
Piano nazionale di misurazione per la riabilitazione (moduli 2 e 3) Manuale sulla procedura

La **versione 7.1** è stata approvata nel mese di **ottobre 2019** dal Comitato per la qualità Riabilitazione, entra in vigore **l'1.1.2020** e sostituisce la versione **2018/03**.

Versione 7.1, **2020/01**

Contatto

Segretariato generale ANQ

Settore specialistico Riabilitazione

Dr. Luise Menzi (responsabile Riabilitazione), tel. +41 (0)31 511 38 44

rehabilitation@anq.ch

Indice

1.	Introduzione	4
1.1	L'ANQ e le misurazioni nazionali della qualità nella riabilitazione	4
1.2	Panoramica del piano di misurazione per la riabilitazione	4
1.2.1	Sondaggio nazionale sulla soddisfazione dei pazienti (modulo 1)	
1.2.2	Misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)	
1.3	Qualità dei dati	8
1.4	Il manuale sulla procedura	9
1.5	Il manuale sui dati	9
1.6	Compiti delle cliniche	10
1.6.1	Responsabili della misurazione	
1.6.2	Compiti nel quadro del sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti (modulo 1)	
1.6.3	Compiti nel quadro delle misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)	
2.	Regole procedurali generali per le misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)	12
2.1	Collettivo di pazienti e definizione del caso	12
2.2	Direttive sulla scelta degli strumenti per la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione nelle cliniche di riabilitazione	13
2.2.1	Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica, paraplegiologica e psicosomatica	
2.2.2	Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione cardiologica	
2.2.3	Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione pneumologica	
2.3	Richiesta di dispensa	15
2.4	Momenti del rilevamento e periodi di osservazione	16
2.5	Motivi di esclusione (<i>drop-out</i>)	17
2.6	Rinuncia al test, rispettivamente mancato svolgimento di singole misurazioni	18
2.7	Svolgimento e rilevamento dei dati delle misurazioni, dei test delle prestazioni e dell'autovalutazione (questionario per i pazienti)	19
2.7.1	Svolgimento delle misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione	
2.7.2	Registrazione dei dati	
3.	Documentazione degli obiettivi di partecipazione e del raggiungimento degli obiettivi	21
3.1	Osservazioni preliminari	21
3.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della documentazione degli obiettivi di partecipazione e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi	22
3.2.1	Documentazione degli obiettivi di partecipazione	
3.2.2	Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di partecipazione	
3.3	Modulo per la documentazione dell'obiettivo	23
4.	FIM®	24
4.1	Osservazioni preliminari	24
4.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della FIM®	25
5.	Indice di Barthel ampliato (EBI)	26

5.1	Osservazioni preliminari	26
5.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico dell'EBI	26
6.	Test del cammino (6 minuti).....	28
6.1	Osservazioni preliminari	28
6.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del test del cammino (6 minuti) ²³	28
7.	Test ergometrico.....	30
7.1	Osservazioni preliminari	30
7.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del test ergometrico	30
8.	MacNew Heart	31
8.1	Osservazioni preliminari	31
8.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del MacNew Heart	31
9.	Termometro Feeling.....	32
9.1	Osservazioni preliminari	32
9.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del termometro Feeling	32
10.	Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).....	33
10.1	Osservazioni preliminari	33
10.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del CRQ.....	33
11.	Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	34
11.1	Osservazioni preliminari	34
11.2	Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della CIRS	34
12.	Impressum	35

1. Introduzione

1.1 L'ANQ e le misurazioni nazionali della qualità nella riabilitazione

Lo scopo dell'ANQ è il coordinamento e lo svolgimento di misurazioni della qualità a livello nazionale nella medicina somatica acuta, nella riabilitazione e nella psichiatria. Le misurazioni da svolgere vengono presentate agli ospedali e alle cliniche¹ sotto forma di piani di misurazione. L'ANQ ne coordina l'attuazione dal rilevamento dei dati all'analisi, alla redazione dei rapporti, alla pubblicazione dei risultati. La documentazione della qualità (confronto con valori di riferimento nazionali) fornisce un contributo al perfezionamento e al miglioramento (statuti dell'ANQ del 24 novembre 2009). Il piano nazionale di misurazione per la riabilitazione trova applicazione nella riabilitazione stazionaria. La sua elaborazione (incluso il concetto di attuazione) da parte dell'ANQ e il suo finanziamento sono stati approvati dai partner dell'ANQ (H+ Gli Ospedali Svizzeri, assicuratori e Cantoni). Lo svolgimento di queste misurazioni è obbligatorio per tutte le cliniche che aderiscono al contratto nazionale di qualità.

