

CAPITOLO 10a

I sistemi di valutazione nell'assistenza primaria e l'incentivazione della *Performance*¹

Ploner E.², Spandonaro F.³

La necessità, condivisa e oramai inderogabile, di potenziare l'assistenza primaria, allocandoci maggiori risorse rende indispensabile la "progettazione" e l'applicazione di strumenti che siano in grado di "catturare" il reale ritorno dall'investimento, incentivando la qualità dei servizi offerti.

Pertanto, risulta di vitale importanza poter disporre di strumenti capaci di misurare la qualità assistenziale e di stimolare il raggiungimento di più elevate *Performances* dell'assistenza primaria in generale e della medicina di base in particolare.

Appare utile rimarcare, quale che sia il sistema di misura che si voglia adottare, che esso non può prescindere dalle caratteristiche organizzative dell'assistenza primaria, e quindi anche dalle sue regole di finanziamento, e in generale dall'assetto complessivo del sistema sanitario dei singoli Paesi.

Infine, va aggiunto in premessa che i confini dell'assistenza primaria sono difficilmente definibili: il rischio tangibile è che l'assistenza primaria risulti perimetrabile solo per "esclusione", come una congerie di attività sanitarie che non ricadono nell'ambito ospedaliero: medicina di base, pediatria di libera scelta, guardia medica e forme di assistenza tipicamente deputate alla cronicità (in primis assistenza domiciliare e residenziale). Anche questo aspetto complica significativamente la definizione di strumenti di misurazione omogenei e trasferibili.

10a.1. Cenni sull'organizzazione e finanziamento dell'assistenza primaria nei principali Paesi europei

Le caratteristiche organizzative dell'assistenza

primaria, e quindi anche la tipologia di finanziamento, come richiamato in premessa, dipendono fortemente dall'assetto complessivo del sistema sanitario dei singoli Paesi.

Generalmente, come evidenziato dalle analisi dell'OCSE, l'assistenza primaria, e in particolare la medicina generale, è il punto di accesso naturale ai servizi di assistenza sanitaria nella maggior parte dei Paesi. In effetti, sono rari i casi in cui i pazienti possono contattare un medico specialista senza una prescrizione del medico di base (*referral*): è stato stimato che solamente il 4,0% dei pazienti può accedere direttamente ai servizi specialistici senza consultare preventivamente il medico generico (Hofmarcher Maria M. et al., 2007) (Tabella 10a.1.).

La funzione di *gatekeeping* della medicina generale rimane in generale essenziale e su questo aspetto i Paesi tendono a dividersi in due gruppi: quelli che richiedono ai pazienti di registrarsi obbligatoriamente con un *general practitioner* (Repubblica Ceca, Finlandia, Inghilterra, Italia, Olanda, Romania, Spagna, etc...) e quelli che, invece, utilizzano incentivi finanziari per incoraggiare i pazienti a registrarsi e ottenere la prescrizione all'assistenza specialistica (Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Polonia, Svezia, etc.).

In aggiunta, oltre al *gatekeeping*, nella maggior parte dei Paesi si assiste alla tendenza all'introduzione della medicina di gruppo (*group practice*), sebbene nella maggioranza di questi l'approccio individuale (cosiddetta *solo practice*) sia ancora la norma.

In particolare, la *group practice* è prevalente in Inghilterra, Spagna e Svezia, oltre ad essere stata introdotta e in sviluppo anche in Italia.

¹ Il lavoro di ricerca è stato supportato dalla SISAC

² C.R.E.A. Sanità, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

³ Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", C.R.E.A. Sanità

Tabella 10a.1. Organizzazione dell'assistenza primaria nei principali Paesi europei

Paesi	Punto di accesso	Gatekeeping	Libera scelta del Gatekeeper	Necessità di referral per servizi specialistici	Necessità di referral per servizi ospedalieri	Organizzazione dominante della practice
Austria	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Pediatri • Dentisti, ginecologi, oftalmologi • <i>Health centres</i> 	In alcuni casi	Sì con alcune limitazioni	Generalmente solo per i <i>general practitioners</i> che hanno un contratto con le assicurazioni sociali	Sì	Individuale
Belgio	<ul style="list-style-type: none"> • Ogni medico, Ospedali 	No	No	No	No	Individuale
Repubblica Ceca	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Pediatri • Dentisti, ginecologi • Medici di E/U 	Sì	Sì	Sì con eccezioni	Sì	Individuale
Danimarca	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • <i>Health centres</i> 	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì per Gruppo 1 (10 km da casa): No per Gruppo 2 (scelta completa)	Sì	Individuale
Inghilterra	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • <i>Health centres</i> 	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì	Sì	Gruppo
Finlandia	<i>General pract.</i>	Sì nel sett. pubblico	Sì	Sì nel sett. pubblico	Sì	Lavorano nei <i>municipal health centres</i>
Francia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Med.specialisti 	Sì nella maggior parte dei casi	Sì	Sì non per tutti	Sì	Individuale
Germania	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Med. specialisti 	Sì in pochi casi	Sì	Sì non per tutti	Sì	Individuale
Italia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Pediatri • Medici di E/U 	Sì	Sì nell'area di residenza	Sì	No	Individuale (in transizione verso gruppo)
Olanda	<i>General pract.</i>	Sì	Sì	Sì	Sì	Individuale
Polonia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Pediatri • Internisti 	Non formalmente, ma attraverso alcuni meccanismi come la struttura di finanziamento	Sì, si può cambiare due volte all'anno senza costi aggiuntivi	Sì, con alcune eccezioni come ginecologi, dermatologi, psichiatri e altri	Sì	<ul style="list-style-type: none"> • Individuale • Gruppo • <i>Primary health units</i>
Romania	<i>General pract.</i>	Sì	Sì (con possibilità di cambiare dopo 6 mesi)	Sì per la maggior parte	Sì	Individuale con un infermiere
Spagna	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Pediatri • Infermieri • Dentisti • Assistenti sociali • Personale amministrativo 	Sì		Sì, forte livello di integrazione con i servizi specialistici	Sì, forte livello di integrazione con l'assistenza ospedaliera	Gruppo
Svezia	<ul style="list-style-type: none"> • <i>General pract.</i> • Ginecologi, ostetriche, psicologi, etc.. • Distretti Sanitari 	No	Sì	No		Gruppo

