati che contano davvero per i pazienti.

Un altro esempio che testimonia l’importanza e la validità del ruolo del paziente, al di là delle caratteristiche e peculiarità del SSN in cui è inserito, viene dagli Stati Uniti, dove il Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ha promosso il modello VBHC attraverso il suo programma “Value-Based Purchasing”, che incentiva gli ospedali a migliorare la qualità delle cure offrendo incentivi finanziari basati sulla performance¹⁴. Questo programma si concentra su misure di qualità come la sicurezza del paziente, l’efficacia clinica e la soddisfazione del paziente stesso, spingendo gli ospedali a coinvolgere attivamente i pazienti nel processo di cura.

Iniziative di questo tipo dimostrano l’importanza di un approccio sanitario che valorizza il coinvolgimento dei pazienti, riconoscendo che la loro esperienza e il loro feedback sono essenziali per costruire un sistema sanitario che fornisca cure di alto valore.

In Italia, anche a livello locale, regionale e interregionale, si stanno affermando iniziative che integrano i principi della Value Based Healthcare (VBHC) con un forte coinvolgimento dei pazienti. Un esempio rilevante è rappresentato dall’Osservatorio PROMs e PREMs, coordinato scientificamente dalla Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa e al quale partecipano diversi sistemi sanitari regionali e organizzazioni sanitarie. Questo Osservatorio raccoglie le misure riferite direttamente dai pazienti sugli esiti (PROMs) e sulla loro esperienza con i servizi (PREMs) per valutare e migliorare l’impatto delle cure con un approccio solidaristico e population-based, fornendo indicazioni preziose per orientare le decisioni cliniche e le politiche sanitarie verso aspetti significativi per i pazienti.

Tuttavia, questo processo non è esente da sfide. Innanzitutto, esiste una sfida culturale, ovvero modificare la percezione tradizionale del paziente come mero ricevente di cure per accogliere un ruolo più attivo e partecipativo: questo cambio di mentalità richiede tempo ed impegno sia da parte dei professionisti sanitari che dei pazienti stessi e richiede che i pazienti vengano informati in modo adeguato¹⁵ sulle loro condizioni e sulle opzioni di trattamento disponibili. Questo richiede la creazione di

¹² Si veda: Michalowsky B., Blotenberg I., Platen M., et al., 2024. *Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial.*

¹³ Si veda: NHS England, 2018. *The national Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme*

¹⁴ Si veda: Burwell S. M., 2015. *Setting value-based payment goals—HHS efforts to improve US health care*

¹⁵ Si veda: Coulter A., Entwistle V., & Gilbert D., 1999. *Sharing decisions with patients: is the information good enough?.*

materiali educativi accessibili e la realizzazione di programmi di formazione che possano aumentare la loro alfabetizzazione sanitaria e che supportino il superamento delle barriere linguistiche. Infatti, la complessità del linguaggio medico e le differenze nel livello di comprensione possono rendere difficile per i pazienti partecipare attivamente alle decisioni riguardanti la loro salute.

Sul piano pratico, il coinvolgimento dei pazienti passa anche da valutazioni di accessibilità e usabilità delle tecnologie esistenti, che risultano di supporto ma in parte anche una sfida esse stesse. È opportuno considerare:

- il compromesso necessario tra l'incremento dell'età media della popolazione
- la conseguente necessità di strumenti semplici, integrati e facilmente utilizzabili
- la complessità della misurazione degli esiti dal punto di vista dei pazienti (in termini di definizione e quantificazione di ciò che è per loro importante, e quindi strettamente legato alle loro esperienze e aspettative)
- la garanzia di trattamento dei dati in totale protezione e rispetto della privacy
- l'equità e la sostenibilità di tale coinvolgimento

Per tutto ciò diventa essenziale che tutti i pazienti abbiano la possibilità di essere coinvolti nel loro percorso di cura, indipendentemente dal loro background socio-economico e che, allo stesso tempo, i modelli di coinvolgimento devono essere sostenibili e facilmente integrabili nelle routine quotidiane delle strutture sanitarie.

Superare queste sfide richiede un impegno collettivo e una continua valutazione delle strategie di coinvolgimento dei pazienti, per assicurare che la VBHC possa realmente centrare il sistema sanitario sul paziente, migliorando la qualità delle cure e l'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso.

Perché possa emergere quel che davvero conta per i pazienti in ottica VBHC sembra indispensabile un cambiamento culturale che permetta alle varie istanze di dialogare intorno al concetto di valore a livello di azienda, regione, sistema salute Italia.

Value co-production

Il paziente riveste un ruolo fondamentale nell'identificazione, nella misurazione e nella creazione del valore, grazie all'individuazione degli elementi sui quali agire per modificare i processi, gli esiti, le esperienze, frutto della collaborazione con persone ed utenti che permette di generare innovazione. La stessa nozione di valore richiede che venga esaminata sotto più aspetti: nella sua accezione personale, ovvero che tiene conto dei bisogni, preferenze e valori dei pazienti; come Societal Value, ovvero il valore creato che impatta positivamente come esternalità positiva; come Social Value¹⁶ in connessione con la Population Medicine, per evidenziare il valore che si crea quando attiviamo le comunità. Si tratta di un filone di ricerca recente che studia la co-production che si genera quando vengono attivati gli individui che agiscono "al

¹⁶ Si veda: Pennucci F., De Rosis S., Murante A.M., Nuti S., 2022. *Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: redesigning the role of professionals and people. Behavioural Public Policy.*

posto di”, con il trasferimento di potere e di ruolo che ne consegue e che può impattare in modo significativo nel re-design dei percorsi di cura. Ne deriva l’importanza di ampliare la platea dei potenziali contribuenti alla definizione del valore: il paziente, la persona, l’utente, il caregiver, ma anche e soprattutto la comunità di appartenenza. E’ inoltre indispensabile rivedere l’efficacia e l’impatto delle Associazioni di pazienti nelle Aziende Sanitarie. La collaborazione con le Associazioni di pazienti è prevista a livello di sistema nei Comitati di Partecipazione ma bisogna osare di più e coinvolgerle attivamente nel livello decisionale, così che possano incidere sia a livello aziendale che regionale.

Esistono esperienze di Community Building su processi mappati in modo multidisciplinare e che possono portare alla costruzione di PDTA condivisi da tutti gli stakeholders, compresa la medicina generale e la partecipazione attiva di reti di pazienti.

Micro-meso-macro Value Co-production

Tali livelli di attività focalizzati sull’importanza del coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura che lo riguarda hanno il potere di incidere sulla cultura organizzativa e favorire il passaggio da iniziative spot ad azioni di sistema.

A livello Micro il focus è sulla relazione operatore sanitario-paziente, e richiede di coniugare abilità comunicative e di ascolto attivo bidirezionale, livelli di health literacy e visione patient-centered nel percorso di cura offerto al singolo individuo.

A livello Meso si evidenzia l’importanza dei modelli organizzativi, la loro flessibilità o rigidità in ottica VBHC, l’importanza trasversale delle attività di coordinamento ed integrazione delle cure per attuare una visione d’insieme, l’Interoperabilità delle piattaforme digitali per l’integrazione dei dati e le modalità di training ed educazione rivolte ai professionisti. In particolare, quest’ultimo asset si rivela strategico nell’espone fin dall’inizio i professionisti a queste tematiche, promuovendo un mindset favorevole al concetto di valore integrato, grazie al ruolo attivo del paziente nel definirlo, così come nell’utilizzo di strumenti quantitativi longitudinali quali sono i PREMs e i PROMs. In tal senso un’esperienza positiva e costruttiva è rappresentata dal corso di Scienze Infermieristiche presso l’Università di Pisa – Scuola Superiore Sant’Anna, all’interno del quale è stato inserito un corso di formazione manageriale con focus sulla produzione del valore in sanità in ottica patient-centered.

A livello Macro emerge la responsabilità decisionale nell’utilizzo delle risorse e l’impatto che tale responsabilità genera nella creazione del valore/esperienze per la popolazione. Ne deriva la necessità di domandarsi come usare PROMs e PREMs nell’ottica di un benchmarking costruttivo a livello di sistema, operando in modo preliminare nello sviluppare consapevolezza circa la ricaduta positiva che può

generarsi dal confronto sugli esiti dei percorsi sanitari. Si tratta a ragion veduta di una sfida enorme perché è richiesta alla base una forte motivazione e volontà al confronto su tali aspetti, così come nella valutazione di quale ruolo può assumere nelle cure una parte della comunità in termini di co-production dell'innovazione di processo.

Health Literacy

“L’alfabetizzazione alla salute comprende le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute” (Health Promotion Glossary© World Health Organization 1998, Traduzione a cura di DoRS). La possibilità che i pazienti/persone/utenti/caregiver/comunità possano davvero contribuire al miglioramento dei percorsi sanitari in ottica VBHC passa necessariamente dallo sviluppare abilità di comprensione e capacità di espressione che permettano di attuare azioni volte a migliorare la propria salute, a cambiare comportamenti personali, ad influenzare la comunità di appartenenza attraverso azioni sociali capaci di promuovere fattivamente il raggiungimento di uno stato di salute, e non semplicemente di assenza di malattia. Da qui l’importanza di attivare azioni che misurino e migliorino il livello di health literacy in tutti gli strati della popolazione ma soprattutto nei pazienti, perché possano generarsi azioni di partecipazione attiva e consapevole. Diventa quindi centrale dedicare grande attenzione ad una comunicazione istituzionale che oltre ad essere informativa e positiva deve soprattutto essere bidirezionale: un’azienda sanitaria che parla al cittadino e con il cittadino, in ascolto per comprendere dove agire per migliorare i servizi erogati.