1.2 Panoramica del piano di misurazione per la riabilitazione

L'attuale piano di misurazione contiene il sondaggio interdisciplinare sulla soddisfazione dei pazienti (modulo 1) e misurazioni specifiche secondo il settore (moduli 2 e 3).²

- Sondaggio nazionale sulla soddisfazione dei pazienti nel settore della riabilitazione (strumento breve, modulo 1)
- Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica, paraplegiologica e psicosomatica (documentazione e raggiungimento degli obiettivi, indice di Barthel ampliato (EBI), FIM®) (modulo 2)
- Riabilitazioni cardiologica e pneumologica (Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ), test ergometrico, termometro Feeling, MacNew Heart, test del cammino) (modulo 3)

Se un fornitore di prestazioni non è in grado, per ragioni oggettive, di effettuare le misurazioni, può presentare all'ANQ una [richiesta di dispensa](#) conformemente al contratto di qualità.

¹ Di seguito si parla esclusivamente di cliniche, intendendo cliniche di riabilitazione e reparti di riabilitazione degli ospedali.

² Ripartizione secondo il settore di riabilitazione ai sensi del documento DefReha®

1.2.1 Sondaggio nazionale sulla soddisfazione dei pazienti (modulo 1)

Il sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti, organizzato dal 2016 in modo intersettoriale, dall'autunno 2017 viene svolto in tutti i tre settori. Il questionario di cinque domande utilizzato dal 2013 nella riabilitazione è stato perfezionato e testato sulla scorta dei criteri qualitativi e della sua idoneità per confronti nazionali tra cliniche. La bozza è stata poi convalidata nel 2017 con un test qualitativo e quantitativo in due fasi, nel quadro del quale è stato esaminato un modello di aggiustamento secondo il rischio impiegato per la prima volta per l'analisi dei dati 2018.

La versione 2.0 del questionario, che ora comprende sei domande, considera le esigenze delle cliniche con offerta riabilitativa: vengono affrontati temi quali la qualità delle cure, l'informazione/comunicazione, la partecipazione, l'offerta terapeutica e la gestione della dimissione. Come finora, vengono interpellati tutti i pazienti dimessi tra il 1° aprile e il 31 maggio dell'anno in questione. Dal 2020, la misurazione verrà tuttavia svolta a cadenza biennale.

Dal 2017, l'analisi e la redazione dei rapporti sul sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti erano affidati all'Istituto ESOPE,³ il quale dalla misurazione 2019 passerà il testimone alla w hoch 2⁴ che, in qualità di centro di logistica per la misurazione, si occuperà del coordinamento e della comunicazione. Le cliniche non riceveranno dunque come finora il questionario breve dell'ANQ dagli istituti di inchiesta decentralizzati, bensì direttamente dal nuovo centro di logistica, che poi elaborerà e trasmetterà i dati all'ESOPE.

Il centro di logistica per la misurazione mette a disposizione delle cliniche un dashboard per la parte amministrativa del rilevamento. I questionari continuano a essere inviati per posta, ma i pazienti possono optare per una partecipazione online.

Il fatto di poter contare sulla w hoch 2 quale nuovo centro di logistica permette di sfruttare le sinergie per sondaggi supplementari, mentre gli istituti di inchiesta esistenti possono essere incaricati come di consueto dello svolgimento di misurazioni aggiuntive.

Della pubblicazione, inclusa la comunicazione di accompagnamento, si occupa il Segretariato generale dell'ANQ. Le cliniche vengono informate per tempo a tale riguardo.

³ ESOPE – Cellule Enquêtes de satisfaction et d'opinion des patient-e-s et des employé-e-s, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Losanna)

⁴ w hoch 2 GmbH, Research, Analysis & Consulting (<https://www.w-hoch2.ch/>)

1.2.2 Misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)

Per le misurazioni specifiche (moduli 2 e 3), il piano nazionale di misurazione per la riabilitazione comprende otto strumenti diversi (valutazione da parte di terzi e autovalutazione). Il piano di misurazione è attuato in tutti gli istituti (cliniche, ospedali con reparti di riabilitazione) con un mandato cantonale di prestazioni per la riabilitazione stazionaria.

La determinazione del settore di riabilitazione in cui si trova il paziente è compito della clinica. Fondamentalmente, l'assegnazione del paziente a un settore è determinante per stabilire quali strumenti utilizzare per la misurazione all'ammissione e alla dimissione. Sulla scorta delle direttive della versione 2.0 del documento «DefReha»⁵, l'ANQ prevede i settori seguenti:

- riabilitazione geriatrica (modulo 2);
- riabilitazione internistica (modulo 2);
- riabilitazione cardiologica (modulo 3);
- riabilitazione muscolo-scheletrica (modulo 2);
- riabilitazione neurologica (modulo 2);
- riabilitazione oncologica (modulo 2);
- riabilitazione pediatrica⁵ (modulo 2);
- riabilitazione paraplegiologica (modulo 2);
- riabilitazione psicosomatica (modulo 2);
- riabilitazione pneumologica (modulo 3).

⁵ Per la riabilitazione pediatrica, al momento non è previsto alcun obbligo di misurazione. Per questioni formali, le cliniche con offerta riabilitativa pediatrica devono presentare all'ANQ una richiesta di dispensa.

La figura 1 fornisce una panoramica dei contenuti del piano nazionale di misurazione nei singoli settori di riabilitazione. Gli strumenti indicati per ciascun settore devono essere rilevati al momento dell'ammissione e al momento della dimissione del paziente (rilevamento completo).

