
Versione breve

Rapporti comparativi nazionali 2018

Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione

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

Giugno 2020

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 della qualità 2018	7
5.	Riabilitazione internistica: misurazione della qualità 2018	8
6.	Riabilitazione cardiologica: misurazione della qualità 2018	9
7.	Riabilitazione muscolo-scheletrica: misurazione della qualità 2018	11
8.	Riabilitazione neurologica: misurazione della qualità 2018	12
9.	Riabilitazione oncologica: misurazione della qualità 2018	13
10.	Riabilitazione pneumologica: misurazione della qualità 2018	14

1. La versione breve

La versione breve dei rapporti comparativi nazionali presenta i risultati principali delle misurazioni della qualità svolte nel 2018 nelle cliniche e nei reparti di riabilitazione svizzeri 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 2018.

Chi volesse informazioni approfondite può consultare le versioni integrali dei rapporti comparativi nazionali sul sito dell'ANQ. I rapporti comparativi 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. Per la prima volta, inoltre, sul sito è disponibile anche 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 nel contratto nazionale di qualità, al quale hanno aderito tutti gli ospedali e le cliniche svizzeri, nonché tutti gli assicuratori e i Cantoni. Il contratto nazionale di qualità 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 il contratto, 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.

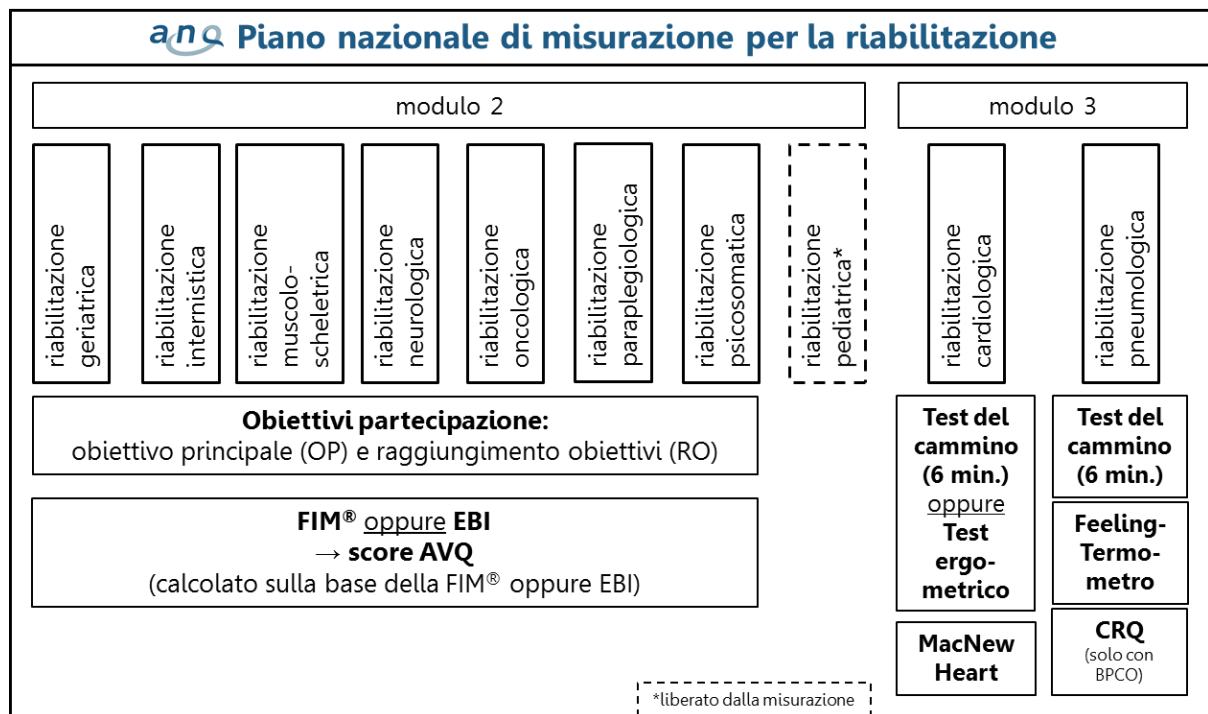
Nel quadro del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione (vedi capitolo 3), vengono rilevati dati di pazienti in tutti i reparti e le cliniche di riabilitazione svizzeri. Le cliniche sono chiamate a fornire dati per tutti i pazienti di diciotto anni compiuti, degenti a livello stazionario e dimessi nel 2018.

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** e la **comorbilità** (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

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 dei pazienti viene rilevata su una scala di risposte a più livelli. Per garantire un confronto equo tra tutte le cliniche indipendentemente 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.

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 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. Per lo svolgimento del test del cammino, 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. Il CRQ 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 di una clinica, in quanto il successo di una cura può dipendere da determinate caratteristiche (età, sesso, capacità funzionale all'ammissione ecc.).

