

di **Lorenzo Roti**



Nel 2004 il nuovo contratto dei medici di famiglia inglesi ha introdotto un sistema di remunerazione basato sul raggiungimento di obiettivi di performance clinica (*Quality and Outcomes Framework*). A distanza di 4 anni dalla sua introduzione è possibile fare alcune prime valutazioni sui risultati.

In un editoriale del *British Medical Journal* del 2000, Morrison e Smith definirono la difficile situazione della medicina di famiglia: *“hamster health care”*, l’assistenza sanitaria del criceto. **“In tutto il mondo i medici sono infelici perchè si sentono come criceti all’interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili.** La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici”^[1].

È singolare che, a distanza di nove anni, il *New York Times*^[2] riutilizzi l’immagine del criceto nella ruota per descrivere graficamente la principale distorsione della medicina americana (dalle cure primarie all’assistenza ospedaliera): la remunerazione basata sul meccanismo *fee-for-service*, ovvero sul volume delle prestazioni eseguite, che costringe i professionisti a focalizzarsi più sulla quantità, che sulla qualità dell’assistenza. Una distorsione che, tra l’altro, ha contribuito a far salire alle stelle i costi della sanità USA e che molte organizzazioni americane cercano di superare ricorrendo a un nuovo sistema di remunerazione/incentivazione, basato sul principio del **“Pay-for-performance (P4P)”**, ovvero sul raggiungimento di obiettivi di risultato. **Già la metà delle HMOs (Health Maintenance Organizations) americane e molti ospedali hanno adottato il “P4P” per pagare i propri professionisti, ma - osserva l’autore - a fronte di un così ampio ricorso a tale sistema, nessuno finora ne ha misurato l’efficacia.** Solo recentemente i ***National Institutes of Health*** - la principale istituzione pubblica di ricerca biomedica - ha avviato una ricerca ad hoc.

Nel Regno Unito il sistema P4P è stato adottato dal 1994 come incentivo dei medici di famiglia ed escono ora i primi studi di valutazione.

Pay-for-performance e Cure Primarie nel Regno Unito

La questione della riorganizzazione delle Cure Primarie nel Servizio Sanitario Inglese (NHS) ha vissuto negli ultimi 10 anni due momenti fondamentali.

Il primo nel 1999 con l'aggregazione dei *General Practitioners* (GPs) in strutture dotate di funzioni gestionali e di committenza (*Primary Care Groups* e poi *Primary Care Trust*). **Il secondo nel 2003 con il nuovo contratto dei GPs (*Investing in General Practice - The new medical services contract*)** (in [Risorse](#)) che ha introdotto un sistema di remunerazione della quota variabile dei GPs ispirato al principio del **P4P** e basato sul livello di raggiungimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia clinica, capacità organizzativa e di soddisfazione degli assistiti. **Quality and Outcomes Framework (QOF)**, questa la denominazione del nuovo sistema d'incentivazione dei GPs inglesi, considerato da alcuni autori come un fatto rivoluzionario, come "la più audace proposta mai tentata al mondo"[\[3\]](#).

Il QOF è un sistema di incentivazione su base volontaria al quale possono aderire gruppi di GPs (le *practice*: in media composte da 3 GPs per un bacino di 6.000 assistiti) che, dalla sua introduzione, ha determinato nel giro di 4 anni, dal 2002 al 2006, un incremento medio di più del 50% del reddito di un GP (nel 2002/03 il reddito medio di un GP era intorno a £ 73.000, nel 2005/2006 era salito a circa £ 114.000).

Il sistema di valutazione del QOF assegna fino ad un massimo di 1000 punti (ciascun punto, per una *practice standard*, valeva nel 2006 circa 120 sterline) distribuiti in 5 settori di valutazione, misurati attraverso 135 indicatori:

1. **area clinica** (655 punti);
2. **organizzazione** della *practice* (181 punti);
3. **servizi aggiuntivi**, come screening oncologici e sorveglianza della salute infantile (108 punti);
4. **soddisfazione/esperienza dei pazienti** (36 punti);
5. **assistenza olistica** (20 punti).[\[4\]](#)

Vedi in [Risorse](#) il sito del QOF presso il Ministero della Sanità britannico.

