



Nadia Strappelli*, Sonia Giuliani°, Stefan Priebe§

* Newham Home Treatment Team, East London NHS Foundation Trust (UK) ° Dipartimento di Salute Mentale di Senigallia, ZT4, ASUR MARCHE § Unit for Social and Community Psychiatry, Barts and the London School of Medicine, Queen Mary University of London, London (UK)

L'UTILIZZO DI INCENTIVI ECONOMICI PER MIGLIORARE LA COMPLIANCE IN PAZIENTI PSICOTICI GRAVI: UN SONDAGGIO SU PRASSI E ATTEGGIAMENTO NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA

Using financial incentives to improve medication adherence in patients with serious psychosis: a survey of practice and views in Mental Health Services in Italy

RIASSUNTO

Scopo. Il problema della mancata aderenza alla terapia farmacologica rimane in psichiatria uno dei punti focali. Prendendo in prestito dalla medicina l'idea dell'utilizzo di incentivi economici per favorire la *compliance*, sono iniziati studi tendenti a valutare l'efficacia di tale metodica anche in psichiatria. Questo argomento ha evidenziato pregiudizi e perplessità sia negli operatori sia nei media. L'obiettivo di questo studio è quello di fornire un quadro dell'opinione degli psichiatri che operano nei Dipartimenti di Salute mentale (DSM) in Italia riguardo tale ipotesi.

Metodi. Sono stati inviate, a cento direttori di DSM, lettere contenenti quattro domande che riguardavano l'utilizzo e le perplessità circa l'ipotesi di fornire incentivi economici ai pazienti con gravi disturbi mentali per favorire la *compliance*. Successivamente i DSM ai quali era stata spedita la lettera sono stati contattati telefonicamente per l'esecuzione dell'intervista.

Risultati. Si sono mostrati disponibili all'intervista telefonica 54 DSM nella figura di un dirigente medico. Nessun dipartimento di quelli che hanno risposto ha riferito di aver mai utilizzato incentivi economici per favorire l'aderenza farmacologica, un solo dipartimento ne aveva già discusso in équipe e in cinque casi sono stati pensati incentivi alternativi. Nel 72% dei DSM rispondenti sono state evidenziate obiezioni, la maggior parte delle quali di natura etica, ma anche finanziarie, organizzative e riguardanti la reale efficacia del metodo.

Conclusioni. I risultati di questa intervista hanno messo in luce un notevole scetticismo da parte degli psichiatri italiani, ma d'altronde questo argomento ha stimolato una discussione utile per la formulazione di eventuali protocolli operativi. Una futura ricerca controllata e focalizzata alla risoluzione delle tematiche etiche deve essere pensata per rispondere alle perplessità emerse dall'utilizzo degli incentivi economici per favorire la *compliance*.

Parole chiave: *compliance*, incentivi economici, etica

SUMMARY

Objective. Poor adherence to anti-psychotic medication remains a significant clinical problem in psychiatry. Financial incentives to improve treatment adherence have already been used in medical specialties other than psychiatry, and current research investigates their effectiveness to increase adherence to anti-psychotic medication. The practice has evoked strong views and doubts among professionals and in the media. The objective of this study was to explore the experiences and views of Italian psychiatrists working in Mental Health Departments (DSMs) on using financial incentives to increase medication adherence.

Methods. One hundred clinical directors were sent letters containing four questions on the use of financial incentives to improve medication adherence in patients with severe mental illnesses. The questionnaires were followed up by telephone interviews in which psychiatrists were asked for their views and concerns about the practice.

Results. 54 psychiatrists responded to the questionnaire survey from different DSMs participated in the telephone enquiry. The majority expressed ethical objections as well as financial restraints, doubts about the feasibility of using incentives and their effectiveness. None of the departments had ever offered financial incentives to improve medication adherence. One department had discussed the method in a team meeting; in five cases other forms of incentives had been considered in the team.

