



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Gesundheit BAG
Office fédéral de la santé publique OFSP
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

CH-IQI / G-IQI V5.4

FAQ / Spiegazioni

9 Gennaio 2023



Dr. Dorothee Assenmacher

AHC Aviation & Healthcare Consulting GmbH

Impressum

© Herausgeber / éditeur / editore:

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

Publikationszeitpunkt / date de publication / data di pubblicazione: 01. 2023

Auszugsweiser Abdruck unter Quellenangabe gestattet.

Reproduction partielle autorisée avec mention de la source.

La riproduzione di estratti è autorizzata con citazione della fonte.

Redaktion / rédaction / redazione:

Dr. Dorothee Assenmacher, AHC Aviation & Healthcare Consulting GmbH

Theres Hauser (BAG/OFSP/UFSP), Bern

Auskünfte / complément d'informations / informazioni:

BAG, Sektion Datenmanagement und Statistik, 3003 Bern

Theres Hauser, Telefon +41 58 464 06 98, KUV-DMS@bag.admin.ch

Indice

| | |
|---|-----------|
| Introduzione | 6 |
| Abbreviazioni | 6 |
| Riferimenti aggiornati | 7 |
| Tipologie di indicatori | 8 |
| Mortalità adeguata ai rischi con valori attesi e rapporto standardizzato di mortalità (SMR)..... | 8 |
| Mortalità senza valore atteso | 8 |
| Valori osservati | 8 |
| Valori informativi | 9 |
| Indicatori di processo, indicatori di complicanze..... | 9 |
| Informazioni quantitative | 9 |
| Quantità minime previste per legge | 9 |
| Adeguamento ai rischi | 10 |
| Adeguamento indiretto / SMR (Standardized Mortality Ratio) | 10 |
| Modelli di rischio ampliati | 10 |
| Informazioni generali sugli indicatori | 10 |
| Base dati (D/CH) | 10 |
| Casi analizzati..... | 11 |
| Parametri / Descrizione del set di dati (D) | 11 |
| Valori di riferimento nazionali (D/CH)..... | 12 |
| A - Cardiopatie | 12 |
| B - Malattie del sistema nervoso, colpo apoplettico (Stroke) | 13 |
| B.1 (GIQI_09) - Colpo apoplettico | 13 |
| B.2 (GIQI_10) - Trattamento in unità Ictus..... | 13 |
| B.2.3.F (GIQI_10_1;F) - Trattamento neurologico o altro trattamento complesso (unità Ictus) | 13 |
| B.2.4.P (GIQI_10_2;Z/N) - Infarto cerebrale con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, percentuale | 14 |
| B.2.2.P (GIQI_10_3;Z/N) - TIA contrattamento neurologico o altro trattamento complesso, percentuale | 14 |
| B.2.5.P (GIQI_10_41;Z/N) - DP infarto cerebrale o TIA (età >19) con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, ammissioni dirette, percentuale..... | 14 |
| B.2.6.P (GIQI_10_42;Z/N) - DP infarto cerebrale o TIA (età >19) con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, trasferito da un altro ospedale, percentuale | 14 |
| B.2.7.F (GIQI_10_5;F) - Trattamento neurologico o altro trattamento complesso (unità Ictus) in caso di altre diagnosi o età <20..... | 15 |
| C - Medicina geriatrica | 15 |

| | |
|--|-----------|
| C.1 (GIQI_13) - Riabilitazione geriatrica precoce | 15 |
| C.1.1.F (GIQI_13_1;F) - Riabilitazione geriatrica precoce | 16 |
| C.1.2.P (GIQI_13_111;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con indice di Barthel, percentuale | 16 |
| C.1.3.S (GIQI_13_112;W) - Valore medio dell'indice di Barthel motorio all'ammissione | 16 |
| C.1.7.P (GIQI_13_113;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con indice di Barthel ampliato, percentuale | 16 |
| C.1.4.P (GIQI_13_121;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con FIM motorio, percentuale | 16 |
| C.1.5.S (GIQI_13_122;W) - Valore medio del FIM motorio all'ammissione | 17 |
| C.1.8.P (GIQI_13_123;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con FIM cognitivo, percentuale | 17 |
| C.1.9.P (GIQI_13_131;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con MMSE, percentuale | 17 |
| D - Malattie polmonari | 17 |
| D.1 (GIQI_14) - Polmonite | 17 |
| D.1.16.M (GIQI_14_6;Z/N) - Polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, mortalità | 17 |
| D.1.17.M (GIQI_14_611;Z/N) - Ventilazione meccanica >24h in caso di polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, mortalità | 18 |
| D.1.17.P (GIQI_14_61;Z/N) - Ventilazione meccanica >24h in caso di polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, percentuale | 18 |
| E - Malattie dei organi addominali | 19 |
| E.1 (GIQI_18) - Asportazione della cistifellea (colecistectomia) | 19 |
| G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (nur D) | 19 |
| F - Malattie vascolari | 20 |
| G - Ginecologia e ostetricia | 20 |
| H - Malattie delle vie urinarie e degli organi genitali maschili | 21 |
| H.4 (GIQI_52) - Resezione transuretrale (TUR) della prostata | 21 |
| H.4.2.P (GIQI_52_3;Z/N) - TUR della prostata con complicazioni, percentuale | 21 |
| H.4.3.M (GIQI_52_1;Z/N) - TUR della prostata per malattie benigne, mortalità | 21 |
| H.4.4.M (GIQI_52_2;Z/N) - TUR della prostata per tumori maligni, mortalità | 22 |
| I - Malattie delle ossa, delle articolazioni e del tessuto connettivo | 22 |
| I.1 (GIQI_41/42/43/44/45) - Articolazione artificiale, endoprotesi | 22 |
| I.1.12.M (GIQI_42_1;Z/N) - Sostituzione dell'endoprotesi dell'anca, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DP, mortalità | 22 |
| I.1.18.M (GIQI_44_1;Z/N) - Sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DP, mortalità | 23 |
| I.3 (GIQI_46) - Fratture metafisarie dell'anca | 23 |
| J - Quadri clinici complessi, eterogenei (tracer per revisione tra pari) | 24 |
| J.3 (GIQI_58) - Costellazioni complesse | 24 |

| | |
|--|-----------|
| J.3.4.P (GIQI_58_3;Z/N) - Trasfusioni, totale, percentuale | 24 |
| J.3.5.P (GIQI_58_31;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), percentuale | 24 |
| J.3.6.M (GIQI_58_311;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), trattamento conservativo, mortalità..... | 24 |
| J.3.7.M (GIQI_58_312;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), trattamento operativo, mortalità | 25 |
| J.3.8.M (GIQI_58_41;Z/N) - DS embolia polmonare per casi di trattamento con OP, mortalità | 25 |
| J.3.8.P (GIQI_58_4;Z/N) - DS embolia polmonare per casi di trattamento con OP, percentuale | 25 |
| K - Malattie della cute | 25 |
| L - Medicina altamente specializzata | 26 |
| M - Medicina palliativa | 26 |
| N - Chirurgia robotica | 26 |
| Y - COVID-19 | 26 |
| Z - Informazioni supplementari | 27 |
| Z.3 (GIQI_M) - Trattamenti/interventi con numero minimo di casi (D - G-BA) | 28 |
| Quantità minima per ospedali (G-BA) | 28 |
| Obiettivo | 28 |
| Regole sulle quantità minime | 28 |
| Regola transitoria..... | 29 |
| Prestazioni con quantità minime | 29 |
| 70 - Quantità minime gemäß Definitionen des G-BA (D) | 29 |
| «Standort eines Krankenhauses» (= «Entlassender Standort») (Sede dell'ospedale / sede di dimissione) | 30 |
| G-IQI M.04Z1 - Interventi complessi all'apparato pancreatico dal 2022 - quantità minima per sede | 30 |
| G-IQI M.04Z2 - Interventi complessi all'apparato pancreatico dal 2025 - quantità minima per sede | 31 |
| Z.3.13.F (GIQI_M_09;F) - Trattamento chirurgico del cancro al seno (chirurgia per carcinoma mammario) | 31 |
| G-IQI M.09Z - Trattamento chirurgico del cancro al seno (chirurgia per carcinoma mammario) dal 2025 - quantità minima per sede | 31 |
| Z.3.14.F (GIQI_M_10;F) - Trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare negli adulti | 32 |
| G-IQI M.10Z - Trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare negli adulti dal 2025 - quantità minima per sede | 32 |
| Z.4 - Trattamenti/interventi con numero minimo di casi (CH - GPPO, MAS)..... | 32 |

Introduzione

Ogni due anni l'Initiative Qualitätsmedizin (IQM) e.V. conduce una procedura di proposte per gli indicatori G-IQI e CH-IQI. Dopo approfondite consultazioni, calcoli sperimentali e valutazioni da parte di un gruppo di esperti, al set di indicatori G-IQI/CH-IQI ne vengono aggiunti di nuovi, oltre a modificare ed estendere quelli esistenti. Nella sintesi i risultati sono a disposizione di tutti i membri.

