Versione 3.0 *Marzo 2018*

The Value Agenda for Italy

Le soluzioni operative della *Value Based Health Care* in Italia per rilancio e crescita del Servizio Sanitario Nazionale

Indice

Executive Summary 3

1. Sostenibilità dei sistemi sanitari e variazioni ingiustificate degli esiti di salute 5
2. Il Servizio Sanitario Italiano (SSN): caratteristiche e analisi di contesto 10
3. Il significato e l'importanza del "valore" per il SSN italiano 13
4. La Value Agenda per l'Italia 15
5. Sessione di lavoro con il Prof. Michael E. Porter 20
    1. Metodologia 20
    2. Risultati 21
6. Conclusioni 25
7. Bibliografia 28
8. Allegati 29

Hanno collaborato alla realizzazione del presente documento per VIHTALI spin off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore: Andrea Silenzi, Emanuela Maria Frisicale, Pasquale Cacciatore e Carlo Favaretti.

Executive Summary

L'obiettivo di questo report, realizzato da V.I.H.T.A.L.I., *spin-off* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, e da Medtronic è stato quello di realizzare anche per l'Italia una "**Value Agenda**", ovvero un documento di indirizzo per tutti gli attori coinvolti nei processi del Servizio Sanitario Nazionale in cui il valore rappresentasse il filo rosso da seguire per la sanità italiana nel prossimo futuro.

Lo **scenario** che si prospetta per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano nel corso dei prossimi decenni non è roseo. Numerosi elementi caratterizzeranno le sfide e le complessità che i professionisti sanitari, le istituzioni, le aziende e tutti gli stakeholder saranno costretti a fronteggiare per evitare la "tempesta perfetta" ed il naufragio del nostro servizio sanitario. Il SSN italiano, nell'anno del suo quarantesimo compleanno, deve dunque necessariamente evolvere ed adattarsi per fronteggiare le **sfide**/i **problemi** che ne minano la sostenibilità:

- Variazioni ingiustificate degli esiti clinici;
- Aumento dell'aspettativa di vita e del carico della cronicità;
- Assistenza primaria debole e frammentata;
- Strategie di prevenzione obsolete;
- Inadeguata differenziazione professionale;
- Cattiva gestione e ritardo di accesso delle nuove tecnologie sanitarie.

Per far ciò, è necessario tracciare una direttrice che sia capace di coniugare la complessa spinta all'evoluzione ed all'adattamento resiliente con gli interessi e le opportunità di tutti gli attori del contesto assistenziale. Una possibile **soluzione** può essere l'assistenza basata sul valore (*value-based healthcare)*. Il **valore in sanità**, declinato per la prima volta da Michael Porter ed Elizabeth Teisberg, abbraccia i concetti di misurazione continua degli esiti di salute e dei costi sostenuti ma deve anche supportare il modo in cui le risorse sono distribuite alla popolazione (**valore allocativo**), l'appropriatezza del loro utilizzo per specifici bisogni di salute (**valore tecnico**) nonché l'allineamento tra risultati in termini di salute e le aspettative del paziente (**valore personale**).

Per questo una "Value Agenda" per l'Italia può rappresentare la strategia per superare la crisi dei nostri sistemi sanitari, rendendoli capaci di erogare assistenza ad alto valore nel rispetto del mantenimento della copertura universale, equa e solidale tipica e caratteristica del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Ciò può avvenire implementando le **seguenti azioni ed interventi**:

- Organizzazione delle unità di assistenza integrate (IPUs);
- Misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente;
- Riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza, con implementazione del modello a percorsi assistenziali;
- Promozione di assistenza integrata tra strutture istituzionalmente separate;
- Superamento del limite geografico;
- Costruzione di un'efficace piattaforma informatica.

Infine, i risultati di un questionario somministrato ai partecipanti al workshop tenutosi a Milano l'8 novembre 2017 alla presenza del Prof. Michael Porter, rappresentativi in vario modo dei diversi attori del SSN, ha messo in luce la percezione sulla *readiness* del nostro sistema sanitario alla sfida della Value Based Healthcare e sulla priorità da affidare alle specifiche dimensioni della Value Agenda per l'Italia.

1. Sostenibilità dei sistemi sanitari e variazioni ingiustificate degli esiti di salute

Sebbene siano stati numerosi i successi ottenuti negli ultimi quaranta anni in sanità, quali il progresso tecnico-scientifico in medicina e i risultati di salute ottenuti, i servizi sanitari di tutto il mondo, senza distinzioni di struttura e finanziamento, sono chiamati ad affrontare, oggi, cinque problemi principali.

Il primo è rappresentato dalle variazioni ingiustificate, definite da Jack Wennberg come *"variazioni nell'utilizzo dei servizi sanitari che non possono essere spiegate dalla variazione nella patologia del paziente o dalle sue preferenze"* [1] ovvero tutte le diseguaglianze, nell'accesso alla cura, nella qualità delle prestazioni, nel costo e nell'esito di salute (outcome) determinato complessivamente dal servizio.

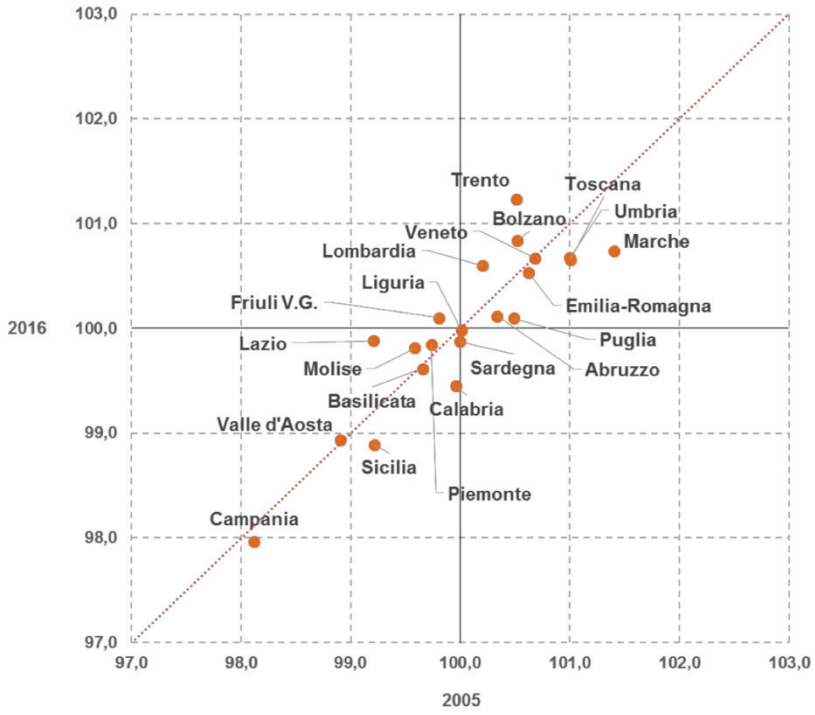
Tale fenomeno ne nasconde altri quattro, ovvero:

- danno, da sovra-diagnosi e sovra-utilizzo, anche se la qualità della prestazione e del servizio è alta;
- diseguaglianza, da sotto-diagnosi e sotto-utilizzo, soprattutto nelle popolazioni più fragili;
- spreco di risorse, attraverso il perpetuarsi di attività a basso valore;
- insuccesso nel prevenire malattie e disabilità (ad esempio prevenire l'ictus e la demenza vascolare nelle persone che soffrono di fibrillazione atriale).

Da tale punto di vista, il contesto italiano rappresenta un paradigma ottimale. Difatti, negli ultimi anni, il SSN ha purtroppo iniziato ad offrire uno scenario non confortante, dove le diseguaglianze di salute emergono in forma vivida nella fotografia globale della condizione di salute della popolazione in Italia. Si pensi, ad esempio, all'aspettativa di vita, che differisce anche di tre anni tra regioni del nord e del sud, o al trend di mortalità sotto i 70 anni, che, a differenza delle altre regioni, nei territori del sud Italia ha registrato un aumento nello scorso decennio, facendo perdere ai cittadini del Meridione i guadagni accumulati in termine di salute dal secondo dopoguerra [2].

Difatti, secondo i dati Istat dell'anno 2017, si passa dalla realtà della Campania, dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3, a quelli della Provincia Autonoma di Trento dove gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3 (cfr. http://www.istat.it/it/archivio/208951). In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne.

Figura 1 - Speranza di vita alla nascita 2005-2016 (numeri indici Italia =100)

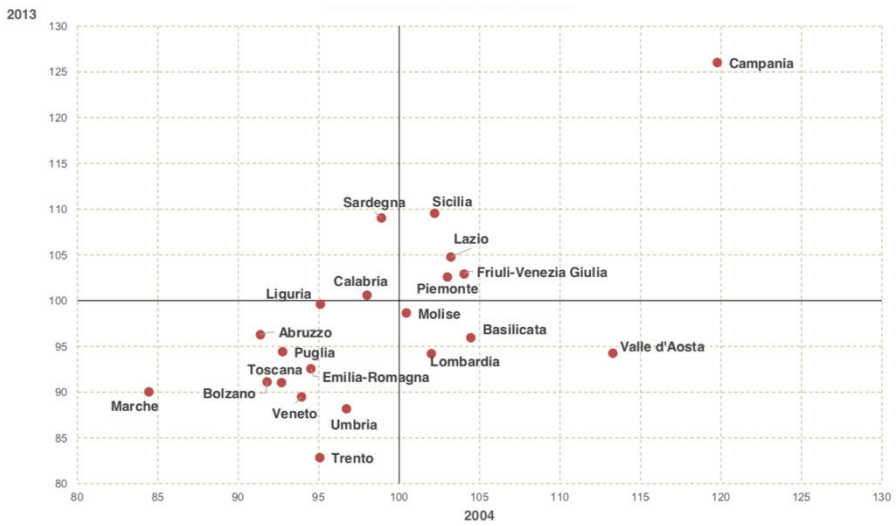


Fonte: elaborazione Osservasalute su dati Istat (www.osservatoriosullasalute.it)

Scendendo nel dettaglio territoriale, il dato sulla sopravvivenza mette in luce l'enorme svantaggio delle province di Caserta e Napoli che hanno una speranza di vita di oltre 2 anni inferiore a quella nazionale, seguite da Caltanissetta e Siracusa che palesano uno svantaggio di sopravvivenza di 1,6 e 1,4 anni rispettivamente. Le Province più longeve sono quelle di Firenze (84,1 anni di aspettativa di vita ovvero 1,3 anni in più della media nazionale) seguite da Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio su un italiano medio.

