

Modelli nuovi di finanziamento - Bundle Payment

HTA E VALUE-BASED HEALTHCARE: MODELLI DI VALUTAZIONE PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLA CRONICITÀ

Modello di valutazione (HTA) degli approcci alla gestione della cronicità (valutazione dell'impatto delle innovazioni tecnologiche e organizzative sugli esiti e gli altri elementi di valore), in una logica value based healthcare. Diabete, BPCO, Asma grave

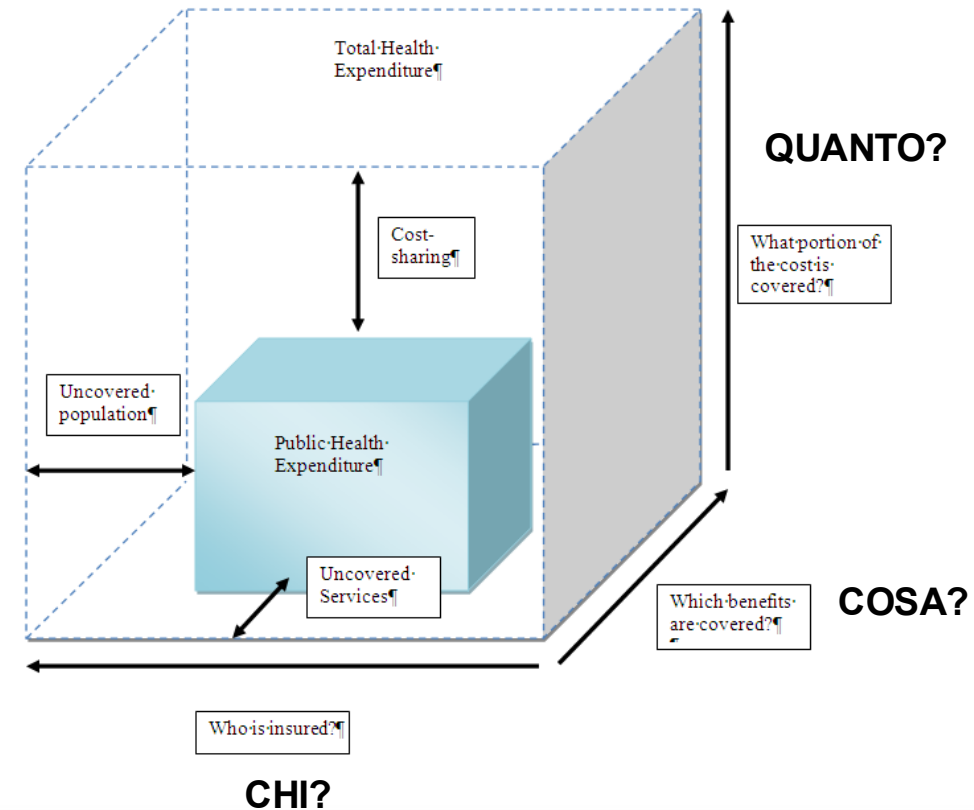
*Sala Giotto
25 novembre 2025*

Eugenio Di Brino, ALTEMS, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

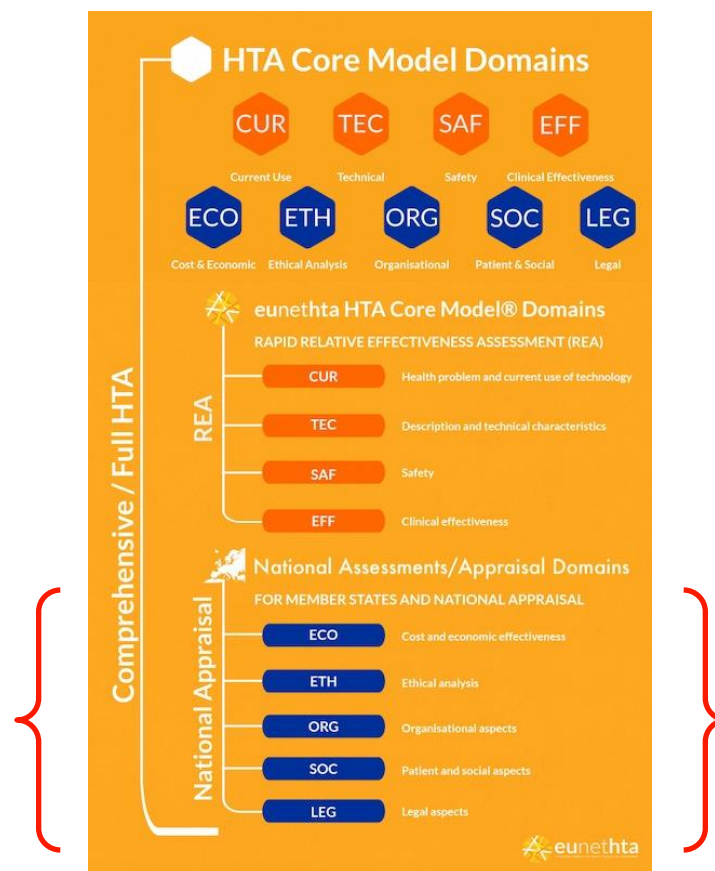
Tecnologia sanitaria:

