

Le sei priorità per implementare il Value Based Healthcare in Italia



Sponsored by



SPONSOR PERSPECTIVE

In un periodo storico in cui i sistemi sanitari di tutto il mondo si trovano sotto fortissima pressione, il bisogno di ripensare i paradigmi alla base della gestione sanitaria è diventato sempre più evidente. Questo vale in particolare modo per l'Italia, dove il sistema universalistico rappresenta una dei beni più preziosi per la cittadinanza. La visione di una sanità *value based*, in grado di mettere al centro i bisogni di assistenza sanitaria delle persone, fornisce una direzione per affrontare le sfide presenti e future.

Il valore, definito da Porter come il rapporto tra gli esiti di salute (*patient outcomes*) e i costi reali sostenuti sull'intero ciclo di cura, deve essere il faro che accomuna e coordina gli sforzi di tutti gli attori coinvolti nell'ecosistema sanità. Solo partendo dal miglioramento degli esiti più rilevanti per i pazienti si può rispondere anche ai bisogni di razionalizzazione della spesa sanitaria per i quali non sono più sufficienti interventi incrementali.

Il Value Based Healthcare rappresenta quindi un potente modello di gestione del sistema salute che vuole fornire gli strumenti per il disegno di una nuova sanità basata sul valore. Modello che richiede una trasformazione del modo in cui oggi l'assistenza sanitaria è fornita e valorizzata, sfruttando a pieno le nuove tecnologie a disposizione.

Come per tutti i percorsi di trasformazione, non si può prescindere da una prima fase di sperimentazioni. Queste sono propedeutiche per esplorare soluzioni innovative, acquisire nuove conoscenze sull'applicabilità nel contesto della sanità italiana e per generare i primi risultati instaurando un circolo virtuoso di adozione. Ma per generare i cambiamenti di cui il sistema ha bisogno in modo sempre più urgente, sarà fondamentale stimolare progetti di implementazione su una scala più ampia e di sistema, ad esempio a livello regionale o di reti ospedaliere.

In questo contesto, per tradurre i concetti teorici in azioni concrete risulta necessario un allineamento sul ruolo e il contributo di ciascun attore nell'ecosistema sanità. Le aziende Life Science nello specifico hanno la responsabilità di contribuire e, dove necessario, guidare il percorso di trasformazione mettendo a disposizione le proprie competenze. Infatti, l'opportunità di sperimentare nuove formule di collaborazione con le aziende permetterà al sistema sanitario di evolvere sempre di più la qualità del servizio sulle diverse aree terapeutiche.

Con un posizionamento unico nel mercato, Roche può contare su presenza e competenze lungo l'intero percorso di cura dall'esame diagnostico alle cure farmacologiche, dalla prevenzione al monitoraggio. Siamo parte integrante dell'ecosistema sanità, a servizio dei pazienti, degli operatori sanitari e di tutto il Paese. Adesso più che mai vogliamo porci come partner del Servizio Sanitario Nazionale stimolando un cambiamento culturale volto al valore e alla sostenibilità e supportando operativamente le organizzazioni sanitarie.

Per fare questo partiamo da un approccio di apertura e collaborazione per dialogare sulle sfide di implementazione del modello e per avviare progetti pilota, tenendo bene in vista l'obiettivo finale di migliorare il percorso del paziente e gli esiti di salute, rendendo così la sanità più sostenibile ed efficace.



Maurizio de Cicco

Presidente
e Amministratore Delegato

Roche S.p.A.



Håkan Johansson

Amministratore Delegato

Roche Diagnostics S.p.A.



Rodrigo Díaz de Vivar Wachter

Amministratore Delegato

Roche Diabetes Care Italy S.p.A.

Le sei priorità per implementare il Value Based Healthcare in Italia

Il *Value Based Healthcare* (VBHC) si è dimostrato un concetto affascinante, condiviso praticamente da tutti gli accademici e i *practitioners*, ma poi nella pratica di difficile implementazione. In particolare, il contesto italiano si è caratterizzato per una serie di progetti pilota prevalentemente a livello locale (un singolo ospedale, una singola patologia). Questo *White Paper* vuole dare un contributo per stimolare un'implementazione più ampia e sistemica del modello e al tempo stesso suggerire azioni concrete per accelerare il processo di cambiamento.

L'implementazione è complessa in quanto il VBHC implica una logica sistemica, la necessità di forti competenze gestionali e tecnologiche e l'attitudine ed il coraggio a sperimentare e a mettere in discussione pratiche consolidate nel tempo.

D'altro canto, i limiti degli attuali sistemi sanitari sono stati ulteriormente evidenziati dalla pandemia in corso; la necessità di una forte trasformazione è chiara a tutti gli attori del sistema e ai cittadini, utenti dei servizi.

Per certi versi la situazione attuale potrebbe rappresentare la “tempesta perfetta” ed il detonatore per un cambiamento radicale. Si è infatti aggiunto un evento acuto e impreveduto, la pandemia, ai ben noti fattori che possono compromettere la sostenibilità del sistema: invecchiamento della popolazione con aspettative di qualità della vita elevata, aumento delle malattie croniche e delle comorbidità, costi crescenti dei nuovi farmaci e dispositivi.

Una trasformazione incisiva del sistema in ottica “valore” appare l'unica strada che possa consentire a pazienti e cittadini il mantenimento di livelli qualitativi soddisfacenti e l'accesso ai nuovi progressi scientifici. In alternativa, I sistemi sanitari rischiano di finire in una spirale basata su logiche di taglio costi, con un inevitabile impatto sulla qualità, oltre al rischio del venir meno dei principi di equità ed universalità.

HIGHLIGHTS

Il *Value Based Healthcare* è un **framework strategico e metodologico** che sta assumendo sempre più rilevanza a livello globale

Elementi chiave sono la misurazione degli esiti, l'organizzazione delle cure per *medical condition* e il sistema a *bundle payments*

L'implementazione in Italia è ancora limitata e frammentata, con barriere significative

La pandemia ha evidenziato tutti i limiti dei sistemi sanitari e la necessità di una urgente e radicale trasformazione

Occorre dare priorità ad **azioni e soluzioni concrete**; in particolare **è necessario un salto culturale** su diversi fronti

Come avvenuto nel caso dell'introduzione di farmaci innovativi (es. epatite C), sarà necessario un cambio di paradigma che consenta al sistema pubblico l'accesso a nuove risorse e la condivisione del rischio tra i diversi attori in base alle performance del sistema.

Il Value Based Healthcare

Il VBHC è una cornice di pensiero strategico e metodologico in grado di guidare un'assistenza sanitaria basata su esiti di salute anziché su volumi di prestazioni, su logiche di integrazione organizzativa anziché su silos autoreferenziali, su partnership con le aziende private *Life Science* anziché su meri rapporti di acquisto e vendita.

Lo sviluppo del modello è stato fortemente ispirato dal Prof. Michael Porter della Harvard Business School, che ha applicato all'ambito salute una serie di principi strategici, organizzativi e gestionali comuni a diversi ambiti e settori economici.

Nel dettaglio il framework introdotto per la prima volta nel 2010 è fondato sui seguenti sei pilastri:

1. misurazione e valutazione degli esiti e dei costi per ciascun paziente;
2. organizzazione delle unità di assistenza integrate (*Integrated Practice Units* - IPU);
3. integrazione dell'assistenza anche in caso di strutture separate;
4. superamento del limite geografico;
5. riorganizzazione delle modalità di finanziamento, con l'implementazione dei rimborsi per processi assistenziali (*bundled payments*);

6. costruzione di una piattaforma informatica efficace. Nella maggior parte dei casi, anche i più virtuosi, non sono stati applicati tutti gli elementi del modello, ma ci si è focalizzati solo su alcuni di essi. In ogni caso è innegabile che M. Porter abbia creato lo stimolo di includere il valore come criterio nelle scelte strategiche e nelle dinamiche di valutazione delle stesse, con un impatto a catena che si è accelerato negli ultimi anni.

Il VBHC, pur concepito e ispirato al contesto USA, è applicabile anche ai sistemi universalistici, come dimostrato da numerose esperienze europee caratterizzate da pragmatismo e risultati concreti. I casi più avanzati ed articolati sono individuabili nel Nord Europa, anche se negli ultimi anni le sperimentazioni si sono diffuse in tutto il Continente, con casi di interesse anche in Paesi quali il Portogallo.