Per il confronto tra cliniche si fa riferimento ai rispettivi risultati. Per ogni clinica, viene calcolata la differenza tra il proprio valore atteso e i valori attesi delle altre cliniche. L'analisi mostra se i risultati ottenuti dalle cliniche sono nelle attese oppure significativamente più alti o più bassi rispetto agli altri istituti. Il risultato calcolato di una singola clinica va dunque sempre interpretato nell'ottica del risultato medio dell'intero campione dell'anno in esame.

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. Per la seconda volta consecutiva, 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.

4. Riabilitazione geriatrica: misurazione della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, 44 cliniche (2017: 36) hanno rilevato dati di 19'185 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione geriatrica (2017: 18'041). Per il 64,8% di questi pazienti (2017: 60,2%) si dispone di dati completi provenienti da 42 cliniche (2017: 31). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 83,0 anni. Le donne sono il 64,0%. La durata media della riabilitazione è stata di 21,9 giorni.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2018, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 35,1 punti all'ammissione (2017: 35,8) e di 42,7 punti alla dimissione (2017: 43,0). 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 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

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

Per le altre dieci 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 dal 96% circa dei pazienti (2017: 94%). Per i pazienti della riabilitazione geriatrica, sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. Quasi il 90% perseguiva l'obiettivo di poter vivere a casa con o senza sostegno dopo la riabilitazione, quasi la metà in compagnia del coniuge.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario nel 10,6% dei casi (2017: 9,4%). In caso di adattamento, si osserva sovente che il nuovo obiettivo è l'integrazione in un istituto di cura o in un altro alloggio con prestazioni assistenziali nell'ambito di un'istituzione. 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.

5. Riabilitazione internistica: misurazione della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, 36 cliniche (2017: 32) hanno rilevato dati di 6589 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione internistica (2017: 6010). Per il 68,7% di questi pazienti (2017: 73,0%) si dispone di dati completi provenienti da 35 cliniche (2017: 30). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 70,3 anni. Le donne sono il 51,9%. La durata media della riabilitazione è stata di 21,1 giorni.

Misurazione della capacità funzionale

Nel complesso, tutte le cliniche hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2018, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM[®], rispettivamente l'EBI è di 44,1 punti all'ammissione (2017: 44,9) e di 50,0 punti alla dimissione (2017: 51,0). 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 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 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- quattordici 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;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre dodici 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 93% circa dei casi (2017: 94%). Per i pazienti della riabilitazione internistica, sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. In alcune cliniche – con pazienti in media più giovani – è stato menzionato più spesso l'obiettivo di ripristinare le capacità di partecipazione alla vita pubblica.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario solo nel 5,4% dei casi (2017: 5,6%). 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 della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, quindici cliniche (2017: 16) hanno rilevato dati di 7278 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione cardiologica (2017: 7439). Per il 54,6% di questi pazienti (2017: 53,3%) si dispone di dati completi provenienti da quattordici cliniche (2017: 15). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 67,8 anni. Le donne sono il 29,2%. La durata media della riabilitazione è stata di 20,1 giorni.

Risultati

Tutte le cliniche ottengono in media un miglioramento della qualità di vita dal punto di vista della salute 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 2018, la media complessiva del MacNew Heart è di 5,02 punti all'ammissione (2017: 5,04) e di 5,89 punti alla dimissione (2017: 5,90). Si tratta di valori pressoché identici a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi dei dati 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

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

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

Misurazione della prestazione fisica

Sette cliniche su quattordici hanno fatto ricorso solo al test del cammino (6 minuti). Le altre sette hanno optato per il test del cammino o per il test ergometrico. Il test del cammino viene utilizzato quando lo stato di salute del paziente non consente lo svolgimento del test ergometrico. Nelle sette cliniche che hanno impiegato entrambi gli strumenti, il campione che ha svolto il test del cammino comprende di conseguenza in prevalenza persone con maggiori limitazioni.

Con il **test del cammino**, la distanza percorsa è aumentata da una media di 316 metri all'ammissione (2017: 319) a 438 metri alla dimissione (2017: 442). Entrambi i valori sono dunque leggermente inferiori a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- quattro cliniche su quattordici 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;
- cinque cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

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

Con il **test ergometrico**, attuato da sette delle quattordici cliniche, il numero medio di Watt raggiunto è passato da 87 all'ammissione (2017: 84) a 114 alla dimissione (2017: 111). Entrambi i valori sono dunque leggermente superiori a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- tre cliniche su sette 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 due 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 della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, settanta cliniche (2017: 62) hanno rilevato dati di 30'245 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione muscolo-scheletrica (2017: 28'835). Per il 79,1% di questi pazienti (2017: 85,4%) si dispone di dati completi provenienti da 66 cliniche (2017: 60). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 70,0 anni. Le donne sono il 62,2%. La durata media della riabilitazione è stata di 22,2 giorni.

Misurazione della capacità funzionale

Nel complesso, tutte le cliniche hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2018, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 44,7 punti all'ammissione (2017: 45,8) e di 52,1 punti alla dimissione (2017: 52,8). 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 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

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

Per le altre dieci 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 97% circa dei casi (2017: 97%). Per i pazienti della riabilitazione muscolo-scheletrica, 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.

