

EXECUTIVE SUMMARY

MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA RIABILITAZIONE

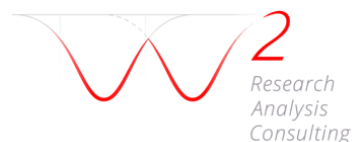
RIASSUNTO RISULTATI DELLE MISURAZIONI 2025

PIANO NAZIONALE DI MISURAZIONE RIABILITAZIONE

PERIODO DI RILEVAMENTO: DALL'1.1.2025 AL 31.12.2025

Data di pubblicazione: 8 settembre 2026

Versione: 1.0, approvata dal Comitato per la qualità Riabilitazione in data
2.7.2026



INTRODUZIONE

Il presente Executive Summary descrive i risultati delle misurazioni specifiche della riabilitazione, pubblicate sul [portale web dell'ANQ](#) in formato comparativo a livello nazionale tramite grafici dinamici a imbuto (funnel plot). La misurazione è stata condotta nel 2025 su mandato dell'ANQ presso le cliniche e gli ospedali svizzeri del settore della riabilitazione. L'elenco degli istituti partecipanti per ogni settore riabilitativo è disponibile sul [portale web dell'ANQ](#). I risultati delle misurazioni della qualità dell'ANQ costituiscono una base per avviare processi di miglioramento mirati negli ospedali e nelle cliniche.

L'Executive Summary si rivolge alle direzioni e ai responsabili della qualità di ospedali e cliniche, agli uffici competenti delle autorità cantonali e degli assicuratori, nonché ad un pubblico interessato. Questo rapporto riassume in modo conciso i risultati delle misurazioni e ne facilita l'interpretazione.

Le misurazioni specifiche della riabilitazione sono accompagnate dal punto di vista logistico e scientifico dalla w hoch 2 e dall'Istituto di Sociologia Medica e Scienze della Riabilitazione della Charité – Universitätsmedizin Berlin (vedi [pagina informativa sulla misurazione](#)). Gli indicatori di qualità, la metodologia di analisi e di presentazione dei risultati delle misurazioni sono descritti nei [concetti di analisi \(versione 8.1\)](#) e di [pubblicazione \(versione 7.0\)](#), nonché nel [manuale sulla procedura \(versione 10.1\)](#).

Le misurazioni vengono effettuate all'inizio e alla fine della riabilitazione, rendendo così visibili i progressi compiuti durante il trattamento. Vengono misurati aspetti quali la capacità funzionale, la prestazione fisica, la partecipazione, i disturbi somatici, l'ansia e la depressione, nonché la qualità di vita legata alla salute.

RISULTATI

RILEVAMENTO 2025

Qualità dei dati

Per il rilevamento 2025, 104 cliniche specializzate in riabilitazione geriatrica, internistica, cardiologica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica, paraplegiologica, psicosomatica e pneumologica hanno trasmesso i propri risultati di misurazione (2024: 106 cliniche). Complessivamente, sono stati inclusi nella misurazione i dati relativi a 98'071 pazienti (2024: 99'274 casi). Di questi, l'82.9% era analizzabile secondo il [concetto di analisi \(V8.1\)](#) (2024: 85.2%). La