Conclusions. Italian psychiatrists appear very sceptical about using financial incentives to improve medication adherence and raise different concerns. A wider discussion on the issue and research on the effectiveness of financial incentives may be beneficial.

Key words: *compliance*, financial incentives, ethical issues



Introduzione

L'aderenza alla terapia rimane una delle criticità della psichiatria presentandosi con percentuali preoccupanti nella popolazione psichiatrica generale (20-50%) (Nose et al., 2003) e rappresentando per i pazienti con severi disturbi mentali una problematica con gravi implicazioni cliniche (Leucht et al., 2003). Nei pazienti psicotici, in effetti, la terapia antipsicotica di mantenimento si è dimostrata efficace nella prevenzione delle ricadute ed è inequivocabilmente raccomandata e considerata opportuna in tutte le linee guida (NICE, 2002) come trattamento basato sull'evidenza, ma proprio in tale popolazione di pazienti si rileva la difficoltà ad assicurare la regolarità e la continuità della medicazione farmacologica. Il problema della *compliance* è quindi particolarmente sentito in quei pazienti con severi disturbi mentali che, per la gravità della sintomatologia (espressa sia con sintomi produttivi sia con isolamento sociale e scadente qualità della vita) e la frequenza delle ospedalizzazioni, sono spesso definiti come "gravosi". Tali pazienti costituiscono il principale valore di riferimento per la valutazione del peso complessivo nell'assistenza psichiatrica in Italia. Per tale motivo, gruppi di studio orientati alla definizione di nuovi criteri per l'attribuzione di DRG (*Diagnosis related group*) psichiatrici hanno considerato come ulteriore elemento di gravosità nell'assistenza la mancata aderenza alla terapia (Munizza & Nieddu, 2000). Inoltre, non va dimenticato come la scarsa aderenza sia da mettere in relazione con aspetti comportamentali disfunzionali e pericolosi. In un'analisi di incidenti seri in Inghilterra (Appleby, 2000) è stato osservato che la *non compliance* è la causa di una gran parte dei suicidi e omicidi dei pazienti con problemi mentali.

Nel tempo sono state utilizzate diverse metodiche per contrastare la mancata *compliance*, passando da strategie che riguardavano la modalità e la tipologia di prescrizione fino ad arrivare a veri e propri interventi mirati, quali la psicoeducazione, la psicoterapia e l'intervento sulla famiglia, proposti come interventi sia individuali sia di gruppo. Una *review* (Mc Donald et al., 2002) e una metanalisi a riguardo (Nose et al., 2003) hanno però messo in luce come gli interventi studiati abbiano solo un'efficacia parziale nel mantenere l'aderenza al trattamento. Tale premessa indica come sia necessaria la ricerca di una strategia alternativa che possa migliorare tale gravosa criticità.

Uno spunto interessante deriva da una metodologia da tempo sperimentata in varie condizioni mediche,

ovvero l'utilizzo di incentivi economici per favorire il mantenimento di una terapia. A tale proposito, esiste in letteratura una *review* che identifica undici studi randomizzati condotti negli USA ed evidenzia, per dieci di questi, risultati positivi per la suddetta metodologia (Giuffrida & Torgerson, 1997) e anche ulteriori studi hanno confermato tali risultati (Bock et al., 2001).

Andando a verificare la presenza di lavori simili concernenti la salute mentale, sono stati individuati per lo più studi non randomizzati effettuati negli USA per pazienti con doppia diagnosi; i risultati sono stati anche in questi casi incoraggianti (Priebe et al., 2009).

