

VALUE-BASED HEALTH CARE

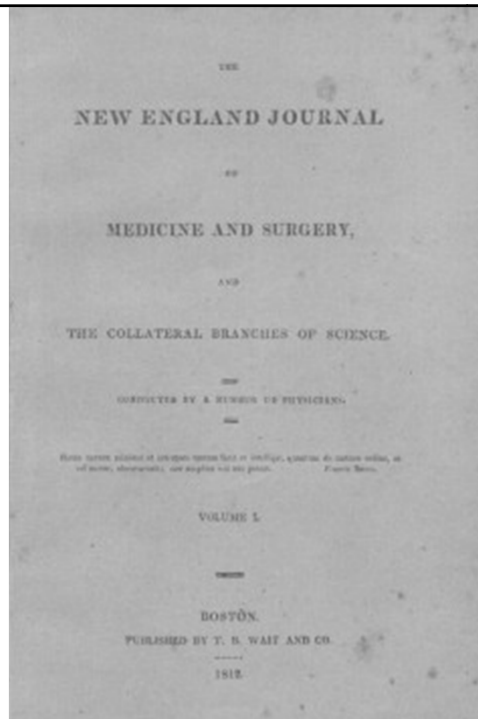
Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

20¹⁸¹²2012 NEJM

Impact factor 53.48



The Four Habits of High-Value Health Care Organizations

Richard M.J. Bohmer, M.B., Ch.B., M.P.H.

N ENGL J MED 365;22 NEJM.ORG DECEMBER 1, 2011

Transforming Graduate Medical Education to Improve Health Care Value

Glenn Hackbarth, J.D., and Cristina Boccuti, M.A., M.P.P.

N ENGL J MED 364;8 NEJM.ORG FEBRUARY 24, 2011

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010

A Strategy for Health Care Reform — Toward a Value-Based System

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 361;2 NEJM.ORG JULY 9, 2009



Il Sole
24 ORE
Sanità



ANGOLO DI PENNA

**Il value-based
healthcare
“unità di misura”
delle prossime
politiche sanitarie**

di Nino Cartabellotta *



STAKEHOLDERS



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

MANAGER

**SOCIETÀ
SCIENTIFICHE**

CITTADINI

**SANITA'
PUBBLICA**

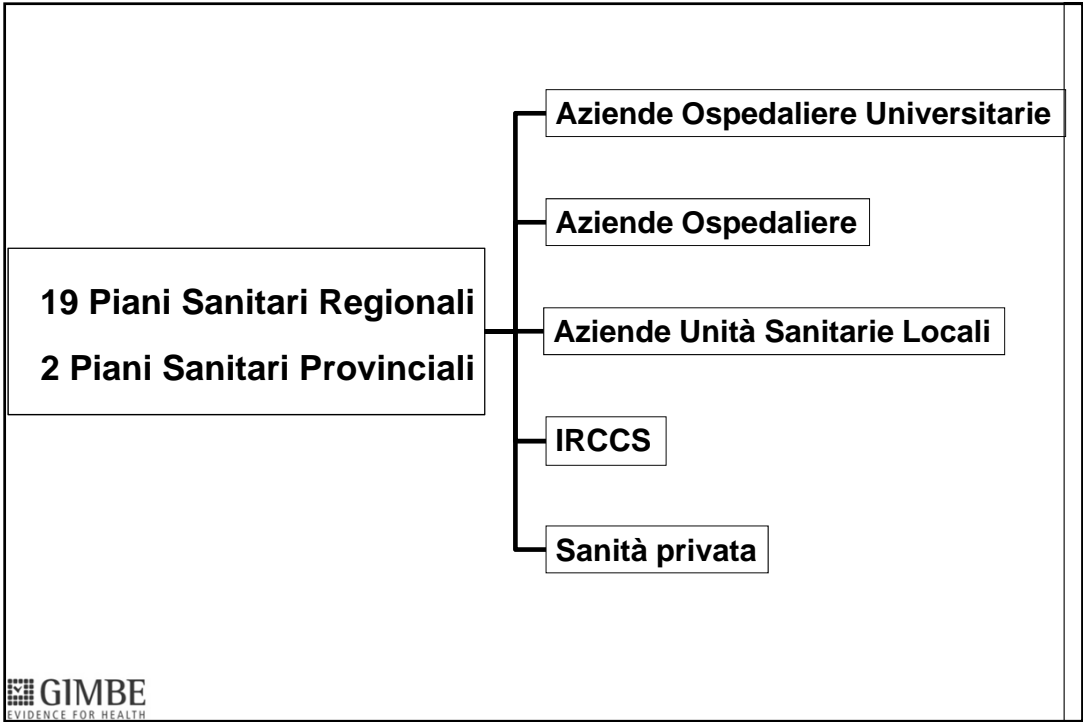
POLITICA

INDUSTRIA

**SANITA'
PRIVATA**

**PROFESSIONISTI
SANITARI**





“la mancata condivisione degli obiettivi tra gli stakeholders innesca un pericoloso gioco d’azzardo fatto di approcci divergenti al management e alle politiche sanitarie che ostacolano il miglioramento delle performance professionali, organizzative e dell’intero sistema sanitario”

