
Versione breve

Rapporti comparativi nazionali 2020

Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione

- Riabilitazione geriatrica
- Riabilitazione internistica
- Riabilitazione cardiologica
- Riabilitazione muscolo-scheletrica
- Riabilitazione neurologica
- Riabilitazione oncologica
- Riabilitazione pneumologica

Novembre 2021

Indice

1.	La versione breve.....	3
2.	Misurazioni della qualità su mandato dell'ANQ	3
3.	Panoramica del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione.....	4
3.1.	Misurazione della qualità dei risultati: procedura e strumenti.....	5
3.2.	Analisi dei risultati della misurazione.....	6
4.	Riabilitazione geriatrica: misurazione 2020	7
5.	Riabilitazione internistica: misurazione 2020	8
6.	Riabilitazione cardiologica: misurazione 2020	9
7.	Riabilitazione muscolo-scheletrica: misurazione 2020	11
8.	Riabilitazione neurologica: misurazione 2020	12
9.	Riabilitazione oncologica: misurazione 2020	13
10.	Riabilitazione pneumologica: misurazione 2020.....	14

1. La versione breve

La versione breve dei rapporti comparativi nazionali presenta i risultati principali delle misurazioni della qualità svolte nel 2020 nelle cliniche e nei reparti di riabilitazione svizzeri (di seguito: cliniche) su mandato dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ).

Il presente documento si rivolge agli interessati che desiderano farsi un'idea della procedura di misurazione, del rilevamento, dell'analisi e dei risultati delle misurazioni della qualità 2020.

Chi volesse informazioni approfondite può consultare le versioni integrali dei rapporti comparativi nazionali sul sito dell'ANQ. Esse presentano per ogni settore di riabilitazione i risultati principali della misurazione della qualità e caratteristiche del campione analizzato, e riportano nell'annesso i risultati specifici per ogni clinica, così da poter procedere a confronti tra gli istituti partecipanti. Sul sito, inoltre, è disponibile un rapporto sul metodo, che contiene informazioni intersettoriali sui dati rilevati, sugli strumenti di misurazione, sul metodo di analisi e sulla rappresentazione dei risultati, nonché un ampio glossario. Online si trovano anche elenchi delle cliniche partecipanti e grafici comparativi nazionali ([risultati misurazione riabilitazione](#)).

2. Misurazioni della qualità su mandato dell'ANQ

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) è la promotrice delle misurazioni della qualità. I suoi membri sono l'associazione H+, santésuisse, curafutura, gli assicuratori sociali federali, i Cantoni e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. L'attività si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

L'attuazione, il finanziamento e la pubblicazione delle misurazioni dell'ANQ sono disciplinati nella convenzione nazionale sulla qualità, alla quale hanno aderito tutti gli ospedali e le cliniche svizzeri, nonché tutti gli assicuratori e i Cantoni. Essa obbliga ospedali e cliniche a svolgere le misurazioni dell'ANQ, nonché assicuratori e Cantoni a cofinanziare le misurazioni dell'ANQ nei loro mandati di prestazioni e nelle loro convenzioni tariffali. Sottoscrivendo la convenzione, le parti si impegnano altresì a pubblicare i risultati delle misurazioni. Le misurazioni sono volte a consentire un confronto trasparente a livello nazionale e a fornire alle cliniche partecipanti punti di riferimento mirati per l'adozione di misure di miglioramento.

