

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

Modificare i comportamenti professionali? Yes... we can

Prove di efficacia e zone grigie della *Implementation Science* (II)

2. Interventi finanziari

Vengono riportati tutti gli interventi inclusi nella tassonomia EPOC, anche se in Italia alcuni non sono attuabili o lo sono solo parzialmente. Il termine provider è da intendersi come “soggetto erogatore di assistenza sanitaria”, sia esso l'organizzazione (aziende sanitarie pubbliche e private accreditate) o il professionista.

2.1. Interventi finanziari sul provider

- **Fee-for-service.** Il provider viene pagato in relazione al numero e alla tipologia di servizi erogati.

- **Quota capitaria.** Al provider viene assegnata una quota fissa di risorse per ogni cittadino assistito, indipendentemente da quanto egli utilizzi effettivamente i servizi sanitari. In Italia è utilizzata per il finanziamento delle ASL da parte delle regioni, e dalle ASL per finanziare la medicina generale e la pediatria di libera scelta.

- **Provider salaried service.** Il provider riceve un salario di base per finanziare l'erogazione dell'assistenza sanitaria: in Italia corrisponde al pagamento dei professionisti dipendenti in relazione agli accordi contrattuali che definiscono salari predeterminati.

- **Prospective payment.** Sistema di pagamento prospettico: al provider viene assegnata in anticipo una quantità fissa di risorse. Prima dell'aziendalizzazione del SSN, questa strategia coincideva in Italia con il finanziamento degli ospedali “a piè di lista”.

- **Provider incentives.** Benefit finanziari diretti o indiretti assegnati al provider, quale incentivo per il raggiungimento di specifici obiettivi. Include i cosiddetti meccanismi di *pay-for-performance*.

- **Provider grant/allowance.** Indennità finanziaria diretta o indiretta assegnata al provider non legata ad alcun obiettivo specifico.

- **Provider penalty.** Penalità finanziaria diretta o indiretta per il provider, in conseguenza del mancato raggiungimento di specifici obiettivi.

- **Prontuari:** inserimento/esclusione di prodotti rimborsabili.

2.2. Interventi finanziari sui pazienti

- **Premio assicurativo.** Polizza per l'assicurazione sanitaria pagata integralmente dal paziente o parzialmente sostenuta dal suo datore di lavoro.

- **Co-payment.** Quota finanziaria a carico del paziente che integra quella del sistema sanitario o dell'assicurazione. In Italia è rappresentata dal ticket per i farmaci e le prestazioni specialistiche.

- **User-fee.** Pagamento diretto da parte del paziente: due esempi riconducibili al nostro sistema sanitario sono la sanità privata non convenzionata e i farmaci di fascia C.

- **Patient incentives.** Benefit finanziari diretti o indiretti assegnati al paziente, quali incentivi a uno specifico comportamento/stile di vita: aderire a uno screening di popolazione, smettere di fumare, etc.

- **Patient grant/allowance.** Indennità finanziaria diretta o indiretta assegnata al paziente, non legata ad alcun comportamento specifico.

- **Patient penalty.** Penalizzazione finanziaria diretta o indiretta conseguente a specifici comportamenti del paziente. Ad esempio, limitazione o eliminazione del rimborso di alcune prestazioni per mancata compliance o mantenimento di stili di vita.

3. Interventi organizzativi, provider-oriented

- **Revisione di ruoli professionali.** Include lo shift di ruoli tra diverse professioni sanitarie, ma anche l'acquisizione di nuove competenze per espandere i task professionali. In Italia queste strategie, oltre che dalle resistenze professionali, sono ostacolate da specifiche normative.

- **Team multidisciplinari.** Creazione di un nuovo team multiprofessionale e multidisciplinare, o integrazione di nuove professionalità in team già esistenti.

- **Integrazione formale dei servizi.** Integrazione di servizi tra settori o team differenti, o team che gestiscono insieme diverse tipologie di servizi.

- **Skill mix changes.** Modifiche nel numero, tipologia e qualifiche dei professionisti sanitari delle varie équipes.

- **Continuità assistenziale.** Strategie organizzative che seguono il paziente attraverso un *continuum* assistenziale, tra ospedale, territorio e domicilio. Includono la definizione dei protocolli di follow-up, il *case management*, il *chronic care model*, etc.

