

## Gli incentivi economici migliorano la pratica professionale?

Antonino Cartabellotta<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Presidente Fondazione GIMBE

La ricerca sui servizi sanitari dimostra continuamente che le migliori evidenze scientifiche non vengono trasferite in maniera lineare alla pratica professionale: infatti, accanto alla mancata prescrizione di interventi sanitari efficaci, si assiste al continuo utilizzo di interventi inefficaci, inappropriati e anche dannosi per i pazienti. In particolare, è ben documentato che tutti i comportamenti professionali inappropriati riducono l'efficacia dell'assistenza sanitaria, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pubblico.

Tra le strategie per ridurre i gap tra evidenze scientifiche e pratica professionale negli ultimi anni diversi sistemi sanitari sono stati "sedotti" dall'intrigante strategia del *pay-for-performance* (P4P) che prevede l'erogazione di incentivi economici legati al raggiungimento di specifici indicatori. La strategia del P4P si basa sul presupposto che aumentare la retribuzione dei professionisti migliora la qualità dei servizi erogati e/o incrementa le loro capacità. Gli incentivi possono agire come stimolo per il cambiamento dei comportamenti professionali motivando medici e organizzazioni attraverso il riconoscimento economico.

L'esperienza di P4P più rilevante è il *Quality and Outcomes Framework* (QOF) del *National Health Service* inglese. Il QOF, con un investimento annuo di circa 1.3 miliardi di euro, prevede per i medici generalisti una retribuzione integrativa (sino al 25%) legata al raggiungimento di 147 indicatori di performance che includono 76 target clinici: registrazione dell'abitudine al fumo, mantenimento dei valori pressori e di colesterolo entro la norma, spirometria nei pazienti asmatici, etc. Analoghi programmi di P4P includono numerose iniziative in ospedali USA pubblici e privati e il *Medicare Practice Incentives Program* australiano, destinato alle cure primarie.

### **Pay-for-performance: quali prove di efficacia?**

In settori differenti dalla sanità, la ricerca suggerisce che gli incentivi economici migliorano sia la motivazione, sia le performance dei lavoratori. Viceversa, in sistemi complessi come la sanità, dove è necessaria un'accurata progettazione e una stretta integrazione con le dinamiche dell'organizzazione, le prove di efficacia degli incentivi economici sono modeste e inconsistenti.

Una Cochrane review<sup>1</sup> dimostra innanzitutto che non è mai stata valutata l'efficacia degli incentivi sugli outcome dei pazienti. Gli incentivi sono efficaci sulle consultazioni e sulle visite (migliorano 10/17 outcome in 3 studi), migliorano i processi assistenziali (41/57 outcome in 19



studi), riducono l'invio agli specialisti e l'ospedalizzazione (11/16 outcome in 11 studi) e riducono i costi delle prescrizioni (28/34 outcome in 10 studi).

Una seconda revisione sistematica Cochrane<sup>2</sup>, sintetizzando sette studi condotti nelle cure primarie, dimostra che gli incentivi economici sono efficaci in alcuni contesti e su specifici outcome, ma conclude che "non esistono sufficienti evidenze per supportare, o meno, l'uso degli incentivi economici per migliorare la qualità delle cure primarie".

In generale, tutti gli studi inclusi nelle revisioni sistematiche prestano scarsa attenzione a numerose variabili: la complessità del comportamento professionale target, l'entità dell'incentivo, le sue modalità di erogazione, il setting organizzativo. Inoltre, mentre gli incentivi assegnati ai singoli professionisti sono stati ben studiati, quelli di team sono meno conosciuti. Infine, altro aspetto cruciale, la maggior parte degli studi ha raccolto pochi dati sui potenziali "effetti collaterali" degli incentivi economici.

**Citazione.** Cartabellotta A. Gli incentivi economici migliorano la pratica professionale? 2012;4(6): e1000020.

**Pubblicato** 24 ottobre 2012

**Copyright.** © 2012 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

**Fonti di finanziamento.** Nessuna.

**Conflitti d'interesse.** Nessuno dichiarato.

**Provenienza.** Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

\* e-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

## Box. Checklist per i programmi di *pay-for-performance*

### Sezione A. Verificare le basi scientifiche e organizzative di un programma di *pay-for-performance*

1. Il comportamento clinico desiderato migliora gli esiti dei pazienti?
2. Il comportamento clinico inappropriato persiste senza un intervento attivo?
3. Il comportamento professionale desiderato può essere misurato con indicatori validi, affidabili e pratici?
4. Sono stati valutati i fattori facilitanti e le barriere al miglioramento del comportamento professionale?
5. Gli incentivi economici sono più efficaci di altri interventi per modificare i comportamenti professionali?
6. I benefici degli incentivi economici sono superiori alle conseguenze negative non previste?