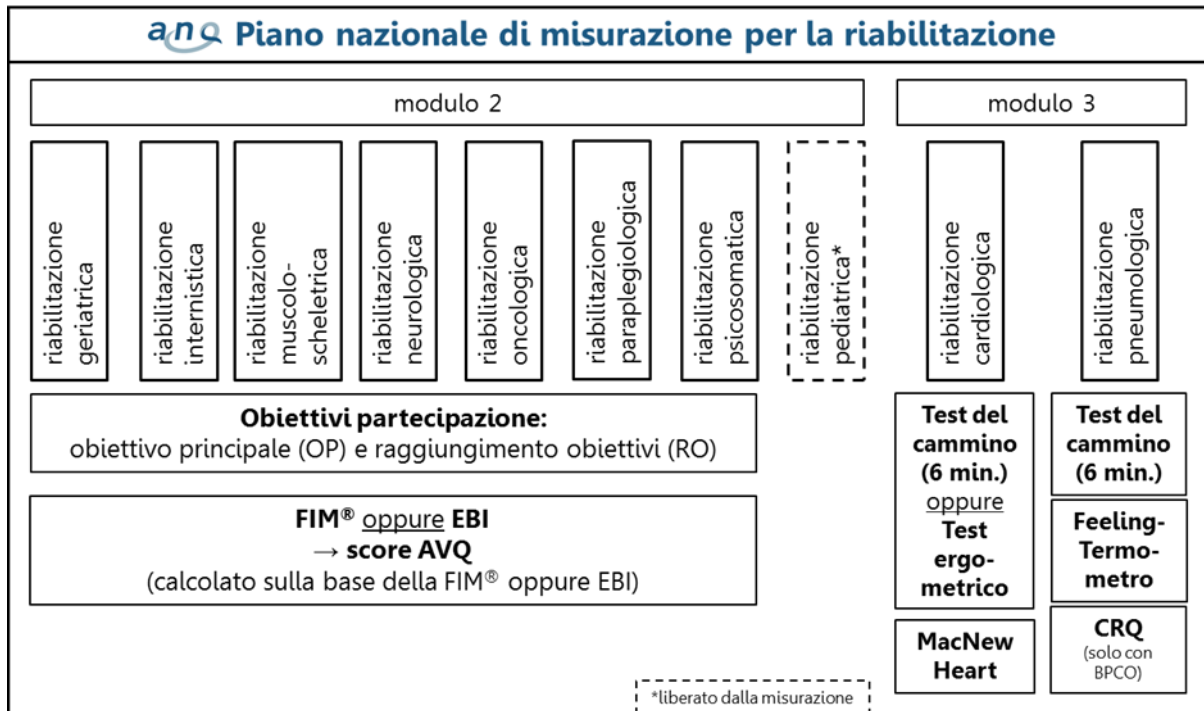
Nel quadro del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione (vedi capitolo 3), vengono rilevati dati di pazienti in tutti i reparti e le cliniche di riabilitazione svizzeri. Le cliniche sono chiamate a fornire dati per tutti i pazienti di diciotto anni compiuti, degenti a livello stazionario e dimessi nel 2020.

Mandato dell'istituto di sociologia medica e di scienze della riabilitazione della Charité

L'istituto di sociologia medica e scienze della riabilitazione (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) della Charité di Berlino è stato incaricato dall'ANQ di accompagnare dal punto di vista scientifico il rilevamento dei dati, di svolgere l'analisi comparativa dei dati rilevati a livello nazionale e di redigere i rapporti comparativi nazionali. Della redazione della versione breve si occupa invece l'ANQ.

3. Panoramica del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione

Il piano nazionale di misurazione per la riabilitazione stabilisce per ogni settore di riabilitazione come misurare la qualità dei risultati (vedi figura). Per valutare il progresso individuale dei pazienti durante la riabilitazione, le misurazioni vengono svolte sia all'ammissione sia alla dimissione.



Strumenti di misurazione nei settori di riabilitazione del modulo 2

- La FIM® o l'indice di Barthel ampliato (EBI) rilevano la capacità funzionale dei pazienti in importanti attività della vita quotidiana.
- L'obiettivo di partecipazione da raggiungere entro la dimissione viene convenuto con i pazienti. L'obiettivo e il raggiungimento dell'obiettivo vengono documentati.

Nelle **riabilitazioni paraplegiologica e psicosomatica**, previa dispensa sono previste misurazioni alternative, i cui risultati non vengono pubblicati. Tali misurazioni non sono quindi trattate nella presente versione breve.

Strumenti di misurazione nella riabilitazione cardiologica

- Con il questionario MacNew Heart, i pazienti rilevano la loro qualità di vita dal punto di vista della salute.
- Il test del cammino (6 minuti), rispettivamente il test ergometrico rilevano la prestazione fisica dei pazienti.

