



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche



Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Riabilitazione muscolo-scheletrica

Modulo 2a

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve
Misurazione 2016

Novembre 2018 / versione 1.0

1. Situazione di partenza

Nel 2013, l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) ha introdotto il **piano nazionale di misurazione nella riabilitazione** comprendente nove strumenti per il rilevamento della qualità dei risultati. Tutte le cliniche di riabilitazione e i reparti di riabilitazione degli ospedali acuti svizzeri (di seguito: cliniche) aderenti al contratto nazionale di qualità sono da allora tenuti a partecipare alle misurazioni. Il rilevamento e l'analisi dei dati sono accompagnati dal punto di vista scientifico dalla Charité - Universitätsmedizin di Berlino. Nei rapporti comparativi nazionali, i risultati di queste misurazioni, la qualità dei dati e la struttura dei pazienti vengono rappresentati secondo l'anno e in un confronto tra cliniche.

Quello ora disponibile è il **terzo rapporto comparativo nazionale per la riabilitazione muscolo-scheletrica** (dati 2016). I risultati vi vengono resi noti per la prima volta in modo trasparente. Le direttive del contratto nazionale di qualità sono così soddisfatte.

Questa **versione breve** riepiloga i contenuti principali del rapporto integrale, nel quale sono consultabili informazioni più dettagliate, altri grafici e risultati specifici secondo la clinica.

2. Metodi

2.1. Rilevamento, immissione e trasmissione dei dati

Il rilevamento, l'immissione e la trasmissione dei dati spettano alle cliniche partecipanti alle misurazioni dell'ANQ. Si tratta di un **rilevamento completo**: nel presente rapporto confluiscono i dati di tutti i pazienti della riabilitazione muscolo-scheletrica di almeno diciotto anni in cura da sette o più giorni e dimessi da una clinica tra il 1° gennaio 2016 e il 31 dicembre 2016.

2.2. Temi e strumenti di misurazione

Nel settore della riabilitazione muscolo-scheletrica, la qualità dei risultati delle cliniche viene rilevata con due indicatori (strumenti di misurazione).

Coinvolgendo il paziente, al momento dell'ammissione viene fissato un **obiettivo di partecipazione** negli ambiti abitare, lavoro o cultura sociale, che all'occorrenza viene adeguato nel corso della riabilitazione. La documentazione del raggiungimento di tale obiettivo avviene alla dimissione.

La **capacità funzionale in importanti settori della vita (attività della vita quotidiana AVQ rispettivamente ADL)** viene rilevata all'ammissione e alla dimissione con la FIM® (34 cliniche) o, in alternativa, con l'indice di Barthel ampliato EBI (17 cliniche) sulla base delle osservazioni del personale. Per poter confrontare equamente la qualità dei risultati delle diverse cliniche indipendentemente dallo strumento impiegato, si ricorre a un algoritmo di conversione che calcola uno **score AVQ** a partire dalla FIM® e dall'EBI. Lo score AVQ non sostituisce la FIM® o l'EBI. Esso consente esclusivamente di confrontare la qualità dei risultati.

Un confronto della qualità dei risultati 2016 con quella degli anni precedenti non è invece possibile, in quanto nel 2014 e nel 2015 le cliniche utilizzavano ancora l'Health Assessment Questionnaire (HAQ) invece della FIM® o dell'EBI.

Vengono inoltre rilevati altri dati per operare un aggiustamento secondo il rischio: la portata della **comorbidità**¹ al momento dell'ammissione con l'ausilio della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e i **dati minimi di routine ai sensi dell'Ufficio federale di statistica** (dati sociodemografici, durata della cura, situazione assicurativa, ente finanziatore principale, luogo prima/dopo la degenza, diagnosi principale secondo ICD-10 alla dimissione).

2.3. Analisi dei dati

Tutti i dati vengono dapprima analizzati in modo **descrittivo**. Il rapporto comparativo nazionale mostra in una serie di grafici le ripartizioni delle caratteristiche sociodemografiche e mediche dei pazienti, e rappresenta i valori non aggiustati della FIM® e dell'EBI al momento dell'ammissione e della dimissione. Vengono inoltre menzionati gli obiettivi di partecipazione e la frequenza con la quale essi sono stati adeguati e raggiunti.