La stessa Commissione Europea sta ponendo sempre più enfasi sul tema, evidenziandone non solo gli aspetti economici, che di per sé rischiano di tradursi solo in un taglio costi, ma anche quelli di riallocazione strategica delle risorse in base al valore degli esiti.

A livello di singoli Stati, l'Olanda è considerata una *best practice* a livello internazionale, con una cultura molto diffusa e consolidata sul tema VBHC e numerosi casi di successo, quali ad esempio Santeon, una rete di ospedali privati, il Netherlands Heart Network, un modello di gestione integrata dei pazienti cardiologici, oltre a diverse iniziative in ambito diabete con notevoli miglioramenti degli esiti.

Un altro caso di particolare interesse è quello del Galles, anche per le analogie con il contesto italiano e le

IL CASO GALLES

Il National Health Service del Galles (NHS Wales) fornisce assistenza sanitaria universale a circa 3 milioni di residenti. Nel 2014, il ministro gallese per la salute ha lanciato una politica chiamata Prudent Health Care focalizzata sulla co-creazione con i pazienti, sull'equità (accesso alle cure prioritario per chi ha maggiori bisogni) e sulla riduzione dell'eccessivo ricorso alle cure mediche. Per attuare questo piano, NHS Wales ha affidato ad alcuni medici nei vari Health Board locali un ruolo dedicato al Value Based

Healthcare. Per il coordinamento a livello nazionale è stato creato un piccolo gruppo direttivo operativo. Negli anni gli sforzi in questa direzione si sono accentuati, assumendo un ruolo prioritario nell'agenda politica del Paese. Ad oggi, in ambito europeo, il Galles appare il caso più strutturato ed organico di VBHC promosso da un sistema sanitario pubblico.

In una prima fase sono state lanciate diverse sperimentazioni sul campo, facendo leva su standard comuni e riconosciuti come

quelli ICHOM. Un progetto di particolare interesse è stato condotto dall'Health Board ABUHB sulla Malattia di Parkinson. Attraverso la formazione dei team, il ridisegno dei processi e la ristrutturazione dei supporti informatici, ABUHB ha implementato un set di indicatori a supporto degli obiettivi di VBHC. A nove mesi dal lancio del progetto si è raggiunto l'obiettivo di una corretta raccolta della quasi totalità delle informazioni, principalmente attraverso questionari compilati dai pazienti. Le

informazioni sono state poi digitalizzate e rese fruibile a pazienti e medici.

Dopo la fase iniziale caratterizzata da progetti su base locale, nel 2017 NHS Wales ha sviluppato un portale nazionale per la raccolta di PROM (*Patient Reported Outcome Measures*) standardizzati per 31 percorsi assistenziali di diverse patologie. NHS Wales ha anche avviato la costruzione della National Data Resource, un hub di interoperabilità di dati basato su API che consente un benchmarking degli operatori →

indicazioni che può dare in tal senso. In Galles, dopo le prime sperimentazioni, negli ultimi anni si è assistito ad una forte spinta da parte del NHS per lo sviluppo di un modello organico ed esteso di *Value Based Healthcare* con interventi su diverse dimensioni (si veda l'approfondimento nella sezione dedicata).

Status dell'implementazione in Italia

Una mappatura della letteratura relativa alle sperimentazioni di *Value Based Healthcare* in Italia evidenzia una ventina di casi. Da notare come spesso queste sperimentazioni fanno riferimento solo ad alcuni degli elementi del VBHC, a volte enfatizzando un concetto di "valore" abbastanza generico; per contro, altri casi, pur non presentati come *Value Based Healthcare*, si caratterizzano per diversi aspetti riconducibili al modello, ad esempio la misurazione degli esiti.

Una recente ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, basata su un campione di 100 Direttori di strutture sanitarie, evidenzia, come a fronte di una forte convinzione di poter implementare il VBHC anche nel proprio contesto, il livello attuale di adozione è limitato e legato principalmente a "prime sperimentazioni".

Anche lo studio appena condotto da EIT Health e guidato dal Prof. Gregory Katz, "*Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers*", non descrive alcuna esperienza italiana tra le dieci best practice analizzate. In realtà, lo scenario italiano dimostra una crescente vitalità, con la nascita di diverse

e la possibilità di consultare reportistica, ricerche e supporti clinico-operativi. I dati non sono stati confinati ai solo addetti ai lavori, ma sono rivolti all'intera popolazione in una logica di comunicazione e di sensibilizzazione. Ad esempio, i cruscotti di indicatori consentono ai cittadini gallesi di confrontare in modo trasparente operatori e risultati (i primi piloti si sono concentrati su tumore ai polmoni ed insufficienza cardiaca).

Attraverso il dialogo con professionisti e associazioni mediche, NHS Wales ha

raggiunto un forte consenso clinico sui risultati da considerare e sugli indicatori PROM. I costi sono misurati con il metodo TDABC (Time Driven Activity Based Costing), ove possibile, a livello di singolo paziente. L'approccio di lavoro "Plan-then-Do" è stato sostituito da quello "Decide-Do/Refine-Do", più orientato all'azione, agile e iterativo.

NHS Wales sta anche sviluppando alcune Learning Community per disseminare i principi ed i contenuti del VBHC, facilitandone l'adozione sul campo. Ad esempio,

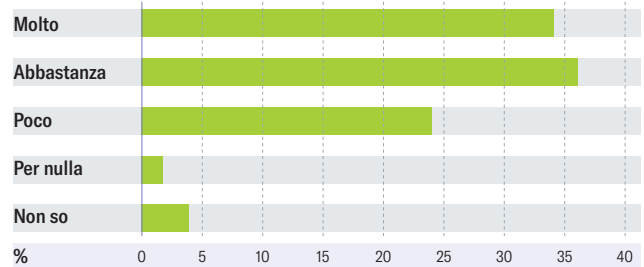
ha lanciato un programma (Finance Academy), in cui esperti di finanza e di gestione aziendale lavorano a stretto contatto con i clinici per ideare e implementare progetti locali basati sul valore.

Il percorso del Galles verso il VBHC è in corso, con il Piano 2019-2022 nel cuore della sua implementazione. Tra i principali prossimi passi, il governo intende rafforzare le partnership con operatori privati secondo logiche Value Based. Già in passato NHS Wales aveva definito nuove formule contrattuali in cui i

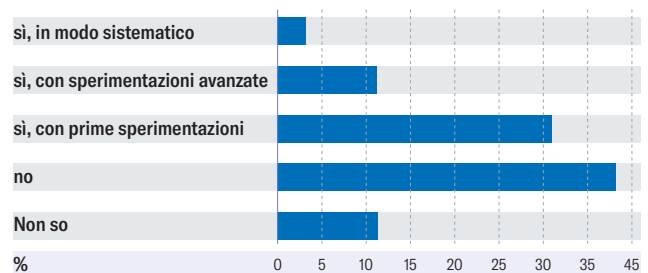
fornitori erano remunerati al raggiungimento di obiettivi predeterminati; appare ora necessario un ulteriore passo per una più forte integrazione e collaborazione.

Inoltre, si intende proseguire nel rafforzamento delle attività di comunicazione e di coinvolgimento: si prevede ad esempio un Roadshow *Value Based Healthcare* indirizzato a tutte le amministrazioni sanitarie locali, oltre a conferenze annuali con respiro internazionale e ad iniziative quali "*Value in Health Week*" che celebra l'adozione del VBHC in Galles. ■

Pensate che l'approccio VBHC possa essere applicabile al vostro contesto?



State adottando l'approccio nel vostro contesto?



Campione: 100 Direttori di strutture sanitarie

Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano

progettualità con ambiti ed impatti di una certa consistenza. I casi di maggior interesse sono riconducibili all'organizzazione di unità di assistenza multi-disciplinari e alla misurazione degli esiti e dei costi per paziente.

