



Parere dell'Ufficio federale della sanità pubblica sullo studio «Sistemi di incentivazione alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ospedali e case di cura»

Nell'ambito dell'attuazione della Strategia NOSO, l'Ufficio federale della sanità pubblica ha incaricato Ecoplan di analizzare i sistemi di incentivazione alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) in ospedali e case di cura. I risultati di questa analisi sono disponibili da gennaio 2019.

Obiettivi del mandato erano in primo luogo fare il punto della situazione riguardo agli incentivi alla prevenzione delle ICA esistenti e ai meccanismi d'azione, riconoscere eventuali disincentivi e fare un confronto con altri Paesi. In secondo luogo sono state valutate possibili innovazioni tenendo conto delle conseguenze desiderate e indesiderate e della fattibilità, e sono state elaborate raccomandazioni.

1 Risultati dell'analisi

Lo studio si concentra su due possibili incentivi: incentivi finanziari e incentivi reputazionali e concorrenziali. Qui di seguito sono riassunti i principali risultati.

1.1 Incentivi finanziari

Lo studio mette a confronto due tipi di sistemi di incentivazione finanziaria: il finanziamento mediante importi forfettari per caso (DRG), che viene attualmente applicato in Svizzera nella somatica acuta, e la forma di remunerazione «pay-for-performance» (P4P) utilizzata in altri Paesi.

Lo studio stabilisce che la discussione degli incentivi finanziari deve focalizzarsi principalmente sul finanziamento ospedaliero perché i modelli di finanziamento esistenti, sistema degli importi forfettari per caso (DRG) e pay-for-performance (P4P), provengono quasi esclusivamente dal settore ospedaliero e perché il sistema di finanziamento delle case di cura vigente in Svizzera non prevede nessun incentivo esplicito alla riduzione delle ICA.

1.1.1 Ripercussioni finanziarie delle ICA nel sistema degli importi forfettari per caso (sistema DRG)

Lo studio constata che le evidenze raccolte finora per la Svizzera e le indagini svolte in altri Paesi mostrano che le ICA, nel sistema degli importi forfettari per caso, comportano conseguenze negative in termini di costi per gli ospedali. I costi aggiuntivi derivanti dai casi di ICA superano gli eventuali maggiori ricavi nel sistema DRG. Per il conteggio il sistema DRG permette cost-weight più elevati. Costi aggiuntivi portano a maggiori ricavi. In parte è possibile che le ICA generino maggiori ricavi, che tuttavia non coprono i maggiori costi.

In linea di principio vi sarebbe dunque un incentivo finanziario a evitare le ICA. Tuttavia, secondo le interviste l'incentivo finanziario incide poco sui concreti sforzi di prevenzione. La mancata efficacia dell'incentivo finanziario potrebbe dipendere da tre fattori: alle direzioni ospedaliere non è nota l'entità totale delle perdite riconducibili alle ICA, tali perdite sono troppo basse oppure manca la convinzione che le misure di prevenzione possano

effettivamente permettere risparmi.

1.1.2 Effetto degli incentivi nei modelli pay-for-performance

Lo studio constata che ad oggi in Svizzera non ci sono esperienze degne di nota con i modelli P4P nella somatica acuta o nelle case di cura. Per questo motivo lo studio si concentra sulle esperienze fatte all'estero.

Nello studio si stabilisce che la forma di remunerazione P4P ha finora soddisfatto solo limitatamente le aspettative in essa riposte riguardo al miglioramento della qualità e/o al contenimento dell'aumento dei costi. Inoltre viene richiamata l'attenzione sul rischio di possibili disincentivi, in particolare il «gaming the system», quando le parti in causa non mirano alla prestazione in sé bensì manipolano in primo luogo i risultati a loro favore.

1.2 Incentivi reputazionali e concorrenziali

Gli intervistati considerano concorrenza qualitativa ed effetto reputazionale più importanti rispetto agli incentivi finanziari perché i confronti di dati qualitativi sono oggetto di vive discussioni anche nelle direzioni degli ospedali. Lo studio constata inoltre che la pubblicazione di rilevazioni qualitative fornisce incentivi a migliorare la qualità negli ospedali e che la riduzione delle ICA viene raggiunta in primis con una maggiore concorrenza qualitativa.

Lo studio analizza, sulla base della letteratura, due percorsi di efficacia per la riduzione delle ICA: «Selection» e «Change».

Nel percorso «Selection» chi domanda un servizio, ad esempio i pazienti, riceve più informazioni, le compara e sceglie i fornitori di prestazioni con la migliore qualità. Con la scelta della migliore qualità si hanno migliori outcome individuali. La letteratura fa notare che l'evidenza non può essere chiaramente provata e che l'effetto diretto del public reporting sull'incidenza delle ICA è scarso.

Dal lato dell'offerta i fornitori di prestazioni ottengono informazioni su come si posizionano rispetto alla concorrenza. Si confrontano e si impegnano per migliorare la propria qualità («Change») per evitare di essere percepiti come «poor provider».

Un incentivo concorrenziale alla riduzione delle ICA si ha quando la concorrenza sulla qualità, rafforzata dalla presentazione di indicatori pertinenti in un benchmarking o in un public reporting, porta a incrementare gli sforzi di prevenzione fra i fornitori di prestazioni.

2 Raccomandazioni dello studio

2.1 Incentivi finanziari

In primo luogo lo studio indica che un adeguamento diretto del sistema DRG non appare opportuno: da un lato l'introduzione di una politica efficace di non remunerazione di determinate infezioni sarebbe molto difficile e dall'altro l'introduzione di una remunerazione pay-for-performance (rimunerazione P4P) dovrebbe fondarsi su una rilevazione globale della performance, oltre a comportare il rischio di generare disincentivi.

