



*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 cardiologica

Modulo 3a

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 cardiologica** (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 cardiologica 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 cardiologica, la qualità dei risultati delle cliniche viene rilevata con tre indicatori (strumenti di misurazione).

Coinvolgendo il paziente, al momento dell'ammissione e della dimissione viene utilizzato il **MacNew Heart**, uno strumento di autovalutazione che rileva la qualità della vita dal punto di vista della salute. La prestazione fisica viene invece misurata con il **test del cammino (6 minuti)**, rispettivamente il **test ergometrico**. Nel primo, il paziente deve coprire camminando quanta più distanza possibile in sei minuti. La prova viene ripetuta all'inizio e alla fine della riabilitazione. Nel secondo, è il numero massimo di Watt raggiunto a fungere da indicatore all'ammissione e alla dimissione. Se lo stato di salute del paziente lo consente, il test ergometrico va preferito al test del cammino.

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 del MacNew Heart, del test del cammino (6 minuti) e del test ergometrico al momento dell'ammissione e della dimissione.

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. Il confronto della qualità dei risultati aggiustati secondo il rischio considera tre parametri, i principali fattori di successo: il MacNew Heart, il test del cammino (6 minuti) e il test ergometrico. Mediante una regressione multipla lineare, per ogni paziente e parametro viene stimato un valore atteso alla dimissione che consideri i fattori di disturbo, per esempio il sesso, l'età e i valori MacNew Heart / test del cammino / test ergometrico 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.

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 «Risultati»).

3. Risultati

3.1. Qualità dei dati

Per il 2017, sedici cliniche hanno inviato dati concernenti 7439 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 3967 casi di quindici cliniche (2016: 3974 casi di dodici cliniche). Ciò corrisponde al 53,3% dei casi trasmessi per il 2017, in leggero calo rispetto all'anno precedente (2016: 55,2%).

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. Una clinica su sedici non ha trasmesso alcun caso analizzabile.

Nei casi considerati, il MacNew Heart, il test del cammino (6 minuti) e/o il test ergometrico, la comorbidità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.2. Descrizione del campione

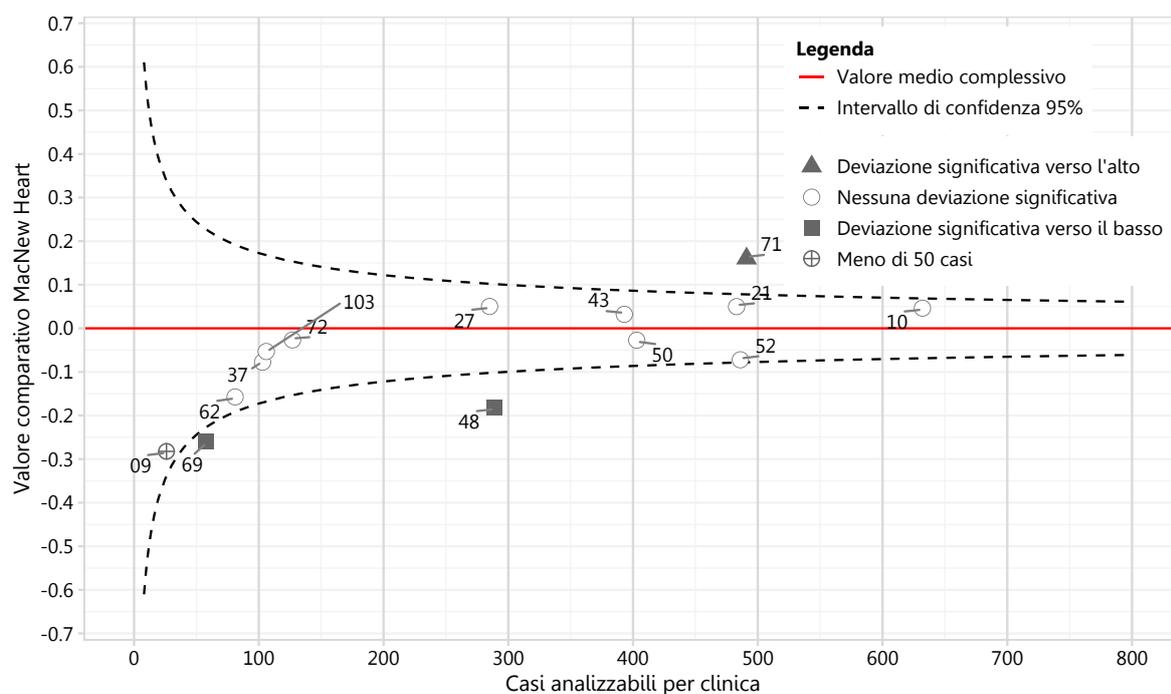
Il **campione analizzato** comprende 3967 casi di quindici cliniche. L'età media dei pazienti è di 67,9 anni. Le donne sono il 28,6%. La durata media della cura è di 20,2 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbidità è di 15,3 punti. Rispetto 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. Qualità della vita dal punto di vista della salute: MacNew Heart

Rappresentazione descrittiva: tutte le cliniche hanno registrato un miglioramento medio del MacNew Heart tra l'ammissione e la dimissione. Tale miglioramento è statisticamente significativo in tutti gli istituti. La media complessiva del MacNew Heart per tutte le cliniche è di 5,04 punti al momento dell'ammissione e di 5,90 punti al momento della dimissione su una scala tra 1 (fortemente limitato) e 7 (assolutamente non limitato).

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio (cfr. figura 1): undici cliniche su quindici presentano una qualità dei risultati secondo le attese (cerchietto vuoto) in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di una clinica sono tuttavia limitatamente rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Una clinica ha ottenuto un risultato significativamente superiore alle attese (triangolo grigio), due un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio). Per una clinica non è stato possibile esprimersi in quanto il numero di casi era insufficiente.

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

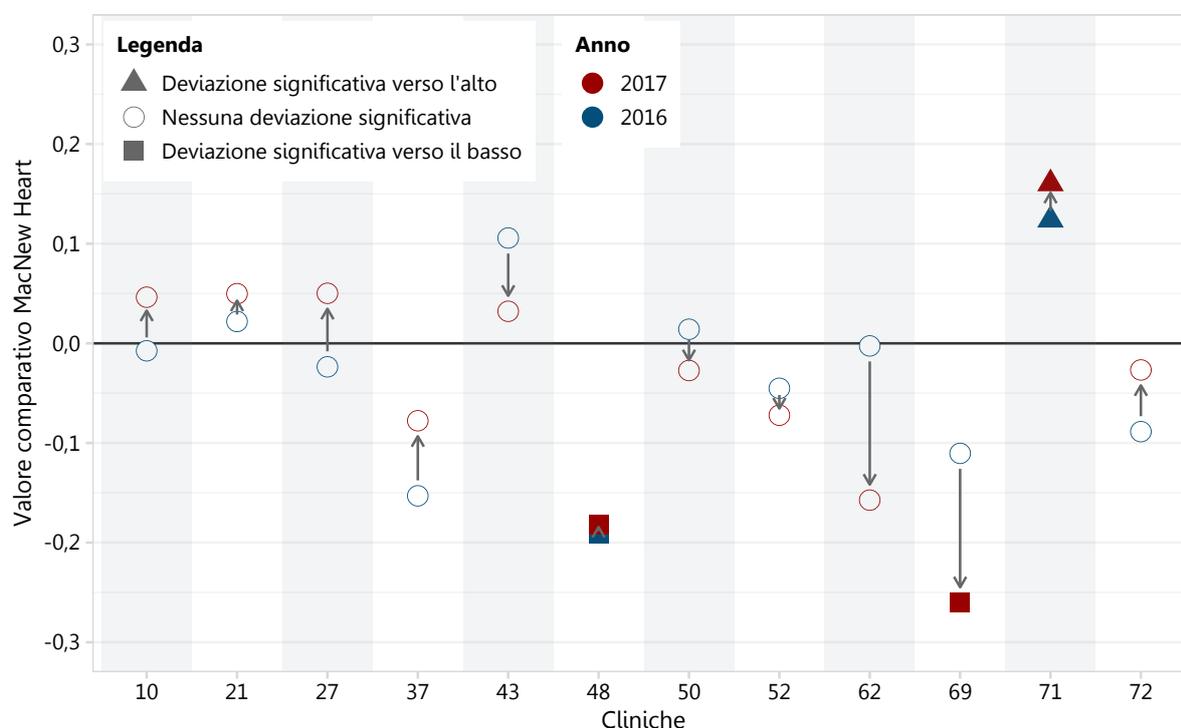


Clinica 96 non è rappresentata a causa del basso numero di casi (N<10).