VBHC & patient-centered care

La sfida del miglioramento e standardizzazione dei processi attraverso il coinvolgimento dei pazienti (nel dare visibilità agli esiti ed esperienze che fanno la differenza) passa anche dal definire come bilanciare tale spinta con la necessaria personalizzazione delle cure. Infatti, nel paradigma della VBHC la patient-centered care è uno dei pilastri delle cure di alta qualità, ma complessa da applicare concretamente in modo standardizzato. Parlare di centralità della persona permetterebbe inoltre di ampliare i setting di intervento e meglio definire il suo ruolo nel creare valore. Si tratta di attuare uno shift potente e radicale dall’assumere azioni unilaterali di miglioramento dei percorsi sanitari e di promozione della salute per le persone ad agire con loro nell’individuare come il valore si forma nei flussi di attività del patient journey tenendo conto delle molteplici variabili a livello clinico, funzionale,

esperienziale, culturale e valoriale.

Con il contributo di:

De Rosis Sabina, Assistant Professor of Management, Scuola Superiore Sant'Anna
Natalini Nicoletta, Direttore Generale AST Ascoli Piceno

Value Procurement e HTA

Nel mondo degli acquisti, il value procurement emerge come una filosofia che trascende la semplice ricerca del minor costo. È un approccio olistico che valuta ogni aspetto di un prodotto o servizio, dalla sua creazione fino al termine del suo utilizzo.

La sua prima concettualizzazione fu introdotta da Michael Porter nel 2010, che ne identificò il principio fondante nell'acquisto di servizi e tecnologie sanitarie che siano in grado di generare il massimo esito clinico in rapporto al denaro speso¹⁷. Il VBP (Value Based Procurement) è spesso associato, nelle esperienze pratiche all'HTA (Health Technology Assessment), un processo multidisciplinare che sintetizza informazioni riguardanti le implicazioni mediche, sociali, economiche ed etiche legate all'uso di una tecnologia sanitaria in un contesto sistematico, trasparente, imparziale e robusto. Questo processo include l'analisi delle evidenze cliniche, dei costi e degli impatti organizzativi e sociali delle tecnologie sanitarie. L'Health Technology Assessment è, quindi, strettamente correlato al Value Procurement nel settore sanitario, in quanto svolge un ruolo fondamentale nel fornire una base informativa solida per le decisioni di acquisto: attraverso l'HTA, le organizzazioni sanitarie possono identificare dispositivi medici e tecnologie che offrono il miglior rapporto qualità-prezzo, tenendo conto non solo dei costi iniziali, ma anche dei benefici a lungo termine per i pazienti e per il sistema sanitario nel suo complesso.

A partire dalla concettualizzazione di Valore di Porter, oggi sono numerose le esperienze europee ed anche italiane che applicano la metodologia del VBP. Il passaggio dalla teoria alla pratica si ebbe a partire dal 2020¹⁸ in ambito di acquisizione delle innovazioni farmaceutiche e vide come primi paesi protagonisti il Canada¹⁹ e, successivamente, i Paesi Bassi, allargando il campo di applicazione in una crescente varietà di ambiti (quali la chirurgia della cataratta, la chirurgia del tumore al seno, assistenza materna e neonatale, depressione e ansia, abuso di sostanze²⁰). Le progettualità si sono successivamente estese dai farmaci alla diagnostica, ai test in vitro e ai Dispositivi Medici (DM) e chirurgici^{21,22}.

In Italia, il concetto di valore inteso come obiettivo di massimizzazione dei benefici per i pazienti e per il sistema sanitario nel suo complesso, in grado di fornire un contributo

¹⁷ Si veda: Porter M. E., 2010. *What is value in health care?*

¹⁸ Si veda: Pennestri F., Lippi G., & Banfi G., 2019. *Pay less and spend more—the real value in healthcare procurement*

¹⁹ Si veda: Prada G., 2016. *Value-based procurement: Canada's healthcare imperative.*

²⁰ Si veda: Dohmen P. J., & van Raaij E. M., 2019. *A new approach to preferred provider selection in health care.*

²¹ Si veda: National Institute for Health and Care Excellence, 2016. *Controlled drugs: safe use and management.*

²² Si veda: Sampietro Colom L., & Restovic G., 2018. *MEAT pilot test at Hospital Clinic Barcelona: Final revision.*

significativo di ogni euro speso al miglioramento della salute dei cittadini, fu introdotto con il Patto della Salute 2014–2016²³, da cui sono derivate negli anni successivi la definizione e poi l'implementazione del Programma Nazionale di HTA dei dispositivi medici²⁴. Un'esperienza approfondita di VBP nel panorama italiano è stata sviluppata dalla Centrale Acquisti Estar della Regione Toscana, che, relativamente ad alcuni DM nell'ambito primariamente dell'aritmologia, ha applicato una metodologia VBP. Dopo alcune sperimentazioni portate avanti da ESTAR, che hanno dimostrato come lo sforzo di andare a verificare cosa accade davvero sul paziente che utilizza un determinato dispositivo, ovvero il monitoraggio reale dell'esito clinico, riduca la discrezionalità di valutazione dei tecnici in favore di parametri oggettivi²⁵. La Regione Toscana ha adottato per prima in Italia due delibere^{26,27}, che rendono la Value Based un approccio consolidato per l'acquisto dei dispositivi medici, al fine di coniugare procurement strategico e valore per la salute dei pazienti.

Quali sono i concetti e le tematiche alla base del modello del Value Based Procurement?

Transizione culturale

Per passare da una logica di acquisto basata esclusivamente sui costi, ad una basata sulla valutazione degli esiti di salute che un prodotto/servizio è in grado di offrire, è necessario effettuare un importante shift culturale che investa tutti gli stakeholders coinvolti nella filiera di acquisto. Le strutture attuali sono ancora vincolate a procedure ingessate burocraticamente, che creano congestionamenti nella gestione dell'accesso alle gare e alla loro strutturazione; le stesse società scientifiche non hanno ancora definito linee guida in linea con i principi value, inteso non solo come sinonimo di riduzione dei costi ma considerando tutte le variabili che contribuiscono ad una maggiore qualità dell'outcome. Risulta quindi fondamentale maturare una visione innovativa che vada oltre la centralità della procedura di gara, che si basi su caratteristiche fondamentali quali la collaborazione tra gli stakeholders del processo quali centrali di acquisto, fornitori e regioni per la condivisione delle informazioni, il coinvolgimento del paziente e la formazione dei team operativi per supportarli nelle analisi di valore.

²³ Si veda: Conferenza Stato-Regioni, 2014. *Patto per la salute per gli anni 2014–2016: Articolo 9, comma 2 dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014.*

²⁴ Si veda: Ministero della Salute, 2023. *Decreto 9 giugno 2023: Adozione del programma nazionale di HTA.*

²⁵ Si veda: Monica P., 2023. *Programma di Value-Based Procurement per i neurostimolatori ad alta frequenza nella neuropatia diabetica – Regione Toscana*

²⁶ Si veda: Regione Toscana. Delibera n.1093 /2019 – *Raccomandazioni per la stesura dei capitolati di gara per l'acquisizione di dispositivi medici.*

²⁷ Si veda: Regione Toscana. Delibera n.1038/2021 – *Linee di indirizzo regionali su Procurement Value-Based di dispositivi medici di uso consolidato.*

Gare di valore: la cassetta degli attrezzi

Partendo dall'analisi della letteratura e attraverso la definizione di value procurement è utile porre l'attenzione sugli strumenti e le differenti modalità di acquisto per individuare i prodotti ed i servizi in grado di fornire la miglior assistenza, ad un costo accessibile e basata sulla valutazione degli esiti. Oltre al già citato *HTA*, che attraverso un processo sistematico aiuta i decisori a determinare quali tecnologie dovrebbero essere adottate ed integrate nei sistemi sanitari, un altro strumento sul quale viene posta l'attenzione è il *Bundle Payment*. Michael E. Porter, nell'elaborazione della sua agenda per il *Value Based Healthcare*, ha incluso il concetto di *bundled payment* (BP) come uno dei suoi elementi chiave, definendolo come la miglior modalità di finanziamento per un'assistenza di valore. A differenza dei principali modelli di finanziamento, i BP vengono definiti sui bisogni specifici dei pazienti, su un intero ciclo di cura per patologie acute o su un'assistenza complessiva per un determinato periodo di tempo per una patologia cronica, prevedendo degli incentivi qualora si raggiungano risultati di salute oltre le aspettative prefissate²⁸. Da qui l'importanza di definire, a livello contrattuale, dei *key performance indicator* (KPI) specifici strutturati in una parte fissa ed una variabile in relazione al raggiungimento di specifici obiettivi secondo, ad esempio, tematiche di *Health Technology Assessment*, ed implementando un sistema di monitoraggio che, per l'intero ciclo di vita contrattuale, sia in grado di giustificare riconoscimenti aggiuntivi o penalizzazioni in base al soddisfacimento o meno degli obiettivi. Proprio per quest'ultimo punto i modelli di pagamento 'raggruppati' vengono considerati da Porter migliori rispetto a quelli pro-capite, in quanto incentivano la competizione tra fornitori di servizi per creare valore per i pazienti, migliorando quindi la qualità delle cure e riducendo i costi²⁹. Un punto di riflessione per l'intera filiera del procurement è la possibile combinazione di questi due 'strumenti', con l'obiettivo di portare a decisioni più informate e basate su prove riguardo l'adozione di nuove tecnologie e relative gestione delle cure. Per creare 'gare di valore' è necessario un nuovo approccio che si basi sulle seguenti condizioni:

- **Collaborazioni Pubblico – Privato:** le istituzioni sanitarie devono confrontarsi con le aziende private per sviluppare, ad esempio, pacchetti di servizi basati sull'*HTA* e finanziati tramite *bundle payments*
- **Sistemi di Feedback:** implementazione di sistemi di feedback continui in cui i dati raccolti dalle esperienze dei pazienti possano essere incrociati con le valutazioni *HTA*
- **Coinvolgimento dei pazienti:** coinvolgere i pazienti all'interno del processo decisionale
- **Formazione degli operatori:** necessità di competenze specialistiche affinate, così

²⁸ Si veda: VIHTALI Università Cattolica del Sacro Cuore, 2018. *The Value Agenda for Italy*.