Strumenti di misurazione nella riabilitazione pneumologica

- Il test del cammino (6 minuti) rileva la prestazione fisica dei pazienti.
- Con il termometro Feeling, i pazienti valutano il loro stato di salute generale.
- Con il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), i pazienti con broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) valutano la loro qualità di vita dal punto di vista della salute.

In tutti i settori di riabilitazione, vengono inoltre rilevati per tutti i pazienti i **dati minimi ai sensi dell'Ufficio federale di statistica (UST)** e la **comorbidità** (la presenza di altre malattie oltre a quella principale) mediante la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS).

3.1. Misurazione della qualità dei risultati: procedura e strumenti

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

All'inizio della documentazione, insieme ai pazienti viene stabilito l'obiettivo di partecipazione principale da raggiungere entro la fine della degenza di riabilitazione. Sono previsti dieci diversi obiettivi di partecipazione nei settori abitare, lavoro e cultura sociale. Se nel corso della riabilitazione l'obiettivo definito al momento dell'ammissione dovesse rivelarsi irrealistico, esso può essere adattato durante la degenza. Al momento della dimissione, viene poi valutato il raggiungimento dell'obiettivo iniziale o di quello alternativo.

Misurazione della capacità funzionale con la FIM® e l'EBI

Per la misurazione della capacità funzionale in importanti attività della vita quotidiana (AVQ), le cliniche partecipanti ricorrono a scelta alla FIM® (Functional Independence Measure) o all'EBI (indice di Barthel ampliato). Entrambi gli strumenti vengono compilati dal personale osservando il paziente nella quotidianità della clinica. La capacità funzionale viene rilevata su una scala di risposte a più livelli. Nell'EBI si va dallo 0 (impossibile) al 4 (autonomo), nella FIM® dall'1 (completamente dipendente) al 7 (completamente indipendente). Per garantire un confronto rappresentativo tra tutte le cliniche a prescindere dalla scelta dello strumento, sulla scorta dei risultati della FIM®, rispettivamente dell'EBI viene calcolato il cosiddetto score AVQ. Lo score AVQ serve esclusivamente al confronto della qualità dei risultati e non sostituisce la FIM® e l'EBI.

Misurazione della prestazione fisica con il test del cammino (6 minuti)

Nel quadro del test del cammino, i pazienti devono coprire la maggiore distanza possibile in sei minuti. La distanza percorsa è espressa in metri. Secondo lo stato di salute, è possibile avvalersi di ausili alla deambulazione e/o di ossigeno.

Misurazione della prestazione fisica con il test ergometrico

Questo strumento, che rileva a sua volta la prestazione fisica, viene utilizzato solo se i pazienti sono sufficientemente sollecitabili ed è garantita l'assistenza in caso di emergenza. Vengono documentati la potenza massima erogata in Watt e la durata della fase di sforzo. L'indicatore dei risultati è il numero massimo di Watt raggiunti.

Misurazione con il questionario MacNew Heart della qualità di vita dal punto di vista della salute in caso di malattia cardiaca

Il MacNew Heart, un questionario che i pazienti cardiopatici compilano autonomamente, rileva la qualità di vita fisica, emotiva e sociale dal punto di vista della salute mediante 27 item. Si ricorre a una scala di risposte dall'1 (fortemente limitato) al 7 (assolutamente non limitato). Il valore complessivo del MacNew Heart corrisponde al valore medio di tutti gli item.

Misurazione dello stato di salute generale con il termometro Feeling

Con il termometro Feeling, i pazienti valutano il loro stato di salute generale nei tre giorni precedenti su una scala, a forma di termometro, dallo 0 (peggiore stato di salute immaginabile) al 100 (migliore stato di salute immaginabile).

Misurazione con il CRQ della qualità di vita dal punto di vista della salute in caso di broncopneumopatie croniche

Il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) viene compilato da pazienti con broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) di cui rileva la qualità di vita dal punto di vista della salute. Comprende venti domande, a cui si risponde su una scala dall'1 (massimo pregiudizio) al 7 (nessun pregiudizio). Le domande riguardano i settori respirazione (dispnea), stanchezza, stato d'animo e gestione della malattia. Per ogni settore, viene calcolato il valore medio. Il valore complessivo è dato dalla media dei valori medi dei vari settori.

