

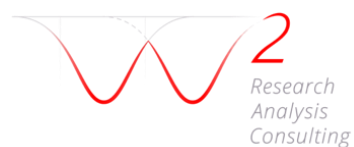
CONCETTO DI ANALISI RIABILITAZIONE

MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA RIABILITAZIONE

VERSIONE 8.0/2025

Versione: 8.0, valida dall'anno di rilevamento 2025 (sostituisce la versione 7.0)

Data: approvato l'11.9.2025 dal Comitato per la qualità Riabilitazione e confermato senza consultazione il 21.10.2025 dal Comitato dell'ANQ



CRONOLOGIA DELLE MODIFICHE

Affinché disponiate di mezzi ausiliari costantemente aggiornati, il presente documento verrà all'occorrenza modificato anche nel corso dell'anno. I codici cromatici vi consentono di individuare velocemente gli ultimi cambiamenti.

CODICE CROMATICO	VALIDITÀ MODIFICA	PAROLA CHIAVE
GRIGIO	Analisi anno di rilevamento 2025	Adeguamento della definizione di analizzabilità: lo strumento obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo non è più obbligatorio perché un caso possa essere classificato come analizzabile.
		Introduzione della nuova piattaforma per la fornitura dei dati <i>RehaCom-pass</i> in sostituzione di ReMoS
		Specificazione del calcolo della durata della degenza in giorni
		Precisazione nella definizione dei <i>drop-out</i>

Indice

1	Situazione di partenza	4
2	Rilevamento dei dati	5
2.1	Metodo	5
2.2	Strumenti e misurazione.....	6
2.3	Altri dati	7
3	Elaborazione e trasmissione dei dati	8
3.1	Elaborazione dei dati	8
3.2	Trasmissione dei dati.....	9
3.3	Protezione e sicurezza dei dati	9
4	Metodo di analisi	10
4.1	Criteri di inclusione e di esclusione.....	10
4.2	Qualità dei dati	10
4.3	Campione per l'analisi.....	12
4.3.1	Calcolo della durata della degenza	12
4.3.2	Score AVQ.....	13
4.4	Altre tappe prima dell'analisi nazionale	13
4.5	Analisi descrittiva	13
4.6	Analisi aggiustata secondo il rischio.....	14
4.6.1	Indicatori.....	14
4.6.2	Aggiustamento secondo il rischio	15
4.7	Confronti annuali.....	17
	Bibliografia	18
	Annesso A - criteri di valutazione	19
	Annesso B - categorie di diagnosi	25
	Impressum	33

1 SITUAZIONE DI PARTENZA

Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati a livello nazionale e comparativo i dati rilevati nel quadro delle misurazioni specifiche nella riabilitazione. Viene annessa particolare importanza all'aggiustamento secondo il rischio, il quale consente un confronto equo tra le cliniche. Il concetto è il frutto della stretta collaborazione tra l'ANQ, il Comitato per la qualità Riabilitazione, nonché i partner di cooperazione Charité – Universitätsmedizin Berlin e w hoch 2 GmbH.

- La **Charité – Universitätsmedizin Berlin** si occupa dell'accompagnamento scientifico del piano di misurazione nella riabilitazione, dell'analisi comparativa nazionale dei dati e della redazione dei rapporti sui risultati nazionali.
- La **w hoch 2** è incaricata della logistica, dello sviluppo e della gestione della piattaforma online *RehaCompass* (caricamento, verifica e trasmissione dei dati) e del dashboard con i risultati specifici secondo la clinica.

Il concetto di analisi si basa sulla [convenzione nazionale sulla qualità](#), sul [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#) e sui [requisiti per i concetti di analisi dell'ANQ](#). Questa versione verrà adattata all'occorrenza sulla scorta dei dati rilevati negli anni successivi, dei relativi risultati dell'analisi, dei riscontri dei diversi gruppi di attori e di eventuali perfezionamenti delle misurazioni.

2 RILEVAMENTO DEI DATI

2.1 METODO

Alla misurazione nazionale partecipano tutte le cliniche di riabilitazione che hanno sottoscritto la convenzione sulla qualità ANQ 2011 e non dispongono di una dispensa. Le cliniche registrano ogni paziente ammesso per una degenza stazionaria, a prescindere dalla data di dimissione prevista e da altre caratteristiche come l'età, la diagnosi, il reparto, l'origine o la presenza di un caso di pluricovero. Il rilevamento, l'immissione e la trasmissione dei dati spettano alle cliniche partecipanti al piano nazionale di misurazione. Il [manuale sulla procedura](#) e il [manuale sui dati](#) contengono direttive vincolanti in materia.

Per le misurazioni sono stati definiti risultati della cura (outcome) confrontabili tra le cliniche mediante indicatori appropriati. È previsto un rilevamento completo con l'ausilio degli strumenti menzionati al punto 2.2. Si procede a una misurazione al momento dell'ammissione e a una al momento della dimissione. Gli strumenti impiegati comprendono valutazioni/questionari affermati e convalidati, sviluppati per il rilevamento di outcome specifici in campo sanitario. I questionari contengono un set di variabili/item che consente di valutare in modo standardizzato i diversi aspetti dell'outcome. Per l'analisi, le risposte vengono aggregate e per il rispettivo outcome viene calcolato un punteggio complessivo o diversi sottopunteggi. Gli strumenti di misurazione variano secondo il metodo di rilevamento.

- Clinician-Reported Outcome Measurements (ClinROMs): alcuni strumenti sono impiegati per la valutazione da parte di terzi. Della valutazione delle funzioni o dei sintomi riportati nello strumento, nonché della compilazione dei moduli si occupa il personale medico sulla base di osservazioni quotidiane o di colloqui diagnostici.
- Patient-Reported Outcome Measurements (PROMs): gli altri strumenti prevedono invece un'autovalutazione. In questi casi, sono i pazienti a compilare autonomamente i singoli item del questionario.
- Test delle prestazioni: la terza categoria di strumenti concerne test delle prestazioni standardizzati nel quadro dei quali l'outcome/la prestazione di un paziente in un determinato ambito (p.es. capacità fisica) viene misurato/a e documentato/a dal personale della clinica secondo direttive definite.

Nei questionari per i pazienti (PROMs) e nei test delle prestazioni, esiste fondamentalmente la possibilità di una rinuncia (mancato svolgimento della misurazione), considerato che i pazienti devono partecipare attivamente. Anche una rinuncia al test deve essere documentata. Nelle ClinROMs, invece, la rinuncia al test non è prevista, in quanto i pazienti rivestono solo un ruolo passivo.

2.2 STRUMENTI E MISURAZIONE

La Figura 1 indica quali strumenti devono essere impiegati per i vari settori al momento dell'ammissione e della dimissione. Per ogni caso devono inoltre essere rilevati e trasmessi altri dati necessari per l'analisi (incluso l'aggiustamento secondo il rischio).

Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione -
Trasmissione dei dati secondo il settore di riabilitazione

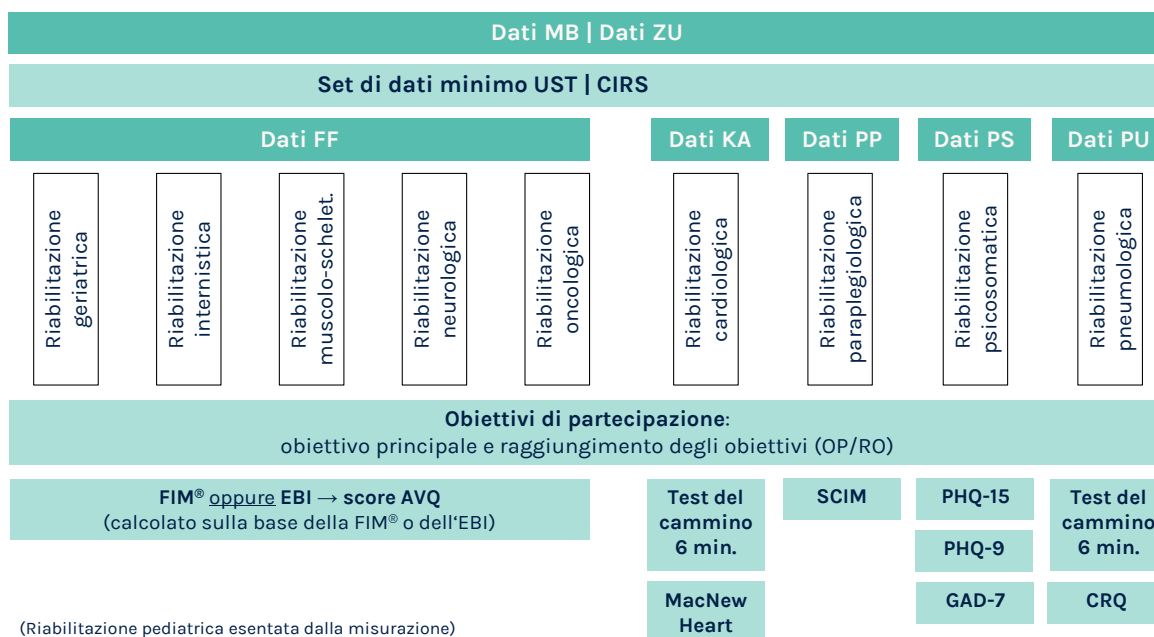


Figura 1: piano nazionale di misurazione nella riabilitazione

In tutti i nove settori di riabilitazione, per ogni paziente vengono documentati gli obiettivi di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo. Per la misurazione dei risultati nei diversi settori di riabilitazione, vengono inoltre utilizzati gli strumenti seguenti.

Nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica, ogni clinica sceglie uno strumento (FIM® o indice di Barthel ampliato (EBI)) per il rilevamento da parte del personale della capacità funzionale, e lo utilizza per tutti i pazienti. Per il confronto interospedaliero della qualità dei risultati aggiustato secondo il rischio, ci si avvale di uno score AVQ (attività della vita quotidiana) calcolato sulla base della FIM®, rispettivamente dell'EBI. Lo score AVQ è descritto più dettagliatamente al punto 4.3.2.

Nella riabilitazione cardiologica, si ricorre al questionario per i pazienti MacNew Heart per la valutazione della qualità di vita dal punto di vista della salute e al test del cammino (6 minuti) quale test delle prestazioni.

Nella riabilitazione paraplegiologica, il personale utilizza la Spinal Cord Independence Measure (SCIM), che rileva la capacità funzionale negli ambiti autosufficienza, respirazione, continenza e mobilità di pazienti paraplegici/con lesioni al midollo spinale.

Nella riabilitazione psicosomatica, vengono utilizzati i questionari per i pazienti Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e -15 (PHQ-15), nonché la scala Generalized Anxiety Disorder- 7 (GAD-7).

Nella riabilitazione pneumologica, per tutti i pazienti si fa ricorso al test del cammino (6 minuti) per il rilevamento della prestazione fisica e al questionario per i pazienti Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) per la misurazione della qualità della vita dal punto di vista della salute.

2.3 ALTRI DATI

Per ogni caso, vanno poi rilevati e trasmessi i dati seguenti.

- Dati della statistica medica dell'UST, già rilevati obbligatoriamente dalle cliniche per la statistica medica dell'Ufficio federale di statistica (UST). I dati minimi dell'UST contengono le caratteristiche sociodemografiche e le indicazioni sulla degenza riabilitativa (Ufficio federale di statistica, 2020).
- Comorbilità: la portata della comorbilità al momento dell'ammissione viene rilevata mediante la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al., 1968) per tutti i settori di riabilitazione. Per le misurazioni dell'ANQ, vengono utilizzati la versione completata da una quattordicesima categoria («Disturbi psichici») e il rispettivo manuale (Salvi et al., 2008). Le versioni italiana, francese e tedesca di questo strumento di valutazione da parte di terzi sono state redatte dall'ANQ.

Il [manuale sulla procedura](#) contiene una descrizione dettagliata di tutti gli strumenti impiegati.

3 ELABORAZIONE E TRASMISSIONE DEI DATI

Il rilevamento corretto dei dati è responsabilità di ogni singola clinica e avviene elettronicamente. Trovate maggiori ragguagli sul rilevamento, sul formato e sul trasferimento nel [manuale sui dati](#). I set devono contenere i dati di tutti i pazienti dimessi nel corso del periodo definito per il rilevamento (1.1-31.12). Le cliniche contrassegnano i set di dati con un numero di identificazione inequivocabile del caso, il quale assicura la protezione dei dati e il collegamento tra i diversi set di dati di una persona.

3.1 ELABORAZIONE DEI DATI

Le cliniche di riabilitazione rilevano diversi tipi di dati, i quali devono essere preparati come file separati per il caricamento (vedi Figura 2):

- dati rilevati ai sensi del piano nazionale di misurazione (dati specifici per la riabilitazione);
- set di dati minimo della statistica medica dell'UST;
- altri dati rilevanti per l'analisi (comorbidità, rilevamento con la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)).

Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione – Dati da rilevare per ogni caso

Set di dati minimo dell'UST	Dati supplementari	Dati di misurazione specifico settore di riabilitazione
File MB	File ZU CIRS all'ammissione	File FF, KA, PP, PS e PU Riabilitazione geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica, cardiologica, paraplegiologica, psicosomatica o pneumologica Dati della misurazione all'ammissione Dati della misurazione alla dimissione (selezione degli strumenti secondo settore di riabilitazione)

Figura 2: dati per ogni caso

I dati di varie fonti (dati medico-amministrativi, dati specifici per la riabilitazione, dati supplementari) vengono trasmessi nei formati CSV, XLSX, TXT, DAT o RDS con un set di dati per ogni riga.

3.2 TRASMISSIONE DEI DATI

Tutti i dati delle misurazioni della qualità devono essere caricati annualmente dalle cliniche sulla piattaforma online *RehaCompass*, la quale consente di verificare anche durante l'anno i dati da inviare ai sensi della definizione in vigore (vedi [manuale sui dati](#)) e di ricevere riscontri automatici sul formato (p.es. numero di variabili) e sulla qualità. Le verifiche della qualità mirano in particolare a individuare valori mancanti o non plausibili. Informazioni dettagliate al riguardo si trovano nel [capitolo 8 del manuale sui dati](#). Ciò permette di individuare per tempo eventuali fonti di errore e di aumentare la qualità dei dati nel corso del processo di rilevamento. In caso di nuovo caricamento, i set di dati caricati in precedenza vengono sovrascritti automaticamente.

In una finestra temporale tra la fine dell'anno del rilevamento e il giorno di riferimento per la trasmissione dei dati, in *RehaCompass* deve essere caricata la versione finale dei dati verificati a livello di qualità. Le analisi specifiche e nazionali vengono svolte sulla base di questi dati.

3.3 PROTEZIONE E SICUREZZA DEI DATI

Le disposizioni sulla protezione dei dati sono rispettate in tutte le fasi del rilevamento, del trasferimento, dell'analisi e della pubblicazione dei dati. Fa stato il [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#). L'ANQ adotta tutti i provvedimenti necessari per la protezione e la sicurezza dei dati (vedi [misure di protezione dei dati ANQ](#)).