²⁹ Si veda: Kaplan R. S., 2016. *The case for bundled payments in health care*.

- da poter governare i processi clinici, l'appropriatezza e la sostenibilità economica
- **Politiche e regolamenti:** collaborare con le istituzioni per sviluppare linee guida e regolamenti che supportino l'integrazione del value procurement (le società scientifiche non definiscono ancora linee guida in linea con i principi di valore).

In definitiva, deve essere prevista una totale trasparenza tra i portatori di interesse riguardo alle aspettative e ai possibili benefici per tutte le persone con patologia, una scelta di misure e metriche che guidino la selezione e misurino il raggiungimento degli obiettivi generali di ciascun programma, la selezione dei fornitori in base a prove oggettive e misurabili di performance, e non sul prezzo o costi inferiori, e una più alta responsabilità di quest'ultimi rispetto al risultato finale dell'incarico. Come conseguenza di questo nuovo approccio, si ha che le decisioni prese in fase di valutazione del prodotto si basano sul concetto che, sebbene un prodotto possa essere più costoso, un ciclo di vita più duraturo a costi inferiori generalmente giustifica un maggior investimento iniziale^{30,31}.

Pazienti come active partners

È ormai chiaro quanto sia fondamentale perseguire gli obiettivi emersi dalla voce del paziente, infatti i feedback diretti sulle tecnologie e sui trattamenti adottati aiutano a orientare le decisioni di acquisto ed il coinvolgimento degli stessi assicura che le soluzioni adottate rispondano alle reali esigenze dei pazienti e migliorino la loro esperienza complessiva. Ma a quale livello deve essere coinvolto il paziente e come è possibile massimizzare il supporto all'interno del *value procurement*? La domanda in questione apre una parentesi sulla rilevanza del punto di vista del paziente e del suo ruolo attivo nella filiera per il raggiungimento di un sistema sostenibile. Si tratta di mettere a terra un sistema di ingaggio che parta dall'identificazione del paziente "tipo", ovvero colui che rappresenti fedelmente, con la sua esperienza diretta, la voce della sua categoria per poi sviluppare, sui pazienti selezionati, programmi di formazione e educazione sugli scopi del loro ingaggio e sul ruolo che avranno all'interno dell'intero percorso.

Va tuttavia sottolineato che tutte le iniziative VBHC procurement non sono prive di difficoltà e sfide. Infatti, è facile incontrare, soprattutto inizialmente, resistenze da parte sia del mondo delle imprese che dei colleghi tecnici, che sono chiamati a collaborare con partnership tra pubblico e privato, per la co-progettazione e la co-gestione di meccanismi di acquisto basati sull'evidenza e sull'identificazione degli esiti clinici da misurare, e quindi a introdurre anche un profondo know-how e volontà di collaborare nel tempo con un'ottica diversa di rischio e responsabilità condivisi. Inoltre, procedure simili risultano molto complesse e non possono, quindi, essere usate in qualsiasi tipo di transazione di acquisto, ma solo su prodotti o servizi specifici.

³⁰ Si veda: Mvere D., & Bond K. (Eds.), 2002. The blood cold chain: guide to the selection and procurement of equipment and accessories.

³¹ Si veda: Pennestri F., Lippi G., & Banfi G., 2019. Pay less and spend more—the real value in healthcare procurement.

Tuttavia, una procedura di acquisto basata sugli esiti clinici rappresenta un'opportunità per il SSN perché genera salute ed al contempo sostenibilità ed apre un dialogo basato sulla fiducia e sulla condivisione di obiettivi comuni con i fornitori. Questo non solo migliora la qualità dei prodotti e servizi, ma incoraggia anche l'innovazione, portando a soluzioni che possono trasformare l'intero settore.

Con il contributo di:

Amatucci Fabio, Affiliato Professor of Business Government Relations, SDA Bocconi School of Management

Caltagirone Alessandro Maria, Direttore Generale ASP Siracusa

Marchesi Cristina, Direttore Generale AUSL Reggio Emilia

Fotografia del livello di maturità del contesto tra limiti, fragilità e opportunità

Nel tentativo di tracciare la strada più efficace per lo sviluppo di modelli organizzativi VBHC, le cui caratteristiche sono state precedentemente tracciate, diventa prioritario domandarci come e quanto il contesto di riferimento sia ad oggi pronto nell'affrontare questa sfida.

La presente sezione, che ripercorre il lavoro svolto durante il Summit nelle tavole rotonde tematiche attraverso il metodo ATP, è dedicata a fotografare lo stato di maturità e di recettività del contesto Italia. Una disamina che intende da un lato fotografare limiti e fragilità del framework di riferimento e dall'altro far emergere le opportunità che lo stesso offre in questo particolare momento storico. L'analisi verrà trattata secondo tre principali ambiti di analisi: Cultura e Competenze, Modelli e Strumenti e Regole.

Cultura e competenze

L'introduzione di modelli innovativi in Sanità così come in qualsiasi altro contesto non è un percorso facile; il supporto e la spinta necessaria per affrontare tale tipo di cambiamento non possono coincidere unicamente con l'introduzione di nuove norme o strumenti, ma risiedono in un indispensabile **cambiamento culturale**. Il cambiamento culturale, a sua volta, non può tradursi in una semplice ricetta fatta di nozioni e tecniche, ma passa attraverso la profonda interiorizzazione di nuovi valori e principi e si traduce nel modo di interpretare ed attuare le strategie ed il cambiamento in atto e nel modo in cui quei valori entrano nel quotidiano. Si tratta di un rinnovato

grado di abbattere le tipiche barriere di resistenza al cambiamento che rappresentano un forte limite alla trasformazione richiesta con urgenza.

Anche l'introduzione di nuovi modelli organizzativi VBHC risente della classica resistenza al cambiamento, sia generazionale che culturale, affiancata alla difficoltà di "staccarsi" dalla routine quotidiana per fare un passo avanti verso l'innovazione, e di abbandonare la diffusa mentalità del "si è sempre fatto così". Tale incapacità di andare oltre i confini della propria comfort zone quotidiana, è spesso dovuta ad una generale sfiducia nel sistema che rende ulteriormente difficile superare lo stato attuale delle cose e l'adozione di nuovi approcci.

Il vero passo in avanti, utile al superamento di tali barriere, risiede nel cambiamento profondo della mentalità e della cultura personale ed aziendale, che si concretizza nel pensare e realizzare un modello organizzativo orientato alla produzione di valore percepito dal paziente, guidato da decisioni data-driven e basato su percorsi di cura caratterizzati da efficienza ed efficacia.

L'attuale fragilità della cultura VBHC è l'effetto di:

- un sistema regolamentativo tradizionalmente orientato a parametri diversi dal valore per il paziente
- modelli tradizionalmente organizzati per "silos" specialistici
- un'offerta formativa non ancora attualizzata ai nuovi modelli di Sanità orientati al valore
- una mancanza di formazione in termini di leadership e "soft skills".

Il gap culturale è rilevabile non solo tra professionisti ed operatori ma anche tra i pazienti e relativi caregiver, e a livello più generale tra gli utenti dei servizi, i cittadini e le comunità.

Manca una base culturale condivisa ed un linguaggio comune, in grado di livelli le disparità di potere e la capacità comunicativa tra i vari stakeholder e che attribuisca al paziente non solo la capacità di produrre dati ed esperienze, valore, partecipando attivamente alla misurazione degli esiti ed esperienze per l'innovazione di processo. La vera sfida è, quindi, quella di favorire un cambiamento culturale in senso olistico che coinvolga a pieno titolo tutti gli attori, non solo sanitari ma anche i pazienti che, grazie al lavoro di empowerment sanitario, possano fare la differenza nei momenti decisionali contribuendo in modo concreto al passaggio da un approccio da "offerta di prestazioni" ad uno di "offerta di salute".

Accanto alla cultura c'è poi tutto il patrimonio di **competenze** del personale, in grado di far attecchire il passaggio culturale rendendolo operativo, competenze che nella dimensione hard ed in quella soft devono necessariamente essere presenti ed introdotte ai vari livelli della line organizzativa. Un problema legato alle competenze riguarda il gap collaborativo tra il personale clinico e quello amministrativo, dovuto a visioni ed obiettivi diversi. Questo è un elemento che diventa focale se parliamo ad

esempio del mondo del procurement, dove la mancata integrazione delle due visioni, in particolare per l'assenza del coinvolgimento dei clinici nella creazione della gara, non permette una pianificazione ottimale degli acquisti. Questo non garantisce acquisti conformi alle esigenze specifiche cliniche, e lato amministrativo non garantisce sicurezza ed aderenza ai vincoli normativi ed economici. **L'integrazione delle competenze**, alimentata da una maggiore collaborazione tra clinici e amministrativi, è fondamentale per strutturare bandi di gara più consapevoli, dove la qualità non è vista come un costo aggiuntivo, ma come un elemento in grado di generare valore economico. Il valore aggiunto risiede quindi nella comunicazione e nella capacità di tradurre le necessità cliniche in parametri concreti per le gare. Anche i team di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali, già ampiamente sviluppati negli ultimi anni ed elemento chiave di modelli VBHC, diventano un'opportunità per la permeabilità culturale e contaminazione delle professionalità. La contaminazione tra diverse competenze e metodologie acquisite rappresenta, in questo contesto, un'opportunità cruciale per trasmettere la cultura del valore e per il miglioramento continuo del sistema sanitario. La carenza delle competenze è un problema che trova origine nella formazione, che ad oggi non è pronta a soddisfare le esigenze del sistema sanitario odierno. La stessa offerta formativa universitaria si dimostra non sempre adeguata, non preparando i futuri professionisti a gestire la complessità del settore e a rispondere alle sfide emergenti.