Solo nel 3,3% dei casi l'obiettivo di partecipazione è stato adattato nel corso della riabilitazione (2017: 3,0%). In caso di adattamento, si osserva sovente che il nuovo obiettivo è l'integrazione in un istituto di cura o in un altro alloggio con prestazioni assistenziali nell'ambito di un'istituzione. 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 della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, 39 cliniche (2017: 39) hanno rilevato dati di 13'380 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione neurologica (2017: 13'131). Per l'81,3% di questi pazienti (2017: 85,8%) si dispone di dati completi provenienti da 38 cliniche (2017: 38). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 65,4 anni. Le donne sono il 45,5%. La durata media della riabilitazione è stata di 36,2 giorni.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2018, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 35,4 punti all'ammissione (2017: 35,4) e di 44,5 punti alla dimissione (2017: 44,3). Entrambi i valori sono dunque rimasti quasi allo stesso livello rispetto all'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 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- 21 cliniche hanno registrato una qualità dei risultati statisticamente secondo le attese;
- sei 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 tre 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 dal 96% circa dei pazienti (2017: 96%). Per i pazienti della riabilitazione neurologica, 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.

Un adeguamento degli obiettivi nel corso della riabilitazione è stato necessario nel 4,3% dei casi (2017: 4,5%). In caso di adattamento, si osserva sovente che il nuovo obiettivo è l'integrazione in un istituto di cura o in un altro alloggio con prestazioni assistenziali nell'ambito di un'istituzione. 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 della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, tredici cliniche (2017: 9) hanno rilevato dati di 1140 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione oncologica (2017: 1152). Per il 70,4% di questi pazienti (2017: 73,7%) si dispone di dati completi provenienti da tredici cliniche (2017: 9). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 67,6 anni. Le donne sono il 55,8%. La durata media della riabilitazione è stata di 20,3 giorni.

Misurazione della capacità funzionale

Tutte le cliniche partecipanti hanno ottenuto in media miglioramenti della capacità funzionale dei loro pazienti. Nel 2018, la media complessiva dello score AVQ calcolato con la FIM®, rispettivamente l'EBI è di 48,1 punti all'ammissione (2017: 47,5) e di 53,1 punti alla dimissione (2017: 53,4). La media complessiva del valore all'ammissione è dunque leggermente superiore rispetto all'anno precedente, mentre il valore alla dimissione è leggermente inferiore.

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 2018 aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- due 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;
- due cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per le altre otto 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 96% circa dei casi (2017: 95%). Nel 2,5% dei casi, tale obiettivo è stato adattato nel corso della riabilitazione (2017: 3,8%). Per i pazienti della riabilitazione oncologica, sono stati convenuti prevalentemente obiettivi di partecipazione inerenti all'abitare a casa propria. In una clinica, l'obiettivo di ripristinare le capacità di partecipazione alla vita pubblica è stato menzionato molto spesso, il che ha influito sulla ripartizione complessiva nel confronto annuale. Per il resto, i risultati di questo strumento sono confrontabili con quelli dell'anno precedente.

10. Riabilitazione pneumologica: misurazione della qualità 2018

Base di dati

Nel complesso, dodici cliniche (2017: 13) hanno rilevato dati di 4140 pazienti che nel 2018 hanno concluso una riabilitazione pneumologica (2017: 4111). Per il 56,2% di questi pazienti (2017: 56,4%) si dispone di dati completi provenienti da dodici cliniche (2017: 13). L'età media dei pazienti inclusi nell'analisi è di 68,9 anni. Le donne sono il 48,4%. La durata media della riabilitazione è stata di 20,5 giorni.

Per le analisi del Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) vengono considerati solo casi con broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) quale diagnosi principale. Per i dati 2018, tale criterio riguarda 1845 casi (2017: 1876). Il tasso di casi di BPCO rispetto a tutti i casi trasmessi è del 45,5% (2017: 45,6%).

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 in questi tre ambiti della riabilitazione pneumologica 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 268 metri all'ammissione (2017: 261) a 355 metri alla dimissione (2017: 349). Entrambi i valori sono dunque leggermente superiori a quelli dell'anno precedente.

Dall'analisi dei dati 2018 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 quella delle altre cliniche;
- una clinica ha registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore a quanto atteso.

Per una clinica, 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 (2017: 50,5) e a 69,8 punti alla dimissione (2017: 69,5). Il valore all'ammissione è dunque leggermente inferiore rispetto a quello dell'anno precedente, mentre quello alla dimissione è pressoché identico.

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;
- tre cliniche hanno registrato una qualità dei risultati significativamente inferiore al valore medio delle altre cliniche.

Per una clinica, 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 era di 3,72 punti (2017: 3,66), alla dimissione di 4,84 punti (2017: 4,84). Il valore all'ammissione è dunque leggermente superiore a quello dell'anno precedente, quello alla dimissione è rimasto uguale.

Dall'analisi aggiustata secondo il rischio è emerso che:

- cinque 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 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).