Inoltre, in sede di applicazione dei G-IQI e CH-IQI da parte delle strutture associate e nel quadro delle procedure peer review, emergono regolarmente quesiti interpretativi riguardo al contenuto e agli obiettivi di singoli indicatori o perfino di interi ambiti.

Per questi motivi si è sentita l'esigenza di un documento globale facilmente accessibile, che illustri le novità delle versioni di volta in volta aggiornate degli indicatori e al contempo riporti le domande dei membri complete di risposte sotto forma di FAQ (Frequently Asked Questions) a beneficio degli utenti. Il presente documento viene pertanto costantemente perfezionato e ampliato.

Le descrizioni degli indicatori si riferiscono ai G-IQI e ai corrispondenti CH-IQI. Vengono inoltre illustrate le principali differenze tra Germania e Svizzera e le specificità pertinenti. La denominazione «G-IQI/CH-IQI» è utilizzata per riferirsi ai due sistemi di indicatori G-IQI e CH-IQI insieme.

Abbreviazioni

| | |
|-----------|--|
| ADSR | Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister (gruppo di lavoro dei registri ictus in lingua tedesca) |
| AHRQ | Association of Healthcare Research and Quality (agenzia americana per la ricerca e la qualità sanitaria) |
| AOK | Allgemeine Ortskrankenkasse (cassa malattia locale generale tedesca) |
| CE | Concentrato eritrocitario |
| CP | Thrombozytenkonzentrate (concentrati piastrinici) |
| CH-IQI | Swiss Inpatient Quality Indicators (indicatori di qualità per i pazienti ricoverati in Svizzera) |
| CHOP | Schweizerische Operationsklassifikation (Classificazione svizzera degli interventi chirurgici) |
| Destatis | Statistisches Bundesamt Deutschland (Ufficio federale di statistica tedesco) |
| DP | Diagnosi principale |
| DS | Diagnosi secondaria |
| FAQ | Frequently Asked Questions (domande frequenti) |
| FIM™ | Functional Independence Measure (misura dell'indipendenza funzionale) |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss Deutschland (comitato federale congiunto tedesco) |
| G-IQI | German Inpatient Quality Indicators (indicatori di qualità per i pazienti ricoverati in Germania) |
| h | Ore |
| ICD-10-GM | Classificazione internazionale delle malattie, 10a revisione, modifica tedesca |
| IQI | Inpatient Quality Indicators (iperonimo per G-IQI e CH-IQI) |

| | |
|---------|--|
| IQM | Initiative Qualitätsmedizin |
| KHEntgG | Krankenhausentgeltgesetz (legge tedesca riguardante i compensi per le prestazioni ospedaliere) |
| KIS | Krankenhausinformationssystem (sistema informativo ospedaliero tedesco) |
| Mm-R | Mindestmengenregelung Deutschland (regole sulle quantità minime in Germania) |
| MMSE | Mini-Mental-State-Examination (test di valutazione cognitiva) |
| OCPre | Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (Svizzera) |
| OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel (Deutschland) (classificazione tedesca degli interventi chirurgici e delle procedure) |
| POA | Present on Admission (presente all'ammissione) |
| PSI | Patient Safety Indicators (indicatori di sicurezza dei pazienti) |
| QSR | Qualitätssicherung mit Routinedaten (garanzia della qualità con dati di routine) |
| SGB V | Sozialgesetzbuch V (codice di previdenza sociale tedesco, libro quinto) |
| SMR | Standardized Mortality Ratio (rapporto standardizzato di mortalità) |
| TEP | Endoprotesi totale |
| TIA | Transitorische ischämische Attacke (attacco ischemico transitorio) |
| TUR | Resezione transuretrale |
| UFSP | Ufficio federale della sanità pubblica |
| UST | Ufficio federale di statistica |
| - | tutte le diagnosi/i trattamenti codificati dettagliati di un codice principale |

Riferimenti aggiornati

Per ulteriori informazioni riguardo a indicatori nuovi e modificati nella versione 5.4 dei G-IQI e dei CH-IQI si rimanda alle seguenti pubblicazioni:

German Inpatient Quality Indicators – G-IQI Dokumentation der Regeldesigner Syntax Version 5.4 2021. 3M Health Information Systems

CH-IQI – Swiss Inpatient Quality Indicators specifiche versione 5.4 2021. Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)

<https://www.bag.admin.ch/iqos>

Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlino: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI:

<http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Struttura CH-IQI con tabella di conversione per G-IQI

https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/chiqi_struktur.xlsx?v=1663341339

Tipologie di indicatori¹

Gli indicatori basati sui dati di fatturazione ospedaliera si ricavano attraverso la complessa combinazione logica di diagnosi principale e secondaria, procedure, informazioni demografiche e di altra natura. Gli indicatori relativi ai quadri clinici e trattamenti considerati sono il frutto di un lungo processo di selezione e approvazione nel quale si tiene sempre conto delle osservazioni e proposte degli utenti. I sistemi di indicatori G-IQI/CH-IQI includono diverse tipologie di indicatori, illustrati di seguito. Per determinati indicatori sono proposti valori-obiettivo (p. es. mortalità in ospedale inferiore alla media nazionale), che possono essere utilizzati nell'ambito di una gestione continua della qualità per definire gli obiettivi, valutare e migliorare ulteriormente la qualità delle procedure e dei risultati medici.

Mortalità adeguata ai rischi con valori attesi e rapporto standardizzato di mortalità (SMR)

Qui si applica il metodo della standardizzazione indiretta: a ogni caso di trattamento è assegnato, in funzione delle sue caratteristiche, il rischio di decesso atteso secondo la media nazionale. Finora si è tenuto conto soltanto dei fattori età e sesso, mentre nei modelli di rischio ampliati si considerano anche altri fattori (per i dettagli consultare la sezione Adeguamento ai rischi). Sommando questi rischi per i casi di trattamento in un ospedale si definisce il numero atteso di decessi (valore atteso) in un indicatore e lo si confronta con il numero osservato di decessi. Il quoziente tra mortalità osservata e attesa costituisce il rapporto standardizzato di mortalità (Standardized Mortality Ratio, SMR). Un SMR minore di 1 significa che la mortalità in un ospedale – indipendentemente dai fattori considerati nell'adeguamento ai rischi – è inferiore alla media nazionale, mentre un SMR maggiore di 1 indica una mortalità in ospedale superiore alla media nazionale.

Mortalità senza valore atteso

Il calcolo di una mortalità adeguata ai rischi non si addice a tutti gli indicatori, dal momento che la presa in considerazione di rischi eventualmente presenti fa parte delle procedure di stesura delle indicazioni e gestione del rischio e di conseguenza è già una componente della qualità dell'intero processo di trattamento. In questi casi appare più opportuna la stratificazione del rischio con rappresentazione di gruppi il più possibile omogenei: i casi sono classificati in sottogruppi stratificati per il rischio (p. es. operazioni alle arterie del bacino/delle gambe suddivise secondo gli stadi Fontaine) oppure sulla scorta di criteri di esclusione definiti si costituiscono gruppi di pazienti possibilmente omogenei (p. es. resezione/sostituzione dell'aorta addominale in caso di aneurisma, senza lacerazione, operazione a cielo aperto). Questa metodologia consente una valutazione tecnica appropriata ed eventuali analisi specifiche del caso. Alcuni indicatori di mortalità senza valore atteso sono definiti come valore-obiettivo.