3.2. Analisi dei risultati della misurazione

Un confronto equo dei risultati presuppone la verifica statistica dei fattori di influenza fuori dal controllo delle cliniche. La procedura statistica dell'**aggiustamento secondo il rischio** serve a tenere in considerazione la struttura dei pazienti (età, sesso, capacità funzionale all'ammissione, comorbidità ecc.).

Per il confronto tra cliniche, vengono messi in relazione tra loro i risultati delle cliniche ripuliti da possibili fattori di influenza. L'analisi aggiustata secondo il rischio mostra se i risultati ottenuti dalle cliniche sono nelle attese oppure significativamente più alti o più bassi rispetto agli altri istituti.

Con l'eccezione degli obiettivi di partecipazione, tutti i dati rilevati vengono analizzati sia a livello descrittivo sia nel quadro di un aggiustamento secondo il rischio. I risultati delle misurazioni vengono presentati anche nel confronto con l'anno precedente.

Nota sui risultati delle misurazioni

Le misurazioni servono a salvaguardare e aumentare la qualità a livello di clinica, nonché a operare confronti nazionali. I risultati forniscono alla cliniche partecipanti ampie informazioni in un settore specifico e coprono pertanto un determinato aspetto della qualità delle cure. Non è possibile trarre conclusioni generali sulla qualità complessiva della cura e sulle prestazioni di una clinica. Per tale motivo, i risultati delle misurazioni non si prestano a stilare classifiche delle cliniche.

I risultati delle misurazioni al momento dell'ammissione non consentono neppure di esprimersi sulla gravità dei pazienti e sul conseguente fabbisogno di risorse per la riabilitazione.

4. Riabilitazione geriatrica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, 48 cliniche (2019: 49) hanno rilevato dati di 21'705 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione geriatrica (2019: 21'294). Non si constata pertanto un cambiamento rilevante del numero di casi trasmessi nel primo anno di pandemia di coronavirus, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili, pari al 75,2%, è sensibilmente superiore a quello del 2019 (69,1%). In totale, sono stati analizzati 16'317 set di dati (2019: 14'639) di 47 cliniche (2019: 47). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 83,0 anni. Le donne sono il 63,7%. La durata media della riabilitazione è stata di 21,5 giorni. Rispetto all'anno precedente, per la maggior parte delle caratteristiche non si constatano cambiamenti degni di nota.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. La media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM[®], rispettivamente l'EBI è di 35,5 punti all'ammissione (2019: 35,7) e di 42,7 punti alla dimissione (2019: 42,9). Entrambi i valori sono dunque leggermente inferiori a quelli dell'anno precedente.

La crescita media durante la riabilitazione varia secondo l'istituto. Si osserva altresì una grande eterogeneità del livello medio della capacità funzionale dei pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione. Per stabilire la portata del miglioramento della capacità funzionale dei pazienti di una clinica, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio della qualità dei risultati nello score AVQ.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- quindici cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- quindici cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- dodici cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre cinque cliniche, il basso numero di casi (10–49 casi) rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi.

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

L'obiettivo di partecipazione è stato raggiunto dal 95,2% circa dei pazienti (2019: 95,5%). Sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. Rispetto all'anno precedente, la ripartizione non è praticamente cambiata.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario nel 10,4% dei casi (2019: 9,6%). Si è trattato per lo più di un cambiamento della forma abitativa o del fabbisogno di sostegno. Spesso, infatti, contrariamente a quanto pianificato inizialmente si rivela necessaria un'integrazione in un istituto o l'organizzazione di sostegni esterni.