La trasmissione dei dati dalle cliniche alla w hoch 2 avviene tramite caricamento sulla piattaforma online *RehaCompass*. Hanno accesso alla piattaforma solo le collaboratrici e i collaboratori registrati, i cui login sono sottoposti a un'autenticazione a due fattori. I dati caricati vengono salvati su server svizzeri, e quelli definitivi vengono inviati tramite un collegamento sicuro dalla w hoch 2 alla Charité per essere analizzati. I dati vengono codificati con il numero di identificazione del caso. Le direttive di assegnazione non sono note alla w hoch 2 e alla Charité perché gestite esclusivamente dalle cliniche. Non è pertanto possibile risalire alla persona in questione. Le procedure tecniche concernenti il caricamento e la verifica dei dati rispettano gli attuali standard della Legge sulla protezione dei dati (LPD). Le collaboratrici e i collaboratori incaricati della w hoch 2 e della Charité sono tenuti al segreto professionale dai loro contratti di lavoro. Dal punto di vista tecnico, ci si assicura che dati e risultati vengano amministrati in aree protette e che non finiscano nelle mani di terzi non autorizzati.

4 METODO DI ANALISI

4.1 CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Si tratta di un rilevamento completo: le cliniche di riabilitazione e gli ospedali acuti con offerta riabilitativa forniscono dati per tutti i pazienti trattati a livello stazionario e dimessi nel corso dell'anno in esame (1.1-31.12). L'unità di rilevamento è un caso di cura. Per caso di cura si intende una singola degenza di un paziente in una clinica di riabilitazione conformemente alla definizione dell'UST, così come descritto nel [manuale sulla procedura](#). I casi che non corrispondono a tale definizione vengono esclusi. Nell'analisi confluiscono esclusivamente i dati di tutti i pazienti di sedici anni compiuti. Al momento dell'elaborazione dei dati, vengono altresì esclusi i casi di cliniche che non ne raggiungono dieci per un settore di riabilitazione.

4.2 QUALITÀ DEI DATI

I dati rilevati dalle cliniche (vedi capitolo 2) vengono valutati sulla scorta di criteri definiti a livello di qualità della documentazione e di analizzabilità. Alla fine, viene rilevato il tasso di casi per i quali sono disponibili dati completamente analizzabili per procedere a confronti.

In collaborazione con il Comitato per la qualità Riabilitazione, è stato deciso che per l'inclusione nelle analisi dei risultati per ogni caso devono essere presenti i dati seguenti:

- indicazioni su tutti gli strumenti di misurazione (ammissione e dimissione), con l'eccezione dell'obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo;
- dati minimi dell'UST;
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (solo all'ammissione);
- indicazione della clinica sul settore di riabilitazione in cui è stato curato il paziente, conformemente al documento «DefReha®» (versione 3.0) (H+ Gli Ospedali Svizzeri, 2020).
L'assegnazione di un paziente a un settore di riabilitazione spetta alla clinica.

I casi forniti vengono assegnati alle categorie a)-e) seguenti.

Documentati completamente

- a) Casi analizzabili: sono presenti tutti i dati necessari per le analisi dei risultati.
- b) Casi codificati come *drop-out*: la durata della degenza (vedi punto 4.3.1) del caso di riabilitazione stazionario è inferiore ai sette giorni o le misurazioni non sono state svolte a causa di un'interruzione imprevista della cura (trasferimento in un ospedale acuto superiore alle 24 ore, decesso, dimissione anticipata su richiesta del paziente).
- c) Rinuncia al test: per singoli strumenti di misurazione (questionario per i pazienti, test delle prestazioni) è stata indicata una rinuncia al test oppure singoli item (non tutti) sono stati immessi come mancanti, cosicché non è possibile calcolare un punteggio.

Per lo strumento in questione non sono dunque disponibili dati analizzabili all'ammissione e alla dimissione, mentre tutte le altre indicazioni necessarie sono complete.

Documentati in modo incompleto

- d) Casi non analizzabili/errati: mancano dati rilevanti per l'analisi (dagli strumenti di misurazione e/o dalla statistica UST e/o dalla CIRS).
- e) Casi errati, ma analizzabili: vi sono indicazioni errate, ma i casi possono comunque essere analizzati, per esempio:
 - a. indicazioni errate dello strumento obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo, da cui è comunque possibile dedurre l'obiettivo principale e il raggiungimento dell'obiettivo;
 - b. valore 7 erroneamente assegnato nella FIM® per la locomozione in sedia a rotelle, che non è prevista ma viene valutata con un 6.

Per i settori di riabilitazione in cui vengono utilizzati questionari per i pazienti e/o svolti test delle prestazioni (riabilitazioni cardiologica, psicosomatica e pneumologica), nelle analisi vengono considerati i casi con dati analizzabili per lo strumento in questione, indipendentemente dal fatto che per un altro strumento sia stata documentata una rinuncia al test. Per questi settori, oltre al tasso di casi analizzabili, al tasso di *drop-out* e al tasso di casi documentati in modo incompleto, viene riportato anche il tasso di rinuncia al test.

Per tutti gli altri settori di riabilitazione (geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica e paraplegiologica), vengono utilizzati **esclusivamente** strumenti di misurazione per rilevamenti da parte di terzi (**ClinROMs**). Visto che per questi strumenti non può essere documentata una rinuncia al test, i casi possono essere assegnati solo alle categorie a) analizzabili, b) drop-out e c) incompleti.

L'Annesso A – criteri di valutazione riepiloga i criteri di valutazione della qualità della documentazione e dei dati per ogni settore di riabilitazione, e per ogni singola fonte di dati/singolo strumento. Per effettuare confronti rappresentativi ed equi tra le cliniche, occorre garantire la migliore qualità possibile dei dati. Un criterio per una buona qualità dei dati è un'elevata quota di casi completamente documentati rispetto al numero complessivo di casi trattati nel periodo di osservazione: idealmente, ogni caso dovrebbe presentare dati di rilevamento completi oppure indicazioni sul *drop-out*, rispettivamente sulla rinuncia al test. In generale, sono auspicabili tassi di rinuncia bassi per incrementare la rappresentatività dei risultati.

La verifica della qualità dei dati avviene su più livelli. A livello di clinica, occorrerebbe procedere a una verifica dei dati sia al momento dell'immissione sia prima del trasferimento. Le direttive del manuale sui dati garantiscono una fornitura completa, priva di errori e codificata in modo standardizzato. Nel [manuale](#) sono inoltre definite le specifiche sui dati da rilevare (valori, caratteristiche e definizione di valori mancanti), nonché una logica di controllo che le cliniche devono considerare al momento dell'immissione dei dati per evitare indicazioni

mancanti (completezza del set di dati) e palesemente errate. Al momento del trasferimento, le cliniche devono altresì verificare che tutte le indicazioni necessarie siano complete per ogni caso.

Per ogni anno di misurazione, i risultati degli indicatori della qualità dei dati vengono calcolati per i diversi settori di riabilitazione e messi a disposizione per ogni clinica sulla piattaforma online *RehaCompass*. Questi indicatori valutano tra le altre cose la completezza, la plausibilità e l'analizzabilità dei set di dati inviati. Il calcolo viene effettuato separatamente secondo il singolo settore di riabilitazione.