Valori osservati

Per alcuni indicatori (per esempio grossi interventi all'esofago) i casi in determinate strutture sono così pochi e le prestazioni così complesse che è difficile effettuare dei confronti significativi. In considerazione della bassa casistica, l'adeguamento ai rischi e la stratificazione del rischio sono poco indicati, in quanto l'incertezza

¹ Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlino: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

valutativa dovuta al numero esiguo di casi è di gran lunga preponderante. Neppure la definizione di valori-obiettivo è opportuna. Pertanto questi indicatori sono considerati «valori osservati»: nonostante le incertezze valutative, possono tornare utili come criteri di inclusione per analisi di casi in presenza di scostamenti significativi.

Valori informativi

Alcuni elementi non hanno un riferimento univoco o approvato alla qualità, ma sono spesso richiesti a titolo informativo: per esempio, la quota di trasferimenti in un altro ospedale per cure acute in presenza di determinate patologie. Anche la durata media della degenza per determinati trattamenti interessa alle direzioni ospedaliere. Dei valori comparativamente elevati possono essere indice di problemi nell'organizzazione operativa oppure occasionalmente anche di tassi di complicanze troppo alti. I tassi di trasferimenti e la durata delle degenze, indicati separatamente dagli indicatori medici in una sezione extra, sono utilizzabili internamente all'ospedale a fini di confronto e ulteriori analisi.

Indicatori di processo, indicatori di complicanze

Fra gli indicatori di processo si annoverano per esempio le percentuali di determinate tecniche operatorie, come la quota percentuale di interventi mini-invasi per l'asportazione della cistifellea oppure operazioni renali. In alcuni casi vengono indicati direttamente anche i tassi di complicanze (p. es. lacerazioni perineali durante il parto). Laddove è stato possibile giungere a un consenso specialistico, gli indicatori di processo e di complicanze sono provvisti di valori-obiettivo. Negli altri casi sono riportati come valori informativi per discussione interna fra specialisti.

Informazioni quantitative

Per molti quadri clinici e trattamenti al momento non è possibile desumere dai dati disponibili indicatori di risultato adeguati. Può tuttavia essere interessante conoscere il numero di casi di un ospedale, per valutare se una determinata patologia è trattata in tale struttura e, in caso affermativo, l'esperienza acquisita in tale ambito. Per alcune patologie e trattamenti importanti, quindi, viene riportato a titolo informativo il numero di casi trattati. Come valori di riferimento nazionali per queste informazioni quantitative vengono indicati il numero medio e il numero mediano di casi degli ospedali che effettuano la prestazione in questione. Sulla base di questi indicatori è possibile classificare e valutare i numeri di casi all'interno dell'ospedale.

Quantità minime previste per legge

Dalla versione 4.1 gli indicatori specificano anche se un ospedale soddisfa la prescrizione di legge riguardante le quantità minime (secondo §136b comma 1 n. 2 SGB V). Per ciascuna struttura viene indicato se è stato o meno raggiunto il numero minimo di casi. Come valore di riferimento nazionale viene indicata la percentuale nazionale di ospedali che hanno raggiunto la quantità minima corrispondente. Questa informazione può essere impiegata per verificare fino a che punto gruppi di ospedali ottemperano in maniera più o meno soddisfacente alle regole sulle quantità minime rispetto alla media nazionale.

Adeguamento ai rischi

Adeguamento indiretto / SMR (Standardized Mortality Ratio)

Considerando la notevole variabilità della struttura dei pazienti negli ospedali, si è optato per la cosiddetta standardizzazione indiretta per migliorare la comparabilità. A ogni caso di trattamento è assegnato, in funzione delle sue caratteristiche, il rischio di decesso atteso secondo la media nazionale (v. sezione Valori di riferimento nazionali). Quest'ultimo indica la mortalità attesa per l'indicatore in questione se dal gruppo di pazienti complessivo si prelevasse un campione con la stessa distribuzione di età e sesso dell'ospedale in esame. Sommando questi rischi per i casi di trattamento in un ospedale si definisce il numero atteso di decessi (valore atteso) in un indicatore e lo si confronta con il numero osservato di decessi. Il quoziente tra mortalità osservata e attesa costituisce il rapporto standardizzato di mortalità (Standardized Mortality Ratio, SMR).

Modelli di rischio ampliati

Per l'adeguamento ai rischi finora si erano scelte le caratteristiche età e sesso.

Nel quadro di modelli di rischio ampliati per determinati indicatori vengono considerate ulteriori caratteristiche aggiuntive.² Questi modelli sono stati sperimentati per la prima volta nella versione 5.3. I modelli di rischio ampliati considerano, oltre a età e sesso, anche malattie concomitanti, eventualmente gravità della malattia e trasferimento. Al momento i modelli di rischio ampliati sono calcolati per i seguenti indicatori:

IQI 1.1 / A.1.1.M DP infarto miocardico (età >19), mortalità

IQI 2.1 / A.2.1.M DP insufficienza cardiaca (età >19), mortalità

IQI 9.3 / B.1.7.M Infarto cerebrale (ICD10 I63, età >19), mortalità

IQI 14.26 / D.1.15.M DP polmonite, età >19, senza tumore, mucoviscidosi o COVID-19, ammissioni dirette, mortalità

IQI 21.311 / E.4.2.M Resezioni del colon per carcinoma coloretale senza diagnosi complicante, mortalità

I dettagli sull'adeguamento ai rischi sono contenuti nella pubblicazione dei valori di riferimento nazionali G-IQI (sulla standardizzazione per età e sesso da pag. 61, sui modelli di rischio ampliati a pag. 71)³

Informazioni generali sugli indicatori

Base dati (D/CH)

Germania

Base dati: set di dati secondo §21 comma 1 KHEntgG

² Schwarzkopf, Daniel et al. (2021): Möglichkeiten und Grenzen der Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren aus Krankenhausabrechnungsdaten - ein Werkstattbericht. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 163, S. 1–12.

³ Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlino: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Classificazione diagnosi: ICD-10-GM del relativo anno di rilevamento

Classificazione procedure/operazioni: catalogo OPS del relativo anno di rilevamento

Svizzera

Base dati: serie di dati UST⁴

Classificazione diagnosi: dall'1.1.2021 ICD-10-GM del relativo anno di rilevamento, fino al 31.12.2020 ICD-10-GM 2018

Classificazione procedure/operazioni: catalogo CHOP del relativo anno di rilevamento

I G-IQI vengono ripresi annualmente nei CH-IQI. La procedura e i risultati sono descritti di volta in volta in un rapporto pubblicato sul sito web dell'UFSP⁵.

Casi analizzati

Germania

Per il calcolo degli indicatori sono stati considerati i casi dimessi durante il periodo in esame. Sono inclusi i casi integralmente stazionari fatturati secondo i DRG.

Svizzera

L'attribuzione di un caso a un periodo di analisi si basa sulla data di dimissione. I dati includono tutte le dimissioni del periodo in esame. Secondo la definizione nella Statistica medica si tratta dei cosiddetti «casi di tipo A».

Nel calcolo degli indicatori di qualità si considerano tutti i casi stazionari; i decessi sono inclusi indipendentemente dalla tipologia di trattamento codificata, dal momento che in virtù dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre) sono considerati stazionari.

Parametri / Descrizione del set di dati [D]

Data e ora OPS

Per ogni codice OPS viene trasmessa nel set di dati §21 un'indicazione temporale con data e ora, indicando così il momento di inizio della procedura. Nel sistema G-DRG vengono quindi identificati gli interventi dilazionati, tenendo tuttavia conto soltanto della data. In particolare riguardo all'orario indicato non è chiaro se corrisponde effettivamente al momento di inizio della procedura o piuttosto al momento della registrazione o a un'impostazione predefinita nel KIS. I calcoli sperimentali hanno inoltre dimostrato che soprattutto l'orario OPS di frequente non è documentato. Per tutti questi motivi attualmente l'orario OPS non è utilizzato per i calcoli.

Data e ora di ammissione

Per ogni caso di trattamento viene trasmesso nel set di dati §21 il momento dell'ammissione con data e ora. In tale set di dati, tuttavia, non vi è una definizione precisa del parametro «momento dell'ammissione», per cui esiste un ampio margine d'interpretazione. In numerose strutture il momento dell'ammissione è documentato

⁴ Ufficio federale di statistica (UST) (2020): Variabili della statistica medica. Specifiche valedoli a partire dall'1.1.2020.