Note: E/U = Emergenza e Urgenza

Fonte: elaborazione su fonti varie e anni vari - © C.R.E.A. Sanità

Tabella 10a.2. Modalità di finanziamento dell'assistenza primaria

Paesi	General practitioner pubblico/privato	Modalità di pagamento	Incentivi finanziari per				
			Lavoro fuori orario	Visite domiciliari	Lavorare in zone scarsamente servite	Servizi aggiuntivi	Migliorare la qualità dei servizi
Austria	50,0% dei <i>general practitioners</i> sono privati; gli altri hanno un contratto con i fondi di assicurazione	Pagamento basato sul FFS con integrazione di quota capitaria; i medici privati sono rimborsati per 4/5 con un contratto	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia; generalmente il medico viene rimborsato per chilometro per le visite domiciliari effettuate in aree rurali	Ammontare del rimborso dipende dal fondo malattia (per esempio, se la visita domiciliare è più lunga di quanto stimato, i <i>general practitioners</i> possono ricevere un compenso aggiuntivo oppure ricevere punti per le iniezioni eseguite, etc..)	No
Belgio	La maggior parte sono lavoratori autonomi; la restante parte sono stipendiati dagli ospedali universitari	FFS, i pazienti sostengono i costi e successivamente ottengono un rimborso del 75,0%	Sì, è prevista una fee per il servizio di guardia medica durante il fine settimana, durante le vacanze, e durante la notte	Sì	Sì, per incentivare i giovani medici ad iniziare la propria attività in zone rurali (prestiti vantaggiosi)	Indennità annuale per i costi dell'applicazione dei software impiegati per la tenuta delle cartelle cliniche elettroniche	"Accrediting" è un marchio di qualità che i medici ottengono quando seguono regolarmente attività formative ed espletano la loro attività secondo alcuni <i>standard</i> di qualità. I medici accreditati possono avere un compenso annuale fisso e anche una fee maggiorata per consultazioni o visite
Repubblica Ceca	La maggior parte sono lavoratori autonomi	Quota capitaria <i>risk-adjusted</i> (per età) e FFS per alcuni particolari servizi	No	No	Poiché hanno in carico meno pazienti beneficiano di quota capitaria più alta	Sì, servizi di prevenzione finanziati con FFS piuttosto che con quota capitaria	No
Danimarca	Tutti lavoratori autonomi	FFS e quota capitaria (per circa il 30,0% del reddito)	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	No	Pagamenti più alti per alcuni servizi (prevenzione e utilizzo IT)	No
Inghilterra	La maggior parte sono lavoratori autonomi, ma 1/3 sono stipendiati	Quota capitaria aggiustata per età, sesso e altri fattori (circa il 50,0% del reddito) più FFS e P4P	Pagamenti più elevati	Nessuno (ma i <i>general practitioners</i> possono ottenere guadagni extra se fanno parte di un servizio <i>after-hours</i>)	Pagamenti più elevati, fees addizionali per aprire una practice	Pagamenti più elevati per alcune attività (<i>screening</i> cervice uterina, etc..)	Sì, QOF
Finlandia	La maggior parte sono pubblici; solo una piccola percentuale è privata	1) Salario con pagamenti addizionali 2) Salario incrementato con pagamento per ciascuna consultazione	Sì, nella prima tipologia di remunerazione	No	Nelle aree rurali	No	No

Paesi	General practitioner pubblico/privato	Modalità di pagamento	Incentivi finanziari per				
			Lavoro fuori orario	Visite domiciliari	Lavorare in zone scarsamente servite	Servizi aggiuntivi	Migliorare la qualità dei servizi
Francia	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati; fees addizionali per aprire una practice e detrazioni di tipo fiscale per i servizi resi fuori orario	Pagamenti più elevati per alcuni; somme fisse per la gestione integrata delle patologie croniche	No
Germania	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS con limitazione dei punti secondo il budget complessivo	Pagamenti più elevati	Punti addizionali per le visite domiciliari	Sulla base della quota di servizi forniti	Punti addizionali per alcune attività (<i>screening</i> dei tumori, etc..)	Teoricamente i fondi malattia potrebbero usare dei contratti selettivi per aumentare la qualità delle prestazioni
Italia	Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale	1) Quota capitaria 2) Principalmente quota capitaria + quota secondo standard locali/regionali + quota per alcuni servizi	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni	Varia tra le Regioni
Olanda	La maggior parte sono lavoratori autonomi	FFS e quota capitaria standardizzata per età e distretti a basso reddito	Pagamenti più elevati	Pagamenti più elevati	Quota capitaria più elevata nelle zone a basso reddito	Pagamenti più elevati per alcuni servizi che possono essere negoziati	Rimborso negoziabile in base a indicatori di qualità
Polonia	Lavoratori autonomi o dipendenti di <i>health care units</i> ; entrambe le tipologie hanno un contratto con il <i>National Health Fund</i>	Quota capitaria standardizzata per l'età	No	No	No	No	No
Romania	Indipendenti, ma finanziati dal sistema pubblico	Mix di FFS e quota capitaria	No	No	Sì	No	Sì, per le vaccinazioni
Spagna	La maggior parte dei medici sono dipendenti pubblici, ma molti hanno anche studi privati	Salario più quota capitaria standardizzata per età, stato di salute e densità di popolazione; in Catalogna anche sulla base delle condizioni socio-economiche. I medici privati vengono remunerati tramite il FFS	Pagamento più alto	No	No	Partecipazione a programmi speciali	Sì
Svezia	La maggior parte dei medici sono dipendenti pubblici, ma è possibile osservare una certa variabilità tra le diverse zone: a Stoccolma, ad esempio, circa il 50,0% dei medici sono lavoratori autonomi	Quota capitaria standardizzata per età più una piccola fee per ciascun servizio reso	No	Pagamenti più alti in alcune Contee	Quota capitaria più elevata per i medici che operano in zone scarsamente servite e a basso reddito	Pagamenti più elevati per servizi aggiuntivi (ad esempio per l'assistenza domiciliare)	I pagamenti <i>target</i> sono previsti in alcune Contee; avvengono sulla base del livello di soddisfazione dei pazienti, sulla base dell'accesso alle cure, sulla base del livello di aderenza alle linee guida nella prescrizione, etc...

Fonte: elaborazione su fonti varie, riferite a diversi anni - © C.R.E.A. Sanità

Ad ogni buon conto, la schematizzazione precedente, sebbene di evidente utilità interpretativa, risulta limitativa, in quanto i modelli appaiono tutti in qualche modo “misti”.

La variabilità osservata a livello organizzativo trova parallelo anche nei sistemi di remunerazione, in particolare per quanto concerne la medicina generale (Tabella 10a.2.).

Appare evidente, con esclusione forse dei Paesi in cui i *general practitioners* sono dipendenti, che gli incentivi di tipo finanziario per garantire e migliorare la qualità delle cure sono generalmente entrati negli schemi di remunerazione, affiancando tanto la quota capitolaria, che i meccanismi di remunerazione *Fee For Service* (FFS).

I cosiddetti sistemi di *Pay For Performance* (P4P), sono ormai utilizzati in diversi Paesi europei. In particolare, la metodologia del P4P correla il compenso con l'esito delle prestazioni, variando la remunerazione dei medici in base alle loro *Performance*.

I sistemi di remunerazione, tuttavia, difficilmente vengono utilizzati allo stato puro: più spesso vengono impiegate soluzioni miste, generalmente ritenute portatrici di maggiori vantaggi rispetto ai singoli sistemi di origine (Simoens S. e Giuffrida A., 2004).

Tali sistemi misti comprendono (senza pretesa di esaustività):

1. una quota capitolaria ridotta combinata con il FFS per finanziare un sottoinsieme di servizi che sono meno idonei ad essere remunerati sulla base della produzione eseguita (contratto a cottimo)
2. elementi del sistema basato sulla quota capitolaria accompagnati da incentivi nell'accezione del P4P e/o del FFS
3. un insieme di pagamenti di importo fisso (*bundled payments*) per la remunerazione del fornitore relativamente ad un pacchetto di servizi richiesti per il trattamento di un episodio di cura
4. accordi relativi alla condivisione di risparmi: i fornitori delle cure remunerati con il FFS periodicamente condividono i risparmi se i pagamenti totali sono inferiori ai costi totali preventivati (*budget*) (Robinson J. A., 2001).

Secondo molti analisti, però, anche i metodi di pagamento misti più sofisticati non sono in grado di eliminare completamente i rischi di un trattamento inappropriato (eccessivo o scarso) dei pazienti (Simoens S. e Giuffrida A., 2004; Robinson J. A., 2001).

Anche le soluzioni miste possono essere classificate secondo il loro livello di variabilità: ad esempio, un sistema basato sulla combinazione di quota capitolaria e FFS presenta un più elevato livello di variabilità rispetto ad un sistema che prevede solamente la quota capitolaria, ma sarà, invece, meno variabile rispetto ad un sistema che considera unicamente come metodologia di remunerazione il FFS.

Sembra lecito, in ogni caso, affermare che spesso i sistemi misti tendono a “mitigare” gli aspetti negativi dei singoli metodi che li compongono. Un sistema basato, ad esempio, sulla combinazione di quota capitolaria e P4P, consente sulla carta di avere un metodo non totalmente fisso che genera miglioramenti sia sul piano della qualità che su quello dell'appropriatezza: infatti, il P4P rispetto al FFS consente di misurare e, pertanto, di valutare la *Performance* delle prestazioni rese al netto dell'inappropriatezza. In definitiva, il P4P dovrebbe correggere le distorsioni che si vengono a creare con l'applicazione del FFS in termini di produzione eccessiva di servizi sanitari senza una valutazione diretta degli effetti sulla qualità dell'assistenza o sui costi complessivi del sistema sanitario. Fornendo incentivi finanziari diretti legati alla qualità dell'assistenza, il P4P dovrebbe fornire incentivi anche verso una riduzione dei costi.