4.3 CAMPIONE PER L'ANALISI

Le analisi dei risultati considerano – per ogni strumento di misurazione – tutti i casi analizzabili che in tutti gli altri strumenti di misurazione presentano una qualità della documentazione corrispondente alle categorie a, b, c o e menzionate al punto 4.2, nonché contenenti tutte le variabili necessarie del modello di aggiustamento (dati UST, CIRS). La documentazione completa dello strumento obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo non è obbligatoria perché un caso venga incluso nell'analisi degli indicatori dei risultati. Questo strumento viene infatti analizzato separatamente se è documentato correttamente e corredato dai dati UST e CIRS.

I dati concernenti *drop-out* o casi non documentati in modo completo vengono fondamentalmente esclusi dalle analisi dei risultati.

I campioni di cliniche comprendenti meno di cinquanta casi analizzabili (per ogni settore di riabilitazione e strumento di misurazione) vengono considerati nelle analisi, ma i rispettivi risultati vengono contrassegnati per segnalare che la loro rappresentatività è limitata. Le cliniche con meno di dieci casi analizzabili confluiscono nelle analisi complessive, ma non vengono rappresentate nei grafici sugli indicatori, in quanto i loro risultati potrebbero essere soggetti a oscillazioni casuali.

4.3.1 Calcolo della durata della degenza

La durata della degenza viene calcolata con la formula seguente.

Durata della degenza in giorni = data della dimissione – data dell'ammissione

Contano come giorni di degenza quello dell'ammissione e ogni ulteriore giorno completo di riabilitazione, compresi quelli di congedo. Il giorno della dimissione e quelli impiegati per eventuali trasferimenti non sono inclusi.

4.3.2 Score AVQ

Per il confronto interospedaliero della qualità dei risultati aggiustato secondo il rischio, ci si avvale di uno score AVQ calcolato per l'analisi nazionale dalla Charité – Universitätsmedizin Berlino sulla base della FIM[®], rispettivamente dell'EBI. Al fine di poter confrontare equamente la qualità dei risultati tra tutte le cliniche indipendentemente dallo strumento utilizzato (FIM[®] o EBI), un gruppo di esperti ha sviluppato un algoritmo di conversione volto a calcolare uno score AVQ (attività della vita quotidiana). Tale algoritmo è poi stato convalidato empiricamente, e successivamente finalizzato e approvato dal gruppo di esperti (Brünger et al., 2017). L'algoritmo di conversione si basa sull'assegnazione di item FIM[®] ed EBI analoghi, nonché di categorie di risposta compatibili all'interno delle assegnazioni degli item. È stato possibile integrare nello score AVQ quindici dei sedici item dell'EBI e tutti quelli della FIM[®]. Secondo l'item, si possono raggiungere tra 0 e 4 punti. Sommando le quindici assegnazioni degli item, il punteggio complessivo spazia tra 0 e 60 punti. Lo score AVQ non sostituisce la FIM[®] o l'EBI. Esso consente esclusivamente di confrontare la qualità dei risultati a prescindere dallo strumento utilizzato. La condizione per il calcolo e l'impiego dello score AVQ è tuttavia che per un paziente sia stato utilizzato lo stesso strumento (FIM[®] o EBI) all'ammissione e alla dimissione.

4.4 ALTRE TAPPE PRIMA DELL'ANALISI NAZIONALE

Per questioni metodiche, nell'aggiustamento secondo il rischio le caratteristiche menzionate di rado in alcune variabili dei dati minimi dell'Ufficio federale di statistica vengono raggruppate in categorie (**raggruppamento delle variabili**). Questo vale per esempio per le variabili nazionalità, finanziatore principale, luogo prima dell'ammissione e dopo la dimissione, e diagnosi principale alla dimissione. Le diagnosi principali sono state raggruppate in categorie di diagnosi per ogni settore di riabilitazione secondo il relativo sottocapitolo dell'ICD-10 (DIMDI, 2015). Singoli capitoli sono stati riuniti in base al contenuto al fine di raggiungere un numero di casi sufficiente. Nell'Annesso B – categorie di diagnosi, si trova una ripartizione dettagliata delle diagnosi alla dimissione codificate secondo ICD-10 e i gruppi di diagnosi assegnati.

4.5 ANALISI DESCRITTIVA

Vengono descritte caratteristiche sociodemografiche del *case-mix*, per esempio l'età, il sesso e la nazionalità, e caratteristiche mediche del *case-mix*, come la frequenza di singoli gruppi di diagnosi nell'ambito di un settore di riabilitazione e la portata delle comorbidità. Le caratteristiche descrittive vengono analizzate sia nel rispettivo campione sia nel confronto tra cliniche. Un altro punto focale della descrizione dei dati è la rappresentazione dei valori non aggiustati degli indicatori (valori grezzi) al momento dell'ammissione e della dimissione.

Lo strumento obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo viene analizzato in modo esclusivamente descrittivo.

4.6 ANALISI AGGIUSTATA SECONDO IL RISCHIO

4.6.1 Indicatori

Per le misurazioni dei risultati vengono calcolati valori aggregati (punteggio complessivo) degli strumenti utilizzati. Per singoli indicatori, il risultato della misurazione comprende un valore singolo (p.es. test delle prestazioni). La Tabella 1 riporta gli indicatori degli strumenti del piano nazionale di misurazione utilizzati per le misurazioni comparative.

Gli indicatori vengono sottoposti ad analisi aggiustata secondo il rischio. Ciò significa che il risultato della cura nel rispettivo punteggio complessivo viene valutato considerando il *case-mix* e lo stato al momento dell'ammissione. Come variabile dipendente nei confronti di risultati aggiustati secondo il rischio viene sempre utilizzato il valore alla dimissione (outcome).

D'intesa con il Comitato per la qualità Riabilitazione, per l'analisi di singoli indicatori sono state formulate le osservazioni seguenti.

- **Analisi FIM® ed EBI**

Nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica, le cliniche possono impiegare a scelta la FIM® o l'EBI per la misurazione della capacità nelle funzioni quotidiane. Per poter confrontare la qualità dei risultati di tutte le cliniche di un settore di riabilitazione indipendentemente dallo strumento utilizzato, si calcola lo score AVQ (attività della vita quotidiana)

RISULTATO/OUTCOME	INDICATORE			SETTORE DI RIABILITAZIONE
	STRUMENTO	METODO	VALORE/I CHIAVE	
Obiettivo di partecipazione/raggiungimento dell'obiettivo	Obiettivo di partecipazione/raggiungimento dell'obiettivo	Documentazione	Frequenza: obiettivi principali, adeguamento e raggiungimento dell'obiettivo	Tutti
Capacità funzionale in importanti attività della vita quotidiana (AVQ)	Score AVQ (sulla base della FIM®/dell'EBI)	ClinROMs	Punteggio complessivo	Geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica
	Spinal Cord Independence Measure	ClinROMs	Punteggio complessivo	Paraplegiologica
Prestazione fisica	Test del cammino (6 minuti)	Test delle prestazioni	Percorso massimo	Cardiologica, pneumologica
Qualità di vita dal punto di vista della salute, secondo l'indicazione	MacNew Heart	PROM	Punteggio complessivo	Cardiologica
	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	PROM	Punteggio complessivo	Pneumologica

Pregiudizio causato da disturbi somatici	Patient Health Questionnaire - 15 (PHQ-15)	PROM	Punteggio complessivo	Psicosomatica
Depressione	Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9)	PROM	Punteggio complessivo	Psicosomatica
Ansia	Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)	PROM	Punteggio complessivo	Psicosomatica

Tabella 1: indicatori piano nazionale di misurazione nella riabilitazione

4.6.2 Aggiustamento secondo il rischio

L'agognato confronto della qualità delle cure nelle diverse cliniche non può prescindere dalla questione dell'equità. È lecito supporre che le cliniche con un numero elevato di pazienti in gravi condizioni siano svantaggiate se confrontate con cliniche con una proporzione inferiore di pazienti gravi. Le affezioni al momento dell'ammissione e le costellazioni sociodemografiche influiscono infatti sulla qualità delle cure. Il rischio determinato da un diverso *case-mix* deve essere considerato al momento dell'analisi mediante un controllo statistico.