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 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 quindi possibile verificare se il cambiamento della qualità dei risultati di una clinica sia statisticamente significativo. 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 MacNew Heart secondo la clinica nel confronto 2016/2017

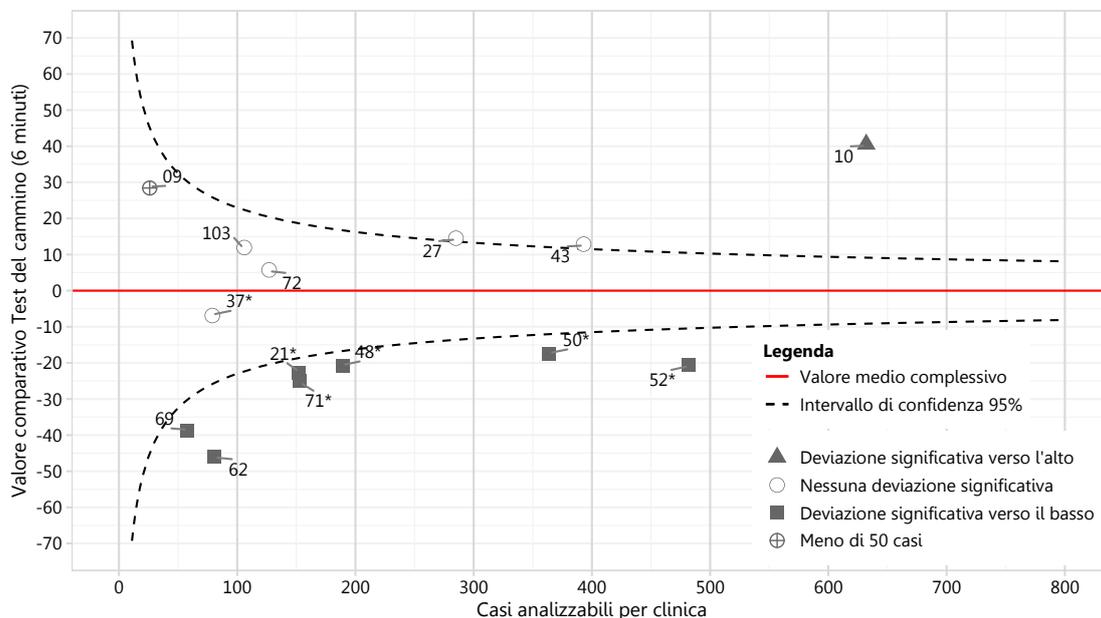


3.4. Prestazione fisica: test del cammino (6 minuti)

Rappresentazione descrittiva: tutte le quindici cliniche hanno registrato un miglioramento medio del test del cammino tra l'ammissione e la dimissione. La distanza percorsa è aumentata da una media di 319 metri all'ammissione a 442 metri alla dimissione.

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio (cfr. figura 3): sei cliniche su quindici presentano una qualità dei risultati secondo le attese (cerchietto vuoto) in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di una clinica sono tuttavia limitatamente rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Una clinica ha ottenuto un risultato significativamente superiore alle attese (triangolo grigio), sette un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio). Per una clinica non è stato possibile esprimersi in quanto il numero di casi era insufficiente. Le cliniche contrassegnate da un asterisco (*) hanno trasmesso dati anche per il test ergometrico. Di conseguenza, i risultati nel test del cammino (6 minuti) rappresentano solo una parte del campione.

Figura 3: grafico a imbuto: valori comparativi test del cammino secondo i casi analizzabili per ogni clinica nel 2017