I risultati di questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

5. Riabilitazione internistica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, 34 cliniche (2019: 35) hanno rilevato dati di 5583 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione internistica (2019: 5600). Non si constata pertanto un cambiamento rilevante del numero di casi trasmessi nel primo anno di pandemia di coronavirus, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili, pari al 77,1%, è lievemente superiore a quello del 2019 (74,4%). In totale, sono stati analizzati 4304 set di dati (2019: 4168) di 34 cliniche (2019: 33). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 69,7 anni. Le donne sono il 48,3%. La durata media della riabilitazione è stata di 21,4 giorni. Rispetto all'anno precedente, il campione è cambiato pochissimo a livello di caratteristiche riportate. Solo il leggero aumento delle malattie del sistema respiratorio e la contemporanea riduzione delle malattie del sistema circolatorio, come pure il lieve incremento delle ammissioni dirette da ospedali acuti potrebbero essere in relazione con la crisi sanitaria. Spetterà ad analisi approfondite confermarlo.

Misurazione della capacità funzionale

Nel complesso, tutte le cliniche hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. La media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM[®], rispettivamente l'EBI è di 44,5 punti all'ammissione (2019: 44,1) e di 51,6 punti alla dimissione (2019: 50,5). Entrambi i valori sono dunque superiori a quelli dell'anno precedente.

La crescita media durante la riabilitazione varia secondo l'istituto. Si osserva altresì una grande eterogeneità del livello medio della capacità funzionale dei pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione. Per stabilire la portata del miglioramento della capacità funzionale dei pazienti di una clinica nel confronto con la popolazione complessiva di tutti gli istituti, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio della qualità dei risultati nello score AVQ.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- undici cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- sette cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- cinque cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre undici cliniche, il basso numero di casi rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi (10–49 casi) o non interpretabili (< 10 casi).

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

L'obiettivo di partecipazione è stato raggiunto nel 94,7% dei casi (2019: 94,9%). Sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. Altri obiettivi di partecipazione nell'ambito dell'abitare (integrazione in un istituto di cura o di altro genere), nonché obiettivi nell'ambito del lavoro e nella categoria «Partecipazione alla vita sociale» sono stati documentati molto più raramente. Rispetto all'anno precedente, la ripartizione non è praticamente cambiata.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario solo nel 4,8% dei casi (2019: 4,7%). Gli obiettivi più frequentemente modificati sono quelli nell'ambito dell'abitare, che tuttavia sono anche quelli più spesso fissati. Un adattamento comporta sovente un cambiamento del fabbisogno di sostegno o della soluzione abitativa (a casa, risp. integrazione in istituto o in un altro ente).

I risultati di questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

6. Riabilitazione cardiologica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, diciassette cliniche (2019: 15) hanno rilevato dati di 6640 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione cardiologica (2019: 7168). Nel primo anno di pandemia di coronavirus, si constata quindi una leggera riduzione del numero di casi trasmessi. Il tasso di casi analizzabili, pari al 47,6%, è a sua volta inferiore a quello del 2019 (52,1%). In totale, sono stati analizzati 3163 set di dati (2019: 3735) di diciassette cliniche (2019: 15). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 68,0 anni. Le donne sono il 30,0%. La durata media della riabilitazione è stata di 20,7 giorni. Rispetto all'anno precedente, il campione è cambiato pochissimo a livello di caratteristiche riportate. Eventuali influssi della pandemia sulla composizione del campione di pazienti della riabilitazione cardiologica dovranno essere oggetto di un'analisi approfondita.

Risultati

Tutte le cliniche ottengono in media un miglioramento della qualità di vita e della prestazione fisica. La portata del miglioramento medio durante la riabilitazione e i valori medi all'ammissione e alla dimissione variano secondo l'istituto in tutti i settori di misurazione. Per stabilire la portata del miglioramento rispetto alle altre cliniche dello stesso settore, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio.

Misurazione della qualità di vita dal punto di vista della salute

Nel 2020, la media complessiva del MacNew Heart è di 5,04 punti all'ammissione (2019: 5,04) e di 5,94 punti alla dimissione (2019: 5,91). Si tratta dunque di valori pressoché identici a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- dieci cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quanto atteso;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore a quanto atteso.

