

## Remunerazione dei medici di famiglia e qualità dell'assistenza

2012-01-16 11:01:14 Redazione SI



Gavino Maciocco

Un nuovo modo di remunerazione (*pay-for-performance*) è destinato a incidere profondamente sul comportamento professionale dei medici e sull'organizzazione delle loro attività. I punti di forza e quelli di debolezza; le opportunità e i rischi.

Che il sistema di remunerazione dei professionisti influenzi il loro comportamento è un dato. Fino a qualche anno fa per i medici di famiglia (che non avevano un rapporto di dipendenza, come – ad esempio – in larga parte avviene in Spagna e Svezia) esistevano due sole modalità di remunerazione a cui corrispondevano due differenti comportamenti professionali:

- il pagamento a prestazione (*fee-for-service*)
- il pagamento a quota capitaria, ovvero relativo al numero dei pazienti iscritti a un medico, o a un gruppo di medici (*capitation*).

**Il pagamento a prestazione**, tipico dei modelli mutualistici “Bismarck” (vedi Germania e Francia) ma presente anche in Canada, incentiva – inevitabilmente – la produzione di servizi (visite, prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche) e lega il medico al paziente solo per un episodio di malattia: il paziente non è tenuto a “scegliere” un medico “di fiducia” e può rivolgersi in prima battuta indifferentemente a un medico generalista o a un medico specialista.

**Il pagamento a quota capitaria**, tipico dei modelli universalistici “Beveridge” (vedi Italia e Regno Unito), comporta la scelta da parte del paziente di un medico “di fiducia” e dovrebbe garantire da una parte una presa in carico “globale” del paziente e dall'altra la funzione di filtro (*gatekeeping*) nell'accesso all'assistenza specialistica e ospedaliera. È questo un modello che generalmente induce nei medici un comportamento “attendista”, certamente molto meno interventista rispetto a quello basato sul pagamento a prestazione.

Il quadro si è molto complicato da quando l'organizzazione delle cure primarie in generale e della medicina di famiglia in particolare è stata investita da due diversi nella sostanza, ma quasi contemporanei (a partire dalla metà degli anni 90), processi:

1. **l'irruzione del “*disease management*” nel trattamento delle cronicità** (vedi *Chronic Care Model* – E. Wagner)
2. **la diffusione dei principi e delle tecniche di controllo della “qualità” delle cure** (vedi *Quality Assurance in Health Care* – A. Donabedian).

Da allora i medici di famiglia di tutto il mondo hanno dovuto confrontarsi con un nuovo lessico e con nuovi impegni: evidence-based medicine, linee-guida, percorsi diagnostico-terapeutici, appropriatezza prescrittiva, indicatori di struttura/processo/esito e relativi obiettivi. **È del 1995 un articolo del BMJ intitolato “*Performance indicators for general practice*”[1]. La funzione di questi indicatori fu subito chiara: “Gli indicatori di performance possono essere usati per identificare e premiare i gruppi di medici con i migliori risultati”.** Inizia così l'era di un nuovo modo di remunerazione dei medici di famiglia, che si aggiunge e si integra alle due precedenti forme, basato sul raggiungimento di obiettivi predefiniti, clinici e/o organizzativi. Un nuovo modo di remunerazione (*pay-for-performance* – *P4P*) destinato a incidere profondamente sul comportamento professionale dei medici e

sull'organizzazione delle loro attività.

Di seguito descriveremo l'applicazione del P4P in tre diversi contesti: USA, Regno Unito e Germania.

## USA

**Negli USA si è realizzato il primo esperimento di P4P su larga scala.** Ed è avvenuto in uno dei tre programmi assicurativi pubblici nazionali[2], il **Veterans Health Administration (VHA)**, che copre circa 5 milioni di persone tra militari attivi e pensionati[3]. Quando l'esperimento fu avviato, nel 1995, il VHA aveva una pessima reputazione in termini di efficienza e di qualità delle cure. La riforma riguardò vari aspetti dell'organizzazione:

- il decentramento dei livelli di responsabilità;
- forti investimenti in cure primarie e riduzione dei posti letto;
- potenziamento dei sistemi informativi/informatici, con la realizzazione di un sistema unificato di *electronic medical record*.