«l'insieme di farmaci, strumenti, procedure mediche e chirurgiche utilizzate per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione della malattia» (Jonsson e Banta, 1999).

- ❖ Introdotta per migliorare la qualità dell'assistenza (non per risparmiare)
- ❖ Quasi sempre aumenta i costi (acquisto, nuovo personale, formazione, nuove indicazioni, etc.)
- ❖ Almeno inizialmente rende più complessi e non semplifica i processi



HTA



Perché nuovi modelli di valutazione economica?

1. Sostenibilità (economica) dei sistemi sanitari pubblici
2. Ricerca di modelli di giustizia sociale «accettabili»
3. Cambiamento della prospettiva: dal «quanto costa» a «quanto vale»;
4. Consapevolezza del «valore» della salute per i sistemi economici;
5. Prospettiva dei pazienti: dalla salute al benessere (es. active ageing)
6. Sanità come «ecosistema»
7. Disruptive innovations
8. Contrapposizione con il sistema regolatorio di accesso utilizzato per gli altri farmaci/dispositivi.

Gli studi economici in ambito sanitario

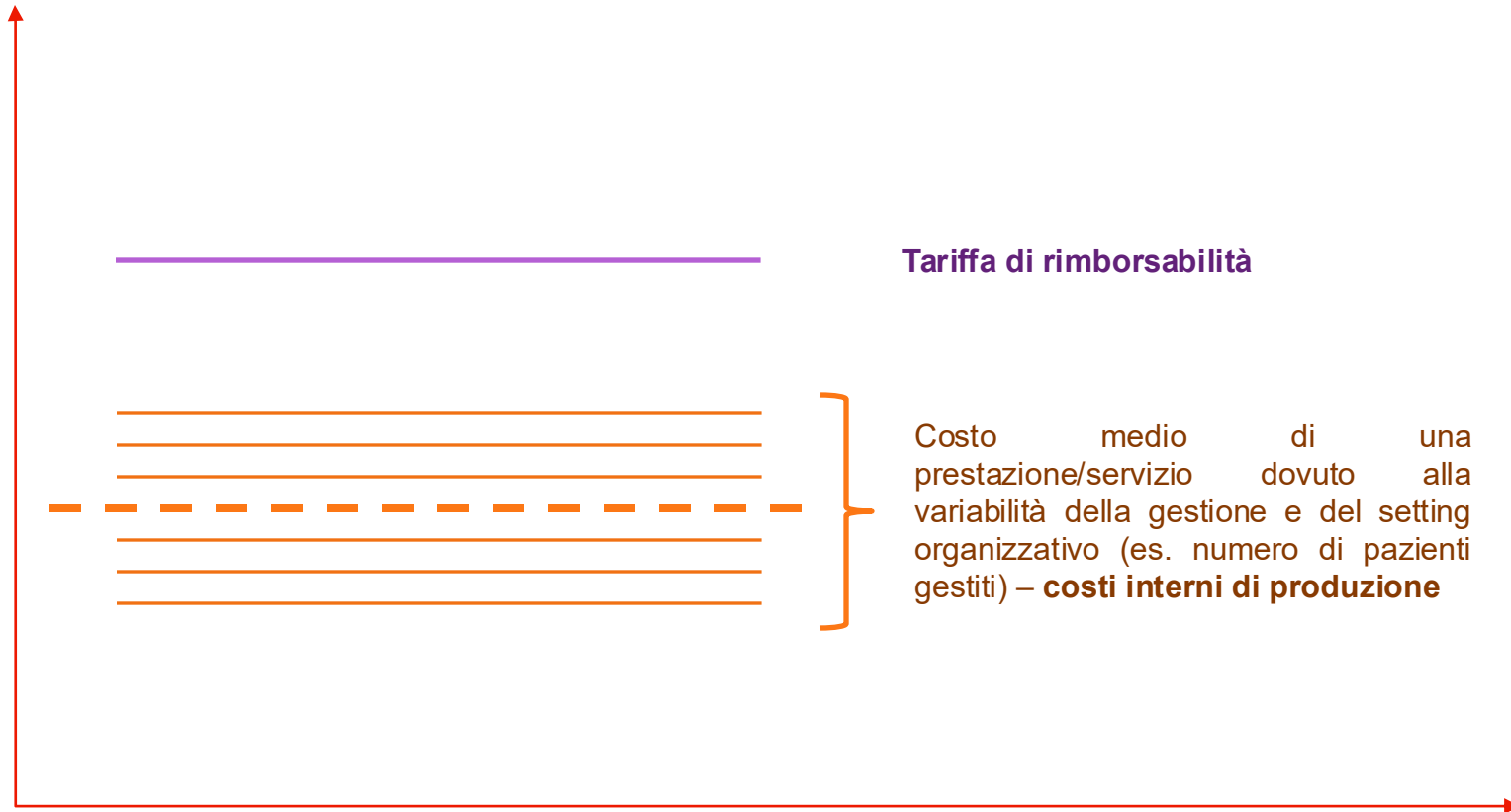
Tipologie di studio	Comparazione	Obiettivo	Ambito di applicazione	Prospettiva
Studi di cost-of-illness	No	Economic burden	patologie	Ssn/Ssr/Bilancio dello Stato
Costo-efficacia/utilità dei programmi sanitari	Si (benefici/costi)	Allocazione delle risorse opubbliche / Costo opportunità	farmaco, dispositivo, programma di sanità pubblica, vaccini, procedura	Ssn
Studi di budget impact	Si (costi)	Sostenibilità ssn	farmaco, dispositivo, programma di sanità pubblica, vaccini, procedura	Ssn/Ssr/Azienda
Studi sui costi indiretti e sociali	Si (costi)	Sostenibilità Spesa Pubblica	farmaco, dispositivo, programma di sanità pubblica, vaccini, procedura	Ssn/Ssr/Bilancio dello stato