Tra gli operatori della salute mentale nel Regno Unito tali suggestioni hanno stimolato un dibattito scientifico, portando alla pubblicazione di alcuni dati a riguardo. Di rilievo appare un lavoro preliminare effettuato a Londra su cinque casi clinici circa l'utilizzo di tale metodica, denominata *Money for Medication* (Claassen et al., 2007). Lo studio suggerisce come, nel Regno Unito, l'uso di incentivi economici sia praticabile e clinicamente efficace in alcuni pazienti gravemente psicotici. Allo stesso tempo però è stato riportato un atteggiamento piuttosto scettico tra il personale sanitario addetto alle cure in quanto per lo più ritenuto metodo non etico. Tali problematiche di carattere etico sono state quindi individuate e studiate al fine di poter offrire un insegnamento clinico (Claassen, 2007). Successivamente uno studio finanziato dal *Wellcome Trust* e coordinato dall'Unità di psichiatria sociale e territoriale presso il *Queen Mary Hospital* dell'Università di Londra ha esplorato le riserve di ordine etico espresse dai diversi operatori sanitari. In tale studio solo pochi gruppi hanno ribadito l'assoluta bontà e validità del metodo, come pure pochissimi gruppi hanno drasticamente sostenuto che la pratica sia sempre e comunque inaccettabile (Priebe et al., 2010). Tutti i gruppi che hanno partecipato allo studio hanno enfatizzato la necessità di ottenere dati affidabili sull'efficacia del metodo, motivo per cui è stato recentemente finanziato uno studio randomizzato e controllato (RCT) sempre coordinato dal *Queen Mary Hospital* dell'Università di Londra allo scopo di validare tale metodo (Priebe et al., 2009).

Tale interesse della comunità scientifica non è passato inosservato, tanto che anche la stampa nazionale britannica si è lanciata in un dibattito per lo più di carattere etico tendente a verificare se questa pratica possa ritenersi accettabile. Numerosi anche gli interventi nella letteratura scientifica dove per alcuni gli incentivi potrebbero essere considerati coercitivi



(Shaw, 2007) e addirittura degraderebbero il rispetto della persona (Szmukler, 2009), mentre per altri gli incentivi dovrebbero essere visti come una ricompensa, e quindi meno coercitivi di altre forme già esistenti come il ricovero obbligatorio (Burns, 2007).

Cosa dire di questa prospettiva metodologica nella realtà italiana? È evidente che sia la pratica sia gli atteggiamenti inerenti la salute mentale sono spesso correlati alla tradizione e alla cultura del contesto ambientale, quindi è impensabile importare i dati inglesi senza sottolineare le differenze esistenti sia culturali sia organizzative delle due realtà.

Vale la pena sottolineare che l'assistenza psichiatrica nel Regno Unito ha conosciuto un'evoluzione progressiva e fondamentalmente omogenea negli ultimi trent'anni, con una maggior attenzione all'evidenza scientifica che ai fenomeni sociali e politici. In Italia, invece, la forte connotazione politica dell'ultima riforma psichiatrica ha reso gli operatori psichiatrici particolarmente sensibili e diffidenti nei confronti di metodologie assistenziali che implicino interrogativi di natura etica. Inoltre, non va persa di vista l'enorme differenza nell'organizzazione, riguardo per esempio la chiusura totale e definitiva delle strutture asilari, la diversa legislazione riguardo la possibilità di trattamenti coercitivi e la differente modalità di erogare assegni di assistenza e pensioni di invalidità.

Partendo da tali premesse, diventa sicuramente interessante l'esplorazione dell'atteggiamento degli psichiatri operanti nei Dipartimenti di salute mentale (DSM) italiani, riguardo l'utilizzo di incentivi finanziari come metodica per favorire l'aderenza al trattamento. Lo scopo di questa ricerca è quindi quello di verificare quanto questa metodica sia utilizzata nella pratica e quante e quali perplessità vengano espresse al riguardo, al fine di stimolare una discussione in ambito clinico.

Metodo

Tra gennaio e giugno 2009 è stata condotta un'inchiesta conoscitiva su cento DSM distribuiti sull'intero territorio nazionale, scelti in modo casuale su un numero complessivo di duecento.