Per un confronto equo degli indicatori tra le cliniche è necessario procedere a un'**analisi aggiustata secondo il rischio**. Poiché determinate caratteristiche dei pazienti possono ripercuotersi sull'esito della riabilitazione, va considerata anche la struttura dei pazienti di una clinica. Il cosiddetto aggiustamento secondo il rischio permette di controllare le caratteristiche individuali dei pazienti non direttamente influenzabili dalle cliniche. Mediante una regressione multipla lineare, per ogni paziente viene stimato uno score AVQ alla dimissione (valore atteso) che consideri i fattori di disturbo (sesso, età, nazionalità, diagnosi principale, durata della cura, situazione assicurativa, ente finanziatore principale, luogo prima/dopo la degenza, comorbidità, score AVQ all'ammissione calcolato sulla base della FIM® e dell'EBI). Questi valori individuali attesi vengono poi confrontati con quelli effettivamente misurati e per ogni clinica si calcola la differenza media. Nella riabilitazione muscolo-scheletrica, lo score AVQ è impiegato come indicatore centrale per il miglioramento della capacità funzionale nelle attività della vita quotidiana. I risultati delle cliniche aggiustati secondo il rischio vengono rappresentati in un cosiddetto grafico a imbuto (vedi punto 3.4 «Capacità funzionale in attività della vita quotidiana»).

¹ Comorbidità: uno o più quadri clinici distinti dal punto di vista diagnostico in aggiunta alla malattia di base.

3. Risultati

3.1. Qualità dei dati

Per il 2016, 55 cliniche hanno inviato dati concernenti 28'237 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 23'644 casi di 51 cliniche (2015: 18'099 casi di 46 cliniche; 2014: 15'672 casi di 41 cliniche). Ciò corrisponde all'83,7% dei casi trasmessi per il 2016, un netto miglioramento rispetto ai due anni precedenti (2015: 65,9%; 2014: 66,5%).

Il tasso di casi analizzabili varia in parte molto secondo la clinica. Il rapporto comparativo nazionale riporta il tasso di dati analizzabili (risp. non analizzabili) delle singole cliniche in quanto si tratta di un fattore importante per determinare la qualità (buona o migliorabile) dei dati. I dati di quattro cliniche su 55 non hanno potuto essere considerati: tre istituti non hanno trasmesso alcun caso analizzabile, un istituto solo uno. A scadenza annuale, le cliniche ricevono **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

Nei casi considerati, la FIM[®], rispettivamente l'EBI, l'obiettivo di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo, la comorbidità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.2. Descrizione del campione

Il campione analizzato comprende 23'644 casi di 51 cliniche. L'età media dei pazienti è di 69,9 anni. Le donne sono il 63,5%, gli uomini il 36,5%. La durata media della cura è di 21,5 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbidità è di 11,7 punti. Nella riabilitazione muscolo-scheletrica, i traumatismi sono il gruppo di diagnosi più frequente (22,1%).

Rispetto agli anni precedenti, nel complesso non si constatano cambiamenti degni di nota a livello di **struttura dei pazienti**. Va tuttavia osservato che per singole caratteristiche i valori medi delle cliniche variano in misura notevole.

3.3. Obiettivi di partecipazione e raggiungimento degli obiettivi

Per il 50,2% dei pazienti della riabilitazione muscolo-scheletrica, è stato formulato l'obiettivo di tornare ad abitare a casa insieme al proprio partner (con/senza sostegno), per il 38,8% di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno), per il 2,9% di ripristinare le capacità di partecipazione alla vita sociale. Tutti gli altri obiettivi sono stati documentati molto più di rado. È stato raramente necessario adeguare gli obiettivi di partecipazione nel corso della riabilitazione: il 96,9% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 97,2%, rispettivamente sul 97,8%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio.