In conclusione, a livello europeo la situazione organizzativa della medicina generale è molto variegata.

10a.2. I sistemi di misurazione delle *Performances*

Negli ultimi anni, in particolare dopo il 2000, la produzione di studi che propongono indicatori per la valutazione delle *Performances* dell'assistenza primaria è divenuta copiosa. Elemento unificante, peraltro, delle diverse definizioni di indicatore riscontrabili in letteratura, sembra essere il fatto che

gli indicatori vengono ritenuti strumenti quantitativi capaci di orientare le decisioni⁴: ovvero gli indicatori dovrebbero permettere valutazioni trasparenti, capaci di evidenziare l'eventuale entità di problemi o criticità esistenti, nonché apprezzare ex post se gli interventi attuati siano stati capaci di incidere sui problemi stessi, risolvendoli o, quanto meno, riducendone l'entità.

In aggiunta, appare evidente che ai fini dell'implementazione dei sistemi di indicatori di qualità/*Performance*, è prioritariamente necessario definire quale aspetto dell'assistenza si intenda analizzare e valutare; una tassonomia che sembra riassumere le varie posizioni presenti in letteratura circa i "domini" (dimensioni) dell'assistenza primaria che è opportuno monitorare è quella tripartita:

- offerta (ovvero le risorse strutturali disponibili in termini di personale, attrezzature, strutture, sistemi di gestione, etc.)
- *output* (ovvero i servizi a vario titolo erogati)
- *outcomes* (ovvero lo stato di salute/soddisfazione del paziente in termini di mortalità, morbilità, soddisfazione, etc.).

Altro aspetto degno di nota è quello della scelta degli indicatori ritenuti maggiormente rappresentativi all'interno delle "dimensioni" sopra elencate e, forse ancora di più, quello del "peso" relativo attribuito alle diverse "dimensioni".

Da questo punto di vista la letteratura conferma che i diversi *stakeholders* operanti all'interno dei sistemi sanitari (pazienti, *managers*, professionisti, "assicuratori" dove i sistemi li prevedano, etc.) essendo, per definizione, portatori di punti di vista diversi, tenderanno a privilegiare obiettivi ("dimensioni") e indicatori diversi. Ne segue che, in primo luogo, diventa essenziale individuare ed esplicitare la prospettiva che si intende adottare. In letteratura,

ad esempio, viene evidenziato come i professionisti tendano a concentrarsi maggiormente su aspetti relativi agli *outcomes*, mentre i pazienti tendono ad attribuire un peso maggiore, oltre alla *Performance* clinica, anche ad aspetti di *customer satisfaction*, quali gli aspetti comunicativi; etc.

In particolare, son crescentemente privilegiate le misure di esito, e in particolare quelle relative alla riduzione delle ospedalizzazioni evitabili e alla soddisfazione dei pazienti.

Per quanto riguarda nello specifico lo sviluppo e l'applicazione di indicatori tesi a misurare le cosiddette *Ambulatory Sensitive Care Conditions* (ACSC), ovvero le ospedalizzazioni evitabili se gestite da un'adeguata assistenza primaria (quali ricoveri per angina, asma, BPCO, diabete, edema polmonare, convulsioni epilettiche, insufficienza cardiaca, ipertensione) citiamo lo studio di Caminal J. et al. (2004) che ha identificato (Tabella 10a.3.) gli aspetti dell'assistenza primaria in grado di prevenire i ricoveri, ovvero la prevenzione primaria, la diagnosi precoce e il monitoraggio degli episodi acuti e il *follow-up*, il monitoraggio delle condizioni croniche.

Riconducibili alla dimensione dei ricoveri evitabili sono anche i *Prevention Quality Indicators* (PQI) sviluppati dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2004) (Tabella 10a.4.).

L'applicazione dei PQI al contesto italiano (e nello specifico ad un campione di 492 pazienti) ha dimostrato che oltre il 30,0% dei ricoveri del campione risultava evitabile: circa il 40,0% relativi all'insufficienza cardiaca congestizia, il 23,2% alla BPCO, il 13,5% all'angina, l'8,4% all'ipertensione, il 7,1% alla polmonite batterica.

⁴ Ad esempio Lawrence P. et al. (1997) hanno definito "indicatore di qualità delle cure erogate" qualsiasi elemento misurabile delle cure stesse «per il quale vi sia evidenza o consenso che esso possa essere utilizzato per valutare la qualità e, di conseguenza, per modificare la qualità dell'assistenza fornita»; Campbell S. M. et al. (2002), invece, definiscono un indicatore di qualità come un elemento misurabile dell'assistenza primaria, definito esplicitamente, che fornisce possibili indicazioni sul livello di qualità dell'assistenza primaria. Kazandjian V. A. et al. (2003), osservano che la funzione di un indicatore è quella di segnalare dove vi può essere un problema nella organizzazione, «come un cane da caccia punta alla selvaggina»; secondo questo approccio saranno i responsabili (i "cacciatori") a dovere poi valutare se vi sono problemi di qualità su cui prendere provvedimenti (decidere se «sparare per catturare la selvaggina»)

Tabella 10a.3. Il ruolo dell'assistenza primaria nel prevenire i ricoveri per le ACSC

Tipologia di intervento	Malattie infettive	Malattie non infettive
Prevenzione primaria	Malattie infettive che possono essere efficacemente prevenute attraverso l'immunizzazione	Malattia cardiaca ipertensiva
Diagnosi precoce e trattamento	Febbre reumatica	Diabete mellito
	Sifilide congenita	Disturbi del metabolismo idroelettrolito
	Altre tubercolosi	Malattia cardiaca ipertensiva
	Ascenso peritonsillare	Insufficienza cardiaca
	Polmonite	Sanguinamento o ulcera perforante
	Appendicite con complicazioni	
	Pielonefrite acuta	
	Malattia infiammatoria pelvica	
Controllo e gestione		Diabete mellito
		Malattia cardiaca ipertensiva
		Insufficienza cardiaca
		Sanguinamento o ulcera perforante

Fonte: Caminal J. et al., 2004

Tabella 10a.4. Prevention Quality Indicators (PQI)

Codice	Indicatori individuali (tasso)
PQI 01	Ricovero per complicanze a breve termine del diabete
PQI 02	Appendicite perforata
PQI 03	Ricovero per complicanze a lungo termine del diabete
PQI 05	Ricovero per BPCO o asma in anziani
PQI 07	Ricovero per ipertensione
PQI 08	Ricovero per scompenso cardiaco
PQI 10	Ricovero per disidratazione
PQI 11	Ricovero per polmonite batterica
PQI 02	Ricovero per infezione delle vie urinarie
PQI 13	Ricovero per angina senza procedure
PQI 14	Ricovero per diabete non controllato
PQI 15	Ricovero per asma in giovani
PQI 16	Amputazioni delle estremità inferiori in pazienti diabetici

Codice	Indicatori composti (per tipologia assistenziale)
PQI 90	Complessiva (ottenuta dalla somma dei seguenti numeratori singoli, escludendo i pazienti contattati più di una volta: PQI 1, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15 e 16)
PQI 91	Acuta (somma dei PQI 10, 11 e 12)
PQI 92	Cronica (somma dei PQI 1, 3, 5, 7, 8, 15 e 16)

Fonte: AHRQ Quality Indicators - Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions, 2004

Per i maschi più anziani risultava maggiore la probabilità di ricovero per ACSC e, in generale, le ospedalizzazioni evitabili risultavano associate a uno

status socio-economico inferiore (oltre che all'età avanzata, ad un cattivo stato di salute); le persone con un livello di istruzione superiore avendo, con

buona probabilità, una conoscenza più approfondita dei servizi sanitari offerti e dei processi di cura, si suppone possano richiedere cure più tempestive, ovvero quelle erogate nei dipartimenti di emergenza (Rizza P. et al., 2007).