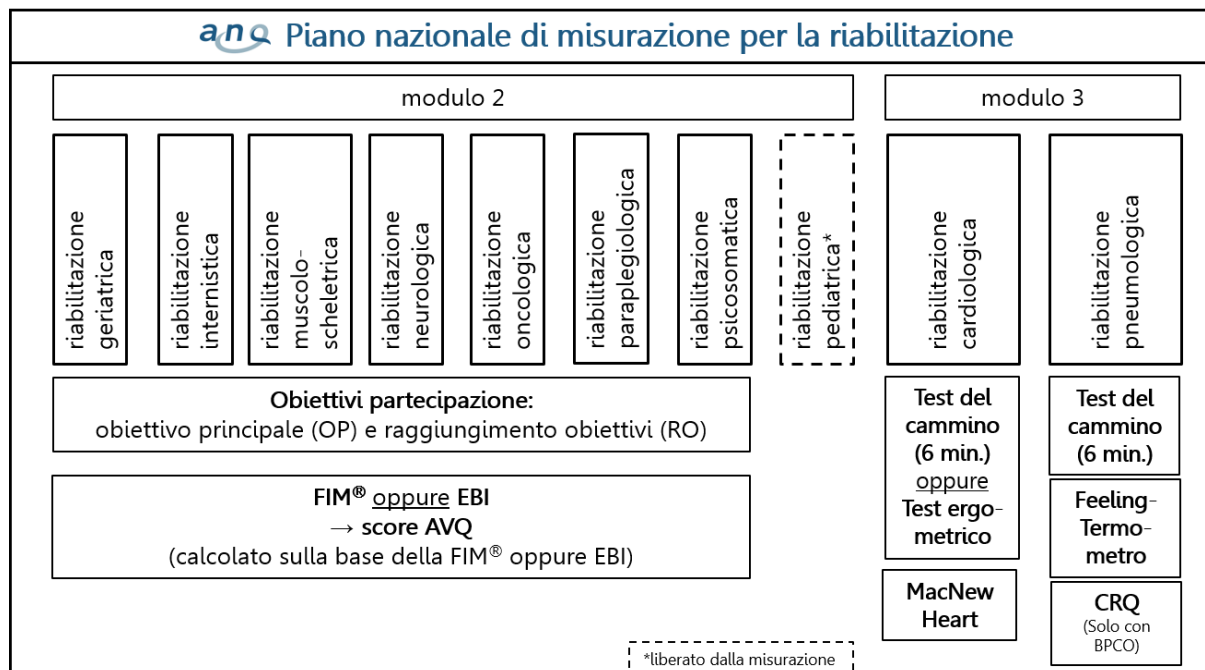


Figura 1: piano nazionale di misurazione riabilitazione (moduli 2 e 3)

Oltre a questi strumenti, le cliniche sono tenute a rilevare e a inviare alla Charité i dati supplementari seguenti per la descrizione delle caratteristiche del campione e per l'aggiustamento secondo il rischio.

- Dati dalla statistica medica dell'UST: set minimo con età, sesso, nazionalità, domicilio/regione, tipo di cura, diagnosi ecc.
- Al momento dell'ammissione: dati della [Cumulative Illness Rating Scale \(CIRS\)](#)

1.3 Qualità dei dati

Un'elevata qualità dei dati è la condizione sine qua non per ottenere conclusioni affidabili e l'accettazione di una rappresentazione trasparente di risultati comparativi e specifici. Le seguenti misure dell'ANQ favoriscono dati di alta qualità:

- standardizzazione del processo di rilevamento nelle cliniche con direttive e linee guida definite nei manuali. Il manuale sui dati contiene specifiche sui dati, sulla logistica dei dati e sulla logica di controllo,⁶ il manuale sulla procedura le basi contenutistiche e le direttive per la scelta e l'impiego degli strumenti. Per gli strumenti soggetti a licenza, sono previsti manuali separati che possono essere richiesti all'ANQ dopo l'acquisto della licenza;
- frequentazione delle formazioni dell'ANQ e trasferimento delle conoscenze in seno alle cliniche. L'ANQ organizza corsi nelle tre regioni linguistiche con il sostegno di H+ Bildung e di Espace Compétences. Le formazioni su strumenti specifici si basano sul [concetto nazionale di formazione](#) (versione 1.1) pubblicato nel 2017;
- rispetto delle raccomandazioni su singoli strumenti formulate da gruppi di esperti dell'ANQ. Il gruppo di esperti «Regolamento FIM®» pubblica da inizio 2017 [raccomandazioni](#) a intervalli regolari (vedi alla voce «Strumenti di misurazione – Altri documenti moduli 2 e 3»). **Il gruppo di esperti «Regolamento EBI» ha incominciato i lavori a fine 2017 e a inizio 2019 ha pubblicato le prime raccomandazioni sul rilevamento dell'EBI (vedi alla voce «Strumenti di misurazione – Altri documenti»);**
- controllo a due livelli della qualità dei dati con accoppiamento a reazione. L'ANQ invita le cliniche a rilevare per quanto possibile i dati in formato elettronico e a controllare le immissioni (logica di controllo, controllo manuale). La qualità dei dati viene poi controllata sistematicamente anche dall'istituto di analisi, che redige una volta l'anno un rapporto individuale e un rapporto comparativo nazionale sulla qualità dei dati. In caso di qualità insufficiente, le cliniche vengono informate individualmente sulle lacune e ricevono dall'istituto di analisi raccomandazioni per il miglioramento della qualità dei dati. **Per ogni anno di misurazione, alle cliniche viene messo a disposizione uno strumento di test per la verifica continua della qualità dei dati. Tale strumento è accessibile a tutti sul sito dell'ANQ.⁷**