⁵ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

come il momento in cui «viene passata la tessera assicurativa». Per questo motivo vi è il dubbio se il «door time» corrisponda al momento dell'ingresso fisico del paziente in ospedale. Soltanto per la data di ricovero sembra vi sia interesse a una corretta documentazione, essendo essa utilizzata per il calcolo della durata della degenza.

Valori di riferimento nazionali (D/CH)

Ci sono discrepanze riguardo a valori di riferimento, SMR e valori-obiettivo tra l'analisi pubblicata dall'UFSP e l'analisi IQM dei CH-IQI. A cosa sono dovute?

Risposta:

Per la Svizzera i dati federali dell'anno in esame costituiscono la base per il calcolo dei valori di riferimento (pubblicazione dell'UFSP in Svizzera); sono pertanto possibili dati più aggiornati.

Per la Germania vengono utilizzati i dati federali di Destatis (ufficio federale di statistica tedesco), disponibili a distanza di uno o due anni rispetto all'anno di riferimento.

Nelle analisi IQM sono impiegati generalmente dati Destatis per i valori di riferimento nazionali, il calcolo dei valori attesi, dell'SMR e dei valori-obiettivo per i CH-IQI e anche per i G-IQI. In questo modo si consente la comparabilità tra gli ospedali membri dell'IQM.

A - Cardiopatie

A.1 (GIQI_01) - Infarto miocardico

A.2 (GIQI_02) - Insufficienza cardiaca

A.3 (GIQI_03) - Cateterizzazione del cuore

A.4 (GIQI_04) - Disturbi del ritmo cardiaco

A.5 (GIQI_05) - Trattamento con pacemaker o defibrillatore impiantabile

A.6 (GIQI_06) - Terapia ablativa

A.7 (GIQI_07) - Interventi sul cuore

B - Malattie del sistema nervoso, colpo apoplettico (Stroke)

B.1 (GIQI_09) - Colpo apoplettico

Gli ambiti «09 - Colpo apoplettico» e «10 - Attacco ischemico transitorio (TIA)» della versione G-IQI/CH-IQI V5.4 sono stati in gran parte rivisti e modificati successivamente alla procedura consultiva G-IQI/CH-IQI 2022. L'ambito «10 - Attacco ischemico transitorio (TIA)» è stato soppresso come ambito a sé stante e integrato nel «09 - Colpo apoplettico». L'ambito 10 così liberatosi viene ora utilizzato come «10 - Trattamento in unità ictus». Le proposte riguardanti l'argomento Trattamento del colpo apoplettico nel quadro della procedura di perfezionamento hanno rivelato la necessità di una maggiore differenziazione nei G-IQI/CH-IQI, di cui si è tenuto conto in questa sede.

Riguardo a ulteriori proposte di una rappresentazione più differenziata del trattamento del colpo apoplettico dal set dell'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister), elaborate insieme all'associazione Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM), se ne è verificata l'attuabilità nel quadro della procedura consultiva. Nello specifico, si trattava di «Infarto cerebrale con trombolisi sistemica, casi con door-to-needle-time ≤ 60 min. » e «Infarto cerebrale con trombectomia intracranica, casi con door-to-needle-time ≤ 90 min. ». L'attuazione è possibile in termini tecnici, ma in numerosi calcoli sperimentali non ha fornito risultati affidabili per nessuna delle proposte, principalmente per la mancanza e la non validità di alcuni parametri dei dati di routine secondo §21.

I dettagli in merito sono espressi nel capitolo Parametri / Descrizione del set di dati (D).

B.2 (GIQI_10) - Trattamento in unità Ictus

Gli ambiti «10 - Attacco ischemico transitorio (TIA)» e «09 - Colpo apoplettico» della versione G-IQI/CH-IQI V5.4 sono stati in gran parte rivisti e modificati successivamente alla procedura consultiva G-IQI/CH-IQI 2022. L'ambito «10 - Attacco ischemico transitorio (TIA)» è stato soppresso come ambito a sé stante e integrato nel «09 - Colpo apoplettico». L'ambito 10 così liberatosi viene ora utilizzato come «10 - Trattamento in unità ictus». Le proposte riguardanti l'argomento Trattamento del colpo apoplettico nel quadro della procedura di perfezionamento hanno rivelato la necessità di una maggiore differenziazione nei G-IQI/CH-IQI, di cui si è tenuto conto con i nuovi G-IQI/CH-IQI.

Nota bene:

I decessi avvenuti entro 24 ore dal ricovero non sono registrati qui, poiché i codici OPS per un trattamento complesso non possono essere utilizzati per questi casi.

I casi con riabilitazione geriatrica precoce, già indicati separatamente (G-IQI 9.351/2 e CH-IQI B.1.16.P/17P), sono invece inclusi, perché altrimenti i casi in cui sono stati effettuati entrambi i trattamenti complessi non verrebbero considerati.

Nuovi indicatori:

B.2.3.F (GIQI_10_1;F) - Trattamento neurologico o altro trattamento complesso (unità ictus)

Obiettivo:

Casi con corrispondente trattamento complesso per rappresentare il volume di trattamenti in un'unità ictus.

Definizione:

Numero di casi con un trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke.

B.2.4.P (GIQI_10_2;Z/N) - Infarto cerebrale con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, percentuale

Obiettivo:

Rappresentazione della percentuale di trattamenti in un'unità ictus per casi con infarto cerebrale.

Definizione:

Percentuale di casi con trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke rispetto a tutti i casi con diagnosi principale di infarto cerebrale (I63.-).

B.2.2.P (GIQI_10_3;Z/N) - TIA contrattamento neurologico o altro trattamento complesso, percentuale

Obiettivo:

Rappresentazione della percentuale di trattamenti in un'unità ictus per casi con attacco ischemico transitorio (TIA).

Definizione:

Percentuale di casi con trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke rispetto a tutti i casi con diagnosi principale di attacco ischemico transitorio (TIA).

B.2.5.P (GIQI_10_41;Z/N) - DP infarto cerebrale o TIA (età >19) con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, ammissioni dirette, percentuale

I G-IQI 10.41 e 10.42 ovvero CH-IQI B.2.5.P e CH-IQI 2.6.P sono stati attuati al meglio in linea con i corrispondenti indicatori dell'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) nei limiti delle possibilità dei dati di routine (§21).

Obiettivo:

Rappresentazione della percentuale di trattamenti in un'unità ictus per casi inizialmente ammessi con diagnosi principale di infarto cerebrale (I63.-) o attacco ischemico transitorio (TIA).

Definizione:

Percentuale di casi con trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke rispetto ai casi con infarto cerebrale (I63.-) oppure attacco ischemico transitorio (TIA) non trasferiti da un altro ospedale (esclusione).

B.2.6.P (GIQI_10_42;Z/N) - DP infarto cerebrale o TIA (età >19) con trattamento neurologico o altro trattamento complesso, trasferito da un altro ospedale, percentuale

I G-IQI 10.41 e 10.42 ovvero CH-IQI B.2.5.P e CH-IQI 2.6.P sono stati attuati al meglio in linea con i corrispondenti indicatori dell'ADSR (Arbeitsgemeinschaft deutschsprachiger Schlaganfallregister) nei limiti delle possibilità dei dati di routine (§21).

Obiettivo:

Rappresentazione della percentuale di trattamenti in un'unità ictus per casi esclusivamente trasferiti da un altro ospedale con diagnosi principale di infarto cerebrale (I63.-) o attacco ischemico transitorio (TIA).

Definizione:

Percentuale di casi con trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke rispetto ai casi con infarto cerebrale (I63.-) o attacco ischemico transitorio (TIA) e trasferiti da un altro ospedale (inclusione).

B.2.7.F (GIQI_10_5;F) - Trattamento neurologico o altro trattamento complesso (unità ictus) in caso di altre diagnosi o età <20

Obiettivo:

Rappresentazione di tutti i casi con trattamento in un'unità ictus non compresi nei G-IQI da 10.1 a 10.4 ovvero CH-IQI da B.2.2.P a B.2.6.P Questo gruppo va inteso come «categoria rimanente» per garantire che nessun caso vada perso.

Definizione:

Numero di casi con trattamento complesso dalla tabella OPS_GIQI_Stroke ovvero CHOP_CHIQI_Stroke per i quali non è codificata la diagnosi principale né di infarto cerebrale (I63.-) né di attacco ischemico transitorio (TIA).