Le procedure analitiche della regressione sono uno standard nell'aggiustamento (controllo) del *case-mix*. Nel contesto di una valutazione lineare, esse considerano l'influsso di variabili rilevanti e legate a singole persone, per esempio l'affezione al momento dell'ammissione. Le regressioni stimano una variabile dipendente (in questo caso il valore alla dimissione dell'indicatore) con l'ausilio di variabili indipendenti, per esempio l'età e il sesso. Il modello di analisi per il confronto aggiustato secondo il rischio comprende, oltre alle caratteristiche della composizione del campione (*case-mix*), anche una variabile fattoriale per ogni clinica. I valori sono rappresentati sulla scala secondo i valori chiave del rispettivo strumento di misurazione. Una specifica dettagliata del modello statistico utilizzato è descritta nel rapporto «Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen» (disponibile in tedesco) (Dümbgen et al., 2016) e in un ampio [rapporto tecnico](#) (disponibile in inglese) (Dümbgen, 2016), entrambi redatti dal prof. Lutz Dümbgen dell'Università di Berna, dipartimento Matematica e statistica.

Mediante una regressione lineare multipla, per ogni clinica viene stimato un parametro della qualità (anche: valore atteso della clinica). Il parametro della qualità di una clinica è il risultato ripulito dell'influsso delle variabili confondenti. Esso rappresenta il risultato della cura calcolato della clinica al momento della dimissione se tutti i casi dell'intero campione (di tutte le cliniche) fossero stati curati nella clinica in questione.

Per il confronto tra cliniche si fa riferimento ai rispettivi parametri della qualità. A tale scopo, vengono calcolati valori comparativi sulla base della differenza tra il parametro della qualità di una clinica e il valore medio ponderato secondo il numero di casi del parametro della qualità delle altre cliniche. Con l'ausilio di tale valore comparativo, è possibile procedere a un

confronto equo che consideri la diversa struttura di pazienti (*case-mix*) e le caratteristiche delle singole cliniche (variabile fattoriale). Per i valori comparativi delle cliniche, viene calcolato un intervallo di confidenza del 95% che contiene con una probabilità del 95% il valore comparativo effettivo sconosciuto.

Se l'intervallo di confidenza di un valore comparativo si trova sopra lo zero, la clinica in questione ha ottenuto un risultato superiore ai valori attesi in considerazione della struttura dei pazienti e nel confronto con le altre cliniche. Viceversa, se l'intervallo di confidenza di un valore comparativo è sotto lo zero, la clinica in questione presenta una qualità dei risultati inferiore alle attese in considerazione della struttura dei pazienti e nel confronto con le altre cliniche.

In generale, si procede a un aggiustamento solo per le variabili che a) non sono direttamente influenzabili dalla clinica e b) hanno rilevanza clinica, oltre che un'importanza statistica. Per scoprire se una variabile è un fattore confondente e possiede pertanto il potenziale per rendere iniquo un confronto tra cliniche, si effettua un test statistico, senza contare l'importanza della valutazione clinica. Le variabili riportate nella Tabella 2 sono state selezionate come potenziali variabili confondenti per il loro influsso clinico e statistico sul risultato della cura. La selezione di tali variabili è stata effettuata d'intesa con il Comitato per la qualità Riabilitazione.

POTENZIALE VARIABILE CONFONDENTE	VARIABILI CONSIDERATE	FONTE
Caratteristiche demografiche	Sesso Età Nazionalità	Statistica UST: set di dati minimo della statistica medica
Caratteristiche della degenza riabilitativa	Durata della degenza Reparto Ente finanziatore principale Luogo prima dell'ammissione Luogo dopo la dimissione Diagnosi principale secondo ICD-10	Statistica UST: set di dati minimo della statistica medica
Stato all'ammissione: gravità del pregiudizio	Valore all'ammissione: score AVQ (sulla base della FIM®/dell'EBI) MacNew Heart test del cammino (6 minuti) SCIM PHQ-15 PHQ-9 GAD-7 CRQ	Rilevamento specifico: valutazione/misurazione in seno alla clinica secondo il piano di misurazione della riabilitazione
Comorbidità	Valore all'ammissione CIRS	Valutazione in seno alla clinica
Fattore clinico	Variabile fattoriale clinica	Numero clinica

Tabella 2: variabili confondenti piano di misurazione riabilitazione e fonti di dati

4.7 CONFRONTI ANNUALI

La ripartizione delle caratteristiche del campione (*case-mix*) e della qualità dei dati, come pure gli esiti dell'esame della qualità dei risultati dopo aggiustamento secondo il rischio, sono riportati nel confronto annuale. In questo modo, è possibile valutare, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità, se le misure adottate hanno dato i frutti sperati. Nel rappresentare i confronti annuali della qualità dei dati, si garantisce che i valori chiave riportati siano stati calcolati con lo stesso metodo di aggiustamento valido per l'anno in esame. Al momento di interpretare tali risultati occorre tenere presente che non è possibile decretare se un miglioramento o un peggioramento rispetto all'anno precedente sia statisticamente significativo. I calcoli dei valori aggiustati si basano sui campioni dell'anno in questione e non possono dunque essere posti direttamente in relazione tra loro.

BIBLIOGRAFIA

- Brünger, M., Köhn, S., Schlumbohm, A., & Spyra, K. (2017). *Entwicklung und Validierung eines ADL-Überführungsalgorithmus auf Basis von FIM® und EBI ANQ*.
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Variablen der Medizinischen Statistik. Spezifikationen gültig ab 1.1.2020*.
- DIMDI. (2015). *ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. WHO.
- Dümbgen, L. (2016). *(Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical Report 78*. University of Bern, Institute of Mathematical Statistics and Actuarial Science.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A., & Strähl, C. (2016). *Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen*. Universität Bern.
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (2020). *DefReha® - Stationäre Rehabilitation: Spezialbereiche & Definitionen, Version 3.0*.
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative illness rating scale. *J Am Geriatr Soc*, 16(5), 622-626.
- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessi-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 56(10), 1926-1931.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x>

ANNESSE A – CRITERI DI VALUTAZIONE

Criteria di valutazione della qualità della documentazione e dei dati secondo il caso

Perché un caso venga incluso nelle analisi dei risultati, deve essere contrassegnato come «analizzabile».

Un caso completamente documentato e analizzabile comprende dati MB completi, dati CIRS completi e i relativi dati di misurazione completi secondo il settore di riabilitazione (vedi [manuale sui dati](#)).

Se per un caso si dispone di tutte le indicazioni tranne quelle dello strumento obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo, esso è considerato analizzabile, ma non documentato completamente (vedi punto 4.2).

