

Cavalieri, fanti e pedoni. Misure di performance e motivazione dei professionisti

Cassel CK, Jain SH

Assessing individual physician performance.

Does measurement suppress motivation?

JAMA 2012; 307 (24): 2595-2596

I programmi di Pay-for-Performance (P4P) dei professionisti medici, quali il Physician Quality Reporting System introdotto in USA da Medicare e Medicaid nel 2003 e il nuovo contratto per i medici di medicina generale nel Regno Unito introdotto nel 2004 attraverso il Quality and Outcome Framework, evidenziano l'entusiasmo per i policy maker di utilizzare incentivi finanziari legati al raggiungimento di target specifici come possibili leve per il miglioramento della qualità dell'assistenza e per la riduzione dei costi inappropriati in sanità.

Nell'editoriale di *JAMA* Christine K Cassel, dell'American Board of Internal Medicine, e Sachin H. Jain, dell'Office of the National Coordinator for Health Information Technology, si interrogano sull'effettiva potenzialità delle misure di incentivazione nello stimolare e motivare cambiamenti nei comportamenti dei professionisti. Se il sistema americano ha, infatti, bisogno di medici leader del cambiamento, non si deve sottovalutare l'impatto che hanno sulla loro motivazione le valutazioni che quantificano e premiano i loro comportamenti. Essere misurati soffoca o stimola la motivazione?

Attraverso gli studi di Trisolini¹ e Pink², gli autori ipotizzano alcune raccomandazioni per l'impostazione di un sistema che motivi realmente il professionista. Motivazione e cambiamento non prescindono dalla misurazione e condivisione delle performance: gli stessi medici e manager osservano che la condivisione e la trasparenza dei dati stimola il miglioramento anche senza nessun vincolo di incentivo finanziario supplementare. Elementi, quindi, quali padronanza, realizzazione e orgoglio professionale agiscono nel contesto sanitario quali determinanti della motivazione.

Un altro fattore importante è l'effettivo 'spazio' che viene lasciato al medico, o che il medico ha, di agire direttamente ed efficacemente sulla misura incentivata. Spesso infatti molti programmi di P4P non si basano su informazioni e indicatori che possono essere influenzati direttamente dal comportamento di un singolo medico, e assegnano obiettivi annuali di cambiamento non considerando l'effettivo ciclo di assistenza. Alcune misure, una fra tutte l'emoglobina, sono spesso considerati come obiettivi singoli piuttosto che componenti di un'assistenza più ampia per pazienti complessi/multicronici. Se, per esempio, l'obiettivo di un basso livello di densità di lipoproteine di colesterolo è di 100 mg/dl o meno, e il livello recente di un paziente è 105 mg/dl, può essere considerato clinicamente efficace il tempo speso per ricontattare il paziente per aumentare/modificare le dosi dei farmaci? E modificare il dosaggio di un medicinale è davvero la decisione corretta per quel paziente?

Elementi particolarmente significativi nel motivare il cambiamento sono, da una parte, la possibilità di facilitare (o rendere possibile) "il fare la giusta cosa" e, dall'altra, tenere in considerazione la percezione che i medici hanno del proprio lavoro. È possibile quindi supportare le decisioni attraverso una serie di strumenti 'facilitatori' nel perseguimento di una migliore performance, come per esempio sistemi informatici di supporto alle decisioni cliniche che possono avere la forma di checklist o linee guida cliniche condivise per l'assistenza di pazienti complessi piuttosto che per le cure generiche. E, se si considera che i medici più soddisfatti lavorano meglio, è bene anche che il medico sia consapevole e responsabile del successo non solo della singola misura/procedura, ma del completo stato di salute e benessere del paziente.

La metafora dei 'cavalieri, fanti e pedoni', sviluppata da Le Grand³ – suggeriscono gli autori – aiuta a delineare meglio il concetto discusso: il sistema sanitario americano dovrebbe rafforzare la tendenza per i medici ad agire come cavalieri, motivati da valori professionali. Quando il sistema invece tratta i medici come pedine, attori passivi alle loro circostanze, la

loro motivazione ad affrontare problemi complessi si riduce. Il sistema di reporting e misurazione viene percepito, soprattutto in cliniche di piccole dimensioni, come un agire forzato sul lavoro e non correlato alle reali esigenze dei pazienti. È necessario evitare, come già hanno sottolineato diversi autori⁴, l'effetto cosiddetto di *crowding out*, ovvero evitare una perdita, reale o percepita, dell'autonomia professionale e della motivazione dei professionisti, generata da un possibile conflitto tra obiettivi incentivati e convinzioni e valori degli stessi.

Sara Barsanti

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

BIBLIOGRAFIA

1. Trisolini MT. Chapter 3: theoretical perspectives on pay for performance. Pay for performance in health care: methods and approaches. Research Triangle Park (NC), RTI Press, 2011, 85.
2. Pink DH. Drive: the surprising truth about what motivates us. New York (NY), Riverhead Books, 2011.
3. Jain SH, Cassel CK. Societal perceptions of physicians: knights, knaves, or pawns? JAMA 2010; 304 (9): 1009-1010.
4. Marshall M, Harrison S. It's about more than money: financial incentives and internal motivation. Qual Saf Health Care 2005; 14: 4-5.

I vantaggi della randomizzazione in uno studio clinico controllato

La Caze A, Djulbegovic B, Senn S

What does randomisation achieve?

Evidence-based Medicine 2012; 17 (1): 1-2

Lo studio clinico controllato randomizzato (*randomised controlled trial* - RCT) è universalmente considerato il più alto livello di informazione nel campo dell'evidence-based medicine. Numerose linee guida cliniche si basano infatti sui risultati degli studi randomizzati, che vengono quindi traslati da un campione selezionato di pazienti (che dovrebbe essere rappresentativo) a tutta la popolazione avente le stesse caratteristiche cliniche.

La randomizzazione rappresenta una procedura attraverso cui un paziente viene assegnato in modo casuale ad un trattamento o al placebo nell'ambito di uno studio clinico controllato.

LA PROVOCAZIONE

Perché è fondamentale da un punto di vista epidemiologico (ed epistemologico) distribuire in modo casuale i pazienti tra il gruppo di intervento e quello di controllo?

Quali importanti vantaggi è in grado di apportare una procedura di randomizzazione a uno studio clinico? John Worrall, epistemologo presso la London School of Economics, ha posto pubblicamente tale domanda, mettendo in discussione la randomizzazione e chiedendosi se fosse corretto e giustificabile basare una decisione clinica sull'esito di un RCT^{1,2}.

Worrall espone la sua teoria, focalizzandosi principalmente su due argomentazioni.

Innanzitutto Worrall nutre dubbi sul fatto che la randomizzazione possa offrire dei reali vantaggi rispetto ad altri disegni di studio, nei quali il *matching* tra gruppi di intervento e controllo viene effettuato secondo fattori di confondimento conosciuti ai ricercatori. Secondo la sua opinione, distribuire casualmente i partecipanti nei due gruppi in studio non è sufficiente a tenere sotto controllo tutti i confondenti.

Il numero dei (potenziali) fattori di confondi-