Anche la mortalità prematura, proposta dall'OMS nell'ambito dei 17 obiettivi globali (SDGs - Sustainable Development Goals) e 169 target dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, documento che determina gli impegni sullo sviluppo sostenibile che dovranno essere realizzati entro il 2030, denuncia forti divari territoriali. Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale (cfr. Figura 2). Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione.

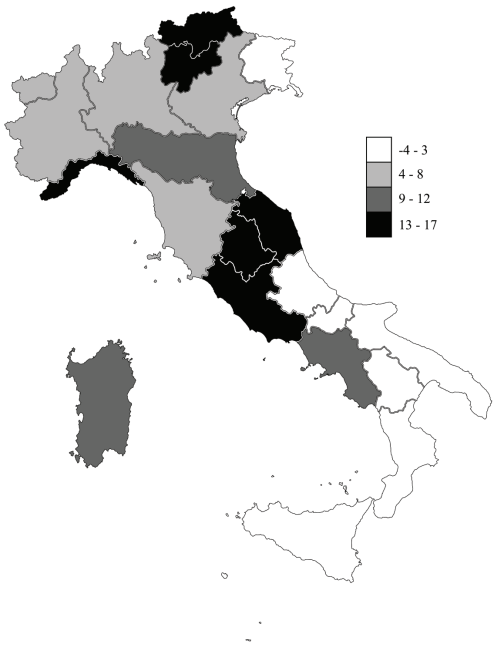
Figura 2 - Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni



Fonte: elaborazione Osservasalute su dati Istat (www.osservatoriosullasalute.it)

Ampie differenze sono rilevabili anche al di fuori del divario Nord-Sud come mostrano, ad esempio, i dati relativi alla variazione percentuale dell'incidenza del tumore del polmone tra 2010 e 2015, profondamente disomogenei nelle varie regioni d'Italia (cfr. Figura 1).

Figura 1 - Variazione percentuale dell'incidenza del tumore del polmone. Anni 2010 - 2015.



Fonte: Rapporto Osservasalute 2016 (www.osservatoriosullasalute.it)

VIHTALI
UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore
Value In Health Technology and Academy for Leadership & Innovation
Medtronic

Eppure, negli ultimi dieci anni molto si è fatto sulla misurazione e sul miglioramento della qualità e della sicurezza dell'operato di ospedali, servizi di assistenza primaria e singoli professionisti per ovviare al problema delle variazioni ingiustificate. Un esempio è il Programma Nazionale Esiti (PNE) che sviluppa nel Servizio Sanitario Nazionale la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, rappresentando una stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari.

Esempi di variazione ingiustificata degli esiti clinici (PNE 2017):
• **Tempestività intervento frattura collo femore >65 anni:** il dato italiano per l'anno 2016 è a pari a 58% (percentuale di casi operati entro 2 giorni). Tuttavia, sussiste grande disomogeneità a livello nazionale: in alcune regioni e PA quasi tutte le strutture riescono a garantire almeno il 60% degli interventi entro 2 gg, come da standard minimo per regolamento ministeriale, ma grande variabilità inter ed intra-regionale, da minimo del 3% al massimo del 97% (rispettivamente, strutture in Campania ed in Lombardia). • **Ricorso al parto chirurgico:** dato medio nazionale 2016 24,5%. Variabilità interregionale e intra-regionale, da un minimo del 6% a un massimo di 92%. • **Degenza post-colecistectomia laparoscopica inferiore a 3 gg:** notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo di 0% a un massimo del 100%.
Fonte: PNE 2017 http://www.agenas.it/images/agenas/pne/SINTESI_PNE_2017_19_DICEMBRE.pdf

Tuttavia, la sola qualità, sebbene di estrema importanza come disciplina e strumento di miglioramento degli outcome dei pazienti, di per sé non assicura maggior equità e un maggior valore per la popolazione in quanto il paziente trattato potrebbe non essere quello che ne ha maggior bisogno.

Nella letteratura sulla misurazione della performance in ambito sanitario solitamente si distingue tra *studi su pazienti (patient-level studies) e studi di popolazione (population-level studies)*. I primi analizzano la performance di specifici interventi, programmi o percorsi diagnostici e terapeutici rivolti a specifiche categorie di pazienti, accomunati dalla condizione clinica. I secondi valutano la performance di un sistema sanitario in un ambito di popolazione, lungo specifiche dimensioni, e mirano a determinare l'effettivo perseguimento degli obiettivi fondanti il sistema stesso [3].

Il concetto di valore in sanità, descritto nel 2010 da Porter quale *"risultato di salute conseguito per dollaro speso"*, esprime una definizione che riporta in primo piano (ovvero al numeratore) l'obiettivo primario delle organizzazioni sanitarie ovvero i risultati di salute conseguiti, legandoli indissolubilmente alle risorse spese

per conseguirli (denominatore) [4]. L'ottica di Porter richiama al miglioramento continuo dell'assistenza, con un particolare riguardo alla struttura e alle organizzazioni, definendo nei fatti il processo di miglioramento continuo degli erogatori che si impegnano per distinguersi all'interno del servizio sanitario finendo per porsi quali potenziali elementi di un mutuo *benchmark* "tra pari".

I parametri di efficacia ed efficienza dei processi erogativi sottostanti il paradigma del valore di Kaplan e Porter sono necessari ma non sufficienti in Europa (almeno in quei paesi dotati di servizi sanitari nazionali) date le particolari caratteristiche del modello di servizio sanitario che caratterizza il vecchio continente [5]. Difatti, il modello di misurazione del valore proposto dai ricercatori dell'Harvard Business School per definizione non tiene conto della complessità intrinseca dei sistemi sanitari a copertura universalistica, come in Italia o nel Regno Unito, dove l'allocazione delle risorse è il punto centrale per garantire servizi al massimo grado di qualità e valore nel rispetto dei principi di equità e solidarietà.

Per questo, in un articolo di commento della rivista Lancet, Gray ha proposto un cambio di paradigma nell'analisi del valore, con l'obiettivo di integrare la programmazione dei servizi sanitari agli approcci della moderna medicina di popolazione: *"even if an effective intervention is delivered at high quality without waste, it may still represent low value if greater value could be achieved to treat another group of patients. […] individual clinicians, while still focused on the needs of the individual in front of them, […], also make decisions about the allocation and use of resources to maximise value for all the people in the population they serve"* [6].

Questo approccio, se metodicamente applicato, può rappresentare una delle possibili soluzione operative per garantire sostenibilità e rilancio al Servizio Sanitario Nazionale italiano.

2. Il Servizio Sanitario Italiano (SSN): caratteristiche e analisi di contesto

Sono tante le sfide che il nostro sistema sanitario deve affrontare per non soccombere e per cercare di garantire servizi sanitari pubblici e di alto livello sull'intero territorio nazionale. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – così come altri Sistemi Sanitari – non è più sostenibile nella configurazione attuale, in quanto sussistono diverse circostanze che tendono a minarne la stabilità:

- aumento dell'aspettativa di vita e del carico di malattie croniche. Si stima che entro il 2050 oltre 1/3 della popolazione UE avrà un'età superiore ai 60 anni e che in Italia saranno 74 le persone over 65 ogni 100 in età lavorativa (tra 24 e 64 anni)[1]; inoltre, attualmente più del 50% della popolazione ha una condizione di cronicità e la prevalenza di multi-cronicità continua ad aumentare. Sia l'aumentata aspettativa di vita che l'aumento della prevalenza delle patologie croniche erodono gli anni in buona salute e determinano crescenti costi (è stato stimato che le condizioni croniche più comuni costano ai Paesi dell'Unione Europea oltre 1 miliardo di euro l'anno, e si stima che entro il 2050 saranno di 6 miliardi di euro l'anno). Tra le malattie croniche sta aumentando sempre di più la prevalenza di disturbi psichiatrici quali la depressione mentre patologie infettive come l'HIV o la tubercolosi e l'antibiotico-resistenza rimangono sfide da dover fronteggiare;
- assistenza primaria debole e carente che finisce per determinare la storica prevalenza dell'ospedale e impedisce di costruire una moderna continuità dell'assistenza;
- obsolete strategie di prevenzione dei sistemi sanitari pubblici, basti pensare che nessuna Regione italiana riesce ad erogare il livello minimo di servizi di prevenzione;
- incrementata domanda di servizi dovuta al cambiamento demografico e alla transizione epidemiologica;
- inadeguata gestione dell'innovazione tecnologica (e della ricerca pubblica/privata): le tecnologie hanno contribuito al miglioramento dell'aspettativa di vita, basti pensare ai farmaci immunologici che si trovano nella maggior parte delle strutture assistenziali, anche periferiche;
- differenziazione professionale inadeguata alle circostanze attuali e alle necessità assistenziali.