Per le altre quattro cliniche, il basso numero di casi rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi (10–49 casi) o non interpretabili (< 10 casi).

Misurazione della prestazione fisica

Tutte le diciassette cliniche hanno svolto il **test del cammino (6 minuti)**. Dieci si sono limitate esclusivamente a quello, mentre le altre sette hanno svolto, secondo le direttive dell'ANQ, il test del cammino o il test ergometrico. In queste sette cliniche, il campione che ha svolto il test del cammino comprende le persone con le maggiori limitazioni, chi ne ha meno ha svolto il test ergometrico. Non è dunque possibile procedere a un confronto dei risultati con gli istituti che hanno fatto ricorso esclusivamente al test del cammino.

Con il test del cammino, la distanza percorsa è aumentata da una media di 311 metri all'ammissione (2019: 315) a 442 metri alla dimissione (2019: 440). Entrambi i valori sono dunque rimasti allo stesso livello rispetto all'anno precedente.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- nove cliniche su diciassette hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore al valore medio delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre cinque cliniche, il basso numero di casi rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi (10-49 casi) o non interpretabili (< 10 casi).

Con il **test ergometrico**, attuato da sette delle quindici cliniche, il numero medio di Watt raggiunto è passato da 81 all'ammissione (2019: 86) a 107 alla dimissione (2019: 111). Entrambi i valori sono dunque leggermente inferiori a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- una clinica su sette ha registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente superiore al valore medio delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre quattro cliniche, il basso numero di casi rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi (10-49 casi) o non interpretabili (< 10 casi).

7. Riabilitazione muscolo-scheletrica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, 67 cliniche (2019: 70) hanno rilevato dati di 28'243 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione muscolo-scheletrica (2019: 29'566). Nel primo anno di pandemia di coronavirus, si constata dunque un leggero calo del numero di casi trasmessi, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili è pari all'85,2% (2019: 85,5%). In totale, sono stati analizzati 24'070 set di dati (2019: 25'362) di 65 cliniche (2019: 70). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 71,0 anni. Le donne sono il 62,7%. La durata media della riabilitazione è stata di 22,1 giorni. Rispetto all'anno precedente, il campione è cambiato pochissimo a livello di caratteristiche riportate. Spetterà ad analisi approfondite decretare se il leggero aumento dei trasferimenti da ospedali acuti con contemporanea riduzione delle ammissioni da casa potrebbe essere in relazione con il Covid-19.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. La media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 43,8 punti all'ammissione (2019: 44,6) e di 52,4 punti alla dimissione (2019: 52,6). Il valore medio complessivo all'ammissione è quindi leggermente inferiore a quello dell'anno precedente, mentre il valore medio alla dimissione non ha subito variazioni degne di nota.

La crescita media durante la riabilitazione varia secondo l'istituto. Si osserva altresì una grande eterogeneità del livello medio della capacità funzionale dei pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione. Per stabilire la portata del miglioramento della capacità funzionale dei pazienti di una clinica, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio della qualità dei risultati nello score AVQ.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- 23 cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- venti cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- diciotto cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre quattro cliniche, il basso numero di casi (10–49 casi) rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi.

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

L'obiettivo di partecipazione è stato raggiunto nel 97,0% circa dei casi (2019: 97,4%). Sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. In alcune cliniche – con pazienti in media più giovani – sono stati menzionati più spesso obiettivi di partecipazione riferiti al lavoro. Rispetto all'anno precedente, la ripartizione non è praticamente cambiata.

Solo nel 3,1% dei casi l'obiettivo di partecipazione è stato adattato nel corso della riabilitazione (2019: 3,1%). In caso di adattamento, si osserva sovente che il nuovo obiettivo è l'integrazione in un istituto di cura o in un'altra struttura abitativa istituzionalizzata. Nel complesso, si constata che gli obiettivi adattati comportano un sostegno maggiore rispetto a quello iniziale.

