
Altra riabilitazione

- Riabilitazione geriatrica
- Riabilitazione internistica
- Riabilitazione oncologica
- Altri casi

Modulo 2

Rapporto comparativo nazionale | Versione breve
Misurazione 2016

Novembre 2018 / versione 1.0

1. Situazione di partenza

Nel 2013, l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) ha introdotto il **piano nazionale di misurazione nella riabilitazione** comprendente nove strumenti per il rilevamento della qualità dei risultati. Tutte le cliniche di riabilitazione e i reparti di riabilitazione degli ospedali acuti svizzeri (di seguito: cliniche) aderenti al contratto nazionale di qualità sono da allora tenuti a partecipare alle misurazioni. Il rilevamento e l'analisi dei dati sono accompagnati dal punto di vista scientifico dalla Charité - Universitätsmedizin di Berlino. Nei rapporti comparativi nazionali, i risultati di queste misurazioni, la qualità dei dati e la struttura dei pazienti vengono rappresentati secondo l'anno e in un confronto tra cliniche.

L'indicazione «**Altra riabilitazione**» comprende le riabilitazioni geriatrica, internistica, oncologica, paraplegiologica, psicosomatica e pediatrica.

Quello ora disponibile è il **terzo rapporto comparativo nazionale** (dati 2016). I risultati delle riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica vengono per la prima volta analizzati dopo aggiustamento secondo il rischio e pubblicati in modo trasparente. Le direttive del contratto nazionale di qualità sono così soddisfatte.

Nella categoria «Altri casi» vengono analizzati i dati trasmessi per l'indicazione «Altra riabilitazione» ma non assegnati alle riabilitazioni geriatrica, internistica od oncologica. Questi risultati continuano a essere analizzati solo in forma descrittiva e non vengono pubblicati in modo trasparente.

Questa **versione breve** riepiloga i contenuti principali del rapporto integrale, nel quale sono consultabili informazioni più dettagliate, altri grafici e risultati specifici secondo la clinica.

2. Metodi

2.1. Rilevamento, immissione e trasmissione dei dati

Il rilevamento, l'immissione e la trasmissione dei dati spettano alle cliniche partecipanti alle misurazioni dell'ANQ. Si tratta di un **rilevamento completo**: nel presente rapporto confluiscono i dati di tutti i pazienti con indicazione «Altra riabilitazione» di almeno diciotto anni in cura da sette o più giorni e dimessi da una clinica tra il 1° gennaio 2016 e il 31 dicembre 2016.

2.2. Temi e strumenti di misurazione

Nel settore «Altra riabilitazione», la qualità dei risultati delle cliniche viene rilevata con due indicatori (strumenti di misurazione).

Coinvolgendo il paziente, al momento dell'ammissione viene fissato un **obiettivo di partecipazione** negli ambiti abitare, lavoro o cultura sociale, che all'occorrenza viene adeguato nel corso della riabilitazione. La documentazione del raggiungimento di tale obiettivo avviene alla dimissione.

La **capacità funzionale in importanti settori della vita (attività della vita quotidiana AVQ rispettivamente. ADL)** viene rilevata all'ammissione e alla dimissione con la FIM® o, in alternativa, con

l'indice di Barthel ampliato EBI sulla base delle osservazioni del personale. Per poter confrontare equamente la qualità dei risultati delle diverse cliniche indipendentemente dallo strumento impiegato, si ricorre a un algoritmo di conversione che calcola uno **score AVQ** a partire dalla FIM® e dall'EBI. Lo score AVQ non sostituisce la FIM® o l'EBI. Esso consente esclusivamente di confrontare la qualità dei risultati. Un confronto della qualità dei risultati 2016 con quella degli anni precedenti non è invece possibile, in quanto nel 2014 e nel 2015 le cliniche utilizzavano ancora l'Health Assessment Questionnaire (HAQ) oltre alla FIM® o all'EBI.

Vengono inoltre rilevati altri dati per operare un aggiustamento secondo il rischio: la portata della **comorbidità**¹ al momento dell'ammissione con l'ausilio della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e i **dati minimi di routine ai sensi dell'Ufficio federale di statistica** (dati sociodemografici, durata della cura, situazione assicurativa, ente finanziatore principale, luogo prima/dopo la degenza, diagnosi principale secondo ICD-10 alla dimissione).

2.3. Analisi dei dati

Tutti i dati vengono dapprima analizzati in modo **descrittivo**. Il rapporto comparativo nazionale mostra in una serie di grafici le ripartizioni delle caratteristiche sociodemografiche e mediche dei pazienti, e rappresenta i valori non aggiustati della FIM® e dell'EBI al momento dell'ammissione e della dimissione. Vengono inoltre menzionati gli obiettivi di partecipazione e la frequenza con la quale essi sono stati adeguati e raggiunti.

