

Versione riveduta degli indicatori di qualità (CH-IQI versione 3.1)

Daniel Zahnd^a, Thomas Mansky^b

Verso la trasparenza nella qualità

Il miglioramento qualitativo dei risultati è un requisito scontato per qualsiasi procedura medica e già da tempo, a livello specialistico, esso rappresenta un obiettivo primario sia in ambito scientifico sia nella prassi clinica.

Nonostante l'elevato livello già raggiunto, vi è spazio per ulteriori miglioramenti. Condizione preliminare è però una misurazione dei risultati effettuata secondo criteri di omogeneità e comparabilità. Nella prassi specialistica interna è frequente la valutazione di indicatori di processo, come per esempio la percentuale di pazienti infartuati che una volta dimessi ricevono l'aspirina come prevenzione secondaria. Tuttavia, tali indicatori di processo comportano considerevoli oneri di acquisizione, non sono totalmente immuni da manipolazioni e, tenuto conto della grande complessità delle procedure, analizzano solo frazioni dell'intero processo terapeutico.

Parallelamente alle specifiche metodiche orientate ai processi per uso interno, a livello internazionale si stanno sviluppando procedure di misurazione qualitativa dei risultati utilizzabili anche a livello pubblico. Il vantaggio di tali procedure risiede nel fatto che, ai fini della misurazione, vengono utilizzati dati provenienti dalla statistica ufficiale sulla salute, la cui acquisizione è obbligatoria per legge. Ciò le rende più complete delle semplici procedure di notifica e solitamente anche meno esposte a manipolazioni.

Negli Stati Uniti, la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha sviluppato indicatori di qualità (AHRQ 2006) che in base ai dati disponibili vengono utilizzati per i resoconti ospedalieri da organizzazioni sia statali che private. Molti Stati federali rendono disponibili i risultati in Internet.

Gli indicatori di qualità pubblicati per la prima volta dall'UFSP nel 2009 (nella versione 1.1) erano originariamente basati su un progetto del gruppo Helios Kliniken GmbH. In seguito, a partire dall'anno 2000, è andato evolvendosi un sistema statistico che, pur essendo parzialmente assimilabile ai suddetti indicatori

dell'AHRQ statunitense, è nettamente più differenziato, più completo e più rispondente alla situazione europea. In quel frattempo il Gruppo Helios ha rilevato in rapida successione un notevole numero di ospedali pubblici. Gli indicatori hanno consentito, a seguito di rilevamenti effettuati in tempi brevissimi e con un dispendio minimo, di ottenere un quadro generale delle prestazioni degli ospedali coinvolti per quanto concerne sia i rispettivi ambiti terapeutici, sia i punti di forza e di debolezza nei vari campi delle prestazioni. I miglioramenti ottenuti presso il Gruppo Helios sono scientificamente documentati e comprovano la positiva implementazione del sistema.

Per questa analisi valutativa si è potuto contare sulla disponibilità di dati in formato elettronico e strutturati secondo quanto prescritto dalla legge, compilati in funzione dei DRG e della statistica ufficiale. Tali dati, disponibili in formato omogeneo, hanno consentito una valutazione standardizzata. Presto ci si è convinti che una simile analisi avrebbe potuto prestarsi anche come punto di partenza per una gestione sistematica della qualità. Tuttavia, in considerazione della complessità della materia, un tale strumento non può certamente essere creato da un giorno all'altro: esso è quindi frutto di un graduale perfezionamento negli anni basato su una sperimentazione pratica, sostenuta da un dialogo costante e intenso tra responsabili della gestione della qualità e medici primari delle discipline specialistiche interessate, al punto che oggi possiamo ormai disporre di uno strumento alquanto maturo e in grado di assolvere alla sua funzione nel contesto di uno screening della qualità su scala nazionale.

Con l'avvio della «Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M)» (Iniziativa per la Medicina di qualità) e la pubblicazione di indicatori rielaborati come German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) nel settore «Sviluppo strutturale e gestione della qualità nella sanità pubblica» della UT di Berlino, lo strumentario è generalmente disponibile dal

^a Dr. phil. Daniel Zahnd, responsabile gestione della qualità, Inselspital, Ospedale Universitario di Berna

^b Prof. dr. med. Thomas Mansky, settore sviluppo strutturale e gestione della qualità nella sanità pubblica, Università tecnica di Berlino

2008 (Mansky et al. 2011a). IQ^M è un'associazione di ospedali che, oltre alla divulgazione dei risultati, persegue una gestione strutturata della qualità nel cui ambito, a partire da risultati anomali, le procedure di trattamento vengono analizzate e migliorate attraverso metodologie di valutazione tra pari (peer review) volte a rendere omogeneo verso l'alto il livello qualitativo dei risultati delle cliniche associate.¹

L'approccio è a un tempo semplice e affascinante: in presenza di risultati anomali accertati attraverso una parametrizzazione dei valori di riferimento ponderati del rischio, gli ospedali interessati si sottopongono a una discussione strutturata dei casi in questione, volta a evidenziare i punti deboli delle procedure terapeutiche. Questa peer review non è altro che una discussione collegiale a livello di medici primari. In questo processo globale, la rappresentazione degli indicatori di qualità va quindi vista soprattutto come «base di lancio» verso il processo di miglioramento vero e proprio.