Le cliniche sono tenute contrattualmente (contratto nazionale di qualità) a rispettare le direttive dell'ANQ e sono responsabili della qualità della fornitura di dati. **Ne va dell'interesse delle cliniche stesse.** L'obiettivo è l'inclusione di tutti i pazienti nelle misurazioni della qualità, il raggiungimento di una quota di partecipazione elevata (risp. una quota contenuta di esclusioni, di *drop-out*⁸ e di interruzioni) e l'ottenimento di set di dati il più possibile completi e plausibili.

⁶ La logica di controllo rudimentale comprende in primis test a campo singolo (indicazioni complete, valori validi) e in parte anche test incrociati per la plausibilizzazione delle indicazioni.

⁷ Lo strumento di test è disponibile all'indirizzo <https://www.anq.ch/de/fachbereiche/rehabilitation/download-rehabilitation/> > Immissione dei dati (modelli) moduli 2 e 3.

⁸ Drop-out: esclusione del paziente dal piano di misurazione in seguito a un'interruzione imprevista della cura (trasferimento in un ospedale acuto superiore alle 24 ore, decesso, dimissione anticipata su richiesta del paziente) o a una degenza pianificata inferiore ai sette giorni. In questi casi, le misurazioni della qualità dell'ANQ non possono, rispettivamente non devono essere svolte completamente (cfr. punto 2.5).

1.4 Il manuale sulla procedura

Il manuale sulla procedura è destinato al personale curante e ai collaboratori delle cliniche che informano i pazienti, li incoraggiano e li sostengono nella compilazione degli strumenti. Esso costituisce quindi la base per le formazioni interne alla clinica e funge da opera di consultazione in caso di dubbi.

Il manuale contiene una descrizione del contenuto, e le direttive e le disposizioni degli otto strumenti impiegati nei moduli 2 e 3 del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione, come pure le direttive e le disposizioni per l'utilizzo della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). I dati dalla CIRS, insieme ad altri dati complementari, sono necessari per l'analisi (vedi punto 1.5).

Il manuale sulla procedura e i manuali degli strumenti soggetti a licenza sono volti a garantire che il personale curante (e altri collaboratori delle cliniche) di tutte le cliniche di riabilitazione in Svizzera utilizzi gli stessi strumenti, allo stesso modo (p.es. istruzione dei pazienti al momento di consegnare questionari come il MacNew Heart e il CRQ, impiego degli strumenti EBI e FIM® da parte del personale curante, protocollo del test del cammino o del test ergometrico) e si attenga alla stessa procedura temporale nello svolgimento dei sondaggi, dei test e delle misurazioni.

1.5 Il manuale sui dati

Il manuale sui dati è destinato ai responsabili di progetto e ai responsabili informatici delle cliniche che elaborano i presupposti tecnici per l'integrazione delle misurazioni della qualità nei processi di cura, di gestione della qualità e di conduzione.

Il manuale è redatto dall'istituto di analisi – la Charité Universitätsmedizin di Berlino (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) – in collaborazione con l'ANQ, prendendo in considerazione le disposizioni di progetti in corso e delle collezioni di dati esistenti (UST).

Il manuale sui dati descrive la quantità e le specifiche dei dati degli otto strumenti dei moduli 2 e 3 del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione e dei dati supplementari necessari per l'analisi (incluso l'aggiustamento secondo il rischio) (vedi punto 2.2).

Il manuale definisce inoltre variabili di collegamento (numero di identificazione del caso e del paziente) che permettono di congiungere i diversi dati di un caso e una logica di controllo che consente alle cliniche di evitare dimenticanze (completezza del set di dati) ed errori (validità delle indicazioni) al momento di immettere i dati. Infine, il documento riporta disposizioni sulla fornitura di dati (quantità, formato e frequenza).

Il manuale sui dati dell'ANQ costituisce anche la base per i dati da utilizzare per il progetto ST-Reha. Le cliniche in questione ricevono dai responsabili indicazioni supplementari sulla quantità di dati e sulle modalità della fornitura di dati.

1.6 Compiti delle cliniche

1.6.1 Responsabili della misurazione

L'integrazione delle misurazioni ANQ e dei loro risultati nei processi di cura, di gestione della qualità e di conduzione è compito delle cliniche. Giova all'implementazione regolare di processi di miglioramento la dedizione alla qualità a tutti i livelli gerarchici – un approccio che presuppone la messa a disposizione delle risorse del caso.