Anche Manzoli et al. (2013), applicando alcuni degli indicatori PQI a 44 ASL (e 11 Distretti) di Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia e della città di Trieste, elaborati sulle dimissioni ospedaliere relativi al periodo 2008-2010, hanno stimato una incidenza di ACSC del 5,7%, variabile tra il 4,9 e il 9,7% tra le Regioni e gli anni.

Per quanto attiene, invece, la *customer satisfaction*, le dimensioni su cui si costruisce la *Performance* sono risultate largamente coincidenti negli studi e, in particolare, legate al tempo messo a disposizione del paziente da parte del medico, alla riduzione delle liste e dei tempi di attesa, alla capacità di presa in carico dei pazienti cronici, ovvero alla capacità di integrazione dei servizi.

A questo proposito, tramite la somministrazione del questionario EUROPEP⁵ (Tabella 10a.5.) ad un campione di 17.391 pazienti in 10 Paesi europei (Belgio, Danimarca, Germania, Islanda, Norvegia, Olanda, Regno Unito, Slovenia, Svezia e Svizzera), nel 2000 Grol R. et al. hanno dimostrato che l'80,0% del campione era estremamente soddisfatto del proprio *general practitioner*. Gli aspetti che sono stati maggiormente apprezzati sono stati la riservatezza delle informazioni sullo stato di salute del paziente, la capacità di ascolto, il tempo dedicato durante le visite e la tempestività nel prestare assistenza in caso di problematiche urgenti.

Kroneman M. V. et al. nel 2006 hanno valutato la soddisfazione dei pazienti residenti in alcuni Paesi europei⁶: in particolare, la soddisfazione totale del paziente è stata misurata in base a EUROPEP, considerando le risposte contrassegnate come "eccellenti". Nello specifico, la soddisfazione dei pazienti,

oltre che sull'attività complessiva del *general practitioner*, è stata misurata anche su tre aspetti specifici di tale attività: sugli aspetti tecnici della cura erogata, sulla comunicazione paziente-medico e, infine, sull'organizzazione dell'ambulatorio.

I risultati hanno evidenziato che nei Paesi dove vi sono più *providers* direttamente accessibili, i pazienti hanno mostrato un maggiore livello di soddisfazione generale (fanno eccezione Francia e Spagna).

Tabella 10a.5. Items del questionario EUROPEP

Dimensione 1: comportamenti clinici	
1	Senti che ti è stato dedicato tempo a sufficienza durante la visita
2	Avverti interesse per la tua situazione personale
3	Ti rende più facile esporre i tuoi problemi
4	Ti coinvolge nelle decisioni riguardanti il tuo piano di cura
5	Ti ascolta
6	Mantiene riservate le informazioni sul tuo stato di salute
7	Rapida comprensione dei sintomi
8	Ti aiuta a sentirti bene in modo che tu possa eseguire le tue attività quotidiane
9	Accuratezza
10	Esamina il tuo fisico
11	Offre i suoi servizi per la prevenzione delle malattie
12	Spiega lo scopo dei test e dei trattamenti
13	Ti dice che cosa vuoi sapere sui tuoi sintomi e/o sulla tua malattia
14	Ti aiuta a gestire i problemi emotivi collegati al tuo stato di salute
15	Ti aiuta a capire l'importanza di seguire i suoi consigli
16	Si ricorda quello che ti ha fatto o detto durante le precedenti visite
Dimensione 2: organizzazione delle cure	
17	Ti prepara sulle cure che riceverai da uno specialista o in ospedale
18	Disponibilità del personale (oltre a quella del medico)
19	Prendere un appuntamento adatto per voi
20	Raggiungere l'ambulatorio per telefono
21	Essere in grado di parlare per telefono con il medico di famiglia
22	Tempo d'attesa nella sala di aspetto
23	Rapida fornitura di servizi per problemi di salute urgenti

Fonte: Weinsing M. et al., 2013

⁵ Il questionario EUROPEP è uno strumento validato a livello internazionale, finalizzato ad una valutazione della qualità dell'assistenza primaria (Weinsing M. et al., 2000). Si tratta di uno strumento multidimensionale che si compone di 23 domande riguardanti i comportamenti clinici e l'organizzazione delle cure, valutati dai pazienti

⁶ Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Islanda, Norvegia, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia e Svizzera

Tabella 10a.6. Durata (minuti) delle visite ambulatoriali e domiciliari per stagione

Stagione	Visita ambulatoriale	Visita domiciliare
Estate	12,3	20,7
Autunno	8,8	17,2
Inverno	9,2	15,1
Primavera	9,7	17,0
Totale	10,0	18,9

Fonte: Garattini S. et al, 2003

Il livello di soddisfazione per la comunicazione medico-paziente e per il contenuto tecnico delle cure non è però apparso correlato all'accesso diretto ai servizi, mentre una correlazione statisticamente significativa è stata evidenziata nel caso degli aspetti organizzativi.

Secondo i risultati prodotti dallo studio di Krings D. S. et al. (2013), che ha coinvolto 27 Paesi dell'Unione Europea, più Islanda, Norvegia, Svizzera e Turchia, i pazienti di molti Paesi (quali Germania, Lituania, Regno Unito, etc..) dimostrano, in media, scarsa soddisfazione per quanto riguarda la capacità di comunicazione dei *providers*, come anche per la durata delle visite (per quanto la durata ottimale delle stesse non sia definita); il livello di soddisfazione è risultato più elevato in quei Paesi dove i pazienti ritengono che il medico curante sia capace di spiegare più accuratamente il percorso di cura e le varie opzioni terapeutiche.

Anche lo scopo del progetto EUprimecare (Papp R. et al., 2014) è stato quello di valutare la percezione dei pazienti circa la qualità dell'organizzazione dell'assistenza primaria in Estonia, Finlandia, Germania, Ungheria, Italia, Lituania e Spagna. In questo caso oltre il 75,0% degli intervistati ha dichiarato di essere soddisfatto delle cure ricevute nell'ambito dell'assistenza primaria; il livello più basso di soddisfazione è risultato collegato ai tempi di attesa, mentre alle competenze di tipo sociale dei professionisti è stato associato il livello di soddisfazione più alto.

Come sopra ricordato, i pazienti sono maggiormente soddisfatti se il medico dedica loro tempo a sufficienza durante una visita. Sulla base di questa

considerazione, Garattini S. et al. nel 2003 hanno condotto uno studio grazie al quale hanno dimostrato che mediamente, in Italia, una visita ambulatoriale dura 10 minuti, mentre una visita domiciliare (compresi i tempi di percorrenza) in media dura circa 18,9 minuti; ancora, la durata media di una visita estiva è stata significativamente superiore a quella di una visita effettuata nelle rimanenti stagioni, mentre non vi sono differenze apprezzabili nella durata fra autunno, inverno e primavera (Tabella 10a.6.).

In tempi più recenti, Irving B. A. et al. (2017), in un vasto studio comparativo internazionale che ha coinvolto 67 Paesi (del quale non fa parte, però, l'Italia), hanno evidenziato che in 18 Paesi (in cui risiede circa la metà della popolazione mondiale), un paziente entra ed esce dall'ambulatorio in cinque minuti, con un minimo di 48 secondi in Bangladesh. In ogni caso, oltre al caso limite della nazione asiatica, si va da un minimo di 5,0 minuti per l'Austria a salire: Germania 7,6 minuti, Gran Bretagna 9,22, Danimarca 10,0, Olanda 10,2, Spagna 10,4, Malta 14,0, Lussemburgo 15,0, Francia 16,0, Svizzera 17,0, Finlandia 17,9, Bulgaria 20,0 e Svezia 22,5. Come evidenziato, nello studio non è stata analizzata l'Italia ma secondo un'indagine della Società Italiana di Medicina Interna (2015) il tempo medio di una visita non supera i 9,0 minuti: un tempo, quindi, molto vicino a quello della Gran Bretagna.