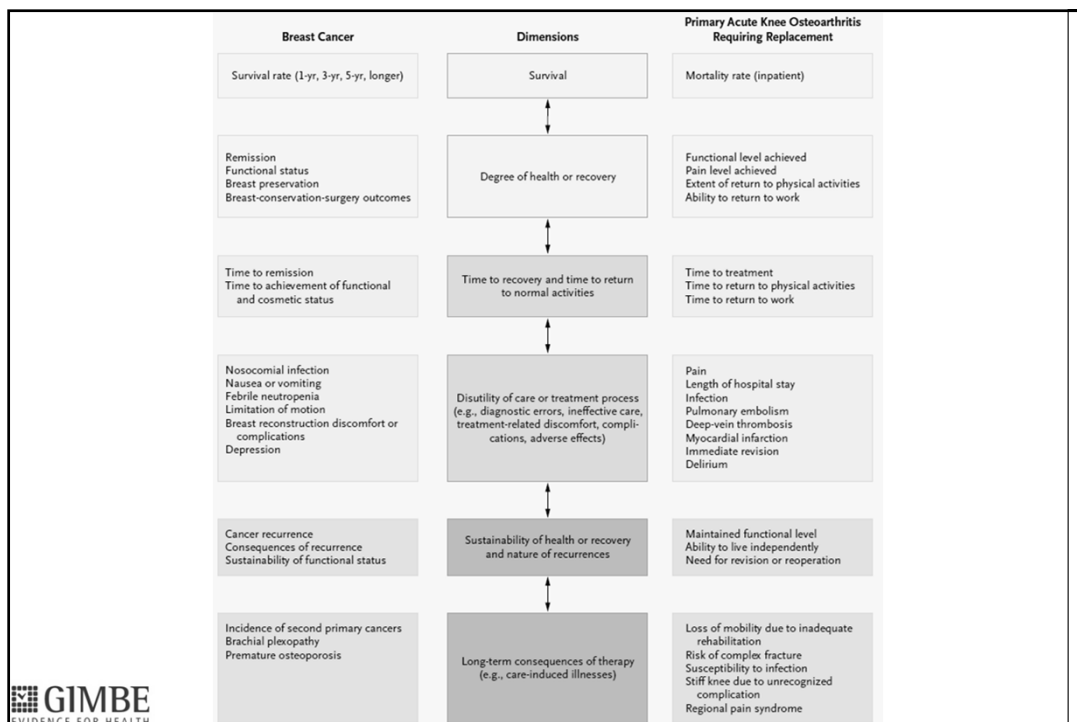
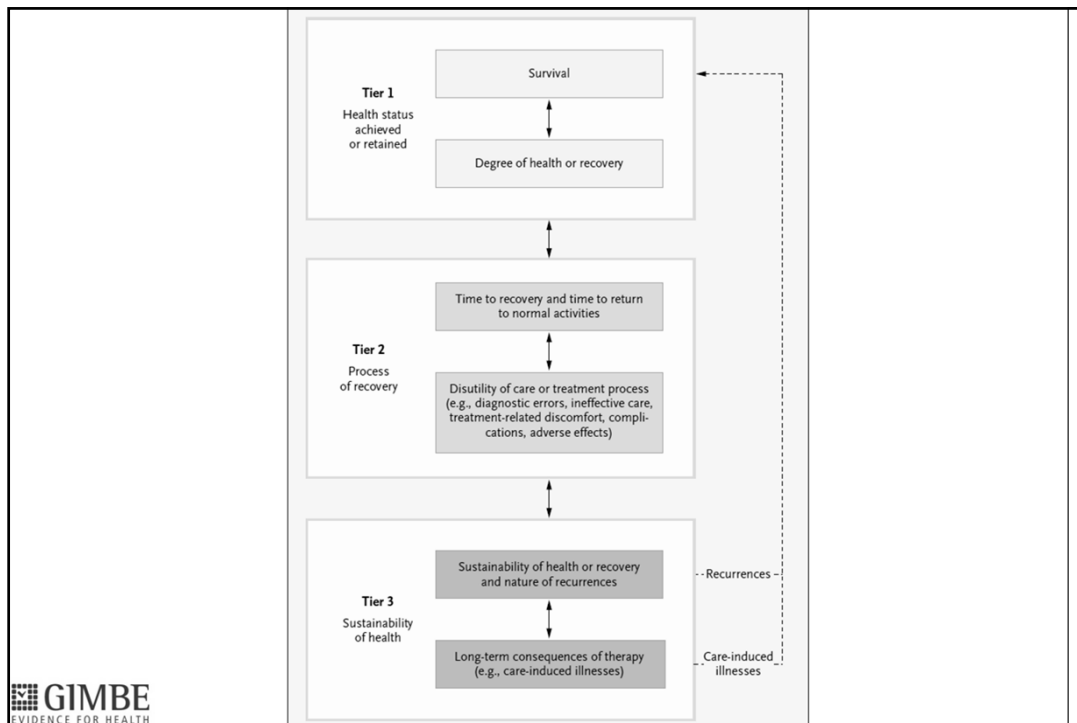
Nino Cartabellotta, 2011