German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)

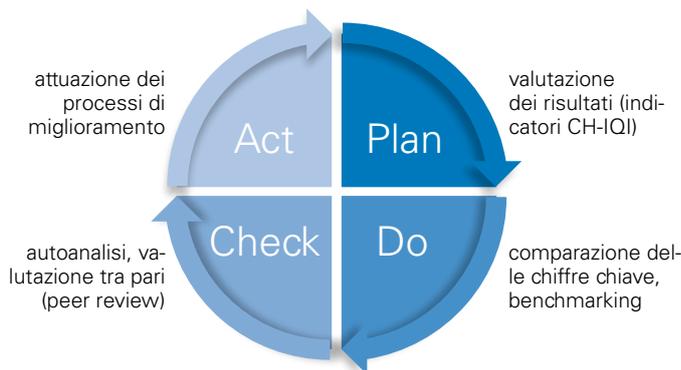
La Cattedra di sviluppo strutturale e gestione della qualità nella sanità pubblica presso l'Università tecnica di Berlino, in collaborazione con la Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M), si sta attualmente occupando dell'ulteriore sviluppo degli indicatori, oggi disponibili nella versione 3.1 come German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) (Mansky et al. 2011a). In questo processo di costante perfezionamento confluiscono anche, in particolare, le conoscenze e gli esiti delle discussioni provenienti dall'applicazione degli indicatori in Svizzera.

Per quanto concerne gli otto quadri clinici più importanti, i cui dati sono disponibili in Germania a livello nazionale, gli indicatori G-IQI versione 3.1 coprono già il 36 per cento dei decessi registrati negli ospedali tedeschi. Trattandosi di quadri clinici con tassi di mortalità concretamente influenzabili anche con miglioramenti qualitativi, l'impiego degli indicatori nell'ambito di un sistema di gestione della qualità finalizzato al miglioramento dei processi consente talvolta di ottenere risultati notevolmente migliori. Oltre al tasso di mortalità, il nuovo sistema ha per oggetto anche importanti dati quantitativi nonché indicatori di processo e terapeutici.

G-IQI 3.1 rappresenta attualmente la raccolta più completa di indicatori della qualità direttamente utilizzabili sulla scorta di dati amministrativi. Nella prassi ospedaliera, la serie di indicatori G-IQI è di supporto a procedure integrate per il costante miglioramento della qualità dei risultati e manifesta pienamente la sua efficacia se integrata in un sistema interno coordinato di gestione della qualità.

Secondo i principi di gestione della qualità, il processo di miglioramento continuo va inteso come sequenza logica del cosiddetto ciclo PDCA («Plan», «Do», «Check», «Act»). Si tratta di stabilire con quali contenuti tale processo di miglioramento debba essere stimolato. La misurazione mediante dati di routine rappresenta in questo caso uno strumento adeguato, poiché è in grado di evidenziare eventuali carenze di reparti o cliniche.

Grafico 1: ciclo PDCA supportato da indicatori



Inoltre, il sistema può contribuire all'analisi dell'assistenza sanitaria. Oltre a fornire dati quantitativi importanti per alcuni quadri clinici, esso mette in luce anche specifiche caratteristiche inerenti ai metodi di cura: ad esempio se, in quali cliniche e in quale percentuale possono essere esaminati e trattati gli infarti miocardici acuti con cateterismo al cuore sinistro. Tutte queste analisi possono indubbiamente stimolare le auspiccate e necessarie discussioni in ambito specialistico.

¹ Initiative Qualitätsmedizin: www.initiative-qualitaetsmedizin.de

Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI)

L'implementazione degli indicatori in base ai dati della Svizzera può avvenire in modo compiuto solo laddove i sistemi di classificazione svizzeri e di acquisizione dei dati della Statistica medica degli ospedali lo consentono. Da quando il rilevamento dei dati è iniziato, sono state impiegate le versioni elencate nella tabella 1.

Tabella 1: Quadro generale delle versioni di sistemi di classificazione adottate nella Statistica medica

Anno	Classificazione terapeutica	Classificazione diagnostica
1998-2000	CHOP versione 1-4	ICD-10 WHO
2001-2003	CHOP versione 5	ICD-10 WHO
2004	CHOP versione 6	ICD-10 WHO
2005	CHOP versione 7	ICD-10 WHO
2006	CHOP versione 8	ICD-10 WHO
2007	CHOP versione 9	ICD-10 WHO
2008	CHOP versione 10	ICD-10 WHO
2009	CHOP versione 11	ICD-10 GM 2008 / WHO
2010	CHOP versione 11	ICD-10 GM 2008 / WHO
2011	CHOP versione 2011	ICD-10 GM 2010 / WHO
2012	CHOP versione 2012	ICD-10 GM 2010 / WHO

Dalla tabella si evince come negli ultimi anni i sistemi di classificazione abbiano subito modifiche soprattutto in ambito terapeutico e meno in quello diagnostico. La rielaborazione della Classificazione svizzera degli interventi chirurgici è avvenuta con cadenza annuale, salvo un'eccezione, mentre la classificazione diagnostica è stata riveduta solo due volte, la prima nel 2009 con l'adozione della codifica ICD-10 GM 2008 e poi negli anni 2010 e 2011 (ICD-10 GM 2010). Come noto, oltre a quella tedesca, in Svizzera devono essere gestite anche una versione francese e una italiana dei sistemi di classificazione.

Per la trasposizione dei G-IQI si è trattato innanzitutto di comprendere fino a che punto fosse possibile definire la specifica CH-IQI per tutti gli anni disponibili per l'analisi o se invece, analogamente ai sistemi DRG, fosse possibile formulare di volta in volta una versione con validità annuale. L'analisi della situazione svizzera ha indicato che al momento fosse possibile effettuare una rielaborazione compatibile con sistemi precedenti. La

transcodifica ha potuto essere eseguita fino allo stato più attuale dei dati disponibili e dei sistemi di classificazione adottati, conservando nella specifica degli indicatori i codici che nel corso del tempo erano stati depennati dalle classificazioni. Ai fini del computo degli indicatori di qualità, ciò si è tradotto nella possibilità di estendere l'utilizzo della specifica, oltre ai dati pubblicati dall'UFSP per i periodi 2008 e 2009, anche ai dati del 2011. Considerata la prevedibile revisione annuale dei sistemi di codifica legata all'introduzione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), la cosa migliore sarebbe però una definizione specifica su base annuale anche degli indicatori CH-IQI.

Un altro importante aspetto di cui tener conto nell'analisi degli indicatori di qualità è la questione delle regole di codifica nella documentazione medica. L'Ufficio federale di statistica (UST) pubblica a tale scopo manuali di codifica contenenti le attuali direttive della segreteria di codifica dell'UST, patrocinatrice dei cataloghi e delle regole di codifica.

Nell'introduzione del sistema DRG svizzero, peraltro equivalente nelle sue linee fondamentali ai G-DRG tedeschi, si deve presumere che nel corso del tempo le regole di codifica – e quindi la codifica stessa – andranno sempre più allineandosi per entrambi i Paesi. È ad esempio il caso delle differenze nella definizione di diagnosi primaria. Mentre in Germania, dopo l'introduzione dei DRG, la diagnosi primaria può riguardare per definizione i soli casi di malattie preesistenti al ricovero (quand'anche diagnosticate durante la degenza), in Svizzera essa può riferirsi anche a «nuove affezioni non ancora rilevabili al momento del ricovero del paziente», estendendosi quindi anche a eventuali complicanze post-ricovero (p. es. infarto del miocardio dopo l'intervento). Sebbene di ciò vada tenuto conto nelle comparazioni con i risultati tedeschi o americani, riteniamo che nella maggior parte dei casi i riflessi sugli indicatori CH-IQI siano relativamente trascurabili.

La classificazione procedurale tedesca OPS 301 è al momento molto più dettagliata della CHOP svizzera. Esiste dunque l'eventualità che determinati indicatori G-IQI non possano essere parzialmente o integralmente implementati nel sistema svizzero. Casi di questo tipo vengono illustrati più in dettaglio nel manuale delle definizioni pubblicato parallelamente.

Nella nuova versione degli G-IQI sono stati introdotti anche elementi tratti dalla precedente specifica svizzera e dal suo ulteriore sviluppo, quali ad esempio, in materia di infarto del miocardio, l'analisi delle accettazioni da altri ospedali o la ripartizione in base a STEMI / NSTEMI. Una nuova armonizzazione con la Svizzera è avvenuta, ad esempio, anche nella definizione del colpo apoplettico. L'intenso scambio di esperienze specialistiche va a beneficio dell'ulteriore perfezionamento del sistema tedesco G-IQI e in pari misura di quello svizzero CH-IQI.

Collaborazione con gli ospedali universitari svizzeri

Nel contesto di uno specifico gruppo di lavoro, gli ospedali universitari svizzeri hanno elaborato proposte di miglioramento degli indicatori. Nel luglio 2009, su iniziativa dell'organo di coordinamento degli ospedali universitari e dei grandi ospedali cantonali «Groupe des Quinze» (G-15), è stato redatto al riguardo un documento destinato all'UFSP in cui si confermava il sostanziale sostegno al progetto degli indicatori di qualità, auspicando una struttura di reporting su scala nazionale inerente all'erogazione dei servizi ospedalieri e sottolineando l'efficienza di costo derivante da un robusto impiego dei dati di routine.

Nel contempo si sono però anche evidenziati alcuni punti suscettibili di miglioramento: il più importante proponeva di accordare a tutti gli istituti ospedalieri la possibilità di commentare direttamente i rispettivi risultati contestualmente alla loro pubblicazione. Tale possibilità è stata successivamente concessa dall'UFSP con la pubblicazione dei risultati relativi all'anno 2010.

Negli anni 2009 e 2010, un gruppo di lavoro del G-15 ha elaborato in numerosi workshop e trasmesso all'UFSP ulteriori proposte di miglioramento. Una delle più importanti riguardava una più sollecita disponibilità dei risultati, ovvero in tempi più brevi rispetto ai due anni dopo la loro rilevazione. Tuttavia, questo aspetto – profondamente radicato nel sistema di rilevazione dei dati di routine – non appare rapidamente modificabile, in quanto i dati della statistica medica vengono trasmessi tramite i Cantoni e il processo che li rende disponibili a livello nazionale presso l'UST richiede quasi un anno. È però importante che gli ospedali possano effettuare autonomamente calcoli basati su dati attuali, il che è reso possibile con la pubblicazione della specifica.

Altre riserve sono emerse in tema di ponderazione dei rischi, per la quale vengono richiesti opportuni perfezionamenti. L'attuale metodo di standardizzazione in base all'età e al sesso ha il vantaggio di essere semplice e comprensibile. Inoltre, l'aggiustamento in base a età e sesso non è legato alla qualità della codifica (ad esempio delle diagnosi secondarie) e praticamente non è manipolabile. Va inoltre tenuto presente che la comparsa di molte delle possibili patologie collaterali è correlata con l'età e quindi, viene indirettamente considerata.

La definizione dei casi clinici era un altro punto in discussione: nei registri clinici un «evento» indica solitamente un intervento chirurgico specifico. Soprattutto all'interno di grandi ospedali, essi vengono talvolta considerati come nuovi casi clinici. Sono quindi gli interventi a essere «conteggiati» e non i pazienti, ad esempio quando durante una degenza ospedaliera vengono eseguiti più interventi con cateterismo del cuore sinistro. Tuttavia, nella statistica medica e di conseguenza anche negli indicatori CH-IQI, le date di ricovero e di dimissione vengono considerate come punti d'inizio e di fine del caso, il che in ultima analisi appare corretto sia nell'ottica dell'analisi dell'outcome che delle metodiche di fatturazione in uso con gli assicuratori.