Per un confronto equo degli indicatori tra le cliniche è necessario procedere a un'**analisi aggiustata secondo il rischio**. Poiché determinate caratteristiche dei pazienti possono ripercuotersi sull'esito della riabilitazione, va considerata anche la struttura dei pazienti di una clinica. Il cosiddetto aggiustamento secondo il rischio permette di controllare le caratteristiche individuali dei pazienti non direttamente influenzabili dalle cliniche. Mediante una regressione multipla lineare, per ogni paziente viene stimato uno score AVQ alla dimissione (valore atteso) che consideri i fattori di disturbo (sesso, età, nazionalità, diagnosi principale, durata della cura, situazione assicurativa, ente finanziatore principale, luogo prima/dopo la degenza, comorbidità, score AVQ all'ammissione calcolato sulla base della FIM® e dell'EBI). Questi valori individuali attesi vengono poi confrontati con quelli effettivamente misurati e per ogni clinica si calcola la differenza media.

Nel rapporto 2016, i risultati delle riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica vengono confrontati per la prima volta dopo aggiustamento secondo il rischio. Nella categoria «Altri casi», a causa dell'eterogeneità dei casi e in parte del basso numero di casi per ogni clinica l'analisi avviene solo in modo descrittivo.

Nell'indicazione «Altra riabilitazione», lo score AVQ è impiegato come indicatore centrale per il miglioramento della capacità funzionale nelle attività della vita quotidiana. I risultati delle cliniche aggiustati secondo il rischio vengono rappresentati in un cosiddetto grafico a imbuto.

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

3. Risultati

3.1. Riabilitazione geriatrica

3.1.1. Qualità dei dati

Per il 2016, 35 cliniche hanno inviato dati concernenti 16'180 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 8129 casi di 29 cliniche. Ciò corrisponde al 50,2% dei casi trasmessi per il 2016.

Il tasso di casi analizzabili varia in parte molto secondo la clinica. Il rapporto comparativo nazionale riporta il tasso di dati analizzabili (risp. non analizzabili) delle singole cliniche in quanto si tratta di un fattore importante per determinare la qualità (buona o migliorabile) dei dati. I dati di sei cliniche su 35 non hanno potuto essere considerati: cinque istituti non hanno trasmesso alcun caso analizzabile, un istituto solo uno. A scadenza annuale, le cliniche ricevono **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

Nei casi considerati, la FIM®, rispettivamente l'EBI, l'obiettivo di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo, la comorbilità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.1.2. Descrizione del campione

Il campione analizzato comprende 8129 casi di 29 cliniche. L'età media dei pazienti è di 82,6 anni. Le donne sono il 64,6%, gli uomini il 35,4%. La durata media della cura è di 22,2 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbilità è di 16,9 punti. Nella riabilitazione geriatrica, i traumi sono il gruppo di diagnosi più frequente (27,0%).

Va tuttavia osservato che per singole caratteristiche i valori medi delle cliniche variano in misura notevole.

3.1.3. Obiettivi di partecipazione e raggiungimento degli obiettivi

Per il 49,7% dei pazienti della riabilitazione geriatrica, è stato formulato l'obiettivo di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno), per il 38,0% di tornare ad abitare a casa insieme al proprio partner (con/senza sostegno). Per il 6,3% dei pazienti, l'obiettivo era l'alloggio accompagnato, mentre per un altro 5,4% era l'integrazione in un istituto di cura. Gli altri obiettivi non sono praticamente stati documentati. È stato raramente necessario adeguare gli obiettivi di partecipazione nel corso della riabilitazione: il 90,3% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 94,9%, rispettivamente sul 97,5%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio.