Ad esempio, l'Istituto Clinico Humanitas ha sviluppato un metodo che ridefinisce i percorsi clinici in una logica

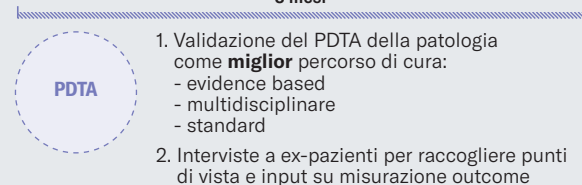
IL CASO ISTITUTO CLINICO HUMANITAS

Humanitas, ospedale ad alta specializzazione, centro di Ricerca e sede di insegnamento universitario, ha incominciato ad affrontare il *Value Based Healthcare* nel 2015, attraverso un pilota sulla chirurgia bariatrica. Dopo questo primo pilota di successo, sono stati lanciati altri progetti su tumore alla prostata, al seno e all'esofago.

Nel corso degli anni, Humanitas ha sviluppato un metodo strutturato da applicare a tutti i progetti VBHC. Per ciascun percorso clinico il progetto dura circa 6 mesi, periodo oltre il quale rischia di esservi una perdita dell'ingaggio da parte degli *stakeholder* coinvolti. La raccolta e l'analisi dei dati, lo sviluppo di una leadership clinica e la creazione di un team multiprofessionale, l'ascolto dei pazienti sono alla base del cambiamento introdotto. Al momento, tutto il percorso si concentra sull'ospedale principale a Rozzano (Milano), ma l'obiettivo è di ingaggiare anche altre strutture del Gruppo.

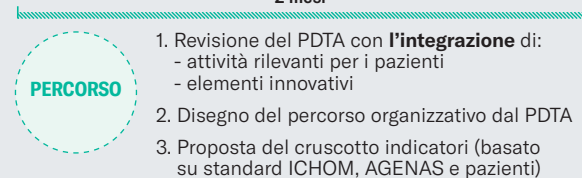
Modello Humanitas di revisione dei percorsi clinici in ottica Value Based

3 mesi



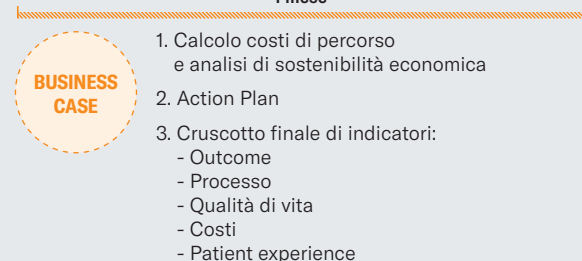
Chi → Personale sanitario (1), sanitario e staff (2)

2 mesi



Chi → Personale sanitario + staff + pazienti (intervistati)

1 mese



Chi → Personale sanitario + staff presentano alla Direzione per approvazione del nuovo percorso

VBHC con un'estensione progressiva dell'approccio a diversi ambiti (si veda l'approfondimento nella sezione dedicata).

L'Azienda Ospedale Università di Padova ha recentemente avviato il Dipartimento Strutturale dei Servizi di Diagnostica Integrata al fine di definire nuove pratiche gestionali ed organizzative tra medici di laboratorio ed anatomopatologi, microbiologi, radiologi, psicologi e numerose altre figure professionali.

L'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi ha partecipato al programma internazionale di misurazione degli esiti PaRIS dell'OECD per la valutazione dei PROM di pazienti sottoposti a protesi di anca e ginocchio, pubblicati nell'annuale relazione OECD *Health at a Glance* nel 2019 e che ha dimostrato la comparabilità dei PROM tra diversi registri nazionali.

L'IRCCS Ospedale San Raffaele è inserito in EUHA, European University Healthcare Alliance, un'alleanza che permette il confronto clinico ed operativo tra ospedali leader europei, quali ad esempio Karolinska (Svezia), Erasmus (NL), Vall d'Hebron (Spagna), King's College (UK). Il confronto avviene anche in ambito *Value Based Healthcare* su alcuni percorsi del paziente, come il carcinoma della prostata e della mammella.

La misurazione degli esiti rappresenta anche la base di diverse sperimentazioni di *Value Based Pricing* (o *Procurement*) che hanno l'obiettivo di applicare logiche di condivisione del rischio su farmaci e dispositivi medici. Ad esempio, ESTAR (l'Ente della Regione Toscana per l'ottimizzazione della spesa pubblica) sta sperimentando il metodo *Net Monetary Benefit*, inserendo nelle valutazioni gli esiti clinici ed i costi del trattamento del paziente.

Con riferimento al pilastro del VBHC relativo alla piattaforma informatica, pilastro fondamentale in quanto abilitatore dell'intero modello, anche in Italia si registrano iniziative innovative, quali il Digital Information Hub di ARIA (Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti della Regione Lombardia). Il Digital Information Hub è un'unità specializzata di *data governance* e *data analytics* per assicurare la messa a disposizione dei dati, garantendone la sicurezza e la fruibilità da parte sia della PA lombarda, sia delle aziende private quando le finalità sono di interesse pubblico.

In una logica di implementazione organica del *Value Based Healthcare* è di particolare interesse il programma condotto negli ultimi anni dalla Regione Puglia con il lancio di "Laboratori del Valore" estremamente allineati ai principi ed ai "pilastri" definiti da M. Porter (si veda l'approfondimento nella sezione dedicata).



Il ruolo dei pazienti e dei cittadini non può essere considerato come una delle diverse criticità implementative. È la base, il punto di partenza che guida l'intera creazione di valore.

Principali sfide

Gli esempi descritti confermano un interesse crescente anche in Italia, interesse confermato da sperimentazioni sempre più di impatto. Tuttavia, lo scenario complessivo rimane frammentato, con una chiara assenza di regia.

È evidente che non esista un caso Italia: oltre a quelle regionali, vi sono forti differenze anche a livello locale, di singola ASL, di singolo Ospedale, con moltissime iniziative di fatto generate dall'iniziativa individuale.

La complessità dettata dalla presenza di 21 sistemi regionali rappresenterà sicuramente una grande sfida per la scalabilità a livello nazionale di un concetto sistemico quale il VBHC. D'altro canto, il sistema regionalizzato può essere anche un'opportunità, soprattutto in questa fase di sperimentazione e di sviluppo del modello. Può

infatti essere sufficiente che anche poche Regioni avvino con forza il percorso verso il *Value Based Healthcare*, così da rappresentare una guida ed un punto di riferimento anche per le altre.

Andando in maggiore dettaglio, alcune sfide specifiche caratterizzano l'implementazione in Italia.

Definizione del "valore" e misurazione degli esiti

In generale la cultura degli esiti è poco presente con misurazioni ancora limitate. Senza la raccolta e la valutazione degli esiti, parlare di valore rimane un esercizio troppo generico. In particolare, la raccolta di esiti PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) è un aspetto imprescindibile per una valutazione parallela e indipendente tra clinico e paziente, soprattutto nel caso delle

IL CASO PUGLIA

Attraverso AReSS (Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale) la Regione Puglia ha avviato dal 2017 un ampio programma pionieristico ispirato ai principi del Value Based Healthcare, con l'obiettivo di una profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale. Attraverso il lancio di otto "Laboratori del Valore", veri e propri centri di competenza, AReSS si è data l'obiettivo di implementare in modo pragmatico l'approccio di M. Porter.

Per quanto riguarda l'integrazione del percorso delle cure e l'organizzazione di unità di assistenza integrate (IPU), si è fatto leva su **Path LAB** (Laboratorio per la progettazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) e su **Net LAB** (Laboratorio per la progettazione di reti clinico-assistenziali). Da questi due laboratori è nata la rete oncologica pugliese con i

relativi requisiti organizzativo-tecnologici, volumi di ricoveri e misurazione degli esiti. Sono state poi ridefinite anche le reti ematologica, reumatologica e tempo-dipendenti. Quando si è intervenuto su attività già esistenti, è stata applicata la metodologia Lean per ristrutturare i processi facendo leva sul Laboratorio **Lean LAB**. La gestione di team multidisciplinari e la condivisione di un piano di cure è oggi supportata anche dalla tecnologia digitale, con la piattaforma di telemedicina **Talisman**. Infine, un tassello importante è quello di **ICare LAB**, un contenitore di diversi progetti-pilota caratterizzati da un approccio integrato all'assistenza, che ha l'obiettivo di produrre conoscenze ed evidenze da riutilizzare in una logica di *exploitation* e *scaling up* a livello regionale delle soluzioni.