L'ANQ raccomanda alle cliniche di nominare responsabili delle misurazioni, incaricati del coordinamento interno ed esterno (p.es. ANQ, istituto di analisi, ditte informatiche) delle misurazioni della qualità nella riabilitazione. Per svolgere questo compito di coordinamento e le formazioni interne, il personale interno dispone di manuali sul settore della riabilitazione (manuale sulla procedura e manuale sui dati) e può avvalersi di un'offerta di formazioni a due livelli (vedi punto 1.3).

1.6.2 **Compiti nel quadro del sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti (modulo 1)**

Le cliniche ricevono sempre dall'ANQ un'informazione preliminare sulle condizioni quadro organizzative e metodiche del sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti. La direzione interna del progetto chiarisce in seguito le questioni organizzative in seno alle cliniche, se necessario coinvolgendo l'istituto che si occupa dell'inchiesta. Il sondaggio è previsto nei mesi di aprile e maggio **(dal 2020 a cadenza biennale)**, e i risultati individuali sono disponibili al più tardi in ottobre.

I risultati vengono messi a disposizione sul dashboard protetto dalla w hoch 2, la quale informa direttamente le cliniche quando i dati sono consultabili.

L'integrazione dei risultati nei processi interni (processi di cura, di gestione della qualità e di conduzione) è compito del coordinamento interno del progetto.

1.6.3 Compiti nel quadro delle misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)

Per svolgere il compito di coordinamento e le formazioni interne, i collaboratori delle cliniche possono fare ricorso alle formazioni dell'ANQ, al manuale sulla procedura e al manuale sui dati.

A tale riguardo, vanno coordinati i compiti seguenti:

- adeguamento delle premesse (processi di cura) organizzative e tecniche (sistema informatico delle cliniche, software speciale) per il rilevamento dei dati secondo le direttive dell'ANQ;
- organizzazione e svolgimento di formazioni interne del personale curante sull'impiego degli strumenti (concetto «Train the Trainers»), loro ripetizione sistematica per garantire l'applicazione standardizzata degli strumenti e della valutazione (validità e *inter-rater reliability*) e comunicazione generale verso l'interno (p.es. integrazione dei risultati nei processi interni) e verso l'esterno;
- trasferimento elettronico dei dati all'istituto di analisi Charité Universitätsmedizin di Berlino (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) secondo le direttive dell'ANQ (vedi manuale sui dati, punto 9);
- chiarimenti (risp. acquisizione di licenze tramite rehabilitation@ang.ch per gli strumenti del piano di misurazione nella riabilitazione protetti da licenza) e risposte a domande di terzi (ANQ, istituto di analisi Charité Universitätsmedizin di Berlino, ditte del settore informatico).

2. Regole procedurali generali per le misurazioni specifiche secondo il settore di riabilitazione (moduli 2 e 3)

2.1 Collettivo di pazienti e definizione del caso

Le misurazioni coinvolgono gli istituti con un mandato cantonale di prestazioni per la riabilitazione, indipendentemente dal tipo di offerta riabilitativa e dal rispettivo conteggio (sistema tariffario riabilitazione).⁹ Il numero di casi e la presenza di altri mandati di prestazioni non influiscono sull'obbligo di misurazione. Per il momento, le cliniche con un'offerta di riabilitazione esclusivamente pediatrica non sottostanno a tale obbligo, ma per questioni formali (contratto nazionale di qualità) devono presentare una richiesta di dispensa all'ANQ (vedi punto 2.3).

Le cliniche registrano ogni paziente ammesso a partire dal 1° gennaio 2013 per una degenza stazionaria, a prescindere dalla data di dimissione prevista e da altre caratteristiche come l'età, la diagnosi, la situazione assicurativa, l'origine o la presenza di un caso di pluricovero.¹⁰

Per caso di cura si intende una singola degenza di un paziente in una clinica di riabilitazione. Il caso di cura incomincia con l'ammissione del paziente e finisce con la dimissione, rispettivamente la chiusura del caso. Questa definizione verrà mantenuta anche in futuro per le misurazioni dell'ANQ. Eventuali composizioni di casi secondo le regole e le definizioni sul conteggio dei casi sotto SwissDRG o TARPSY (una riammissione entro diciotto giorni viene considerata un caso di cura) *non* vengono considerate per il settore della riabilitazione.

La distinzione tra cura stazionaria e ambulatoriale si basa sull'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre) (Consiglio federale svizzero, 2002), secondo la quale sono considerate cure stazionarie le degenze di almeno 24 ore per esami, terapie e cure in ospedale. Degenze più brevi sono considerate stazionarie se il paziente decede, occupa un letto per una notte (regola del censimento a mezzanotte) o viene trasferito in un altro ospedale. Le degenze in cliniche notturne o diurne non sono considerate nelle misurazioni.