È stato inviato per corrispondenza ordinaria un questionario indirizzato ai Direttori del DSM e sono state utilizzate le stesse quattro domande impiegate nello studio *Money for Medication* (Claassen et al., 2007), specificando nell'introduzione che ci si stava riferendo a pazienti con gravi disturbi mentali:

1) Negli ultimi due anni nel vostro Servizio sono mai

stati offerti incentivi economici ai pazienti per favorire la *compliance*?

- 2) Sono stati utilizzati altri tipi di incentivi materiali o economici indiretti?
- 3) Avete obiezioni nell'utilizzare incentivi economici per favorire la *compliance*?
- 4) Il problema è stato mai sollevato nelle riunioni di *équipe*?

Nella lettera veniva specificato lo scopo osservazionale della ricerca e venivano invitati gli psichiatri a rispondere all'intervista che sarebbe stata da lì a breve effettuata attraverso un contatto telefonico.

Durante l'intervista telefonica venivano inoltre richieste delle specificazioni riguardo le precise procedure (se le risposte 1 e/o 2 risultavano positive) e riguardo il tipo di obiezioni (se la risposta 3 risultava positiva).

Risultati

Su cento servizi che avevano ricevuto la lettera di presentazione dello studio, solo 54 hanno accettato di rispondere a un'intervista telefonica. Gli altri 46 si sono dichiarati impegnati al momento dell'intervista telefonica oppure non interessati a partecipare allo studio.

In tutti i Dipartimenti contattati la figura professionale che ha risposto è stata in tutti i casi un dirigente medico.

La risposta alla domanda numero 1 è stata no per tutti i DSM contattati.

La risposta alla domanda numero 2 è stata più complessa: la maggior parte dei Servizi (49 ovvero il 91% dei rispondenti) ha di nuovo risposto no, tre DSM hanno risposto di aver utilizzato incentivi materiali alternativi quali borse lavoro/sussidi/redditi di cittadinanza prevalentemente per favorire la frequenza al Centro diurno e due DSM hanno menzionato il volontaristico utilizzo di caffè pagato al bar o l'aver elargito piccole somme per favorire la presa in carico.

La risposta alla domanda numero 3 è stata sicuramente la più complicata: 15 (28%) Dipartimenti hanno affermato di non avere obiezioni sull'utilizzo della metodica, ma molti di più (39,72%) sono stati quelli che le hanno sollevate. Quando si è chiesto loro di specificare che cosa intendessero si è ricevuta una disparata gamma di risposte: alcune molto brevi ma molto incisive (per esempio "non è un metodo etico" "ci sembra una cosa assurda pagare i pazienti", "sono domande sciocche"), altre più esaustive, che hanno

■ **TABELLA 1. Tipologie di obiezioni**

OBIEZIONI	n. (%)
Etiche	26 (66,7%)
• Problemi legati al consenso	1
• Modalità coercitiva	4
• No giustizia	1
• Non specificato	20
Inficia la relazione con il paziente	1 (2,6%)
Poche evidenze scientifiche	3 (7,7%)
Mancanza di fondi	7 (17,9%)
Barriere organizzative	2 (5,1%)
TOTALE	39

fornito un'argomentazione più ampia e dettagliata. Le obiezioni sono state suddivise per categorie omogenee, considerando una risposta per Dipartimento (39 risposte differenti), come riportato nella Tabella 1.

La risposta alla domanda 4 ha mostrato un no nella quasi totalità dei casi (53, 98%) con un solo caso (2%) di un Dipartimento che ha riferito di avere discusso dell'argomento in una riunione d'*équipe*.