Sul pilastro del VBHC relativi alla misurazione dei risultati

e dei costi per ciascun paziente, oltre al **Lean LAB** utilizzato per ridurre gli sprechi e migliorare la sicurezza delle cure, è stato introdotto quattro anni fa il *clinical costing* attraverso **ABF LAB** (Laboratorio per l'introduzione delle tecniche di Activity Based Funding) così da permettere rilevazioni più sofisticate dei costi ospedalieri abbinate ai relativi esiti benchmark di salute. Un ruolo chiave è poi quello di **HIndex LAB** che integra i sistemi di monitoraggio e valutazione delle performance sviluppati a livello nazionale e regionale, assicurando tempestività nell'elaborazione degli indicatori e condividendone i risultati per attivare processi virtuosi di *process audit & improvement*.

Altri laboratori propedeutici a un'implementazione su vasta scala del VBHC sono **YOUman LAB** per il monitoraggio e miglioramento del clima organizzativo e del grado di umanizzazione all'interno

dei servizi di salute ed il **Voice LAB** per la progettazione di una comunicazione innovativa a supporto della Sanità regionale.

In termini di percorso futuro, la sfida più grande sarà l'interoperabilità digitale tra i software della medicina di famiglia e quelli regionali a supporto della digitalizzazione dei processi di cura: va in questa direzione il cronoprogramma della COR-eHealth, la centrale regionale per la telemedicina istituita a luglio scorso in Agenzia e in corso di serrata implementazione.

La vera sfida, non solo per la Puglia, è rappresentata dall'introduzione dei **Bundled Payments**, che il sistema regolatorio tariffario italiano sembra non consentire. Una strada può essere quella dei contratti *outcome-based* stipulati in partnership pubblico-privato, su cui AReSS sta lavorando per la dialisi e l'ospedale domiciliare. ■

cronicità. Nel caso di eventi acuti la misurazione degli esiti è relativamente più semplice in quanto solitamente rappresentata da indicatori di sopravvivenza in un determinato periodo di tempo.

Passando al lato costi, in generale è abbastanza facile disporre del costo della procedura, non di quello dell'intero percorso. Il tema è sfidante, come dimostrato ad esempio dal caso del carcinoma del pancreas.

In generale, l'assenza di una cultura diffusa del dato si traduce anche in una scarsa attitudine a valorizzare i possibili risparmi di spesa derivanti da migliori esiti clinici.

Sistema informatico ed interoperabilità dei dati

L'infrastruttura informativa e digitale appare un problema chiave del sistema italiano, in una situazione di ritardo rispetto ad altri Paesi europei, con una difficoltà generalizzata a far dialogare dati, strutture e software diversi. L'enorme mole di informazioni raccolte non è quindi valorizzata a pieno per le attività di ricerca e di pratica clinica.

A livello ospedaliero le strutture, pur disponendo di *data warehouse*, evidenziano spesso situazioni di dati non omogenei. I silos organizzativi si sono tradotti nel tempo in procedure rigide che non permettono di seguire il percorso del paziente in modo orizzontale. Lo stesso inserimento dei dati è ancora un punto di criticità, con i clinici spesso a disagio ad utilizzare sistemi IT a cui non sono abituati.

La situazione diventa ancor più precaria quando si esce dal contesto ospedaliero, con notevoli difficoltà a misurare gli esiti a livello regionale e nazionale, rendendo complesso sia il supporto al singolo paziente, sia la realizzazione di confronti ed analisi.

Anche l'aspetto giuridico non aiuta, con forti complessità legate alla gestione della privacy e ai temi di proprietà dei dati e di titolarità del trattamento. La stessa applicazione del GDPR in Italia non ha semplificato la situazione.

Sistema di finanziamento e *bundled payments*

In Italia il concetto di *bundled payments* non è ancora conosciuto ed applicato. In Olanda si stanno usando *bundled payments* per il trattamento dell'ictus e del diabete, in Svezia esistono diversi esperimenti pionieristici quali il caso della compressione spinale, la stessa Francia ha compiuto passi significativi.

Il concetto di *bundled payments* si basa su due componenti fondamentali: la prima è la visione trasversale per cui il finanziamento è legato all'intero percorso di cura, non ad un singolo prodotto o servizio. La seconda

componente è l'allineamento del finanziamento dei *providers* e dei fornitori agli effettivi esiti di salute, con meccanismi di condivisione del rischio e di premio in base alla performance.

Una gestione olistica delle risorse finanziarie risulta molto complessa in Italia. Gli obiettivi di budget, tipicamente definiti dalle Regioni, sono circoscritti e focalizzati sul breve termine, coerentemente con i tempi della "politica". La logica dei budget è quindi di tipo "verticale", per singola area, per singolo dipartimento, e non di tipo "orizzontale" in una logica di gestione delle cure integrata.

Il sistema DRG, pur se spesso criticato, appare al momento difficilmente modificabile, se non attraverso l'apertura di diversi tavoli di confronto a livelli istituzionali nazionali e regionali; vi è quindi la necessità di proporre soluzioni alternative, anche creative, e di sperimentarle sul campo.

Con riferimento alla seconda componente, quella di condivisione del rischio, anche in questo caso si è lontani dai principi VBHC. Si pensi ad esempio all'impostazione delle Centrali di Acquisto Regionali e delle gare pubbliche Consip, per definizione basate sui volumi e non sugli esiti.

Coinvolgimento del "territorio" e dei pazienti

Come evidenziato dai casi precedenti, in ambito ospedaliero si sta assistendo allo sviluppo di casi virtuosi, secondo logiche di integrazione interdisciplinare e di assistenza "end-to-end" al paziente.

Una problematica completamente non risolta rimane invece quella dell'ingaggio dei medici di base sul territorio, soprattutto nelle situazioni in cui il ruolo delle associazioni e delle cooperative di MMG è limitato. È altresì evidente la necessità di nuove tecnologie e infrastrutture a supporto delle loro attività.

Anche il coinvolgimento del paziente è ancora molto occasionale, tendenzialmente limitato alle sperimentazioni in corso. Esiste solo un dialogo, spesso informale, con le Associazioni Pazienti, dialogo che all'estero è invece istituzionalizzato, come nel caso del Karolinska in cui le Associazioni siedono al tavolo della IPU.

Il ruolo dei pazienti e dei cittadini non può essere considerato come una delle diverse criticità implementative. È la base, il punto di partenza che guida l'intera creazione di valore. Mettere al centro il paziente e il cittadino con un ruolo sempre più attivo è quindi una priorità strategica per tutti gli attori del settore, con forti analogie con quanto sta accadendo in altri contesti economici.

La pandemia ha confermato la validità dei principi del VBHC: il ruolo della prevenzione, della diagnosi e della multidisciplinarietà, l'importanza delle reti, la necessità di un'assistenza non solo ospedaliera, le potenzialità della medicina digitale, la necessità di raccogliere ed analizzare i dati e le evidenze *“Real World”*.

L'impatto della pandemia

I sistemi sanitari di tutto il mondo sono stati messi a dura prova dalla pandemia Covid-19 ed i percorsi di implementazione del *Value Based Healthcare* ne saranno sicuramente impattati.

Da un lato gli eventi di questi mesi hanno rallentato le sperimentazioni in corso, dall'altro hanno fatto emergere con chiarezza le lacune degli attuali sistemi. La pandemia ha accelerato una presa di coscienza collettiva sulla necessità di avviare una trasformazione radicale, una volta terminata l'emergenza attuale, anche con riferimento ad altre patologie che avranno un impatto enorme sulla salute dei cittadini e sui costi del sistema.

La pandemia rappresenterà inevitabilmente un'accelerazione del *Value Based Healthcare* dal momento che ha confermato la validità dei principi strategici ed operativi del modello. In particolare, ha chiaramente evidenziato il ruolo della prevenzione, della diagnosi e della multi-disciplinarietà, l'importanza delle reti, la necessità di un'assistenza non solo ospedaliera, le potenzialità della medicina digitale, la necessità di raccogliere ed analizzare i dati, anche al di là dei limiti geografici, l'importanza delle evidenze "*Real World*" per valutare l'effettiva efficacia di trattamenti e farmaci.

D'altro canto, l'emergenza ha anche dimostrato che numerose azioni possono essere realizzate velocemente superando i limiti burocratici.

Il focus collettivo sul tema salute derivante dalla pandemia rappresenta quindi una grande occasione per la trasformazione dei sistemi sanitari, stimolando un ruolo più attivo da parte dei decisori e consentendo l'accesso a finanziamenti significativi, quali i *Recovery Funds*.