Ma il punto centrale della riforma fu l'uso sistematico di indicatori per monitorare la performance a vari livelli, dalla qualità delle cure alla soddisfazione dei pazienti. Gli ambiti del monitoraggio sono stati principalmente la gestione delle malattie croniche (controllo del diabete, uso di inalatori per BPCO, counselling per dieta e esercizio fisico, etc) e le attività di prevenzione (vaccinazioni, screening oncologici, counselling per alcol e tabacco, etc). Il sistema di incentivazione sul raggiungimento degli obiettivi di performance riguardava "a cascata" i responsabili regionali fino agli operatori in prima linea.

Oggi VHA è considerata una delle migliori organizzazioni sanitarie negli USA (*"It was lauded as providing the best care in the US"*)[4].

Altre organizzazioni USA hanno adottato il programma P4P. La più importante è l'**Integrated Healthcare Association (IHA)**[1] che raggruppa 221 gruppi di medici (per un numero complessivo di 35 mila medici, che afferiscono a sette principali HMO della California).

Il programma prevede la condivisione di un set di indicatori riguardanti:

1. La qualità clinica: a) interventi preventivi (vaccinazioni, screening oncologici, screening Clamidia); b) trattamento delle malattie acute (malattie respiratorie, mal di schiena); c) gestione delle malattie croniche (diabete, asma, malattie coronariche). Il set di indicatori incorpora misure di processo e di outcome.
2. L'esperienza dei pazienti: la comunicazione con i medici, la tempestività delle risposte, l'accesso agli specialisti.
3. I sistemi informativi/informatici: uso di registri di patologia, di *electronic medical record*, di sistemi di allerta per il richiamo dei pazienti; possibilità da parte dei pazienti di comunicare via internet con i curanti.
4. Il programma prevede che i risultati dei vari gruppi siano resi pubblici (*public report card*).

## REGNO UNITO

**QOF. Ancora un acronimo (di *Quality and Outcome Framework*) per indicare un nuovo sistema di remunerazione basato sulla performance**[6]. Introdotto su scala nazionale nel Regno Unito nel 2004 consente ai medici di famiglia (*General Practitioner, GP*) di incrementare fino al 25% la loro remunerazione attraverso il raggiungimento di obiettivi di performance, rappresentati da 76 indicatori di qualità clinica (riferiti quasi esclusivamente alle malattie croniche) e 70 indicatori relativi all'organizzazione dell'assistenza e all'esperienza dei pazienti. Degli indicatori clinici 10 sono relativi alla manutenzione di registri di patologia, 56 ai processi di cura (come la misurazione di parametri di malattia e l'uso di determinati farmaci) e 10 ai risultati (come il controllo della pressione arteriosa). Gli indicatori sono periodicamente rivisti e dal 2009 il processo di revisione e aggiornamento degli indicatori è affidato al NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). In sostanza gli indicatori che hanno raggiunto i livelli più alti di performance vengono rimossi e sostituiti con altri, anche sulla base della valutazione delle situazioni epidemiologiche e dei bisogni locali.

Il sistema si basa raggiungimento di un determinato punteggio; il massimo sono 1000 punti (650: qualità clinica; 167,5: organizzazione; 146,5: esperienza dei pazienti; 36: servizi aggiuntivi). L'adesione al QOF è volontaria, ma la partecipazione dei medici di famiglia britannici è stata pressoché totale (99,8%) e il raggiungimento degli obiettivi altissimo, ben al di sopra del 90%. Il costo del programma per il NHS è

stato finora di 1 miliardo di sterline l'anno[7].