maggior parte dei casi analizzabili, pari all'88.3%, è stata registrata nelle riabilitazioni psicosomatica e muscolo-scheletrica (2024: percentuale più alta di casi analizzabili [90.1%] nella riabilitazione muscolo-scheletrica). La percentuale più bassa di casi analizzabili è stata registrata nella riabilitazione internistica, con il 75.5% (2024: percentuale più bassa di casi analizzabili [79.6%] nella riabilitazione internistica). La percentuale più alta di drop-out si è registrata nella riabilitazione internistica, con il 23.6% (2024: percentuale più alta di drop-out [18.9%] nella riabilitazione internistica). Sebbene questi casi siano completi, per vari motivi la riabilitazione non è stata completata e quindi non possono essere presi in considerazione nelle analisi dei risultati. Complessivamente, la percentuale di drop-out è aumentata dall'11.5% nel 2024 al 15.0% nel 2025. La percentuale di rinunce ai test varia dal 5.2% nel test del cammino di 6 minuti nella riabilitazione cardiologica al 34.4% per il MacNew Heart, sempre nella riabilitazione cardiologica (2024: rinunce al test dal 6.6% per il test del cammino di 6 minuti nella riabilitazione cardiologica al 39.2% per il CRQ nella riabilitazione pneumologica) (vedi [file Excel sulla qualità dei dati 2025](#)). La percentuale più alta di casi errati si è registrata nella riabilitazione pneumologica con l'8.2% e quella più bassa nella riabilitazione oncologica con lo 0.2% (2024: percentuale di casi errati compresa tra il 5.1% nella riabilitazione pneumologica e l'1.2% nella riabilitazione paraplegiologica). Rispetto all'anno precedente, il numero di casi trasmessi e analizzabili è leggermente diminuito.

Descrizione del campione

L'età media dei pazienti varia tra i 51.5 anni nella riabilitazione psicosomatica e gli 83.7 anni nella riabilitazione geriatrica (2024: 51.7 anni nella riabilitazione psicosomatica e 83.8 anni nella riabilitazione geriatrica). La percentuale di donne è compresa tra il 28.1% nella riabilitazione cardiologica e il 64.4% nella riabilitazione psicosomatica (2024: 30.3% di donne nella riabilitazione cardiologica e 64.9% nella riabilitazione psicosomatica). In media, la riabilitazione è durata 24.9 giorni (2024: 24.8 giorni). La degenza più lunga si è registrata nella riabilitazione paraplegiologica (65.8 giorni) e quella più breve nella riabilitazione pneumologica (20.1 giorni) (2024: durata del soggiorno di riabilitazione compresa tra 67.6 giorni nella riabilitazione paraplegiologica e 20.4 giorni nella riabilitazione pneumologica). Rispetto all'anno precedente, le caratteristiche del collettivo di pazienti sono cambiate solo in misura minima (vedi [file Excel sulla descrizione del campione e sulla qualità dei risultati 2025](#)).

In tutti i settori riabilitativi viene inoltre rilevato se l'obiettivo principale del trattamento concordato all'inizio della riabilitazione è stato raggiunto. Il raggiungimento degli obiettivi varia tra il 94.1% nella riabilitazione geriatrica e il 99.1% nella riabilitazione cardiologica (2024: raggiungimento degli obiettivi compreso tra il 93.0% nella riabilitazione geriatrica e il 98.9% nella riabilitazione cardiologica) (vedi [infografica Misurazioni specifiche della riabilitazione 2025](#)).

Risultati delle misurazioni non aggiustati all'ammissione e dimissione

Di seguito vengono descritti i valori all'ammissione e alla dimissione non aggiustati del rispettivo strumento per ciascun settore riabilitativo (vedi [file Excel sulla descrizione del campione e sulla qualità dei risultati 2025](#)).

Nella **riabilitazione geriatrica**, la qualità dei risultati viene rilevata in base alla capacità funzionale dei pazienti (capacità motorie e cognitive nella vita quotidiana). La valutazione viene effettuata con l'ausilio del punteggio AVQ, calcolato a partire dagli strumenti FIM® o EBI su una scala da 0 a 60 punti (valore più alto = maggiore capacità funzionale). Il punteggio AVQ è stato in media di 36.0 punti all'ammissione (2024: 35.9) e di 44.6 punti alla dimissione (2024: 44.2). Nell'anno di rilevamento 2025, 39 cliniche hanno utilizzato la FIM® e 11 cliniche l'EBI.

Per la **riabilitazione internistica**, il punteggio AVQ all'ammissione è stato in media di 41.6 punti (2024: 42.5) e alla dimissione di 51.6 punti (2024: 51.5). Nell'anno di rilevamento 2025, 30 cliniche hanno utilizzato la FIM® e 9 cliniche l'EBI.