3.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

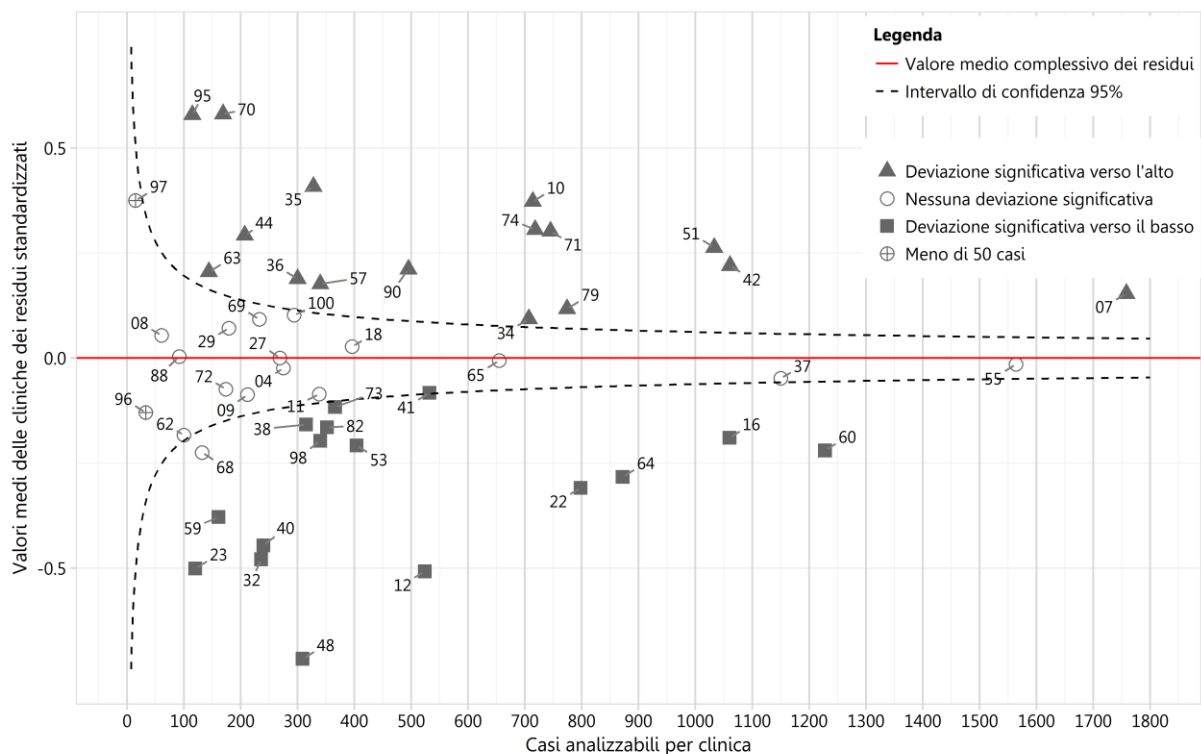
Rappresentazione descrittiva FIM[®]/EBI: tutte le 34 cliniche che hanno utilizzato la FIM[®] hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. In una clinica, tuttavia, tale miglioramento non è considerato significativo dal punto di vista statistico.

La media complessiva della FIM® per tutte le cliniche è di 95,5 punti al momento dell'ammissione e di 107,6 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In tutte le diciassette cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato in modo statisticamente significativo durante la riabilitazione. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 53,2 punti al momento dell'ammissione e di 58,2 punti al momento della dimissione su una scala che va dagli 0 punti (dipendenza completa) ai 64 punti (autonomia completa).

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio con lo score AVQ: diciannove cliniche su 51 presentano una qualità dei risultati (cerchietto vuoto) secondo le attese in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di due cliniche non sono tuttavia rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Sedici cliniche hanno ottenuto un risultato superiore alle attese (triangolo grigio), sedici un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio).

Valori medi dei residui standardizzati per lo score AVQ alla dimissione secondo il numero di casi analizzabili per clinica



Clinica 84 non è rappresentata a causa del basso numero di casi (N<10).

Questo grafico a imbuto è consultabile a questo [rimando](#), in cui si trovano anche informazioni dettagliate (p.es. con commenti delle cliniche in questione).

Ausilio alla lettura: l'aggiustamento secondo il rischio consente un confronto equo tra le cliniche nonostante la differente struttura dei pazienti. Sulla base di tale struttura dei pazienti, vengono calcolati valori individuali attesi, poi confrontati con quelli effettivamente misurati. Le relative differenze sono chiamate residui. Se il valore medio dei residui di una clinica si situa significativamente sopra la media complessiva (quindi sopra l'intervallo di confidenza/triangolo grigio), significa che l'istituto in questione ha ottenuto un risultato superiore alle attese dettate dalla struttura dei pazienti. Viceversa, se il valore medio dei residui di una clinica è significativamente al di sotto della media complessiva (quindi dell'intervallo di confidenza/quadrato grigio), l'istituto in questione ha ottenuto un risultato inferiore a quanto ci si sarebbe potuto attendere in considerazione della sua struttura dei pazienti. I valori medi all'interno dell'intervallo di confidenza (cerchietto vuoto) rispecchiano le attese.