## GERMANIA

Anche in Germania il programma di *Disease Management – Disease Management Programme*, DMP - (e relativo meccanismo di remunerazione P4P) è stato introdotto su scala nazionale, con modalità coerenti con il modello di sistema sanitario Bismarck. Il governo tedesco, e quindi i governi regionali hanno incentivato finanziariamente le assicurazioni sanitarie ad adottare i DMP, le quali hanno a loro volta incentivato i medici ad aderirvi.

**La realizzazione del programma è stata incrementale: nel 2003 sono stati introdotti cancro del seno e diabete, nel 2004 le malattie coronariche, nel 2006 asma e BPCO.**

La partecipazione dei medici e dei pazienti è volontaria, tuttavia il programma è molto diffuso e praticato: nel 2007 erano stati arruolati più di 3,3 milioni di pazienti, due terzi dei quali diabetici tipo 2. I pazienti che aderiscono sono invitati a scegliere un medico che avrà il compito di seguire e coordinare il programma, che prevede l'adesione a linee guida stabilite centralmente riguardo alla terapia, i controlli periodici, l'educazione del paziente e il supporto all'autocura. I pazienti sono coinvolti nel raggiungimento di obiettivi di salute anche attraverso attività di counselling di gruppo (generalmente si tratta di 4-5 incontri di 90 minuti ciascuno). Uno studio effettuato dopo 4 anni dall'inizio del programma, confrontando pazienti diabetici arruolati nel DMP e pazienti seguiti con assistenza di routine ha mostrato significative differenze tra i due gruppi, sia nella mortalità che nelle principali complicazioni (**Tabella 1**) [8].

Tabella 1. Mortalità e maggiori complicazioni diabetiche tra pazienti arruolati e gruppo di controllo. <i>German Disease Management Program, 2007</i>				
	Pazienti arruolati		Gruppo di controllo	
	Numero	%	Numero	%
Mortalità	458	2,30	935	4,70
<i>Complicazioni</i>				
Infarto miocardico	165	0,83	219	1.10
Ictus	180	0,91	226	1,14
Insufficienza renale cronica	71	0,36	94	0.74
Amputazione degli arti inferiori	95	0.48	152	0.76
Almeno una delle quattro complicazioni	496	2.49	667	3.35

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## P4P. PRO E CONTRO

Su P4P – e sui temi strettamente connessi come la gestione delle malattie croniche e il controllo della qualità delle cure – si è negli ultimi anni accumulata una notevole quantità di letteratura proveniente da numerosi paesi (oltre quelli già citati, altri come Svezia, Finlandia, Olanda, Spagna, Canada, Australia) [9] da cui è possibile trarre alcune valutazioni che possiamo sintetizzare nel classico schema della *SWOT analysis* [10].

### Punti di forza

**Il “combinato disposto” di disease management, controllo di qualità e P4P ha iniettato nel sistema delle cure primarie e della medicina generale una generosa dose d'innovazione di cui aveva un disperato bisogno.** Ne aveva assoluto bisogno per affrontare con idee fresche e strumenti nuovi la sfida – qualcuno dice: lo tsunami – delle malattie croniche. Gli elementi innovativi sono esattamente quelli descritti da E. Wagner nel suo *Chronic Care Model* [11,12]: la valorizzazione delle risorse della comunità e del ruolo del paziente; una medicina d'iniziativa, proattiva; l'organizzazione basata sul team e su una nuova articolazione delle funzioni e delle competenze; l'utilizzazione di linee guida basate su prove di efficacia; l'introduzione di robusti sistemi informativi/informatici. Le esperienze internazionali ci dicono che tutto ciò ha prodotto fondamentali trasformazioni nelle attività dei medici di famiglia: il rafforzamento dello staff, con il fondamentale contributo del personale infermieristico, la qualificazione delle strutture e il miglioramento della qualità dell'assistenza, l'introduzione dell'audit clinico, il potenziamento dei sistemi informatici (uso di registri di patologia, *electronic medical record*, sistemi di allerta per il richiamo dei pazienti, efficienti sistemi di auto-valutazione [13]).