Parlando di competenze, il contesto ci offre una discreta opportunità, ossia quella di sfruttare il passaggio generazionale legato alla curva pensionistica, un'onda da cavalcare che con la rottura di schemi e preconcetti offre una maggiore permeabilità alle novità. Il passaggio è un momento fertile, un'occasione per rinnovare le competenze e rafforzare una cultura aziendale *data-driven*, orientata alla dimensione di valore per il paziente e che permetta a tutti di comunicare attraverso lo stesso **linguaggio** (semanticamente inteso). Spesso, la difficoltà nel dialogare tra diversi stakeholder, e anche all'interno dello stesso gruppo, deriva dall'assenza di un linguaggio e di un registro comune. Tale carenza ostacola la collaborazione efficace e il coordinamento, compromettendo così il successo dei processi decisionali e delle iniziative condivise.

La formazione è un tema che non può fermarsi alla dimensione "professionale", che coinvolge coloro che lavorano per offrire un servizio al bisogno di un paziente e che si interfacciano con esso, ma deve necessariamente coinvolgere ed inglobare anche quest'ultimo.

Il potente ruolo del paziente incontra un fattore di depotenziamento, ossia la debolezza della sua stessa voce dovuta a carenza **Health Literacy** che si accompagna a scarsa conoscenza del funzionamento del sistema sanitario e scarsa consapevolezza delle azioni attuabili ed esiti attesi. Questi aspetti rendono critica la

partecipazione del cittadino alla definizione dell'offerta di salute o la partecipazione alla realizzazione di gare di valore. Per contro, abbiamo a disposizione tutti gli strumenti offerti dalla rivoluzione digitale in atto che consentono di aprire canali di ascolto strutturati, di fare social listening, di restituire feedback, di mettere a sistema iniziative centrate sulla persona, alimentando il dialogo tra cittadini e clinici.

Un ulteriore punto di debolezza afferisce al **sistema di reclutamento** del personale. Il modello attuale non sempre è pronto a rispondere alle reali esigenze delle aziende sanitarie, portando all'assunzione di personale non sempre in linea con le competenze e la cultura richieste per sostenere la transizione verso modelli organizzativi orientati al valore.

Competenze come gestione banche dati, lettura dati, project management, leadership, value procurement, sebbene indispensabili in questa fase di transizione devono fare i conti con un contesto caratterizzato da estreme rigidità nel task shifting. Parlando di **leadership**, elemento chiave nello sviluppo di progetti di cambiamento di dimensioni importanti, bisogna effettuare un approfondimento in senso più ampio, includendo il concetto di "ownership" di processo e garantendo una chiara definizione delle responsabilità all'interno dei diversi passaggi.

Ad oggi sono ancora poche le realtà che puntano sull'**introduzione di nuove figure** chiave, che dotate delle competenze adeguate possano impersonificare il ruolo di direttore di orchestra per l'intero processo nel garantire l'introduzione e la gestione di nuove tecnologie e metodologie in modo coerente e allineato agli obiettivi di valore del sistema. Queste figure devono essere in grado di guidare l'interazione tra professionisti provenienti da aree diverse, supportando il project management e garantendo che il sistema sanitario evolva in linea con gli obiettivi strategici prefissati.

Modelli e strumenti

La crisi del SSN rappresenta la prima opportunità che ci induce a ripensare le pratiche consolidate, tradizionalmente focalizzate sui volumi, per proporre **modelli** che consentano di cambiare l'organizzazione a favore di approcci che enfatizzano il **valore** dei servizi erogati. La stessa carenza di risorse umane ci impone di rivedere con una certa urgenza percorsi e modalità di utilizzo delle poche risorse a disposizione rendendo urgente l'applicazione di modelli di riferimento su tutto il territorio nazionale. Se vanno definiti modelli in grado di produrre valore è opportuno affrontare un punto legato alla non generale condivisione del tipo di valore che si intende apportare all'interno del sistema sanitario, tema che risente di una non chiara definizione condivisa del **concetto di valore** da parte di tutti gli stakeholder coinvolti. Se nel tempo il valore, nella sua dimensione clinica, di qualità del percorso e dell'esperienza del paziente, ha assunto dei connotati più chiari da poter considerare nel mondo degli

acquisti, il breve orizzonte temporale con cui ne vengono analizzati i costi ed i benefici relativi sono un aspetto critico da prendere in considerazione. Le attuali **modalità operative** non sono in grado di supportare strategie orientate alla produzione di valore. È, quindi, un momento proficuo per iniziare a definire il perimetro di iniziative pilota sulla base di patologie target, concentrandosi in particolare su quelle prevalenti a livello di spesa, come le patologie croniche. Siamo di fronte ad un contesto che, da Nord a Sud dello stivale, presenta esperienze puntiformi di progetti VBHC, realizzate seguendo un approccio bottom-up e guidate dalla leadership visionaria di pochi. Sebbene questa rappresenti un'opportunità, il rovescio della medaglia è rappresentato dall'immobilismo istituzionale, sistemi regionali che non sempre interiorizzano esperienze pilota che, inevitabilmente, "muoiono" con chi lo promuove, generando la diffusa sfiducia nel cambiamento del sistema. Quindi, sebbene l'approccio bottom-up sia sulla carta "vincente", diventa un boomerang se le iniziative pilota avviate da professionisti sul campo dotati di entusiasmo, competenze e leadership, non riescono a ottenere il supporto necessario per una loro naturale evoluzione. Molti di questi sforzi innovativi tendono a esaurirsi insieme a chi li ha proposti, mancando così di una scalabilità adeguata. La mancanza di una strategia chiara per integrare e far crescere queste iniziative impedisce loro di trasformarsi in modelli sostenibili e replicabili, limitando il potenziale di cambiamento che potrebbero portare nel sistema sanitario.

Burocrazia, procedure frammentate, complesse e poco adatte a processi multi-stakeholder, rendono complessi ed al limite del fattibile cambiamenti di sistema favorendo invece un approccio parziale e non sistemico, ostacolando la creazione di modelli agili e orientati al valore.

Il contesto ci offre come opportunità chiari segnali di uno shift culturale in atto, che va sostenuto ed amplificato a tutti i livelli, dal concetto di cura della malattia a quello di cura della persona. All'interno di questo paradigma risiede ciò a cui i pazienti danno valore all'interno del patient journey e che impatta sulla loro qualità di vita e salute, elementi che si affermano a tutti gli effetti come centrali nel re-design del patient journey.

Il **coinvolgimento del paziente** è, quindi, centrale. In quest'ottica i clinici non possono fare a meno di mettersi in ascolto dei pazienti e dei loro caregiver in qualità di persone che vivono nelle loro comunità specifiche di appartenenza, in quanto aspetti con considerevole impatto negli esiti di salute possibili. I nuovi modelli operativi non possono non considerare il paziente come un membro dell'equipe di cura. Una preziosa opportunità risiede nella possibilità di applicare nella pratica clinica la "medicina integrata" e l'individuazione di quel che per i pazienti fa la differenza nel patient journey. Due aspetti in particolare sembrano favorire questo cambio di paradigma; da un lato la presenza di Associazioni di Pazienti e del Terzo Settore nelle

quali operano in modo volontario persone altamente motivate a conoscere cosa significa produrre salute e non solo prestazioni, possono diventare volano di cambiamento all'interno delle comunità nelle quali operano per accrescere consapevolezza e coinvolgimento diretto nei processi di cambiamento. Dall'altro la presenza di professionisti sanitari maggiormente formati e in grado di svolgere quei ruoli trasversali di coordinamento/informazione/comunicazione che permettono di tener conto di una visione integrata dei percorsi e dell'impatto che hanno a livello di esiti/esperienze per i pazienti. L'immenso valore del coinvolgimento del paziente va ben oltre la dimensione del patient journey estendendosi ai processi decisionali di procurement. È evidente che il paziente è colui che beneficia dei servizi sanitari e ne sostiene i costi, ma il contributo della sua visione e della sua dimensione valutativa non è ad oggi valorizzato. Anche quando, raramente, lo stesso paziente viene coinvolto, magari non è stato portato a bordo in modo completo ed efficace, e questo può generare disorientamento e distorsioni informative. Diventa sempre più urgente e centrale l'implementazione di un processo di reclutamento e selezione del paziente 'tipo', ovvero colui che rappresenti fedelmente, con la sua esperienza diretta, la voce della propria categoria. Ancora debole è la raccolta della voce del paziente, che sia tramite interazioni dirette con singoli pazienti, ma anche attraverso survey su larga scala che coinvolgano un ampio numero di pazienti, permettendo di ottenere dati generalizzabili, utili per orientare le decisioni cliniche e organizzative. Attenzione centrale nello sviluppo di modelli VBHC è da porsi sulla dimensione più tecnica e strumentale e sugli aspetti inerenti al concetto più ampio di **digitalizzazione**. Al riguardo, viviamo in un momento storico con un alto tasso di sviluppo tecnologico, in particolare nell'ambito dell'intelligenza artificiale, un contesto favorevole allo sviluppo di modelli integrati di gestione dei dati. Le recenti iniziative di digitalizzazione, unitamente alle risorse del PNRR, rappresentano occasioni uniche da sfruttare per promuovere una logica consapevole. Se da un lato è possibile affermare che la digitalizzazione post-COVID ha creato una maggiore coscienza del dato e che i dati sono disponibili e sono presenti in grandi quantità, dall'altro rileviamo la necessità di integrazione "coscienziosa" indirizzata ad una dimensione di valore. Sebbene i **dati** siano presenti, basti pensare alla grande quantità di dati richiesti per soddisfare i vari debiti informativi, spesso non sono fruibili nella loro totalità, dimostrando quanto un patrimonio informativo preziosissimo non venga messo a valore. Ogni struttura sanitaria gestisce il proprio database in modo autonomo, il che porta a una situazione in cui i dati rimangono distanti, non integrati e quindi non accessibili e non utilizzabili in una logica di "percorso paziente". Inoltre, le normative sulla privacy e il GDPR pongono ulteriori vincoli sull'uso dei dati, complicando ulteriormente l'accesso e l'utilizzo delle informazioni. È importante riconoscere che, sebbene si dia per scontato che l'accesso ai dati sia fondamentale per il VBHC, la realtà è che senza un'integrazione

e una fruibilità adeguate, il potenziale dei dati rimane inespresso e non può contribuire efficacemente. Carenza comunicativa anche di tipo informatico, interoperabilità ed integrazione dei sistemi e fruibilità dei dati in una dimensione di “percorso paziente” sono fattori critici che impattano sulla collaborazione multidisciplinare, sulla tempestività e adeguatezza delle decisioni cliniche, nonché sulla misurazione del reale valore prodotto e del costo sostenuto.

