

Le cure primarie tra ACN, indicatori di performance e bisogni dei cittadini

Nino Cartabellotta
Fondazione GIMBE



Disclosure

- La Fondazione GIMBE, di cui sono Presidente, eroga attività di formazione e coaching su alcuni temi trattati dalla mia relazione
- Per la presente relazione non ho ricevuto alcun compenso
- Nessun altro conflitto da dichiarare



**NOTA DI AGGIORNAMENTO
ALL'ATTO DI INDIRIZZO PER LA MEDICINA CONVENZIONATA
2014-2016**

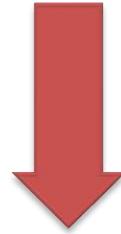
Roma, 27 luglio 2017

Nota di aggiornamento all'atto di indirizzo per la medicina convenzionata 2014-2016

- Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)
- Attuazione Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019
- Governo delle liste di attesa e appropriatezza
- Contrasto agli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso
- Il tema del turn-over dei medici convenzionati
- Legge 8 marzo 2017, n. 24
- Ruolo Unico
- Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi
- Ristrutturazione del compenso e meccanismi di premialità sui risultati

- **Ristrutturazione del compenso e meccanismi di premialità sui risultati**

Occorre prevedere che una parte significativa del compenso (almeno il 30%), così come suggerito anche da esperienze internazionali e dai documenti della Commissione Europea, sia assegnata sulla base di meccanismi premiali legati al monitoraggio e valutazione dei livelli di servizio offerti ai cittadini e qualità dell'assistenza (per esempio, modalità di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, appropriatezza prescrittiva, accesso al Pronto Soccorso, copertura vaccinale...), superando il più possibile il pagamento a prestazione.



**Pay-for-Performance
(P4P)**

- **RISTRUTTURAZIONE DEL COMPENSO E MECCANISMI DI PREMIALITÀ SUI RISULTATI**
 - Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)
 - Attuazione Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019
 - Governo delle liste di attesa e appropriatezza
 - Contrasto agli accessi impropri ai servizi di Pronto Soccorso
- Legge 8 marzo 2017, n. 24
- Il tema del turn-over dei medici convenzionati
- Ruolo Unico
- Fondo per la remunerazione dei fattori produttivi



CrossMark
click for updates

ANALYSIS

Can pay for performance improve the quality of primary care?

 OPEN ACCESS

Martin Roland and **Frede Olesen** explore what other countries can learn from the UK's experience with the Quality and Outcomes Framework

Martin Roland *professor of health services research*¹, Frede Olesen *professor*²

¹Institute of Public Health, Cambridge CB2 0SR, UK; ²Department of Public Health, 8000 Aarhus, Denmark

Table 1| Intended and unintended consequences of four methods of paying doctors

Payment method	Intended outcomes	Potential unintended consequences
Salary: pay independent of workload or quality	Provides a basic secure income, may be especially important in hard to serve areas.	Provides no incentive to provide population coverage, improve access, provide high quality care, or work beyond contracted hours or duties
Capitation: pay according to number of people on a doctor's list	Provides coverage for the whole population: promotes equity.	Provides no incentive to provide good access if patients are technically registered, or to improve quality of care
Fee for service: pay for individual items of care	Prioritises meeting demand	Tendency to over-provide, whether or not care is needed
Pay for performance: pay for meeting quality targets	Improvement in quality of care	Neglect of aspects of care not measured or incentivised

Key messages

Pay for performance can be a useful part of wider programmes to improve quality of care, though quality gains from financial incentives are generally modest

Clinicians must be closely involved in the development of quality indicators and pay-for-performance programmes

All incentive schemes (financial and non-financial) have the potential to produce unexpected or perverse outcomes, and these should be anticipated and continuously monitored

Does pay-for-performance in primary care save lives?



People around the world are living longer and a striking and sustained increase in life expectancy has occurred in high-income countries in the past 30 years. A key question for researchers and policy makers is how much of the improvement in mortality and active years of life is due to medical care, and how much to factors such as improved lifestyle and reduced smoking. For coronary heart disease, commonly quoted figures are that around half of the reduction in mortality could be due to improvements in medical care.^{1,2} A secondary question is whether such improvements result from changes in primary care or from advances in specialist care. Pereira Gray³ predicted in 2003 that the roles of primary and secondary care would become reversed. Hospitals that had traditionally saved lives would devote more

and more care to improvements in quality of life (eg, joint replacement or cataract surgery) and primary care would deliver more care that saved lives through interventions such as population screening for high blood pressure, regular follow-up of the major chronic diseases, and influenza immunisation for elderly people.

In *The Lancet*, Ryan and colleagues⁴ take this question one stage further and ask whether the UK's pay-for-performance scheme introduced in 2004 saved lives. This scheme, the Quality and Outcomes Framework, provided financial incentives for family doctors in the UK to meet defined quality standards for a range of major chronic conditions and preventive care.^{5,6} Financial rewards were substantial and doctors rapidly met most targets in the scheme.



Ian Hooton/Science Photo Library

Published Online
May 17, 2016
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00550-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00550-X)
See [Articles](#) page 268



Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study

Andrew M Ryan, Sam Krinsky, Evangelos Kontopantelis, Tim Doran

Lancet 2016; 388: 268-74

Summary

Background Introduced in 2004, the UK's Quality and Outcomes Framework (QOF) is the world's largest primary care pay-for-performance programme. We tested whether the QOF was associated with reduced population mortality.

Methods We used population-level mortality statistics between 1994 and 2010 for the UK and other high-income countries that were not exposed to pay-for-performance. The primary outcome was age-adjusted and sex-adjusted mortality per 100 000 people for a composite outcome of chronic disorders that were targeted by the QOF. Secondary outcomes were age-adjusted and sex-adjusted mortality for ischaemic heart disease, cancer, and a composite of all non-targeted conditions. For each study outcome, we created a so-called synthetic UK as a weighted combination of comparison countries. We then estimated difference-in-differences models to test whether mortality fell more in the UK than in the synthetic UK after the QOF.

Findings Introduction of the QOF was not significantly associated with changes in population mortality for the composite outcome (-3.68 per 100 000 population [95% CI -8.16 to 0.80]; $p=0.107$), ischaemic heart disease (-2.21 per 100 000 [-6.86 to 2.44]; $p=0.357$), cancer (0.28 per 100 000 [-0.99 to 1.55]; $p=0.679$), or all non-targeted conditions (11.60 per 100 000 [-3.91 to 27.11]; $p=0.143$).

Interpretation Although we noted small mortality reductions for a composite outcome of targeted disorders, the QOF was not associated with significant changes in mortality. Our findings have implications for the probable effects of similar programmes on population health outcomes. The relation between incentives and mortality needs to be assessed in specific disease domains.