Fiscal impact Modelling	Si (spesa, gettito fiscale, reddito)	Sostenibilità sistema economico/crescita	programma di sanità pubblica, vaccini, tecnologie ad alto impatto di sanità pubblica	Ssn/Bilancio dello Stato/Economia Nazionale

Activity-based costing

1. La tecnica dell'Activity-based costing (ABC) consente di calcolare il costo pieno di un prodotto/servizio attraverso la misurazione del costo di ciascuna singola attività/risorsa a esso collegata.
2. Grazie al metodo dell'ABC, i costi dei centri ausiliari non sono attribuiti ai centri di produzione sulla base di un'imputazione soggettiva, ma direttamente alle attività che li generano, intese come determinanti effettivi dell'entità dei costi.
3. L'analisi ABC è solitamente suddivisa in tre distinte fasi:



Come definire il valore economico?



Dal pagamento per tariffa al Value-Based Payment Model

Sistema di *bundle payment*

- **Bundled payment**, anche conosciuto come *episode-based payment*, *episode payment*, *episode-of-care payment*, *case rate*, *evidence-based case rate*, *global bundled payment*, *global payment*, *package pricing*, or *packaged pricing*, è definito come il **rimborso di providers** sulla base di costi clinici definiti per processi assistenziali.
- È un sistema di mediazione tra il *fee for service* (tariffa) e la quota capitaria.
- Questa metodologia raggruppa i servizi per uno specifico episodio di cura (ad esempio, protesi d'anca) o per un periodo di tempo fisso per una condizione cronica (ad esempio, coronaropatia).
- Un gruppo di fornitori concorda una tariffa e riceve il pagamento in un pacchetto o a prestazione con riconciliazione.