Un aspetto critico riguarda la **raccolta dei dati** di esito. Attualmente, nelle aziende sanitarie si riscontra una significativa carenza di dati di esito che possano certificare in modo adeguato i risultati delle cure. Una volta definiti gli obiettivi clinici e completata la fase ospedaliera, le informazioni sui pazienti spesso si perdono, limitando la valutazione a una visione superficiale, che considera il paziente guarito senza esplorare altri fattori di rilievo, come la qualità della vita o le condizioni di salute a lungo termine. La mancanza di informazioni complete sui risultati clinici a lungo termine rappresenta una delle lacune più grandi del sistema attuale, tanto da limitare la possibilità di certificare i risultati e di monitorare l'efficacia delle tecnologie o dei trattamenti nel tempo. Un esempio emblematico è rappresentato dalle terapie geniche, riconosciute come interventi di alto valore potenziale, ma per le quali manca ancora una base di dati robusta che certifichi il loro impatto nel lungo periodo. Nella definizione di un sistema strutturato di gestione del dato, il punto di partenza è la definizione, da parte dei partecipanti alle gare di appalto, degli obiettivi clinici da raggiungere, quali dati servono per poterli misurare, e le modalità di monitoraggio e revisione. Uno strumento di supporto per la ricerca delle informazioni per la gara è lo stesso **HTA**, in grado di migliorare la raccolta e l'usabilità dei dati di esito, offrendo una base solida per definire e strutturare correttamente le gare. Quest'ultimo può essere uno strumento cruciale per valutare l'efficacia di nuove tecnologie e trattamenti in un arco temporale più ampio, che spesso fatica ad essere tracciata, anche a causa della mobilità dei pazienti nei vari territori. Solo attraverso una raccolta dati accurata e una successiva analisi approfondita sarà possibile garantire la sostenibilità e l'efficacia del sistema sanitario, evitando che le informazioni sul paziente si disperdano una volta concluso il trattamento ospedaliero. Le stesse metodologie utilizzate nella definizione di un prodotto sanitario possono essere applicate anche nella progettazione di una gara d'appalto, garantendo coerenza, trasparenza e un focus sui risultati che possono portare un valore concreto al sistema sanitario. In termini metodologici, è utile applicare gli stessi criteri utilizzati nell'HTA anche nella progettazione delle gare d'appalto, garantendo che ogni aspetto del valore sia considerato in modo sistematico.

Regole

L'adozione di logiche VBHC richiede una revisione delle regole di sistema, pertanto, la riflessione non può non chiamare in gioco tutti gli stakeholder del sistema sanitario, a partire dai policy maker tra cui le Regioni che potrebbero giocare un ruolo centrale come promotrici in questo cambiamento.

Il nostro contesto regolamentativo è notoriamente caratterizzato da una scarsa propensione al cambiamento, i sistemi regionali sono ancora distanti da questo genere di cambiamento anche se presenti timidi spiragli in tal senso. Con riferimento al sistema delle regole, un tema centrale che si presenta come limite ed ostacolo alla valorizzazione della creazione di valore sono gli attuali **modelli di rimborso**, attualmente inadeguati per il cambiamento richiesto che non valorizzano a pieno il miglior uso delle limitate risorse a disposizione.

L'attuale sistema di finanziamento per "silos" e i meccanismi di rimborso obsoleti limitano i cambiamenti e impediscono l'adozione di modelli innovativi. L'attuale modello di rimborso tende a penalizzare le attività meno remunerative con un approccio preponderante guidato da driver economici piuttosto che dai percorsi di salute, con una focalizzazione sui volumi piuttosto che sul valore distribuito generando una discrasia tra quanto richiesto dal modello e quanto effettivamente premiato /valorizzato dal sistema.

Uno dei limiti del modello attuale è la mancata valorizzazione delle innovazioni, nonostante le opportunità offerte dal PNRR, che incoraggiano gli investimenti in innovazione digitale, forniscono risorse e invitano a cambiare, investire e innovare (sia digitalmente che nell'organizzazione dei processi), il sistema attuale non è in grado di riconoscere questi sforzi e risultati. I vincoli attuali impediscono l'acquisto di beni a costi più elevati che potrebbero generare risparmi futuri, non permettendo di considerare tali acquisti come veri e propri investimenti strategici. In questo contesto, il PNRR rappresenta un'opportunità per la riorganizzazione dei servizi sanitari secondo un nuovo modello, capace di portare valore e innovazione nel sistema. Tale riorganizzazione dovrebbe essere guidata da un approccio che premi l'efficienza a lungo termine, incentivando investimenti che possano garantire benefici futuri sia in termini economici sia di qualità delle cure.

È un imperativo cambiare il modello di finanziamento, spostando l'attenzione dal pagamento per il trattamento della malattia a un sistema che incentivi la promozione della salute. Un passo cruciale in questa direzione è la valorizzazione di misure comuni di valore nonché l'inclusione di un coefficiente innovativo nelle valutazioni tecniche ed economiche, che fornisca una nuova prospettiva per l'allocazione delle risorse che passa anche attraverso l'aggiornamento del codice degli appalti pubblici, con l'obiettivo di favorire le gare d'appalto orientate al valore ("value-based procurement").

Molti interventi e tecnologie, infatti, possono presentare un costo iniziale elevato, ma generare risparmi significativi nel lungo termine, sia in termini economici sia di qualità della vita del paziente. Molti di questi approcci sono complessi da implementare, ma trascurare il loro potenziale beneficio a lungo termine significa perdere opportunità di innovazione e miglioramento. Una volta definito il valore, esso deve essere tradotto in obiettivi sia qualitativi sia quantitativi, con la definizione di opportuni strumenti di misurazione, come i Key Performance Indicator (KPI), che permettano una valutazione oggettiva dei risultati. Al riguardo il Programma Nazionale di Health Technology Assessment 23–25 (PNHTA) gioca un ruolo fondamentale. L'approccio normativo previsto dal PNHTA fornisce linearità all'intera filiera, riducendo la duplicazione di interventi e promuovendo l'efficienza. L'applicazione di buone pratiche a livello nazionale è cruciale per ottenere un riscontro concreto anche nei meccanismi di rimborso, che attualmente rimangono rigidi e poco flessibili. Continuare a lavorare sui percorsi iniziati e migliorare la progettazione delle gare utilizzando questi principi metodologici consentirà di allineare le gare con gli obiettivi di valore e qualità del sistema sanitario.

Altro aspetto chiave è legato alla differente modalità di finanziamento tra Ospedali ed ASL. Attualmente le ASL sono finanziate su base capitaria, mentre gli ospedali sono rimborsati secondo il sistema dei DRG. Questa dualità evidenzia la necessità di un sistema unico di rimborso, che sia adeguato ai costi reali e alle nuove tecnologie.

L'attuale sistema di codifiche SDO, inoltre, porta alla generazione di DRG non sempre orientati ad assicurare modalità di rimborso più corrette e trasparenti.

Ulteriore limite dell'attuale modello è sicuramente il **sistema di budgeting**, un sistema non ancora orientato ai percorsi e ai processi caratterizzato da un consolidato approccio "a silos" nel quale, del resto, è assente una definizione giuridico-amministrativa del responsabile di un processo/percorso.

Il sistema di budgeting è basato su dimensioni separate di ricavi, costi, investimenti ed è ancora lontano ed evidentemente contrario alla visione di budget per percorso, che presuppone una responsabilità condivisa tra i vari professionisti coinvolti. Anche in questo caso, nonostante il PNRR offra opportunità raramente viste, offrendo gli strumenti per il cambiamento, è necessario riadattare la regolamentazione del budget per renderle efficaci e produttive. Gestione/utilizzo dei dati e coinvolgimento dei pazienti sono aspetti centrali dei modelli VBHC la cui implementazione deve fare i conti con gli ostacoli derivanti dalla regolamentazione inerente la **privacy** e la **protezione dati**, soprattutto in relazione alla raccolta dati quantitativi e qualitativi degli esiti funzionali ed esperienziali dei pazienti. Le attuali consuetudini rischiano di svuotare il significato incisivo del percorso di riforma ostacolando la partecipazione delle Associazioni dei Pazienti alle attività delle Aziende Sanitarie. La protezione dei dati personali, pur essendo cruciale, spesso ostacola la raccolta di informazioni utili

per valutare l'efficacia di un percorso, il valore effettivamente percepito dal paziente come il valore delle tecnologie sanitarie e dei trattamenti. Le valutazioni generali, basate su contesti più ampi, potrebbero non essere applicabili o rilevanti per le realtà locali. Per questo motivo è essenziale che il processo di valutazione tenga conto delle specificità locali, al fine di garantire un'effettiva valorizzazione del sistema sanitario in tutte le sue componenti.