Funding None.

Lancet 2016; 388: 268–74

The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care

A Systematic Review

Aaron Mendelson, BA; Karli Kondo, PhD; Cheryl Damberg, PhD; Allison Low, BA; Makalapua Motúapuaka, BA; Michele Freeman, MPH; Maya O'Neil, PhD; Rose Relevo, MLIS, MS; and Devan Kansagara, MD, MCR

Ann Intern Med. 2017;166:341-353.

Conclusion: Pay-for-performance programs may be associated with improved processes of care in ambulatory settings, but consistently positive associations with improved health outcomes have not been demonstrated in any setting.

Figure. Literature flow diagram.

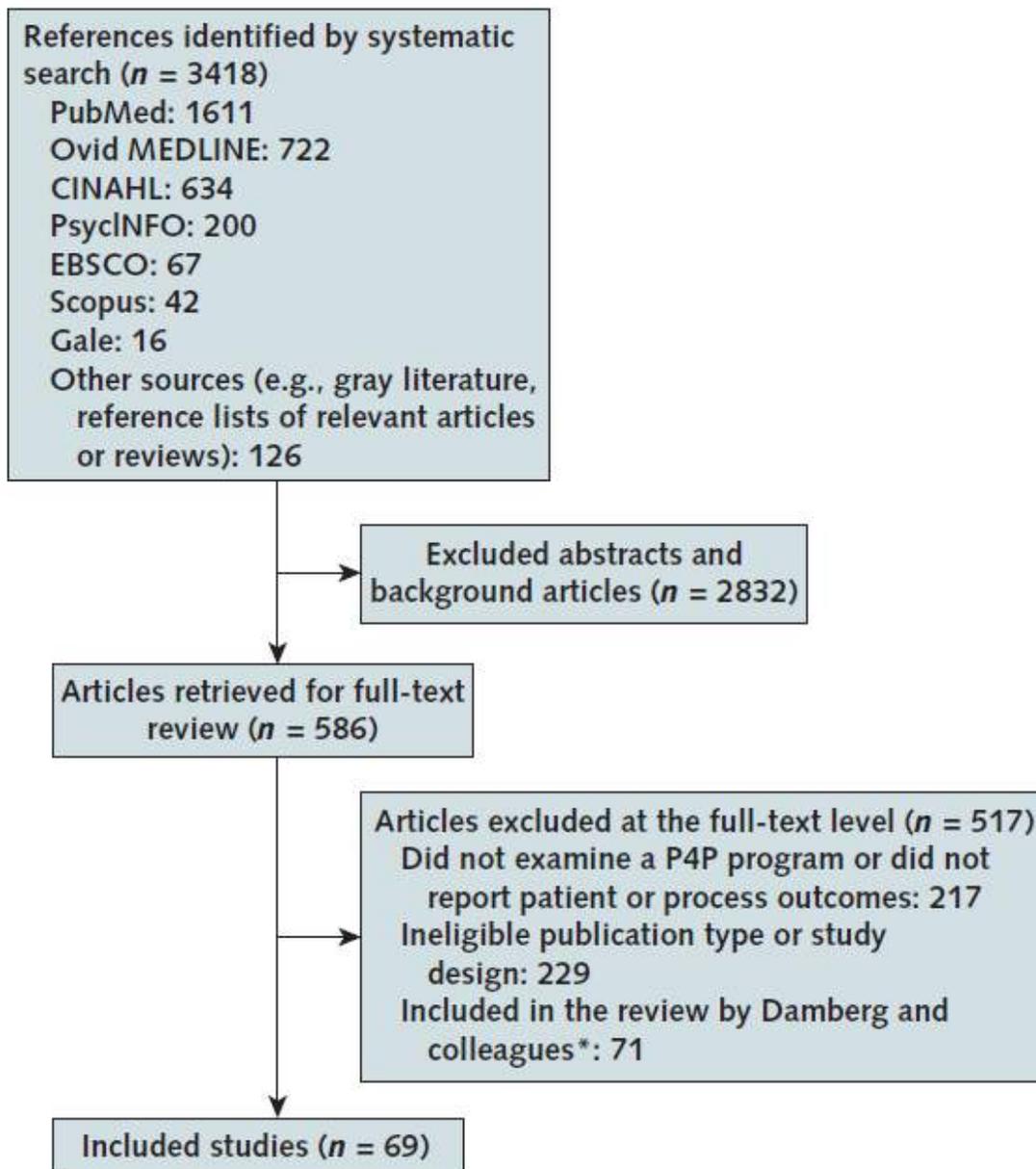


Table 3. Strength of the Evidence

Outcome Type	Study Design	Study Limitations	Consistency	Strength of Evidence	Summary of Findings
Ambulatory					
Process	1 RCT 7 ITS studies 23 controlled before-after studies 13 uncontrolled before-after studies	Medium	Inconsistent	Low	Much of the evidence for positive effects comes from the QOF program. Little evidence of long-term effects; biggest improvements seen in areas with poor baseline performance.
Health	8 controlled before-after studies 2 uncontrolled before-after studies	High	Inconsistent	Insufficient	Most of the controlled studies have significant selection bias, and the 2 uncontrolled studies do not provide sufficient information to draw conclusions.
Utilization	11 controlled before-after studies 1 uncontrolled before-after study	Medium	Inconsistent	Low	Stronger study designs showed no effect.
Intermediate	2 RCTs 2 ITS studies 1 controlled before-after study 7 uncontrolled before-after studies	Medium	Inconsistent	Low	No consistently large effects; stronger observational studies showed no effect; 2 trials produced conflicting results.
Hospital					
Process	4 controlled before-after studies 4 uncontrolled before-after studies	High	Inconsistent	Low	Stronger study designs showed little to no effect.
Health	53 controlled before-after studies	Medium	Inconsistent	Low	The strongest studies showed no effect.
Utilization	1 ITS study	Medium	-	Low	1 national U.S. study showed a significant reduction in readmissions after introduction of a hospital-level financial penalty program.
Intermediate	1 controlled before-after study	High	-	Insufficient	1 study with short-term follow-up assessing patient experience.

ITS = interrupted time series; QOF = Quality and Outcomes Framework; RCT = randomized, controlled trial.

Background: The benefits of pay-for-performance (P4P) programs are uncertain.

Purpose: To update and expand a prior review examining the effects of P4P programs targeted at the physician, group, managerial, or institutional level on process-of-care and patient outcomes in ambulatory and inpatient settings.

Data Sources: PubMed from June 2007 to October 2016; MEDLINE, PsycINFO, CINAHL, Business Economics and Theory, Business Source Elite, Scopus, Faculty of 1000, and Gartner Research from June 2007 to February 2016.