⁹ Le categorie dell'UST non possono essere utilizzate come criterio per l'inclusione della clinica nelle misurazioni, in quanto sono definite per tipologie di cliniche e di attività non adatte allo scopo di misurazione della qualità. La registrazione e la ripartizione degli istituti per la statistica medica degli ospedali si basa sul sistema delle attività economiche, vincolante per la statistica ufficiale della Svizzera e dei paesi dell'UE. La ripartizione in categorie si svolge secondo una tipologia gerarchica, che prende in considerazione lo scopo dell'istituto e l'offerta principale di prestazioni. Tale tipologia non ha alcuna relazione con tipologie cantonali, elenchi degli ospedali o mandati di prestazioni (vedi UST (2005): concetto sulla statistica medica degli ospedali).

¹⁰ Per l'analisi, l'ANQ fa riferimento alla tipologia di casi dell'UST. Ogni caso stazionario registrato è contraddistinto dalle date di ammissione e di dimissione. I casi più frequenti, i cosiddetti casi A, presentano una data di dimissione tra il 1° gennaio e il 31 dicembre dell'anno della misurazione. Alla fine dell'anno di misurazione, possono quindi essere calcolati durata della cura e valori. I casi B, ossia i pazienti ricoverati nel corso dell'anno di misurazione e ancora in cura il 31 dicembre dello stesso anno, non sono considerati nell'analisi in quanto la durata della degenza e i valori non possono essere calcolati. La tipologia UST ammette inoltre casi C (lungodegenti), nei quali la data di ammissione è precedente al 1° gennaio dell'anno di misurazione e la cura si protrae oltre il 31 dicembre dello stesso anno. Questi pazienti vengono registrati nella statistica UST con una durata della degenza pari a 365 giorni ma non sono presi in considerazione per le analisi dell'ANQ, dato che non è possibile calcolarne i valori.

2.2 Direttive sulla scelta degli strumenti per la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione nelle cliniche di riabilitazione

2.2.1 Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, oncologica, paraplegiologica e psicosomatica

Per i settori di riabilitazione seguenti, le direttive di misurazione sono identiche (cfr. figura 1).

Riabilitazione geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica, paraplegiologica,¹¹ psicosomatica¹¹ od oncologica

Per i pazienti di questi settori di riabilitazione, devono essere utilizzati **due strumenti** all'ammissione e alla dimissione.

- **Obiettivi di partecipazione:** obiettivo principale (solo all'ammissione), raggiungimento degli obiettivi (solo alla dimissione)
- **FIM® o EBI** (la clinica è libera di scegliere)

Le cliniche sono tenute a utilizzare unicamente la FIM® o unicamente l'EBI per i pazienti di questi settori di riabilitazione. Per poter confrontare la qualità dei risultati di tutte le cliniche indipendentemente dallo strumento utilizzato (FIM® o EBI), dal 2016 ci si avvale dello score AVQ calcolato mediante un algoritmo di conversione.¹²

All'ammissione, inoltre, si svolge una misurazione con la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e viene inviato alla Charité il set di dati minimo della statistica UST. I dati supplementari sono definiti nel manuale sui dati e indicati tra le [domande frequenti](#) sul sito dell'ANQ.

2.2.2 Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione cardiologica

Riabilitazione cardiologica

Per i pazienti di questo settore di riabilitazione, devono essere utilizzati **due strumenti** all'ammissione e alla dimissione.

- **Test del cammino (6 minuti) o test ergometrico** (secondo lo stato di salute)
- **MacNew Heart**

Per i pazienti in riabilitazione cardiologica, si svolgono il test del cammino (6 minuti) o il test ergometrico, secondo lo stato di salute. A tale scopo, occorre attenersi alla sequenza di direttive seguenti:

- a. se lo stato di salute del paziente lo consente, al momento dell'ammissione il test ergometrico va preferito al test del cammino. Il test ergometrico deve poi essere ripetuto al momento della dimissione;
- b. se a causa dello stato di salute del paziente il test ergometrico non è proponibile, al momento dell'ammissione si procede al test del cammino, che verrà poi ripetuto al momento della dimissione;

¹¹ Oltre al piano di misurazione ordinario, nelle riabilitazioni paraplegiologica e psicosomatica sono previste misurazioni alternative, che tuttavia nel manuale sulla procedura e nel manuale sui dati non vengono descritte.

¹² L'algoritmo di conversione della FIM® e dell'EBI per il calcolo di uno score AVQ che permetta di confrontare i risultati di tutte le cliniche di riabilitazione è stato sviluppato e convalidato dalla Charité su mandato dell'ANQ. Il rapporto finale è consultabile all'indirizzo seguente:

https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2018/03/ANQ_Reha_Abschlussbericht_ADL_Algorithmen.pdf

- c. se a causa dello stato di salute del paziente il test del cammino al momento dell'ammissione non è proponibile, la misurazione viene a cadere. **Il motivo della rinuncia alla misurazione deve essere indicato.** Il test deve essere obbligatoriamente svolto al momento della dimissione.

All'ammissione, inoltre, si svolge una misurazione con la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e viene inviato alla Charité il set di dati minimo della statistica UST. I dati supplementari sono definiti nel manuale sui dati e indicati tra le [domande frequenti](#) sul sito dell'ANQ.