La media complessiva del MacNew Heart, utilizzato per misurare la qualità della vita dal punto di vista della salute nella **riabilitazione cardiologica**, era pari a 5.0 punti all'inizio della terapia (2024: 5.0) e a 5.9 punti alla fine della terapia (2024: 5.9) su una scala da 1 a 7 punti (valore più alto = maggiore qualità della vita). Nel test del cammino di 6 minuti, la distanza percorsa dai pazienti cardiopatici è aumentata da una media di 307.5 metri all'inizio della riabilitazione (2024: 311.2) a 442.4 metri alla fine della riabilitazione (2024: 441.6).

Per la **riabilitazione muscolo-scheletrica**, il punteggio AVQ all'ammissione era in media di 42.2 punti (2024: 42.8) e alla dimissione di 52.9 punti (2024: 52.6). Nell'anno di rilevamento 2025, 44 cliniche hanno utilizzato la FIM® e 23 cliniche l'EBI.

Per la **riabilitazione neurologica**, il punteggio AVQ all'ammissione era in media di 36.3 punti (2024: 35.5) e alla dimissione di 46.5 punti (2024: 45.1). Nell'anno di rilevamento 2025, 23 cliniche hanno utilizzato la FIM® e 16 cliniche l'EBI.

Per la **riabilitazione oncologica**, il punteggio AVQ all'ammissione è stato in media di 42.3 punti (2024: 42.4) e alla dimissione di 53.1 punti (2024: 52.8). Nell'anno di rilevamento 2025, 14 cliniche hanno utilizzato la FIM® e 6 cliniche l'EBI.

Per la **riabilitazione paraplegiologica**, la qualità dei risultati viene misurata con l'ausilio dello strumento di misurazione SCIM (Spinal Cord Independent Measure) su una scala da 0 a 100 punti (valore più alto = maggiore capacità funzionale). La misurazione della capacità funzionale in caso di lesioni spinali ha evidenziato una media di 38.7 punti all'inizio della riabilitazione (2024: 38.8) e di 51.0 punti alla fine della riabilitazione (2024: 49.9).

La media complessiva del PHQ-15, utilizzato per misurare il grado di pregiudizio causato da disturbi somatici nella **riabilitazione psicosomatica**, è stata pari a 11.0 punti all'inizio della

terapia (2024: 11.2) e a 8.0 punti alla fine della terapia (2024: 8.4) su una scala da 0 a 28 punti (valore più alto = sintomatologia più grave). Per quanto riguarda il PHQ-9, strumento che misura la gravità dei sintomi depressivi, il valore misurato per i pazienti psicosomatici è sceso da una media di 14.3 punti all'inizio della riabilitazione (2024: 14.3) a 7.8 punti alla fine della riabilitazione (2024: 8.1) su una scala da 0 a 27 punti (valore più alto = sintomatologia più grave). Per lo strumento GAD-7, utilizzato per misurare la gravità dei sintomi d'ansia, il valore è passato da una media di 11.2 punti all'inizio della riabilitazione (2024: 11.3) a 6.2 punti alla fine della riabilitazione (2024: 6.3) su una scala da 0 a 21 punti (valore più alto = sintomatologia più grave).

La media complessiva del CRQ per la misurazione della qualità della vita dal punto di vista della salute nella **riabilitazione pneumologica** è stata di 3.8 punti all'inizio della riabilitazione (2024: 3.8) e di 4.9 punti alla fine della riabilitazione (2024: 4.9) su una scala da 1 a 7 punti (valore più alto = migliore qualità di vita). Nel test del cammino di 6 minuti, la distanza percorsa dai pazienti pneumologici è aumentata da una media di 273.3 metri all'inizio della riabilitazione (2024: 271.1) a 346.5 metri alla fine della riabilitazione (2024: 349.3).