I dati inglesi hanno documentato la capacità del modello di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Gli indicatori di performance sono infatti migliorati maggiormente nelle aree più deprivate a dimostrazione che la sanità d'iniziativa riesce a raggiungere fasce di popolazione più a rischio [14,15].

### Punti di debolezza

L'elemento più critico del "combinato disposto" è la selezione degli indicatori di performance in funzione dell'incentivazione economica, da cui possono derivare due effetti negativi: la distorsione delle priorità e la verticalizzazione dell'assistenza.

1. **La distorsione delle priorità.** Scrive S. Gillam, un GP molto critico nei confronti del QOF: "Lo scorso anno il nostro gruppo ha guadagnato 289 sterline per la somministrazione di un questionario a ciascun paziente depresso e 9 sterline per la misurazione della pressione ai pazienti ipertesi" [16]. Scrive I. Heath, GP, editorialista del BMJ, sempre a proposito del QOF: "Non sappiamo se il sistema migliorerà la salute della popolazione inglese, ma appare probabile che la gestione di pazienti con patologie come diabete e scompenso cardiaco migliorerà. Tuttavia sono da aspettarsi effetti perversi, importanti e difficili da quantificare. Ciò include il sovratrattamento delle condizioni monitorizzabili e la ridotta attenzione a problemi non monitorizzabili, ma non per questo meno importanti per il paziente"[17]. Un dato rilevato in quasi tutte le ricerche è il differente destino degli indicatori: quelli incentivati economicamente tendono a migliorare, quelli non incentivati rimangono stazionari o peggiorano[13].
2. **La verticalizzazione dell'assistenza.** Gli indicatori di performance sono quasi tutti legati alla gestione di singole malattie e raramente tengono conto della co-morbilità che invece interessa la maggioranza dei pazienti cronici[18]. Gli stessi indicatori inoltre non premiano – afferma B. Starfield – ciò che nelle cure primarie è un aspetto fondamentale della relazione terapeutica, ossia la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e la continuità delle cure[19].

### Le opportunità

Nel 2000 qualcuno affermò che la Medicina Generale entrava nel Terzo Millennio con gli ambulatori del Diciannovesimo Secolo (mentre il resto della Medicina stava al passo con i tempi).

Di fronte alla crisi della Medicina di famiglia in USA il *NEJM* si chiedeva: "*Will it survive?*"[20].

La stessa autorevole rivista sosteneva che il futuro della disciplina è strettamente legato alla capacità di rispondere adeguatamente alla sfida delle malattie croniche, attraverso radicali cambiamenti nella cultura dei medici e nell'organizzazione delle loro attività. "Se questi cambiamenti non avverranno, e non avverranno in fretta, – concludeva l'articolo – il campo delle cure primarie è destinato a diventare la provincia degli infermieri e delle professioni sanitarie non mediche"[21]. Valutazioni in larga parte condivise dai *General Practitioners* inglesi nel loro documento del 2007 "*The Future Direction of General Practice*"[22]. La necessità di un profondo rinnovamento culturale e organizzativo dei medici di famiglia è peraltro presente anche in Italia, vedi documento della FIMMG "La Ri-fondazione della Medicina Generale" del giugno 2007[23].

Il "combinato disposto" (continuiamo a chiamare così, in modo un po' burocratico, il mix di disease management, controllo di qualità e P4P) **offre alle cure primarie e ai medici di famiglia l'opportunità di conquistare la leadership in una sanità che ancora non riesce a trovare una ricetta efficace e credibile nella lotta contro le malattie croniche.** Una leadership necessariamente fatta di alleanze (con un ampio ventaglio di figure professionali e, prima ancora, con i propri assistiti) e *accountability* (ovvero la capacità di rendere conto con dati alla mano, in ogni momento, dei risultati del proprio lavoro).