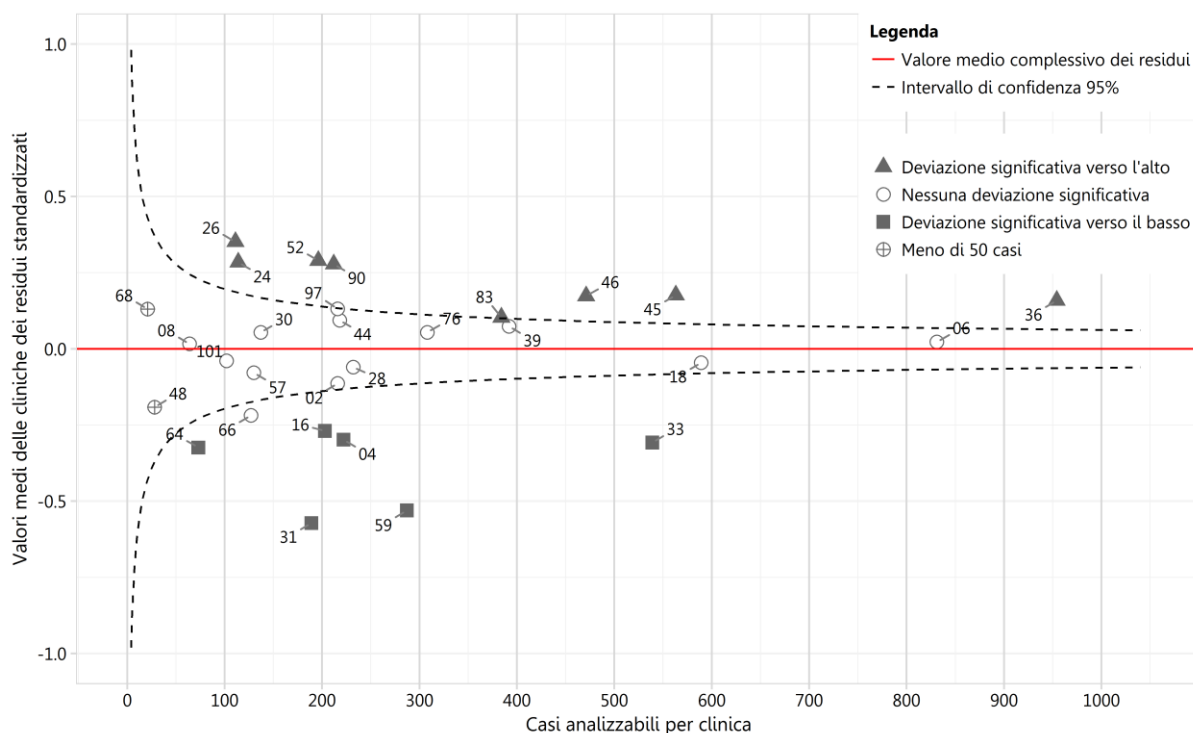
3.1.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

Rappresentazione descrittiva FIM®/EBI: tutte le 26 cliniche che hanno utilizzato la FIM® hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. In alcuni istituti, tale miglioramento non è tuttavia statisticamente significativo, il che è riconducibile in particolare al basso numero di casi analizzabili. La media complessiva della FIM® per tutte le cliniche è di 80,4 punti al momento dell'ammissione e di 93,0 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In tutte le tre cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato in modo statisticamente significativo durante la riabilitazione. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 43,1 punti al momento dell'ammissione e di 50,5 punti al momento della dimissione su una scala che va dagli 0 punti (dipendenza completa) ai 64 punti (autonomia completa).

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio con lo score AVQ: quindici cliniche su 29 presentano una qualità dei risultati (cerchietto vuoto) secondo le attese in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di due cliniche non sono tuttavia rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Otto cliniche hanno ottenuto un risultato superiore alle attese (triangolo grigio), sei un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio).

Valori medi dei residui standardizzati per lo score AVQ alla dimissione secondo il numero di casi analizzabili per clinica



Questo grafico a imbuto è consultabile a questo [rimando](#), in cui si trovano anche informazioni dettagliate (p.es. con commenti delle cliniche in questione).

Ausilio alla lettura: l'aggiustamento secondo il rischio consente un confronto equo tra le cliniche nonostante la differente struttura dei pazienti. Sulla base di tale struttura dei pazienti, vengono calcolati valori individuali attesi, poi confrontati con quelli effettivamente misurati. Le relative differenze sono chiamate residui. Se il valore medio dei residui di una clinica si situa significativamente sopra la media complessiva (quindi sopra l'intervallo di confidenza/triangolo grigio), significa che l'istituto in questione ha ottenuto un risultato superiore alle attese dettate dalla struttura dei pazienti. Viceversa, se il valore medio dei residui di una clinica è significativamente al di sotto della media complessiva (quindi dell'intervallo di confidenza/quadrato grigio), l'istituto in questione ha ottenuto un risultato inferiore a quanto ci si sarebbe potuto attendere in considerazione della sua struttura dei pazienti. I valori medi all'interno dell'intervallo di confidenza (cerchietto vuoto) rispecchiano le attese.

3.2. Riabilitazione internistica

3.2.1. Qualità dei dati

Per il 2016, 27 cliniche hanno inviato dati concernenti 5029 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 3529 casi di 26 cliniche. Ciò corrisponde al 70,2% dei casi trasmessi per il 2016.

Il tasso di casi analizzabili varia in parte molto secondo la clinica. Il rapporto comparativo nazionale riporta il tasso di dati analizzabili (risp. non analizzabili) delle singole cliniche in quanto si tratta di un fattore importante per determinare la qualità (buona o migliorabile) dei dati. I dati di una clinica su 27 non hanno potuto essere considerati: questo istituto ha infatti trasmesso solo un caso analizzabile. A scadenza annuale, le cliniche ricevono **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

Nei casi considerati, la FIM[®], rispettivamente l'EBI, l'obiettivo di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo, la comorbilità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.2.2. Descrizione del campione

Il campione analizzato comprende 3529 casi di 26 cliniche. L'età media dei pazienti è di 69,7 anni. Le donne sono il 51,7%, gli uomini il 48,3%. La durata media della cura è di 20,6 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbilità è di 15,5 punti. Nella riabilitazione internistica, le malattie oncologiche sono il gruppo di diagnosi più frequente (25,8%).