B.3 (GIQI_08) - Tumori maligni del cervello o delle meningi

B.4 (GIQI_11) - Epilessia

B.5 (GIQI_12) - Sclerosi multipla

C - Medicina geriatrica

C.1 (GIQI_13) - Riabilitazione geriatrica precoce

Gli indicatori nell'ambito «13.1 - Riabilitazione geriatrica precoce» nelle versioni precedenti si riferivano unicamente a limitazioni funzionali motorie (indice motorio di Barthel, FIMTM motorio).

Le proposte riguardanti l'argomento Riabilitazione geriatrica precoce nel quadro della procedura di perfezionamento hanno rivelato la necessità di rappresentare in questo ambito dei G-IQI/CH-IQI anche limitazioni funzionali cognitive. Pertanto nel set di indicatori sono stati inseriti anche indicatori supplementari su ulteriori procedure sperimentali dall'ambito ICD U50.- e U51.- (indice di Barthel, FIMTM, MMSE).

C.1.1.F (GIQI_13_1;F) - Riabilitazione geriatrica precoce

Obiettivo:

Casi con riabilitazione geriatrica precoce per rappresentare l'ambito del trattamento.

Definizione:

Casi con codice OPS dalla tabella OPS_GIQI_Ger_Fruehreha ovvero CHOP_CHIQI_Ger_Fruehreha.

C.1.2.P (GIQI_13_111;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con indice di Barthel, percentuale

Obiettivo:

Tasso di documentazione di un indice di Barthel (motorio o cognitivo) all'ammissione di casi con riabilitazione geriatrica precoce.

Definizione:

Percentuale di casi con riabilitazione geriatrica precoce e indice di Barthel (motorio e/o cognitivo) documentato all'ammissione.

Novità nella V5.4: si tiene conto in aggiunta dei casi con indice di Barthel ampliato (limitazione funzionale cognitiva ICD U51.00, .10, .20).

C.1.3.S (GIQI_13_112;W) - Valore medio dell'indice di Barthel motorio all'ammissione

Obiettivo:

È rappresentata la gravità media della limitazione motoria dei pazienti ammessi secondo l'indice di Barthel.

Definizione:

Calcolo del valore medio sulla base dei valori attribuiti ai relativi codici ICD codificati.

C.1.7.P (GIQI_13_113;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con indice di Barthel ampliato, percentuale

Obiettivo:

Tasso di documentazione di un indice di Barthel ampliato all'ammissione di casi con riabilitazione geriatrica precoce.

Definizione:

Percentuale di casi con riabilitazione geriatrica precoce e indice di Barthel ampliato (U51.00, .10, .20) documentato all'ammissione.

C.1.4.P (GIQI_13_121;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con FIM motorio, percentuale

Obiettivo:

Tasso di documentazione di una FIM™ all'ammissione di casi con riabilitazione geriatrica precoce.

Definizione:

Percentuale di casi con riabilitazione geriatrica precoce e FIM™ documentata all'ammissione.

C.1.5.S (GIQI_13_122;W) - Valore medio del FIM motorio all'ammissione

Obiettivo:

È rappresentata la gravità media della limitazione motoria dei pazienti ammessi secondo FIM™.

Definizione:

Calcolo del valore medio sulla base dei valori attribuiti ai relativi codici ICD codificati.

C.1.8.P (GIQI_13_123;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con FIM cognitivo, percentuale

Obiettivo:

Tasso di documentazione della FIM™ cognitiva all'ammissione di casi con riabilitazione geriatrica precoce.

Definizione:

Percentuale di casi con riabilitazione geriatrica precoce e FIM™ cognitiva documentata all'ammissione.

C.1.9.P (GIQI_13_131;Z/N) - Riabilitazione geriatrica precoce con MMSE, percentuale

Obiettivo:

Tasso di documentazione dell'MMSE all'ammissione di casi con riabilitazione geriatrica precoce.

Definizione:

Percentuale di casi con riabilitazione geriatrica precoce e MMSE (U51.00, .12, .22) documentato all'ammissione

C.2 (GIQI_13) - Malnutrizione negli anziani

D - Malattie polmonari

D.1 (GIQI_14) - Polmonite

D.1.16.M (GIQI_14_6;Z/N) - Polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, mortalità

Obiettivo:

Decessi per polmonite nosocomiale (complicanza trasversale) come indicazione del potenziale di miglioramento e possibile criterio di inclusione per peer review. Migliori sono i processi, le interfacce e la comunicazione, migliore dovrebbe essere l'esito.

Definizione:

Percentuale di decessi in casi con U69.01! Polmonite nosocomiale classificata altrove, insorta a più di 48 ore dall'ammissione e diagnosi principale diversa da polmonite (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Esclusioni come per G-IQI 14.2 e CH-IQI D.1.8.M (senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette) per escludere i casi «high risk».

D.1.17.M (GIQI_14_611;Z/N) - Ventilazione meccanica >24h in caso di polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, mortalità

Obiettivo:

Decessi con ventilazione meccanica > 24h (casi gravi) in caso di polmonite nosocomiale (complicanza trasversale) come indicazione del potenziale di miglioramento e possibile criterio di inclusione per peer review. Con la ventilazione meccanica superiore a 24 ore s'intende identificare i casi gravi.

Definizione:

Decessi con ventilazione meccanica > 24h per casi con U69.01! Polmonite nosocomiale classificata altrove, insorta a più di 48 ore dall'ammissione e diagnosi principale diversa da polmonite (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Esclusioni come per G-IQI 14.2 e CH-IQI D.1.8.M (senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette) per escludere i casi «high risk».

Domanda:

Le polmoniti nosocomiali possono essere associate all'ospedale o alla ventilazione meccanica, vale a dire che il paziente sviluppa una polmonite e necessita pertanto di ventilazione (caso 1) oppure un paziente ventilato meccanicamente sviluppa una polmonite in relazione alla ventilazione (caso 2).

I due gruppi possono essere rappresentati separatamente?

Risposta:

Sulla base dei dati §21 non è possibile identificare il momento in cui è insorta la polmonite nosocomiale. Questo significa che entrambe le casistiche sopra descritte confluiscono nel calcolo e possono essere rappresentate soltanto in un indicatore comune. La percentuale dei rispettivi gruppi di pazienti non è individuabile

D.1.17.P (GIQI_14_61;Z/N) - Ventilazione meccanica >24h in caso di polmonite nosocomiale, età >19, senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette, percentuale

Obiettivo:

Percentuale di ventilazione meccanica > 24h in caso di polmonite nosocomiale (complicanza trasversale) come indicazione del potenziale di miglioramento e possibile criterio di inclusione per peer review. Con la ventilazione meccanica superiore a 24 ore s'intende identificare i casi gravi.

Definizione:

Percentuale di ventilazione meccanica > 24h (casi gravi) per casi con U69.01! Polmonite nosocomiale classificata altrove, insorta a più di 48 ore dall'ammissione e diagnosi principale diversa da polmonite (A48.1, J10.0, J11.0, J12.-, J13.-, J14.-, J15.-, J16.-, J17.-, J18.-, J69.-). Esclusioni come per G-IQI 14.2 e CH-IQI D.1.8.M (senza tumore o mucoviscidosi, ammissioni dirette) per escludere i casi «high risk».

D.2 (GIQI_15) - Bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

D.3 (GIQI_16) - Cancro polmonare (carcinoma bronchiale)

D.4 (GIQI_17) - Interventi sul polmone

E - Malattie dei organi addominali

E.1 (GIQI_18) - Asportazione della cistifellea (colecistectomia)

G-IQI 18.2 – Cholezystektomie bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger (nur D)

Obiettivo:

Illustrare se i requisiti pre-operatori per un intervento laparoscopico pianificato erano buoni. Se la conversione da un'operazione per via laparoscopica alla chirurgia a cielo aperto è più frequente rispetto al valore di riferimento, vale la pena effettuare un'analisi approfondita.

Definizione:

Percentuale di casi con conversione (da tecnica laparoscopica a tecnica a cielo aperto) rispetto a tutte le colecistectomie in caso di calcoli biliari.

Domanda:

Per quale motivo i casi chirurgici a cielo aperto sono inclusi nella popolazione (denominatore)? Per definizione qui non possono esserci conversioni e il tasso in questo modo viene diluito, risulta quindi più basso.