- **Interventi motivazionali.** Hanno l'obiettivo di aumentare il livello motivazionale dei professionisti.

- **Comunicazione e discussione di casi a distanza.** Realizzate attraverso l'uso di varie tecnologie, in particolare la telemedicina in tutte le sue applicazioni.

4. Interventi organizzativi, patient-oriented

- **Coinvolgimento degli utenti nell'organizzazione dei servizi sanitari.** Varie strategie per coinvolgere gli utenti nella governance delle organizzazioni sanitarie: nel nostro sistema sanitario si collocano in questa categoria i comitati consultivi misti e alcune iniziative degli uffici relazioni con il pubblico.

• **Mail order pharmacies.** Distribuzione a domicilio dei farmaci; rientra in quest ambito il recente accordo tra Farmindustria e Poste Italiane.

• **Strategie per gestire suggerimenti e reclami.** Oggi particolarmente utilizzate tra gli strumenti di *risk management*

5. Interventi strutturali

Comprendono vari interventi oggi riconoscibili nei requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie: modifiche del setting di erogazione dei servizi sanitari; modifiche nella struttura, impianti e attrezzature; modifiche dei sistemi di documentazione clinica; modifiche nello scopo e nella natura dei benefici di servizi; presenza di organizzazioni per il monitoraggio della qualità; proprietà, accreditamento e affiliazione di ospedali e altre strutture; organizzazione del personale.

6. Interventi Regolatori

Comprendono tutti gli interventi regolatori e/o legislativi in grado di modificare l'erogazione e i costi dei servizi sanitari: cambiamenti nella responsabilità professionale, revisione tra pari, abilitazione all'esercizio professionale, gestione dei reclami dei pazienti. Questi interventi possono sovrapporsi con quelli organizzativi o finanziari.

Implementation Science: quali prove di efficacia?

La disciplina nei suoi primi anni di vita, oltre a identificare e sistematizzare le strategie di implementazione, ha prodotto numerose revisioni sistematiche da cui risulta (box) che la qualità/quantità della ricerca è ancora modesta e le prove di efficacia disponibili riguardano in larga misura gli interventi di tipo professionale.

Interventi di consistente efficacia

- Visite educazionali
- Reminders (informatici > cartacei)
- Workshop interattivi
- Interventi multifattoriali

Interventi di variabile efficacia

- Audit & feedback
- Processi di consenso locale
- Opinion leader locali
- Interventi mediati dai pazienti
- Marketing
- Mass media

Interventi inefficaci

- Distribuzione di materiale educativo
- Formazione tradizionale (convegni, letture)

Aree grigie

- Interventi finanziari, organizzativi, strutturali e regolatori

KEY POINTS

- **Non esistono “ricette magiche” per modificare i comportamenti professionali**
- **La qualità metodologica della ricerca della *Implementation Science* è ancora modesta e le prove di efficacia disponibili riguardano quasi esclusivamente gli interventi professionali**
- **La notevole variabilità tra i risultati dei singoli studi suggerisce che gli elementi di contesto condizionano l'efficacia delle varie strategie**
- **Le organizzazioni sanitarie sprecano troppe risorse per interventi di documentata inefficacia: massiva distribuzione di materiale educativo e formazione continua *teacher-centered***
- **Un piano di implementazione efficace deve tenere in considerazione l'efficacia delle singole strategie, gli ostacoli e le motivazioni locali al cambiamento**
- **I migliori risultati si ottengono con le strategie multifattoriali in grado di collegare i singoli interventi a ostacoli e motivazioni locali**
- **L'agenda della ricerca dovrà colmare numerose aree grigie della *implementation science***

Per saperne di più

Articoli generali

- Evensen AE, Sanson-Fisher R, D'Este C, et al. Trends in publications regarding evidence-practice gaps: a literature review. *Implement Sci* 2010;5:11.
- McGuire W, Fowle PW. Bridging the gaps: getting evidence into practice. *CMAJ* 2009;181:457-8.
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006;21(Suppl 2):S14-20.
- Adopting Best Evidence in Practice. *Med J Aust* 2004;180(6 Suppl):S43-S72.
- Groh R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282:1458-65.
- Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998;317:465-8.

Cochrane Reviews

- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Group Systematic Reviews. Disponibile a: www2.cochrane.org/reviews/en/subtopics/61.html. Ultimo accesso: 6 marzo 2011.

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE