
Descrizione del progetto – fase pilota con ulteriori indicatori tratti dai dati di routine della statistica medica

Progetto pilota per la verifica dell'idoneità e la selezione di Patient Safety Indicator (PSI) e tassi di mortalità appropriati da utilizzare nello sviluppo della qualità

Agosto 2024, versione 1.0

Indice

1.	Situazione di partenza	3
1.1.	Introduzione	3
1.2.	Situazione attuale e prossimi passi	3
1.3.	Patient Safety Indicator (PSI) e tassi di mortalità.....	4
1.4.	Valore aggiunto di ulteriori indicatori della qualità tratti dai dati di routine	4
2.	Obiettivi.....	5
3.	Pianificazione del progetto.....	6
3.1.	Organizzazione e coordinamento del progetto.....	6
3.2.	Fasi del progetto e attività	7
3.2.1.	Fase 1.....	7
3.2.2.	Fase 2.....	7
3.3.	Tappe e scadenze	8
3.4.	Finanziamento.....	8
3.5.	Protezione dei dati e accordi contrattuali	8
4.	Annesso.....	9

1. Situazione di partenza

1.1. Introduzione

Nei campi d'azione orientati al sistema e alle prestazioni della [strategia inerente alla qualità](#), il Consiglio federale afferma che lo sviluppo della qualità basato su dati fornisce un contributo essenziale alla gestione aziendale della qualità (ciclo PDCA). I fornitori di prestazioni, gli enti finanziatori e la politica chiedono metodi di rilevamento efficienti e un maggiore utilizzo di dati di routine per le future misurazioni della qualità.

La [strategia dell'ANQ 2023-2028](#) tiene conto di entrambi gli aspetti. Mettendo a disposizione indicatori della qualità tratti da dati di routine, l'ANQ sostiene proprio le tendenze in atto e contribuisce a sfruttare il potenziale ancora inutilizzato dei dati di routine per il rilevamento di indicatori della qualità vincolanti a livello nazionale volti allo sviluppo della qualità basato su dati in ospedali e cliniche.

1.2. Situazione attuale e prossimi passi

I dati della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica (UST) sono un ottimo punto di partenza per svolgere analisi nazionali comparative e aggiustate secondo il rischio delle complicanze e dei decessi durante una degenza ospedaliera. Al fine di sfruttare ulteriormente il potenziale dei dati di routine, nel mese di giugno 2023 l'ANQ ha chiesto alle parti contraenti della convenzione nazionale sulla qualità ANQ 2011 di ampliare il piano di misurazione con indicatori della qualità legati a questi due fattori avvalendosi della statistica medica. Quale base, sono stati proposti il set di indicatori Patient Safety Indicator (PSI) della AHRQ¹ e tassi di mortalità selezionati dei CH-IQI² (vedi annesso con le tabelle 2 e 3).

I Cantoni, rappresentati dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), l'associazione degli assicuratori malattia curafutura, la Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM), la SUVA e l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) hanno approvato la richiesta, mentre l'associazione degli assicuratori malattia santésuisse e l'associazione degli ospedali svizzeri H+ sostengono di principio gli sforzi dell'ANQ a favore dell'utilizzo e dello sviluppo di indicatori della qualità basati su dati di routine della statistica medica dell'UST, ma per diversi motivi hanno preferito proporre emendamenti alla richiesta dell'ANQ, rispettivamente vincolare il previsto ampliamento del piano di misurazione a determinate condizioni.

Per approvare tale estensione, H+ esige lo svolgimento di una fase pilota e una nuova consultazione su una selezione di indicatori appropriati, e si aspetta che gli indicatori definitivi vengano sottoposti singolarmente a consultazione, affinché i suoi membri possano prendere posizione su ognuno di essi.

santésuisse ha dal canto suo espresso riserve nei confronti del previsto aggiustamento differenziato secondo il rischio per i tassi di mortalità. Pur riconoscendo i vantaggi di una tale procedura, teme la creazione di doppioni o di discrepanze rispetto ai tassi di mortalità dei CH-IQI dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

I riscontri di H+ e santésuisse sono confluiti nella pianificazione, nello svolgimento e nella valutazione della fase pilota. È previsto in particolare che un gruppo di esperti ancora da costituire collabori con il dr. dr. Michael Havranek della facoltà di scienze della salute e medicina dell'Università di Lucerna alla selezione di PSI e tassi di mortalità appropriati per il confronto nazionale e sottoponga ai partner una nuova richiesta. Dovrà inoltre essere coinvolto l'UFSP per esaminare il potenziale di collaborazione nell'ottica dei tassi di mortalità.