Le differenze evidenziate nel comportamento dei medici relativamente al tempo dedicato a ciascuna visita, con buona probabilità, sono il frutto delle diverse modalità di finanziamento della medicina di base esistenti nei vari Paesi messi a confronto.

Risultano, altresì, non trascurabili alcune dimensioni di offerta, quali ad esempio la possibilità di prenotare le visite e le dimensioni delle *practices*, sebbene con risultati, in questo ultimo caso non sempre coincidenti.

Con riferimento agli aspetti appena menzionati, attraverso la somministrazione del questionario EUROPEP (Weinsing M. et al., 2002) è stato evidenziato che i pazienti apprezzano maggiormente gli ambulatori dove praticano pochi *general practitioners* e pochi membri dello *staff*: ovvero i pazienti si dichiarano maggiormente soddisfatti se si devono recare in

strutture di dimensioni “tendenzialmente contenute”; i pazienti affermano, inoltre, di essere più soddisfatti se il medico lavora un numero maggiore di ore per settimana. Anche dall'applicazione del progetto *European Practice Assessment* (EPA), è emerso che gli ambulatori di grandi dimensioni (quelli nei quali esercitano più medici) hanno in media una organizzazione migliore di quelli nei quali esercita un solo medico, ma questi ultimi ricevono spesso il maggior favore dei pazienti.

Ancora, nel cennato studio di Kringos D. S. et al. (2010) si ricava che in circa la metà dei Paesi la forma organizzativa più diffusa è risultata quella della pratica singola (ovvero dell'ambulatorio singolo); si riscontra, però, che vi sono maggiori possibilità di confronto e di cooperazione con i colleghi negli ambulatori nei quali operano più medici (ambulatori associati).

Ancora, Pavlic D. R. et al., in uno studio i cui risultati sono stati presentati nel 2015, inferiscono che la continuità dell'assistenza è fortemente legata all'organizzazione, che non dovrebbe essere assolutamente frammentata, ovvero dovrebbe avere pochi *entry points* verso il servizio sanitario.

Sul versante dell'adesione alle linee guida, nel progetto VALORE (lanciato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Regionali – AgeNaS nel 2010), invece, viene evidenziato come il numero medio di racco-

mandazioni osservate dai pazienti di medici di famiglia che lavorano in *team* non è stato significativamente diverso da quello applicato dai pazienti di medici che operano singolarmente.

Quanto precede conferma, pertanto, come la *Performance* dell'assistenza primaria sia in generale declinata secondo tre direttrici fondamentali: gli esiti clinici (*outcomes*); gli esiti dei processi assistenziali (*output*) e l'offerta; quantificate con un *mix* di misure “oggettive”, come quelle impiegate per misurare i ricoveri evitabili, e di misure “soggettive”, quali le consensus su *target* assistenziali da raggiungere.

Appare doveroso anche sottolineare come rimanga non risolto il problema della confrontabilità dei risultati: vi è, infatti, in letteratura un'ampia condivisione sul fatto che la *Performance* sia strettamente legata alle caratteristiche specifiche dei vari sistemi sanitari, nonché agli obiettivi di politica sanitaria adottati. Ne consegue che la valutazione della *Performance* non può essere disgiunta dal contesto istituzionale e organizzativo, in cui si muove nei vari Paesi (e Regioni) l'assistenza primaria.

Questo implica un “tasso” modesto di trasferibilità degli *standard* e, persino, degli indicatori, suggerendo, pertanto, che i sistemi di valutazione vadano costruiti (o almeno adattati) agli specifici contesti nazionali/regionali.

Tabella 10a.7. Effetti dei metodi di remunerazione

Dimensioni	Razionale	Incentivi			
		<i>Fee for Service</i>	Quota capitaria	Salario	<i>Pay for Performance</i>
Quantità	Più il pagamento è variabile maggiore è la quantità di cure prestate	Aumenta	Diminuisce	Diminuisce	Aumenta
Referrals	Più il pagamento è variabile più è basso il referral	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Diminuisce
Domanda indotta dall'offerta	Più il pagamento è variabile più è forte l'incentivo a stimolare la domanda	Aumenta	Diminuisce	Diminuisce	Non noto
Selezione dei pazienti	Più il pagamento è variabile, più è debole l'incentivo a selezionare i pazienti	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Aumenta
Prevenzione	Più il pagamento è variabile, più è debole l'incentivo a fare prevenzione	Diminuisce	Aumenta	Aumenta	Aumenta

Fonte: elaborazione su Gousia K. et al., 2014 - © C.R.E.A. Sanità

10a.3. Sistemi di valutazione e di remunerazione

Di particolare interesse è anche apparso lo studio del legame intercorrente tra sistemi di valutazione delle *Performances* dell'assistenza primaria e sistemi di remunerazione; sono stati, pertanto, indagati gli effetti che i diversi sistemi di incentivazione possono produrre sulle diverse dimensioni dell'assistenza primaria.

Sulla base di quanto precede, nella tabella 10a.7. sono stati sintetizzati propeudicamente i possibili effetti che le tipologie di remunerazione possono produrre su alcune dimensioni tipiche dell'assistenza primaria.

In linea generale, le evidenze empiriche confermano che i sistemi quali il FFS sono associati ad una maggiore offerta di servizi (maggiori volumi di attività) da parte del medico, mentre il metodo della quota capitaria e/o il salario sono associati ad una minore attività. Di seguito si riportano alcuni delle evidenze empiriche rinvenute in letteratura.

Uno studio condotto in Norvegia (Sorensen R. J. e Grytten J., 2003), analizzando un campione di 1.639 medici generici, ha mostrato che i medici con una componente FFS nella loro retribuzione eseguono un numero maggiore di visite (sia lavorando un numero maggiore di ore sia visitando un numero maggiore di pazienti per ora). Inoltre, tendono a ricorrere meno alle consultazioni specialistiche ed ospedaliere rispetto ai colleghi remunerati esclusivamente sulla base di un salario prestabilito. Dumont E. et al. (2008), invece, hanno dimostrato che i medici del Québec che nel 1999 sono transitati da un sistema basato sul FFS ad uno misto (salario e FFS) hanno ridotto il loro volume di attività, aumentando però il tempo dedicato sia a ciascuna prestazione, che all'insegnamento e ai compiti amministrativi.

In tempi più recenti, Kantarevic J. e Kralj B. (2013) hanno osservato che i medici dell'Ontario pagati con un modello misto, basato sul riconoscimento di una quota capitaria e di una tariffa per determinate prestazioni, erogavano meno servizi e visite, ma lavoravano lo stesso numero di giorni all'anno e avevano arruolato lo stesso numero di pazienti rispetto ai me-

dici pagati con il FFS.

Helmchen F. et al. (2010), relativamente ai *general practitioners* di un'area urbana degli Stati Uniti medio-occidentali, osservano che dopo il passaggio da un sistema di pagamento basato unicamente su un salario prefissato, ad uno misto che prevedeva una quota FFS, avrebbero incrementato il numero di visite mensili, il numero di giorni trascorsi nei centri della rete e l'attività di prevenzione (rimborsata con una *fee* aggiuntiva).

In definitiva tutti i *papers* citati, studiando la relazione tra metodo di remunerazione del medico di base e volume dei servizi forniti, confermano l'impostazione teorica secondo la quale schemi di remunerazione come il FFS sono associati a un volume maggiore di servizi, rispetto a schemi di pagamento più fissi come la *capitation* o il salario. I medici generici ai quali viene riconosciuta una tariffa per prestazione eseguita tendono a effettuare un maggior numero di visite, a lavorare più ore; dedicano, però, meno tempo ad altri aspetti dell'assistenza quali l'assistenza indiretta, l'insegnamento e l'amministrazione rispetto a schemi di pagamento alternativi meno variabili.