In linea di principio, potrebbero rientrare nella statistica anche i pazienti che a seguito di complicanze intervenute nella struttura di primo intervento vengono ricoverati in gravissimo stato in centri specializzati. È probabile che sia proprio questa circostanza a spiegare il più elevato tasso di mortalità generale negli ospedali universitari rispetto agli ospedali che prestano un'assistenza di base o alle cliniche private. Riguardo agli indicatori CH-IQI va però tenuto presente che non viene considerato il tasso di mortalità generale, bensì il tasso di mortalità inerente a un determinato intervento, la cui valutazione viene effettuata solo nel luogo stesso in cui esso viene eseguito. Una resezione del colon viene quindi valutata nell'ospedale che l'ha eseguita. In caso di nuovo intervento successivo al trasferimento del paziente in un altro nosocomio, esso potrebbe allora influire sul risultato del secondo ospedale solo se in quest'ultimo viene ripetuto un intervento analogo che riconduce a un corrispondente indicatore, il che solitamente non avviene qualora vengano trattate delle vere e proprie complicanze.

È però interessante notare come spesso venga a prodursi l'effetto contrario, ovvero che ospedali universitari ottengano risultati eccezionali in molti settori clinici grazie alla loro capacità di trattare con successo casi di particolare gravità attraverso una migliore gestione dei rischi e delle complicanze.

Fattori che influiscono sulla diversità dei risultati possono risiedere anche nei dati stessi. Ciò non sta necessariamente a indicare un'errata codifica delle diagnosi e delle cure; può anche darsi che i servizi responsabili non dispongano di informazioni abbastanza complete da consentire una corretta codifica della realtà clinica. In una prospettiva generale, occorre però osservare a tale riguardo che gli ospedali sono responsabili del corretto processo di codifica delle cure da essi prestate. I problemi di codifica non sono quindi imputabili agli indicatori CH-IQI, dovendo essere risolti all'interno degli ospedali stessi. Il sistema CH-IQI si limita a valutare i dati messi a disposizione dagli ospedali e che in linea di massima devono anche essere conformi alle prescrizioni di legge. Ciò nondimeno, come del resto avviene nell'attuazione di qualsiasi metodo di analisi, anche a livello di dati possono emergere dei problemi che, ovviamente a cura dell'ente ospedaliero, devono portare al miglioramento qualitativo dei dati stessi.

Qualora la rappresentazione dei risultati non sia possibile, viene di norma indicato come dato quantitativo il numero dei ricoveri, in quanto il paziente deve avere almeno il diritto di sapere quale tipo di esperienza abbia una determinata clinica nel trattamento dei relativi quadri clinici.

Un equivoco ricorrente riguarda la differenziazione tra tasso di mortalità in generale e tasso di mortalità dovuta a una malattia specifica. Gli attuali indicatori di qualità non servono per analizzare la mortalità in ambito ospedaliero, bensì la mortalità specificamente dovuta a malattie o a interventi chirurgici suscettibili di influenzarla. Quadri clinici pervenuti in fase terminale, come quelli ad esempio riscontrabili nella medicina palliativa, non costituiscono materia di analisi. Le presenti analisi non hanno per oggetto la mortalità ospedaliera, peraltro misurata in taluni altri tipi di approccio (definita anche come Hospital Wide Mortality Ratio). Gli indicatori si articolano in tassi di mortalità, casistiche cliniche, valori rilevati, indicatori di processo e indicatori di complicanze.

Nel caso della mortalità non si tratta quindi di prevenire tutti i casi di decesso in assoluto, ma di porsi come obiettivo della gestione della qualità la riduzione di complicanze e decessi potenzialmente evitabili.

Indicatori di qualità: commenti specifici

Qui di seguito sono riportati approfondimenti relativi a gruppi selezionati di malattie e a eventuali problemi di trasposizione degli indicatori. Quelli che in gran parte hanno potuto essere ripresi dalla versione esistente non vengono qui commentati, mentre sono invece descritti i casi nei quali la trasposizione è risultata impossibile. In merito alle spiegazioni vi rimandiamo in particolare al manuale delle definizioni G-IQI, che contiene una esauriente trattazione degli indicatori e, soprattutto, numerosi agganci alla letteratura scientifica che nel presente compendio non possono essere offerti (Mansky et al. 2011a). La versione svizzera del manuale delle definizioni CH-IQI è in preparazione. Ai lettori interessati a ulteriori approfondimenti segnaliamo anche i risultati del Congresso QMRs 2011 (Mansky et al. 2011b).

Cardiologia, chirurgia cardiaca e vascolare

Nella nuova versione, il gruppo degli interventi con cateterismo del cuore sinistro è stato fortemente esteso, offrendo quindi potenzialmente un quadro completo di questo tipo di trattamento ospedaliero in Svizzera. Si tratta di un'informazione importante, non agevolmente ricavabile né dalle statistiche DRG né dalle valutazioni dirette di interventi classificati in questo gruppo, tra l'altro a causa delle codificazioni multiple che non specificano la tipologia dei singoli casi.

In questo ambito, a rappresentare un fattore di rilievo non è solo la mortalità, ma anche il numero dei casi trattati. Va inoltre osservato che nel corso di una degenza possono essere effettuati diversi esami con cateterismo cardiaco, che tuttavia non vengono esposti separatamente: l'unità di analisi è rappresentata dalla degenza ospedaliera. Non rilevabili sono altresì esami con cateterismo cardiaco ambulatoriali, poiché i casi ambulatoriali non vengono registrati nella statistica medica. Il tipo di stent utilizzato non è indicato, allo scopo di evitare il rischio di falsi incentivi. Per diversi sottogruppi è tut-

tavia rilevabile il rapporto approssimativo tra gli esami con cateterismo di natura diagnostica e quelli di natura terapeutica, dato che può fornire orientamenti sulla stringenza della relativa indicazione.