ANALIZZABILITÀ				
Qualità della documentazione	Documentati completamente			Errati/incompleti
Qualità dei dati Singoli dati/strumenti	Analizzabili	Rinuncia al test	Drop-out	
Dati MB	Completi <i>e</i>	-	Dati MB completi	Incompleti <i>o</i>
CIRS	Completi <i>e</i>	-		Incompleti <i>o</i>
ClinROMs (FIM® o EBI, SCIM)	Completi <i>risp.</i>	-		Incompleti <i>o</i>
PROMs e test delle prestazioni (test del cammino, CRQ, MacNew Heart, PHQ-15, PHQ-9, GAD-7)	Completi <i>o</i>	Rinuncia al test		Incompleti

Tabella A1: criteri di analizzabilità (tutti gli strumenti)

Criteri di valutazione della qualità dei dati per singoli dati/strumenti, in ordine alfabetico

CIRS – CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (FILE ZU)	
Misurazione all'ammissione Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, CIRS 1-14	
Dati completi	Data del rilevamento e CIRS 1-14 disponibili
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	CIRS 1-14 non completa (non devono esserci valori mancanti/non validi) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione CIRS, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A2: criteri di valutazione per la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

CRQ – CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (FILE PU)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, CRQ 1-20, indicazione interruzione CRQ, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento disponibile e tutti i 4 sottoscore sono calcolabili (per ogni sottoscore almeno 3 valori validi, punteggio complessivo calcolato con i sottoscore)
Rinuncia al test	Indicazioni disponibili sulla rinuncia al test o singoli item, ma non tutti, sono stati inseriti come mancanti, per cui non è possibile calcolare alcun punteggio
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Almeno un sottoscore non può essere calcolato (meno di tre valori validi o solo valori mancanti) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione CRQ, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A3: criteri di valutazione per il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

EBI – INDICE DI BARTHEL AMPLIATO (FILE FF)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, EBI 1-16, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento ed EBI 1-16 disponibili
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	EBI 1-16 non completa (non devono esserci valori mancanti/non validi) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione EBI, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A4: criteri di valutazione per l'indice di Barthel ampliato (EBI)

FIM® – FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FILE FF)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, FIM® 1-21 (18 item principali, 3 item supplementari), indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento e FIM® 1-21 disponibili, l'indicazione nell'item supplementare «Locomozione» (V13) è identica all'ammissione e alla dimissione
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	FIM® 1-21 non completa (non devono esserci valori mancanti/non validi) e/o manca la data del rilevamento e/o l'indicazione nell'item supplementare «Locomozione» (V13) non è identica all'ammissione e alla dimissione
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione FIM®, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A5: criteri di valutazione per la Functional Independence Measure (FIM®)

GAD-7 – GENERALIZED ANXIETY DISORDER (FILE PS)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, GAD-7 1-7, indicazione rinuncia GAD-7, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento disponibile e punteggio complessivo calcolabile (al massimo un valore mancante)
Rinuncia al test	Indicazioni disponibili sulla rinuncia al test o singoli item, ma non tutti, sono stati inseriti come mancanti, per cui non è possibile calcolare alcun punteggio
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Il punteggio complessivo non può essere calcolato (meno di tre valori validi o solo valori mancanti) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione GAD-7, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A6: criteri di valutazione per la scala Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7)

OBIETTIVO PRINCIPALE / RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO (FILE FF, KA, PP, PS, PU)	
OBIETTIVO PRINCIPALE	
Misurazione all'ammissione Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, indicazione motivo principale, incl. fabbisogno di sostegno, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Indicazione obiettivo principale completa e data del rilevamento disponibile
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Indicazione obiettivo principale disponibile, fabbisogno di sostegno non indicato correttamente e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione per l'obiettivo principale, ma altri dati per il caso forniti
RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	
Misurazione alla dimissione	

Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, indicazione adeguamento dell'obiettivo, raggiungimento dell'obiettivo, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Indicazioni sull'adeguamento e il raggiungimento dell'obiettivo complete e plausibili, data del rilevamento disponibile
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Indicazioni sull'adeguamento e il raggiungimento dell'obiettivo incomplete/non plausibili e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione per il raggiungimento dell'obiettivo, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A7: criteri di valutazione per l'obiettivo principale/il raggiungimento dell'obiettivo

MACNEW HEART (FILE KA)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, MacNew 1-27, indicazione rinuncia MacNew, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento disponibile e tutti i tre sottoscore sono calcolabili; per ogni sottoscore deve essere disponibile almeno il 50% degli item, escl. MacNew Heart 27
Rinuncia al test	Indicazioni disponibili sulla rinuncia al test o singoli item, ma non tutti, sono stati inseriti come mancanti, per cui non è possibile calcolare alcun punteggio
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Almeno un sottoscore non può essere calcolato (troppi valori mancanti/non validi) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione MacNew Heart, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A8: criteri di valutazione per il MacNew Heart

DATI DELLA STATISTICA MEDICA/SET DI DATI MINIMO (FILE MB)	
Per l'analisi servono le dodici variabili seguenti: numero di identificazione del caso, sesso, età, nazionalità, data di ammissione, luogo prima dell'ammissione, reparto, ente finanziatore principale, data di dimissione, decisione per la dimissione, luogo dopo la dimissione, diagnosi principale	
Dati completi	Tutte le dodici variabili disponibili
Dati errati/incompleti	Almeno una delle dodici variabili è errata o manca
Dati completamente mancanti	Numero di identificazione disponibile, dati MB non disponibili, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A9: criteri di valutazione dati della statistica medica (dati MB)

PHQ-15 – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (FILE PS)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, PHQ-15 1-15, indicazione rinuncia PHQ-15, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento disponibile e punteggio complessivo calcolabile (al massimo tre valori mancanti)
Rinuncia al test	Indicazioni disponibili sulla rinuncia al test o singoli item, ma non tutti, sono stati inseriti come mancanti, per cui non è possibile calcolare alcun punteggio
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Il punteggio complessivo non può essere calcolato (meno di dodici valori validi o solo valori mancanti) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione PHQ-15, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A10: criteri di valutazione per il Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)

PHQ-9 – PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (FILE PS)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, PHQ-9 1-9, indicazione rinuncia PHQ-9, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento disponibile e punteggio complessivo calcolabile (al massimo due valori mancanti)
Rinuncia al test	Indicazioni disponibili sulla rinuncia al test o singoli item, ma non tutti, sono stati inseriti come mancanti, per cui non è possibile calcolare alcun punteggio
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	Il punteggio complessivo non può essere calcolato (meno di sette valori validi o solo valori mancanti) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione PHQ-9, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A11: criteri di valutazione per il Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

SCIM – SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (FILE PP)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, SCIM 1-19, indicazione <i>drop-out</i>	
Dati completi	Data del rilevamento e SCIM 1-19 disponibili
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	SCIM 1-19 non completa (non devono esserci valori mancanti/non validi) e/o manca la data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione SCIM, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A12: criteri di valutazione per la Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

TEST DEL CAMMINO (6 MINUTI) (FILE KA/PU)	
Per l'analisi servono le variabili seguenti: data del rilevamento, test del cammino 1-4: percorso, durata, impiego di ausili alla deambulazione, somministrazione di ossigeno, motivo dell'interruzione, indicazione rinuncia al test, indicazione <i>drop-out</i>	

Dati completi	Data del rilevamento, indicazioni test del cammino 1-4 e motivo dell'interruzione (se durata < 6 min.) disponibili o motivo della rinuncia al test 3 («Paziente troppo malato») e distanza percorsa 0 metri
Rinuncia al test	Indicazioni sulla rinuncia al test (motivo 1, 2 o 4) disponibili
Drop-out	Il caso è codificato come <i>drop-out</i>
Dati errati/incompleti	(Singole) indicazioni test del cammino 1-4 mancano/non sono valide, manca il motivo dell'interruzione se durata < 6 min., motivo della rinuncia al test 3 senza indicazione della distanza percorsa 0 metri e/o manca data del rilevamento
Dati completamente mancanti	Nessuna indicazione test del cammino, ma altri dati per il caso forniti