Va tuttavia osservato che per singole caratteristiche i valori medi delle cliniche variano in misura notevole.

3.2.3. Obiettivi di partecipazione e raggiungimento degli obiettivi

Per il 53,8% dei pazienti della riabilitazione internistica, è stato formulato l'obiettivo di tornare ad abitare a casa insieme al proprio partner (con/senza sostegno), per il 39,6% di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno). Per il 2,1% dei pazienti, l'obiettivo era l'alloggio accompagnato, per l'1,6% l'integrazione in un istituto di cura. Tutti gli altri obiettivi sono stati documentati molto più di rado. È stato raramente necessario adeguare gli obiettivi di partecipazione nel corso della riabilitazione: il 95,4% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 94,7%, rispettivamente sul 95,0%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio.

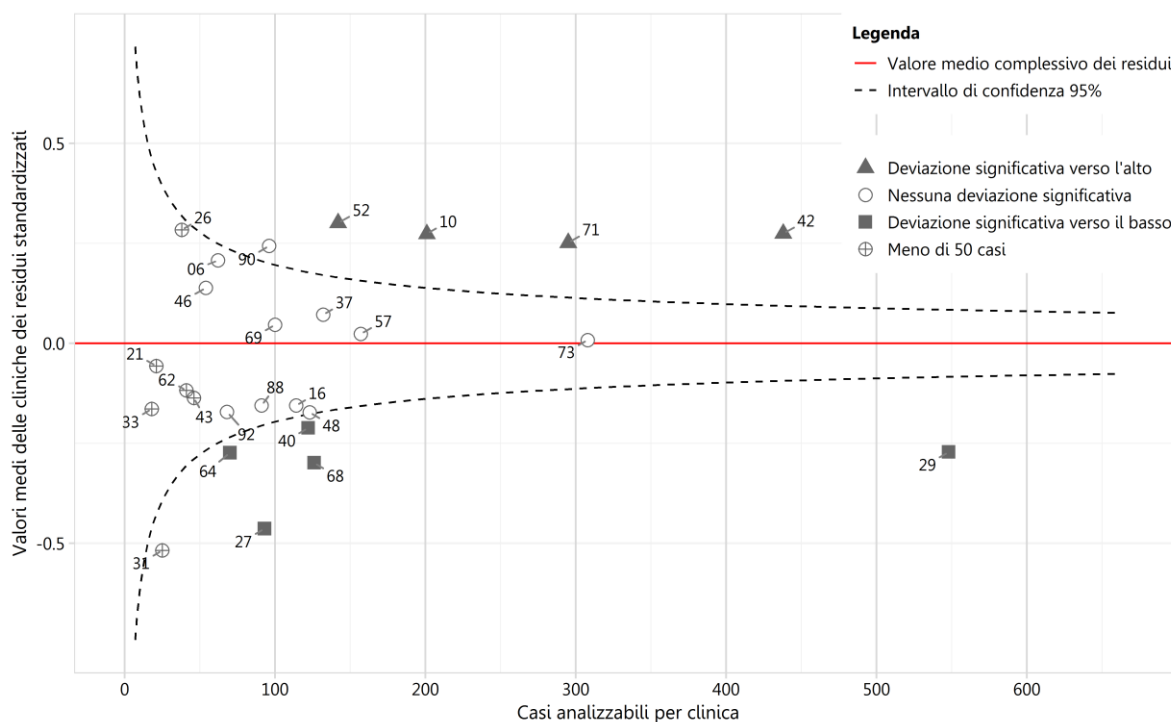
3.2.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

Rappresentazione descrittiva FIM[®]/EBI: tutte le 21 cliniche che hanno utilizzato la FIM[®] hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. In alcuni istituti, tale miglioramento non è tuttavia statisticamente significativo, il che è riconducibile in particolare al basso numero di casi analizzabili. La media complessiva della FIM[®] per tutte le cliniche è di 97,8 punti al momento dell'ammissione e di 107,8 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In tutte le cinque cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato durante la riabilitazione, ma solo in un istituto in modo significativo. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 52,1 punti al momento dell'ammissione e di 57,2 punti al momento della dimissione su una scala che va dagli 0 punti (dipendenza completa) ai 64 punti (autonomia completa).

