



*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 2017

Settembre 2019 / 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 otto 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 **quarto rapporto comparativo nazionale per la riabilitazione muscolo-scheletrica** (dati 2017). I risultati vi vengono resi noti per la seconda volta in modo trasparente. Le direttive del contratto nazionale di qualità sono così soddisfatte.

Questa **versione breve** riepiloga i contenuti principali del quarto 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 2017 e il 31 dicembre 2017.

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)** viene rilevata all'ammissione e alla dimissione con la FIM® (44 cliniche) o, in alternativa, con l'indice di Barthel ampliato EBI (sedici 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.

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).

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

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. L'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 atteso alla dimissione che consideri i fattori di disturbo, per esempio il sesso, l'età e lo score AVQ all'ammissione. Per il confronto tra cliniche si fa riferimento ai rispettivi risultati aggiustati secondo il rischio. Per ogni clinica, viene calcolata la differenza tra il proprio valore atteso e i valori attesi delle altre cliniche. Nella riabilitazione muscolo-scheletrica, lo score AVQ è impiegato come indicatore centrale per il miglioramento della capacità funzionale nelle attività della vita quotidiana.

Per la prima volta, il rapporto comparativo nazionale con i dati 2017 propone un **confronto** con la qualità dei risultati **dell'anno precedente**. Sono inoltre state considerate le modifiche nel metodo di analisi del confronto aggiustato secondo il rischio in base alla versione attuale del concetto di analisi. Per il confronto con l'anno precedente, i risultati 2016 sono stati ricalcolati con il nuovo metodo di aggiustamento secondo il rischio, ragione per la quale i valori 2016 qui riportati divergono da quelli pubblicati in precedenza. I risultati delle cliniche aggiustati secondo il rischio vengono rappresentati in un cosiddetto grafico a imbuto, quelli del relativo confronto con l'anno precedente in un diagramma di Dumbbell (vedi punto 3.4 «Capacità funzionale in attività della vita quotidiana»).

3. Risultati

3.1. Qualità dei dati

Per il 2017, 62 cliniche hanno inviato dati concernenti 28'835 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 24'631 casi di sessanta cliniche (2016: 23'644 casi di 51 cliniche). Ciò corrisponde all'85,4% dei casi trasmessi per il 2017, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (2016: 83,7%).

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. Due cliniche su 62 non hanno trasmesso alcun caso analizzabile.

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 24'631 casi di sessanta cliniche. L'età media dei pazienti è di 70,2 anni. Le donne sono il 62,5%. La durata media della cura è di 21,7 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbidità è di 12,4 punti. 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 48,3% 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 40,5% di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno). Per il 3,8%, l'obiettivo era quello 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 97% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 97,2%, rispettivamente sul 96,5%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati **solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio**.

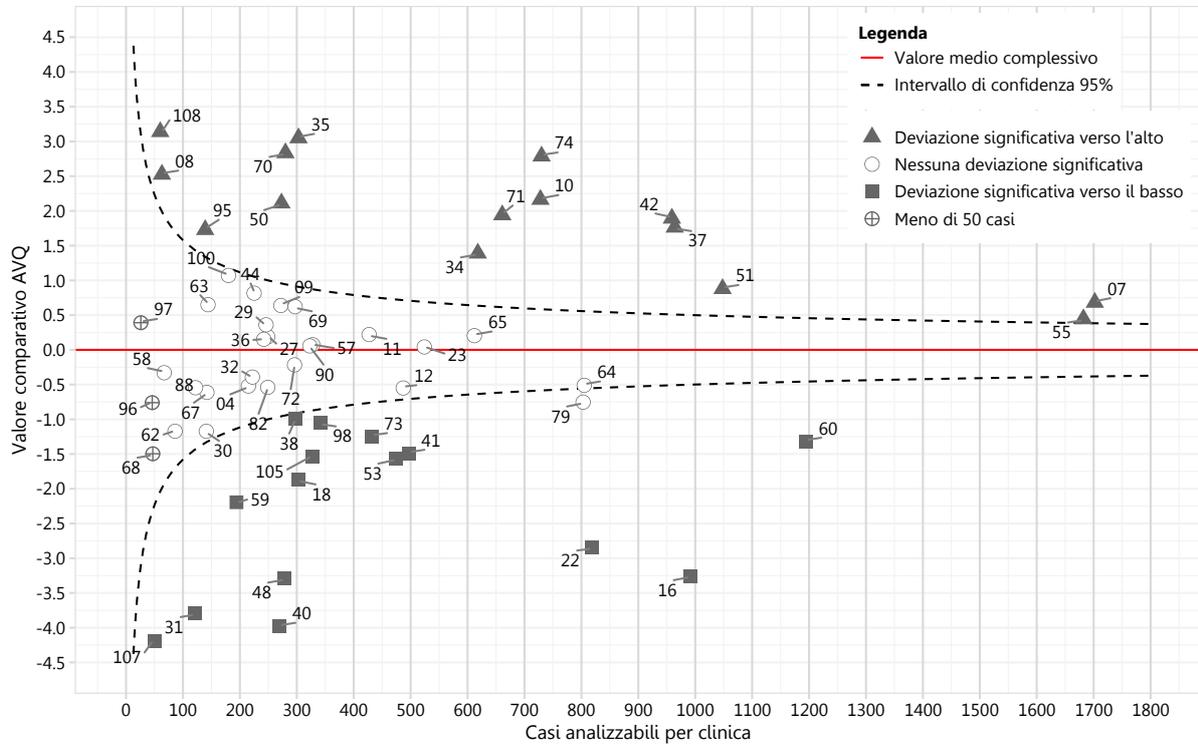
3.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

Rappresentazione descrittiva FIM®/EBI: tutte le 44 cliniche che hanno utilizzato la FIM® hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. La media complessiva della FIM® per tutte le cliniche è di 94,1 punti al momento dell'ammissione e di 106,6 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In tutte le sedici cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato durante la riabilitazione. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 53,3 punti al momento dell'ammissione e di 58,5 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 (cfr. figura 1): 28 cliniche su sessanta presentano una qualità dei risultati secondo le attese (cerchietto vuoto) in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di tre cliniche sono tuttavia limitatamente rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Quindici cliniche hanno ottenuto un risultato significativamente superiore alle attese (triangolo grigio), quindici un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio). Per due cliniche non è stato possibile esprimersi in quanto il numero di casi era insufficiente.

Figura 1: grafico a imbuto: valori comparativi AVQ secondo i casi analizzabili per ogni clinica nel 2017