### Sezione B. Implementare un programma di *pay-for-performance*

7. La struttura, le tecnologie e l'organizzazione permettono di ottenere il cambiamento?
8. Qual è l'entità adeguata dell'incentivo economico? A chi dovrebbe essere assegnato? Per quanto tempo dovrebbe essere erogato?
9. Con quali modalità deve essere distribuito l'incentivo economico?
10. Quali strumenti sono stati messi in atto per valutare l'efficacia del cambiamento?

### La checklist

Considerato l'enorme interesse dei sistemi sanitari per il *pay-for-performance*, Paul Glasziou et coll. hanno recentemente effettuato una revisione delle evidenze scientifiche sull'efficacia e i rischi del P4P e proposto una checklist<sup>3</sup> per guidare chi intende utilizzare questa strategia avvincente, ma costosa al tempo stesso (box).

Nella sezione A sei domande preliminari permettono di verificare se esistono le basi scientifiche e organizzative per avviare un programma di P4P: se la risposta ad almeno una delle 6 domande è negativa, il programma dovrebbe essere differito o abbandonato, perché un numero elevato di risposte negative è altamente predittivo di fallimento. Le quattro domande della sezione B aiutano a progettare il programma di incentivazione.

### Sezione A. Verificare le basi scientifiche e organizzative di un programma di *pay-for-performance*

#### 1. Il comportamento clinico desiderato migliora gli esiti dei pazienti?

Qualunque incentivo finalizzato a modificare i comportamenti professionali richiede robuste evidenze per documentare che il comportamento desiderato migliora gli

outcome dei pazienti. In genere, per la prescrizione di interventi terapeutici questo richiede prove di efficacia derivate da trial controllati randomizzati o da revisioni sistematiche che generano raccomandazioni forti nelle linee guida (LG). Tuttavia, non sempre le raccomandazioni delle LG sono adeguate perché possono essere basate su evidenze distorte o sviluppate con metodi inadeguati.

Un esempio paradigmatico è rappresentato dagli incentivi previsti in alcuni programmi di P4P per il raggiungimento nei pazienti diabetici di un target di emoglobina glicata < 7%. Questo target era stato definito sulla base di dati provenienti da studi osservazionali di prognosi e dal UK *Prospective Diabetes Study* del 1990. Successivamente, tre studi sperimentali non hanno mostrato alcun beneficio di un target così ambizioso, rispetto a target più flessibili. Addirittura un trial di grandi dimensioni è stato sospeso precocemente per un eccesso di mortalità nel gruppo di pazienti assegnato al target del 7%.

#### 2. Il comportamento clinico inappropriato persiste senza un intervento attivo?

Prima di avviare un processo di cambiamento è indispensabile disporre di dati oggettivi (ottenuti da audit, survey, analisi di database) sia per quantificare l'entità del problema, sia per confermare che il comportamento inappropriato persiste nel tempo.

Esistono tre principali categorie di comportamenti professionali inappropriati: il sottoutilizzo (*underuse*) di interventi sanitari efficaci, il sovrautilizzo (*overuse*) di interventi sanitari inefficaci e/o dannosi e il cattivo utilizzo (*misuse*) inteso come somministrazione inadeguata di interventi appropriati. Considerato che le soglie di sotto e sovrautilizzo variano in relazione a vari fattori, un intervento sanitario efficace, sicuro, facile da somministrare e poco costoso dovrebbe avere una soglia molto bassa per il sottoutilizzo e viceversa.

#### 3. Il comportamento professionale desiderato può essere misurato con indicatori validi, affidabili e pratici?

L'attuazione di un programma di P4P richiede indicatori validi (capaci di misurare esattamente quanto atteso), affidabili (precisi e riproducibili) e pratici (raccolti di routine e sottoposti a verifiche indipendenti). Idealmente, i costi della raccolta dati dovrebbero essere compensati dai benefici ottenuti, ma non esistono studi che hanno valutato i costi necessari per raccogliere tali indicatori.