Study Selection: Trials and observational studies in ambulatory and inpatient settings reporting process-of-care, health, or utilization outcomes.

Data Extraction: Two investigators extracted data, assessed study quality, and graded the strength of the evidence.

Data Synthesis: Among 69 studies, 58 were in ambulatory settings, 52 reported process-of-care outcomes, and 38 reported patient outcomes. Low-strength evidence suggested that P4P programs in ambulatory settings may improve process-of-care outcomes over the short term (2 to 3 years), whereas data on

longer-term effects were limited. Many of the positive studies were conducted in the United Kingdom, where incentives were larger than in the United States. The largest improvements were seen in areas where baseline performance was poor. There was no consistent effect of P4P on intermediate health outcomes (low-strength evidence) and insufficient evidence to characterize any effect on patient health outcomes. In the hospital setting, there was low-strength evidence that P4P had little or no effect on patient health outcomes and a positive effect on reducing hospital readmissions.

Limitation: Few methodologically rigorous studies; heterogeneous population and program characteristics and incentive targets.

Conclusion: Pay-for-performance programs may be associated with improved processes of care in ambulatory settings, but consistently positive associations with improved health outcomes have not been demonstrated in any setting.

Primary Funding Source: U.S. Department of Veterans Affairs.

Ann Intern Med. 2017;166:341-353. doi:10.7326/M16-1881

Annals.org

For author affiliations, see end of text.

This article was published at Annals.org on 10 January 2017.

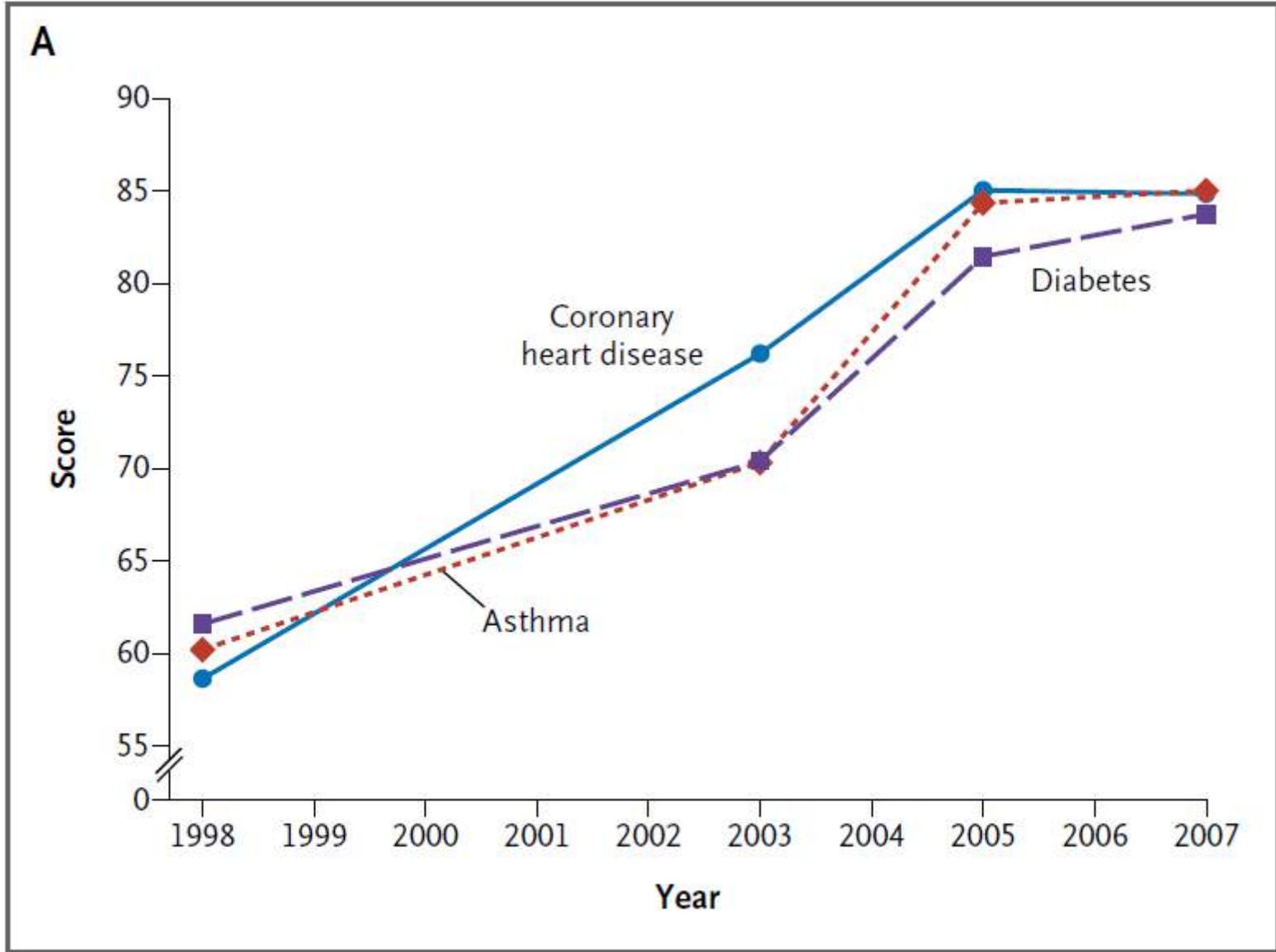
HEALTH POLICY REPORT

Mary Beth Hamel, M.D., M.P.H., *Editor*

**Successes and Failures of Pay for Performance
in the United Kingdom**

Martin Roland, D.M., and Stephen Campbell, Ph.D.