¹ Agency for Healthcare Research and Quality (USA)

² Swiss Inpatient Quality Indicators

1.3. Patient Safety Indicator (PSI) e tassi di mortalità

I PSI della AHRQ comprendono diciotto indicatori specifici della qualità concernenti complicanze durante la degenza ospedaliera utilizzati negli Stati Uniti da oltre dieci anni per le misurazioni della qualità. Questi PSI sono già stati commutati in un progetto precedente nel sistema di codificazione svizzero (ICD-10-GM e CHOP) e convalidati negli ospedali svizzeri, lavori svolti dal dr. dr. Michael Havranek dell'Università di Lucerna. Oltre dieci ospedali, rispettivamente gruppi di ospedali hanno partecipato a questo progetto di ricerca finanziato da Innosuisse,³ nel quadro del quale l'ANQ ha funto da osservatore. Le conoscenze così acquisite serviranno da base per la fase pilota (vedi tabella 2 nell'annesso).

Parallelamente, in un altro progetto dell'Università di Lucerna commissionato da quattro dipartimenti cantonali della sanità è stato analizzato quali tassi di mortalità dei CH-IQ si prestino meglio a confronti nazionali della qualità in quanto a numero minimo di casi, affidabilità e aggiustamento differenziato secondo il rischio (vedi selezione degli indicatori esaminati nella tabella 3 nell'annesso). Ne è emerso che, a determinate condizioni, una selezione di questi tassi di mortalità può essere utilizzata anche per confronti nazionali tra ospedali nella misura in cui si disponga di campioni di dimensioni sufficienti e si proceda a un aggiustamento differenziato secondo il rischio.

Le conclusioni tratte dal [progetto di ricerca](#), dal progetto commissionato dai dipartimenti cantonali della sanità e da una prima analisi svolta su iniziativa dell'ANQ⁴ mostrano che determinati PSI e tassi di mortalità sono idonei a un impiego nella misurazione nazionale della qualità.

1.4. Valore aggiunto di ulteriori indicatori della qualità tratti dai dati di routine

Investendo in indicatori di qualità tratti da dati di routine, l'ANQ assume un ruolo di guida e può influenzare la selezione di altri indicatori nazionali. In più, va incontro alle richieste di ospedali e cliniche di limitare la mole di lavoro legata alle misurazioni della qualità. I PSI e i tassi di mortalità possono essere ricavati dalla statistica medica e non generano pertanto alcun onere per il rilevamento dei dati da parte dei fornitori di prestazioni.

Ampliando il set di indicatori, ospedali, cliniche ed enti finanziatori dispongono inoltre di una panoramica della qualità di una completezza mai vista finora in Svizzera.

Considerando complicanze e tassi di mortalità nel piano di misurazione dell'ANQ, è possibile includere nella valutazione della qualità anche altri settori di presa a carico e gruppi di pazienti, come le complicanze postoperatorie durante la degenza ospedaliera, la mortalità dei pazienti dopo il manifestarsi di gravi complicanze (p.es. la cosiddetta *failure to rescue*) e le complicanze nell'ambito della ginecologia/ostetricia.

La combinazione degli ambiti complicanze, tassi di mortalità e riammissioni non pianificate consente di valutare queste tre dimensioni anche all'interno delle stesse popolazioni di pazienti (p.es. riammissioni con decesso successivo di pazienti con infarto miocardico acuto), così come si fa in altri paesi (p.es. il CMS⁵ negli Stati Uniti). Tramite il software Qlize! già installato per le riammissioni, è possibile svolgere analisi mirate fino al livello di caso e valutare in modo combinato diversi eventi rilevanti per la qualità all'interno degli stessi casi (p.es. in caso di complicanza seguita dal decesso del paziente). Il necessario ampliamento delle licenze di Qlize! viene messo a disposizione di ospedali e cliniche dall'ANQ.

³ Agenzia svizzera per la promozione dell'innovazione

⁴ Questa prima analisi è stata commissionata nel 2022 in preparazione della prima richiesta ai partner dell'ANQ per l'ampliamento del piano di misurazione.