Bundle payment come un «global payment»

- Un metodo di pagamento prospettico che raggruppa i servizi a livello di paziente in un periodo di tempo definito.
- Il pagamento viene effettuato sulla base dell'esperienza passata sui costi e della valutazione attuariale del rischio futuro correlato ai dati demografici del paziente e alle condizioni mediche note.
- Espone i fornitori a un rischio finanziario per le loro prestazioni cliniche e il coordinamento delle cure.
- I pagamenti sono adeguati al rischio in modo che i fornitori non siano esposti al rischio di insorgenza di problemi di salute al di fuori del loro controllo.

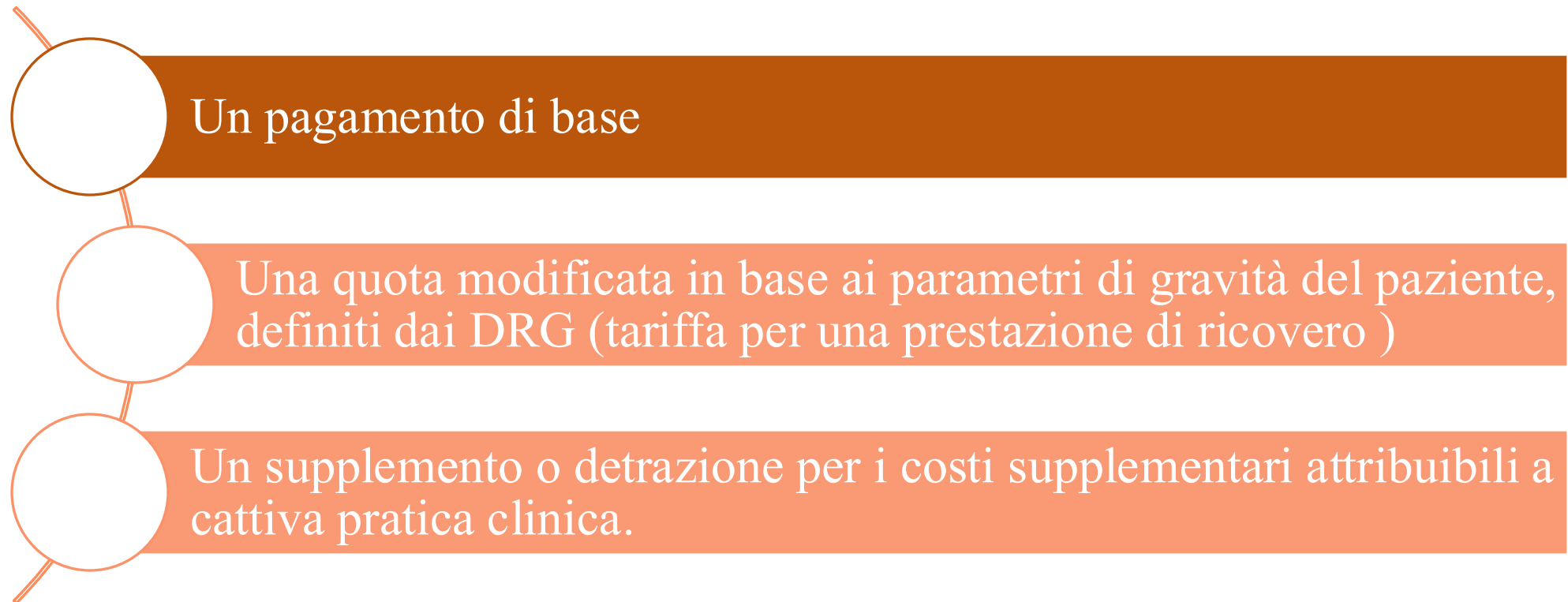
Quando sono più soggetti a erogare quel servizio?

- In Italia non abbiamo un problema di pagamento/rimborsabilità legato a gruppi di aziende ospedaliere.
- Dovremmo dare però una risposta in termini di «mobilità sanitaria», quindi trasferimento del paziente tra regioni.
- Bisogna quindi pensare alla possibilità di accettare il pagamento/rimborsabilità globale per tutte o la maggior parte delle cure da fornire a un paziente e successivamente distribuirlo, oppure che il SSN distribuisca direttamente ai fornitori di servizi e poi apporti aggiustamenti in base alle prestazioni rispetto ai pagamenti globali aggregati e agli incentivi per l'accesso alle prestazioni e la qualità.