Il gruppo degli interventi cardiaci è stato interamente rielaborato rispetto alla versione precedente. Ora è prevista una distinzione tra interventi isolati alle valvole cardiache e alle coronarie, altre operazioni e interventi combinati. I dati sulla casistica forniscono indicazioni sul numero dei trattamenti eseguiti.

Gli interventi cardiaci occupavano una delle primissime posizioni nella scala dei temi prioritari per il gruppo di lavoro degli ospedali universitari svizzeri. Raccomandata era una differenziazione tra «tutti gli interventi cardiaci» e la «sola chirurgia coronarica». Di riflesso, le proposte del gruppo di lavoro sono state integrate nel processo di perfezionamento dei G-IQI tenendo in considerazione anche la documentazione di riferimento internazionale. Inoltre, la proposta formulata dagli esperti svizzeri, di esporre dati relativi all'uso di macchine cuore-polmoni (MCP), non è stata accolta. Il motivo: l'impiego di MCP può essere un aspetto interessante per l'«addetto ai lavori», ma rappresenta una modalità procedurale nel cui ambito la tecnica di esecuzione riveste un ruolo piuttosto secondario nell'ottica della qualità qualitativa e quindi dell'outcome. Esso tende a definire piuttosto la tecnica preferita dai rispettivi team degli ospedali.

Nel capitolo degli interventi cardiaci figurano anche quelli alle valvole aortiche eseguiti con tecniche relativamente nuove a invasività minima. In Svizzera, tuttavia, questi ultimi possono essere esplicitamente codificati solo sulla base dei dati 2011. Interventi alle valvole aortiche antecedenti possono essere riportati solo genericamente, senza alcuna distinzione riguardo al grado di invasività. Per questa ragione l'indicazione degli interventi a invasività minima deve essere ancora rimandata in Svizzera.

Colpo apoplettico

Il colpo apoplettico rappresenta un importante quadro clinico, soprattutto nella prospettiva dell'invecchiamento della popolazione. In Svizzera, la mortalità ospedaliera a causa di colpo apoplettico si situa al 12,2 per cento (rispetto al 10,7 % della Germania) e occupa una quota del 6,5 per cento di tutti i decessi negli ospedali.

Con questa revisione degli indicatori rispetto alla versione precedente si è ottenuta una piena concordanza grazie alla loro attuazione sulla base della definizione tedesca. In passato esisteva una differenza di formulazione, a seguito della quale la definizione tedesca di colpo apoplettico non contemplava l'emorragia subaracnoideale (codice ICD I60).

Giustamente occorre distinguere tra i diversi tipi di colpo apoplettico, ossia tra infarto cerebrale (interruzione dell'afflusso di sangue, il cosiddetto insulto ischemico) ed emorragia cerebrale (emorragia intracerebrale ed emorragia subaracnoideale). Fondamentalmente, i quadri clinici si differenziano sul piano del trattamento e del rischio di mortalità. La distinzione delle diverse forme di questa patologia è clinicamente importante per la terapia, ma da una parte degli ospedali non viene esplicitamente evidenziata nei dati e, in Svizzera, questa realtà è avvalorata dalla quota ancora elevata (13,8 % nel 2009) di casi attribuiti al gruppo «Colpo apoplettico, non altrimenti specificato». Tale quota dovrebbe situarsi al di sotto del 5 per cento per rendere possibile una valutazione attendibile dei sottogruppi specifici (il valore medio in IQ^M è di 1,4 %), considerando inoltre che, con l'introduzione dei DRG, il dato diverrà importante anche ai fini della remunerazione nell'ambito del sistema G-DRG. La mortalità complessiva genericamente attribuibile a colpo apoplettico non rappresenta quindi un dato soddisfacente. In presenza di una codificazione più precisa, gli indicatori di qualità di interesse centrale riguarderebbero soprattutto la voce «infarto cerebrale». Tuttavia, finché la mancanza di tale codificazione più precisa non consente questa stratificazione del rischio (a causa dell'eccessiva quota di casi attribuiti a colpi apoplettici non altrimenti specificati) ci si deve basare sul valore globale. Entrambi sono tuttavia esposti negli indicatori. In relazione alle discussioni che in Svizzera si sono sviluppate intorno al tema del trattamento di colpi apoplettici, questo capitolo offre interessanti indicazioni, dato che è esposta la quota di pazienti che hanno fruito di trattamenti neurologici complessi in una «Stroke Unit» specializzata. La codificazione del trattamento neurologico complesso è tuttavia possibile solo a partire dai dati 2009. Al momento, in Svizzera non è possibile neppure una codificazione sufficientemente dettagliata della trombolisi per la terapia di infarti cerebrali, un tipo di trattamento per il quale è previsto unicamente un codice generale.

Nuovo in questo capitolo è anche il gruppo degli attacchi ischemici transitori (TIA), che costituiscono una forma più leggera di colpo apoplettico oppure una sua potenziale manifestazione preliminare. Anche in questo caso viene indicata la quota di casi trattati da una Stroke Unit. I pazienti con TIA presentano nell'immediato disagi meno gravi, ma proprio per motivi di prevenzione di colpi apoplettici più seri necessitano di trattamenti molto accurati. Grazie alla presentazione di entrambe le «varianti» di colpo apoplettico vengono inoltre evidenziati i movimenti tra i due gruppi nel corso del tempo.

Anche la sempre più importante assistenza nel quadro della «riabilitazione geriatrica precoce» viene ora trattata negli indicatori, con una differenziazione a seconda del grado di gravità (indice Barthel). Poiché in Svizzera la codificazione è possibile solo dal 2009, anche i dati relativi a questa voce non saranno inizialmente affidabili.