SU COSA
LAVORARE: *la*
checklist del
cambiamento

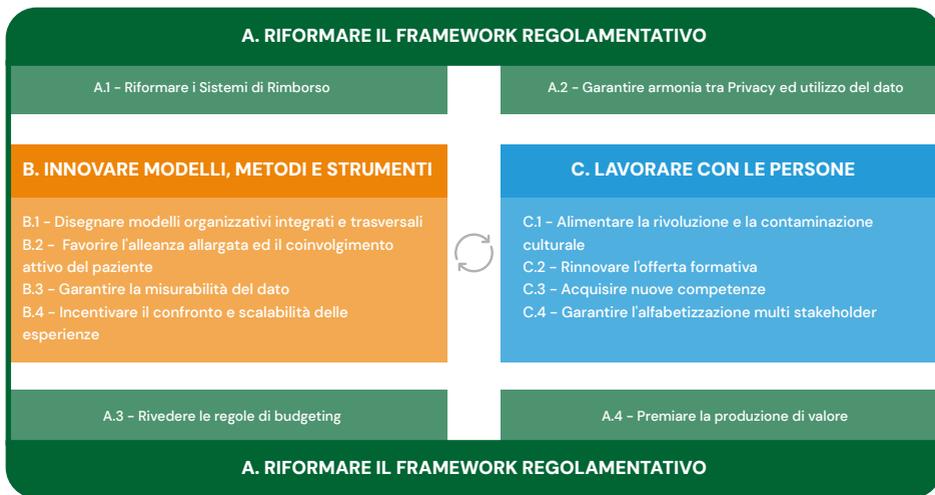
Data la complessità e la multidimensionalità del tema ampiamente descritta nei capitoli precedenti, il passaggio ad un modello VBHC non può esaurirsi nella traduzione di buone pratiche internazionali ma deve necessariamente coniugare aspetti strategici ed operativi all'interno di un disegno armonioso che fonde le varie dimensioni del cambiamento: istituzionale, tecnica ed umana.

Il contributo dei vari tavoli di lavoro intende rappresentare un primo timido, seppur ambizioso, tentativo di disegnare un percorso di cambiamento che, salvaguardando i pilastri fondanti del modello, possa effettivamente aderire al contesto di riferimento ed evitare le fratture ed i naturali "rigetti" tipici dell'applicazione di soluzioni che funzionano altrove ma che non rispondono a pieno alle esigenze dello scenario di riferimento.

Si tratta di uno scenario che è stato dipinto con l'obiettivo di far emergere nel dettaglio limiti e fragilità nonché opportunità offerte in questo particolare momento storico. La presente sezione intende, quindi, descrivere in modo puntuale una serie di azioni che potrebbero permettere di "superare i limiti e le fragilità" e di "cogliere le opportunità" del nostro contesto italiano in un momento di passaggio epocale ad una sanità fondata sul "valore".

A livello di estrema sintesi la checklist del cambiamento si presenta come un impianto supportato da un asse trasversale, ossia la cornice normativa, all'interno della quale agiscono due assi verticali: dimensione tecnica e dimensione umana, in un percorso di contaminazione continua dove la rivoluzione culturale e l'interiorizzazione del nuovo senso di salute e sanità diventa la condizione abilitante per la messa a terra di nuovi modelli.

Il processo di cambiamento si potrebbe presentare come un meccanismo dotato di dinamicità attraverso l'alternarsi di spinte dall'alto al basso (enti nazionali e regionali) che definiscono limiti normativi, strategie e direzioni e dal basso all'alto (aziende, operatori di settore, associazioni, pazienti stessi) che lavorano sulla declinazione operativa delle stesse. In questo modo il complesso percorso di trasformazione godrebbe dell'apporto armonico e della visione dell'intero ecosistema salute.



A. Riformare il framework regolamentativo

A.1 - Riformare i sistemi di rimborso

Significa lavorare per il passaggio da un sistema di rimborso basato sui volumi, su singolo prodotto/servizio ad uno basato sul percorso e sul valore distribuito nella presa in carico per piano di cura. Significa, quindi, lavorare su un modello in grado di valorizzare l'innovazione (a livello organizzativo e tecnico) a beneficio della produzione di valore/esito/qualità del percorso nella sua dimensione end-to-end.

A tal riguardo diventa centrale l'istituzionalizzazione dei PROMs per validare l'allocazione delle risorse e la gestione della spesa, oltre a ridefinire il concetto di valore.

Elementi chiave: Modello bundle payment, Sperimentazione regionale: Budget di Salute, modello costi standard e tariffa standard, Definizione dei driver standard di valore, PROMs.

A.2 - Garantire armonia tra Privacy ed utilizzo del dato

Il modello VBHC per funzionare ha bisogno di dati e, di conseguenza, di un accesso reale agli stessi.

Si tratta, quindi, di lavorare nell'ambito della cornice normativa per eliminare le attuali barriere nell'utilizzo del dato come driver centrale nella misurazione del valore sia esso

clinico che personale, elemento assai prezioso da rilevare attraverso la stessa “voce del paziente”. Questo significa definire delle regole condivise sulla privacy e sul rispetto della stessa nella fase di utilizzo del dato.

Elementi chiave: Assessment dato, Gap e barriere di utilizzo, Tavolo tecnico Garante della Privacy, Proposte di intervento.

A.3 – Rivedere le regole di budgeting

Rivedere i meccanismi ed i modelli di budgeting richiama in campo due aspetti, la dimensione temporale degli obiettivi e le logiche di allocazione delle risorse.

La produzione di esiti di salute richiede l’allungamento dell’orizzonte temporale in termini di obiettivi nella dimensione più estesa del percorso di cura.

Rivedere le regole di allocazione e distribuzione delle risorse significa abbandonare i classici silos di spesa e adottare una dimensione orizzontale e trasversale di percorso di cura che sia in linea con i modelli organizzativi (Vedi B.1) e che supporti la dimensione di “ownership” di percorso.

Elementi chiave: Modello organizzativo per percorsi, Obiettivi di budget, Budget di percorso, Driver di allocazione, Owner percorso.

A.4 – Premiare la produzione di valore

Si tratta di introdurre meccanismi premianti la produzione di valore in termini di salute attraverso l’introduzione di KPI standard che abbraccino la multidimensionalità del valore per patologia e modelli di benchmarking e che permettano una valutazione oggettiva dei risultati.

La premialità del valore, quindi, potrebbe coinvolgere la revisione dei modelli di valutazione della performance organizzativa così come quelli di performance individuale (sistemi incentivanti, obiettivi DG e dirigenti, ecc.).

La premialità legata al valore è un aspetto che diventa fondamentale anche in termini di procurement. Per misurare efficacemente il valore dell’approvvigionamento di beni e servizi, è necessario adottare metodologie adeguate, che vadano oltre la semplice valutazione economica e che includano anche parametri clinici, sociali e organizzativi. Gli stakeholder devono essere consapevoli che l’investimento in qualità e innovazione può trasformarsi in un vero e proprio piano di valore a lungo termine, con un impatto positivo sia sui risultati clinici sia sull’efficienza economica.

Elementi chiave: Dimensioni di valore, KPI valore di percorso, Sistema incentivante, Value procurement.

B. Innovare modelli, metodi e strumenti

B.1 – Disegnare modelli organizzativi integrati e trasversali

Si tratta di rivedere i modelli organizzativi tradizionalmente basati su una dimensione tipicamente “verticale” per specialistica, dipartimenti e unità operative a favore dell’introduzione di modelli disegnati in termini di percorsi di patologia, secondo una dimensione orizzontale e basati su: unità integrate per l’assistenza e per la risposta ad un bisogno di salute; collaborazione strutturata multidisciplinare e multiprofessionale; ownership clinica ed infermieristica di percorso; budget di percorso e sistemi di comunicazione integrata e co-work per l’integrazione e la contaminazione competenze. L’approccio metodologico deve evolvere verso una maggiore consapevolezza riguardo l’importanza dell’integrazione, coinvolgendo gruppi di lavoro multidisciplinari con competenze specifiche e trasversali, in modo che il clinico ed il personale di prima linea possano essere attivamente coinvolti nella progettazione dei processi, con l’obiettivo di effettuare scelte più efficaci ed indirizzate ad un utilizzo appropriato di risorse.

Elementi chiave: Approccio per processi, Modello per percorsi di patologia: unità integrate, Team multidisciplinare e multiprofessionale, Ownership percorso, Obiettivi e Budget percorso.

B.2 – Favorire l'alleanza allargata ed il coinvolgimento attivo del paziente

Nel design dei nuovi modelli, nell’operatività degli stessi e nella misurazione dei risultati di performance diventa fondamentale ragionare in maniera olistica favorendo e rendendo strutturato e stabile il coinvolgimento di tutti gli stakeholder secondo una logica di “alleanza” per la produzione di salute e benessere per il sistema Italia. Questo significa lavorare per una rinnovata dimensione delle relazioni di rete, favorendo partnership “allargate” e “multi-attore” che coinvolgano non solo i medici ma anche gli operatori sanitari, i pazienti ed i loro familiari così come l’industria e le associazioni. Tali relazioni sono basate sulla condivisione e sulla valorizzazione di competenze e sulla visione di sviluppo di azioni concrete di co-design e co-progettazione.