#### 4. Sono stati valutati i fattori facilitanti e le barriere al miglioramento del comportamento professionale?

L'interazione di numerose barriere e fattori facilitanti (la natura dell'intervento, le sue modalità di disseminazione, i professionisti target, i fattori ambientali, le attitudini dei pazienti) determina se, e in quanto tempo, è possibile raggiungere e mantenere un cambiamento della

pratica professionale. Barriere e fattori facilitanti dovrebbero essere noti in fase di progettazione della strategia di cambiamento, integrando diversi strumenti: revisione della letteratura, survey locali, focus group. Diviene così possibile mettere a punto strategie per superare le barriere identificate, anche se gli approcci più efficaci per calibrare gli incentivi rispetto alle modifiche desiderate sono poco conosciuti<sup>4</sup>.

## 5. Gli incentivi economici sono più efficaci di altri interventi per modificare i comportamenti professionali?

La *implementation science* ha dimostrato che esistono diverse strategie efficaci per modificare i comportamenti professionali: alcune tipologie di formazione continua, i reminder, l'audit & feedback, il coinvolgimento degli opinion leader, i progetti collaborativi di miglioramento della qualità, gli approcci regolatori, il reporting pubblico delle performance e, infine, gli incentivi economici.

Tutte le revisioni sistematiche raggiungono la stessa conclusione: la maggior parte delle evidenze sono deboli, il reporting dei singoli interventi è incompleto, nessuna singola strategia modifica in maniera consistente i comportamenti professionali, i singoli studi riportano miglioramenti modesti (5-10%) con imprevedibile variabilità. A rendere ancora più ardua la sfida per dimostrare che gli incentivi economici sono più efficaci di altre strategie, la letteratura psicologica dimostra l'importanza di stimoli alternativi per modificare i comportamenti professionali. In particolare, sembra che le motivazioni intrinseche possono essere ridotte da riconoscimenti esterni come target e incentivi.

## 6. I benefici degli incentivi economici sono superiori alle conseguenze negative non previste?

Nei programmi di *pay-for-performance* sono stati descritti alcuni "effetti collaterali" imprevisi:

- **Distogliere l'attenzione:** gli incentivi previsti per una specifica area clinico-assistenziale possono distogliere l'attenzione dei professionisti, diminuendo le loro performance in altre aree.
- Il **gaming** è un comportamento opportunistico del professionista finalizzato a ottenere un vantaggio individuale o per l'organizzazione, che non necessariamente si traduce in benefici per il paziente. Ad esempio, il 16% dei dipartimenti di emergenza nel Regno Unito ha riportato una manipolazione dei dati per raggiungere il target previsto (dimissione o trasferimento entro 4 ore). Un comportamento analogo è la codifica opportunistica per ottenere la massima remunerazione in un sistema di pagamento a prestazione.
- **Rischi per la relazione paziente-medico:** si presentano quando l'obiettivo della consultazione si sposta dalle necessità dei pazienti al raggiungimento dei target previsti.
- **Diseguaglianze** nel raggiungimento dei target per età,

genere, etnia, documentati nel Regno Unito dopo l'introduzione del QOF, nonostante il miglioramento complessivo.

## Sezione B. Implementare un programma di *pay-for-performance*

### 7. La struttura, le tecnologie e l'organizzazione permettono di ottenere il cambiamento?

Specifici ostacoli strutturali, tecnologici, organizzativi possono impedire la modifica dei comportamenti professionali; di conseguenza, gli investimenti necessari per superare tali ostacoli dovrebbero sempre precedere qualunque programma di incentivazione.

In ogni caso, esistono alcuni requisiti generali indispensabili in ogni programma di P4P: una strategia di comunicazione sul cambiamento proposto, sistemi informativi adeguati a monitorare il raggiungimento degli obiettivi e dei costi, la condivisione da parte di rilevanti categorie di stakeholders, il sostegno da parte di opinion leader.

### 8. Qual è l'entità adeguata dell'incentivo economico? A chi dovrebbe essere assegnato? Per quanto tempo dovrebbe essere erogato?