N ENGL J MED 370;20 NEJM.ORG MAY 15, 2014



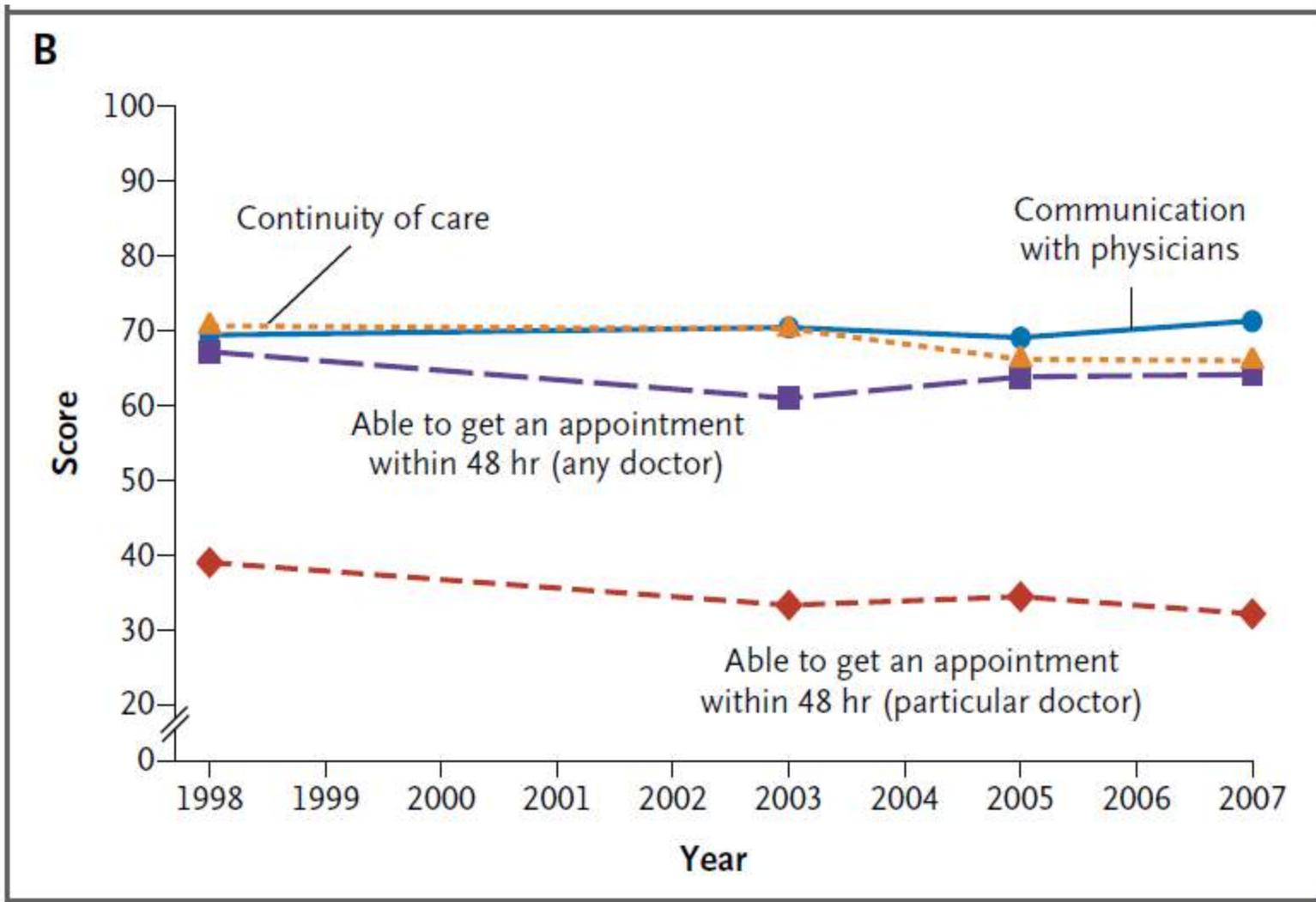


Table 2. Lessons from the United Kingdom on Pay for Performance.

Pay for performance can be used to improve the quality of care, but it is not a “magic bullet” and needs to be combined with other quality-improvement initiatives to produce sustained improvements.

Aligning financial incentives with professional values may reduce the risk of unintended consequences, including gaming.

Pay-for-performance administrators need to recognize that large parts of clinical practice cannot currently be measured. It is better to recognize this than to force poorly designed indicators into a program.

Physicians care about their reputations. Public reporting of information on quality of care is often introduced at the same time as pay-for-performance programs and may be an important driver of behavior change.

Single-condition indicators do not adequately meet the needs of elderly patients with multiple coexisting medical conditions. Newer indicators attempt to address the quality of care for this increasingly important population.

Attaching 25% of income to pay for performance resulted in a major focus of family practitioners' attention on limited areas of clinical practice. A proposed redistribution of income that reduces this percentage has been widely welcomed.

Gli incentivi economici migliorano la pratica professionale?

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹ Presidente Fondazione GIMBE

Box. Checklist per i programmi di *pay-for-performance*

Sezione A. Verificare le basi scientifiche e organizzative di un programma di *pay-for-performance*

1. Il comportamento clinico desiderato migliora gli esiti dei pazienti?
2. Il comportamento clinico inappropriato persiste senza un intervento attivo?
3. Il comportamento professionale desiderato può essere misurato con indicatori validi, affidabili e pratici?
4. Sono stati valutati i fattori facilitanti e le barriere al miglioramento del comportamento professionale?
5. Gli incentivi economici sono più efficaci di altri interventi per modificare i comportamenti professionali?
6. I benefici degli incentivi economici sono superiori alle conseguenze negative non previste?

Sezione B. Implementare un programma di *pay-for-performance*

7. La struttura, le tecnologie e l'organizzazione permettono di ottenere il cambiamento?
8. Qual è l'entità adeguata dell'incentivo economico? A chi dovrebbe essere assegnato? Per quanto tempo dovrebbe essere erogato?
9. Con quali modalità deve essere distribuito l'incentivo economico?
10. Quali strumenti sono stati messi in atto per valutare l'efficacia del cambiamento?

- **Attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC)**

Il **Piano Nazionale della Cronicità** identifica le cure primarie quale ambito privilegiato per valutare i bisogni della popolazione e presidiare i percorsi dei pazienti cronici, orienta verso un'offerta proattiva e personalizzata di servizi sanitari e sociali, valorizza la relazione con le risorse della comunità (a cominciare dal volontariato), indica la gestione integrata quale strumento fondamentale per perseguire e raggiungere risultati soddisfacenti in termini di efficacia degli interventi, di efficienza delle cure, di salute e di qualità di vita dei pazienti con patologie di lunga durata. È necessario che il ruolo di coordinamento dell'attività clinica – salvo specifiche condizioni, che per complessità clinica ed assistenziale, richiedono altri ambiti assistenziali e il coordinamento dello specialista – nella presa in carico delle persone affette da patologie croniche, con **specifiche responsabilità sulla stesura dei PAI e dei Piani di Cura Personalizzati**, sia inserito tra i compiti propri del Medico di Medicina Generale.