Quale può essere un percorso?

I manifesti e le dichiarazioni teoriche aiutano a creare consapevolezza, così come le singole sperimentazioni sul territorio consentono di imparare e di generare i primi risultati, stimolando un circolo virtuoso positivo.

Tuttavia, la scalabilità di queste iniziative "*bottom-up*" è limitata, a meno che non si riesca a dar loro una regia e ad aggregarle in una logica sistemica.

Da settore ad ecosistema

Per mettere in atto un modello coerente ed esteso di VBHC, è necessario uno sforzo collettivo da parte dei diversi attori coinvolti. La loro numerosità richiede un approccio innovativo a livello strategico e di governance che presenta molte analogie con il filone di business e di

ricerca relativo a "*Ecosystem innovation & orchestration*" che sta caratterizzando diversi settori, soprattutto quelli guidati dai dati. Pur considerando le specificità del tema salute, numerosi trend possono costituire elementi di ispirazione e di riflessione per un settore che, di fatto, non si è mai trasformato (si veda l'approfondimento nella sezione dedicata).

SETTORE SANITARIO ED ECOSISTEMI DIGITALI

Nei settori ad alto contenuto tecnologico e digitale si è affermato il concetto di ecosistema per descrivere un modello innovativo di interazione tra le aziende. Rispetto ad un semplice "sistema", un ecosistema è un portafoglio di molteplici opzioni di servizi e prodotti, anche appartenenti a diversi settori, all'interno del quale il cliente finale può effettuare una scelta. L'ecosistema prevede il passaggio da un modello tradizionale di catena del valore lineare, basato sulla logica fornitore-cliente, ad un modello caratterizzato da un universo di attori che operano in modo coordinato e regolato (si veda la *Figura 1*).

L'ecosistema è governato da un orchestratore ed è composto da numerosi partner che sviluppano e propongono i diversi servizi e prodotti dell'ecosistema. I partner sono talvolta concorrenti, ma possono anche collaborare tra di loro, in una logica di creazione di valore e di innovazione. Per facilitare l'interazione tra questi attori ed il collegamento con il cliente finale, gli ecosistemi sono abilitati da piattaforme digitali e da API (*Application Programming Interface*) - un insieme di interfacce e di protocolli che supportano le interazioni tra più applicazioni software.

Gli ecosistemi caratterizzano ormai diversi "macro-settori" in ambito digitale/software, come ad esempio e-commerce, pagamenti digitali, social media, app store, e sono spesso guidati da giganti tecnologici quali Amazon e Google. Si stanno inoltre progressivamente estendendo anche ad ambiti più tradizionali, come i settori delle costruzioni, della logistica, della mobilità. Negli ultimi anni, anche in ambito sanità si sono avviate alcune riflessioni strategiche ed organizzative ispirate a principi degli ecosistemi.

Gli ecosistemi di successo sono basati su alcuni elementi chiave che dovranno quindi essere considerati anche nel caso sanità.

Orchestratore: il ruolo dell'orchestratore è fondamentale in quanto permette di governare l'intero ecosistema. L'orchestratore definisce le regole dell'ecosistema, le modalità di ingaggio dei vari attori e la relazione con il cliente finale. Nel caso della sanità esistono ancora varie interpretazioni, soprattutto negli Stati Uniti, su chi possa essere l'orchestratore (es. compagnie assicurative, payer pubblici, ospedali, aziende tecnologiche, aziende life science). Nel caso della sanità europea e ancor più italiana, l'orchestratore non può che essere il soggetto pubblico, a livello nazionale o regionale. L'orchestratore "ideale" risponde infatti a due criteri: deve avere visibilità su tutto il processo end-to-end e deve avere l'autorità per regolare un bene pubblico e dati sensibili, aspetti prioritari in ambito salute. Anche altri ecosistemi stanno andando in questa direzione; nel caso della mobilità le amministrazioni locali (es. Londra) →

Catena del valore (lineare)



Ecosistema (non lineare)

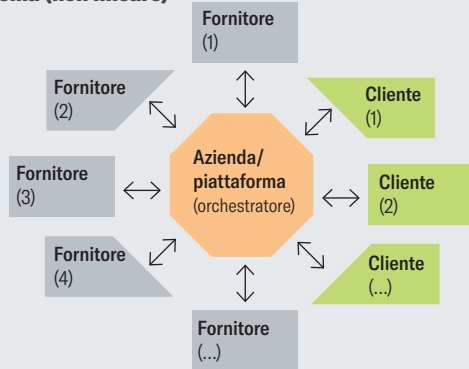


Figura 1 Da una catena del valore lineare ad una logica di ecosistema

hanno fatto assunto il ruolo di orchestratore regolando il funzionamento e l'integrazione di aziende private come Uber (si veda in Figura 2 per un esempio di ecosistema mobilità). Le amministrazioni pubbliche possono essere supportate da piattaforme digitali e tecnologiche che consentono di far interagire i passeggeri con i vari fornitori (es. car sharing e trasporto locale), così da rendere l'esperienza semplice ed istantanea, dalla pianificazione al pagamento.

Dati e digitale: la condivisione di informazioni in tempo reale è una componente chiave degli ecosistemi, consentendo il coordinamento tra i diversi attori ed il coinvolgimento del cliente finale. Si pensi ad esempio all'industria delle costruzioni, dove piattaforme digitali come Autodesk (attraverso i cosiddetti BIM Objects) stanno trasformando un settore tradizionalmente fisico in uno digitale. Anche la sanità sta procedendo in questa direzione con diverse nuove tecnologie (es. *Cloud Software, Advanced Analytics, API, IoT*) che permettono la raccolta, l'elaborazione e la condivisione di dati. Le nuove tecnologie permettono anche di ottimizzare risorse sottoutilizzate e di eliminare inefficienze di processo. La sfida appare non tanto di natura tecnologica quanto di natura politico-organizzativa, con la

necessità di abbattere i silos per la condivisione delle informazioni. Si tratta di un compito chiave per l'orchestratore dell'ecosistema.

Network effect: il termine descrive la situazione in cui un prodotto o un servizio aumenta di valore quando un nuovo consumatore o un nuovo produttore entra a far parte dell'ecosistema. I *network effect* sono alla base del successo dei modelli di business a piattaforma, modelli che creano valore facilitando gli scambi tra due o più gruppi interdipendenti, solitamente consumatori e produttori. Tutti gli ecosistemi citati in precedenza sono caratterizzati da forti *network effect*. Il sistema sanità risponde solo parzialmente a questa logica; in alcuni casi si creano persino situazioni opposte. Ad esempio, se più pazienti utilizzano un servizio questo può diventare di minore valore per gli altri: si pensi a un Pronto Soccorso congestionato o a lunghe liste di attesa.

Dove è dunque possibile individuare *network effect* in ambito sanità? Occorre focalizzarsi ancora una volta sui dati. Più dati sono generati, elaborati e condivisi, più precisi saranno i calcoli a supporto delle decisioni di tutti i componenti del sistema (ad esempio prevenzione malattie o trattamento di diverse casistiche). I dati offrono inoltre la possibilità per gli utenti (pazienti, medici) di cercare in autonomia la soluzione ideale e confrontare diversi "fornitori".

In aggiunta ai dati, *network effect* sono generati anche dalle soluzioni software a supporto dei processi operativi. Un forte impulso è dato dai software *cloud-based*, da un lato standardizzati ed accessibili da tutti gli attori, dall'altro facilmente personalizzabili al proprio contesto.