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio con lo score AVQ: diciassette cliniche su 26 presentano una qualità dei risultati (cerchietto vuoto) secondo le attese in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di sei cliniche non sono tuttavia rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Quattro cliniche hanno ottenuto un risultato superiore alle attese (triangolo grigio), cinque un risultato significativamente inferiore a quanto era lecito supporre in base alla struttura dei pazienti (quadrato grigio).

Valori medi dei residui standardizzati per lo score AVQ alla dimissione secondo il numero di casi analizzabili per clinica



Questo grafico a imbuto è consultabile a questo [rimando](#), in cui si trovano anche informazioni dettagliate (p.es. con commenti delle cliniche in questione).

Ausilio alla lettura del grafico a imbuto: vedi punto 3.1.4 «Capacità funzionale in attività della vita quotidiana»

3.3. Riabilitazione oncologica

3.3.1. Qualità dei dati

Per il 2016, undici cliniche hanno inviato dati concernenti 1123 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 709 casi di dieci cliniche. Ciò corrisponde al 63,1% dei casi trasmessi per il 2016.

Il tasso di casi analizzabili varia in parte molto secondo la clinica. Il rapporto comparativo nazionale riporta il tasso di dati analizzabili (risp. non analizzabili) delle singole cliniche in quanto si tratta di un fattore importante per determinare la qualità (buona o migliorabile) dei dati. I dati di una clinica su undici non hanno potuto essere considerati: questo istituto non ha trasmesso alcun caso analizzabile. A scadenza annuale, le cliniche ricevono **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

Nei casi considerati, la FIM[®], rispettivamente l'EBI, l'obiettivo di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo, la comorbilità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.3.2. Descrizione del campione

Il campione analizzato comprende 709 casi di dieci cliniche. L'età media dei pazienti è di 69,6 anni. Le donne sono il 55,1%, gli uomini il 44,9%. La durata media della cura è di 19,6 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbilità è di 15,0 punti. Nella riabilitazione oncologica, i tumori maligni del tratto intestinale superiore e del fegato (21,0%) e quelli del tratto intestinale inferiore (20,9%) sono i gruppi di diagnosi più frequenti.

Va tuttavia osservato che per singole caratteristiche i valori medi delle cliniche variano in misura notevole.

3.3.3. Obiettivi di partecipazione e raggiungimento degli obiettivi

Per il 59,5% dei pazienti della riabilitazione oncologica, è stato formulato l'obiettivo di tornare ad abitare a casa insieme al proprio partner (con/senza sostegno), per il 33,6% di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno), per il 3,2% di ripristinare le capacità di partecipazione alla vita sociale. Tutti gli altri obiettivi sono stati documentati molto più di rado. È stato raramente necessario adeguare gli obiettivi di partecipazione nel corso della riabilitazione: il 98,6% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 94,3%, rispettivamente sul 100%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio.

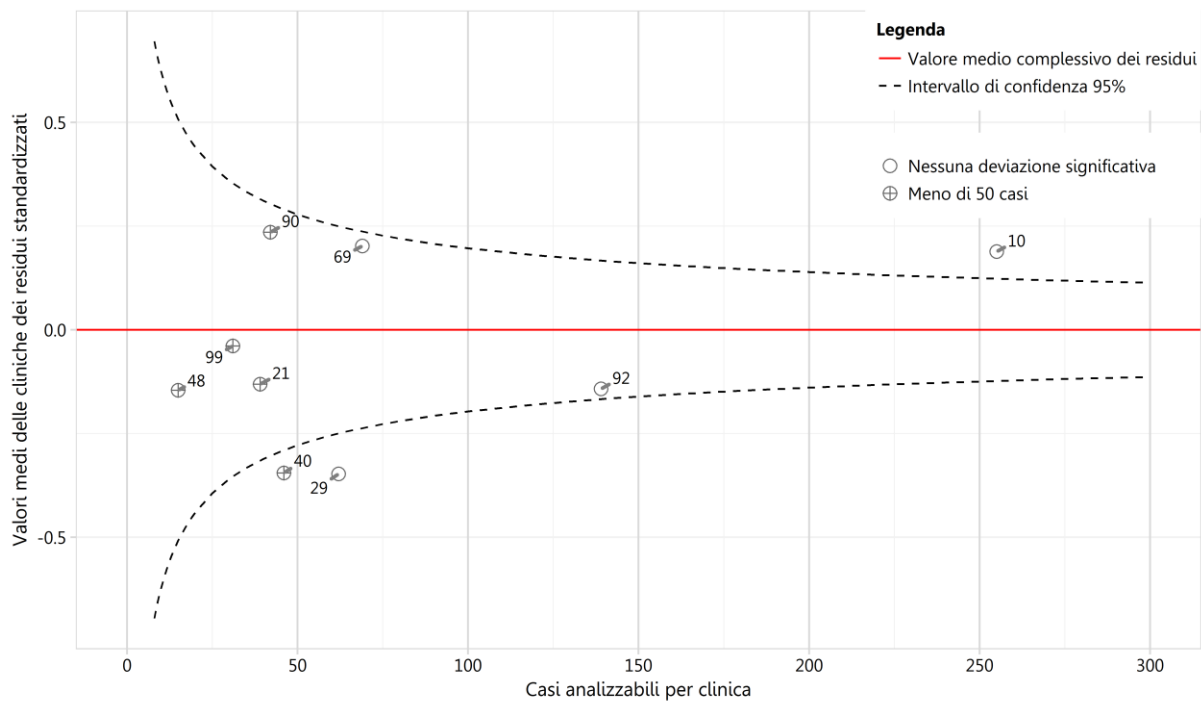
3.3.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