Linee guida per la valutazione clinica e il trattamento dei pazienti con multimorbidity

Antonino Cartabellotta^{1*}, Silvia Tedesco², Giovanni Pomponio³

¹Medico, Fondazione GIMBE, ²Medico, Centro Regionale Fibrosi Cistica Marche Ospedali Riuniti Ancona, ³Medico, Clinica Medica AOU Ospedali Riuniti Ancona

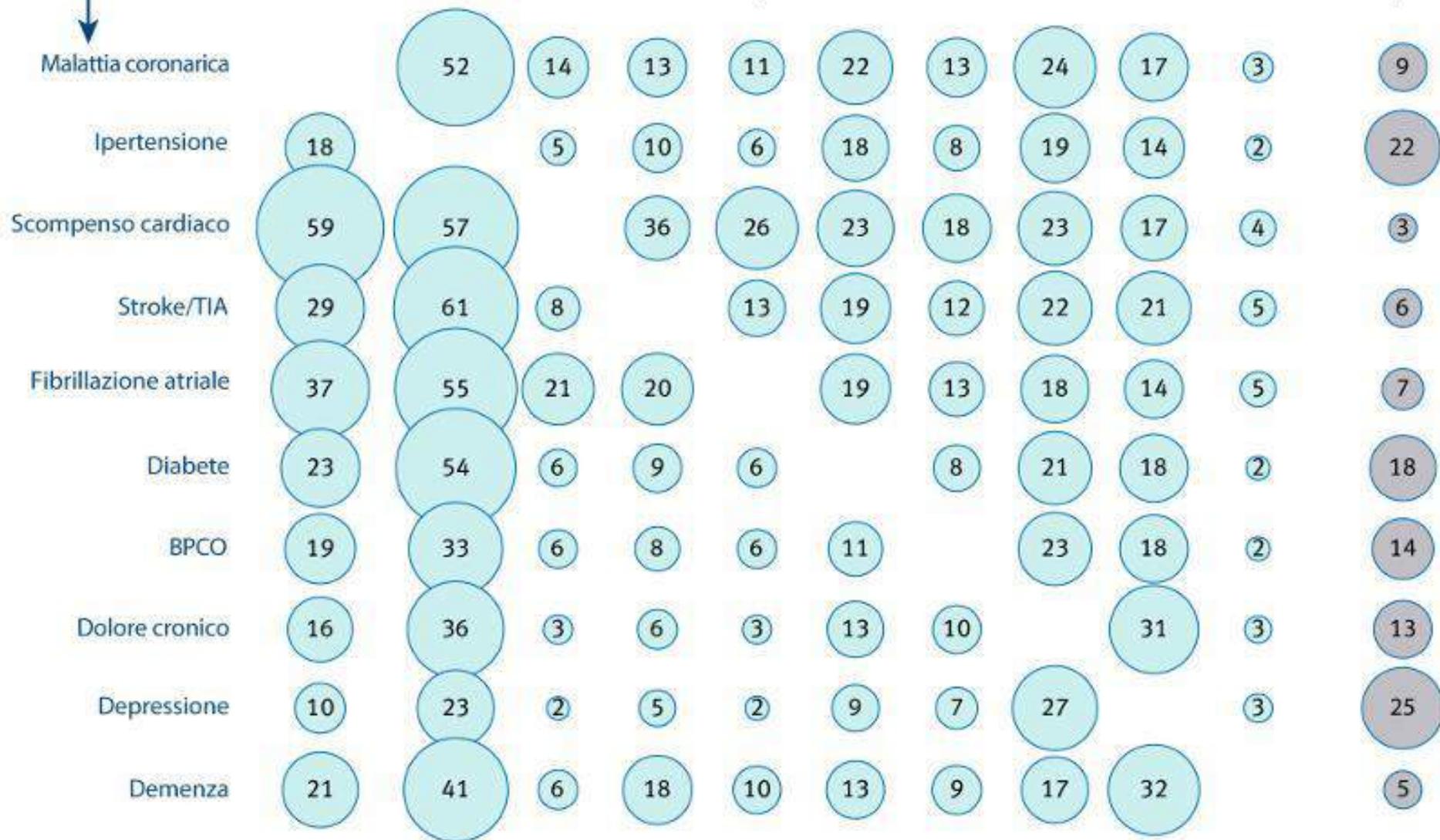
Box. Definizione

Per multimorbidità si intende la presenza in un singolo paziente di due o più condizioni cliniche di lunga durata, come ad esempio:

- Patologie fisiche e psichiche (es. diabete, schizofrenia)
- Condizioni coesistenti (es. difficoltà di apprendimento)
- Condizioni o sintomi complessi (es. fragilità, dolore cronico)
- Alterazioni della sfera sensoriale (es. perdita della vista o dell'udito)
- Abuso di alcool o droghe

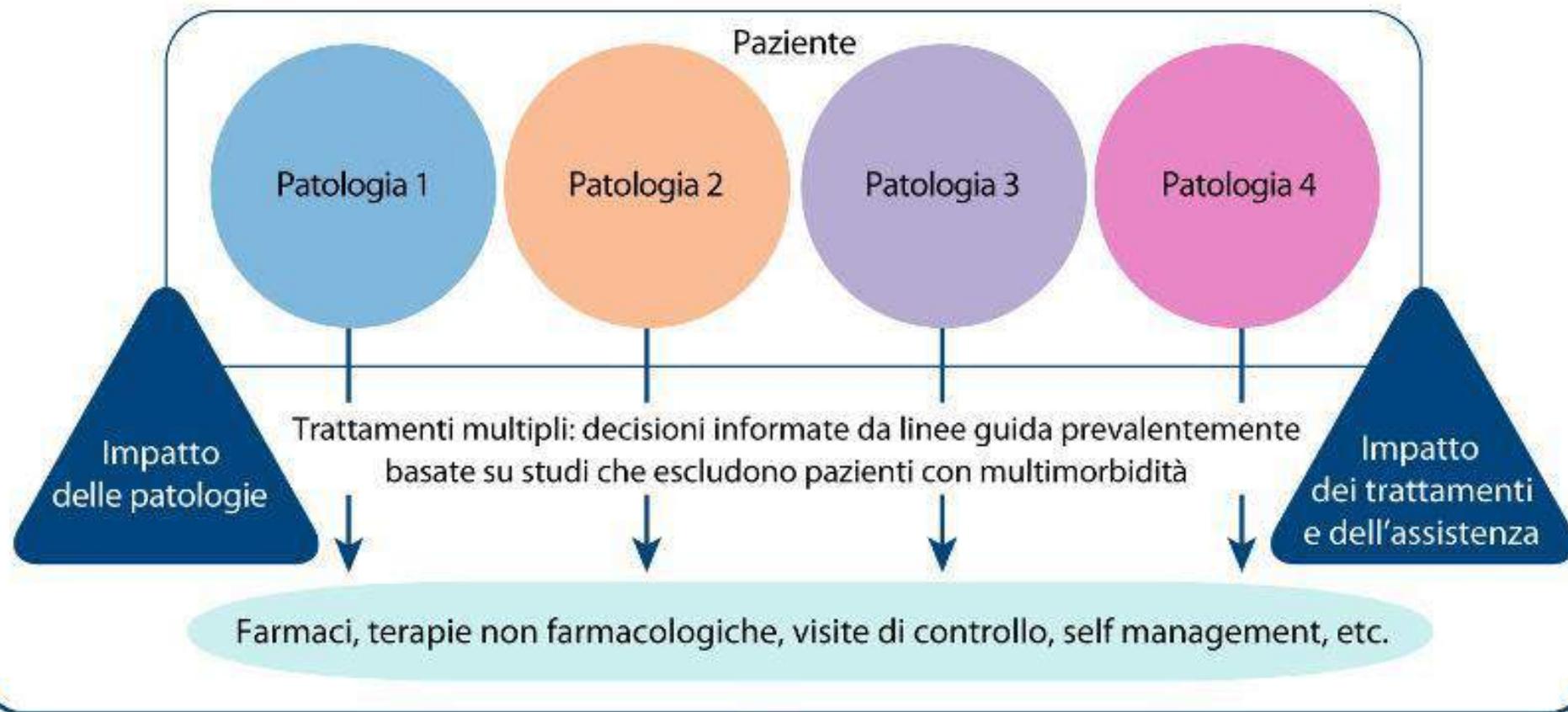
Percentuale di pazienti con
che sono affetti da