Discussione

Primariamente va evidenziato come questa intervista possa avere dei limiti. Innanzitutto il fatto che il numero totale dei Servizi contattati rimane probabilmente esiguo rispetto alla significatività del problema. Infatti anche se l'intervista è stata omogeneamente distribuita nelle varie regioni d'Italia, non dobbiamo dimenticare che siamo di fronte a una stima (solo la metà dei Dipartimenti è stata contattata e di questi solo il 54% ha risposto) coinvolgente circa un quarto dei Dipartimenti di salute mentale del Servizio sanitario nazionale italiano. Un altro limite può essere riconosciuto nel fatto che un'intervista telefonica durante l'attività lavorativa spesso può essere inficiata dall'urgenza, dalla possibilità di essere disturbati, cosicché le risposte che si raccolgono possono essere non esaustive. Infine, un ulteriore grande limite è stato soprattutto quello di non poter fornire, riguardo l'uso di incentivi economici, un modello standard definito, almeno nelle linee generali, rispetto al quale provocare l'opinione degli intervistati; ragion per cui le risposte elicitate possono essere state troppo generali e alle volte superficiali. Ma nonostante ciò, si è riusciti a ricavare un quadro significativo e ricco di stimoli riguardo l'opinione degli psichiatri italiani sull'utilizzo degli incentivi economici per favorire la *compliance*.

Una prima valutazione dei risultati evidenzia come sicuramente questa metodica sia molto lontana dai pensieri degli psichiatri italiani. Nessun Dipartimento l'ha mai utilizzata (dato per lo più simile a quello della ricerca inglese), e quasi nessuno ha mai pensato fosse un argomento da trattare in *équipe* (dato che invece si discosta di molto dalla ricerca inglese, dalla quale emerge che il 33% dei servizi che avevano risposto all'intervista ne aveva già discusso) (Claassen et al., 2007).

La risposta positiva alla seconda domanda, in uno dei due casi, a nostro parere appare poco centrata. In realtà utilizzare mezzi economici di vario tipo (sussidi/borse lavoro/redditi di cittadinanza) per favorire la frequenza al Centro diurno ci sembra un normale utilizzo delle risorse sociali disponibili per i pazienti con patologia psichiatrica. Il fatto che la loro assegnazione sia da collegare alla frequenza del Centro diurno potrebbe essere interpretato come un incentivo alla riabilitazione, ma comunque, a nostro parere, routinario utilizzo di tecniche riabilitative. Più consueta, e forse più attinente, l'idea di offrire consumazioni al bar o piccole somme di denaro per stimolare nel paziente la volontà di rimanere nel programma. Queste risposte, seppur limitate, mettono comunque in luce come in Italia possano essere pensati degli incentivi per favorire un'alleanza terapeutica.

I dati sulle obiezioni appaiono come i più interessanti e i più ricchi di spunti di riflessione. Va prima di tutto sottolineato che il 28% degli psichiatri che hanno risposto non ha mostrato obiezioni, evidenziando una percentuale più alta rispetto a quella del campione inglese (17%) (Claassen et al., 2007); tale risultato va forse implicato al fatto che affrontando la questione con minor frequenza rispetto ai colleghi britannici (cfr. i risultati alla domanda 4) è meno probabile che vengano alla mente problematiche e dubbi. Comunque, nel 72% dei casi sono state messe in luce obiezioni di vario genere ma principalmente di carattere etico e la forma e il contenuto espressivo di alcune delle risposte indicano il forte contenuto emotivo associato al tema.

Il 50% dei Servizi che ha espresso obiezioni ha dismesso tale iniziativa immediatamente, mostrandosi contrario a prescindere e senza offrire una valida discussione e liquidando il tutto con un semplice "non etico" e modalità interattive emotivamente forti. Tale tipologia di risposta rileva la generale perplessità derivante dall'accostamento di due dimensioni valutate distanti, ovvero quella economica e quella etica, e quindi la difficoltà a trovare tra queste il giusto rapporto.