Utente finale. I clienti hanno un ruolo centrale nello sviluppo degli ecosistemi: scelgono cosa "acquistare" e cosa no, spingono verso l'innovazione e possono assumere un ruolo non solo di utilizzatore ma anche di *provider* (ad esempio nel caso della mobilità o dei social media). Il focus degli ecosistemi sull'utente finale e sul concetto di valore è quindi estremamente allineato ai principi di *Value Based Healthcare*. In quest'ottica è necessario rafforzare ulteriormente tutte quelle le soluzioni che stimolano l'ingaggio del cittadino / paziente (es. PROM), tipicamente attraverso piattaforme digitali. ■

Ecosistema mobilità

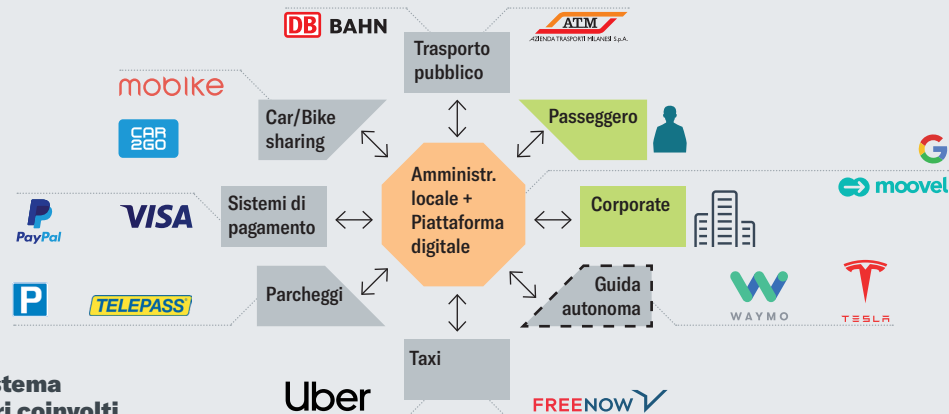


Figura 2 Esempio di ecosistema di mobilità locale e attori coinvolti



Per rendere possibile un'implementazione su larga scala del Value Based Healthcare sarà fondamentale l'adozione nazionale e regionale di un sistema di finanziamento basato sui percorsi.

Scatto in avanti da parte di alcuni attori chiave

Al fine di uscire dalla logica delle piccole sperimentazioni, occorre dare una forte spinta ai livelli “intermedi” dove ideare e testare interventi più complessi e strategici. Un criterio per definire i livelli intermedi è dato dalla capacità di possedere una visione *end-to-end* del processo e di poter influenzare una riallocazione dei budget da verticali ad orizzontali.

In particolare, quattro soggetti possono e devono ricoprire questo ruolo di spinta:

- Una o più Regioni
- Grandi Ospedali Pubblici e Privati, anche organizzati in reti
- Aziende *Life Science* private
- “Accademia”, Centri Universitari e di ricerca gestionale.

In Italia una singola **Regione** potrebbe agire su tutti i sei pilastri del *Value Based Healthcare*, a meno che sia in una fase di rientro e sia soggetta ad affiancamento ministeriale; deve comunque mantenere l'equilibrio finanziario e rispettare i LEA. Come dimostra il caso del Galles, una Regione può quindi assumere la sfida di lanciare dei programmi articolati e “sistemici”, anche facendo leva sulle sperimentazioni in corso.

La visione “*bottom-up*” del singolo centro non può essere sufficiente in quanto non consente la copertura di tutti i servizi necessari per gestire la condizione clinica in modalità IPU. Inoltre, i singoli centri fanno spesso fatica a collaborare tra di loro.

La Regione, oltre ad avere un forte potere di indirizzo sulle aziende sanitarie, ha anche a disposizione gli

strumenti per comunicare a pazienti e cittadini. Anche sul tema tariffario e *bundled payments* le Regioni hanno margini di manovra senza dover rimandare al legislatore nazionale.

In sintesi, se si intende passare da una logica di “*best practice*” ad una di “*practice*” occorre agire a livello di Regione.

I grandi Ospedali, in particolare quelli con la componente Universitaria, posseggono forti competenze di ricerca, non solo di carattere scientifico, ma anche relative all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Stanno già effettuando interventi e progetti coerenti con il modello VBHC, come testimoniato dal numero crescente di pubblicazioni. Anche tra i clinici il tema “*Value Based*” è oggetto di crescente attenzione e sensibilità. Le dimensioni e l'articolazione di questi Ospedali consentono sperimentazioni più complesse e strategiche.

Queste considerazioni valgono sia per gli ospedali pubblici sia per quelli privati; questi ultimi sono in parte facilitati nell'implementazione di alcuni aspetti del VBHC (misurazione esiti, supporti IT, organizzazione in IPU, Acquisti), ma anche in ambito pubblico esistono professionalità e talenti con l'ambizione di mettersi alla prova e sviluppare soluzioni innovative. Come dimostrato dai casi esteri, un'aggregazione di Ospedali, o comunque un maggior coordinamento, eventualmente attraverso organismi come l'AIOP (Ass. Italiana Ospedalità Privata), può avere un ruolo propulsivo per tutto il sistema, anche a livello cross-regionale.

PERCORSO PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL VALUE BASED HEALTHCARE IN ITALIA

STRATEGIA E GOVERNANCE

- Input da nuovi ecosistemi digitali

ATTORI CHIAVE

- Scatto in avanti da parte di:
- Regioni
 - Grandi Ospedali pubblici e privati
 - Aziende *Life Science* private
 - “Accademia”

PRIORITÀ D'AZIONE

1. Piattaforma informatica e dati
2. Ulteriori sperimentazioni basate sugli esiti
3. Cultura «Value Based» disseminata in modo didascalico
4. Coinvolgimento di pazienti e cittadini
5. Cultura della collaborazione tra operatori sanitari
6. Cultura della collaborazione tra pubblico e privato

In una logica innovativa come quella del VBHC, anche le **aziende Life Science private** devono essere protagoniste del processo di trasformazione. Alcuni passi nella direzione corretta sono già stati compiuti con il nuovo Codice Appalti dove si è ridefinito il peso tra prezzo e qualità e si sono introdotti diversi framework a supporto degli acquisti innovativi. In generale, un'azienda sicura del valore della propria offerta (test, farmaco, dispositivo, sistema, ecc.) ha tutto l'interesse per un approccio basato sulla valutazione degli esiti ed il *risk sharing*. Se questo è vero, le aziende devono cambiare in modo sostanziale il proprio approccio al mercato, allineandolo al VBHC.

Inoltre, un'azienda privata leader può anche giocare il ruolo di capofila, collante, aggregatrice di altre aziende in una logica di partnership, con l'obiettivo di allargare le competenze su una specifica patologia ed area di bisogno, contribuendo ad esempio con nuove soluzioni per la raccolta dati. In una prospettiva *Value Based*, la diagnostica può avere un ruolo guida, perché da sempre fornisce ed interpreta dati, supportando analisi e trattamenti che impattano l'intero percorso del paziente. Si pensi ad esempio all'importanza dell'emoglobina glicata per la diagnosi ed il trattamento del diabete.

Infine, le aziende private possono avere un ruolo chiave per descrivere nel dettaglio come creare valore, illustrando nuove soluzioni e best practice che possano aiutare clinici, pazienti e decisori nell'ottimizzare il ciclo di cura.

L'“**Accademia**”, inclusi i Centri Universitari di Ricerca, deve contribuire a quello stimolo culturale fondamentale per lo sviluppo del VBHC. Non si fa tanto riferimento ad analisi teoriche e relative pubblicazioni, quanto allo sviluppo e alla disseminazione di metodi e strumenti a supporto della messa in pratica. L'“Accademia” può inoltre svolgere un ruolo di catalizzatore e di coordinatore “super-partes” soprattutto nel contesto italiano, in cui permane una percezione di conflitto di interesse tra pubblico e privato, con le conseguenti problematiche di interazione e di dialogo.

In ambito *Value Based Healthcare* un ruolo chiave a livello internazionale è svolto da ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) che può facilitare l'adozione di indicatori standard e, in generale, fornisce una guida al percorso di implementazione.

Inoltre, anche da un punto di vista accademico, è opportuno promuovere la raccolta di spunti e idee che vadano al di là del settore sanitario, così da avere a disposizione più input per affrontare al meglio un percorso innovativo quale quello del VBHC. Non è un caso che M. Porter abbia portato al settore sanitario una visione strategica più ampia.

Priorità d'azione

Sulla base dell'evoluzione del VBHC in termini di casi di successo, di sfide, di nuovi scenari tecnologici e socio-economici, è possibile individuare alcuni fattori prioritari per accelerare in modo sostanziale la transizione al *Value Based Healthcare* anche in Italia.

Interventi rapidi ed incisivi sulle seguenti sei priorità faciliteranno anche l'adozione a livello nazionale e regionale di sistemi di finanziamento basati sui percorsi, elemento imprescindibile per un'implementazione su vasta scala del VBHC.