Malattia coronarica
Ipertensione
Scompenso cardiaco
Stroke/TIA
Fibrillazione atriale
Diabete
BPCO
Dolore cronico
Depressione
Demenza
Nessuna patologia



APPROCCIO ORIENTATO ALLA SINGOLA PATOLOGIA/CONDIZIONE

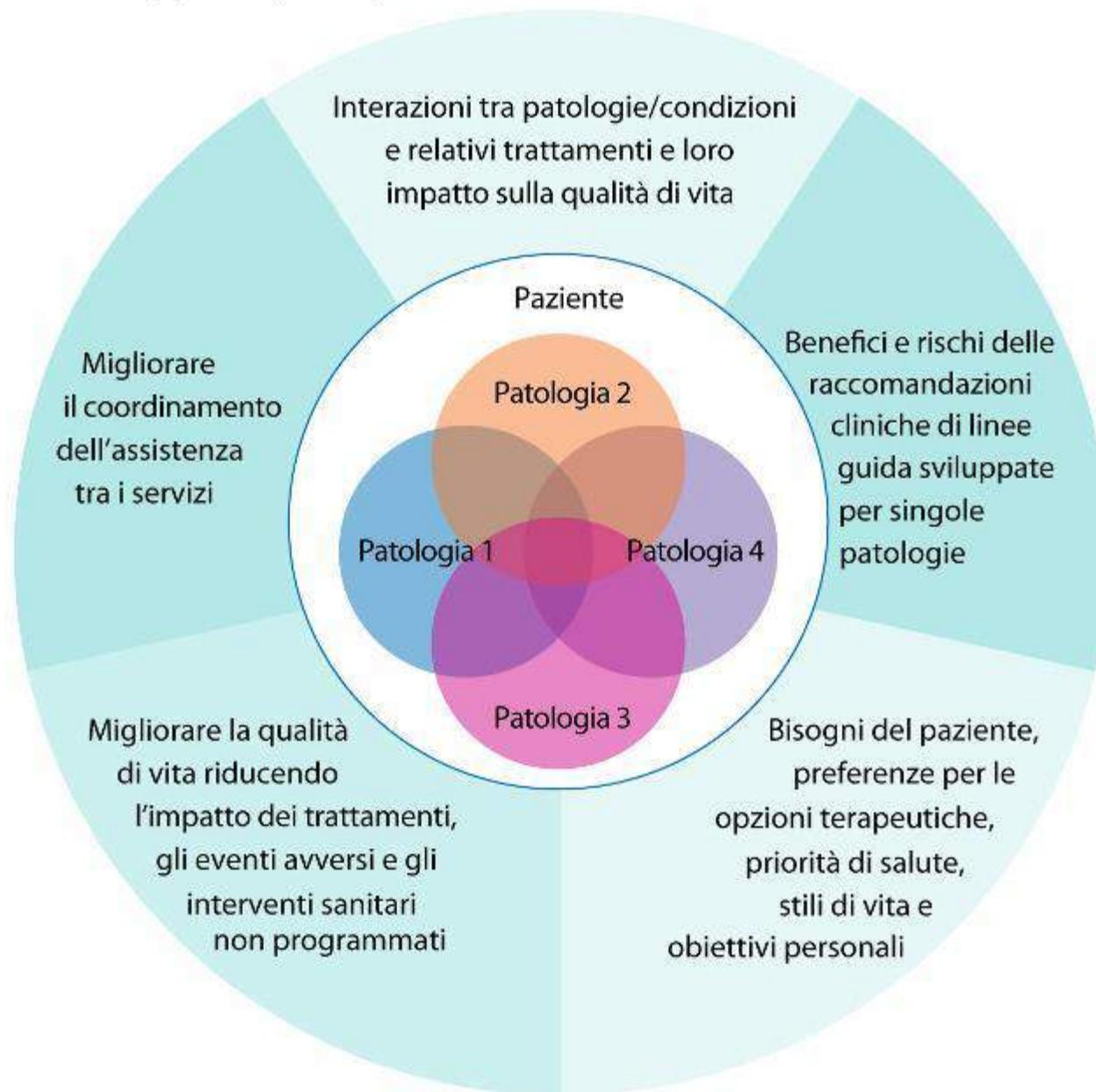
Frammentazione all'interno del singolo servizio e tra servizi differenti



APPROCCIO ORIENTATO ALLA MULTIMORBIDITÀ

APPROCCIO ORIENTATO ALLA MULTIMORBIDITÀ

Approccio per un paziente con multimorbilità che tiene conto di



13 feb
2017

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

STAMPA | 🖨

LAVORO E PROFESSIONE

Linee guida e Risk, Fondazione Gimbe: «Attenzione ai pazienti con patologie multiple»

di *Red. San.*

Approda oggi per l'approvazione finale alla Camera dei Deputati il DdL n. 2224 e connessi «Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario», che all'art. 5 prevede che «Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida».