Per quanto riguarda, invece, la relazione tra tipologia di incentivo economico e ricorso alle richieste di consulti (*referrals*), le evidenze riportate sono contraddittorie, dipendendo profondamente dal contesto geografico, ovvero da quello organizzativo e istituzionale. In effetti secondo alcuni studi i medici tendono a ricorrere più frequentemente al supporto degli specialisti quando vengono remunerati con sistemi tendenzialmente fissi (salario) rispetto al caso in cui l'incentivo economico sia maggiormente variabile (come il FFS), mentre secondo altri non vi sarebbero differenze significative nel ricorso all'assistenza specialistica tra medici remunerati con diversi sistemi. Citiamo come esempio del primo caso lo studio di Shen J. et al. (2004) che hanno dimostrato che i medici di famiglia degli USA hanno una maggiore propensione a ricorrere al supporto dell'assistenza specialistica ed ospedaliera quando pagati sulla base di una quota capitaria, rispetto al FFS. Come esempio della seconda tipologia di *papers*, ricordiamo lo studio di Gosden T. et al. (2003) secondo il quale in Inghilterra non ci sarebbero differenze nei

tassi di ricorso all'assistenza specialistica ed ospedaliera tra medici salariati e medici pagati a quota capitaria più alcuni *target payments*.

Per quanto riguarda, invece, l'effetto degli incentivi economici sull'attività di prevenzione, le analisi rinvenute in letteratura sono di numero limitato e analizzano solo parzialmente le attività di prevenzione, risultando non concludenti in tema di esistenza di una relazione sistematica tra metodo di remunerazione e attività di prevenzione svolta. Ad esempio, Gavagan T. et al. (2010), hanno pubblicato i risultati di uno studio in cui è stata confrontata la qualità delle cure prestate in 6 centri di assistenza primaria remunerati secondo il P4P e in 5 centri che utilizzavano un salario fisso; in particolare lo studio ha valutato i *trend* di attività, dimostrando che non c'erano differenze statisticamente significative nei tassi di *screening* del Papanicolau test, in quelli delle mammografie e, infine, nei tassi di vaccinazione infantile: infatti, entrambi i gruppi avevano incrementato nel tempo i tassi di esecuzione delle attività di prevenzione e questo ha portato a concludere che un sistema di incentivi economici non necessariamente stimola una maggior produzione di attività preventive.

Anche nel caso del rischio di induzione della domanda (ovvero di aumento della domanda di prestazioni mediche conseguente ad una variazione del trattamento economico), le evidenze presenti in letteratura non appaiono assolutamente concludenti, dipendendo profondamente, in ultima analisi, dal contesto geografico, ovvero da quello organizzativo e istituzionale.

Infine, per quanto riguarda l'effetto di incentivi ancorati alla *Performance* raggiunta sugli *health outcomes*, nel 2014 Langdown C. et al. hanno pubblicato una revisione sistematica della letteratura (Gennaio 2004 - Giugno 2012), relativa alle evidenze sull'impatto dell'introduzione del *Quality and Outcomes Framework*⁷ (QOF) in termini di esiti di salute; gli autori hanno selezionato gli studi che si sono concen-

trati esclusivamente sull'analisi degli indicatori di tipo clinico.

Gli autori giungono alla conclusione che l'introduzione del QOF ha portato ad un miglioramento dei risultati di salute per alcune specifiche condizioni, come ad esempio il diabete, mentre per altre patologie i risultati presentano un segno incerto. Inoltre, i miglioramenti sono stati immediati ma non continui. Secondo gli autori della revisione, la disponibilità di evidenze di buona qualità sull'impatto sugli esiti clinici del QOF è assai limitata, richiedendo ulteriori ricerche di maggior qualità, con osservazioni di lungo termine sugli esiti di salute.

Una successiva *review* pubblicata nel 2017 (Mendelson A. et al.) aggiunge che in due ampi studi longitudinali non controllati non sarebbero stati evidenziati miglioramenti negli *health outcomes* derivanti dall'applicazione del QOF.

In conclusione, pertanto, la ricerca ha evidenziato che le analisi sugli effetti dell'utilizzo dei sistemi di indicatori di qualità e *Performance* dell'assistenza primaria, finalizzati a incentivare specifici obiettivi di politica sanitaria, sono limitate e inconcludenti. In particolare, la misura degli effetti dell'introduzione di indicatori negli schemi di remunerazione rimane incerta: a fronte di qualche indicazione sul "segno" qualitativo degli effetti degli incentivi, l'evidenza sugli effetti quantitativi è del tutto insufficiente.

Ad esempio, la ricerca ha potuto evidenziare che, come atteso e come sopra osservato, il FFS tendenzialmente incentiva un eccesso di offerta, con il rischio di aumentare l'inappropriatezza e di far lievitare i costi: ma per il resto le evidenze appaiono inconcludenti. In particolare, per quanto concerne l'utilizzo di sistemi di indicatori di qualità e *Performance*, nei sistemi di remunerazione, viene osservato che il P4P, pur incentivando la qualità della prestazione, potrebbe stimolare comportamenti opportunistici da parte dei medici, finalizzati a raggiungere i *target* specifici degli indicatori di qualità adottati e incentivati.

⁷ Sistema di incentivi legato alla *Performance* conseguita introdotto in Inghilterra nel 2004 come parte del nuovo contratto del *General Medical Service* (GMS). Il QOF, attraverso un sistema di punteggi associati a set di indicatori offriva ai *general practitioners* una indicazione sulla realizzazione di interventi relativi al raggiungimento di specifici obiettivi riguardanti l'assistenza

Un generale consenso è attribuibile all'idea che i sistemi misti (quale la quota capitaria con elementi di P4P) tendono a bilanciare meglio gli incentivi, sebbene sia limitata l'evidenza sul *mix* ottimale degli schemi di remunerazione da adottare. Risultano, però, particolarmente carenti le informazioni sugli esiti dei sistemi di P4P, come anche su quali elementi siano strategici (clinici, soddisfazione, appropriatezza, offerta, etc.) nella costituzione della *Performance* della medicina di base.

Mancano persino confronti sui livelli di remunerazione dei *general practitioners*: al più è stato rilevato che in media non vi sono differenze significative nell'ammontare della remunerazione tra i Paesi in cui il pagamento è prevalentemente basato sul FFS rispetto a quelli in cui la remunerazione del *general practitioner* non è legata al volume delle prestazioni erogate (salario e quota capitaria). Ed anche che, nei Paesi in cui il *general practitioner* assume il ruolo di *gatekeeper*, il livello di remunerazione è più alto rispetto a quelli in cui i pazienti hanno accesso diretto allo specialista (Kroneman M. W. et al., 2009).

In generale, metodi diversi di remunerazione possono essere impiegati per incentivare e promuovere diversi obiettivi di politica sanitaria (McGuire G., 2000). Dobbiamo, però, osservare che dati comparativi internazionali sugli effetti dei sistemi di remunerazione della medicina generale, sono ancora carenti.