L'area clinica, che vale più del 50% dello score complessivamente ottenibile, è centrata sulle malattie croniche (19 settori tra i quali: cardiopatia ischemica, ictus e TIA (transient ischemic attack), ipertensione, asma, epilessia, diabete, BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva), depressione, tumori), sulla base della considerazione che per queste condizioni la responsabilità della continuità delle cure è a

carico soprattutto del GP e delle cure primarie, che esistono linee guida cliniche nazionali e che rappresentano una priorità nell'agenda del *National Health Service* (NHS). La scelta delle malattie incluse nel QOF discende infatti dalla misurabilità e dai benefici attesi in termini di salute sulla base delle evidenze scientifiche. La remunerazione è in relazione alla proporzione di pazienti, arruolati all'interno dei differenti registri di patologia, per i quali sia stato raggiunto l'obiettivo (Vedi in [Risorse](#) l'esempio del diabete).

Per sostenere l'introduzione del QOF, il NHS ha messo in campo nei primi 3 anni di applicazione più di 3 miliardi di sterline per finanziare le cure primarie attraverso l'aggiornamento dei sistemi informativi e tecnologici a supporto, l'aumento del numero di GPs del 12%, l'assunzione di personale di studio e infermieristico e l'aumento sostanziale della remunerazione dei GPs.

Alcuni commentatori avevano segnalato il rischio che un simile sistema di finanziamento stimolasse i medici a concentrarsi solo sugli obiettivi più settoriali, più facilmente raggiungibili a discapito dell'aspetto olistico dell'assistenza[5], e che fossero avvantaggiate le *practice* con assistiti di livello socioeconomico più elevato, in quanto più facilmente rispondenti alle azioni dei medici[6]. Parallelamente c'era il timore che le *practice* localizzate nelle aree economicamente più deprivate, per non correre il rischio di non raggiungere l'obiettivo, potessero ricorrere all'esclusione dal registro dei pazienti dei casi a maggior comorbidità o maggiore difficoltà nel controllo dei problemi di salute. L'effetto sarebbe stato quindi il contrario dell'obiettivo politico prioritario del NHS di contrastare le disuguaglianze.

Dopo 3 anni effettivi di applicazione è possibile oggi analizzare i primi risultati[7] ed effetti reali. **Un articolo di Tim Doran[8], pubblicato recentemente su *Lancet*, ha presentato e discusso i risultati ottenuti in più di 7.000 *practice* inglesi,** considerando 48 indicatori dell'area clinica e confrontando le performance complessive registrate negli anni, tenendo in considerazione la condizione socioeconomica delle aree di residenza della popolazione assistita[9].

Nel primo anno di applicazione del QOF, la percentuale media di raggiungimento degli obiettivi era compresa tra l'82,8% delle aree a maggiore deprivazione socioeconomica e l'86,8% di quelle economicamente più avvantaggiate. Nei due anni successivi si è assistito ad un generale incremento della performance con un livello di miglioramento più rapido e maggiore tra le aree più deprivate. Infatti, **alla fine del terzo anno di applicazione la differenza tra le popolazioni dei quintili a maggiore e a minore deprivazione si era ridotta dai 4 punti percentuali del primo anno a 0,8 punti percentuali.**

L'efficacia del QOF nella riduzione delle disuguaglianze è stata confermata anche in uno studio pubblicato sul *BMJ* nel 2008 che ha considerato specificatamente l'indicatore relativo alla registrazione della misurazione della pressione nell'ultimo anno per tutti i pazienti con età maggiore di 45 anni[10]. Sulla base dei dati disponibili e relativi al 98% circa di tutte le *practice* aderenti al QOF (circa 8.500), la percentuale di pazienti che avevano ricevuto una misurazione registrata della pressione arteriosa era passata dall'81,6% nel 2005 all'88,3% nel 2007. Le *practice* delle aree maggiormente deprivate hanno migliorato in tre anni passando dall'80% del 2005 all'88,1% del 2007. La differenza quindi con le *practice* delle aree a minor deprivazione è andata negli anni riducendosi e, pur esistendo ancora un piccolo vantaggio per queste, lo scostamento non è oramai più significativo.

Per quanto riguarda invece il rischio di un ricorso anomalo all'esclusione dei pazienti dai registri di patologia presso le *practice* a maggiore deprivazione al fine di eliminare i casi più problematici e poter quindi raggiungere buoni risultati, lo studio ha escluso tale eventualità: le zone a maggiore deprivazione presentano infatti una percentuale media di esclusione solo leggermente superiore alle zone a minore deprivazione, 7,6% contro 7,2%.

