

ficace o rappresenti un deterrente a commettere crimini, ma non riuscirà mai ad affermare che tale strumento è accettabile da un punto di vista morale.

Un altro limite è relativo al fatto che gli scienziati sono comunque degli esseri umani e pertanto possono sbagliare: è il caso, per esempio, di ricerche su alcuni farmaci che, in prima analisi, sembravano supportati da una buona evidenza, ma che in un secondo tempo si sono dimostrati inefficaci se non addirittura dannosi.

Infine, l'innovazione in campo sanitario non è stata guidata solo dalla scienza ma anche dalla politica. Le leggi sul lavoro minorile o sul controllo dell'alcol, per esempio, sono state prima attuate e solo successivamente sono state fornite evidenze in merito alla loro efficacia.

Il problema nel rapporto scienza-politica è che i ricercatori tendono a fornire una risposta certa su un determinato problema, mentre i decisori spesso seguono criteri di scelta molto più complessi e a volte meno trasparenti. La risoluzione dei problemi tramite un approccio che tenga in considerazione entrambi gli aspetti potrebbe consentire delle scelte di politica sanitaria supportate da una buona evidenza scientifica: "affermare che un decisore va oltre le sole scelte di tipo tecnocratico è un complimento e non un insulto".

Letizia Orzella

Una checklist per evitare che gli incentivi ci facciano più male che bene

Glasziou PP, Buchan H, Del Mar C et al

When financial incentives do more good than harm: a checklist

BMJ 2012 Aug 13; 345: e5047. doi: 10.1136/bmj.e5047

Recentemente *BMJ*, *JAMA* e altre riviste internazionali di settore (come, ad esempio, quelle di Biomed Central, *BMC*) hanno pubblicato diversi articoli sul *pay for performance* (P4P) e l'uso degli incentivi economici per migliorare la *performance*.

Le varie rassegne della letteratura apparse su questi temi (si veda, per esempio, Van Herck et al 2010) non fornivano risposte univoche alla domanda 'quali sono gli effetti dei programmi di P4P?': gli articoli presenti in letteratura riportano risultati discordanti. In alcuni casi l'applicazione di programmi P4P ha avuto successo, in altri ha fallito o non ha cambiato nulla, e in pochi articoli erano segnalati gli effetti indesiderati (*unintended effect*) derivanti dall'introduzione di incentivi monetari.

Forse è per questo che nei mesi estivi del 2012 sia il *JAMA* sia il *BMJ* hanno riportato, tramite editoriali ed articoli, le critiche del mondo professionale. Fra queste, è interessante l'analisi del gruppo di ricercatori e professori australiani (Glasziou, Buchan, Del Mar, Harris, Knight, Scott, Scott e Stockwell) apparsa sul *BMJ* del 13 agosto 2012.

Gli autori traducono le loro perplessità sull'adozione di sistemi di incentivazione in una lista di domande da porsi prima di introdurre questi meccanismi. L'articolo fornisce una critica costruttiva volta a guidare i decisori politici o i manager attraverso una serie di interrogativi che aiutano ad affrontare, in modo consapevole, una serie di questioni (e rischi) da valutare nel momento in cui si decida di implementare programmi di *pay for performance*.

Glasziou e i suoi colleghi sono dell'idea che gli incentivi economici per i medici possono migliorare la qualità avvicinando, in un'ottica di *total quality management*, la routine alle migliori evidenze, ma possono anche essere fonte di 'distrazione'. A questo proposito gli autori ri-





chiamano i risultati di una metanalisi (effettuata in campo non sanitario) relativa agli effetti degli incentivi sulla motivazione: nei sistemi complessi, per mantenere alta la motivazione, gli incentivi devono essere accuratamente valutati ed integrati nel contesto organizzativo e devono fare attenzione al giusto mix di sistemi estrinseci ed intrinseci. Su questo ultimo punto *JAMA* aveva dedicato l'editoriale di giugno (commentato da Sara Barsanti nel numero 4 di *Care*)*.

A questo punto ci si può chiedere: quando è opportuno introdurre sistemi di incentivazione?

Per rispondere a questa domanda gli studiosi australiani forniscono una guida che può essere suddivisa in due gruppi di domande: il primo gruppo mira a far ragionare il management se sia opportuno o meno applicare un sistema di incentivi monetario; il secondo serve ad aiutare i manager nella costruzione del sistema stesso. Nel primo gruppo rientrano le seguenti sei domande.

1. Le azioni cliniche che si vogliono incentivare conducono ad un miglioramento dello stato di salute del paziente (*patient outcomes*)? In modo prudentiale gli autori sostengono che

*Cavalieri, fanti e pedoni. Misure di performance e motivazione dei professionisti. *Care* 2012; 4: 6-8

le azioni da incentivare debbano basarsi su evidenze cliniche certe e non solo sulle linee guida o protocolli.