Elementi chiave: Partnership multi-stakeholder, Engagement pazienti, Condivisione e valorizzazione delle competenze, Tavoli di lavoro permanenti multi-attore, Partnership Pubblico Privato, Co-design, Coinvolgimento strutturato dei pazienti nella valutazione (PREMs, PROMs).

B.3 – Garantire la misurabilità del dato

La fruibilità del dato è fondamentale per lo sviluppo di modelli VBHC lungo l’intero

processo, dal disegno dei percorsi (per analisi epidemiologiche e dei conseguenti bisogni della popolazione), alla gestione degli stessi in ottica multidisciplinare fino alla misurazione del valore creato durante ed al termine del percorso di cura.

Le potenzialità dei big data e l'utilità di questi è direttamente proporzionale alla capacità di elaborarli e di saperli utilizzare. Quindi, se i dati sono disponibili, diventa urgente agire su due aspetti specifici: l'integrazione dei sistemi gestionali e la capacità di usare/leggere il dato.

Anche in questo caso la collaborazione è fondamentale, quindi si rileva opportuno promuovere lo sviluppo di tavoli di lavoro che coinvolgano anche chi il dato lo produce o lo utilizza, ovvero i professionisti sanitari.

Di pari passo, risulta necessario rinnovare la cultura del dato e delle competenze, affinché il dato, una volta disponibile, possa essere usato ed interpretato nel modo più efficace. In tal senso, è centrale la possibilità di sfruttare al meglio le opportunità offerte dal PNRR per la digitalizzazione in Sanità.

L'integrazione e l'interoperabilità dei sistemi e, conseguentemente, dei dati sono solo una delle condizioni abilitanti e propedeutiche, in quanto possono esprimere al meglio il loro potenziale solo se inquadrati in un modello data driven, che sappia guidare strategie ed azioni operative basandosi su informazioni oggettive.

Elementi chiave: Integrazione regionale dei sistemi, Gruppi di lavoro multidisciplinare, big data, Competenze data analysis, PNRR.

B.4 – Incentivare il confronto e la scalabilità delle esperienze

Su scala nazionale sono presenti buone pratiche, esperienze puntiformi che rappresentano un patrimonio da mettere a sistema e che, se raccolte e diffuse, diverrebbero parte di un patrimonio innovativo comune. Esperienze già mature nell'implementazione e complete di informazioni riguardo al modello organizzativo, all'analisi dei costi diretti e delle metodologie di allocazione dei costi indiretti, che risultano un patrimonio prezioso per la creazione e diffusione di un nuovo modello, nonché una base da cui partire per attività regionali e nazionali di benchmarking e confronto sul valore prodotto e sulla relativa premialità.

Sarebbe utile realizzare parallelamente un sistema di benchmarking basato sulla definizione di KPI e misure comuni in termini di esiti e di qualità del percorso, così come in termini di costo sostenuto per la produzione di tali esiti.

Una selezione, quindi, per percorso di patologia delle più efficaci variabili, tecniche, strumenti e misure per catturare il valore prodotto lato clinico (CROMs) e lato paziente (PREMs e PROMs) nonché il costo sostenuto anche in termini di standard.

Un sistema di condivisione di risultati ma anche di modelli organizzativi che stanno alla base della produzione degli stessi, attraverso una vera e propria "libreria" per specifico

percorso di elementi organizzativi, indicatori e strumenti di misurazione del valore più adatti per la valutazione di specifici percorsi e dei relativi risultati ottenuti.

Elementi chiave: Value benchmarking per percorso, Libreria delle buone pratiche, Libreria KPI: CROMs, PREM, PROMs e metodi di misurazione.

C. Coinvolgere e lavorare con le persone

C.1 – Alimentare la rivoluzione e la contaminazione culturale

Per creare un sistema culturale condiviso da tutti, come garanzia della scalabilità e dell'estensione massima di applicazione del modello, occorre che la cultura del valore si radichi nel sistema e non si limiti alla visione di singoli decisori o manager illuminati, per far sì che il turn-over degli incarichi politici e delle direzioni esecutive non creino discontinuità di cultura ed obiettivi.

È un passaggio che richiede un cambiamento esteso su scala di sistema e non locale: le esperienze locali possono creare degli stimoli e supportare lo sviluppo di un modello a livello regionale, poiché la regione può offrire input senza limitare, anzi governando, l'adattamento locale.

A tale scopo, per prima cosa è necessario stabilire il significato di valore in modo univoco, dando una definizione comune che unisca la visione del sistema, delle organizzazioni, del mondo dell'industria, dei cittadini e, ovviamente, del paziente.

Una volta definito contorno e contenuto del "valore", potrebbe essere opportuno procedere con campagne di informazione e comunicazione istituzionale al fine di rendere più consapevoli anche i cittadini del proprio ruolo all'interno del percorso di cambiamento in atto. Per la prima volta sia i pazienti/cittadini, così come industria, operatori sanitari e istituzioni lavorerebbero in partnership per l'applicazione di un nuovo concetto di fare salute. Quindi, è fondamentale che ognuno abbia chiara la dimensione del proprio ruolo e del proprio contributo.

Anche la differente percezione del ruolo del paziente, da mero ricevente di cure a soggetto attivo, competente e partecipativo, richiede la diffusione della giusta informazione ed empowerment del paziente.

Il cambiamento culturale, a livello organizzativo, può altresì essere supportato dall'applicazione di nuovi modelli, ragionare per budget di percorso e di rimborso sulla presa in carico sono ad esempio elementi che indirettamente promuovono un cambiamento culturale nella gestione dei servizi sanitari.

Elementi chiave: Dimensione di valore, Informazione, Campagne di comunicazione, Partecipazione stakeholder, Passaggio da paziente a cittadino/persona.

C.2 – Rinnovare l'offerta formativa

Di fronte a nuovi obiettivi diventa centrale l'utilizzo di nuovi strumenti e l'attuale offerta formativa non è più in linea con le competenze e le "visioni" richieste. Il tema della formazione coinvolge ovviamente i vari livelli: decisori, manager, clinici ed anche pazienti per i quali, evidentemente, va fatto un discorso a parte. È quindi essenziale ripensare i programmi formativi, per quanto complesso, per garantire che i professionisti siano equipaggiati con le competenze tecniche e di leadership necessarie per affrontare il futuro del sistema sanitario.

Con riferimento alla formazione universitaria e professionale è opportuno procedere ad una revisione dei piani di formazione universitaria e specialistica andando ad introdurre concetti, modelli, tecniche manageriali, strumenti che orientino il pensiero verso un approccio patient centered, leadership, collaborazione multidisciplinare/multiprofessionale e value based oriented abbandonando il concetto di cura della malattia verso uno di cura della persona. Così facendo, i professionisti fin dal loro percorso formativo universitario potranno integrare i concetti di valore, del ruolo attivo del paziente e dell'utilizzo di strumenti di valutazione (quali PREMs e PROMs), con gli altri ambiti specializzanti più specifici.

La formazione è necessaria anche a livello istituzionale per i decisori che devono rinnovare le visioni strategiche di produzione di salute e declinare le stesse in programmi operativi.

Elementi chiave: Bisogni formativi, Revisione dei programmi formativi universitari e specialistici, Formazione professionale, Formazione istituzionale.

C.3 – Acquisire nuove competenze

L'implementazione di nuovi modelli richiede, evidentemente, nuove competenze specifiche e trasversali, sia per la progettazione che per l'operatività degli stessi: dal patient engagement al data analysis, dal project management all'activity based costing, al Value Procurement.

Competenze che il mercato offre e che possono essere acquisite anche rivedendo gli attuali modelli di reclutamento sfruttando le opportunità che oggi offre la curva pensionistica.

Serve identificare nuove professionalità, dotate delle competenze adeguate e che sappiano favorire la creazione di un ambiente multidisciplinare, guidare il "teaming" e l'interazione tra professionisti provenienti da aree diverse, supportando il project management e garantendo che il sistema sanitario evolva in linea con gli obiettivi strategici prefissati. Diventa centrale la presenza di figure capaci di garantire l'introduzione e la gestione di nuove tecnologie e metodologie in modo coerente e allineata agli obiettivi di valore del sistema.

Servono altresì competenze di sviluppo ed innovazione organizzativa e di processo, come lean management, tecniche agile, ecc.

Elementi chiave: Gap e bisogni di competenze, modelli di reclutamento, introduzione “change makers” e figure tecniche chiave (ambito digital, manageriale, procurement, ecc).

C.4 – Garantire l'alfabetizzazione multi-stakeholder

Il livello di alfabetizzazione sanitaria posseduto dalle persone influenza l'efficienza stessa del sistema, impatta anche sugli esiti di salute, influenzandoli negativamente, essendo l'alfabetizzazione sanitaria un determinante sociale critico di salute. Da qui l'importanza di aiutare le persone nelle modalità di accesso, comprensione, valutazione ed applicazione delle informazioni per imparare come muoversi in sistemi sanitari complessi.

E' necessario che decisori, operatori sanitari e fornitori di servizi si pongano l'obiettivo in primis di misurare i bisogni dei cittadini in termini di alfabetizzazione sanitaria, così da orientare l'applicazione di buone pratiche di sviluppo dell'health literacy in relazione alle evidenze emerse.

Tale percorso rappresenta la base di partenza per una reale partecipazione della persona/cittadino/paziente/comunità al co-design del patient journey in ottica VBHC (vedi B.2), attraverso azioni trasformative che impattino su cittadini, operatori, associazioni, aziende e mettano a fattor comune le buone pratiche esistenti a livello europeo.

Elementi chiave: Valutazione del bisogno di alfabetizzazione, health literacy, Campagne istituzionali.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

AYLWARD M., PHILLIPS C., HOWSON H., *Simply Prudent Healthcare – achieving better care and value for money in Wales* – discussion paper. Bevan Commission, 2013.