Probabilmente sarebbe opportuno valutare l'incentivo economico come un suggerimento a iniziare comportamenti più congrui, che una volta appresi, possano automantenersi per la raggiunta consapevolezza del finale vantaggio comune e non più solo, come all'inizio, per la sola ragione economica. Infatti l'utilizzo di tali incentivi è considerato utile a stimolare un comportamento più corretto per la salute, sebbene a volte il legame indiretto tra tali incentivi e il comportamento suggerito può far risultare meno evidente questo collegamento. In realtà, in svariati campi del mondo reale, questo modello è già in uso senza suscitare particolari pregiudizi di natura etica. Basta pensare all'industria automobilistica e al fatto che molti governi propongono importanti incentivi per l'acquisto di veicoli meno inquinanti, oppure che i governi europei favoriscono con incentivi economici la realizzazione di molti prodotti più rispettosi per l'ambiente che vengono commercializzati secondo la formula della *Carbon Neutral Company*. Anche nel campo della produzione alimentare e della ristorazione esistono facilitazioni economiche per quelle aziende che seguono comportamenti più rispettosi per l'ambiente e l'inquinamento in generale.

Esaminando le obiezioni a carattere etico che sono state maggiormente specificate, un accento particolare è stato posto da un Servizio rispetto la validità del consenso (2,6% delle obiezioni). La maggioranza dei pazienti candidati a ottenere incentivi economici sono proprio quelli che presentano scarso *insight* e pertanto si potrebbe obiettare che non ci sia un consenso alla terapia. Tuttavia questa considerazione non può costituire un'argomentazione a sfavore dell'offerta di un incentivo economico, in quanto ciò che fondamentale un operatore sanitario dovrebbe fare è convincere e persuadere chi soffre di vari tipi di malattie a fare qualcosa al riguardo (smettere di fumare, controllare il livello glicemico, ridurre il peso, controllare la pressione sanguigna), laddove i pazienti potrebbero non essere inclini a prendere tali iniziative. Si potrebbe anche argomentare che la malattia mentale è più complessa di quella fisica per un certo numero di fattori e che chi soffre di problemi fisici normalmente ha la capacità di prendere decisioni pro o contro un certo trattamento, laddove a chi soffre di una malattia mentale può mancare tale capacità. Ma dobbiamo a tale riguardo sottolineare come storicamente i primi fenomeni studiati di mancata aderenza alla terapia abbiano sorprendentemente riguardato patologie internistiche a carattere cronico (per esempio TBC, asma, diabete) e di come

a tutt'oggi la mancata *compliance* risulti un notevole problema anche nella medicina generale. Una delle questioni fondamentali è quindi considerare se l'offerta di denaro possa influenzare la capacità del paziente di esprimere un consenso informato valido e la natura di tale influenza. Possiamo argomentare in proposito come risulti fondamentale nell'espressione valida del consenso la qualità dell'informazione che deve risultare veritiera, completa, accessibile e sicuramente acquisita. Nel caso venga offerta una qualsivoglia forma di gratificazione non risulterà quindi importante la natura di tale gratificazione, quanto la corretta informazione sulla stessa. La corretta acquisizione del consenso dovrà quindi valutarsi caso per caso nel rispetto dei vincoli comunicativi già espressi. Se poi, per capacità, s'intende l'abilità di comprendere le informazioni attinenti il trattamento, di apprezzare il significato di tali informazioni, di paragonare il trattamento in questione con altre alternative o con il non trattamento, e infine di esprimere una scelta come risultato di questa valutazione, questa capacità va valutata su una base individuale. I pazienti potenzialmente considerati idonei a ricevere incentivi economici potrebbero soffrire di gravi forme di schizofrenia prevalentemente in forma cronica e quindi presentare sintomi quali deliri e allucinazioni o sintomi negativi che possono seriamente compromettere il livello cognitivo e inficiare la capacità di esprimere un consenso informato. Si deve però sottolineare che in Italia la riforma psichiatrica iniziata con la legge Basaglia del 1978 ha soprattutto provveduto a promuovere non solo la dignità individuale dei pazienti psichiatrici, ma a confermare la loro inequivoca capacità di intendere e volere fino a prova contraria. Si potrebbe quindi dire che, mentre prima tale capacità era pregiudizialmente considerata grandemente o totalmente compromessa, oggi è pregiudizialmente valutata presente. In realtà la questione del consenso è complessa e andrebbe presa in considerazione una serie di fattori, quali i benefici e i probabili effetti collaterali, la relazione terapeutica, la risposta al contesto sociale eccetera. Pertanto una valutazione psichiatrica sulla capacità del paziente di esprimere un consenso informato è opportuna, di volta in volta, in modo tale da valutare i vantaggi e gli svantaggi dell'eventuale offerta di denaro in relazione al caso specifico.