I risultati di questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

8. Riabilitazione neurologica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, quaranta cliniche (2019: 40) hanno rilevato dati di 14'017 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione neurologica (2019: 14'265). Non si constata pertanto un cambiamento rilevante del numero di casi trasmessi nel primo anno di pandemia di coronavirus, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili è pari all'83,1% (2019: 84,1%). In totale, sono stati analizzati 11'653 set di dati (2019: 12'002) di quaranta cliniche (2019: 39). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 66,2 anni. Le donne sono il 44,5%. La durata media della riabilitazione è stata di 37,4 giorni. Rispetto all'anno precedente, il campione è cambiato pochissimo a livello di caratteristiche riportate. Spetterà ad analisi approfondite decretare se il lieve aumento dei trasferimenti da ospedali acuti con contemporanea riduzione delle ammissioni da casa, come pure il leggero incremento delle malattie cerebrovascolari potrebbero essere in relazione con il Covid-19.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. La media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 34,7 punti all'ammissione (2019: 35,2) e di 44,7 punti alla dimissione (2019: 44,9). Entrambi i valori sono dunque leggermente inferiori a quelli dell'anno precedente.

La crescita media durante la riabilitazione varia secondo l'istituto. Si osserva altresì una grande eterogeneità del livello medio della capacità funzionale dei pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione. Per stabilire la portata del miglioramento della capacità funzionale dei pazienti di una clinica, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio della qualità dei risultati nello score AVQ.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- diciannove cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- otto cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- otto cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre cinque cliniche, il basso numero di casi (10–49 casi) rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi.

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

L'obiettivo di partecipazione è stato raggiunto dal 95,6% circa dei pazienti (2019: 96,4%). Sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. In poche cliniche – con pazienti in media più giovani – sono stati menzionati più spesso obiettivi di partecipazione riferiti al lavoro. Rispetto all'anno precedente, la ripartizione è cambiata solo lievemente.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario nel 5,9% dei casi (2019: 5,2%). In caso di adattamento, si osserva sovente che il nuovo obiettivo è l'integrazione in un istituto di cura o in un'altra struttura abitativa istituzionalizzata. Nel complesso, si constata che gli obiettivi adattati comportano un sostegno maggiore rispetto a quello iniziale.

I risultati di questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

9. Riabilitazione oncologica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, quattordici cliniche (2019: 15) hanno rilevato dati di 1321 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione oncologica (2019: 1416). Nel primo anno di pandemia di coronavirus, si constata dunque un leggero calo del numero di casi trasmessi, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili, pari al 78,4%, è superiore a quello del 2019 (70,8%). In totale, sono stati analizzati 1036 set di dati (2019: 1002) di quattordici cliniche (2019: 15). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 68,1 anni. Le donne sono il 52,6%. La durata media della riabilitazione è stata di 22,1 giorni. Rispetto all'anno precedente, il campione è cambiato pochissimo a livello di caratteristiche riportate.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2020, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM[®], rispettivamente l'EBI è di 49,2 punti all'ammissione (2019: 49,3) e di 54,0 punti alla dimissione (2019: 54,6). Il valore medio all'ammissione non è dunque praticamente cambiato, mentre quello alla dimissione ha subito un lieve calo.

La crescita media durante la riabilitazione varia secondo l'istituto. Si osserva altresì una grande eterogeneità del livello medio della capacità funzionale dei pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione. Per stabilire la portata del miglioramento della capacità funzionale dei pazienti di una clinica, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio della qualità dei risultati nello score AVQ.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per sette cliniche la significatività dei risultati aggiustati secondo il rischio è limitata (10–49 casi), per due non interpretabile (< 10 casi).

Documentazione dell'obiettivo di partecipazione e del raggiungimento dell'obiettivo

Nel 2020, al momento dell'ammissione sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria e alla partecipazione alla vita pubblica. Rispetto al 2019, la partecipazione alla vita pubblica è stata selezionata più sovente come obiettivo principale, mentre sono calati gli obiettivi legati alla forma abitativa.

L'obiettivo di partecipazione è stato raggiunto dal 96,8% dei pazienti (2019: 93,2%). Solo nello 0,9% dei casi è stato necessario un adeguamento (2019: 2,3%).

I risultati di questo strumento sono per lo più confrontabili con quelli dell'anno precedente.