4. Conclusione

Il campione analizzato comprende 23'644 casi di 51 cliniche. L'83,7% dei casi trasmessi era analizzabile, un tasso nettamente superiore agli anni precedenti (2015: 65,9%; 2014: 66,5%). Solo per quattro cliniche era inferiore al 50%. Questo incremento della **qualità dei dati** è verosimilmente riconducibile al cambio di strumenti effettuato il 1° gennaio 2016: la valutazione da parte di terzi consente di documentare in modo completo molti più casi rispetto all'autovalutazione.

Nel complesso, la qualità dei dati è buona o molto buona per la maggior parte delle cliniche. Per mantenere una qualità elevata, risultano utili i rapporti sulla qualità dei dati redatti una volta l'anno a livello nazionale e per le singole cliniche. Essi contengono indicazioni concrete su dati incompleti e permettono alle cliniche di migliorare la qualità.

Per operare **confronti della qualità dei risultati**, per la prima volta ci si è avvalsi dello score AVQ sviluppato e convalidato dalla Charité su mandato dell'ANQ, e calcolato mediante un algoritmo di conversione basato sulla FIM® e l'EBI. Diciannove delle 51 cliniche hanno raggiunto la qualità dei risultati che ci si attendeva in base alla struttura dei pazienti, sedici hanno addirittura superato le aspettative. Altre sedici presentano invece una qualità dei risultati inferiore alle attese. La qualità superiore o inferiore alla media oppure nella media non sembra dipendere dal numero di casi analizzati. La FIM®, l'EBI, rispettivamente lo score AVQ hanno evidenziato una grande variabilità sia nei risultati descrittivi sia in quelli aggiustati secondo la struttura dei pazienti, e paiono strumenti adeguati a illustrare eventuali differenze tra le cliniche.

L'**obiettivo di partecipazione** è stato raggiunto nel 97,2% dei casi. Solo nel 3,1% dei casi è stato adattato nel corso della riabilitazione. Le analisi della ripartizione degli obiettivi alternativi si basano pertanto su pochi casi e vanno dunque interpretate con cautela. Gli obiettivi di partecipazione definiti nelle cliniche di riabilitazione si concentrano in particolare sull'abitare, anche se singoli istituti hanno puntato più spesso su obiettivi nell'ambito del lavoro. Ciò rispecchia la struttura del collettivo di pazienti secondo l'età. I risultati della misurazione 2016 per questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

La natura stessa dello strumento obiettivo di partecipazione/raggiungimento dell'obiettivo non consente di procedere a un'analisi aggiustata secondo il rischio. Dal 2017, gruppi di esperti dell'ANQ stanno studiando un perfezionamento della documentazione dell'obiettivo.

Un **confronto equo dei risultati** presuppone un **adeguato aggiustamento secondo il rischio** in base alla struttura dei pazienti della clinica in questione. A tale scopo, sono stati considerati i **fattori di disturbo rilevanti**. Non è escluso che altri fattori non contemplati dalle direttive di misurazione nella riabilitazione muscolo-scheletrica influenzino la qualità dei risultati. Alcuni risultati potrebbero dunque essere sotto- o sopravvalutati. Visto l'influsso dominante rispetto a tutti gli altri fattori di disturbo dello score AVQ all'ammissione sul valore alla dimissione, si può tuttavia supporre che la mancata considerazione di altri fattori rilevanti provochi tutt'al più distorsioni minime.

Nell'interpretare i risultati presentati nel rapporto comparativo nazionale per la riabilitazione muscolo-scheletrica va considerato che il confronto aggiustato secondo il rischio poggia esclusivamente sullo score AVQ, il quale rileva la capacità funzionale in importanti settori della vita.

Oltre al rapporto comparativo nazionale, ogni clinica di riabilitazione partecipante riceve un **rapporto specifico** con informazioni sulla struttura dei pazienti e sui risultati ottenuti, confrontabili con quelli delle altre cliniche. Ciò dovrebbe permettere di identificare il potenziale di miglioramento e di avviare processi di cambiamento.

Un nuovo rapporto comparativo nazionale verrà pubblicato per il 2017.