Risultati delle misurazioni aggiustati secondo il rischio

L'analisi aggiustata secondo il rischio consente di valutare, per ogni clinica e per ogni indicatore, l'entità del miglioramento ottenuto per la popolazione di una clinica rispetto alla popolazione complessiva di tutte le cliniche. A tal fine, sulla base di tutti i casi considerati si calcola in che misura la variazione misurata in una clinica si discosta da una variazione media determinata statisticamente (variazione attesa) (vedi [istruzioni per la lettura dell'aggiustamento secondo il rischio](#)). Si tiene conto del fatto che la popolazione di pazienti può differire tra le cliniche (per quanto riguarda caratteristiche quali età, sesso, reparto, stato di salute al momento dell'ammissione, ecc.). Il valore comparativo risultante è ripulito di queste variabili confondenti (vedi [concetto di analisi, V8.1](#)) e pubblicato in modo trasparente a livello nazionale in grafici dinamici (vai ai [funnel plot](#)). La variazione dei valori comparativi rispetto all'anno precedente è rappresentata in diagrammi di Dumbbell (vedi [file Excel sulla descrizione del campione e sulla qualità dei risultati 2025](#)).

ANDAMENTO TEMPORALE

In tutti i settori riabilitativi che utilizzano il punteggio AVQ per la misurazione della qualità, negli ultimi 5 anni si è registrato un aumento della differenza tra i risultati non aggiustati rilevati all'ammissione e alla dimissione. In particolare, nelle riabilitazioni internistica, muscolo-scheletrica e oncologica i pazienti hanno iniziato la riabilitazione con una capacità funzionale sempre minore (ovvero con risultati di misurazione sempre più bassi), mentre i valori alla dimissione sono rimasti costanti o sono migliorati. Nel corso della riabilitazione si è osservato, in tutti e cinque i settori, un progressivo miglioramento della capacità funzionale (Figura 1).



Figura 1: miglioramento della capacità funzionale nel periodo 2021-2025 nei settori delle riabilitazioni geriatrica (GERI), internistica (INTER), muscolo-scheletrica (MS), neurologica (NEURO) e oncologica (ONCO).

Negli altri settori della riabilitazione, i risultati delle misurazioni non aggiustati sono rimasti sostanzialmente invariati negli ultimi anni. I valori al momento dell'ammissione e della dimissione hanno mostrato un miglioramento costante nel corso della riabilitazione.

DISCUSSIONE

Dopo un aumento costante dei casi negli ultimi cinque anni, il numero dei casi inclusi è diminuito per la prima volta quest'anno. Anche la percentuale di casi analizzabili è inferiore rispetto agli anni precedenti, mentre la percentuale di drop-out è aumentata. Ciò può essere legato alla modifica dei criteri di valutazione. Con l'introduzione della piattaforma online [Re-haCompass](#) sono stati adeguati sia i criteri di inclusione sia quelli di analisi della qualità dei dati. Per l'analisi di quest'anno sono stati esclusi, tra l'altro, i casi privi di dati di misurazione o di dati amministrativi, e l'analizzabilità dello strumento «obiettivo principale/raggiungimento dell'obiettivo» non è stata più determinante per l'analizzabilità degli altri strumenti. Inoltre, i drop-out sono stati determinati in modo più esauriente sulla base dei dati, il che ha comportato un aumento dei tassi di drop-out. Questi e altri piccoli adeguamenti hanno influenzato i risultati della qualità dei dati, i quali sono quindi comparabili con quelli dell'anno precedente solo in misura limitata.

Su questa base di dati complessivamente stabile, in tutti i settori riabilitativi si osserva, nel corso del percorso riabilitativo, un miglioramento della capacità funzionale e della prestazione fisica, dei disturbi somatici, dell'ansia e della depressione o della qualità della vita dal punto di vista della salute. Negli ultimi cinque anni si è potuto constatare, per la maggior parte degli strumenti, un miglioramento crescente o costante, anche se per gli strumenti più recenti (GAD-7 e PHQ-9 dall'anno di rilevamento 2024 nella riabilitazione psicosomatica) non sono ancora disponibili confronti a lungo termine.