### Le minacce

"*The idolatry of the surrogate*". Con questo titolo un recente articolo del BMJ[24] mette in guardia dall'uso sconsiderato di misure "surrogate" di outcome (vedi emoglobina glicata o microalbuminuria) nella valutazione dei risultati, sia a livello di pratica clinica che di ricerca. Surrogate perché sostitutive di hard end point, come la mortalità, la qualità della vita, le capacità funzionali, la riduzione della cecità e delle amputazioni. L'articolo porta alcuni esempi di come l'uso di farmaci indicati per ridurre indicatori surrogati di outcome (come rosigitazione e olmesartan) ha prodotto molti più danni che benefici a causa dell'aumentato rischio di eventi cardiovascolari.

"*Crowding out*"[25] (letteralmente "Spingere fuori"). Avviene quando gli obiettivi di un incentivo finanziario entrano in conflitto con le convinzioni e i valori del professionista, generando in lui la percezione di un'erosione, o addirittura di una perdita, dell'autonomia professionale e quindi provocando una caduta delle motivazioni.

### CONCLUSIONI

In un quadro così denso di contrasti e anche di incertezze un punto appare chiaro e acquisito: il Chronic Care Model in molte parti del mondo ha trasformato l'organizzazione – il fare e il modo di essere – delle cure primarie e della medicina di famiglia, fornendo – dopo Alma Ata – una solida cornice concettuale per l'indispensabile (e troppo a lungo attesa) innovazione.

*“The Chronic Care Model (CCM) is designed to help practices improve patient health outcomes by changing the routine delivery of ambulatory care through six interrelated system changes meant to make patient-centered, evidence-based care easier to accomplish”*[26].

La cornice concettuale del CCM prevede esplicitamente la centralità del paziente, ma lo stesso Wagner, nell'articolo in cui viene fatto il bilancio di 10 anni di esperienza[26], ammette che il modello è stato usato e ha funzionato bene (come dimostra tra gli altri il caso tedesco) nella gestione di singole malattie, in primis il diabete, diventando inevitabilmente *disease-centered*. Una tendenza – una deriva? – facilitata e accentuata dall'irruzione della P4P nella remunerazione dei professionisti. Vi era l'urgenza di trovare indicatori di performance che fossero rapidamente misurabili: di qui la pioggia di indicatori di processo e surrogati di outcome per singola patologia misurabili in 12 mesi (la Germania ha impiegato 4 anni per produrre i primi *hard end point* per il diabete).

Dobbiamo essere immensamente grati a Barbara Starfield e a Iona Heath per avere instancabilmente messo in guardia la comunità scientifica e il mondo medico sulla deriva *disease-centered* del CCM.

*“Pay-for-performance – scrive B. Starfield – ha la potenzialità di aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza se ciò può essere allineato con gli obiettivi dei professionisti. Tuttavia, iniziative che forniscono incentivi per pochi specifici elementi di una singola malattia o condizione rischiano di porre in secondo piano la complessità dell'assistenza del paziente nel suo insieme, specialmente se si tratta di un paziente anziano con malattie croniche multiple. Tali programmi possono portare a selezionare i pazienti, a “giocare con gli indicatori” piuttosto che a focalizzarsi sui bisogni della persona, e al disallineamento delle percezioni tra medico e paziente. Il focus primario dei movimenti per la qualità non dovrebbe essere il “pay for”, né la “performance”, ma piuttosto il paziente”*[27].

Anche sulla spinta delle riflessioni di B. Starfield l'*American College of Physicians* ha approvato nel 2007 un Manifesto etico dal titolo ***“Pay- for-performance principles that promote patient-centered care”*** dove si legge: “Le misure di qualità dovrebbero rendere riconoscibile l'assistenza globale d'eccellenza. Esse devono premiare l'efficace gestione delle forme complesse di co-morbilità, venendo incontro ai bisogni di supporto e di comunicazione dei pazienti, garantendo la continuità dell'assistenza e gli altri elementi distintivi dell'assistenza globale. Tutti gli indicatori devono sostenere e valorizzare un'appropriata assistenza al paziente e la relazione medico-paziente”[28].