Malattie polmonari

Nel quadro della rielaborazione degli indicatori, il gruppo di quelli relativi alla polmonite è stato esteso alle malattie polmonari ostruttive croniche (COPD). L'adozione di questo gruppo di patologie come indicatore non rappresenta di per sé una novità e rispecchia una pratica già da tempo in uso nei sistemi internazionali. È pervista la differenziazione per grado di gravità, purché sia codificato dalle cliniche. L'indicatore «Quota grado di gravità, non altrimenti specificato» indica in tal caso la precisione con la quale il grado di gravità viene specificato dalla clinica, per così dire a titolo di indicatore della qualità di codificazione (di competenza dell'ospedale).

Per il gruppo di malattie «cancro polmonare», come per tutte le altre patologie tumorali, non esistono indicatori di qualità a seguito della complessità del quadro clinico e del lungo decorso della malattia. Questi ultimi aspetti non sono gestibili con i soli dati degli ospedali (v. anche Prospettive). L'indicazione del numero di casi fornisce un orientamento in merito all'esperienza di una clinica con questo quadro clinico. Nella selezione dei casi sono incluse anche le diagnosi secondarie, poiché molti trattamenti possono essere correlati direttamente o indirettamente con il cancro polmonare a seguito di un'altra diagnosi principale.

Interventi chirurgici sugli organi addominali

A questo gruppo appartiene una serie di importanti interventi e quadri clinici che riguardano la zona addominale. In primo luogo l'asportazione della cistifellea in caso di calcoli (colecistectomia), un intervento che, nell'ottica del profano, non dovrebbe causare decessi e che in effetti ne è raramente responsabile (tema sicurezza del paziente). È tuttavia opportuno che tali casi di decessi, quand'anche molto sporadici, siano resi noti, affinché possano essere esaminati dai responsabili interni della gestione della qualità ed eventualmente condurre agli opportuni miglioramenti della sicurezza.

Interessante è anche la quota di interventi misti, ossia iniziati con la raccomandabile tecnica laparoscopica (a invasività minima) e che nel corso dell'operazione hanno richiesto il passaggio alla tecnica a cielo aperto (laparotomia). La quota di interventi di questo genere, esposta nei G-IQI, non è ancora codificabile in Svizzera a causa della mancanza del codice CHOP.

Anche nel gruppo delle operazioni di ernia viene ora esposto il tasso di mortalità a titolo di valore di osservazione, per il quale valgono per analogia le summenzionate indicazioni a proposito degli interventi a basso rischio.

A titolo di informazione quantitativa vengono ora indicati anche gli interventi alla tiroide. La quota di casi di ventilazione assistita viene indicata in relazione a complicazioni legate al manifestarsi di paresi ricorrentiali (bilaterali) o di altre gravi complicanze.

Sono altresì indicate diverse frequenti e importanti operazioni su colon e retto (resezioni coloretali). Il rischio viene stratificato in funzione di patologie tumorali, diverticolosi, ischemie (insufficienze di irrorazione sanguigna), patologie infiammatorie croniche, malformazioni vascolari e altre cause che conducono a interventi chirurgici intestinali.

Operazioni alle arterie del bacino/delle gambe

Gli interventi alle arterie del bacino e delle gambe (ilia-co-femorali) sono una nuova voce degli indicatori G-IQI 3.1 e figurano anche nella versione svizzera, con differenziazione dei rischi in funzione delle rispettive classi di gravità secondo Fontaine e di altri gruppi diagnostici

che possono condurre agli interventi chirurgici del caso. Un problema che si è presentato nella trasposizione degli indicatori è stata la mancanza, nella classificazione svizzera (CHOP 39.29), di una precisa distinzione tra shunt e bypass. Pertanto, i codici contenenti un bypass potrebbero in parte inglobare anche interventi con shunt non a essi attribuibili. Tuttavia, in ambito iliaco-femorale il problema dovrebbe numericamente rivelarsi di portata molto marginale. Le operazioni con bypass possono essere codificate sia sotto CHOP 39.25 che 39.29.

Neonati per peso alla nascita

Questa nuova voce a catalogo intende considerare l'aspetto dell'assistenza sanitaria fornita a neonati e segnatamente a neonati prematuri con basso peso alla nascita. La questione delle cure prestate a questi ultimi è stata discussa ancora relativamente poco in Svizzera.

Nefrectomia

Nel gruppo dei pazienti sottoposti a nefrectomia va segnalata la diversa definizione delle quote relative agli interventi laparoscopici, poiché in Svizzera la codificazione esplicita della nefrectomia laparoscopica non è possibile. Ci viene in soccorso la «Presenza del codice laparoscopia» nella piattaforma di dati, ma probabilmente ciò implica una sottovalutazione della quota di laparoscopie.

Il gruppo di lavoro degli ospedali universitari svizzeri ha sollevato il problema della nefrectomia per politrauma: in alcuni casi, i pazienti con gravi lesioni devono subire l'asportazione dei reni (nefrectomia per politrauma o traumatismo multiplo), intervento che non rientra in questo gruppo. In futuro questi casi eccezionali dovranno possibilmente essere esclusi.

Nella versione 3.1 fanno la loro comparsa gli interventi chirurgici alla vescica urinaria, sia quelli transuretrali che di asportazione totale.

Per il trattamento di calcoli renali vengono fornite informazioni quantitative.

