

Incentivi finanziari alle prestazioni sanitarie: progresso reale o occasione sprecata?

Lester H. Schmittl J, Selby J et al

The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators

BMJ 2010; 340: c1898

Molti Paesi hanno introdotto una serie di indicatori di qualità per misurare il livello delle cure fornite sia in ospedale che negli ambulatori di medicina generale. In quest'ultimo ambito, poi, alla misura della qualità è stato anche abbinato il concetto di 'incentivi economici' legati al raggiungimento di determinati obiettivi, con il risultato – documentato in diversi studi effettuati sull'argomento – di un miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

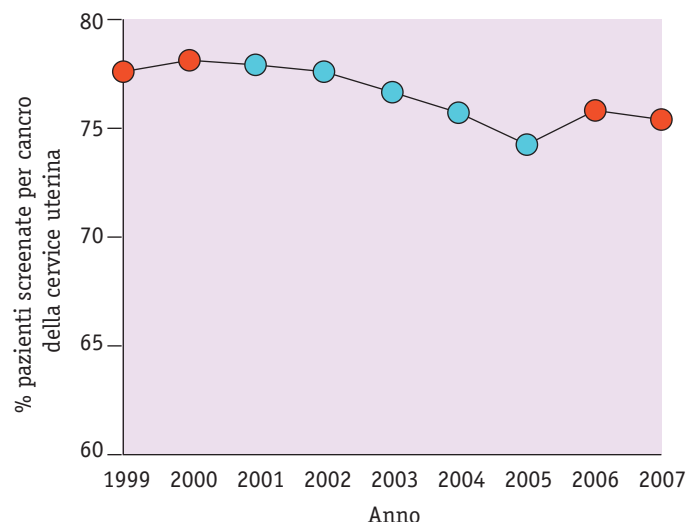
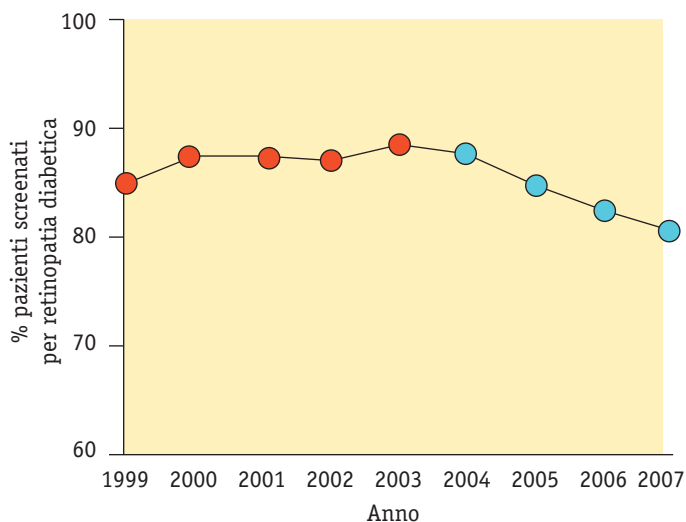
In Gran Bretagna, per esempio, il sistema – denominato *pay for performance* – è in vigore ormai dal 2004 e si applica alle cure dedicate ad alcune malattie croniche di larga diffusione

come il diabete, all'effettuazione di prestazioni nell'ambito della prevenzione come lo screening del cancro della cervice uterina e, più in generale, alla gestione dello studio medico, come l'implementazione di un archivio aggiornato dei pazienti, la facilità di accesso alle cure e la durata delle visite. Ciascun indicatore è articolato a punti ed a ciascun punto ottenuto – fino a un massimo di 1000 in un anno – corrisponde un compenso pari a circa 140 euro.

Cosa succede quando gli incentivi vengono sospesi – temporaneamente o definitivamente – o comunque indirizzati verso altre prestazioni? La domanda è cruciale perché la necessità di un controllo attento della spesa sanitaria impone giocoforza una rotazione delle risorse: se – a titolo di esempio – si individua la vantaggiosa opportunità di promuovere lo screening di un certo tipo di cancro i cui benefici sono stati adeguatamente documentati, può essere necessario sospendere l'incentivazione destinata a un'altra patologia per la quale nel frattempo è stato ottenuto un buon livello di performance nel corso degli anni.

Il primo studio ad occuparsi dell'argomento è stato di recente pubblicato dal *British Medical*

Percentuale di adulti di età ≥ 31 anni sottoposti a screening per retinopatia diabetica (grafico a sinistra) e percentuale di donne di età compresa tra 21 e 64 anni sottoposte a screening per il cancro della cervice uterina (grafico a destra) in rapporto agli incentivi economici.