Questa serie di criticità si inserisce in un contesto in continua evoluzione in cui le tecnologie informatiche predomineranno sempre di più grazie alla cartella informatizzata che da un lato permetterà la centralizzazione dei dati e dall'altro una migliore gestione del paziente grazie alla condivisione con altri

[1] OECD (2017), Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, Paris. Disponibile su: http://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en. Ultimo accesso il 07 Febbraio 2018.

operatori professionali e la possibilità di seguire il paziente da remoto (*e-Health* e telemedicina). Al contempo, essendoci una maggiore libertà nella fruizione delle informazioni – spesso non veicolata da fonti istituzionali e dovuta al sopravvento di internet – sono cambiate le esigenze dei pazienti che pretendono cure di qualità, rispetto della *privacy*, partecipazioni alle decisioni, adesione alle linee guida, accesso rapido ed equo, scelta del soggetto erogatore spesso dovuta alla necessità di una seconda opinione. Il cambiamento però interessa anche l'organizzazione sanitaria. Si sta provvedendo sempre di più all'accorpamento di più strutture assistenziali e all'integrazione di servizi prettamente sanitari con quelli sociali e socio-sanitari. Alla complessità dei percorsi di cura, al mantenimento di *outcome* di salute ottimali e al far fronte alla sostenibilità del sistema si deve però accompagnare un cambiamento nel sistema di remunerazione [7].

In un mondo così complesso anche la sanità deve pertanto cambiare e adeguarsi ai tempi che corrono. Se la sanità del XX secolo era centrata sui medici, quella del XXI secolo deve porre al centro del sistema il paziente, il quale è un soggetto attivo e non più passivo, sempre di più informato, che richiede da parte degli operatori non solo empatia, ma anche un coinvolgimento (*engagement*) nelle scelte di trattamento. Il cambiamento dell'organizzazione sarà fondamentale per assicurare una sanità ottimale. Se durante il secolo scorso essa veniva considerata come "ospedalocentrica" e burocratizzata, oggi bisogna considerare la sanità come un sistema di servizi, nato attorno a pazienti con una patologia o condizione e posti in rete di modo da abbattere l'attuale struttura a silos. Le scelte terapeutiche ed assistenziali dovranno essere guidate dalla conoscenza e dal valore così da contrastare in maniera oculata e non indiscriminata le inefficienze, tenendo conto degli esiti di salute (*outcome)* e non solo della produttività come nella sanità del XX secolo. Solo ponendo in essere tutta questa serie di misure trasformative potranno essere affrontate tutte le sfide già enunciate che stanno minando la stabilità del nostro SSN [8].

Qualsiasi "politica" o scelta in ambito sanitario dovrebbe essere guidata da prove e da dati scientifici. Ad esempio, in Inghilterra è stato approvato il bilancio dello stato tenendo conto della demografia e dell'epidemiologia del Paese [9].

Pertanto, la concretizzazione di modelli assistenziali di presa in carico della cronicità, gestione dell'acuzie e ottimizzazione dell'erogazione di una specifica terapia potrebbe essere coadiuvata dall'identificazione di diversi passi da intraprendere per organizzare l'assistenza in modelli ottimali di presa in carico:

1. Stratificazione e classificazione della popolazione;
2. Identificazione di coorti di pazienti omogenei (caratterizzati dal medesimo problema di salute avvertito come tale dal paziente);

3. Individuazione dei bisogni e del carico assistenziale associati a ciascuna coorte;
4. Determinazione degli esiti di salute rilevanti per ciascuna coorte da assicurare lungo un orizzonte temporale ben definito;
5. Monitoraggio e misurazione puntuale degli esiti di salute rilevanti per il singolo individuo;
6. Sviluppo di percorsi terapeutici assistenziali integrati tra i diversi *setting* di cura per favorire il raggiungimento di migliori esiti clinici per i pazienti.

La stratificazione della popolazione e la successiva identificazione di coorti di pazienti omogenee è la base del cosiddetto *disease management* che porta il sistema sanitario a ragionare sui pazienti affetti da una determinata patologia e sulla sua gestione integrata rivoluzionando il focus dell'assistenza che, ad oggi, è orientato sui servizi assistenziali erogati. In Italia esistono esempi regionali di stratificazione della popolazione da cui si potrebbe partire per implementare una stratificazione generale per patologia. La stratificazione e classificazione dei pazienti per patologia con criteri validi su scala nazionale costituirebbe il punto di partenza per andare a ragionare quali siano i bisogni assistenziali legati a ciascuna coorte e attivare percorsi assistenziali di presa in carico volti al raggiungimento di questi specifici esiti rilevanti. Successivamente, sulla base del raggiungimento dell'esito stesso, dovrebbe essere previsto un finanziamento che sia volto a remunerare tutte le prestazioni erogate nel percorso assistenziale integrato di gestione del paziente in modo tale da garantire una copertura finanziaria adeguata a sostenere il percorso stesso e, soprattutto, in modo tale da remunerare l'esito garantito al paziente, il valore a lui offerto e non più il servizio sanitario erogato.

3. Il significato e l'importanza del "valore" per il nostro SSN

Per affrontare tutte le sfide del nostro SSN, occorre riorganizzare il sistema tenendo in considerazione le esigenze di tutti gli stakeholder: dal cittadino al paziente, dal medico al direttore sanitario e generale, dal politico regionale a quello nazionale sino a considerare l'industria. Nonostante i punti di vista diversi, un unico aspetto accomuna le varie esigenze e va posto al centro. Tale aspetto è il valore, ed esso va conferito all'organizzazione del sistema sanitario che andrebbe pertanto considerata come una tecnologia da valutare. Il concetto di valore non deve riferirsi solo agli esiti di salute (*outcome)* relativi ai costi, così come definito dal Professor Michael Porter, ma deve tener conto di quanto bene le risorse siano distribuite a differenti gruppi di popolazione **(valore allocativo),** di quanto queste risorse siano appropriatamente usate per raggiungere risultati di salute, relativamente ad individui con specifici bisogni, presenti nella popolazione **(valore tecnico)** e di quanto questi risultati di salute siano allineati al sistema valoriale di ciascun individuo e alle sue preferenze **(valore personale)**. Come si può notare, le tre accezioni del valore rispecchiano le esigenze dei vari portatori di interesse riscontrati all'interno del Sistema Sanitario [10].

Per aumentare il valore per popolazioni e individui, la strategia da adottare consiste nell'ottimizzare il valore allocativo, trasferendo risorse da budget dove vi è evidenza di servizi utilizzati in maniera eccessiva e di scarso valore a budget per popolazione in cui vi è evidenza di servizi sotto-utilizzati o non utilizzati ovvero di mancanza di equità nell'accesso o nell'utilizzo degli stessi. La metodologia per aumentare il valore per popolazioni e individui si basa sull'ottimizzazione del valore tecnico attraverso lo sviluppo di sistemi basati sulla popolazione che:

- rispondano ai bisogni di tutti gli individui che li presentano, con i servizi specialistici rivolti a chi ne potrebbe beneficiare maggiormente;
- implementino l'innovazione ad alto valore che si basa sulla riduzione della spesa o di interventi ad un più basso valore;
- aumentino i tassi di interventi ad alto valore fondati sulla riduzione della spesa destinata ad interventi con valore più basso.

L'ottimizzazione del valore personale dovrà invece basarsi sul fatto che ciascun individuo riceva informazioni esaustive sui rischi e i benefici dell'intervento a lui offerto. Ciò che pertanto occorre è riorganizzare i sistemi sanitari attorno ad un malattia/condizione per massimizzare il valore per quelle popolazioni e quegli individui a cui essi si rivolgono. Essi, infatti, saranno basati su popolazioni con bisogni comuni e non incentrati su istituzioni, specialità o tecnologie.

I modelli assistenziali di presa in carico per patologia caratteristici di una sanità basata sul valore tipicamente coprono la gamma di servizi necessari alla gestione dell'intero percorso di cura e includono le cure primarie, le ospedalizzazioni, i servizi ambulatoriali e la fase post-acuzie. Ad oggi, ciascuna di queste fasi è spesso in capo a erogatori differenti, traducendosi in una duplicazione di servizi e in un'assistenza non integrata. L'ambito assistenziale a maggior consumo di risorse, cioè la gestione della cronicità, necessiterebbe invece di modelli assistenziali per percorso che favoriscano un trattamento complessivo e non più frammentato, coprendo in maniera integrata la fase diagnostica, la fase acuta e la fase di monitoraggio e *follow-up* della patologia cronica attraverso una forte integrazione tra strutture assistenziali o alla previsione di cliniche specifiche per patologia che possano seguire tutte le fasi necessarie alla cura di un paziente cronico in un unico *setting*. Oltre all'ambito di gestione della cronicità, bisognerebbe prevedere modelli assistenziali che siano volti all'ottimizzazione della gestione di episodi di cura in acuto che presuppongono un periodo di remissione in uno specifico breve orizzonte temporale. Il modello assistenziale di presa in carico dell'episodio di cura dovrebbe prevedere una visione integrata delle fasi di pianificazione della gestione dell'episodio stesso, ospedalizzazione, erogazione di un trattamento preciso e follow-up nella fase post-acuta, fino al ripristino della condizione di base di salute del paziente assistito.

Tuttavia, questa analisi poggia su una considerazione: la sanità, oggi, si caratterizza per essere organizzata in maniera opposta ad un sistema. Un sistema per essere definito tale dovrebbe raggruppare un gruppo di attività con finalità comuni, misurabili e confrontabili con standard, che subiscono una revisione periodica a causa dell'evolversi delle conoscenze scientifiche. Tali finalità dovranno essere portati a termine da individui e strutture organizzative in rete tra loro, abbandonando pertanto la logica dei silos. Dunque, un paziente che presenterà una data condizione e dovrà ricevere una serie di interventi sanitari specifici per quella patologia, dovrà ricevere le prestazioni seguendo uno specifico percorso all'interno del network creatosi. Un insieme di sistemi con budget e cultura comuni andrà a costituire i programmi. Il cambiamento organizzativo dovrà essere affiancato anche da un cambiamento nella definizione di assistenza. Non bisognerà più distinguere l'assistenza in primaria, secondaria e terziaria - ovvero sulla base di *setting* assistenziali e complessità di tecnologie da utilizzare – ma dovendo essere centrata sul paziente dovremo distinguerla in: auto-trattamento, assistenza informale, assistenza non specialistica e assistenza specialistica. Inoltre, al fine di erogare assistenza ad alto valore, personalizzata e basata sulla popolazione, sarà necessario tener conto e raccogliere i frutti della rivoluzione digitale attualmente in atto, della codifica del genoma umano con tutte le sue implicazioni, della necessità di prendere decisioni basate sull'evidenza e di instaurare una cultura collaborativa tra i diversi professionisti sanitari [11].

4. La Value Agenda per l'Italia

Come è stato precedentemente descritto, tutti i sistemi sanitari stanno fronteggiando costi crescenti a fronte di una qualità dell'assistenza che non sempre è la migliore. Nonostante diversi sforzi nel ridurre le inefficienze e gli errori, nell'attenersi alle linee guida, nell'implementare la tecnologia informatica per la registrazione dei dati sussistono ancora numerose difficoltà che ciascun sistema sanitario continuamente affronta. Ciò che appare necessario è quindi una strategia univoca che abbia come scopo principale quello di porre il valore al centro, cercando di soddisfare le necessità di tutti gli *stakeholder*, in primis i pazienti.

Ciò che occorre massimizzare, infatti, è il valore per i pazienti. Bisogna organizzare il sistema attorno ai bisogni dei pazienti e non attorno alle specialità o alle tecnologie, focalizzarsi sui risultati di salute ottenuti e non su volumi e redditività dei servizi erogati. L'aumento della produttività, da solo, non persegue gli interessi dei pazienti, in quanto essa dipende dall'aumento dei volumi che non sempre si accompagnano a interventi sanitari efficaci e di alta qualità. È per questo che è ormai necessario oltrepassare la logica dei silos, superare la frammentazione dei servizi e riorganizzare un sistema integrato in cui i servizi per quella data patologia/condizione vengono concentrati in strutture adeguate in grado di erogare assistenza ad alto valore. Occorre ugualmente una strategia che permetta di superare la pressione per il contenimento dei costi, pensando ed introducendo nuovi modelli di finanziamento che non considerino più la singola prestazione, ma la *performance* e i risultati ottenuti.

La strategia che permetterà di superare la crisi dei nostri sistemi sanitari, di trasformarli in sistemi in grado di erogare assistenza ad alto valore, prende il nome di **value agenda**. Dovremo abbandonare pertanto le vecchie logiche organizzative, di una sanità:

- organizzata per specialità dove non è assicurata è la centralità del paziente;
- le cui valutazioni spesso non tengono conto del punto di vista del paziente;
- dove si ragiona per tariffe a prestazione e non per costi relativi ad un singolo processo di cura;
- dove sussistono duplicazioni dello stesso servizio con annesse conseguenze (aumento della spesa) o al contempo frammentazione dei servizi che determina insoddisfazione del paziente e aumento dei costi diretti ed indiretti;
- dove la logica dei silos è applicata anche ai sistemi informatici che spesso non sono interoperabili.

Al fine di realizzare la value agenda è necessario che vengano implementate una serie di azioni e interventi che rientrano nelle seguenti sei dimensioni:

1. organizzazione delle unità di assistenza integrate (Integrated Practice Units – IPUs);
2. misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente;

3. riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza, implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*);
4. integrazione dell'assistenza nonostante strutture istituzionalmente separate;
5. superamento del limite geografico;
6. costruzione di una piattaforma informatica efficace.

1. *Organizzazione delle unità di assistenza integrate (Integrated Practice Units – IPUs).*

L'assistenza deve essere organizzata attorno ai bisogni dei pazienti, e quindi attorno a condizioni o patologie, e non a specialità o tecnologie. Tutto ciò per superare la logica dei silos e, soprattutto, per massimizzare il valore per il paziente contribuendo al raggiungimento di risultati di salute ottimali che dovranno essere allineati al sistema valoriale di ciascun individuo (valore personale). Inoltre, tale riorganizzazione dovrà tenere conto della distribuzione delle risorse a differenti gruppi di popolazione (valore allocativo) e di come esse vengono appropriatamente usate (valore tecnico). Nelle IPU deve estrinsecarsi l'intero processo di assistenza del paziente, che non tenga conto solo della componente clinico-terapeutica, ma fornisca un supporto a 360 gradi anche con attività di *counseling*, educazione e di *engagement* del paziente. A tal proposito, i professionisti che ne prenderanno parte dovranno essere sia i medici che i professionisti sanitari impiegati nell'intero processo di cura.

2. *Misurazione dei risultati e dei costi per ciascun paziente.*

Nella misurazione della qualità dell'assistenza basata sul valore, occorre tenere conto degli esiti di salute (*outcome*) che interessano i pazienti in quanto posti al centro del sistema. Al giorno d'oggi si tendono a misurare quegli aspetti facilmente controllabili dai *provider* (prevalentemente output) o per cui esistono degli indicatori clinici oggettivi. Gli *outcome* misurabili in un sistema assistenziale ad alto valore possono essere suddivisi in tre classi che tengono conto dello stato di salute raggiunto o mantenuto, del tipo di processo assistenziale intrapreso e della fase di convalescenza, e della sostenibilità della salute ottenuta e quindi delle conseguenze a lungo termine del trattamento.

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) rappresenta certamente un punto di partenza importante per la misurazione degli esiti. Come già accennato precedentemente, gli esiti monitorati dal PNE si concentrano principalmente su indicatori di processo dell'assistenza, volumi di attività e indicatori di ospedalizzazione che sono utili per rivelare l'efficienza manageriale delle strutture, ma che danno informazioni sul reale

percorso di cura intrapreso dal paziente solo in maniera parziale. Un completo e puntuale monitoraggio degli esiti prevede sia misurazioni dei processi, ma soprattutto valutazioni relative agli esiti di salute.

Pertanto, il monitoraggio degli indicatori di processo intrapreso grazie al PNE dovrebbe potersi integrare con strumenti di analisi e monitoraggio degli esiti di salute osservati nella reale pratica clinica in modo da valutare la qualità assistenziale e incentivare i diversi erogatori a perfezionarsi e adottare buone pratiche nella presa in carico della popolazione, producendo un ulteriore miglioramento del valore.

Gli esiti di salute da monitorare potrebbero essere i seguenti:

- *Esiti strettamente clinici*

Valutano se la terapia erogata abbia dimostrato l'esito atteso, rispondendo alle aspettative iniziali e potrebbero essere a loro volta suddivisi in indicatori di:

  - marker clinici
  - complicanze acute
  - eventuali recidive e relative complicanze
  - mortalità, morbosità e comorbosità

- *Esiti funzionali e relativi alla qualità della vita*

Forniscono informazioni circa le funzionalità del paziente in seguito al trattamento, indicando se l'andamento delle funzionalità segua quanto ci si era aspettato prima di intraprendere la terapia specifica. Potrebbero essere declinati a loro volta in indicatori di:

  - livelli generali dell'attività fisica
  - valutazione di esperienza (PREMs) e outcome (PROMs) riferiti[2]

Nell'ottica di individuare *outcome* standardizzati e globalmente riconosciuti, è stato fondato l'ICHOM (International Consortium for Health Outcome Measurement) con lo scopo di sviluppare e definire un

[2] PROMs è l'acronimo di Patient-Reported Outcome Measures, ovvero misure di esito riportate dal paziente; PREMs è l'acronimo di Patient-Reported Experience Measures, strumenti standardizzati che vengono utilizzati per catturare l'esperienza complessiva del paziente in ambito sanitario attraverso *score* di soddisfazione e qualità percepita.

set minimo di *outcome* per patologia, di condividere le buone pratiche relativamente alla raccolta, alla verifica e al *reporting* di dati clinici necessari alla definizione degli esiti di salute.

Nell'ottica di contenere i costi erogando un'assistenza ad alto valore, è necessario misurarare tali costi per ciascun paziente sulla base del livello di avanzamento della patologia. Occorre però considerarli all'interno dell'intero processo assistenziale così da quantificare le spese per le risorse impiegate, il personale, la tecnologia impiegata, il costo dell'IT, etc.