Risposta:

La decisione di un'operazione per via laparoscopica o a cielo aperto viene presa all'inizio. La decisione di operare direttamente a cielo aperto è legittima e di conseguenza anche il tasso di conversione è giustamente più basso: questo aspetto deve essere preso in considerazione, per cui tutte le potenziali operazioni di colecistectomia costituiscono l'insieme di riferimento.

E.2 (GIQI_19) - Operazioni di ernia

E.3 (GIQI_20) - Interventi sulla tiroide

E.4 (GIQI_21) - Malattie del colon e del retto

E.5 (GIQI_22) - Malattie dello stomaco

E.6 (GIQI_24) - Interventi sull'esofago

E.7 (GIQI_25) - Interventi sul pancreas e sul fegato



E.8 (GIQI_23) - Interventi bariatrici

F - Malattie vascolari

F.1 (GIQI_26) - Interventi sulle arterie cerebrali

F.2 (GIQI_27) - Malattie dell'aorta

F.3 (GIQI_28) - OP alle arterie del bacino/delle gambe

F.4 (GIQI_29) - Amputazioni

F.5 (GIQI_30) - Angioplastica percutanea transluminale (PTA)

F.6 (GIQI_31) - Fistola arteriovenosa

G - Ginecologia e ostetricia

G.1 (GIQI_32) - Parti

G.2 (GIQI_33) - Neonati

G.3 (GIQI_34) - Asportazione dell'utero per malattie benigne (isterectomia)

G.4 (GIQI_35/36/37) - Tumori maligni della mammella e degli organi genitali femminili

G.5 (GIQI_38) - Interventi al seno

G.6 (GIQI_39) - Interventi sul pavimento pelvico femminile

H - Malattie delle vie urinarie e degli organi genitali maschili

H.1 (GIQI_50) - Asportazione di rene (nephrectomia e nephrectomia parziale)

H.2 (GIQI_54) - Calcoli ai reni

H.3 (GIQI_51) - Interventi sulla vescica

H.4 (GIQI_52) - Resezione transuretrale (TUR) della prostata

L'ambito 52 al momento comprende 3 indicatori, che si riferiscono all'insieme delle TUR della prostata (TURP) isolate e nella maggior parte dei casi elettive.

H.4.2.P (GIQI_52_3;Z/N) - TUR della prostata con complicazioni, percentuale

Obiettivo:

Casi di complicanze in interventi isolati alla prostata.

Definizione:

Percentuale di casi con complicanze gravi (F_schwere_Komplikationen) in TUR della prostata isolate (tabella OPS_GIQI_Prostata_TUR ovvero CHOP_CHIQI_Prostata_TUR).

Domanda:

Per quale motivo i codici OPS dell'ambito «5-601.- Escissione transuretrale e distruzione dei tessuti prostatici: ... nel quadro di un altro intervento» non sono presi in considerazione nei suddetti indicatori (v. tabella OPS_GIQI_Prostata_TUR) nonostante siano anch'essi interventi TUR?

Risposta:

Nei suddetti indicatori i codici OPS del settore 5-601.- non sono inclusi volutamente nella tabella OPS_GIQI_Prostata_TUR. Si considerano soltanto casi TUR «puri» per avere un gruppo il più omogeneo possibile.

H.4.3.M (GIQI_52_1;Z/N) - TUR della prostata per malattie benigne, mortalità

Obiettivo:

I decessi in interventi pianificati sono rilevati come «eventi sentinella».

Definizione:

Percentuale di decessi rispetto a tutte le TURP isolate. Sono esclusi tutti i casi con una malattia maligna (tabella ICD_GIQI_TUMOR ovvero ICD_CHIQI_TUMOR).

H.4.4.M (GIQI_52_2;Z/N) - TUR della prostata per tumori maligni, mortalità

Obiettivo:

Decessi in interventi pianificati per casi con una malattia maligna.

Definizione:

Percentuale di decessi rispetto a tutte le TURP isolate. L'indicatore è complementare a G-IQI 52.1 ovvero CH-IQI L.3.2.F, vale a dire che i casi con malattie maligne esclusi da G-IQI 52.1 ovvero CH-IQI L.3.2.F sono riportati separatamente (tabella ICD_GIQI_TUMOR ovvero ICD_CHIQI_TUMOR).

H.5 (GIQI_53) - Carcinoma prostatico

I - Malattie delle ossa, delle articolazioni e del tessuto connettivo

I.1 (GIQI_41/42/43/44/45) - Articolazione artificiale, endoprotesi

I.1.12.M (GIQI_42_1;Z/N) - Sostituzione dell'endoprotesi dell'anca, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DP, mortalità

Obiettivo:

I decessi in interventi pianificati sono rilevati come «eventi sentinella».

Definizione:

Percentuale di decessi rispetto a tutti i casi con una sostituzione dell'endoprotesi dell'anca. Sono esclusi i casi che con elevata probabilità non erano elettivi (p. es. frattura o infezione all'ammissione).

Domanda:

erché l'indicatore contiene i casi con fratture o infezioni, nonostante siano esclusi nel titolo?

Risposta:

Non sono esclusi tutti i casi con fratture o infezioni, ma solo quelli che presentavano una frattura o un'infezione all'ammissione, non trattandosi appunto di casi elettivi. L'indicatore è calcolato correttamente secondo l'obiettivo, la frattura come diagnosi secondaria è volutamente esclusa, non essendo stata questa il motivo del ricovero, verosimilmente si è verificata durante la degenza ospedaliera. Questi casi con complicanze/conseguenze da caduta devono essere indicati. Per maggiore chiarezza, la denominazione è stata modificata per il futuro in «G-IQI 42.1 Sostituzione dell'endoprotesi dell'anca, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DS, decessi» e «CH-IQI I.1.12.M Sostituzione dell'endoprotesi dell'anca, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DS, mortalità».

Altrettanto vale per l'indicatore G-IQI 44.1 / CH-IQI I.1.18.M Sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio (v. punto specifico). Anche le denominazioni sono modificate.

I.1.18.M (GIQI_44_1;Z/N) - Sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DP, mortalità

Obiettivo:

I decessi in interventi pianificati sono rilevati come «eventi sentinella».

Definizione:

Percentuale di decessi rispetto a tutti i casi con una sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio. Sono esclusi i casi che con elevata probabilità non erano elettivi (p. es. frattura o infezione all'ammissione).

Integrazione:

Non sono esclusi tutti i casi con fratture o infezioni, ma solo quelli che presentavano una frattura o un'infezione all'ammissione, non trattandosi appunto di casi elettivi. La frattura come diagnosi secondaria è volutamente esclusa, non essendo stata questa il motivo del ricovero, verosimilmente si è verificata durante la degenza ospedaliera. Questi casi con complicanze/conseguenze da caduta devono essere indicati. Per maggiore chiarezza, la denominazione è stata modificata per il futuro in «G-IQI 44.1 Sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DS, decessi» e «CH-IQI I.1.18.M Sostituzione dell'endoprotesi del ginocchio, senza fratture o infezioni all'ammissione/come DS, mortalità».

I.2 (GIQI_47) - Trattamenti/interventi sulla colonna vertebrale e sul midollo spinale

I.3 (GIQI_46) - Fratture metafisarie dell'anca

Domanda:

Per quale motivo il codice ICD S72.02 – Frattura del collo del femore: epifisi (prossimale), epifisiolisi è contenuto nella tabella ICD_GIQI_Schenkelhalsnahe_Frakturen ovvero ICD_CHIQI_Schenkelhalsnahe_Frakturen, nonostante non possa essere utilizzato per gli adulti? L'IQTiG e il WidO non impiegano questo codice.

Risposta:

La tabella «ICD_GIQI_Schenkelhalsnahe_Frakturen» ovvero «ICD_CHIQI_Schenkelhalsnahe_Frakturen» è stata confrontata con le corrispondenti specifiche di IQTiG e WidO. Soltanto il codice ICD S72.02 – Frattura del collo del femore: epifisi (prossimale), epifisiolisi è stato ripreso nelle specifiche G-IQI/CH-IQI per la versione 5.4. Si suppone che la presenza del codice S72.02 sia un errore di codifica, dal momento che le «vere» epifisiolisi sono escluse dalla specifica per età (età > 19 anni). Per non perdere dal conteggio questi casi codificati erroneamente, si è reinserito il codice nella tabella.