Tabella A13: criteri di valutazione per il test del cammino (6 minuti)

ANNESSO B – CATEGORIE DI DIAGNOSI

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Tumori	C00-D48	Tumori
Disturbi psichici e comportamentali	F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali
Malattie del sistema nervoso, dell'occhio e dell'orecchio	G00-G99; H00-H95; I60-I69	Malattie sistema nervoso, occhio e orecchio
Malattie del sistema circolatorio	I00-I59, I70-I99	Malattie sistema circolatorio
Malattie del sistema respiratorio	J00-J99	Malattie sistema respiratorio
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche, malattie dell'apparato digerente e dell'apparato genitourinario †	E00-E90; K00-K93; N00-N99	Malattie metaboliche, apparato digerente e genitourinario
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	M00-M99	Malattie sistema osteomuscolare
Sintomi e risultati di laboratorio anormali non classificati altrove	R00-R94	Sintomi e risultati non classificati altrove
Traumatismi, avvelenamenti e alcune altre conseguenze di cause esterne	S00-T98	Traumatismi e avvelenamenti
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici ICD-10 Z00.0, Z03.9, Z43.4, Z44.1, Z45.01, Z46.3, Z47.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z65, Z72.0, Z74.1, Z74.2, Z74.8, Z75.8, Z76.8, Z85.8, Z86.7, Z87.3, Z89.5, Z90.4, Z92.4, Z94.0, Z94.4, Z95.1, Z95.2, Z95.3, Z95.81, Z96.60, Z96.64, Z96.65, Z96.68, Z98.1, Z98.2 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B1: categorie di diagnosi nella riabilitazione geriatrica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Malattie infettive e parassitarie	A00-B99	Malattie infettive e parassitarie
Tumori	C00-D48	Tumori
Malattie del sistema circolatorio	I00-I59, I70-I99	Malattie sistema circolatorio
Malattie del sistema respiratorio	J00-J99	Malattie sistema respiratorio
Malattie dell'apparato digerente †	K00-K93	Malattie apparato digerente
Malattie del sistema osteomuscolare, traumi e complicanze	M00-M99, S00-T14, T80-T89	Malattie sistema osteomuscolare, traumi e complicanze
Sintomi e risultati di laboratorio anormali non classificati altrove	R00-R94	Sintomi e risultati non classificati altrove
Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
Malattie dell'apparato genitourinario	N00-N99	Malattie apparato genitourinario
Malattie del sistema nervoso, dell'occhio e dell'orecchio	G00-G99, H00-H95, I60-I69	Malattie sistema nervoso, occhio e orecchio
Disturbi psichici e comportamentali	F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici Z43.2, Z43.3, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z54.8, Z85.0, Z90.6, Z93.3, Z94.4, Z95.4, Z98.0 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B2: categorie di diagnosi nella riabilitazione internistica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Cardiopatie ischemiche croniche †	I25, Q24.5	Cardiopatie ischemiche croniche
Altre cardiopatie ischemiche	I20-I24	Altre cardiopatie ischemiche
Disturbi non reumatici della valvola mitralica	I34, Q23.2, Q23.3	Disturbi non reumatici della valvola mitralica
Disturbi non reumatici della valvola aortica	I35, Q23.0, Q23.1, Q23.4-Q23.9	Disturbi non reumatici della valvola aortica
Altre forme di cardiopatia	I30-I33, I36-52, A01.0, A18.8, A36.8, A39.5, A52.0, A54.8, B26.8, B37.6, B57.0, B57.2, B58.8, B65, D86.8, E63.9, E05.0, E85, J09, J10.8, J11.8, M05.3, M10.0, M32.1, N18, O08.8, O75.4, O90.3, O99.4, Q20-28, R00, R57.0, R94.3, S26, Z94.1, Z94.3	Altre forme cardiopatia
Malattie delle arterie, delle arteriole e dei capillari	I70-I79, D22, G45.9, K55.0, M30-36, N28.0, Q82.5	Malattie arterie, arteriole e capillari
Altre cardiopatie	I00-I15, I26-I28, I60-I69, I80-I99, A67.2, B74, D15.1, F01, G08, G10, G25.5, G45, G90.3, K75.1, L03, L04, N50.8, O22, O26.5, O87.8, Q82.0, Q88, R03.1, R57.9, R59, S06, S25, S35, S45, S55, S65, S75, S85, S95, T80-T82	Altre cardiopatie
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici Y57, Y84.9, Z46.8, Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z94.1, Z95, Z86.7, Z96.9 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B3: categorie di diagnosi nella riabilitazione cardiologica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Coxartrosi †	M16 *	Coxartrosi
Gonartrosi	M17 *	Gonartrosi
Altre artropatie	M00-M15, M18-M25 *	Altre artropatie
Dorsopatie	M40-M54 *	Dorsopatie
Osteopatie e condropatie	M80-M94 *	Osteopatie e condropatie
Disturbi sistemici del tessuto connettivo	M30-M36 *	Disturbi sistemici tessuto connettivo
Disturbi dei tessuti molli	M60-M79 *	Disturbi tessuti molli
Altre malattie del sistema osteomuscolare	M95-M99, R26, R52 *	Altre malattie sistema osteomuscolare
Traumatismi	S02, S12, S13, S20.2, S22, S23, S28, S29, S30.0, S32, S33, S40.0, S42, S43, S46-S49, S50.0, S50.1, S52, S53, S56-S59, S60.0-S60.2, S62, S63, S65-69, S70.0, S70.1, S72, S73, S75-79, S80.0, S80.1, S82, S83, S86-S89, S90.0-S90.3, S92, S93, S96-99, T02-T08, T09.05, T09.2, T09.5-T09.9, T10, T11.05, T11.2, T11.5-T11.9, T12, T13.05, T13.2, T13.5-T13.9, T14.05, T14.2, T14.3, T14.6-T14.9, T79.6, T81, T90-T94 * / **	Traumatismi
Complicanze causate da endoprotesi ortopediche o da impianti, in caso di reimpianto o di amputazione	T84, T87 *	Complicanze dopo impianto, amputazione
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10*	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio * I codici ICD-10 Z44.0, Z44.1, Z46.7, Z47, Z48, Z50.1, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89, Z96.6, Z96.9, Z96.88, Z98.1 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella. * I codici ICD-10 V99, W49.9, X59.9, X84.9, Y09.9, Y34.9, Y35.7, Y36.9, Y69, Y82.8 e Y84.9 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella dei capitoli S o T.		