⁵ Center for Medicare & Medicaid Services

2. Obiettivi

L'obiettivo del progetto pilota è selezionare tre-sei PSI e tre-sei tassi di mortalità quali indicatori dello sviluppo della qualità da sottoporre nuovamente a consultazione alle parti contraenti della convenzione nazionale sulla qualità ANQ 2011, affinché abbiano una base decisionale differenziata per l'ampliamento del piano di misurazione dell'ANQ.

Il progetto pilota, suddiviso in due fasi, persegue gli obiettivi seguenti.

Fase 1:

- un gruppo composto di esperte ed esperti selezionati tra i partner dell'ANQ (in particolare da ospedali e cliniche), e di specialiste e specialisti nazionali della qualità è chiamato a valutare gli indicatori;
- i risultati svizzeri esistenti sugli indicatori e i risultati internazionali selezionati vengono presentati al gruppo di esperti, e viene allestita una documentazione sul metodo di analisi proposto;
- il gruppo di esperti pondera l'utilità per ospedali e cliniche, nonché le opportunità e i limiti degli indicatori della qualità. La selezione viene ridotta a tre-sei indicatori;
- in collaborazione con l'UFSP, viene delineata la possibile cooperazione tra lo stesso UFSP e l'ANQ per l'implementazione di tassi di mortalità selezionati nel piano di misurazione dell'ANQ al fine di evitare doppioni e di sfruttare le sinergie.

Fase 2:

- nella nuova richiesta, la scelta del set di indicatori deve essere descritta e motivata in modo comprensibile, affinché i partner dell'ANQ possano decidere per ogni singolo indicatore se debba essere integrato nel piano di misurazione dell'ANQ o no;
- parallelamente a questo mandato di valutazione assegnato ai partner, gli ospedali e le cliniche che lo desiderano possono consultare le analisi di due anni di risultati individuali legati agli indicatori selezionati;
- i risultati di queste analisi vengono messi a disposizione degli istituti tramite il software Qlize!, cosicché possano farsene un'idea e verificare eventuali casi anomali;
- gli ospedali, le cliniche e i membri del gruppo di esperti valutano il rapporto onere/utilità nell'ottica del lavoro con gli indicatori supplementari.

Questa procedura in due fasi consente di venire incontro alle richieste di H+ e santésuisse, e di offrire alle parti contraenti un'eccellente base decisionale. Da un lato, le riflessioni teoriche del gruppo di esperti contribuiscono alla selezione degli indicatori, dall'altro le cliniche e gli ospedali interessati ricevono i loro risultati basati su due anni di rilevamento per una valutazione pratica.

3. Pianificazione del progetto

3.1. Organizzazione e coordinamento del progetto

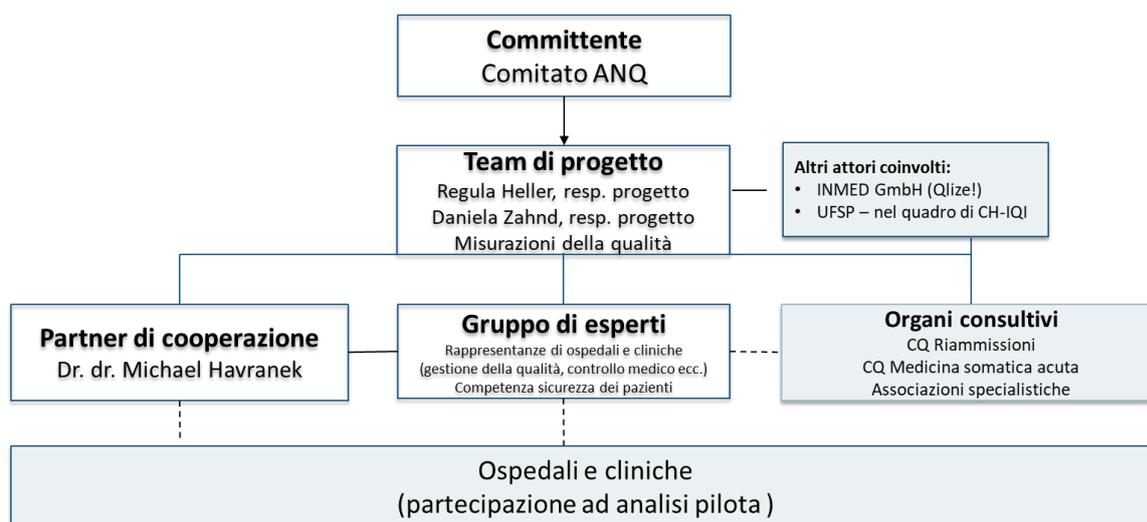


Figura 1: organizzazione del progetto

Il Comitato dell'ANQ è il **committente** del progetto pilota, della cui attuazione è responsabile il **team di progetto** del Segretariato generale dell'ANQ, composto da Regula Heller e Daniela Zahnd.