I.4 (GIQI_40) - Tumori maligni delle ossa, delle articolazioni e del tessuto connettivo

I.5 (GIQI_48) - Endoprothese Schulter Ellenbogen

I.6 (GIQI_49) - Politrauma

J - Quadri clinici complessi, eterogenei (tracer per revisione tra pari)

J.1 (GIQI_56) - Ventilazione assistita e procedure extracorporee

J.2 (GIQI_57) - Sepsi

J.3 (GIQI_58) - Costellazioni complesse

J.3.4.P (GIQI_58_3;Z/N) - Trasfusioni, totale, percentuale

Obiettivo:

Rappresentazione quantitativa delle trasfusioni

Definizione:

Percentuali di trasfusioni sul totale dei casi di trattamento

J.3.5.P (GIQI_58_31;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), percentuale

Obiettivo:

Rappresentazione delle trasfusioni in medicina intensiva.

Definizione:

Percentuale dei casi di trasfusione con più di 5 concentrati eritrocitari e/o piastrinici e degenza in unità di cure intensive riferito a tutti i casi di trasfusione; sono esclusi i trapianti di organi.

J.3.6.M (GIQI_58_311;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), trattamento conservativo, mortalità

Obiettivo:

Migliore rappresentazione della medicina intensiva e impiego come criterio di inclusione per peer review, dal momento che ci si attende venga individuato un potenziale di miglioramento.

I casi con trattamento conservativo e chirurgico sono indicati separatamente, vista la grande eterogeneità fra i gruppi in termini di frequenza e motivi delle trasfusioni.

Definizione:

Percentuale di decessi nei casi di medicina intensiva con trattamento conservativo e trasfusione con più di 5

concentrati eritrocitari e/o piastrinici riferita a tutti i casi di trasfusione in unità di cure intensive; i trapianti di organi sono esclusi.

J.3.7.M (GIQI_58_312;Z/N) - Trasfusioni con CE o CP >4 e UCI (senza trapianto d'organi), trattamento operativo, mortalità

Obiettivo:

Migliore rappresentazione della medicina intensiva e impiego come criterio di inclusione per peer review, dal momento che ci si attende venga individuato un potenziale di miglioramento.

I casi con trattamento chirurgico e conservativo sono indicati separatamente, vista la grande eterogeneità fra i gruppi in termini di frequenza e motivi delle trasfusioni.

Definizione:

Percentuale di decessi nei casi di medicina intensiva con trattamento chirurgico e trasfusione con più di 5 concentrati eritrocitari e/o piastrinici riferita a tutti i casi di trasfusione in unità di cure intensive; i trapianti di organi sono esclusi.

J.3.8.M (GIQI_58_41;Z/N) - DS embolia polmonare per casi di trattamento con OP, mortalità

Obiettivo:

L'indicatore può fornire informazioni sul potenziale di miglioramento, p. es. nei processi o nella gestione perioperatori.

Definizione:

Percentuale di decessi nei casi operatori con embolia polmonare come diagnosi secondaria.
Sono esclusi gli interventi della vena cava.

Nota importante:

Gli indicatori non sono adatti ai confronti (v. anche rapporto di revisione AOK QSR 2020), ma possono essere utili a titolo informativo nel corso del tempo per il proprio ospedale.

In Germania finora manca un contrassegno diagnostico per la caratteristica «Presente all'ammissione» (Present on Admission (POA); v. anche AHRQ-PSI 12). Inoltre nei dati §21 non vengono registrati la data o il momento della diagnosi. Nell'interpretazione degli indicatori, quindi, si deve tenere presente la difficoltà a identificare come complicanze diagnosi dal set di dati §21 e distinguerle dal trattamento.

J.3.8.P (GIQI_58_4;Z/N) - DS embolia polmonare per casi di trattamento con OP, percentuale

Obiettivo:

L'indicatore può fornire informazioni sul potenziale di miglioramento, p. es. nei processi o nella gestione perioperatori.

Definizione:

Percentuale di casi con operazione ed embolia polmonare come diagnosi secondaria.
Sono esclusi gli interventi della vena cava.

K - Malattie della cute

K.1 (GIQI_55) - Malattie della cute

L - Medicina altamente specializzata

L.1 (GIQI_60) - Trapianti di cuore

L.2 (GIQI_61) - Trapianti di polmone

L.3 (GIQI_62) - Trapianti di fegato

L.4 (GIQI_63) - Trapianti di pancreas

L.5 (GIQI_64) - Trapianti di rene

L.6 (GIQI_65) - Trapianti/trasfusioni di cellule staminali

L.7 (GIQI_67) - Chemioipertermia

M - Medicina palliativa

M.1 (GIQI_68) - Medicina palliativa

N - Chirurgia robotica

N.1 (GIQI_69) - Chirurgia robotica

Y - COVID-19

Y.1 (GIQI_C) - COVID-19 - Test alla ricerca dell'infezione

Y.2 (GIQI_C) - COVID-19 - Panoramica

Y.3 (GIQI_C) - COVID-19 - Reparto di terapia intensiva e ventilazione

Y.4 (GIQI_C) - COVID-19 - Applicazione di ECMO

Y.5 (GIQI_C) - COVID-19 - Complicazioni

Y.6 (GIQI_C) - Post-COVID-19 - Panoramica

Y.7 (GIQI_C) - COVID-19 - Reazioni alla vaccinazione

Z - Informazioni supplementari

Z.1 (GIQI_A) - Durata della degenza

Z.2 (GIQI_A) - Trasferimento (percentuale)

Z.3 (GIQI_M) - Trattamenti/interventi con numero minimo di casi (D - G-BA)

Quantità minima per ospedali (G-BA)⁶⁷

Questo ambito descrive le norme e le definizioni degli indicatori per le regole sulle quantità minime del G-BA per gli ospedali in Germania, che non sono compatibili con i concetti usati in Svizzera (numero minimo di casi) né a livello di contenuti né in termini di valori soglia⁸.

Obiettivo

L'idea legislativa sottesa alla quantità minima intende garantire la qualità consentendo lo svolgimento di interventi particolarmente complessi soltanto a quegli ospedali i cui medici abbiano acquisito sufficiente esperienza nel campo.

Il G-BA designa le prestazioni ospedaliere pianificabili nelle quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento. Per queste prestazioni stabilisce, sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, quantità minime per medico e/o sede dell'ospedale.

Regole sulle quantità minime

Le regole sulle quantità minime del G-BA definiscono più nel dettaglio i casi in cui un ospedale può fornire prestazioni per le quali sono definite quantità minime. Per esempio se, sulla base di stime quantitative fondate, si prevede che nell'anno solare successivo si raggiungerà la quantità minima. Ogni anno l'ente ospedaliero deve presentare questa stima in via previsionale alle associazioni regionali delle casse malattia e alle casse suppletive.

È possibile fornire una prestazione ammissibile al rimborso a titolo eccezionale soltanto per esempio se un ospedale vuole proporre tale servizio per la prima volta o riproporlo dopo un'interruzione.

Il G-BA aggiorna per ogni ambito il numero di casi che occorre raggiungere annualmente e pubblica le relative tabelle con i codici OPS, che fungono da base per la determinazione della «quantità minima per sede dell'ospedale».

⁶ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online all'indirizzo: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

⁷ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäss § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2021).

⁸ Zahnd, Daniel/Weiser, Octavian (2022): Übertragung der BAG Indikatoren G-IQI zu CH-IQI Version 5.4. 3M Health Information Systems.

Regola transitoria

Per i casi in cui è necessario ridefinire o innalzare la quantità minima per una prestazione oppure occorre inserire il riferimento a un medico vige un periodo transitorio, generalmente di 12 mesi e al massimo di 24, durante il quale la quantità minima non deve essere raggiunta per intero.

Prestazioni con quantità minime

Nell'appendice alle regole sulla quantità minima sono elencate le dieci prestazioni per le quali il G-BA ha stabilito a oggi quantità minime⁹:

- trapianto di fegato (incl. trapianto di fegato parziale da donatore vivente);
- trapianto di rene (incl. trapianto da donatore vivente);
- interventi complessi all'apparato esofageo su adulti;
- interventi complessi all'apparato pancreatico;
- trapianto di cellule staminali;
- endoprotesi totale dell'articolazione del ginocchio (TEP ginocchio);
- interventi chirurgici coronarici (al momento nessuna quantità minima concreta definita);
- trattamento di neonati e prematuri con peso alla nascita < 1250 g;
- trattamento chirurgico del cancro al seno (chirurgia per carcinoma mammario);
- trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare negli adulti.