Chirurgia ortopedica e della colonna vertebrale

Gli indicatori in questo settore specifico, che ricalcano in ampia misura quelli precedentemente adottati, coprono le fratture del collo femorale e pertrocanteriche. La proposta del gruppo di lavoro degli ospedali universitari

svizzeri, mirata a escludere le fratture patologiche, non ha potuto essere accolta a fronte dell'esigenza di assicurare in ambito G-IQI la compatibilità con le definizioni internazionali. Tuttavia, va osservato che le fratture patologiche sarebbero automaticamente escluse dall'indicatore qualora un tumore rappresentasse la diagnosi principale (frattura = diagnosi secondaria).

Riguardo alle protesi dell'anca e del ginocchio, la versione rielaborata prevede – come già la precedente – una distinzione tra sostituzione e revisione. La novità è rappresentata dall'indicazione specifica di endoprotesi tumorali, in conformità con le relative proposte formulate dal gruppo di lavoro degli ospedali universitari svizzeri.

Una voce importante e nuova in questa versione degli indicatori è rappresentata dagli interventi alla colonna vertebrale, che prevede anche un sottogruppo dedicato alle operazioni ai dischi intervertebrali.

Respirazione artificiale

La selezione dei pazienti precedentemente praticata per questo indicatore veniva effettuata mediante codice di trattamento, precisamente il codice CHOP 96.7 «Ventilazione meccanica continua». È possibile la distinzione tra «di durata non specificata» (96.70), «per meno di 96 ore consecutive» (96.71) e «per 96 ore consecutive e più» (96.72), ma in questo modo il gruppo «per oltre 24 ore» previsto nella formulazione tedesca degli indicatori non può essere replicato nella versione svizzera.

Nei dati tedeschi è prevista una variabile per la registrazione della durata in ore della respirazione artificiale. A seguito dell'adozione del sistema tedesco DRG a partire dai dati 2009, questa indicazione è possibile anche in Svizzera in un campo separato. La premessa è che gli ospedali compilino correttamente questo campo, cosa che appare piuttosto improbabile nel primo anno di introduzione. Pertanto, i tempi di respirazione artificiale di questo segmento («per oltre 24 ore») non possono ancora essere indicati. In CH-IQI figura il gruppo dei pazienti sotto respirazione artificiale «per oltre 96 ore». Ciò riguarda anche due ulteriori indicatori relativi ad altri gruppi, segnatamente «Ventilazione assistita in operazioni coronariche» e «Ventilazione assistita in resezioni della tiroide», per le quali vengono pure indicati i pazienti sotto respirazione artificiale per oltre 96 ore.

Alla luce della struttura complessa dei rischi, la mortalità di pazienti sotto respirazione artificiale non si presta a raffronti diretti. Tuttavia, in caso di aumento piuttosto sostenuto (dal 35 % bis 50 %) o molto sostenuto (oltre il 50 %) dei valori di mortalità, i relativi casi di decessi forniscono per esperienza indicazioni straordinariamente affidabili nel quadro di processi interni di miglioramento, soprattutto se condotti con il metodo «peer review». Infatti, proprio a fronte della elevata complessità dei casi trattati, l'analisi retrospettiva della documentazione clinica dei pazienti porta spesso in evidenza molteplici possibilità di miglioramento, con riguardo sia al trattamento dei casi di respirazione artificiale che delle misure destinate a evitare complicazioni che possano renderla necessaria. L'attuazione delle possibilità di miglioramento ravvisate può influenzare notevolmente la mortalità in questo settore.

Quota di autopsie

La quota di autopsie – un nuovo indicatore nei G-IQI – non viene per il momento analizzata in Svizzera. Benché il codice di trattamento sia potenzialmente disponibile (CHOP 89.8 «Autopsia») e le autopsie siano potenzialmente in grado di fornire a posteriori preziose informazioni relative alla diagnosi, l'applicazione di tale codice non appare ancora attendibile, rendendo quindi inopportuna la valutazione dei vecchi dati. Inoltre, nella versione CHOP 2011 la codificazione è stata modificata per effetto dell'introduzione di un nuovo codice (CHOP 89.81).

In Germania sono state constatate discrepanze relativamente elevate nei tassi autoptici, ma questo rilievo può essere giustificato anche dalla codificazione. In virtù della definizione casistica della statistica medica, un paziente dovrebbe essere considerato «dimesso» dopo la sua morte, ciò che di conseguenza escluderebbe a priori la codificazione delle autopsie. L'adozione di questo indicatore in Svizzera richiederebbe quindi un precisazione delle regole di codificazione.

Prospettive

I miglioramenti qualitativi premettono una misurazione oggettiva della qualità. L'arte di mettere a punto indicatori di risultati consiste soprattutto nella capacità di ricavare, dai dati disponibili, indicazioni concrete che da un lato possano assicurare ai pazienti significativi progressi nelle prestazioni e, dall'altro, consentano agli «addetti ai lavori» di prendere coscienza del potenziale di miglioramento esistente. Non tutte le complicazioni o gli eventi indesiderati possono essere evitati, ma la loro quota può essere spesso ridotta mediante una gestione della qualità orientata ai risultati.

Oggi numerosi aspetti non sono misurabili con i dati di routine, ma d'altronde molto di ciò che è misurabile non viene utilizzato a scopo di miglioramento. Si tratta quindi di discutere non solo su ciò che (ancora) non funziona, ma soprattutto su ciò che i dati disponibili rendono già fattibile. In futuro si attiverà un processo iterativo: quello che oggi non è registrabile attraverso i dati codificati, in futuro potrà essere considerato nelle classificazioni (diagnosi e/o procedure), diventando quindi analizzabile. L'ulteriore perfezionamento della codificazione non si inquadra pertanto solo in una prospettiva economica (distinzioni più nitide nella valutazione dei costi), ma anche in una prospettiva medica (distinzioni più nitide nella valutazione della qualità), una tendenza che in Germania si va già oggi profilando.