Rappresentazione descrittiva FIM[®]/EBI: tutte le sette cliniche che hanno utilizzato la FIM[®] hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. In alcuni istituti, tale miglioramento non è tuttavia statisticamente significativo, il che è riconducibile in particolare al basso numero di casi analizzabili. La media complessiva della FIM[®] per tutte le cliniche è di 94,6 punti al momento dell'ammissione e di 106,1 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In tutte le tre cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato durante la riabilitazione, ma in nessun istituto in modo significativo. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 56,4 punti al momento dell'ammissione e di 58,4 punti al momento della dimissione su una scala che va dagli 0 punti (dipendenza completa) ai 64 punti (autonomia completa).

Rappresentazione aggiustata secondo il rischio con lo score AVQ: tutte le dieci cliniche presentano una qualità dei risultati (cerchietto vuoto) secondo le attese in considerazione della struttura dei pazienti. I risultati di cinque cliniche non sono tuttavia rappresentativi, dato che il numero di casi analizzabili è inferiore a cinquanta (cerchietti crociati). Una clinica aveva meno di dieci casi analizzabili e non è dunque rappresentata nel grafico.

Valori medi dei residui standardizzati per lo score AVQ alla dimissione secondo il numero di casi analizzabili per clinica



Clinica 31 non è rappresentata a causa del basso numero di casi (N<10).

Questo grafico a imbuto è consultabile a questo [rimando](#), in cui si trovano anche informazioni dettagliate (p.es. con commenti delle cliniche in questione).

Ausilio alla lettura del grafico a imbuto: vedi punto 3.1.4 «Capacità funzionale in attività della vita quotidiana»

3.4. Altri casi

3.4.1. Qualità dei dati

Per il 2016, quindici cliniche hanno inviato dati concernenti 2888 casi. Dopo un'analisi **della qualità e della completezza** di tali dati, per il rapporto comparativo nazionale sono stati considerati 1861 casi di undici cliniche. Ciò corrisponde al 64,4% dei casi trasmessi per il 2016.

Il tasso di casi analizzabili varia in parte molto secondo la clinica. Il rapporto comparativo nazionale riporta il tasso di dati analizzabili (risp. non analizzabili) delle singole cliniche in quanto si tratta di un fattore importante per determinare la qualità (buona o migliorabile) dei dati. I dati di quattro cliniche su quindici non hanno potuto essere considerati: questi quattro istituti non hanno trasmesso alcun caso analizzabile. A scadenza annuale, le cliniche ricevono **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

Nei casi considerati, la FIM[®], rispettivamente l'EBI, l'obiettivo di partecipazione e il raggiungimento dell'obiettivo, la comorbilità e tutte le caratteristiche ai sensi dei dati minimi dell'UST sono analizzabili.

3.4.2. Descrizione del campione

Il campione analizzato comprende 1861 casi di undici cliniche. L'età media dei pazienti è di 71,1 anni. Le donne sono il 64,8%, gli uomini il 35,2%. La durata media della cura è di 23,4 giorni. Il valore medio della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) quale unità di misura della comorbilità è di 14,3 punti. La categoria «Altri casi» comprende diagnosi di quasi tutti i capitoli dell'ICD-10, ma i disturbi psichici e comportamentali sono il gruppo più frequente.

Va tuttavia osservato che per singole caratteristiche i valori medi delle cliniche variano in misura notevole.

3.4.3. Obiettivi di partecipazione e raggiungimento degli obiettivi

Per il 43,6% dei pazienti, è stato formulato l'obiettivo di tornare a vivere da soli a casa (con/senza sostegno), per il 32,6% di tornare ad abitare a casa insieme al proprio partner (con/senza sostegno), per l'8,1% di ripristinare le capacità di partecipazione alla vita pubblica. Tutti gli altri obiettivi sono stati documentati molto più di rado. È stato raramente necessario adeguare gli obiettivi di partecipazione nel corso della riabilitazione: il 93,2% degli obiettivi principali è stato mantenuto. Il tasso di raggiungimento degli obiettivi non adattati e adattati si attesta sul 93,4%, rispettivamente sul 94,4%. Gli obiettivi di partecipazione e il loro raggiungimento vengono raffigurati solo in modo descrittivo e senza aggiustamento secondo il rischio.