70 - Quantità minime gemäß Definitionen des G-BA (D) ¹⁰¹¹

«Dalla versione 4.1 gli indicatori specificano anche se un ospedale rispetta le prescrizioni di legge sulle quantità minime (secondo §136b comma 1 n. 2 SGB V). Per ciascun ospedale viene indicato se è stato o meno raggiunto il numero minimo di casi. Come valore di riferimento nazionale viene indicata la percentuale nazionale di ospedali che hanno raggiunto la quantità minima corrispondente. Questa informazione può essere impiegata per verificare fino a che punto gruppi di ospedali ottemperano in maniera più o meno soddisfacente alle regole sulle quantità minime rispetto alla media nazionale»¹².

Gli obiettivi per la definizione di quantità minime si riferiscono a tutti gli indicatori e sono illustrati nelle sezioni precedenti del documento.

⁹ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online all'indirizzo: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

¹⁰ Mindestmengen für Krankenhäuser. Gemeinsamer Bundesausschuss. Online all'indirizzo: <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>

¹¹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß §136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Mindestmengenregelung (Mm-R). Gemeinsamer Bundesausschuss (2021).

¹² Nimptsch U, Mansky T. G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Berlino: Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.14279/depositonce-15869>

Le specifiche degli indicatori per le quantità minime nel pacchetto G-IQI/CH-IQI si ispirano essenzialmente alle prescrizioni del G-BA. In alcuni punti vi sono discrepanze o indicatori aggiuntivi, spiegati per ciascun caso specifico.

«Standort eines Krankenhauses» (= «Entlassender Standort») [Sede dell'ospedale / sede di dimissione]

Denominazione

Nella analisi IQM dei G-IQI/CH-IQI fino alla versione 5.3 compresa e nei dati di riferimento nazionali, al posto della dicitura «Quantità minima per sede dell'ospedale» compare «Quantità minima per ospedale». Le denominazioni nelle valutazioni IQM sono state modificate dalla versione 5.4 G-IQI/CH-IQI in «Quantità minima per sede».

Calcolo

Le regole del G-BA sulle quantità minime prevedono che i volumi delle prestazioni si riferiscano alla «sede dell'ospedale», con la quale s'intende generalmente la sede che la fornisce. I dati §21 non contengono tuttavia informazioni di questo tipo. Pertanto nelle specifiche degli indicatori sulle quantità minime IQM viene utilizzato il parametro «sede di dimissione». A tal riguardo occorre notare che possono verificarsi variazioni negli indicatori, laddove la sede che fornisce la prestazione non è membro IQM, mentre lo è la sede di dimissione, per cui i volumi di prestazioni vengono erroneamente attribuiti alla seconda anziché alla prima.

Nota bene: considerate le incertezze relative alla sede che fornisce la prestazione vs la sede di dimissione, nei valori di riferimento nazionali non si utilizza il contrassegno della sede. In questo modo la percentuale di ospedali che hanno raggiunto le relative quantità minime può essere sovrastimata nei valori di riferimento nazionali.

Di seguito sono spiegati gli indicatori sulle quantità minime nuovi o modificati a partire dalla versione 5.4.

G-IQI M.04Z1 - Interventi complessi all'apparato pancreatico dal 2022 - quantità minima per sede

Obiettivo

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione

Qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) per le Mm-R per il 2022 (numero 4 dell'appendice) è considerata nel numero di casi delle quantità minime. Non sono contati i codici OPS 5-525.3 e 5-525.4 (v. regola transitoria) (**valore-obiettivo >= 10**).

Regola transitoria

Per il calcolo del volume di prestazioni dei due primi trimestri dell'anno solare 2022, oltre ai codici OPS elencati al numero 4 dell'appendice sono computabili anche i codici OPS 5-525.3-3 e 5-525.4.

Negli anni solari 2022 e 2023 si applica in via provvisoria una quantità minima di 10 prestazioni per sede ospedaliera.

G-IQI M.04Z2 - Interventi complessi all'apparato pancreatico dal 2025 - quantità minima per sede

Obiettivo

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione

Qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) per le Mm-R per il 2022 (numero 4 dell'appendice) è considerata nel numero di casi delle quantità minime (**valore-obiettivo ≥ 20**)

Regola transitoria

Nell'anno solare 2024 si applica in via provvisoria una quantità minima di 15 prestazioni per sede ospedaliera.

Fine regola transitoria

Nell'anno solare 2025 sarà in vigore la quantità minima di 20 prestazioni per sede ospedaliera.

Z.3.13.F (GIQI_M_09;F) - Trattamento chirurgico del cancro al seno (chirurgia per carcinoma mammario)

Obiettivo:

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione:

Come prestazione si conta per ciascuna parte del corpo:

qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) e allo stesso tempo un codice ICD (versione ICD-GM) per le Mm-R per il 2022 (numero 9 dell'appendice) (**valore-obiettivo ≥ 50**).

Regole transitorie:

Negli anni solari 2022 e 2023 non si applica in via provvisoria alcuna quantità minima.

Nell'anno solare 2024 si applica in via provvisoria una quantità minima di 50 prestazioni per struttura ospedaliera.

G-IQI M.09Z - Trattamento chirurgico del cancro al seno (chirurgia per carcinoma mammario) dal 2025 - quantità minima per sede

Obiettivo

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione

Come prestazione si conta per ciascuna parte del corpo:

qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) e allo stesso tempo un codice ICD (versione ICD-GM) per le Mm-R per il 2022 (numero 9 dell'appendice) (**valore-obiettivo ≥ 100**)

Fine regola transitoria

Nell'anno solare 2025 sarà in vigore la quantità minima di 100 prestazioni per sede ospedaliera.

Z.3.14.F (GIQI_M_10;F) - Trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare negli adulti

Obiettivo:

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione:

Qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) e allo stesso tempo un codice ICD (versione ICD-GM) per le Mm-R per il 2022 (numero 10 dell'appendice) **(valore-obiettivo > = 40)**.

Nota bene:

Nell'ambito 17 - Operazioni ai polmoni (grandi interventi chirurgo-toracici) sono presenti diversi indicatori sul trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare. Le definizioni con i criteri di inclusione ed esclusione differiscono tuttavia parzialmente da quella delle quantità minime del G-BA, poiché nei G-IQI/CH-IQI l'accento è posto su altri quesiti.

Negli indicatori G-IQI/CH-IQI la priorità sono i carcinomi polmonari, per cui per esempio il codice ICD C78.0 per i tumori maligni secondari del polmone non viene utilizzato.

Regole transitorie:

Negli anni solari 2022 e 2023 non si applica in via provvisoria alcuna quantità minima.

Nell'anno solare 2024 si applica in via provvisoria una quantità minima di 40 prestazioni per struttura ospedaliera.

G-IQI M.10Z - Trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare negli adulti dal 2025 - quantità minima per sede

Obiettivo

Gli interventi pianificabili particolarmente complessi nei quali esiste una correlazione tra frequenza di esecuzione e qualità del trattamento possono essere svolti solo se viene comprovata l'esperienza necessaria.

Definizione

Qualsiasi operazione per la quale è stato cifrato almeno un codice della lista OPS (versione 2022) e allo stesso tempo un codice ICD (versione ICD-GM) per le Mm-R per il 2022 (numero 10 dell'appendice) **(valore-obiettivo >= 75)**.

Nota bene: Nell'ambito 17 - Operazioni ai polmoni (grandi interventi chirurgo-toracici) sono presenti diversi indicatori sul trattamento chirurgico toracico del carcinoma polmonare. Le definizioni con i criteri di inclusione ed esclusione differiscono tuttavia parzialmente da quella delle quantità minime del G-BA, poiché nei G-IQI/CH-IQI l'accento è posto su altri quesiti.

Negli indicatori G-IQI/CH-IQI la priorità sono i carcinomi polmonari, per cui per esempio il codice C78.0 per i tumori maligni secondari del polmone non viene utilizzato.

Fine regola transitoria

Nell'anno solare 2025 sarà in vigore la quantità minima di 75 prestazioni per sede ospedaliera.

Z.4 - Trattamenti/interventi con numero minimo di casi (CH - GPP0, MAS)