2.2.3 Direttive per pazienti con fabbisogno di riabilitazione pneumologica

Riabilitazione pneumologica

Per i pazienti di questo settore di riabilitazione, devono essere utilizzati due, rispettivamente tre strumenti all'ammissione e alla dimissione.

- **Test del cammino (6 minuti)**
- **Termometro Feeling**
- **CRQ (solo per pazienti con BPCO I-IV)**

Per i pazienti in riabilitazione pneumologica, al momento dell'ammissione si svolge il test del cammino (6 minuti), che va poi ripetuto alla dimissione. Se a causa dello stato di salute del paziente il test del cammino al momento dell'ammissione non è proponibile, la misurazione viene a cadere. Il motivo della rinuncia alla misurazione dovrebbe venire indicato. Il test deve essere obbligatoriamente svolto al momento della dimissione.

Per tutti i pazienti con problemi pneumologici viene inoltre impiegato il termometro Feeling. Se il motivo principale di assegnazione è rappresentato da un'affezione polmonare cronica ostruttiva (ICD J44) di gravità tra l'1 e il 4 (BPCO I-IV), al momento dell'ammissione e della dimissione bisogna inoltre compilare il Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).

All'ammissione, inoltre, si svolge una misurazione con la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e viene inviato alla Charité il set di dati minimo della statistica UST. I dati supplementari sono definiti nel manuale sui dati e indicati tra le [domande frequenti](#) sul sito dell'ANQ.

Riabilitazione pediatrica

Al momento, i pazienti di questo settore di riabilitazione non sono soggetti ad alcun obbligo di misurazione. Per questioni formali, le cliniche devono tuttavia presentare una richiesta di dispensa.

2.3 Richiesta di dispensa

Fondamentalmente, le cliniche devono attuare tutte le misurazioni indicate nel piano per il loro settore. Se un fornitore di prestazioni non può, per ragioni oggettive, effettuare una delle misurazioni previste dall'ANQ, ai sensi del contratto di qualità (sezione III, capoverso 4) ha la possibilità di presentare per iscritto all'ANQ una [richiesta di dispensa](#) motivata. Vi devono figurare i motivi per i quali una o più misurazioni non possono essere svolte e quali misurazioni alternative vengono effettuate. Il

Comitato dell'ANQ esamina la richiesta e risponde per iscritto.

Per essere esentati da una misurazione in un settore rilevante per la clinica, occorre essere in possesso di una dispensa approvata dall'ANQ, rispettivamente presentarne richiesta. L'ANQ concede la dispensa per i motivi oggettivi seguenti:

- impossibilità di svolgere la misurazione perché la clinica chiuderà entro un anno;
- impossibilità di svolgere la misurazione perché le prestazioni in questione non sono offerte;
- motivi specifici secondo il settore.

Per altri motivi (p.es. basso numero di casi, risorse personali e finanziarie insufficienti, mancata idoneità della misurazione), l'ANQ non concede alcuna dispensa.

In casi eccezionali, una dispensa può essere accordata con l'invito a presentare un concetto per il rilevamento dei dati, un'analisi e un rapporto per una misurazione alternativa.

Se la richiesta di dispensa è respinta, la clinica deve attuare la misurazione prevista dal piano secondo le direttive dell'ANQ. Fino alla decisione definitiva, la richiesta di dispensa ha effetto sospensivo sull'attuazione della misurazione in questione in seno alla clinica richiedente.

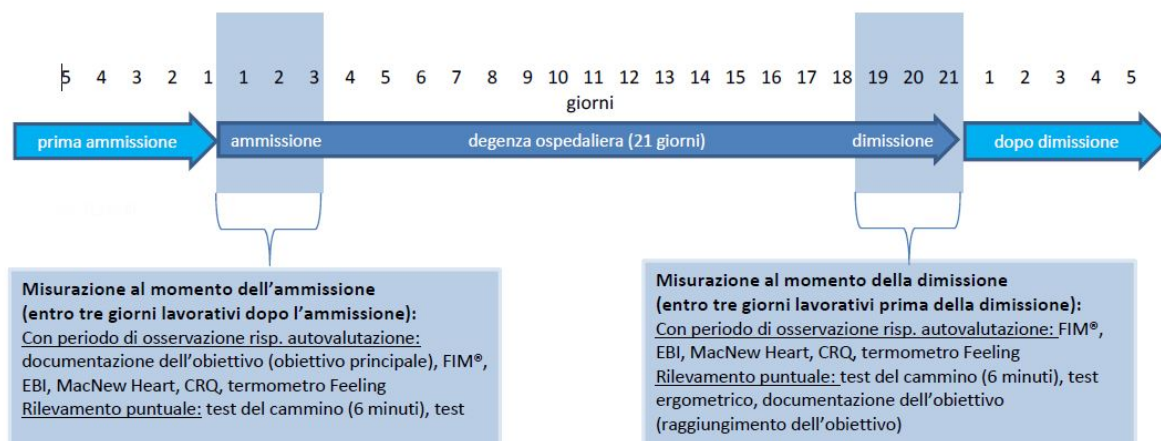
2.4 Momenti del rilevamento e periodi di osservazione

Le misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione (FIM®, EBI, test del cammino (6 minuti), test ergometrico, termometro Feeling, MacNew Heart, CRQ) devono essere svolte il più possibile vicino all'ammissione e alla dimissione effettive.