Priorità #1: Piattaforma informatica e dati

L'ultimo pilastro del modello Porter si è confermato negli anni come il vincolo per eccellenza per la scalabilità delle sperimentazioni e del modello nel suo complesso. Rispetto al periodo di lancio del VBHC, o anche a solo alcuni anni fa, le soluzioni tecnologiche oggi disponibili (*Cloud, API, Advanced Analytics, Intelligenza Artificiale, IOT, 5G, ecc.*) rappresentano un'opportunità unica per affrontare finalmente in modo incisivo questo abilitatore e per dare una spinta decisiva all'implementazione del modello.

Priorità #2: Ulteriori sperimentazioni basate sugli esiti

La definizione e la misurazione degli esiti rilevanti per i pazienti (anche attraverso PROMs) costituisce un aspetto molto innovativo del VBHC; al tempo stesso si tratta di un aspetto non troppo complesso da implementare, soprattutto alla luce dei progressi in ambito dati e digitale.

Come suggerito dallo stesso Porter, le sperimentazioni dovrebbero focalizzarsi su singole condizioni cliniche. In questi anni, a livello internazionale sono state coperte quasi tutte le patologie, dal diabete all'ortopedia, al cardiovascolare, al metabolismo osseo, solo per citarne alcuni. Sorgono quindi spontanee domande del tipo: “*Da dove partire? Con quali proseguire?*”

Se da un lato, la maggior parte dei benefici per il sistema dipendono dagli interventi sulle principali patologie, in particolare quelle croniche, dall'altro lato, in questa fase di sviluppo del VBHC in Italia appare necessario focalizzarsi su ambiti molto specifici.

Servono infatti indicatori condivisi e confrontabili, dati chiari ed incontrovertibili, così da poter svolgere l'esercizio in modo completo e poi estenderlo ad altri ambiti. In questo modo, anche da un punto di vista di allocazione dei budget, si sarà guidati da Business Case basati su dati dettagliati e precisi, riducendo i livelli di discrezionalità. Un esempio in tal senso è quello della diagnostica della pree-



Da un punto di vista digitale è necessaria una svolta. Aziende hi-tech, quali Amazon e Google, hanno fatto della facilità di utilizzo il loro mantra. Le persone che usano le loro App sono le stesse che prenotano i servizi sanitari, con aspettative quindi sempre più sofisticate.

clampsia dove può essere quantificato il beneficio di test accurati in termini di minori giornate di ospedalizzazione.

Per contro le iniziative legate alle principali cronicità rischiano di risultare in un primo momento troppo complesse, per la loro dimensione, per la presenza di pazienti con più patologie, per la necessità di coinvolgere molti attori. Tutto questo si traduce inevitabilmente in una mole di dati complessa da analizzare per prendere decisioni a forte impatto, anche politico, come quelle sui “*bundled payments*”.

Priorità #3: Cultura “Value Based” disseminata in modo didascalico

Rispetto ad altri Paesi, ad esempio l’Olanda, la presenza di pochi casi “leader” ha reso complessa sino ad oggi la diffusione in Italia della conoscenza e delle best practice.

Inoltre, le discussioni relative al *Value Based Healthcare* sono spesso risultate teoriche senza una conoscenza approfondita e chiara dei contenuti. Il tema è in effetti complesso, non semplice da raccontare; servirebbe un modo per migliorarne la narrativa in modo più semplice ed uniforme. Ad esempio, la discussione focalizzata sulla parola “valore” rimane spesso troppo generica, mentre appare preferibile focalizzarsi sui termini “*outcome*”, esito e, in generale, far riferimento a situazioni concrete.

In questo processo di diffusione della cultura Value Based è importante coinvolgere quanti più attori possibile, inclusi pazienti e cittadini, oltre ad aumentare le occasioni di confronto a livello internazionale.

Priorità #4: Coinvolgimento di pazienti e cittadini

La logica di mettere al centro il paziente è alla base del VBHC; lo sviluppo di soluzioni digitali pervasive ha reso il ruolo degli “utenti finali” ancor più evidente e determinante. L’avvento degli ecosistemi digitali sta inoltre riducendo le asimmetrie informative, fenomeno che ha caratterizzato in modo specifico l’ambito salute.

L’ingaggio dei pazienti attraverso i PROMs ha rappresentato uno degli aspetti innovativi del VBHC con un ruolo importante anche da parte delle Associazioni

Pazienti. In una logica di continua innovazione, oggi non si fa più solo riferimento ai PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*), ma anche ai PDO (*Patient Designed Outcome*), in cui il paziente aiuta a definire gli esiti da misurare e contribuisce, in modo strutturato, a innovare ed ottimizzare l’intero percorso.

Da un punto di vista digitale è necessaria una svolta. Aziende hi-tech, quali Amazon e Google, hanno fatto della facilità di utilizzo il loro mantra. Le persone che usano le loro App sono le stesse che prenotano i servizi sanitari, con aspettative quindi sempre più sofisticate. Di conseguenza, un primo passo necessario è il forte coinvolgimento degli utenti nello sviluppo di nuove soluzioni digitali, anche in ambito salute. Inoltre, gli indicatori di esiti devono essere visibili e spiegati in modo chiaro, non rivolti solo agli addetti ai lavori, ma a tutta la popolazione, con iniziative di comunicazione su vasta scala.

In questo contesto, è necessaria la definizione di regole certe in termini di data privacy al fine di rendere possibile l’interoperabilità e l’utilizzo dei dati.

Il coinvolgimento dei cittadini ha un ruolo chiave, per certi versi prioritario, nel percorso di implementazione. Gli “utenti finali”, non potranno che apprezzare i principi e le applicazioni pratiche del VBHC, creando quindi un effetto di “non-ritorno”, che obbligherà i diversi attori, inclusi i decisori politici, ad insistere nel tempo lungo questa direzione.

Priorità #5: Cultura della collaborazione tra operatori sanitari

L’organizzazione delle unità di assistenza integrate e la multi-disciplinarietà sono elementi fondamentali del *Value Based Healthcare*. Le nuove potenzialità di analisi e condivisione di dati rendono ancor più necessario il coordinamento dei vari soggetti, tipicamente secondo logiche di team.

Al fine di ragionare in termini di percorso del paziente, di valore e di full-cost, vi è quindi la forte necessità di uscire dalla logica a silos. Non si tratta solo di vincoli organizzativi e di budget, ma anche e soprattutto di un tema culturale dovuto ad abitudini che si sono consolidate negli anni (“*non ci si pensa*”).



Occorre sviluppare competenze avanzate per disegnare ed implementare collaborazioni innovative tra pubblico e privato; competenze non tanto di tipo legale, quanto e soprattutto di tipo gestionale, clinico e tecnologico.

Vi è la necessità di instaurare rapporti di collaborazione a diversi livelli (tra singoli professionisti, team, reparti, ospedali, ecc.). Un esempio è la necessità di collaborazione tra clinici e laboratoristi, con questi ultimi che devono essere messi in condizione di comprendere i bisogni dei clinici e valutare l'appropriatezza del dato generato in base a chi lo ha chiesto e in base a chi lo gestirà.

La leadership dei medici è indispensabile per la transizione verso il VBHC. Le loro capacità di lavorare in team e di diffondere le conoscenze in una logica multi-disciplinare saranno determinanti per il successo delle Integrated Practice Unit. Anche da questo punto di vista la sfida non è tanto tecnica, quanto gestionale.

Al fine di introdurre in modo concreto nuove modalità di lavoro è importante far leva sulle esperienze già condotte e relative best practice, anche esterne al settore pubblico. Mentre il confronto con operatori totalmente digitali è troppo estremo, ha senso invece ispirarsi ai casi di trasformazione di alcune banche, compagnie telefoniche e aziende farmaceutiche, in quanto organizzazioni molto tradizionali e spesso caratterizzate da burocrazia e silos organizzativi.

Priorità #6: Cultura della collaborazione tra pubblico e privato

Anche se non esplicitato nel modello di M. Porter, una forte integrazione tra soggetti pubblici e soggetti privati è imprescindibile per l'implementazione del VBHC.

Il settore pubblico avrà bisogno di supporto per riuscire a coprire tutti i bisogni, soprattutto in ambiti "nuovi", quali la sanità digitale, intesa come telemonitoraggio, visite da remoto, sensori biometrici, raccolta input da pazienti. Le centrali di acquisto si sono focalizzate, anche con successo, sull'aggregazione di volumi. Sugli aspetti legati al nuovo ed all'innovazione hanno invece mostrato limiti.