Fra le specificazioni legate all'etica, un Servizio si è focalizzato su ciò che abbiamo identificato come "non giustizia" (2,6% di tutte le obiezioni). È stata espressa la perplessità nel pagare solo i pazienti non





aderenti alla terapia, non fornendo nessun incentivo a quelli che aderiscono spontaneamente al programma terapeutico. Allo stesso tempo sono state espresse preoccupazioni riguardo l'offerta d'incentivi a coloro che non sono aderenti alla terapia, in quanto ciò potrebbe avere un impatto negativo su coloro che lo sono, con il potenziale di incoraggiare la non aderenza al fine di ottenere denaro.

Una delle obiezioni etiche maggiormente sollevate riguarda la possibile natura coercitiva (10,3% di tutte le obiezioni) di tale metodica. Se adottiamo la definizione di coercizione offerta da Longman (2003), in base alla quale "coercizione" è l'uso di minacce od ordini per costringere qualcuno a fare qualcosa che non vuole fare, l'uso di incentivi economici non risulta coercitivo poiché essenzialmente si configura come un'offerta e viene a rappresentare un premio all'interno di un intervento di tipo comportamentale.

A una simile conclusione si perviene anche qualora si adotti la definizione di coercizione offerta da Wertheimer (1993), in base alla quale "le minacce sono coercitive ma le offerte non lo sono".

Un'altra obiezione sollevata da un Dipartimento in Italia è quella che riguarda la minaccia alla relazione terapeutica. Si è osservato che l'offerta di denaro potrebbe incoraggiare false dichiarazioni sulla salute mentale e una riluttanza a riferire eventuali effetti collaterali per evitare che gli incentivi vengano sospesi.

Per quanto concerne le obiezioni di carattere non etico, la più rilevante riguarda l'aspetto finanziario; infatti la maggior parte dei Servizi interpellati ha fatto riferimento a un generico "mancano le risorse" (17,9%). Un'ulteriore obiezione che è stata riportata, sebbene in percentuale minore (5,1%), riguarda l'aspetto organizzativo, per esempio "da dove si prendono i soldi?", "quanti soldi?". In effetti un problema serio per la messa in atto di questa metodologia è costituito dalla mancanza di un *budget* specifico destinato a tale scopo sebbene i responsabili di Dipartimento dovrebbero considerare i vantaggi economici qualora vengano paragonati gli enormi costi di una degenza ospedaliera a fronte di un limitato incentivo economico.

Infine, un'ultima obiezione, in realtà poco sottolineata dagli psichiatri italiani (7,7%), è quella dell'efficacia di tale metodo. Tale problematica è emersa in maniera significativa tra gli operatori del settore della salute mentale nel Regno Unito (Priebe et al., 2010) ed è per questo che è stato approvato uno studio randomizzato e controllato tuttora in corso (Priebe et al., 2009).

A questo proposito, due Dipartimenti italiani, fra quelli che sottolineavano la necessità di studi più approfonditi, si sono resi disponibili alla partecipazione a un eventuale *trial* clinico.

Se per un verso il presente studio ha evidenziato una serie di remore ideologiche e obiezioni nutrite dagli psichiatri italiani, al contempo è emerso un genuino interesse ad approfondire la tematica, a valutare i benefici di un'applicazione pratica e discutere sui quesiti emersi.