In secondo luogo lo studio indica che, anche se auspicabili, gli studi sulle conseguenze finanziarie delle ICA appaiono tuttavia sproporzionatamente onerosi, dato che si dovrebbe dapprima analizzare se esistono dati sulle ICA utilizzabili. Vista la difficile identificazione delle ICA, l'UST ritiene improbabile l'identificazione di questi casi. Ciò è confermato anche da SwissDRG SA: per analizzare i costi netti delle ICA la fonte di dati adatta sarebbe la statistica dei costi per caso. Secondo SwissDRG SA è però possibile l'identificazione di un solo codice aggiuntivo ICA (U69.00 «Polmonite nosocomiale classificata altrove in pazienti di 18 anni e più»); l'identificazione esplicita delle ICA è dunque impossibile.

In conclusione lo studio si occupa di un ulteriore incentivo economico, indicando che le perdite dovute alle ICA

e i possibili risparmi ottenibili grazie a misure di prevenzione convenienti ed efficaci dovrebbero essere comunicati attivamente ai gruppi destinatari (direzioni ospedaliere, assicuratori-malattie e Cantoni).

2.2 Incentivi reputazionali e concorrenziali

Lo studio giunge alla conclusione che, per gli ospedali, gli incentivi reputazionali e concorrenziali sono più importanti degli incentivi finanziari. Le misurazioni qualitative proprie sulle ICA, così come le misurazioni delle infezioni delle ferite di Swissnoso, sono oggetto di ampio dibattito all'interno degli ospedali e in parte anche delle direzioni ospedaliere. I dati comparabili tra ospedali vengono considerati utili e anche un monitoraggio nazionale delle ICA in linea di principio verrebbe accolto con favore. Per questo, Ecoplan in primo luogo raccomanda ai Cantoni di rafforzare gli incentivi reputazionali e concorrenziali alla prevenzione delle ICA, tematizzando le misurazioni qualitative con gli ospedali figuranti nei loro elenchi e promuovendo così processi di apprendimento e miglioramento.

Riguardo all'introduzione di un monitoraggio nazionale sulle ICA, si raccomanda di puntare in una prima fase sugli indicatori di processo pertinenti, perché con maggiori sforzi di prevenzione i fornitori di prestazioni possano migliorare direttamente e rapidamente i loro risultati in questo campo. Il monitoraggio dovrebbe essere obbligatorio e i dati dovrebbero essere pubblicati, principalmente per il gruppo dei fornitori di prestazioni. In una seconda fase il monitoraggio potrebbe essere ampliato agli indicatori di risultato. Nella fase iniziale ciò andrebbe fatto su base volontaria e confidenziale e la pubblicazione dovrebbe avvenire solo più avanti, con l'aumento della fiducia nella qualità dei dati.

2.3 Condizioni e prescrizioni di legge

Nell'ambito dei loro elenchi di ospedali, i Cantoni potrebbero dichiarare obbligatori standard e direttive nazionali e la partecipazione a un futuro servizio di monitoraggio, nonché controllarne l'attuazione.

3 Conclusioni

L'UFSP accoglie con favore la dettagliata analisi dei sistemi di incentivazione alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ospedali e case di cura e prende atto delle raccomandazioni proposte.

L'UFSP, in accordo con il gruppo di progetto della Strategia NOSO, trae le seguenti conclusioni:

Una stima dei costi per la prevenzione delle infezioni sarebbe sostanzialmente fattibile. A questo proposito esiste sufficiente letteratura sulla quale basarsi. Ulteriori studi sulle ripercussioni delle ICA sugli ospedali in termini di costi, più in concreto la realizzazione di un confronto costi/benefici, sembrano invece essere impossibili a causa di diversi altri fattori influenzanti (ad esempio costi sotto forma di dolore e sofferenza del paziente). Con il piano di comunicazione sulla strategia NOSO, in attuazione da fine 2018, è prevista la comunicazione sull'effetto delle misure di prevenzione rivolta a gruppi destinatari specifici. In questo ambito, in una prima fase andrebbero ad esempio comunicate le esperienze fatte da ospedali pilota.

Nell'ambito dell'attuazione della Strategia NOSO è già prevista anche la creazione di un sistema di monitoraggio nazionale. I moduli di monitoraggio (per tipo di infezione) previsti in questo contesto dovranno essere associati alle corrispondenti misure preventive. Parallelamente al monitoraggio di indicatori di processo, ogni due-tre anni sono previsti rilevamenti nazionali della prevalenza puntuale delle ICA. Questi rilevamenti permetteranno agli ospedali più grandi di confrontare fra loro gli indicatori di risultato. Gli strumenti e la documentazione necessari all'esecuzione dei rilevamenti della prevalenza puntuale sono messi annualmente a disposizione degli ospedali interessati.

La Strategia NOSO sostiene attualmente lo sviluppo di requisiti minimi strutturali per la prevenzione delle ICA negli ospedali svizzeri per cure acute. Questi requisiti contengono anche, tra le altre cose, raccomandazioni

nell'ambito della sorveglianza. L'introduzione di questi standard minimi, accompagnata dall'introduzione di obiettivi operativi per la strategia, che sostiene l'introduzione delle raccomandazioni, dovrebbe in futuro affermarsi come strumento di incentivazione e permettere agli ospedali di confrontarsi a vicenda.

Viste le attività previste o già in atto sopra descritte, nell'ambito dell'attuazione della Strategia NOSO non è per ora necessario lanciare nessuna ulteriore misura per la promozione di incentivi per gli ospedali. Possono invece essere ancora valutati altri meccanismi quali strumenti di promozione finanziari, sussidi economici all'attuazione o finanziamenti iniziali a sostegno dell'introduzione di misure preventive.

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
Il responsabile della divisione Malattie trasmissibili

Daniel Koch