3. Riorganizzazione delle modalità di finanziamento dell'assistenza, implementazione dei bundled payment.

Si è visto che nessuno dei modelli di finanziamento principalmente impiegati aumenta il valore dell'assistenza. La miglior modalità di finanziamento per un'assistenza di valore è rappresentata dai cosiddetti *bundled payments*, ovvero finanziamenti che coprono un intero ciclo di assistenza per le patologie acute, l'assistenza complessiva per un periodo definito per le patologie croniche o servizi di tipo preventivo per una specifica popolazione di pazienti. I finanziamenti *bundled* vengono pertanto definiti sulle necessità specifiche dei singoli pazienti, prevedendo degli incentivi qualora si raggiungessero risultati di salute oltre le aspettative.

4. Integrazione dell'assistenza nonostante strutture separate.

Al fine di eliminare la frammentazione e la duplicazione dei servizi e, quindi, di ottimizzare l'assistenza erogata, occorrerebbe riorganizzare i servizi da erogare in maniera integrata attraverso la definizione di uno scopo comune per quei servizi (da organizzare, infatti, attorno ad uno specifico problema di salute/condizione medica), la concentrazione dei volumi in poche strutture, scegliendo la struttura migliore per ciascun servizio da erogare e costruendo per i pazienti dei percorsi tra i vari servizi affinché l'assistenza erogata si presenti altamente integrata.

5. Superamento del limite geografico.

Poiché la costruzione di ospedali periferici, altamente equipaggiati e ricchi di tecnologie all'avanguardia, non rappresenta una modalità per erogare assistenza ad alto valore, occorre ripensare le strutture sanitarie, che non erogano assistenza di base, con una logica che oltrepassi i limiti geografici. Tra le modalità che possono contribuire a superare il limite geografico si riscontrano il modello *hub&spoke* e la messa in rete

dei vari provider, cosicché si condividano le stesse strutture evitando duplicazioni di servizi o difficoltà nell'accesso da parte dei pazienti.

6. *Costruzione di una piattaforma informatica efficace.*

Le precedenti componenti possono essere implementate con successo se ci si dota di una piattaforma informatica di supporto che non sia organizzata con la logica dei silos, ma sia trasversale e plurifunzionale. Essendo incentrata sui pazienti, essa dovrà raccogliere dati provenienti dai vari servizi e per l'intero ciclo di cura. L'aggregazione dovrà essere basata sui pazienti e non sulle specialità o sui dipartimenti. Tale piattaforma dovrà adottare un linguaggio univoco per tutte le tipologie di dati da registrare e allo stesso tempo comprensibile da tutti i diversi professionisti che avranno in cura quel dato paziente. La piattaforma dovrà essere facilmente accessibile e fruibile dai diversi professionisti e dovrà essere dotata di *template* che permetteranno di programmare e standardizzare tutti i processi. Inoltre, l'architettura della piattaforma dovrà prevedere che l'estrazione dei dati avvenga in maniera semplice. Tali componenti appaiono distinte ma si rinforzano a vicenda. L'organizzazione in Unità di Assistenza Integrata (IPU) rende ottimali le misurazioni dei risultati di salute e dei costi. Una migliore valutazione di *outcome* e costi facilita la definizione dei finanziamenti *bundled* e una piattaforma informatica comune induce collaborazione e coordinamento all'interno dei team assistenziali, ed al contempo facilita l'estrazione, la valutazione e il reporting di *outcome* e dati.

5. Sessione di lavoro con il Prof. Michael E. Porter

5.1 Metodologia

Durante la sessione di lavoro con il Prof. Michael Porter è stato somministrato ai partecipanti all'incontro un questionario semi-strutturato per esplorare, attraverso analisi percettiva, il grado del nostro sistema sanitario alla sfida della Value Based Health Care.

Nel particolare, i partecipanti sono stati invitati a riflettere su:

a) propria percezione/valutazione della *readiness* di ogni singola dimensione in analisi, riferita al contesto del nostro Servizio Sanitario Nazionale, rispetto alle sfide della Value Based Health Care e con particolare riferimento a tre macro-aree:
    a. misurazione di *outcome* e costi
    b. processo di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria
    c. organizzazione e infrastruttura
b) percezione, riferita al proprio ruolo e/o alla prospettiva della categoria rappresentata, della complessità della sfida rappresentata da ogni singola componente della "Value Agenda" del Prof. Michael Porter per il SSN italiano.
c) insegnamenti pratici per implementare il cambiamento dettato dalla Value Agenda
d) cambiamenti prioritari necessari per garantire sostenibilità e rilancio al SSN italiano
e) inserimento di ulteriori dimensioni utile alla transizione verso la *VBHC,* non considerate nella schematizzazione del Prof. Michael Porter

Per l'analisi del punto a) i rispondenti sono stati invitati a rispondere secondo 5 categorie preimpostate e riferite al modello di valutazione complessiva del livello di *compliance* e *capability* di un'organizzazione, applicato alla valutazione del livello di possibile aderenza dei dettami della *Value Based Health Care* al contesto del Servizio Sanitario Nazionale italiano (cfr. allegato al punto 5.3).

Per l'analisi del punto b) i rispondenti sono stati invitati a rispondere inserendo nel riquadro accanto a ciascuna dimensione della figura della "Value Agenda" un valore da 1 a 10 (dove 1 identificava una realtà già acquisita e 10 una sfida difficile che necessità di tempo e sforzi per realizzare la trasformazione).

L'analisi dei punti c), d) ed e) è stata lasciata all'esplorazione di domande aperte per raccogliere ulteriori feedback dai partecipanti all'incontro.

5.2 Risultati

I questionari sono stati compilati da trentadue (32) rispondenti appartenenti alle seguenti categorie:

- Istituzioni
    - Ministero della Salute
    - Istituto Superiore di Sanità
- Accademia
    - Università pubbliche
    - Università private
- IRCCS
- Società scientifiche mediche
- Organizzazioni professionali mediche (inclusa la medicina generale)
- Top management di aziende sanitarie
- Aziende private
- Associazioni di pazienti e cittadini

Secondo l'analisi dei risultati delle risposte fornite al punto a) del questionario (cfr. Grafico 1) nessuna dimensione può considerarsi del tutto mancante di capacità (*no capacity*) ma, allo stesso modo, nessuna raggiunge un livello di capacità dimostrata (*demonstrated capacity*) e capacità sostenibile (*sustainable capacity*). Si registra una percezione diffusa circa la presenza di progettualità/attività nazionali e/o regionali con riferimento all'obiettivo specifico, con evidenza di implementazione dello stesso/degli stessi, ma in assenza di feedback strutturati sui risultati prodotti (*developed capacity*). Utile sottolineare come due dimensioni in particolare ("costo per patologia per singolo paziente" e "public reporting per popolazione") sia risultate omogeneamente identificate come di limitata capacità (*limited capacity*).

Alla luce di quanto sopra esposto, l'analisi del punto b) del questionario risulta particolarmente interessante in quanto, in base al ruolo e/o alla prospettiva della categoria rappresentata dal rispondente, sono state analizzate questa volta le specifiche dimensioni componenti la "Value Agenda" identificabili come le sfide più grandi (ovvero più complesse) per la sanità italiana. In questo caso (cfr. Grafico 2, rappresentazione della percezione media) le sfide più complesse risultano essere i) il passaggio delle modalità di remunerazione per tariffe per prestazione o per pacchetti di prestazione (es. *DRGs*) alle tariffe per percorso integrato e strutturato di cura (es. *bundled payments*) e ii) la creazione di una piattaforma informatica integrata capace di trasformare dati di outcome in informazione e fungere così da cruscotto per supportare le decisioni.

Grafico 1 – Analisi della percezione del livello di *compliance* e *capability* di un'organizzazione, applicato alla valutazione del livello di possibile aderenza dei dettami della *Value Based Health Care* al contesto del SSN italiano. Valore medio per categoria.