10a.4. Conclusioni

Come indicazioni per le politiche sanitarie, la presente ricerca ha prodotto alcune evidenze che possono riassumersi nei seguenti punti:

1. L'evidenza sulle dimensioni caratteristiche della *Performance* dell'assistenza primaria, sugli indicatori da utilizzare per la misura, e sugli *standard* di riferimento, è crescente ma non ancora sufficiente richiedendo ulteriore ricerca mirata
2. Appare comunque consolidato un approccio teso a misurare la *Performance* secondo le dimensioni degli esiti (*outcome*), degli *output* e dell'offerta (misure di struttura); la tendenza attuale sembra

quella di privilegiare gli esiti (clinici, finali e intermedi, come la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili, e anche di soddisfazione del paziente), integrando con alcune misure *ex ante* relative al processo erogativo, rinvenibili sia tra gli *output* che nella dimensione di offerta

3. Obiettivi, indicatori e *standard* sono condizionati dai contesti istituzionali e organizzativi e quindi ad essi vanno contestualizzati
4. Le modalità di implementazione dei sistemi non sono neutrali ed in particolare la "pesatura" delle dimensioni degli indicatori e delle dimensioni, che dipendono dalla prospettiva adottata, che deve essere trasparentemente dichiarata. Questo significa evidentemente, come sottolineato nel progetto *Misurazione delle Performance dei SSR* (C.R.E.A. Sanità, 2013-2017), che i pesi della composizione dipendono dalle diverse prospettive degli *stakeholder*, e che tali pesi sono anch'essi dinamici e dipendono, in ultima analisi, dal tasso implicito di sostituibilità attribuito alle varie dimensioni di valutazione
5. I sistemi di valutazione sono anche condizionati dalla evoluzione delle conoscenze, delle aspettative, e delle politiche sanitarie e quindi sono intrinsecamente dinamiche
6. I sistemi misti di remunerazione sono quelli che bilanciano meglio gli incentivi prodotti, ma il *mix* ottimale non è a priori noto
7. Sugli effetti dell'introduzione di misure di *Performance* nei sistemi di remunerazione, in particolare con sistemi di P4P, si ha una limitata evidenza qualitativa, mentre sulle dimensioni quantitative maggiore ricerca mirata è necessaria; in particolare, è stato evidenziato come l'applicazione di tali misure porti a risultati di segno e persistenza spesso incerto sugli *health outcomes*, con alcuni rischi di opportunismo (focalizzazione sui soli indicatori "incentivati"): in definitiva, non vi è chiara evidenza che programmi basati sulle *Performances* conseguite permettano di migliorare stabilmente gli esiti, innescando miglioramenti significativi nei valori di miglioramento "storico" di presa in carico delle patologie croniche
8. Anche gli effetti dell'introduzione di P4P sono

condizionati dai contesti istituzionali e organizzativi e quindi rispetto ad essi vanno misurati.

Quanto sopra porta a concludere che la misura della *Performance* dell'assistenza primaria debba essere un obiettivo prioritario delle politiche sanitarie, come anche la sua integrazione negli schemi di remunerazione dei professionisti, ma debba essere perseguita garantendo una attenta contestualizzazione alle caratteristiche del Sistema Sanitari Italiano, e un sistema di monitoraggio continuo degli effetti che possa farlo nel tempo evolvere e ottimizzare.

Riferimenti bibliografici

- Aakvik A., Holmas T. H. (2006), *Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates*; J Health Econ, 25(6), 1139-1153
- AHRQ Quality Indicators – *Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions*, 2004
- Allard M., Jelovac I. et al. (2011), *Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms*; J Health Econ, 30(5), 880-893.
- Arrow K. E. (1963), *Uncertainty and the welfare economics of medical care*; American Economic Review, 53, 941-973
- Barros P. P. (2003), *Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system*; J Health Econ, 22(3), 419-443
- Blomqvist A. (1991), *The doctor as double agent: information asymmetry, health insurance, and medical care*; J Health Econ, 10(4), 411-432
- Blomqvist A., Leger P. T. (2005), *Information asymmetry, insurance, and the decision to hospitalize*; J Health Econ, 24(4), 775-793
- Calvert M., Shankar A., McManus R.J. et al. (2009), *Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study*; BMJ, 2009, 338:b1870
- Caminal J. et al. (2004), *The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions*. European Journal of Public Health; Vol. 14, No. 3
- Campbell S.M. et al. (2002), *Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care*; Qual Saf Health Care, 2002, 11, 358-364
- Campbell S.M., Reeves D., Kontopantelis E. et al. (2009), *Effects of pay for performance on the quality of primary care in England*; N Engl J Med, 361, 368-78
- Carlsen F., Grytten J. (1998), *More physicians: improved availability or induced demand?*; Health Econ, 7(6), 495-508
- Carlsen F., Grytten J., et al. (2003), *Financial incentives and the supply of laboratory tests*; Eur J Health Econ, 4(4), 279-285
- Catalano R., Libby A. et al. (2000), *The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience*; Am J Public Health, 90(12), 1861-1865
- Clemens J., Gottlieb J. D. (2014), *Do Physicians' Financial Incentives Affect Medical Treatment and Patient Health?*; Am Econ Rev, 104(4), 1320-1349
- C.R.E.A. Sanità, 2013-2017, *Misurazione delle Performance dei SSR*
- Delattre, E., B. Dormont (2003), *Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians*; Health Econ, 12(9), 741-754
- Devlin, R. A., Sarma S. (2008), *Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians*; J Health Econ, 27(5), 1168-1181
- Doran T. et al. (2006), *Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom*; N Engl J Med, 355-375-84
- Doran T. et al. (2008), *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, 372, 728-36
- Doran T., Kontopantelis E., Valderas J.M. et al. (2011), *Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework*; BMJ, 342: d3590
- Dumont E., Fortin B., et al. (2008), *Physicians' multi-tasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment*; J Health Econ, 27(6), 1436-1450

- Ellis R. P., McGuire T. G. (1986), *Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply*; J Health Econ, 5(2), 129-151
- Ellis R. P., McGuire T. G. (1990), *Optimal payment systems for health services*; J Health Econ, 9(4), 375-396
- Emmert M., Eijkenaar F., Kemter H., Esslinger A. S., & Schöffski O. (2012), *Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review*; The European Journal of Health Economics, 13(6), 755-767
- Evans R. G. (1974), *Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications*; London, MacMillan
- Engels Y. et al. (2005), *EPA Working Party. developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe*; Fam Pract, 2005, 22(2), 215-22
- Gillam S., Steel N. (2013), *The Quality and Outcomes Framework—where next?*; BMJ,; 346:f659
- Giorda C. et al. (2012), *The impact of adherence to screening guideline and of diabetes clinics referrals in morbidity and mortality in diabetes*; PLoS ONE, 7(4)
- Gjelsvik, R. (2009), *The effect of reimbursement fee changes on services production for laboratory tests in Norwegian primary health care*; Working Papers in Economics, University of Bergen
- Gosden T., Pedersen L. et al. (1999), *How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour*; Q J Med(92), 47-55
- Gosden T., Forland F. et al. (2000), *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians*; Cochrane Database Syst Rev(3), CD002215
- Gosden T., Forland F. et al. (2000), *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review)*; The Cochrane Collaboration
- Gosden T., Forland F. et al. (2001), *Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review*; J Health Serv Res Policy, 6(1), 44-55
- Gosden T., Sibbald B. et al. (2003), *Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England*; Health Policy, 64(3), 415-423
- Gousia K., Peckham S. (2014), *GP payment schemes review*
- Granlund D. (2009), *Are private physicians more likely to veto generic substitution of prescribed pharmaceuticals?*; Soc Sci Med, 69(11), 1643-1650
- Grol R. et al. (2000), *Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison*; British Journal of General Practice, 50, 882-887
- Health and Glance (2015), *OECD indicators*
- Hippisley-Cox J., Vinogradova Y., Coupland C. (2007), *Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001–2006*; Final Report for the Information Centre for health and Social Care, Version 1.1
- Iversen T. (2004), *The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients*; J Health Econ, 23(4), 673-694
- Iversen T., Luras H. (2000), *Economic motives and professional norms: the case of general medical practice*; Journal of Economic Behavior and Organization, 43, 447-470
- Iversen T., Luras H. (2000), *The effect of capitation on GPs' referral decisions*; Health Econ, 9(3), 199-210
- Kantarevic J., Kralj B. (2013), *Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario*; Health Econ, 22(12), 1417-1439
- Kantarevic J., Kralj B. (2014), *Risk selection and cost shifting in a prospective physician payment system: evidence from Ontario*; Health Policy, 115(2-3), 249-257
- Kralewski John E., Rich Eugene C. et al. (2000), *The effects of medical group practice and physician payment methods on costs of care*; Health Services Research
- Kringos D.S. et al. (2010), *The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators*; BMC Family Practice, 2010, 11:81