HIGH VALUE

- E' il miglior risultato di salute ottenuto per unità monetaria utilizzata

VALUE= outcome/costi

- **Denominatore** → costi sostenuti per erogare l'intero percorso assistenziale
- **Numeratore** → **outcome** clinicamente rilevanti durante un follow-up sufficientemente lungo



LIVELLO 1. STATUS DI SALUTE OTTENUTO O MANTENUTO

- **Sopravvivenza:** a 1, 3, 5 anni
- **Grado di salute o di recupero:** remissione, status funzionale, preservazione della mammella, outcome correlati alla chirurgia conservativa

LIVELLO 2. PROCESSO DI GUARIGIONE

- **Tempi di guarigione e di ripresa delle normali attività:** tempo di remissione, tempo necessario per ottenere un adeguato status funzionale ed estetico
- **Conseguenze negative dei processi assistenziali** (errori diagnostici, interventi sanitari inefficaci, discomfort, effetti collaterali, complicanze, etc.): infezioni ospedaliere, nausea, vomito, neutropenia febbrile, limitazioni motorie, depressione, discomfort e complicanze conseguenti alla ricostruzione della mammella

LIVELLO 3. SOSTENIBILITÀ DELLO STATUS DI SALUTE

- **Sostenibilità della salute, guarigione, recidive:** sostenibilità dello status funzionale, recidive della neoplasia e loro conseguenze
- **Conseguenze a lungo termine degli interventi sanitari** (incluse le malattie iatrogene): incidenza di una seconda neoplasia primitiva, plessopatia brachiale, osteoporosi precoce

Cosa influenza il *value for money* ?

- Bassa efficienza e produttività
- Erogazione di interventi sanitari
 - Inefficaci
 - Efficaci, ma inappropriati
 - Efficaci e appropriati, ma a costi troppo elevati



Migliorare efficienza e produttività dei sistemi sanitari: la ricetta Toyota contro gli sprechi

di Nino Cartabellotta *

CRISI ECONOMICA



CRISI ECONOMICA

DUE STRATEGIE PER SOSTENERE LE ATTIVITA' PRODUTTIVE

- Investire meno risorse (tagli)
- Ottenere migliori risultati dalle risorse investite, identificando ed evitando gli sprechi

“gli sprechi sono attività umane che consumano risorse senza produrre *value*”

Taiichi Ohno, Toyota

PRODUTTIVITA' o EFFICIENZA ?



PRODUTTIVITA o EFFICIENZA ?

PRODUTTIVITÀ

- Rapporto tra output (prodotti) e input (risorse)
- Facile da misurare

EFFICIENZA

- Rapporto tra outcome (sopravvivenza, guarigione, riduzione della disabilità, miglioramento della qualità di vita) e input (risorse)
- Difficile/impossibile da misurare (mancano outcome a breve, medio e, soprattutto, a lungo termine)

PRODUTTIVITA o EFFICIENZA ?

In una UO di chirurgia ortopedica...

EFFICIENZA

- % di pazienti che, sottoposti a intervento di protesi d'anca, riprendono una regolare deambulazione

PRODUTTIVITÀ

- Numero d'interventi eseguiti per posto letto

“L’approccio attuale al management sanitario è, inevitabilmente, guidato dalla produttività e non tiene conto dell’appropriatezza degli interventi sanitari che - per massimizzare l’efficienza ed evitare lo spreco di risorse - dovrebbero essere erogati al paziente giusto, nel momento giusto, nel posto giusto e dal professionista giusto”

Nino Cartabellotta, 2011

PRODUTTIVITA + EFFICIENZA

How To

Get Better Value
Healthcare

Second Edition

value
outcome
patient
culture muda
programme budgeting
quality
sustainability
efficiency
resources
judgement
revolution
population
carbon
systems
productivity
clinician
knowledge
analysis
marginal