Raccomandazioni che potrebbero utilmente essere fatte proprie anche dalle istituzioni mediche italiane.

## Bibliografia

1. Majeed A, Performance indicators for general practice, *BMJ* 1995; 311:209-10.
2. Gli altri due programmi assicurativi pubblici sono: Medicare (copertura assicurativa per gli anziani) e Medicaid (copertura assicurativa per alcune categorie di poveri).
3. Kerr E, Fleming B. Making performance indicators work: experiences of US Veterans Health Administration. *BMJ* 2007; 335:971-73.
4. Longman P. The best care anywhere. *Washington Monthly* 2005;37 (1-2):38 (11).
5. <http://www.chcf.org/projects/2006/pay-for-performance>
6. Roti L. [Medici di famiglia, pay for performance e equità](#). [Saluteinternazionale.info](http://Saluteinternazionale.info), 02.04.2009
7. Lester H, Majeed A. The future of Quality and Outcome Framework. *BMJ* 2009; 338: 5-6.
8. Stock S. German Diabetes Management Programs Improve Quality Of Care And Curb Costs. *Health Affairs* 2010; 29(12): 2197–2205
9. Segnaliamo al riguardo i principali lavori monografici e di revisione sistematica della letteratura:
  - Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions, Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
  - Greß S. et al. Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2009;17:75–86.
  - Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH, Reorganizing care. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs*, January/February 2009 28:75-85.
  - De Bruin S, Baan CA, Struijss J. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research* 2011, 11:272.
  - Doran T et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011;342:d3590.
10. SWOT analysis . Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats (Punti di Forza e Punti di

Debolezza, Opportunità e Minacce)

11. Bodenheimer T, Wagner EH, Grunbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002, 288:1775-79.
12. [Improving Chronic Illness Care](#)
13. Siriwardena N. Should the Quality and Outcomes Framework be abolished? NO. BMJ 2010; 340:1338-39.
14. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. Lancet 2008; 372: 728–36.
15. Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the Quality and Outcomes Framework. BMJ 2008; 337: a2030.
16. Gillam S. Should the Quality and Outcomes Framework be abolished? YES. BMJ 2010; 340:1338-39.
17. Heath I, Rubinstein A, Stange KC, Van Driel ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. BMJ 2009;338, 911.
18. Bussotti A. [La qualità nelle cure primarie. Attenzione alla “tirannia di ciò che può essere misurato”](#). Saluteinternazionale.info, 27.05.2009.
19. Starfield B. Quality and outcomes framework: patient-centred? Lancet 2008; 372: 692-4
20. Bodenheimer T. Primary Care — Will It Survive?. N Engl J Med 2006; 355:861-864.
21. Whitcomb ME, Cohen JJ. The Future of Primary Care Medicine. N Engl J Med 2004; 351:710-12.
22. Royal College of General Practitioners. The Future Direction of General Practice. The Roadmap. 2007.
23. [La Ri-Fondazione della Medicina Generale](#) [PDF: 1,9 Mb]. Documento approvato all’unanimità dal Consiglio Nazionale FIMMG, 09.06.2007
24. Yudkin JS, Lipska J, Montori VM. The idolatry of the surrogate. BMJ 2011;343:d7995.
25. Marshall M, Harrison S. It’s about more than money: financial incentives and internal motivation. Qual Saf Health Care 2005;14:4-5.
26. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Reorganizing care. Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. Health Affairs, January/February 2009 28:75-85.
27. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care?. The Permanente Journal, Spring 2011, Vol. 15, N. 2, 65-69.
28. Snyder L, Neubauer RL, American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. Ann Intern Med 2007 Dec 4;147(11):792–4.