TAG

[Medicina generale](#)

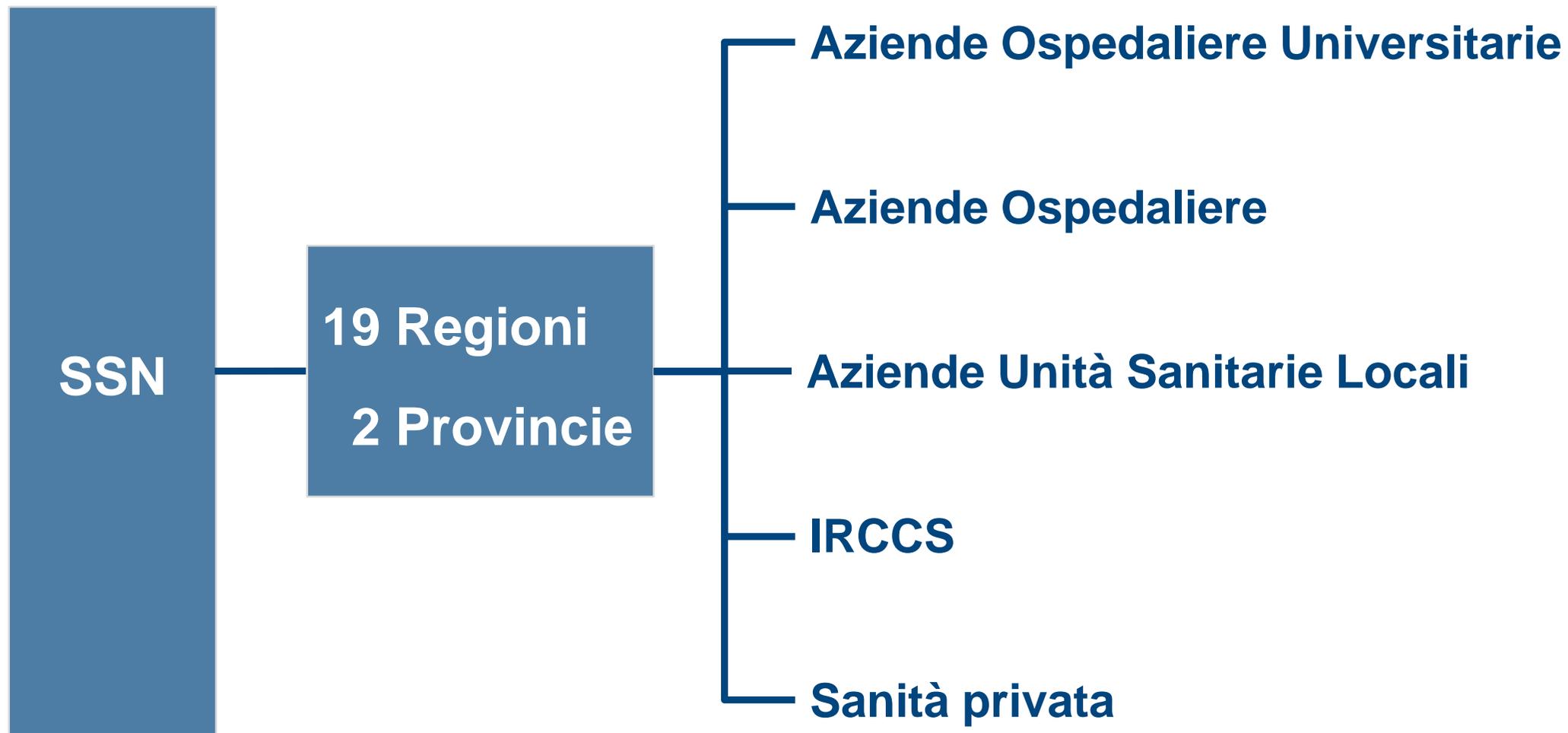
[Ambulatori](#)

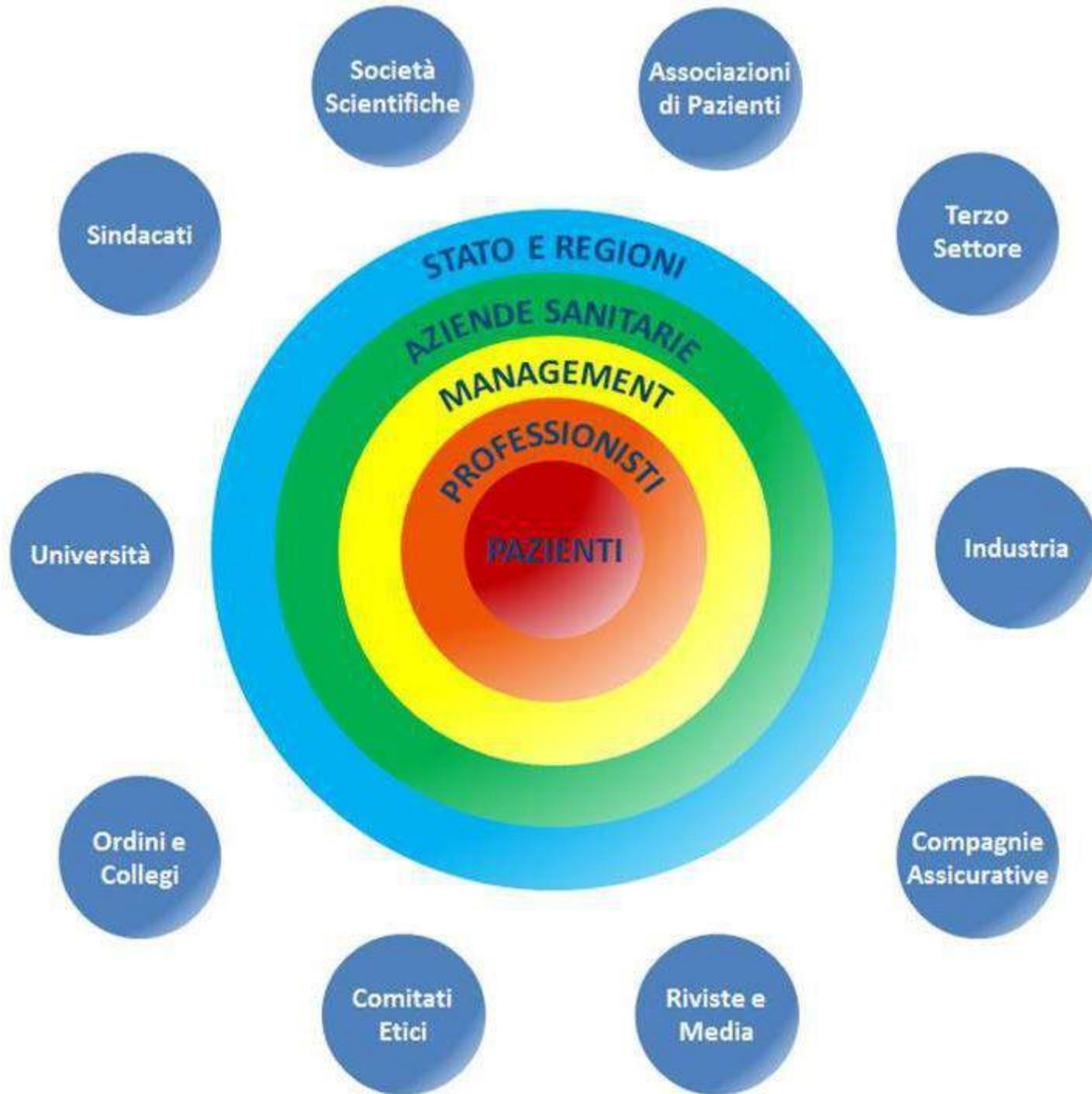
[Prestazioni sanitarie](#)