J.A. Muir Gray





7 STEP



1. MASSIMIZZARE L'UTILIZZO DI STRUTTURE E TECNOLOGIE

- *Sweat the assets* è un motto diffuso nel mondo industriale che enfatizza la necessità di massimizzare l'utilizzo delle risorse strutturali e tecnologiche.
- Ad esempio, nel pieno rispetto dei contratti di lavoro, numerosi servizi di diagnostica ambulatoriale potrebbero essere utilizzati ben oltre le 30-35 ore spalmate solo su 5 giorni/settimana e contribuire all'abbattimento delle liste d'attesa



7 STEP



2. RIDURRE LE SCORTE DI MAGAZZINO

- L'utilizzo tempestivo - *just-in-time delivery* – delle scorte di magazzino è un punto cruciale del modello Toyota, disatteso oggi dalla maggior parte delle organizzazioni sanitarie che tendono ad acquisire un surplus di beni di consumo



7 STEP



3. RIDURRE IL COSTO DEGLI STAFF NON-CLINICI

- Il lavoro dei professionisti sanitari richiede uno staff tecnico-amministrativo, i cui costi incidono in maniera imponente sui bilanci delle organizzazioni sanitarie
- Per ridurre questo capitolo di spesa – oltre all'outsourcing - l'approccio più efficiente è ridurre il carico di lavoro di questi professionisti (ad es. diminuendo la richiesta di dati, migliorando l'informatizzazione) e di conseguenza il loro numero



7 STEP



4. RIDURRE GLI SPRECHI DI TEMPO

- Il tempo dei professionisti sanitari, la risorsa più preziosa, dovrebbe essere impiegato primariamente nell'assistenza e, in minor misura, in formazione e ricerca
- Troppe le attività time-wasting:
 - riunioni senza specifici obiettivi e/o che non raggiungono conclusioni
 - ricerca affannosa di relazioni, dati e referti sperduti
 - varie attività amministrative
 - ... spasmodica ricerca di un parcheggio...



7 STEP



5. EROGARE L'ASSISTENZA NEL SETTING APPROPRIATO

- L'appropriatezza di setting è condizionata da:
 - carenze strutturali-organizzative
 - eccesso di offerta di prestazioni altamente remunerative

IL CASO DEI BED-BLOCKERS

“Non possono essere dimessi sia per carenza di posti letto in lungodegenza, riabilitazione, RSA, sia per insufficiente sviluppo della assistenza domiciliare.

Influenzano negativamente sia la produttività, riducendo l'indice di rotazione dei posti letto, sia l'efficienza per gli eventi avversi conseguenti all'ospedalizzazione prolungata”

Nino Cartabellotta, 2011



7 STEP



6. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLE RISORSE UMANE

- La riorganizzazione delle risorse umane dovrebbe essere guidata dall'appropriatezza dei professionisti impiegati, in relazione alla loro competenza.
- In particolare, il tempo di professionisti particolarmente competenti non dovrebbe essere impiegato per attività che potrebbero essere eseguite con la stessa efficacia/sicurezza da altri colleghi



7 STEP



7. RIDURRE I COSTI DI ACQUISIZIONE DI FARMACI, DISPOSITIVI ED ALTRE TECNOLOGIE SANITARIE

- Approvvigionamenti intelligenti (ad es. gare centralizzate), acquisti all'ingrosso e utilizzo di farmaci generici sono alcune strategie per ridurre i costi di acquisizione delle tecnologie sanitarie

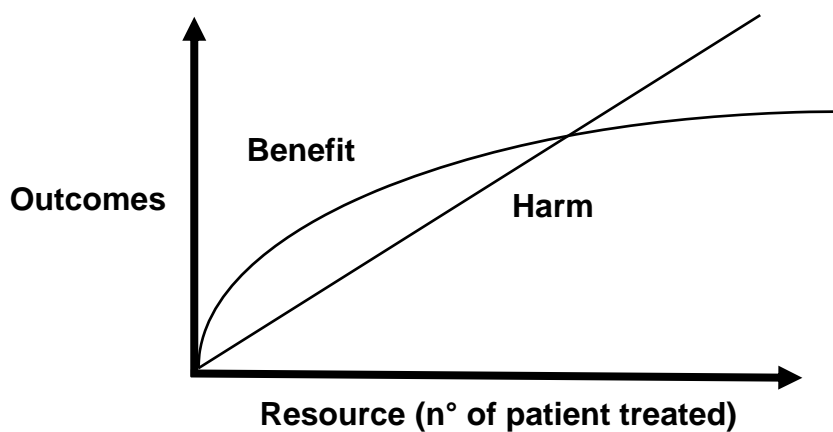
PRODUTTIVITA + EFFICIENZA

A MISSION... POSSIBLE?

“E’ possibile migliorare al tempo stesso efficienza e produttività delle organizzazioni sanitarie solo se si accetta di transitare sotto il “giogo” dell’appropriatezza”

Nino Cartabellotta, 2011

THE LAW OF DIMINISHING RETURNS



Donabedian A, 1980