L'offerta di incentivi in determinati pazienti rimarrà sicuramente un argomento controverso per il prossimo futuro, dato che l'eterogeneità dell'atteggiamento culturale degli psichiatri italiani è stata riconosciuta come problema già nei primi studi statistici di rilevazione sull'assistenza psichiatrica (Nieddu & Munizza, 2000). Considerando però la disponibilità a un *trial* clinico offerta da due Servizi, si potrebbe pensare all'avvio di esperienze, sebbene isolate, con le quali confrontarsi proponendo un modello di incentivazione più specificato in tutte le sue parti. Questo favorirebbe i Servizi più dinamici e motivati a realizzare esperienze pilota e quindi al confronto delle stesse.

Si può quindi concludere che il tema in questione rappresenti una sfida per la ricerca in quanto si deve ancora verificare se gli incentivi economici siano davvero efficaci per raggiungere la *compliance*. Pertanto ci auguriamo che i risultati di questo studio possano non solo contribuire al dibattito, ma anche alla realizzazione di esperienze cliniche.

■ BIBLIOGRAFIA

Appleby L. (2000). Safer services: conclusion from the report of the National Confidential Inquiry. *Advances of Psychiatric Treatment* 6, 5-15

Bock N.N., Sales R.M., Rogers T., DeVoe B. (2001). A spoonful of sugar...: improving adherence to tuberculosis treatment using financial incentives. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 5, 96-98

Burns T. (2007). Is it acceptable for people to be paid to adhere to medication? Yes. *British Medical Journal* 335, 232-233

Claassen D., Fakouri W.K., Ford R., Priebe S. (2007). Money for Medication – financial incentives to improve medication adherence in Assertive Outreach patients. *Psychiatric Bulletin* 31, 4-7

Claassen D. (2007). Financial incentives for antipsychotic depot medication: ethical issue. *Journal of Medical Ethics* 33, 189-193

Giuffrida A., Torgerson D.J. (1997). Should we pay the patient? Review of financial incentives to enhance patient compliance. *British Medical Journal* 315, 703-707

Leucht S., Barnes T.R.E., Kissling W., Engel R.R., Correl C.,



Kane J.M. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *The American Journal of Psychiatry* 160, 1209-1222

Longman (ed.) (2003). *Dictionary of Contemporary English*. Pearson Education Limited: Harlow

Munizza C., Nieddu S. (2000). Il "DRG" psichiatrico. *Salute e territorio* 121, 161-166

Nieddu S., Munizza C. (2000). Creazione di valore sanitario e sistemi di finanziamento: il caso del dipartimento di salute mentale. *Farmacoeconomia e percorsi terapeutici* 1, 111-121

McDonald H.P., Garg A.X., Haynes R.B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. Scientific review. *The Journal of American Medical Association* 288, 2868-2879

National Institute for Health and Clinical Excellence (ed) (2002). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*. NICE Clinical Guidelines: London

Nose M., Barbui C., Gray R., Tansella M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 183, 197-206

Priebe S., Burton A., Ashby D., Ashcroft R., Burns T., David A., Eldridge S., Firth M., Knapp M., McCabe R (2009). Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients- a cluster randomized controlled trial (FIAT). *BioMedCentral Psychiatry* 9, 61

Priebe S., Sinclair J., Burton A., Marougka S., Larsen J., Firth M., Ashcroft R. (2010). Acceptability of offering financial incentives to achieve medication adherence in patients with severe mental illness: a focus group study. *Journal of Medical Ethics* 36, 463-468

Shaw J. (2007). Is it acceptable for people to be paid to adhere to medication? No. *British Medical Journal* 335, 232-233

Szmukler G. (2009). Financial incentives for patients in the treatment of psychosis. *Journal of Medical Ethics* 35, 224-228

Wertheimer A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences & the Law* 11, 239-258

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Nadia Strappelli

e-mail: nadia.strappelli@eastlondon.nhs.uk