Ad una prima analisi quindi il QOF sembra aver contribuito ad una riduzione delle disuguaglianze, anche se il giudizio non può essere certamente conclusivo. Questo sia perché la valutazione è espressa sulla base dei dati direttamente forniti dalle *practice*, e quindi a rischio di forzature, sia perché le attività valutate dal QOF e sottoposte ad incentivo sono soltanto quelle relative alla prevenzione secondaria di malattie croniche che sono comunque responsabili di più del 60% del gap nell'aspettativa di vita della popolazione appartenente alle zone del quintile a maggiore deprivazione e povertà rispetto a quella del resto del paese.

Le disuguaglianze potrebbero quindi essere aumentate nei settori non soggetti ad incentivo, soprattutto in quelle *practice* che abbiano concentrato i propri sforzi solo per raggiungere gli obiettivi del QOF.

Barbara Starfield [11], fra i più apprezzati studiosi di cure primarie, ha commentato questi risultati su *Lancet* con un contributo dal titolo significativo "Quality and outcomes framework: patient-centred?"[12]. La Starfield chiede di porre cautela nel concludere che la maggiore equità di accesso riscontrata nella ricerca sia direttamente correlabile con un reale incremento dell'uguaglianza in salute tra sottogruppi di popolazione. Infatti, se è vero che gli indicatori del QOF sono desunti da affidabili trial clinici, è altrettanto vero che questi sono studi non basati su popolazione ma su gruppi di pazienti selezionati, che non necessariamente rappresentano la popolazione generale.

Oltretutto, solo in poco più di un quinto dei trial si utilizza come indicatore del beneficio ottenuto l'*outcome* di salute reale; infatti più frequentemente sono utilizzati *outcome* surrogati che non sono necessariamente correlati agli outcome più importanti per i pazienti, quali la sopravvivenza, la qualità di vita, la frequenza di eventi collaterali minori (ad esempio, nei trial sul diabete gli outcome utilizzati in più del 70% dei casi sono il livello di emoglobina glicata o di colesterolo o altri indici di laboratorio)[13].

La Starfield critica anche il fatto che il QOF sia concentrato massimamente sugli interventi medici (diagnostici, terapeutici e in misura minore di *follow up*) senza provare a misurare e premiare quello che nelle cure primarie è un aspetto fondamentale della **relazione terapeutica**, ossia la capacità di lavorare sui problemi del paziente, sulla personalizzazione e sulla continuità delle cure. Questi aspetti dovranno essere recuperati all'interno del QOF per sapere in via definitiva se questo sistema contribuisce a ridurre la sofferenza e la disuguaglianza dei cittadini inglesi e possa, dunque, rappresentare uno strumento esportabile e accettabile anche dai Medici di Medicina Generale di altri paesi.

Risorse

1. **Investing in General Practice. The new medical services contract** [[PDF: 480 Kb](#)]
Annex A: **Quality indicators - Summary of points** [[PDF: 108Kb](#)]
2. Il sito del [Quality and Outcomes Framework](#) presso il portale Ministero della Sanità britannico.
3. **L'esempio del diabete** [[PDF: 88Kb](#)]

Note e Bibliografia

1. Chen PW. Getting Off the Patient Treadmill. New York Times, 19 febbraio 2009.
2. Morrison I, Smith R. Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care. BMJ 2000; 321: 154-2.
3. Shekelle P. New contract for general practitioners. BMJ 2003; 326: 457- 8.
4. [Quality and Outcomes Framework](#)
5. Guthrie B, McLean G, Sutton M. Workload and reward in the Quality and Outcomes Framework of the 2004 general practice contract. Br J Gen Pract 2006; 56: 836-41.
6. Ashworth M, Seed P, Armstrong D, Durbaba S, Jones R. The relationship between social deprivation and the quality of primary care: a national survey using indicators from the UK Quality and Outcomes Framework. Br J Gen Pract 2007; 57: 441-8.
7. [NHS Information Centre. Quality and outcomes framework 2007/08](#). 2008
8. **Tim Doran** è ricercatore al National Primary Care Research and Development alla University of Manchester e membro del gruppo di lavoro per "Independent Review of

strategies to reduce health inequalities” presieduto da Michael Marmot.

9. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372: 728-36.
10. Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2008; 337: a2030.
11. **Barbara Starfield** è professore di management e politica sanitaria presso la Bloomberg School of Public Health alla John Hopkins University di Baltimora.
12. Starfield B. Quality and outcomes framework: patient-centred? *Lancet* 2008; 372: 692-4
13. Gandhi G, Murad MH, Fujiyoshi A, et al. [Patient-reported outcomes in registered diabetes trials](#). *JAMA* 2008; 299: 2543-9.