Tabella B4: categorie di diagnosi nella riabilitazione muscolo-scheletrica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale †	G00-G09, A17, A32.1, A39.1-A39.4, A39.9, A40, A41, A52.1, A52.3, A69.2, A80-A89, B00.3, B00.4, B01.0, B01.1, B02.0, B02.1, B02.2, B05.0, B05.1, B06.0, B15.0, B16.0, B16.2, B19.0, B26.1, B50.0, B58.2, B69.0, B90.0, B94.1, F07.1	Malattie infiammatorie SNC
Malattie degenerative del sistema nervoso e affezioni analoghe	G10-G32, B91, E51.2, E53.8, F00-F05, F06.7, R25-R29	Malattie degenerative SN e affezioni analoghe
Malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale	G35-G37	Malattie demielinizzanti SNC
Malattie episodiche e parossistiche del sistema nervoso	G40-G47	Malattie episodiche e parossistiche SN
Malattie dei nervi, delle radici e dei plessi nervosi, spondilopatie, altre affezioni della colonna vertebrale/schiena	G50-G59, M45-M49, M50-M54, R51, R52	Malattie dei nervi e spondilopatie
Polineuropatie e altri disturbi del sistema nervoso periferico	G60-G64	Polineuropatie e altri disturbi SN periferico
Malattie della giunzione neuromuscolare e dei muscoli	G70-G73	Malattie giunzione neuromuscolare
Paralisi cerebrale e altre sindromi paralitiche	G80-G83	Paralisi cerebrale e altre sindromi paralitiche
Altre malattie del sistema nervoso	G90-G99, H81, Q00-Q07, Q85, R41-R44, R47-R49	Altre malattie SN
Malattie cerebrovascolari	I60-I69	Malattie cerebrovascolari
Traumatismi	S01-S08, S12-S14, S22-S24, S32-S34, S42-S44, S52-S54, S62-S64, S72-S74, S82-84, S92-94, T01-T14, T79, T90.1-T90.9, T91.1, T92.1, T91.3	Traumatismi
Tumori del sistema nervoso	C70-C72, C79.3-C79.5, D32, D33, D35.1-D35.5, D36.1	Tumori SN
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.0, Z44.1, Z45.1, Z46.8, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z73, Z86, Z87, Z89, Z90, Z96.9, Z98.2 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B5: categorie di diagnosi nella riabilitazione neurologica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Tumori maligni del tratto intestinale superiore e del fegato	C15, C16, C22-25	Tumori maligni tratto intestinale superiore e fegato
Tumori maligni del tratto intestinale inferiore †	C17-C21, C26	Tumori maligni tratto intestinale inferiore
Tumori maligni dell'apparato respiratorio	C30-C39	Tumori maligni apparato respiratorio
Tumori maligni dell'apparato genitourinario	C51-C68	Tumori maligni apparato genitourinario
Tumore maligno della mammella	C50	Tumore maligno mammella
Tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati	C81-C96	Tumori maligni tessuto linfatico ed ematopoietico
Altre malattie maligne	C00-C14, C40-C49, C69-C80, C97, D00-D09	Altre malattie maligne
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		

Tabella B6: categorie di diagnosi nella riabilitazione oncologica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Paralisi croniche †	G82, G83	Paralisi croniche
Malattie del sistema nervoso	G00-G81, G90-G99	Malattie sistema nervoso
Decubito	L89	Decubito
Traumatismi	S/T	Traumatismi
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici ICD-10 V99, X59.9, Y57, Y84.9, Z43.4, Z44.1, Z45.1, Z46.7, Z46.8, Z47, Z48, Z50.7, Z50.8, Z50.9, Z89.5, Z89.9, Z90.3, Z96.6, Z96.88, Z96.9, Z98.2 e Z98.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B7: categorie di diagnosi nella riabilitazione paraplegiologica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Dipendenze †	F10-F19	Dipendenze
Disturbi affettivi senza gravi episodi attuali	F30-F39 senza F31.4, F32.2-8 e F33.2-3	Disturbi affettivi senza gravi episodi attuali
Gravi episodi depressivi (attuali)	F31.4, F32.2-8, F33.2-3	Gravi episodi depressivi (attuali)
Problemi legati a difficoltà nella gestione degli atti quotidiani	Z73	Difficoltà nella gestione degli atti quotidiani
Nevrosi e disturbi da stress	F40-F44, F46-F48	Nevrosi e disturbi da stress
Disturbi somatoformi	F45	Disturbi somatoformi
Malattie muscolo-scheletriche, altri sintomi non classificati altrove	M, R00-R50, R52-R69	Malattie muscolo-scheletriche, altri sintomi non classificati altrove
Mal di testa	R51, G43, G44	Mal di testa
Altre malattie psichiche e somatiche	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie psichiche e somatiche
† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio		
* I codici ICD-10 Z03.8, Z65 e Z72.8 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.		

Tabella B8: categorie di diagnosi nella riabilitazione psicosomatica

CATEGORIE DI DIAGNOSI	CODICI ICD-10 ASSEGNATI (DIAGNOSI PRINCIPALE)*	DEFINIZIONE UTILIZZATA
Influenza e polmonite †	J09-J18, A01.0, A02.2, A21.2, A22.1, A37, A42.0, A43.0, A48.1, A49.2, A69.8, A70, A78, B01.2, B05.2, B06.8, B25.0, B37.1, B38.0-B38.2, B39, B44.0, B44.1, B58.3, B59, B65, B77.8, G00, I00, O29.0, O74.0, O89.0, P23, P35.0	Influenza e polmonite
BPCO con VEMS1 < 35%	J44.00, J44.10, J44.80, J44.90	BPCO con VEMS1 < 35%
BPCO con VEMS1 ≥ 35% e < 50%	J44.01, J44.11, J44.81, J44.91	BPCO con VEMS1 ≥ 35% e < 50%
BPCO con VEMS1 ≥ 50% o sconosciuto	J44.02-J44.09, J44.12-J44.19, J44.82-J44.89, J44.92-J44.99	BPCO con VEMS1 ≥ 50% o sconosciuto
Altre malattie croniche delle basse vie respiratorie	J40-J43, J45-J47, A15, A16, P25, Q33.4, T79.7, T81.8	Altre malattie croniche basse vie respiratorie
Altre malattie delle vie respiratorie	J00-J06, J30-J39, J60-J99, I26-I28	Altre malattie delle vie respiratorie
Malattie oncologiche delle vie respiratorie	C00-C14, C30-C39, C45.0, C45.9, C47.0, C47.3, C49.0, C49.3, C76.0, C76.1, C77.0, C78.0-CC78.4, C85.2, D00, D14.2-D14.4, D15.2, D15.7, D15.9	Malattie oncologiche vie respiratorie
Altre malattie	Tutti gli altri codici ICD-10	Altre malattie

† Categoria di riferimento nell'aggiustamento secondo il rischio

* I codici ICD-10 Z50.0, Z50.8, Z50.9, Z87.0, Z90.2, Z91.0, Z94.2 e Z94.3 sono stati assegnati se nella diagnosi supplementare o in una diagnosi secondaria era stato indicato un codice ICD-10 riportato nella tabella.

Tabella B9: categorie di diagnosi nella riabilitazione pneumologica

IMPRESSUM

Titolo principale e sottotitolo	Piano nazionale di misurazione riabilitazione. Concetto di analisi 2025, versione 8.0
Anno	2025
Autrici/tori	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Philipp Kronenberg, w hoch 2 Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Indirizzo di corrispondenza	rehabilitation@anq.ch reha@w-hoch2.ch anq-messplan@charite.de
Comitato per la qualità Riabilitazione	Michela Battelli, EOC Faido Caroline Beeckmans, Berner Klinik Montana Gavin Brupbacher, clinica privata Oberwaid Annette Egger, Dipartimento della sanità Basilea Città Matthias Mühlheim, Reha Rheinfelden Susanne Pannek-Rademacher, Centro svizzero per paraplegici Anke Scheel-Sailer, Berner Reha Zentrum Thomas Sigrist, Klinik Barmelweid AG Marianne Steimle, H+ Christian Sturzenegger, clinica di riabilitazione Bellikon Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos AG
Committente ANQ	Stephan Tobler, responsabile Riabilitazione
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berna Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlino w hoch 2 GmbH Effingerstrasse 15 3008 Berna
Citazione	ANQ, centro di competenza nazionale per la misurazione della qualità in ospedali e cliniche, Berna; Charité – Universitätsmedizin Berlin; w hoch 2, Berna (2025): piano nazionale di misurazione nella riabilitazione. Concetto di analisi 2025, versione 8.0