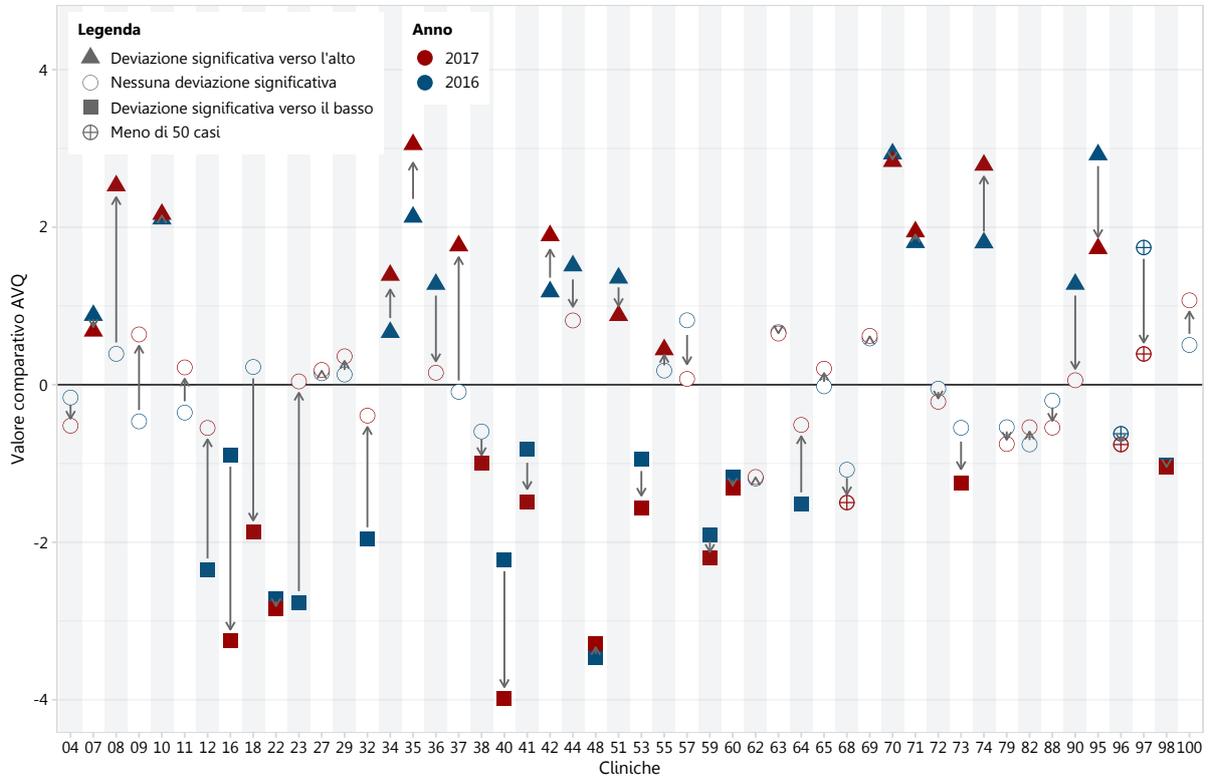


Le cliniche 84, 110 non sono rappresentate a causa del basso numero di casi (N<10).

Questo grafico a imbuto è consultabile al [sito dell'ANQ](#), dove è collegato con informazioni dettagliate (p.es. commenti delle cliniche in questione). [Rimando](#) all'ausilio alla lettura.

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio con lo score AVQ nel confronto con l'anno precedente (cfr. figura 2): questo diagramma riporta per ogni clinica i valori comparativi del 2017 (simboli rossi) e quelli del 2016 (simboli blu). Vengono utilizzati gli stessi simboli dei grafici a imbuto. Le frecce integrate nel diagramma conducono dai valori dell'anno precedente a quelli attuali, così da agevolare la lettura del cambiamento dei valori comparativi tra il 2016 e il 2017. La qualità dei risultati può essere rappresentata solo nel confronto tra cliniche e con il campione dell'anno in questione. Non è dunque possibile formulare conclusioni sull'eventuale significatività statistica di un cambiamento della qualità dei risultati di una clinica. Il diagramma di Dumbbell riporta solo le cliniche che hanno trasmesso almeno dieci casi analizzabili per entrambi gli anni.

Figura 2: diagramma di Dumbbell: valori comparativi AVQ secondo la clinica nel confronto 2016/2017



4. Conclusione

La qualità dei dati è ulteriormente aumentata e, nel complesso, è buona o molto buona per la maggior parte delle cliniche. 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.

Per la prima volta, nel 2017 si è proceduto a un confronto della qualità dei risultati con quella dell'anno precedente. Al momento di interpretare tale confronto va tenuta presente l'impossibilità di formulare conclusioni sull'eventuale significatività statistica del cambiamento rispetto all'anno precedente. I calcoli dei valori aggiustati si basano sui campioni dell'anno in questione e non possono dunque essere posti direttamente in relazione tra loro.

Un confronto equo dei risultati presuppone un adeguato aggiustamento secondo il rischio in base alla struttura dei pazienti e alle rispettive caratteristiche della clinica in questione. Sono stati considerati i fattori di disturbo rilevanti, ma non è escluso che altri fattori non contemplati dalle direttive di misurazione nella riabilitazione muscolo-scheletrica influenzino la qualità dei risultati. Si può tuttavia supporre che la considerazione di ulteriori fattori di disturbo provochi tutt'al più distorsioni minime.

Oltre al rapporto comparativo nazionale, ogni clinica partecipante riceve un rapporto specifico sulla qualità dei dati e un rapporto con i risultati specifici a supporto del lavoro interno in materia di qualità.

Il prossimo rapporto comparativo nazionale (dati 2018) verrà pubblicato nell'autunno 2020.