Il **dr. dr. Michael Havranek** svolge, su mandato dell'ANQ, le analisi con i dati messi a disposizione dagli ospedali e dalle cliniche partecipanti (nel formato della statistica medica), allestisce i documenti necessari per l'utenza, sostiene e consiglia il gruppo di esperti e il team di progetto nella selezione degli indicatori appropriati.

Il **gruppo di esperti** comprende rappresentanti degli ospedali e delle cliniche, nonché dei Comitati per la qualità competenti dell'ANQ (Riammissioni e Medicina somatica acuta). Verranno altresì coinvolti un'esperta o un esperto di sicurezza dei pazienti e l'UFSP per quanto riguarda i tassi di mortalità. Il gruppo di esperti annovera otto-quattordici persone. Durante il progetto pilota, sono previste tre sedute online di circa due ore e mezza ciascuna.

Il **Comitato per la qualità Riammissioni** e il **Comitato per la qualità Medicina somatica acuta** vengono informati regolarmente sullo svolgimento dei lavori e consultati per un'eventuale convalida dei risultati.

La **INMED**, partner di cooperazione di lunga data dell'ANQ, fornisce il software Qlize! ed è responsabile del suo ampliamento. Qlize! verrà predisposto per la fase pilota in collaborazione con il dr. dr. Havranek.

Una volta selezionati PSI e tassi di mortalità, le associazioni specialistiche verranno all'occorrenza consultate in funzione della disciplina interessata dal set di indicatori.

3.2. Fasi del progetto e attività



Figura 2: fasi del progetto

3.2.1. Fase 1

La fase 1 comprende le attività seguenti:

- costituzione del gruppo di esperti e pianificazione dello svolgimento;
- ottenimento di un consenso in merito ai criteri di selezione per PSI e tassi di mortalità appropriati;
- presentazione dei risultati nazionali e internazionali esistenti sugli indicatori e messa a disposizione della documentazione sul metodo di analisi proposto;
- discussione riguardo all'utilità, alle opportunità e ai rischi di ogni singolo indicatore, e relativa elaborazione;
- selezione di tre-sei indicatori appropriati al fine di presentare una nuova richiesta ai partner dell'ANQ;
- elaborazione di una possibile collaborazione tra l'ANQ e l'UFSP per l'implementazione di tassi di mortalità selezionati nel piano di misurazione dell'ANQ al fine di evitare doppioni e di sfruttare le sinergie;
- nuova richiesta ai partner dell'ANQ, chiamati a valutare individualmente ogni singolo indicatore selezionato sulla base dell'argomentazione e delle raccomandazioni del gruppo di esperti;
- come preparazione alla fase 2, richiesta a tutti gli ospedali e a tutte le cliniche di partecipare facoltativamente alle analisi degli PSI e dei tassi di mortalità selezionati. Gli istituti interessati comunicano all'ANQ il loro consenso all'analisi dei loro dati (nel formato della statistica medica) già in possesso della INMED per l'analisi dei tassi di riammissione.

3.2.2. Fase 2

La fase 2 comprende le attività seguenti:

- fornitura dei dati dalla INMED al dr. dr. Havranek per l'analisi degli ospedali e delle cliniche partecipanti;
- analisi dei dati degli istituti partecipanti nel formato della statistica medica 2023;
- messa a disposizione dei risultati dei dati 2023 agli ospedali e alle cliniche partecipanti tramite Qlize!;
- messa a disposizione di tutti i documenti necessari agli ospedali e alle cliniche partecipanti;
- analisi dei dati degli istituti partecipanti nel formato della statistica medica 2024;
- messa a disposizione dei risultati dei dati 2024 agli ospedali e alle cliniche partecipanti tramite Qlize!;

- valutazione da parte dei partner dell'ANQ degli indicatori da integrare nel piano di misurazione sulla base delle riflessioni teoriche del gruppo di esperti e delle esperienze pratiche degli ospedali e delle cliniche con i loro risultati.