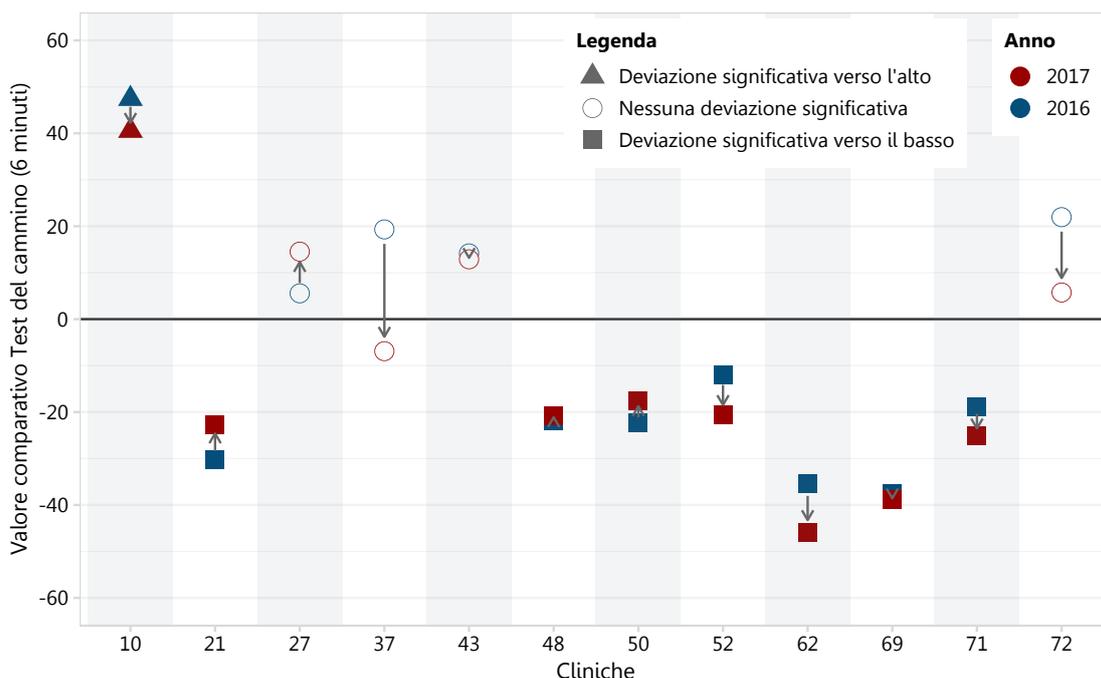
Clinica 96 non è rappresentata a causa del basso numero di casi (N<10).

* La clinica ha trasmesso i dati anche per il test ergometrico.

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 nel confronto con l'anno precedente (cfr. figura 4): spiegazioni al punto 3.3 «Qualità della vita dal punto di vista della salute: MacNew Heart»

Figura 4: diagramma di Dumbbell: valori comparativi test del cammino secondo la clinica nel confronto 2016/2017

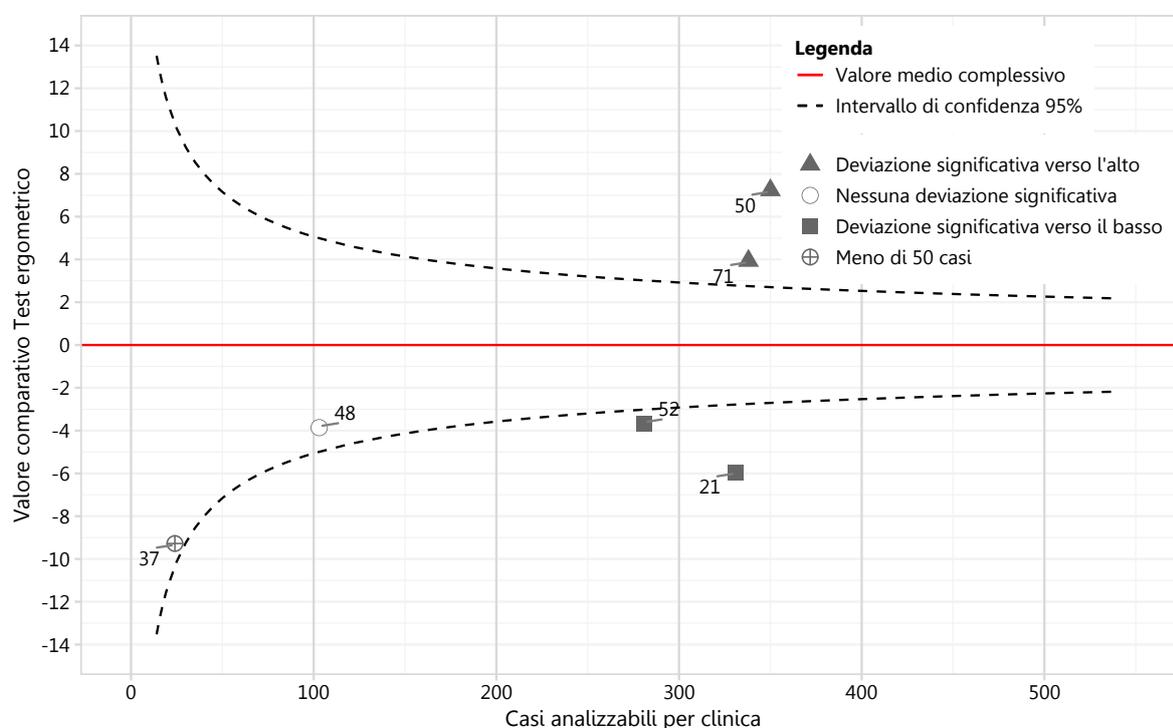


3.5. Prestazione fisica: test ergometrico

Rappresentazione descrittiva: tutte le sei cliniche che per una parte dei pazienti cardiologici hanno svolto il test ergometrico hanno ottenuto un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. Il risultato medio del test ergometrico è stato di 84 Watt all'ammissione e di 111 Watt alla dimissione.