- Kringos D.S. et al. (2013), *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*; British Journal of General Practice, November 2013
- Kroneman M.W. et al. (2006), *Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study*; Health Policy; jrg. 76, nr. 1, 72-79
- La Schafer et al. (2013), *Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries*; Quality in Primary Care, 2013, 21 (2), 67-79
- Landon B. E., Reschovsky J. D. et al. (2011), *The relationship between physician compensation strategies and the intensity of care delivered to Medicare beneficiaries*; Health Serv Res 46(6pt1), 1863-1882
- Langdown C., Peckham S. (2014), *The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review*; Journal of Public Health, Vol. 36, N°2, 251-258
- Levitt C.A. et al. (2014), *Refinement of indicators and criteria in a quality tool for assessing quality in primary care in Canada: a Delphi panel study*; Fam Pract., 31(5), 607-21
- Macinko J., Guanais F. (2015), *Population experiences of primary care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development countries*. International Journal for Quality; Health Care, 27(6), 443-450
- Manzoli M. et al. (2013), *AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy*; European Journal of Public Health, Vol. 24, No. 5, 745-750
- Mayo-Bruinsma L., Hogg W. et al. (2013), *Family-centred care delivery: comparing models of primary care service delivery in Ontario*; Can Fam Physician, 59(11), 1202-1210
- McDonald R. and Roland M. (2009), *Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences*; Annals of family medicine, Vol. 7, n. 2
- McGuire Thomas G (2000), *Physician Agency*, Handbook of Health Economics, A.J. Culyer and J. P. Newhouse
- Mendelson et al. (2017), *The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review*; Ann Intern Med.,166(5), 341-353
- Melichar L. (2009), *The effect of reimbursement on medical decision making: do physicians alter treatment in response to a managed care incentive?*; J Health Econ, 28(4), 902-907
- Norman A.H. et al. (2014), *The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice*; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(1), 55-67
- Papp R. et al. (2014), *Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions*; BMC Family Practice, 15,128
- Pavlic D.R. et al. (2015), *Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison*; BMC Family Practice, 16,172
- Pelone F. et al. (2013), *How to achieve optimal organization of primary care service delivery at system level: lessons from Europe*; Int J Qual Health Care, 25(4),381-93
- Rapporto Osservasalute (2016), *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*; 358-366
- Riain A. et al. (2014), *Roadmap for developing a national quality indicator set for general practice*; Int J Health Care Qual Assur., 28(4), 382-93
- Rizza P. et al. (2007), *Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy*; BMC Health Services Research, 7,134
- Sarma S., Devlin R. A., et al. (2010), *Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity*; Health Policy, 98(2-3), 203-217
- Sarma S., Devlin R. A., et al. (2010), *Physician's production of primary care in Ontario, Canada*; Health Econ, 19(1), 14-30
- Shen J. et al. (2004), *The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios*; Med Care, 42(3), 297-302
- Simoens S., Giuffrida A. (2004), *The impact of phy-*

- sician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison*; Appl Health Econ Health Policy, 3(1), 39-46
- Sorbero M. E., Dick A. W. et al. (2003), *The effect of capitation on switching primary care physicians*; Health Serv Res, 38(1 Pt 1), 191-209
- Sorensen R. J., Grytten J. (1999), *Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees*; Health Econ, 8(6), 497-508
- Starfield B., Shi L. et al. (2005), *Contribution of primary care to health systems and health*; Milbank Q, 83, 457-502
- Villari P. et al. (2013), *La valutazione dell'assistenza primaria*; Ann Ig, 25 (Suppl. 1), 51-55
- Visca M. et al. (2013), *Group versus single handed primary care: A performance evaluation of the care delivered to chronic patients by Italian GPs*; Health Policy, 113, 188-198
- Wensing M., Mainz J. and Grol R. (2000), *A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe*; The European Journal of General Practice, 6:3, 82-87
- Wensing M. et al. (2002), *Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison*; International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Number 2, 111-118
- Wranik D. W., Durier-Copp M. (2010), *Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned*; Health Care Anal, 18(1), 35-59

ENGLISH SUMMARY

Evaluation systems and incentivizing the Performance

The shared and now unavoidable need to enhance primary care, by allocating more resources to the sector, makes it essential to “design” and implement tools capable of “capturing” the real return on investment, by encouraging the quality of the services provided.

Hence, it is vitally important to have tools capable of measuring the quality of care and stimulating the achievement of higher Performances of primary care, in general, and of general medicine, in particular.

Regardless of the measurement system we want to adopt, it should be underlined that it cannot avoid considering the organizational characteristics of primary care - and hence its funding rules - as well as, in general terms, the overall structure of the health system in individuals countries.

In recent years, especially after 2000, many studies proposing indicators for the evaluation of Primary Care Performance have been conducted. The common aspect of the different definitions of indicators that can be found in literature seems to be that they are considered quantitative tools capable of orienting decisions. In other words, the indicators should permit transparent assessments, capable of highlighting the possible extent of existing problems or criticalities, as well as assessing ex post whether the interventions and measures implemented have been able to have an impact on the problems themselves, thus resolving them or, at least, reducing their size.

Moreover, it is clear that, for the purposes of implementing systems based on quality/Performance indicators, it is first of all necessary to define which aspect of care we want to analyze and evaluate. A taxonomy that seems to summarize the various stances existing in literature about the “domains”

(dimensions) of primary care that should be monitored is the one which envisages:

- *supply (i.e. the structural resources available in terms of staff, equipment, facilities, management systems, etc.)*
- *outputs (i.e. the services provided for various reasons)*
- *outcomes (i.e. the patient’s health/satisfaction in terms of mortality, morbidity, satisfaction, etc.).*

Another aspect on which we need to focus is the choice of the most representative indicators within the aforementioned “dimensions” and, perhaps even more, the relative “weight” attributed to the various “dimensions”.

From this perspective, the literature confirms that the different stakeholders operating within the health systems (patients, managers, professionals, “insurers” where the systems envisage them, etc.) that, by definition, are bearers of different viewpoints, will tend to favour different goals (“dimensions”) and indicators. Hence, at first, it is essential to identify and explain the perspective we want to adopt. In literature, for example, it is highlighted that professionals tend to focus more on outcome-related aspects, while patients tend to attach more importance not only to clinical Performance, but also to customer satisfaction aspects, such as communication, etc..

In literature growing attention is paid to outcome measures, especially those related to the reduction of avoidable hospitalizations and to patient satisfaction.

With specific reference to the impact that the Performance-related incentives have on health outcomes, a review published in 2014 (Langdown et al.), regarding the impact of the introduction

of the Quality and Outcomes Framework (QOF), showed that this policy has led to an improvement in health outcomes for some specific conditions, such as diabetes, while the results are uncertain for other diseases. Furthermore, the improvements have been immediate, but not persistent. According to said review, the availability of good quality evidence on the QOF impact in terms of clinical outcomes is very limited and requires additional and higher quality research, with long-term considerations.

In conclusion, it should be noted that it is generally agreed that Performance incentive systems must consider the organizational context in which primary care is provided.

Conversely the analyses on the effects of using such incentive systems are limited and inconclusive. In particular, the measurement of the effects obtained with the introduction of indicators in the remuneration schemes is still uncertain: although

some indications on the quality of the incentive impact exist, the evidence on quantitative effects is fully inadequate.

There is general consensus on the idea that mixed systems – such as the per capita share capital with elements of Pay for Performance (P4P) – tend to better balance the incentives, although the evidence on the optimal mix of the remuneration schemes to be adopted is limited.

Finally, it should also be noted that the boundaries of primary care are difficult to define. There is the tangible risk that the perimeter of primary care can be defined only by “exclusion”, as a cluster of health activities not falling within the hospital settings: general medicine, pediatrics, emergency medical on-call service and forms of assistance typically designed for chronic patients (primarily home care and residential care). This aspect, too, significantly complicates the definition of homogeneous and transferable measurement tools.