3.3. Tappe e scadenze

La fase 1 dura da ottobre 2024 a marzo 2025, la fase 2 da febbraio a giugno 2025.

Tappe fase 1	Responsabile	Scadenza
Costituzione del gruppo di esperti e richiesta di partecipazione all'analisi facoltativa a ospedali e cliniche	ANQ	Ott. 2024
Elaborazione e selezione degli PSI e dei tassi di mortalità appropriati in seno al gruppo di esperti e in collaborazione con l'UFSP	ANQ	Nov.-dic. 2024
Decisione del Comitato dell'ANQ in merito alla nuova richiesta	ANQ	Gennaio 2025
Nuova richiesta di selezione di PSI e tassi di mortalità con argomentario all'attenzione dei partner dell'ANQ	ANQ	Marzo 2025
Tappe fase 2	Responsabile	Scadenza
Analisi e messa a disposizione dei risultati dei dati 2023 agli ospedali e alle cliniche partecipanti	MH/INMED	Febb. 2025
Analisi e messa a disposizione dei risultati dei dati 2024 agli ospedali e alle cliniche partecipanti (insieme ai tassi di riammissione secondo i dati 2024 degli istituti)	MH/INMED	Fine maggio 2025
Termine per la presa di posizione in merito alla richiesta da parte dei partner dell'ANQ	ANQ	Giugno 2025

Tabella 1: scadenze

3.4. Finanziamento

I costi per lo svolgimento della fase pilota comprendono le spese per l'analisi, l'allestimento della documentazione, l'accompagnamento al gruppo di esperti da parte del dr. dr. Havranek, il lavoro della INMED per la messa a disposizione a ospedali e cliniche dei risultati tramite Qlize!, la comunicazione e le traduzioni.

Il progetto è finanziato dall'ANQ. Le esperte e gli esperti ricevono un onorario a seduta ai sensi del regolamento spese dell'ANQ. Per gli ospedali e le cliniche, la partecipazione alle due analisi pilota è gratuita.

3.5. Protezione dei dati e accordi contrattuali

La collaborazione con il dr. dr. Havranek e la INMED è già disciplinata contrattualmente. Nell'ottica delle esigenze in materia di protezione e sicurezza dei dati, con entrambi sono stati stipulati accordi per il trattamento dei dati nell'ambito di questo mandato.

4. Annesso

Patient Safety Indicators (AHRQ)
PSI 2: Death rate in low-mortality diagnosis related DRG-Groups
PSI 3: Pressure ulcer rate
PSI 4: Death rate among surgical inpatients with serious treatable complications
PSI 5: Retained surgical item or unretrieved device fragment count
PSI 6: Iatrogenic pneumothorax rate
PSI 7: Central venous catheter-related blood stream infection rate
PSI 8: In hospital fall with hip fracture rate
PSI 9: Postoperative hemorrhage or hematoma rate
PSI 10: Postoperative acute kidney injury requiring dialysis rate
PSI 11: Postoperative respiratory failure rate
PSI 12: Perioperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis
PSI 13: Postoperative sepsis rate
PSI 14: Postoperative wound dehiscence rate
PSI 15: Abdominopelvic accidental puncture or laceration rate
PSI 17: Birth trauma rate-injury to neonate
PSI 18: Obstetric trauma rate-vaginal delivery with instrument
PSI 19: Obstetric trauma rate-vaginal delivery without instrument

Tabella 2: Patient Safety Indicators della AHRQ

Tassi di mortalità selezionati (da CH-IQI)
A.1.1.M DP infarto miocardico (età >19), mortalità
A.2.1.M DP insufficienza cardiaca (età >19), mortalità
B.1.1.M DP colpo apoplettico, tutte le forme (età >19), mortalità
D.1.1.M DP polmonite, mortalità
D.2.1.M BPCO senza tumore (età >19), mortalità
D.4.1.M Resezioni di polmone o bronchi, totale, mortalità
E.4.1.M Resezioni coloretali, totale, mortalità
I.3.1. M Frattura del collo del femore (età > 19), mortalità
J.2.1.M DP sepsi, mortalità

Tabella 3: tassi di mortalità CH-IQI selezionati