Journal e riguarda l'attività di una grossa organizzazione sanitaria operante nel Nord della California (denominata Kaiser Permanente) la quale assicura – attraverso l'opera di numerosi specialisti e medici di base – l'assistenza ad oltre tre milioni di cittadini. In questo contesto, diversi incentivi sono stati utilizzati nel corso degli ultimi 10 anni, tutti mirati al miglioramento di importanti obiettivi di salute fra cui il controllo della pressione arteriosa e della glicemia o lo screening della retinopatia diabetica e del cancro della cervice uterina. Periodicamente, in base al raggiungimento degli obiettivi previsti o alla individuazione di nuove necessità di salute, gli incentivi vengono rimossi da un determinato settore e destinati ad altre priorità. Cosa è successo in questi casi? Gli autori dello studio non hanno avuto difficoltà a dimostrare – nella fattispecie per lo screening della retinopatia diabetica e del cancro della cervice uterina – che la sospensione degli incentivi economici si accompagna inevitabilmente ad una netta flessione quantitativa dei livelli di prestazione, anche se in certi casi è stato possibile documentare un successivo recupero degli standard originari all'atto della reintroduzione degli incentivi stessi. Per entrare in maggiori dettagli, l'eliminazione degli incentivi era associata ad una riduzione dei livelli di performance del 3% all'anno per lo screening della retinopatia e dell'1,6%/anno per il cancro della cervice (figura a pag. 9).

Se confermati, i risultati di questo studio, piccolo ma significativo, devono indurre a riflettere sia i medici sia gli amministratori della salute. Qualora infatti si decida legittimamente di spostare risorse da un settore all'altro si deve essere consapevoli che l'attenzione e l'impegno dedicati dai medici all'obiettivo originario possono – almeno temporaneamente – subire una battuta d'arresto. In questi casi, come suggeriscono gli autori, potrebbe essere utile provvedere ad una riduzione graduale degli incentivi piuttosto che ricorrere a tagli bruschi ed indiscriminati. Un continuo e attento monitoraggio delle prestazioni attraverso gli indicatori di qualità diviene comunque indispensabile, anche per individuare a priori un livello accettabile di flessione della qualità di un servizio, oltre il quale prendere in considerazione l'eventuale reintroduzione dell'incentivazione economica. ■ GB

Anticoagulanti orali: quale aderenza alla terapia?

Fang MC, Go AS, Chang Y et al

Warfarin discontinuation after starting warfarin for atrial fibrillation

Circ Cardiovasc Qual Outcomes 2010; 3: 624-631

I principali fattori predisponenti gli eventi ischemici cerebrali come ictus e TIA sono l'ipertensione arteriosa e soprattutto la fibrillazione atriale. È noto infatti che la fibrillazione atriale (FA), una delle aritmie cardiache più frequenti e diffuse, comporta un aumento del rischio relativo di incidenza di ictus pari a circa il 20% rispetto a soggetti con ritmo sinusale.

Per la prevenzione dell'ictus in pazienti con FA fortunatamente al momento si dispone di una terapia sicura, convalidata nel suo impiego ormai da molti anni, di costo relativamente contenuto e di efficacia elevata. L'utilizzo degli anticoagulanti orali, principalmente warfarin e acenocumarolo, antagonisti specifici della vitamina K, utilizzati in terapia da più di 50 anni, ha dimostrato in vasti studi clinici controllati un'efficacia nella prevenzione degli eventi ischemici cerebrali in corso di FA particolarmente elevata, difficilmente comprovata da altri trattamenti anche in altri ambiti e pari a circa il 60%.

Come noto, i principali effetti collaterali che comportano un rischio relativo della cura sono rappresentati dagli eventi emorragici, più frequentemente sanguinamenti minori, decisamente rari quelli maggiori (fra cui il più temibile è l'ictus emorragico) soprattutto se si ottiene un buon controllo del range terapeutico dell'INR (International Normalized Ratio), attraverso un semplice e diffuso esame di laboratorio per valutare l'attività protrombinica ed il grado di coagulazione ottenuto.

Al fine di ottimizzare i risultati di tale terapia nel rapporto rischio-beneficio, si è oggi in grado di selezionare i pazienti con FA non valvolare (cioè in assenza di malattia valvolare cardiaca o presenza di protesi, che comporta sempre un alto rischio) in base al singolo indice di rischio di ictus (elevato >6% annuo, medio 2-6% e basso <2%) sulla base di un punteggio semplice e ormai diffuso (CHADS₂) che prevede la valu-