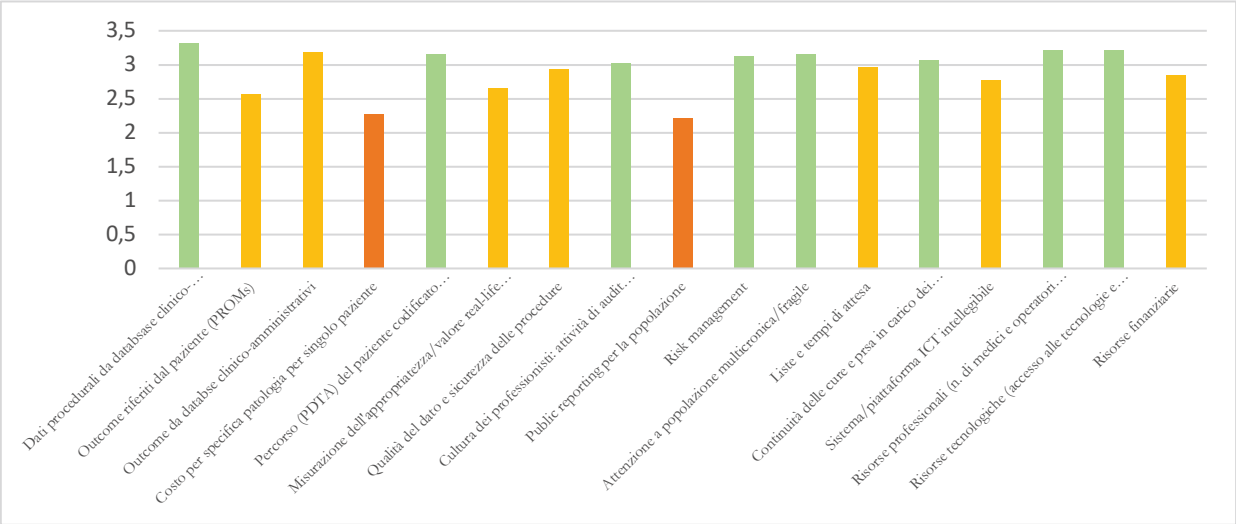
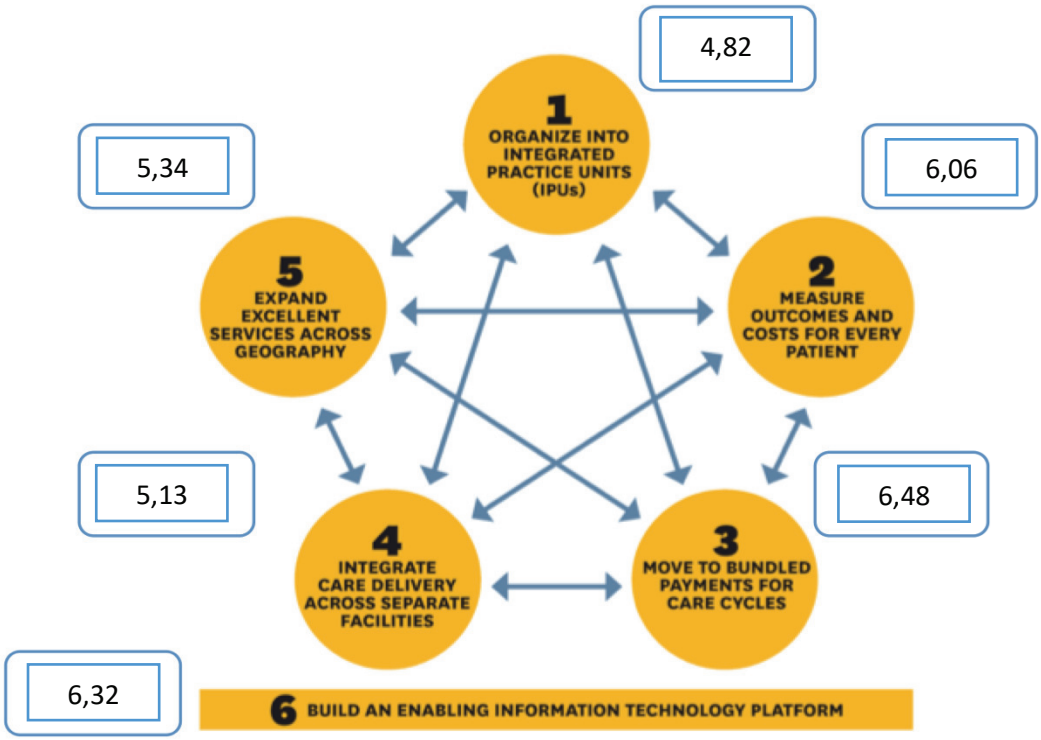


Grafico 2 – Percezione, riferita al proprio ruolo e/o alla prospettiva della categoria rappresentata, della complessità della sfida rappresentata da ogni singola componente della "Value Agenda" per il SSN italiano. Valore medio per categoria (estremi da 1 a 10).



In riferimento all'inserimento di ulteriori dimensioni utili alla transizione verso la *VBHC,* non considerate nella schematizzazione del Prof. Michael Porter, menzione particolare va riservata alla "Cultura e Leadership". Ciò è importante in quanto identifica la consapevolezza della necessità di lavorare a livello formativo e di educazione continua per lo sviluppo di competenze di *leadership* e *change management* tra i medici e i professionisti sanitari. Se l'obiettivo è la trasformazione, infatti, i professionisti devono essere in grado di prevedere e comprendere i mutamenti ponendosi in sintonia con i decisori; a loro il compito, allo stesso modo, di creare visione e una chiara strategia in modo da decidere come agire oggi basandosi sulla visione che si ha del futuro.

Per quanto riguarda il punto d), riferito agli insegnamenti pratici per implementare il cambiamento dettato dalla "Value Agenda" presentata dal Prof. Michael Porter, tra le varie risposte raccolte dai 32 questionari compilati vengono evidenziate le seguenti:

Insegnamenti pratici per implementare il cambiamento dettato dalla "Value Agenda"
"Valore come metodo scientifico capace di considerare nella sua interezza la persona"
"Sviluppo di piattaforme specifiche IT"
"Priorità alla riduzione delle inefficienze all'interno dei servizi"
"Sfoltire sanità da legacci giuridici non utili al paziente (privacy)"
"Condivisione di dati ed esperienze tra enti e organizzazioni diversi attraverso il lavoro in rete"
"Abbattere i silos, programmare orizzontalmente per percorso e ragionare per problemi di salute in ottica di popolazione"
"Integrazione tra silos della sanità e del livello socio-assistenziale"
"Lavoro multi-professionale, abbattimento degli steccati e nuove competenze (es. medicina generale)
"Cost accounting & Outcome measurement"

Dalle risposte emerge la necessità di una riorganizzazione del sistema in cui al centro vi sia il paziente e che, quindi, preveda: il superamento della logica a silos per una logica orizzontale in cui l'assistenza al paziente sia caratterizzata da integrazione, multi- e inter-disciplinarietà; la valutazione di outcome e lo sviluppo di piattaforma per la condivisione di dati.

Per quanto riguarda il punto e), riferito ai cambiamenti prioritari necessari per garantire sostenibilità e rilancio al SSN italiano, tra le varie risposte raccolte dai 32 questionari compilati vengono evidenziate le seguenti:

Cambiamenti prioritari necessari per garantire sostenibilità e rilancio al SSN italiano
"Cambiamento culturale e attenzione prioritaria all'ottica del cittadino"
"Formazione maggiormente ancorata alla ricerca, integrazione reale Università, Ospedale e Territorio"
"Garantire piattaforme ICT capaci di garantire la visione dei dati ai professionisti in tempo reale (es. condizione dei risultati raggiunti, criticità in atto, costi)"
"Introduzione incentivi per promuovere gli investimenti tecnologici ad alto valore"
"Remunerazione del percorso integrato di cura nel suo complesso, superamento della logica del rimborso delle prestazioni"
"Favorire la creazione di un quadro logico nazionale, promosso da Ministero e ISS, su cui organizzare i servizi regionali"
"Promuovere il Public Reporting come garanzia di trasparenza e accountability"
"Implementazione rapida e reale del Piano Nazionale Cronicità"

Anche dalle risposte a questa domanda emerge chiaramente come una riorganizzazione del Sistema sia alla base della sua trasformazione in ottica *value-based*. Punti cardine di tale riorganizzazione appaiono, pertanto, lo sviluppo di un'assistenza *patient-centered* e integrata, la riformulazione delle modalità di rimborso con superamento di quelle basate sulle singole prestazioni, lo sviluppo di piattaforme ICT e l'implementazione di attività di *public reporting* al fine di garantire trasparenza e *accountability*.

6. Conclusioni

L'implementazione delle dimensioni dell'agenda per una sanità di valore (*Value Based Health Care*) rappresenta un impegno che implica in primis un cambio culturale di tutti gli stakeholder, una forte leadership e collaborazione tra i vari professionisti e i diversi soggetti operanti in sanità, in primis i cittadini.

Il sistema sanitario italiano può considerarsi un laboratorio di eccezione in quanto è caratterizzato dalla presenza del Servizio Sanitario Nazionale, sistema universalistico a spiccata trazione pubblica (oltre il 70% della spesa), dove sono i decisori e i professionisti ad avere la responsabilità di i) ottimizzare il valore allocativo, riducendo le inefficienze e strutturando metodologie *evidence-based* per supportare la decisione, ii) ottimizzare il valore tecnico-professionale, incentivando la collaborazione con i professionisti e iii) promuovere il valore personale. In questa sfida sono istituzioni quali Ministero, AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), ISS (Istituto Superiore di Sanità), AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) e INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà) a rappresentare una risorsa e una garanzia per il "sistema" ma non va sottovalutato il ruolo dei singoli professionisti. [13,14]

Per prima cosa occorre identificare le sfide e i bisogni di salute della popolazione, ma anche le necessità trasformative per intervenire in modo appropriato sui servizi. Una volta che questi fattori vengono identificati, bisogna proporre soluzioni con l'ottica di migliorare le performance dei vari sistemi, identificando le modalità più efficaci di organizzare, gestire, finanziare ed erogare assistenza ad alto valore, sostenibile ed equa a tutti i cittadini.

Per fare in modo che ci sia condivisione e unanimità a livello internazionale sull'agenda per i servizi e la ricerca sanitaria, è stato varato da qualche mese un progetto a livello internazionale (To-Reach – https://to-reach.eu), di cui l'Istituto Superiore di Sanità è il capofila [15]. Lo scopo del progetto è proprio quello di identificare in primis nuove soluzioni atte a rispondere alle sfide crescenti, e di capire se tali soluzioni possono essere implementate e trasferite in altri *setting*. La sanità del futuro deve cambiare paradigma, spostando l'attenzione sul paziente, focalizzandosi sul valore da raggiungere e sulle inefficienze da combattere.

Le sfide della nostra epoca necessitano di essere affrontate con un'opera di trasformazione, piuttosto che con una difficile quanto complessa semplice crescita. Le soluzioni operative per il rilancio e la crescita del SSN in un'ottica *value-based* ricalcano la necessità di cambiare paradigma e le proposte già evidenziate dai partecipanti alla sessione di lavoro con il Professor Porter attraverso i questionari.