3.4.4. Capacità funzionale in attività della vita quotidiana

La categoria «Altri casi» comprende tutti i dati inviati per l'indicazione «Altra riabilitazione» non concernenti le riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica. A causa dell'eterogeneità dei casi in questa categoria e in parte del basso numero di casi per ogni clinica, non è possibile procedere a un confronto dei risultati aggiustato secondo il rischio con l'ausilio dello score AVQ. L'analisi della FIM[®], rispettivamente dell'EBI avviene dunque solo in modo descrittivo.

Rappresentazione descrittiva FIM®/EBI: tutte le nove cliniche che hanno utilizzato la FIM® hanno registrato un miglioramento medio tra l'ammissione e la dimissione. In alcuni istituti, tale miglioramento non è tuttavia statisticamente significativo, il che è riconducibile in particolare al basso numero di casi analizzabili. La media complessiva della FIM® per tutte le cliniche è di 95,0 punti al momento dell'ammissione e di 105,7 punti al momento della dimissione su una scala che va dai 18 punti (dipendenza completa) ai 126 punti (autonomia completa).

In due cliniche che hanno utilizzato l'EBI, il valore complessivo è aumentato durante la riabilitazione, ma solo in un istituto in modo significativo. In generale, il valore complessivo dell'EBI è in media di 60,6 punti al momento dell'ammissione e di 61,8 punti al momento della dimissione su una scala che va dagli 0 punti (dipendenza completa) ai 64 punti (autonomia completa).

4. Conclusione

Il presente rapporto considera i risultati di 14'228 casi con indicazione «Altra riabilitazione» di 47 cliniche.

Per la prima volta, la rappresentazione dei risultati è **differenziata secondo il settore di riabilitazione**. Le analisi della qualità dei dati, della composizione del campione e della qualità dei risultati sono state svolte separatamente per le riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica. Tutti gli altri casi sono stati analizzati nella categoria «Altri casi». In seno alle riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica, inoltre, sono stati operati per la prima volta confronti dei risultati tra cliniche dopo aggiustamento secondo il rischio. A tale scopo, ci si è avvalsi dello score AVQ calcolato sulla base di un algoritmo di conversione basato sulla FIM® e sull'EBI. La categoria «Altri casi» è invece stata analizzata solo a livello descrittivo.

A causa della rappresentazione differenziata secondo il tipo di riabilitazione e dell'ampliamento del metodo di analisi (confronti aggiustati secondo il rischio), **i risultati 2016 non sono confrontabili con quelli del 2014 e del 2015**. Ciò concerne anche le cifre chiave della qualità dei risultati e le caratteristiche del campione.

Per il 2016 sono stati trasmessi dati relativi a 16'180 casi con **indicazione geriatrica** di 35 cliniche. Nel complesso, per questa parte del rapporto sono stati considerati dati di 8129 pazienti di 29 cliniche, il che corrisponde a un tasso di casi analizzabili del 50,2%. Per la **riabilitazione internistica** sono invece stati trasmessi 5029 casi di 27 cliniche. Sono stati inclusi nelle analisi 3529 casi di 26 cliniche (70,2%). Per quanto riguarda la **riabilitazione oncologica**, l'analisi comprendeva 1123 casi di undici cliniche. Per i confronti, ne sono stati presi in considerazione 709 di dieci cliniche (63,1%). Per la categoria «**Altri casi**», infine, sono stati trasmessi 2888 casi di quindici cliniche e ne sono stati considerati 1861 di undici istituti (64,4%). Nel complesso, la base di dati nelle riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica è sufficiente per svolgere analisi specifiche secondo il settore.

È stato possibile considerare la maggior parte dei casi trasmessi per la redazione del rapporto comparativo nazionale. Le principali riserve per l'ottimizzazione della **qualità dei dati** emergono nel settore della riabilitazione geriatrica, dove solo la metà dei dati inoltrati si è rivelata utilizzabile. Negli altri settori, si arrivava circa ai due terzi.

Nel complesso, la qualità dei dati è per lo meno soddisfacente per molte cliniche, in parte si attesta a livelli molto buoni. Il tasso di casi analizzabili divergeva tuttavia molto secondo il gruppo di analisi, e talvolta era inferiore al 15%. Non è pertanto dato sapere se quelli analizzabili siano rappresentativi di tutti i casi di una clinica. Un numero relativamente alto di cliniche, inoltre, ha fornito meno di cinquanta casi analizzabili, il che comporta una maggiore incertezza dei risultati. Sulla scorta delle esperienze acquisite, è lecito supporre che la qualità dei dati aumenterà ancora. Per mantenere una qualità elevata, risultano utili i rapporti sulla qualità dei dati redatti una volta l'anno a livello nazionale e per le singole cliniche. Essi contengono indicazioni concrete su dati incompleti e permettono alle cliniche di migliorare la qualità.