10. Riabilitazione pneumologica: misurazione 2020

Base di dati

Nel complesso, dodici cliniche (2019: 13) hanno rilevato dati di 4118 pazienti che nel 2020 hanno concluso una riabilitazione pneumologica (2019: 4220). Nel primo anno di pandemia di coronavirus, si constata dunque un leggero calo del numero di casi trasmessi, anche se non sono da escludere riduzioni a corto termine dell'occupazione subito compensate in un secondo tempo. Il tasso di casi analizzabili è pari al 54,0% (2019: 54,1%). In totale, sono stati analizzati 2223 set di dati (2019: 2282) di dodici cliniche (2019: 12). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 67,9 anni. Le donne sono il 44,1%. La durata media della riabilitazione è stata di 21,1 giorni.

Per i pazienti con broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO), è stato utilizzato il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ). I casi di BPCO inviati costituivano il 37% di tutti i casi trasmessi per la riabilitazione pneumologica (2019: 46,7%).

Per la riabilitazione pneumologica, si constatano influssi della pandemia di coronavirus sulla composizione del campione. Si registra in particolare un forte aumento nel gruppo di analisi «Influenza e polmonite», dovuto verosimilmente ai pazienti Covid-19. Considerato tuttavia che all'inizio della pandemia non esisteva ancora alcuna prassi di codificazione unitaria, i casi di coronavirus potrebbero essere stati rilevati anche in altri gruppi di diagnosi. I dati disponibili non consentono dunque di calcolare con precisione l'effettiva percentuale dei pazienti Covid-19. Nelle altre categorie di diagnosi, segnatamente nei tre gruppi BPCO, rispetto all'anno precedente il numero di casi è in parte calato considerevolmente. Spetterà ad analisi approfondite far luce su questi cambiamenti.

Risultati

Tutte le cliniche ottengono in media un miglioramento della prestazione fisica, dello stato di salute generale e della qualità di vita dal punto di vista della salute (BPCO). La portata del miglioramento medio durante la riabilitazione e i valori medi all'ammissione e alla dimissione variano secondo l'istituto. Per stabilire la portata del miglioramento rispetto alle altre cliniche dello stesso settore, è stata svolta un'analisi aggiustata secondo il rischio.

Misurazione della prestazione fisica

Con il test del cammino, la distanza percorsa è aumentata da una media di 273 metri all'ammissione (2019: 280) a 366 metri alla dimissione (2019: 361). Il valore medio complessivo all'ammissione è leggermente più basso rispetto al 2019, mentre quello alla dimissione è più alto.

Dall'analisi dei dati 2020 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- otto cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente superiore a quella delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore a quanto atteso.

Per due cliniche, il basso numero di casi (10–49 casi) rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi.

Misurazione dello stato di salute generale

Sulla scala del termometro Feeling, lo stato di salute generale era pari a 49,3 punti all'ammissione (2019: 49,6) e a 69,9 punti alla dimissione (2019: 69,5). Entrambi i valori sono dunque rimasti allo stesso livello rispetto all'anno precedente.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- cinque cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- tre cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente superiore al valore medio delle altre cliniche;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per due cliniche, il basso numero di casi (10–49 casi) rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi.

Misurazione della qualità di vita dal punto di vista della salute (BPCO)

Il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) viene utilizzato solo per i pazienti con broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO). La media all'ammissione è di 3,61 punti (2019: 3,71), alla dimissione di 4,71 punti (2019: 4,83). I due valori sono dunque leggermente inferiori a quelli dell'anno precedente, il che potrebbe far presumere che nel primo anno di pandemia di coronavirus hanno svolto una riabilitazione soprattutto i pazienti BPCO con una maggiore limitazione della qualità di vita dal punto di vista della salute. Anche in questo caso, spetterà ad analisi approfondite confermare questa supposizione.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- quattro cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente superiore al valore medio delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre sei cliniche, il basso numero di casi rende i risultati aggiustati secondo il rischio solo limitatamente rappresentativi (10–49 casi) o non interpretabili (< 10 casi).