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio (cfr. figura 5): due cliniche su sei presentano una qualità dei risultati secondo le attese (cerchietto vuoto) in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di una clinica sono tuttavia limitatamente rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Due cliniche hanno ottenuto un risultato significativamente superiore alle attese (triangolo grigio), due un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio).

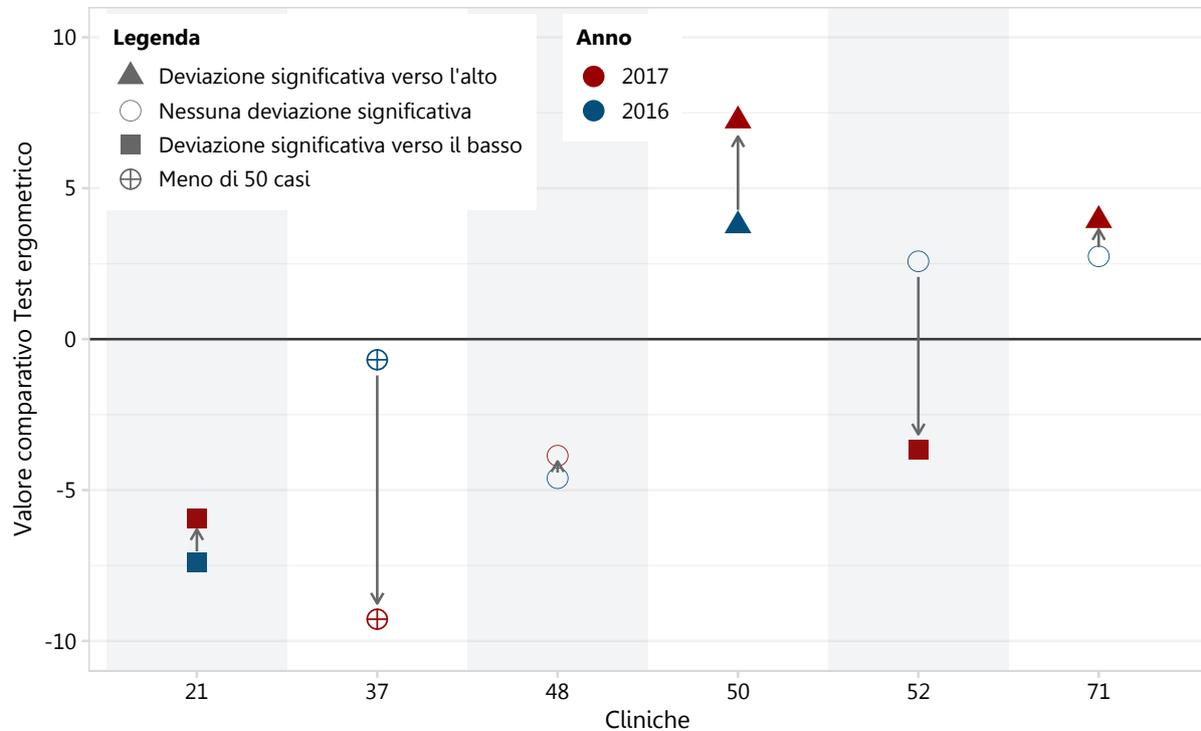
Figura 5: grafico a imbuto: valori comparativi test ergometrico secondo i casi analizzabili per ogni clinica nel 2017



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 nel confronto con l'anno precedente (cfr. figura 6): spiegazioni al punto 3.3 «Qualità della vita dal punto di vista della salute: MacNew Heart»

Figura 6: diagramma di Dumbbell: valori comparativi test ergometrico secondo la clinica nel confronto 2016/2017



4. Conclusione

La qualità dei dati, leggermente inferiore al livello dell'anno precedente, è nel complesso tra soddisfacente e buona per molte cliniche. La qualità superiore o inferiore alla media oppure nella media non sembra dipendere per alcuno dei tre indicatori dal numero di casi analizzati.

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 cardiologica 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.