Bundle payment vs fee for service (tariffa)

Dimensione	Bundle Payment	Fee for Service (FFS)
Definizione	Pagamento forfettario “a pacchetto” per un intero episodio di cura (es. DRG ampliato, chirurgia + follow-up).	Pagamento per ogni singola prestazione erogata (visita, esame, procedura).
Unità di pagamento	Episodio/procedura completa o percorso definito	Singolo servizio o atto
Incentivi economici	Incentivo a efficienza, coordinamento, controllo costi, riduzione duplicazioni	Incentivo a volumi, aumento prestazioni; rischio di overuse
Obiettivo principale	Pagare per valore e outcome (Sistema prospettico)	Pagare per attività (Sistema retrospettivo)
Gestione del rischio	Rischio condiviso tra payer e provider: se i costi eccedono il bundle, il provider li assorbe	Nessun rischio per il provider: ogni prestazione è remunerata indipendentemente dal risultato
Coordinamento del percorso	Richiede forte integrazione verticale e collaborazione multidisciplinare	Percorsi spesso frammentati: ogni attore massimizza il proprio volume
Focus sugli outcome	Elevato: incentivi legati a qualità e risultati clinici	Basso: nessun incentivo diretto su risultati
Prevedibilità dei costi per il payer	Alta: costo fisso per episodio	Bassa: dipende dal numero di prestazioni erogate
Impatto sulla qualità	Può aumentare qualità tramite standardizzazione e riduzione complicanze	Rischio di qualità variabile; incentivi a erogare di più, non necessariamente meglio
Rischi principali	- Under-treatment per contenere i costi- Complessità di definizione del bundle- Richiede capacità manageriali e di data tracking	- Over-treatment- Costi incontrollati- Frammentazione dell’assistenza
Appropriatezza	Alta se il bundle è ben progettato e monitorato	Potenzialmente bassa: incentivi al sovrautilizzo
Esempi internazionali	Bundled Payments for Care Improvement (BPCI – USA), modelli ortopedici, ostetrici, oncologici	Modello dominante in molti sistemi misti e liberalizzati
Aderenza al VBHC	Elevata	Limitata

Composizione di un bundle payment



Si introduce il concetto di «rimborsabilità per performance»

- Il monitoraggio dovrebbe concentrarsi su misure aggregate di costi, qualità ed efficienza, quali (a titolo esemplificativo):
 - Riduzione dell'utilizzo del pronto soccorso
 - Riduzione dei tassi di riammissione ospedaliera
 - Riduzione dei ricoveri ospedalieri prevenibili
 - Riduzione delle infezioni nosocomiali
 - Riduzione degli eventi gravi segnalabili
 - Diminuzione della spesa sanitaria pro capite
 - Variazione della spesa diretta dei pazienti

Value-based Payment Framework

- Il pagamento a prestazione, che è l'attuale meccanismo di pagamento/rimborsabilità degli ospedali, prevede il pagamento agli ospedali e ai sistemi sanitari di una tariffa predeterminata per tale servizio.
- I meccanismi di pagamento basati su pacchetti (bundle payment) possono essere applicati lungo tutto il continuum assistenziale, soprattutto in ambiti particolari come la terapia intensiva.

Alcuni esempi di applicazione in Italia

- Il **CReG (Chronic Related Group)** è una *“innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico - organizzativa delle malattie croniche”*. (DGR IX/937/2010, allegato 14)

Conclusioni

- Per riprogettare il sistema di pagamento dell'assistenza sanitaria dovremmo:
 - Accelerare modelli di pagamento che premiano un valore migliore e un'assistenza più efficiente e integrata per i pazienti.
 - Incentivare gli sforzi per gestire meglio la salute di determinate popolazioni e comunità.
 - Riformare i sistemi di pagamento e di erogazione per ottenere una riduzione del costo pro capite dell'assistenza.
 - Migliorare e incentivare la qualità, la sicurezza e l'esperienza di cura del paziente.
 - Incentivare i singoli individui a condividere la responsabilità della propria salute e dell'assistenza sanitaria.
 - Garantire prevedibilità e stabilità nei pagamenti mentre i fornitori costruiscono l'infrastruttura e le capacità per riprogettare l'erogazione dell'assistenza.

Grazie per l'attenzione

eugenio.dibrino@unicatt.it