2. Comportamenti clinici non desiderati permangono anche in assenza dell'intervento che si intende incentivare? In questo caso gli autori suggeriscono di monitorare in ottica temporale il comportamento dei professionisti in modo da comprendere i livelli di variabilità dovuti ad un uso eccessivo, scarso o inappropriato. Un trattamento efficace dovrebbe tendere a ridurre questa variabilità. Pertanto, prima di applicare il sistema di incentivi, è necessario conoscere la situazione di partenza.
3. Ci sono indicatori validi, affidabili e disponibili per misurare i comportamenti clinici desiderati? I dati devono essere raccolti in modo indipendente e routinario. Il costo del reperimento dei dati dovrebbe essere basso o quantomeno dovrebbe essere inferiore ai benefici ottenuti dai pazienti.
4. Sono state valutate le leve e le barriere volte a migliorare i comportamenti clinici? Bisogna essere consapevoli di quali sono le leve e le barriere (come, per esempio, la diffusione dei risultati fra i professionisti, la natura dell'intervento...) che determinano se, e con quale velocità, avviene il cambiamento.
5. Quali sono le ragioni per cui si sceglie di ricorrere a sistemi di incentivazione economica piuttosto di altri (ad esempio, formazione, pubblicizzazione dei risultati...)? Con questa domanda gli autori riportano le evidenze degli studi psicologico-comportamentali sull'importanza della motivazione intrinseca nei contesti ad elevata professionalità come il settore sanitario.
6. È stata fatta una valutazione sul rapporto benefici degli incentivi e possibili effetti indesiderati? Questi benefici sono superiori ai costi e sono costi accettabili?

Se la risposta a tutte e sei le domande è affermativa, allora ci sono validi presupposti per attivare un sistema di incentivi economici.

Il secondo gruppo di domande invece è volto a verificare i seguenti aspetti.

1. Si sono effettuati controlli adeguati per avviare il sistema di misurazione di strategie di

comunicazione volte a facilitare il cambiamento richiesto (ad esempio, coinvolgimento degli opinion leader)?

2. Vi è un adeguato schema di incentivazione che risponde alle domande: quanto, chi e per quanto tempo? Il meccanismo di incentivi dovrebbe tendere a rendere duraturo il comportamento clinico anche in sua assenza (in realtà si è osservato che i comportamenti decadono nel momento in cui l'incentivo viene eliminato).
3. Vi è un chiaro collegamento fra le misure identificate e le modalità di raggiungimento, e quindi erogazione, degli incentivi.

Infine nelle conclusioni gli autori simulano le risposte a queste domande utilizzando, come casi, cinque programmi di P4P già implementati. Nessuno dei cinque programmi risponde in modo affermativo a tutte e sei le domande preliminari, ma questo, sostengono gli autori, è comprensibile e non deve preoccupare. Ciò che deve preoccupare sono i 'no' alle prime tre domande: se non vi sono evidenze cliniche certe, non si conoscono gli andamenti e i comportamenti dei professionisti prima dell'intervento oppure non vi sono indicatori capaci di misurare il cambiamento richiesto, allora è meglio non adottare sistemi di incentivazione economica. In questa disanima di interventi quindi gli autori boccerebbero, in partenza, il programma dell'emoglobina A1c, del QOF (il complesso sistema inglese del *quality and outcomes framework* disegnato per la *primary care*) ed il programma sull'assistenza ospedaliere relativa all'infarto del miocardio, allo scompenso cardiaco e alla polmonite di Medicare e Medicaid. Il primo (il programma inglese) soddisfa solo il requisito numero 3 (sulle sei domande), mentre il secondo (il programma americano) soddisfa solo il primo e terzo requisito. In particolare nella tabella sinottica gli autori sottolineano che, in entrambi questi casi, l'andamento temporale della performance oggetto di incentivazione stava già migliorando o aveva già raggiunto l'obiettivo atteso, rendendo quindi non necessario un sistema di incentivazione economica.

Milena Vainieri

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Cure palliative al domicilio e qualità di vita dei morenti

Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG

Factors important to patients' quality of life at the end of life

Arch Intern Med 2012; 172: 1133-1142

Il benessere della persona morente è un postulato delle cure palliative. Così Cicely Saunders nel 1976 scriveva in una targa esposta nell'hospice da lei inaugurato: "Tu sei importante perché sei tu, e sei importante fino all'ultimo momento della tua vita. Faremo ogni cosa possibile non solo per permetterti di morire in pace, ma anche per farti vivere fino al momento della tua morte".

Soprattutto in ambiente anglosassone si cerca di sottoporre a prove di efficacia (EBM) ogni campo della pratica medica. Così si è già riusciti a dimostrare, in modo statisticamente valido, che la sedazione palliativa terminale non riduce l'aspettativa di vita¹⁻³. Recentemente è stato pubblicato questo studio di coorte, longitudinale, prospettico e multicentrico di analisi sui fattori che influenzano la qualità di vita in pazienti neoplastici terminali. Cinque centri oncologici americani (Yale Cancer Center, Veterans Affairs Connecticut Health Care Systems Comprehensive Cancer Clinics, Parkland Hospital and Simmons Comprehensive Cancer Center, Massachusetts General Hospital and Dana-Farber Cancer Institute e New Hampshire Oncology-Hematology) hanno raccolto in 7 anni (2002-2008) 1015 pazienti affetti da cancro in fase avanzata, con metastasi, refrattari alla chemioterapia di prima linea, con una aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi, età media 58,7 anni, tutti superiori ai 20 anni di età, senza deterioramento cognitivo. È stato utilizzato il metodo delle interviste strutturate rivolte ai pazienti (45 minuti di intervista di base) e poi ai caregiver (tutti non pagati) e agli infermieri nelle 5-6 settimane dopo la morte, focalizzando la loro attenzione sulle cure ricevute nell'ultima settimana di vita. Sono stati utilizzati il Performance status di Karnofsky, il Carlson comorbidity index, il McGill quality of life. Tutti i pazienti sono stati valutati clinicamente secondo l'asse I del DSM IV. Particolare attenzione è