La procedura attualmente in uso per la misurazione degli indicatori di qualità CH-IQI e G-IQI è basata su dati della statistica medica degli ospedali, dati che ovviamente cessano di fornire indicazioni con la dimissione, il trasferimento o il decesso del paziente. Questa procedura potrebbe essere essenzialmente sviluppata e perfezionata attraverso l'impiego di dati di portata più ampia, estesi oltre il confine dei singoli casi, corredati di pseudonimi e aggregabili sul piano personale. In Germania sono tipicamente gli assicuratori malattie a disporre. L'AOK Bundesverband, in collaborazione con le cliniche Helios, l'Univeristà di Magdeburgo e ora anche con l'UT di Berlino, ha sviluppato e presentato per la prima volta nel 2007 procedure specifiche destinate all'uso pratico (QSR – Qualitätssicherung mit Routinedaten; AOK Bundesverband et al. 2007). In un primo tempo sono stati messi a punto indicatori per nove quadri clinici. Nel frattempo è stato ulteriormente sviluppato il sistema per

il monitoraggio della longevità di endoprotesi all'anca nonché per l'analisi dei costi conseguenti e la loro dipendenza dalla qualità dei risultati (Heller 2011). Inoltre sono attualmente in cantiere procedure dedicate agli esami con cateterismo del cuore sinistro. Un'opzione praticabile sarebbe quella di verificare la fattibilità di tali analisi di lungo periodo anche sulla base di dati svizzeri.

In Austria, nel quadro della riforma ospedaliera è stata recentemente deliberata l'istituzione di un sistema nazionale di monitoraggio basato anche sul set di indicatori G-IQI 3.1 e che, seguendo il modello IQ^M, prevede peer reviews in caso di valori nettamente fuori norma. La pubblicazione di risultati in Austria potrà essere effettuata solo a conclusione di questo processo, una metodologia che, in tema di indicatori di qualità, si discosta da quella adottata in Germania, dove l'impiego e la pubblicazione degli indicatori G-IQI sono deregolamentati.

Come accennato nell'introduzione, questi indicatori si prestano per uno screening dell'outcome dei principali gruppi di malattie. Guardando alla specializzazione e all'interdisciplinarietà che oggi caratterizzano l'erogazione delle prestazioni negli ospedali, dove di riflesso i processi diventano sempre più complessi, il tentativo di svolgere valutazioni sulla sola base di «parametri procedurali» appare sempre meno opportuno, mentre si profila una tendenza alla solida valutazione dei risultati in funzione di valori target relativamente più facili da definire.

Dall'angolatura del regolamentatore e di istanze omologhe, che operano con la prerogativa di diffondere nell'organismo sanitario e ospedaliero gli effetti benefici della trasparenza, dell'economia di mercato e dell'efficienza, questo nuovo sistema deve essere visto come un «Critical Incidence Surveillance System» (CISS).

Tuttavia, la sola indicazione di valori e cifre non può condurre ad alcun miglioramento. Anche il migliore sistema di indicatori è totalmente inutile se non viene osservato. Per questo è importante che il presente strumento sia recepito e utilizzato soprattutto come strumento di stimolazione del processo interno di miglioramento. Il suo impiego come strumento manageriale, nel quadro dell'analisi e del miglioramento dei processi di trattamento, conduce a sorprendenti progressi della qualità dei risultati (Busse et al. 2009). In merito alle modalità

procedurali da seguire, ad esempio nel peer review, vi rimandiamo alle specifiche pubblicazioni (Helios Kliniken 2006, 2008, Rink ed Eberlein-Gonska 2010). I miglioramenti conseguibili mediante un quality management come questo, orientato ai risultati, conducono a una straordinaria dimensione di efficienza nelle procedure di trattamento medico. E ciò rende irrinunciabile l'uso di questo strumentario.

L'articolo è apparso il 26 gennaio 2012 nella pubblicazione «Indicatori della qualità degli ospedali per cure acute svizzeri 2008/2009» (www.bag.admin.ch/iqos).

Bibliografia

- Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] (2006) Inpatient Quality Indicators Overview. AHRQ Quality Indicators. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_overview.aspx, ultimo accesso il 10.12.2011
- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt [FEISA], HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK [WIdO] (2007) Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten [QSR] – Abschlussbericht. WIdO:
- Busse R, Nimptsch U, Mansky T (2009) Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. *Health Affairs* 28 (2): w294-w304. 10.1377/hlthaff.28.2.w294 (Web Exclusives)
- Helios Kliniken (2006) Kompetenz in Medizin. Medizinischer Jahresbericht der Helios Kliniken Gruppe 2005. Helios Kliniken GmbH: Fulda
- Helios Kliniken (2008) Ergebnisqualität sicher messen und aktiv verbessern – Erfahrungen. Medizinischer Jahresbericht der Helios Kliniken gruppe 2006/2007. Helios Kliniken GmbH: Berlin
- Heller G (2011): Lebensdauer von Hüftgelenksimplantaten in Deutschland. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasmann (Hsg.): Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb. Stuttgart. p. 49-60.
- Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2011a) G-IQI | German Inpatient Quality Indicators. Version 3.1. Berlin: Universitätsverlag der TU Berlin opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/3004/
- Mansky T, Klauber J, Kuhlen R, Scriba PC (Gast-Herausgeber) (2011b) Qualitätsmessung und Qualitätsmanagement mit Routinedaten. *DMW*, 136: 2011, Sonderheft 02, <https://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/dmw/106946> (ainsi que : <http://www.qmr-kongress.de/>)
- Rink O, Eberlein-Gonska M (2010) Peer Review – wie wir Qualität verbessern lernen. In: Kuhlen R, Rink, O, Zacher J (Hrsg.): *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010*, MWV, Berlin 2010,