BACCI A., NARDIELLO A. (a cura di), *Strategia Lean. Casi ed esperienze nei settori Healthcare e Lifescience*. Knowita, 2019.

BURWELL S. M., *Setting value-based payment goals—HHS efforts to improve US health care*. N Engl J Med, 2015.

COLLDÉN C. & HELLSTRÖM A., *Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation*. BMC health services research, 2018.

CONFERENZA STATO-REGIONI, *Patto per la salute per gli anni 2014-2016: Articolo 9, comma 2 dell’Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014*.

COULTER A., ENTWISTLE V. & GILBERT D., *Sharing decisions with patients: is the information good enough?.* Bmj, 1999.

DOHMEN P. J. & VAN RAAIJ E. M., *A new approach to preferred provider selection in health care, 2019*.

EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH), *Defining value in “value-based healthcare”, 2019*.

FONDAZIONE GIMBE, *4° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, 2019*.

GRAY M., JANI A., *Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare*. Healthcare Papers, 2016.

KAPLAN R. S., *The case for bundled payments in health care*. Harvard Business Review, 2016.

LEGA F., CAVAZZANA L., MAGNONI P., *Il modello di value-based healthcare del Nya Karolinska Solna in L’organizzazione per temi dell’ospedale, 2020*.

MICHALOWSKY B., BLOTENBERG I., PLATEN M. ET AL., *Clinical Outcomes and Cost-Effectiveness of Collaborative Dementia Care: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial*. JAMA Netw Open, 2024.

MINISTERO DELLA SALUTE. *Decreto 9 giugno 2023: Adozione del programma nazionale di HTA*. (GU Serie Generale n.207 del 05-09-2023).

MONICA P., *Programma di Value-Based Procurement per i neurostimolatori ad alta frequenza nella neuropatia diabetica* – Regione Toscana, 2023.

MVERE D. & BOND K. (EDS.), *The blood cold chain: guide to the selection and procurement of equipment and accessories*. World Health Organization, 2002.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, *Controlled drugs: safe use and management*, 2016.

NHS ENGLAND, *The national Patient Reported Outcome Measures (PROMS) programme*, 2018.

PENNESTRÌ F., LIPPI G., & BANFI G., *Pay less and spend more—the real value in healthcare procurement*. *Annals of Translational Medicine*, 2019.

PENNUCCI F., DE ROSIS S., MURANTE A.M., NUTI S., *Behavioural and social sciences to enhance the efficacy of health promotion interventions: redesigning the role of professionals and people*. *Behavioural Public Policy*, 2022

PORTER M. E., TEISBERG E. O., *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press, 2006.

PORTER M. E., & LEE T. H., *The strategy that will fix health care*. Harvard Business Review, 2013.

PRADA G., *Value-based procurement: Canada's healthcare imperative in Healthcare management forum*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2016.

REGIONE TOSCANA, *Delibera n.1038/2021- Linee di indirizzo regionali su Procurement Value-Based di dispositivi medici di uso consolidato*.

REGIONE TOSCANA, *Delibera n.1093/2019 - Raccomandazioni per la stesura dei capitolati di gara per l'acquisizione di dispositivi medici*.

SAMPIETRO COLOM L. & RESTOVIC G., *MEAT pilot test at Hospital Clínic Barcelona: Final revision*. MedTech Europe, 2018.

UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE, *La cronicità in Italia: Focus, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*, 2019.

VIHTALI UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE, *The Value Agenda for Italy*, 2018.

WALLERSTEIN N., *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2006.

RINGRAZIAMENTI

La realizzazione del presente lavoro è stata possibile grazie al contributo dei partecipanti al I Summit VBHC Italian Center:

Alessandrello Rossana – Value Based Procurement Director, AQUAS
Alessandri Massimo – Direttore Dipartimento Medicina Interna e delle Specialità Mediche, Azienda UsI Toscana Sud-Est
Alparone Mario – Direttore Generale Finpiemonte S.p.A.
Amatucci Fabio – Affiliate Professor of Business Government Relations, SDA Bocconi School of Management
Andreone Vincenzo – Direttore UOC Neurologia & Stroke Unit, AORN Cardarelli, Napoli
Annovi Silvia – Junior Consultant, Telos Management Consulting
Basile Michele – Co-Founder & Partner, ALTEMS Advisory
Bellucci Silvia – Direttore UOP Innovazione – Azienda UsI Toscana Sud Est
Bertuzzi Emma – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Bissacco Valentina – Junior Consultant, Telos Management Consulting
Bonelli Gianni – Direttore Generale, Fondazione Mondino
Brett Eamon – Partner & Access Strategy Lead, Takeda
Caltagirone Alessandro Maria – Direttore Generale, ASP di Siracusa
Cappannelli Simone – Coordinatore Infermieristico, PO Gubbio-Gualdo Tadino
Castaldini Federica – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Causio Francesco Andrea – Vicepresidente, SIIAM
Caviglia Valentina – Public Policy & Advocacy and Market Access Manager, BD
Cimaglia Antonella – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Colombo Eva – Direttore Generale, ASL Vercelli
Corinti Simone – Market Access Manager, Takeda
Cozza Valentina – Direttore UOC Controllo di Gestione, ASL Napoli 1 Centro
D’Urso Antonio – Direttore Generale Azienda USL Toscana Sud-Est
Dall’Acqua Alberto – HEMA Manager RM Italy & Spain; HEMA Country Head Italy, Boston Scientific
De Filippis Giuseppe – Direttore Generale AOU Perugia
De Rosis Sabina – Assistant Professor of Management, Scuola Superiore Sant’Anna
De Santis Maria Carmen – Oncologo Radioterapista, Istituto Nazionale dei Tumori
De Simone Lucia – Anestesista, ASL Napoli 1 Centro
Ferron Chiara – Health Economics & Market Access Graduate – Uro, Boston Scientific
Forni Silvia Laura Maria – Rappresentante Associazione conto alla rovescia
Gelera Alessandra – Head of Public Affairs, Health Economics & Market Access Country Lead, Boston Scientific
Gellona Fernanda – Direttore Generale Confindustria Dispositivi Medici
Giordani Emma – Delegata progettualità VBHC, SIFO
Goretti Giulia – Healthcare Process Improvement and Lean Manager, Istituto Clinico Humanitas

Guidoni Federico – Vicepresidente AIOIP
Inglese Stefano – Rappresentante Cittadinanzattiva
La Torre Edoardo – Junior Consultant, Telos Management Consulting
Leonardi Francesca – HSP Lazio, Roche
Locati Francesco – Direttore Generale ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo
Maccari Andrea – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Mancini Federico – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Marchesi Cristina – Direttore Generale, AUSL di Reggio Emilia
Marsilio Marta – Professore Ordinario, Università degli Studi di Milano e Presidente IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta
Massaro Rossella – Country Business Leader, BD
Menicocci Elio – Dirigente Medico Cure Primarie Medicina Penitenziaria, ASL 4 Liguria
Mensorio Mario Massimo – Direttore Sanitario AORN Cardarelli
Modanesi Augusto – Regional Access Head, Takeda
Musella Walter – HSP Campania, Roche
Nardiello Alida – Partner, Telos Management Consulting
Nasoni Duccio – Junior Consultant, Telos Management Consulting
Natalini Nicoletta – Direttore Generale, AST Ascoli Piceno
Nicora Carlo – Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori, Milano
Palazzi Silvia – Senior Consultant, Telos Management Consulting
Paone Simona – UOC HTA Agenas
Pestelli Nicolò – Responsabile Supply Chain e Logistica Telos Management Consulting
Petràlia Paolo – Vicepresidente Nazionale Vicario FIASO e Direttore Generale ASL 4 Liguria
Pocaforza Maurizio – Dirigente, Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Regione Emilia-Romagna
Poletti Roberta – Dirigente Medico Cardiologo e Responsabile dell'Attività Ambulatoriale Diurna dell'Ospedale San Cataldo, Fondazione Monasterio
Ponzani Paola – Responsabile SSD Diabetologia e Malattie Metaboliche, ASL 4 Liguria
Silenzi Andrea – Dirigente Ministero della Salute
Torre Marco – Direttore Generale Fondazione Monasterio
Torrìco Paolo – Direttore Dipartimento Acquisizione Beni e Servizi, ESTAR
Triarico Antonio – Direttore Sanitario, Istituto Nazionale dei Tumori
Tucci Vincenzo – Head Sales and Marketing Peripheral Intervention Italy, BD
Tuccillo Bernardino – Direttore UOC Cardiologia e UTIC, PO Ospedale del Mare, ASL Napoli 1 Centro
Vannucci Andrea – Membro del Comitato direttivo, Accademia Nazionale Medicina

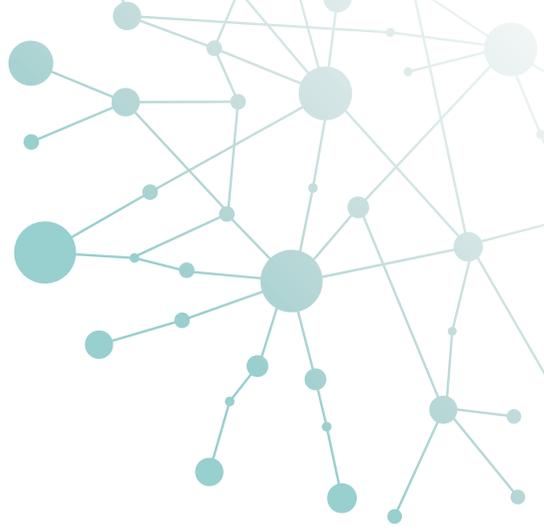


www.vbhcialia.it

Seguici su



Value Based Healthcare Italian Center





Founding sponsor



Johnson&Johnson



Boston
Scientific