Le azioni a cui tutti gli stakeholder saranno pertanto chiamati si configurano in:

- **Riorganizzazione del sistema attorno al paziente**, in cui i servizi si presentano in maniera integrata sia rispetto alle discipline (multi- e inter-disciplinarietà) che ai settori (ad esempio settore sanitario vs sociale) nel corso di tutta la durata del trattamento;
- **Misurazione sistematica di esiti di salute e costi**;
- **Riformulazione delle modalità di finanziamento** dell'assistenza che superino la logica del rimborso a prestazione e considerino l'intera durata del trattamento (es. *bundled payments)*;
- **Diffusione sistemica e comparazione strutturata dei risultati delle buone pratiche organizzativo-gestionali;**
- **Implementazione di piattaforme informatiche** per la condivisione dei dati e sviluppo della cultura della **Clinical Intelligence.**

Alcune sfide appaiono maggiori di altre, ma sicuramente la percezione dei partecipanti all'incontro è quella che esista – almeno nelle loro realtà lavorative – una limitata o in parte sviluppata capacità del nostro SSN di rispondere alla sfida della sostenibilità e della qualità dell'assistenza in un'ottica *value-based*. Sarebbe auspicabile che i dettami della *Value-Based Care* divengano patrimonio della maggior parte degli *stakeholder* (*policy maker*, aziende, manager, clinici, pazienti) attraverso azioni di formazione, ma anche di diffusione e condivisione delle *best practice*. A tal proposito, i professionisti della sanità pubblica possono svolgere un ruolo chiave nell'indirizzare i vari stakeholder nella corretta direzione, in grado di conciliare i bisogni di popolazione con le risorse a disposizione nei singoli contesti sanitari.

Pertanto, le valutazioni sanitarie dovranno tener conto del concetto della triplice "declinazione del valore" (allocativo, tecnico e personalizzato), elemento essenziale per poter trasformare i sistemi sanitari non solo attraverso una riorganizzazione politico-amministrativa, ma anche attraverso un processo sistematico che permetta di affrontare con successo la "tempesta perfetta" determinata dalle criticità elencate in precedenza. Appare, pertanto, di fondamentale importanza l'utilizzo adeguato dei dati a disposizione riguardanti l'epidemiologia, i costi, il fabbisogno delle risorse e le valutazioni delle tecnologie a disposizione o da implementare.

Oltre il *commitment* dei singoli, quali manager, aziende e professionisti sanitari, appare fondamentale un'azione di sistema che coinvolga in primis le Istituzioni nazionali. Ci si auspica che il Ministero della Salute, come ha sottolineato più volte, faccia fronte alle istanze di trasformazione del SSN e lavori di concerto con le principali Istituzioni sanitarie (ISS, AIFA e AgeNaS) e non sanitarie come ad esempio l'INPS (Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale), mettendo a disposizione dei ricercatori i dati

(sanitari e previdenziali) necessari per elaborare scenari a supporto della programmazione di sistemi, reti e percorsi di assistenza per patologia con specifico budget, facilitando l'analisi marginale in fase di allocazione recuperando, ad esempio, le risorse economiche da fondi previdenziali a quelli sanitari allo scopo di garantire sostenibilità e qualità all'interno del SSN.

Solo quando si allineeranno visioni, abilità professionali, incentivi, risorse e strategie sarà possibile il cambiamento per un sistema complesso quale quello sanitario.

7. Bibliografia

1) Wennberg J, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. Science 1973 Dec 14;182(117):1102-8.

2) Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2017). *Rapporto Osservasalute 2016*. Available at: https://osservatoriosullasalute.it

3) Smith, P. C., & Papanicolas, I. (2012). *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. World Health Organization Regional Office for Europe.

4) Porter, ME. (2010). What is value in health care? New England Journal of Medicine, 363(26), 2477-2481.

5) Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev, 89(9), 46-52.

6) Gray, J. A. (2013). The shift to personalised and population medicine. The Lancet, 382(9888), 200-201.

7) Saltman RB. (2018). The impact of slow economic growth on health sector reform: a cross-national perspective. Health Economics Policy and Law

8) Silenzi A. (2017) Value based Healthcare as a solution for the future of publicly funded healthcare systems. Epidemiology Biostatistics and Public Health - 2017, Volume 14, Number 4

9) Office for Budget Responsibility. Economic and Fiscal Outlook. 2017. Presented to Parliament by the Exchequer Secretary to the Treasury by Command of Her Majesty. Available at: http://obr.uk/docs/dlm_uploads/Nov2017EFOwebversion-2.pdf

10) Gray JAM, Jani A. (2016). Promoting Triple Value Healthcare in Countries with Universal Healthcare. Healthc Pap. 2016;15(3):42-8.

11) Gray JAM. BVHC Essentials—Essential Books for Systems. Available at: https://www.bettervaluehealthcare.net/wp-content/uploads/2017/05/Essential-glossary-for-systems_v2.pdf

12) Porter ME, Lee TH. (2013). The Strategy that will fix healthcare. Harvard Business Review. Available at: https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care

13) Academy of Medical Royal Colleges. 2014. Protecting resources, promoting value: a doctor's guide to cutting waste in clinical care. Available at: https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Protecting_Resources_Promoting_Value_1114.pdf.

14) Gray JAM. A culture of stewardship: the responsibility of NHS leaders to deliver better value healthcare. Available at: http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/NHS-DoV-Briefing-Document_WEB.pdf

15) To-Reach. (2017). Available at: https://to-reach.eu

8. Allegati (Questionario ed elenco partecipanti)

Caro Partecipante,
Grazie ancora per la Sua partecipazione alla working session *'Value-Based Health Care (VBHC): The Value Agenda for Italy'*

L'obiettivo della working session è di contribuire collaborativamente alla definizione di una Value (Based Health Care) Agenda per l'Italia, commentare il percorso e i passi attesi. Per assicurare un utilizzo ottimale del tempo siamo a chiederVi di rispondere brevemente alle 4 domande di seguito elencate.

La *conditio sine qua non* per migliorare è conoscere il contesto in cui si opera, comprendere il punto di partenza dal quale ci si muove. La preparazione e/o la disponibilità di un'organizzazione per iniziare a operare per un'assistenza sanitaria basata sul valore va valutata accuratamente e criticamente in base a una serie completa di criteri che riflettono le caratteristiche di un'organizzazione in rapporto ai dettami della Value Based Health Care.

Domande

1. In base al suo ruolo e/o alla prospettiva della categoria che rappresenta le chiediamo di inserire la sua percezione/valutazione (in una scala **da 1 a 5** secondo la legenda sotto esplicitata) rispetto alla preparazione/readiness di ogni singola dimensione in analisi, riferita al contesto del nostro Servizio Sanitario Nazionale, rispetto alle sfide della Value Based Health Care.

Misurazione di *outcome* e costi	Dati procedurali da database clinico-amministrativi	
	Outcome riferiti dal paziente (PROMs)	
	Outcome da database clinico amministrativi	
	Costo per specifica patologia per singolo paziente	
	Percorso (PDTA) del paziente codificato (mappatura procedurale)	
	Misurazione dell'appropriatezza/valore real-life del percorso del paziente	
	Qualità del dato e sicurezza delle procedure	
Processo di miglioramento della qualità dell'attività sanitaria	Cultura dei professionisti: attività di audit clinico intra-aziendale e all'interno della rete clinica	
	Public reporting per la popolazione	
	Risk management	
	Attenzione a popolazione multicronica/fragile	
	Liste e tempi di attesa	
	Continuità delle cure e presa in carico dei pazienti con multimorbosità e fragilità	
Organizzazione e infrastruttura	Sistema/piattaforma ICT intellegibile	
	Risorse professionali (n. di medici e operatori adeguati alle necessità)	
	Risorse tecnologiche (accesso alle tecnologie e procedure più adeguate in rapporto al bisogno del professionista e/o paziente)	
	Risorse finanziarie	