L'inadeguata progettazione dei programmi di P4P potrebbe spiegare la loro limitata efficacia nel modificare i comportamenti professionali. Infatti, il successo di un programma di *pay-for-performance* è condizionato dal coinvolgimento dei professionisti nella progettazione e nella gestione, dalla definizione di target validi, precisi, aggiornati e realistici e da costi accettabili per la raccolta dati.

I miglioramenti più consistenti conseguono all'incentivazione individuale e di team, piuttosto che di intere organizzazioni; inoltre un'equa distribuzione degli incentivi ai componenti del team facilita la coesione e la collaborazione dei singoli professionisti.

Il buon senso suggerisce che l'entità dell'incentivo economico dovrebbe essere correlato agli sforzi richiesti per ottenere il comportamento professionale desiderato, ma è una relazione non documentata da studi empirici. Pagamenti più frequenti degli incentivi possono essere più efficaci se erogati dalla stessa organizzazione che effettua la valutazione delle performance.

Se i target da raggiungere sono troppo elevati, i professionisti con performance molto basse potrebbero scoraggiarsi; viceversa, se i target sono fissati troppo in basso, i professionisti con performance elevate li raggiungerebbero con tale facilità da sprecare i fondi disponibili. Probabilmente il miglior ritorno dell'investimento si ottiene da professionisti con le performance peggiori, premiando il grado con cui passano dalla performance attuale a quella desiderata.

Infine, anche se alcuni incentivi determinano modifiche strutturali-organizzative persistenti, come la creazione di infrastrutture informatiche, spesso la modifica dei comportamenti svanisce quando gli incentivi vengono sospesi.

### 9. Con quali modalità deve essere distribuito l'incentivo economico?

Gli indicatori utilizzati per determinare gli incentivi economici (item 3) devono sempre essere accompagnati dalle procedure per la loro definizione, allineando strettamente gli incentivi. Le regole devono essere esplicite, pur mantenendo una certa flessibilità.

### 10. Quali strumenti sono stati messi in atto per valutare l'efficacia del cambiamento?

Glasziou et coll. danno per scontato che le organizzazioni sanitarie mettano sempre in atto il monitoraggio dei comportamenti clinici e dei costi per valutare gli effetti del cambiamento indotto dagli incentivi economici e citano, senza includerlo nella checklist, l'item 10.

### Conclusioni

Rispetto a chi sostiene in maniera entusiastica l'efficacia degli incentivi finanziari per ridurre i gap tra ricerca e pratica clinica, le evidenze scientifiche dimostrano che il P4P presenta numerose insidie. Pertanto, la checklist proposta è finalizzata a guidare chi progetta e implementa tali programmi, in particolare manager e policy-maker che devono essere consapevoli delle incertezze e dei potenziali "effetti collaterali" degli incentivi economici.

I cinque programmi internazionali di P4P analizzati con la checklist hanno almeno un "no" nei primi sei item<sup>3</sup>. Se questo potrebbe essere accettabile in alcuni contesti, un no agli item 1 e 2 è particolarmente critico, suggerendo la necessità di ulteriori valutazioni o di studi pilota. In ogni caso pochi programmi di P4P hanno valutato le barriere al cambiamento o confrontato l'efficacia e i costi di strategie alternative per modificare i comportamenti professionali. Inoltre, è bene tenere presente che accanto agli incentivi esistono altri fattori che influenzano la modifica dei comportamenti professionali<sup>5</sup>. Peraltro, l'evidenza di una maggiore efficacia degli incentivi rispetto ad altri interventi finalizzati a modificare i comportamenti professionali è ancora limitata.

I programmi di P4P dovrebbero valutare, utilizzando adeguati disegni di studio, l'efficacia e gli effetti avversi degli incentivi, inclusa la valutazione dell'efficacia comparativa tra differenti strategie in diversi contesti. Infine, è indispensabile prevedere anche un adeguato follow-up, poiché i comportamenti modificati dagli incentivi, spesso vengono ripristinati quando gli incentivi vengono rimossi<sup>6,7</sup>.

### BIBLIOGRAFIA

1. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7:CD009255.
2. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD008451.
3. Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C, Doust J, Harris M, Knight R, et al. When financial incentives do more good than harm: a checklist. *BMJ* 2012;345:e5047
4. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD005470
5. Woolhandler S, Ariely D, Himmelstein DU. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. *BMJ* 2012;345:e5015.
6. Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, et al. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ* 2010;340:c1898.
7. Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *N Engl J Med* 2012;366:1606-15.