[Farmaci](#)

6. Definire e documentare il piano terapeutico personalizzato

- Sviluppare insieme al paziente un piano terapeutico personalizzato, concordando cosa sarà riportato nella documentazione clinica e quali azioni saranno intraprese, tra cui:
 - individuare il coordinatore del piano terapeutico e accertarsi che sia comunicato ad altri professionisti e servizi sanitari coinvolti nella cura del paziente
 - introdurre, interrompere o sostituire farmaci e terapie non farmacologiche
 - riorganizzare i controlli periodici, secondo reale priorità
 - identificare precocemente eventuali variazioni dello stato di salute e del benessere
 - pianificare un follow-up per rivalutare le decisioni concordate con il paziente
 - valutare altri aspetti considerati rilevanti dal paziente
- Condividere copia del piano terapeutico personalizzato in un formato accessibile con il paziente e, previo consenso, con altri soggetti coinvolti nell'assistenza: professionisti sanitari, partner, familiari, caregiver.





Valutazione delle performance: obiettivi

- Accountability → Benchmarking
 - Management & Policy Decision Making
 - Pay-for-performance
 - Consumer decision making
- Miglioramento della qualità
- Ricerca
- Accredитamento / certificazione
 - Istituzionale
 - Professionale



Livelli di valutazione delle performance

- Nazionale
- Regionale
- Aziendale
- Di unità organizzativa
 - Dipartimento, Unità Operativa
 - Distretto, AFT, UCCP
- Professionale



1
SSN

21
SSR

> 2.000
Aziende

> 50.000
Unità organizzative

> 1.000.000
Professionisti

Livelli di valutazione delle performance

- In ogni livello di valutazione la performance di ciascun soggetto influenza un maniera tangibile solo la performance del livello immediatamente superiore
- A ciascun livello misurare un numero definito di indicatori in relazione agli obiettivi della valutazione





Appropriatezza organizzativa, esiti a breve, medio e lungo termine



Appropriatezza organizzativa, esiti a breve, medio e lungo termine



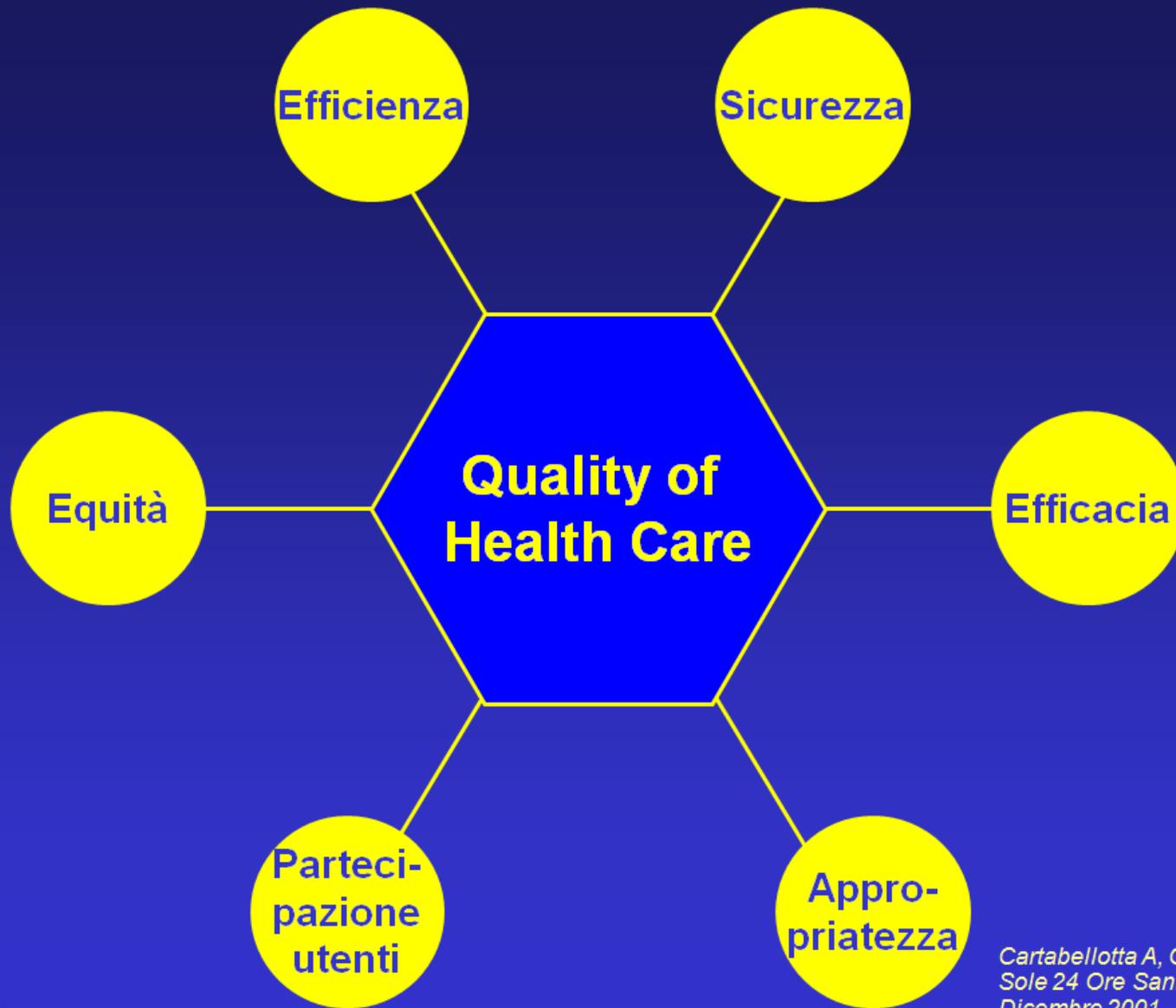
Appropriatezza organizzativa, esiti a breve e medio termine



Appropriatezza professionale e organizzativa, esiti a breve termine



Procedure operative, appropriatezza professionale



Copyright © - GIMBE®

*Cartabellotta A, Cellini M.
Sole 24 Ore Sanità & Management
Dicembre 2001*