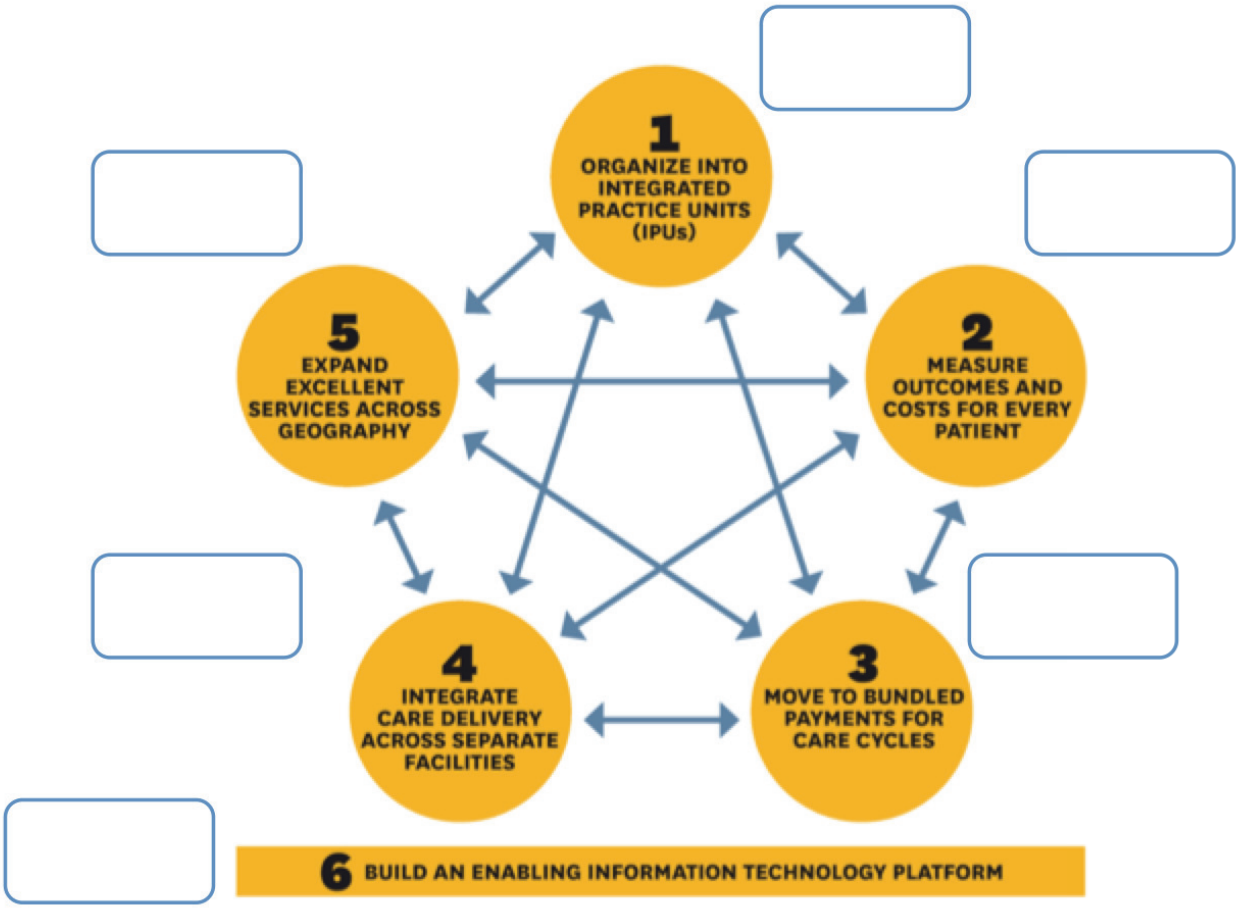
Tabella 1 - Modello di valutazione complessiva del livello di *compliance* e *capability* di un'organizzazione, applicato alla valutazione del livello di possibile aderenza dei dettami della *Value Based Health Care* al contesto del Servizio Sanitario Nazionale italiano

	Compliance del Servizio Sanitario Nazionale italiano con i dettami della Value Based Health Care
No Capacity – 1	**Assenza di progetti/attività** con riferimento all'obiettivo specifico
Limited Capacity – 2	**Presenza di almeno un progetto/attività** nazionale e/o regionale con riferimento all'obiettivo specifico, ma in assenza di evidenza di implementazione dello stesso
Developed Capacity – 3	Presenza di almeno un **progetto/attività** nazionale e/o regionale con riferimento all'obiettivo specifico, con **evidenza di implementazione dello stesso/degli stessi,** ma in assenza di feedback strutturati sui risultati dello stesso
Demonstrated Capacity – 4	Presenza di almeno un **progetto/attività** nazionale e/o regionale con riferimento all'obiettivo specifico, con evidenza di implementazione dello stesso/degli stessi e **presenza di feedback sui risultati dello stesso**
Sustainable Capacity – 5	Presenza di almeno un **progetto/attività** nazionale e/o regionale con riferimento all'obiettivo specifico, con evidenza di implementazione dello stesso e presenza di feedback sui risultati del/dei **progetti con evidenza misurabile di GOOD PRACTICE**

Fonte: Adattato per lo scopo dal modello Joint External Evaluation (WHO)

2. Alla luce di quanto fatto esposto nell'esercizio 1, in base al suo ruolo e/o alla prospettiva della categoria che rappresenta le chiediamo di identificare le componenti della "Value Agenda" che si configurano, a suo giudizio, come le sfide più grandi (ovvero più complesse) per la sanità Italiana.

   Per farlo inserisca nello specifico riquadro accanto a ciascuna dimensione un valore da 1 a 10 (dopo 1 identifica una realtà già acquisita e 10 una sfida difficile che necessità di tempo e sforzi per realizzare importanti trasformazioni).



Ritiene necessario inserire un'ulteriore dimensione utile alla transizione verso la VBHC non considerata nella figura di cui sopra? Specificare quale:

_____

_____

3. Quali sono i due insegnamenti pratici per stimolare l'implementazione di politiche/progettualità VBHC che raccomanderebbe ai suoi colleghi?

1. 2.

4. Quali due cambiamenti prioritari nel nostro SSN accelererebbero una sua trasformazione in un'ottica *value–based*?

1. 2.

Elenco dei partecipanti all'evento "The Value Agenda for Italy - Le soluzioni operative della Value Based Health Care in Italia per rilancio e crescita del Servizio Sanitario Nazionale" – 8 novembre 2017, Milano.

COGNOME	NOME	AFFILIAZIONE
BANFI	Giuseppe	Gruppo San Donato
BENETTI	Giampiero	FISM
BIAGI	Bruno	Gruppo Villa Maria S.p.A
BOTTINELLI	Elena	Gruppo San Donato
BRAIT	Michele	ASST Pavia
BRAVI	Callisto	ASST Sette Laghi
BRIANI	Silvia	AOU Pisana
CAMPANA	Alessandro	ACCENTURE
CAVALLO	Donato	Regione Lazio -Direzione Salute e Politiche sociali
CAZZANIGA	Stefano	The Boston Consulting Group
COGLIATI	Paolo	ATS Brianza
CORTI	Fiorenzo	FIMMG
D'ERRICO	Gianni	Fondazione Regionale per la ricerca Biomedica
D'UGO	Domenico	SICO
DAL MASO	Maurizio	AO Santa Maria Terni
D'AMATO	Maria Giovanna	ESTAV SUD- EST
DE LUIGI	Marco	General Electric
DE NICOLA	Fabrizio	AOU Policlinico Paolo Giaccone
DE PALMA	Rossana	Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna
DELL'OCA	Mario	ASST Grande ospedale Metropolitano Niguarda
FABRIS	Fiammetta	UniSalute
FAVARETTI	Carlo	VIHTALI
FRISICALE	Emanuela	VIHTALI
GASPARETTO	Teresa	Coris Veneto
GIUPPONI	Massimo	ATS Brianza
GORGONI	Giovanni	ARES Puglia
LAGO	Paolo	AIIC Associazione Italiana Ingegneri Clinici
LUCCHINI	Enzo	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
MARCHETTI	Marco	Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale HTA
MARINI	Pierluigi	ACOI
MECENERO	Andrea	Gruppo San Donato
MILLI	Carlo	AOU Pisana
MOCCIA	Francesca	CITTADINANZATTIVA
MONTORSI	Marco	SIC
NERATTINI	Marco	AOU Pisana
NICORA	Carlo	ASST Papa Giovanni XXIII
PANIZZOLI	Giuseppina	ASST della Valtellina e Alto Lario
POLIMENI	Joseph	AOU Policlinico Umberto I
PRAOLINI	Alessandra	ASST della Valtellina e Alto Lario

RAVERA	Luciano	IRCCS Istituto Clinico Humanitas
RICCIARDI	Walter	Istituto Superiore di Sanità
SANSAVINI	Ettore	Gruppo Villa Maria S.p.A
SCALERA	Giselda	Ministero della Salute - Direzione Internazionalizzazione e Promozione delle Infrastrutture della Ricerca
SCHIAVONE	Beniamino	Pineta Grande Hospital
SCHIAVONE	Vincenzo	Pineta Grande Hospital
SILENZI	Andrea	VIHTALI
TANESE	Angelo	ASL Roma 1
TOMASSINI	Carlo. R.	AOU Pisana
URBANI	Andrea	DG Programmazione Sanitaria Ministero della Salute
VENTURI	Alessandro	San Matteo Di Pavia
ZAPPIA	Mario	Fondazione Giovanni Paolo II - Campobasso
ZAVATTARO	Francesco Nicola	AREU Lombardia

Elenco dei partecipanti allo Health Policy Workshop "Value Based Health Care: storie ed esperienze di successo per guidare il cambiamento in Sanità" – 24 ottobre 2017, Roma.

COGNOME	**NOME**	**AFFILIAZIONE**
BECCAGUTTI	Guido	Medtronic
BORGONOVI	Elio	CERGAS - Università Bocconi
CAPELLI	Angelo	Regione Lombardia
CAZZANIGA	Stefano	The Boston Consulting Group
COLARIETI	Stefano	Consenso - HDRÀ
CONTI	Francesco	Medtronic
DAL MASO	Maurizio	Azienda Ospedaliera S. Maria Terni
DE LUIGI	Marco	General Electric
DESIDERI	Enrico	Azienda Usl Toscana Sud Est, Federsanità ANCI
FABRIS	Fiammetta	UniSalute
FAVARETTI	Carlo	VIHTALI
FRANZI	Luca	AON
GASPARETTO	Teresa	Coris Veneto
GIUPPONI	Massimo	ATS Brianza
LONGO	Marco	Ospedale S.G. Calibita Fatebenefratelli
MANTOVANI	Lorenzo	Università degli Studi Milano Bicocca
MASSETTI	Massimo	Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
MOCCIA	Francesca	CITTADINANZATTIVA
PERRINO	Michele	Medtronic
SILENZI	Andrea	VIHTALI
SILIQUINI	Roberta	Consiglio Superiore di Sanità
SIMONI	Marco	Presidenza del Consiglio dei Ministri
SORO	Giovanni Maria	Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli
VIMERCATI	Franco	FISM