Il Codice degli Appalti oggi permette modalità di relazione che non sono ancora pienamente sfruttate. Ad esempio, nuove forme di Acquisti Innovativi, quali il *Pre-Commercial Procurement* (PCP) o il Dialogo pre-competitivo. Le nuove soluzioni di Partneriato

Pubblico Privato (PPP) permettono ai privati la presa in carico di pazienti con modalità innovative, basate su logiche di condivisione del rischio, a fronte di contratti di lunga durata.

Ad esempio, se si pensa alla cura della SLA i servizi sanitari e sociali sono molto frammentati. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di chiedere al mercato un servizio integrato e tecnologicamente assistito. Inoltre, attraverso l'acquisto di un pacchetto integrato (*bundle* di servizi), anche multi-fornitore, si potrebbe attivare di fatto la logica dei "*Bundled Payments*" senza dover intervenire sul sistema tariffario dei DRG, con tutte le complessità del caso.

Se da un lato esistono dei framework contrattuali utilizzabili, le principali barriere sono ancora una volta riconducibili alla dimensione culturale. Sia le istituzioni pubbliche, sia le aziende private appaiono non preparate ad affrontare questi temi, con queste ultime che faticano a stimolare il pubblico con nuove idee. Mancano competenze avanzate per sviluppare collaborazioni innovative tra pubblico e privato, competenze non tanto di tipo legale, quanto e soprattutto di tipo gestionale, clinico e tecnologico.

Data la sporadicità delle richieste "pubbliche" in termini di contributi innovativi, è anche comprensibile che le aziende private non si siano strutturate internamente con le competenze necessarie per cogliere al meglio queste opportunità, considerati anche i costi ed i rischi legati a framework quali PCP e PPP.

Peraltro, la difficoltà a realizzare iniziative congiunte di innovazione in una logica di co-creazione tra pubblico e privato rappresenta una criticità comune anche ai Paesi più avanzati nell'applicazione del *Value Based Healthcare*.

Di conseguenza, le sperimentazioni di peso dovranno idealmente prevedere anche una componente di partnership innovative, così da aiutare lo sviluppo sul campo di competenze e di best practice.

Inoltre, la definizione di regole e incentivi non dovrà far riferimento solo alla collaborazione tra pubblico e privato, ma anche a quella tra privato e privato, in una logica di fornitura di servizi integrati.

In sintesi: ambizione e concretezza

Da un punto di vista di direzione strategica di medio-lungo termine, l'evoluzione dei sistemi sanitari, incluso quello italiano, appare chiara. Sulla sostenibilità dell'attuale modello non esistono dubbi (si può dibattere sul "quando", non sul "se"), con la pandemia che ha evidenziato tutti i limiti anche agli occhi dell'opinione pubblica. Inoltre, le caratteristiche degli ecosistemi che si stanno affermando in altri settori, ecosistemi basati su dati e digitale, disegnati attorno all'utente finale, orientati alla continua innovazione, sono del tutto coerenti con i principi ed i contenuti del *Value Based Healthcare*. Il punto di arrivo appare quindi definito, anche se poi realisticamente vi saranno diverse declinazioni.

L'aspetto critico discusso in questo White Paper è come arrivare al punto di arrivo. Si tratta di un percorso non semplice in tutti i Paesi e ancor più nel caso italiano, soprattutto per le problematiche a livello di infrastruttura dati e digitali e l'assenza sino ad oggi di una regia complessiva.

Nell'ambito di un percorso che non può che essere "step-by-step", servono piloti ed esperimenti più complessi ed ambiziosi rispetto a quelli condotti sino ad oggi. Una Regione ha le leve per mettere in atto azioni incisive, idealmente con il supporto del Ministero della Salute e coinvolgendo più Ospedali al proprio interno. Avrebbe senso partire da attività che sono già state avviate con successo, riconfigurandole in una logica VBHC e di rimborso basato sugli esiti.

Oltre agli aspetti ampiamente discussi, quale l'infrastruttura dati, è necessario un vero e proprio salto culturale su diversi fronti, dalla comprensione in termini semplici e concreti di che cos'è "valore", alla collaborazione interdisciplinare all'interno delle strutture sanitarie, al lavoro in team, alla collaborazione con il privato per lo sviluppo e l'acquisto di soluzioni innovative.

Infine, serve coraggio per dare un forte impulso a questa trasformazione che incontrerà inevitabilmente le tipiche resistenze al cambiamento. Coraggio non solo da parte dei decisori istituzionali, ma anche da parte di tutti i soggetti coinvolti, aziende private incluse, che dovranno rimettersi in gioco secondo nuovi schemi. In questo momento storico le attese dei cittadini spingono verso un'innovazione di sistema che richiede coraggio, energia e concretezza. ☺



In questo momento storico le attese dei cittadini spingono verso un'innovazione di sistema che richiede coraggio, energia e concretezza.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il contributo i seguenti intervistati:

- Giuseppe Banfi (*Direttore Generale, Fondazione Centro San Raffaele*)
- Andrea Celli (*Amministratore Delegato Health Systems, Philips Italia, Israele e Grecia*)
- Giulia Goretti (*Healthcare process improvement and lean manager, Istituto Clinico Humanitas*)
- Giovanni Gorgoni (*Direttore Generale dell'Agenzia Regionale strategica per la Salute ed il Sociale della Regione Puglia*)
- Lorenzo Gubian (*Direttore Generale, ARIA S.p.A.*)
- Lorenzo Mantovani (*Direttore dell'Unità di Value-Based Healthcare, IRCCS MultiMedica*)
- Marta Marsilio (*Prof. Associato del Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi dell'Università di Milano*)
- Monica Piovi (*Direttore Generale ESTAR - Toscana*)
- Mario Plebani (*Direttore del "Centro di Ricerca Biomedica per la Qualità in Medicina di Laboratorio", Veneto*)
- Chiara Sgarbossa (*Direttore Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano*)
- Claudia Vaz (*Global Head of Market Access, Roche; in precedenza, Director, ICHOM*)



Bibliografia

- Porter M. (2010), *What Is Value in Health Care?*, The New England Journal of Medicine
- EIT Health (2020), *Implementing Value-Based Health Care in Europe: Handbook for Pioneers* (Director: Gregory Katz)
- European Commission (2019), *Defining value in “Value Based Healthcare”*
- Marsilio M. e Rosa A. (2020), *“Lean e Value Based Management – modelli e strumenti per la creazione di valore nelle aziende sanitarie”*
- Gyg Cymru NHS Wales (2019), *Putting Value at the Centre of health and care in Wales*
- Davies D. (2019), *Value Based health care at ABUHB*
- Griffiths J. (2019), *Value Based Procurement. The role and increasing importance of evidence*
- The Economist Intelligence Unit (2019), *VBHC in Sweden - Reaching the next level*
- Value Based Healthcare Center Europe sito, caso Olanda, vbhc.nl/nhn
- Buijck B. (2019), *Value based health care in the rotterdam stroke service*, International Journal of Integrated Care
- Cherkaoui Z. et al. (2020), *A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes for Pancreatic Carcinoma: An International Delphi Survey*
- Philips (2018), *La sanità del valore*
- ICHOM (2017), *Implementing ICHOM’s standard sets of outcomes*
- Porter M. (2017), *Value-Based Health Care Delivery: The Agenda for Italy*
- VIHTALI (2018), *The Value Agenda for Italy*
- Sgarbossa C. (2020), *“Value Based Healthcare: lo stato di applicazione in Italia”*, PoliMi
- Regione Puglia Press (2020), *#Accasa: il monitoraggio del virus a domicilio diventa digitale la Regione Puglia vara la piattaforma di teleassistenza clinica*
- Regione Lombardia Sito (2018), *Il nuovo percorso di presa in carico del Paziente Cronico in Lombardia*
- Goretti G. et al. (2020), *Value-Based Healthcare and Enhanced Recovery After Surgery Implementation in a High-Volume Bariatric Center in Italy*
- Scardoni A. (2019), *Sviluppo di percorsi multidisciplinari value-based nell’IRCCS Ospedale San Raffaele*
- OECD (2019), *Health at a glance*
- EU Alliance sito, euhalliance.eu
- Bush J. e Fox J. (2016) *Bringing the Power of Platforms to Health Care*, HBR