Nell'interpretazione di questi risultati descrittivi relativi agli ultimi cinque anni occorre tuttavia tenere presente che essi non includono alcuna verifica della significatività statistica e non consentono di formulare previsioni sugli sviluppi futuri. Inoltre, i risultati delle misurazioni non aggiustati non sono ripuliti delle influenze della struttura dei pazienti, come ad esempio la gravità dei casi delle singole cliniche. Un altro aspetto importante da considerare nell'analisi dei valori non aggiustati è l'effetto plafone. Se i pazienti raggiungono valori molto elevati già al momento dell'ammissione in riabilitazione, l'entità dei miglioramenti misurabili durante il percorso riabilitativo risulta limitata. Per le cliniche con un'elevata percentuale di casi di questo tipo è più difficile raggiungere valori comparativi significativamente superiori alla media.

Poiché i risultati non ripuliti sono fortemente influenzati dalla struttura specifica dei pazienti delle cliniche, è necessario un aggiustamento secondo il rischio. Solo così è possibile compensare questi effetti strutturali e consentire un confronto equo tra le cliniche. Dal punto di vista metodologico, nell'interpretazione dei risultati aggiustati secondo il rischio pubblicati sul portale web dell'ANQ occorre tuttavia tenere presente che il modello statistico, pur correggendo i principali fattori confondenti (come i valori all'ammissione o l'età), non è in grado di considerare tutti i potenziali fattori confondenti. Inoltre, sulla base dei valori pubblicati non è possibile stabilire se la variazione osservata rispetto all'anno precedente sia statisticamente significativa in senso positivo o negativo. L'ANQ accompagna la pubblicazione dei risultati con un documento di riferimento intitolato «[Indicazioni per l'interpretazione dei risultati delle misurazioni ANQ](#)», il quale approfondisce l'aggiustamento secondo il rischio, la significatività e la comparabilità dei risultati specifici nella riabilitazione.

Infine, le cliniche dispongono di un'offerta informativa articolata in due parti che consente loro di svolgere efficacemente il proprio lavoro pratico in materia di qualità. Mentre i risultati pubblicati in modo trasparente sul portale web dell'ANQ e aggiustati secondo il rischio servono a un confronto equo e metodologicamente valido tra le cliniche, i dashboard *RehaCompass* e *VIZER* consentono un'analisi dettagliata di ciascuna sede ospedaliera. Su questi dashboard, ogni clinica di riabilitazione partecipante ha accesso diretto ai propri indicatori specifici relativi alla qualità dei dati, al case-mix e ai risultati non aggiustati degli indicatori di qualità. La rappresentazione interattiva in grafici e tabelle consente agli istituti di analizzare in modo approfondito ed esportare i propri dati, nonché di effettuare confronti con gli anni precedenti (2021-2024). I dati così elaborati offrono alle cliniche una base solida per

contestualizzare i propri risultati, dedurre opportunità di sviluppo ed individuare in modo mirato i potenziali di miglioramento esistenti.

IMPRESSUM

Titolo e sottotitolo	Piano nazionale di misurazione Riabilitazione. Executive Summary Misurazioni specifiche della riabilitazione 2025, versione 1.0
Anno di pubblicazione	2026
Autrici/tori	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Realizzato in collaborazione con	Membri Comitato per la qualità Riabilitazione
Indirizzo per la corrispondenza	rehabilitation@anq.ch
Committente	ANQ
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berna Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charitéplatz 1 D-10117 Berlin
Citazione	ANQ, Charité Berlin (2026): Piano nazionale di misurazione Riabilitazione. Executive Summary Misurazioni specifiche della riabilitazione 2025, versione 1.0. Berna