Il **confronto delle composizioni del campione** delle riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica fornisce in parte grandi differenze a livello di distribuzione dell'età, del sesso, della durata della degenza, della comorbidità, delle cure precedenti e successive, e della gamma di diagnosi al momento della dimissione, e conferma pertanto l'utilità della procedura basata su un'analisi separata.

Per operare **confronti della qualità dei risultati**, per la prima volta ci si è avvalsi dello score AVQ sviluppato e convalidato dalla Charité su mandato dell'ANQ, e calcolato mediante un algoritmo di conversione basato sulla FIM® e l'EBI. Nella riabilitazione geriatrica, quindici cliniche su 29 hanno ottenuto una qualità dei risultati secondo le attese in considerazione della struttura dei pazienti, otto cliniche hanno superato le aspettative, mentre sei cliniche hanno ottenuto una qualità dei risultati inferiore a quanto era lecito supporre. Nella riabilitazione internistica, diciassette cliniche su 26 hanno ottenuto una qualità dei risultati secondo le attese, quattro cliniche hanno superato le aspettative, mentre cinque cliniche hanno ottenuto una qualità dei risultati inferiore a quanto era lecito supporre. Nella riabilitazione oncologica, non è stato possibile constatare differenze significative a livello di qualità dei dati. Tutte le dieci cliniche hanno ottenuto risultati secondo le aspettative. Nella categoria «Altri casi», infine, i risultati sono stati presentati solo in modo descrittivo.

La qualità superiore o inferiore alla media oppure nella media non sembra dipendere dal numero di casi analizzati. La FIM®, l'EBI, rispettivamente lo score AVQ hanno rilevato una grande variabilità sia nei risultati descrittivi sia, soprattutto nel settore della riabilitazione geriatrica, in quelli aggiustati secondo la struttura dei pazienti, e paiono strumenti adeguati a illustrare eventuali differenze tra le cliniche.

In tutti i quattro gruppi di analisi, l'**obiettivo di partecipazione** scelto è stato raggiunto nel 95% circa dei casi. Nella riabilitazione geriatrica, nel 9,7% dei casi l'obiettivo di partecipazione è stato adattato nel corso della riabilitazione. Nelle riabilitazioni internistica e oncologica, nonché nella categoria «Altri casi», i tassi sono ancora più bassi (4,6%, 1,4%, 6,8%). Le analisi della ripartizione degli obiettivi alternativi si basano pertanto su pochi casi e vanno dunque interpretate con cautela. Gli obiettivi di partecipazione definiti nelle cliniche di riabilitazione si concentrano in particolare sull'abitare, anche se singoli istituti hanno puntato più spesso su obiettivi nell'ambito del lavoro. Ciò rispecchia la struttura del collettivo di pazienti secondo l'età. La natura stessa dello strumento obiettivo di partecipazione/raggiungimento dell'obiettivo non consente di procedere a un'analisi aggiustata secondo il rischio. Dal 2017, gruppi di esperti dell'ANQ stanno studiando un perfezionamento della documentazione dell'obiettivo.

Un **confronto equo** dei risultati presuppone un **adeguato aggiustamento secondo il rischio** in base alla struttura dei pazienti della clinica in questione. A tale scopo, sono stati considerati i **fattori di disturbo rilevanti**. Non è escluso che altri fattori non contemplati dalle direttive di misurazione nell'indicazione «Altra riabilitazione» influenzino la qualità dei risultati. Alcuni risultati potrebbero dunque essere sotto- o sopravvalutati. Visto l'influsso dominante rispetto a tutti gli altri fattori di disturbo dello score AVQ all'ammissione sul valore alla dimissione, si può tuttavia supporre che la mancata considerazione di altri fattori rilevanti provochi tutt'al più distorsioni minime.

Nell'interpretare i risultati presentati nel rapporto comparativo nazionale per le riabilitazioni geriatrica, internistica e oncologica va considerato che il confronto aggiustato secondo il rischio poggia esclusivamente sullo score AVQ, il quale rileva la capacità funzionale in importanti settori della vita.

Oltre al rapporto comparativo nazionale, ogni clinica di riabilitazione partecipante riceve un **rapporto specifico** con informazioni sulla struttura dei pazienti e sui risultati ottenuti, confrontabili con quelli delle altre cliniche. Ciò dovrebbe permettere di identificare il potenziale di miglioramento e di avviare processi di cambiamento.

Un nuovo rapporto comparativo nazionale verrà pubblicato per il 2017.