La misurazione al momento dell'ammissione – compresa quella con la CIRS – va effettuata entro tre giorni lavorativi¹³ da quello dell'ammissione (compreso), mentre la misurazione al momento della dimissione deve avvenire al più presto tre giorni lavorativi prima di quello della dimissione (compreso). I risultati delle misurazioni scaturiscono da periodi di osservazione differenti.

Le indicazioni dei pazienti nel MacNew Heart, nel termometro Feeling e nel CRQ¹⁴ si basano su un periodo di osservazione di tre giorni. La definizione dell'obiettivo della cura e la risposta alle domande della FIM® o dell'EBI da parte del personale curante dipendono pure dalle osservazioni svolte nel corso dei tre giorni precedenti (valutazione da parte di terzi). I risultati del test del cammino, del test ergometrico, della valutazione del raggiungimento degli obiettivi e della CIRS presuppongono invece un esame del paziente in un determinato momento (misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione).

Figura 2: momenti del rilevamento e periodi di osservazione



Per un rilevamento unitario a livello nazionale, i momenti del rilevamento e i periodi di osservazione dei vari strumenti sono stati adeguati alle condizioni quadro delle misurazioni nelle cliniche di riabilitazione (misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione per cure di durata differente) e uniformati.

¹³ Definizione di «entro tre giorni lavorativi»: per il calcolo dei tre giorni lavorativi, va osservato che solo la domenica è considerata festivo. Il sabato è un giorno lavorativo.

¹⁴ Il questionario CRQ viene impiegato con un periodo di osservazione di quattordici giorni.

2.5 Motivi di esclusione (*drop-out*)

Le misurazioni ai sensi del piano per la riabilitazione devono essere svolte per tutti i pazienti al momento dell'ammissione e della dimissione.

Per la misurazione ANQ, il caso viene chiuso e gestito come *drop-out* solo qualora la cura venisse interrotta in modo imprevisto (trasferimento in un ospedale acuto per più di 24 ore, decesso, dimissione anticipata su richiesta del paziente).

Anche i pazienti dimessi come previsto entro sette giorni dall'ammissione vengono codificati come *drop-out*. In considerazione della brevità della degenza, in questi casi si rinuncia alla misurazione al momento della dimissione.

In tal caso, nella documentazione della misurazione occorre indicare la data del *drop-out* (giorno dell'interruzione della cura, rispettivamente della dimissione).

In caso di trasferimento da un reparto all'altro nello stesso istituto, se l'indicazione resta la stessa non si procede alle misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione. Analogamente, per un congedo non vengono rilevate una dimissione e un'ammissione, nella misura in cui a livello contabile la regolamentazione della clinica non preveda la chiusura e la riapertura del caso. Se invece un'assenza dalla clinica viene gestita come una dimissione (chiusura e riapertura del caso), le misurazioni al momento della dimissione vanno svolte. Al momento della riammissione (riapertura del caso), occorre poi procedere alle misurazioni al momento dell'ammissione.

Se poi il paziente fa ritorno nella riabilitazione stazionaria, occorre aprire un nuovo caso, svolgere le misurazioni al momento dell'ammissione e alla fine della degenza quelle al momento della dimissione (vedi punto 2.1).

In caso di cambiamento puramente amministrativo (p.es. in seguito a un cambiamento di ente finanziatore), non si procede ad alcuna misurazione.

In caso di cambiamento dell'indicazione durante una degenza in clinica, il caso con la vecchia indicazione va chiuso con le previste misurazioni al momento della dimissione. Si procede quindi all'apertura di un nuovo caso e allo svolgimento delle misurazioni al momento dell'ammissione secondo la nuova indicazione.

2.6 Rinuncia al test, rispettivamente mancato svolgimento di singole misurazioni

I motivi per una rinuncia al test (mancato svolgimento della misurazione) sono specifici per ciascuna misurazione e, al contrario dei motivi di esclusione (*drop-out*), non comportano l'esclusione del paziente dal programma di misurazione.

Se per un motivo specifico una misurazione non può essere effettuata, vi viene rinunciato per questioni mediche o il paziente rifiuta di partecipare, eventuali altre misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione vanno comunque svolte. Lo stesso vale in caso di dimenticanza: se una clinica dimentica di effettuare una misurazione al momento dell'ammissione, deve comunque svolgere le altre.

I motivi di rinuncia a un test possono essere fatti valere nei test delle prestazioni e nei questionari per i pazienti, ma non nelle misurazioni con FIM®, EBI e CIRS e nella documentazione dell'obiettivo e del raggiungimento degli obiettivi.

L'indicazione di un motivo di rinuncia avviene separatamente per ogni questionario per il paziente, rispettivamente per ogni test delle prestazioni. Possono essere selezionati i motivi seguenti per il mancato svolgimento della misurazione.

Tabella 1: modulo per i motivi di rinuncia al rilevamento dei questionari per i pazienti (MacNew Heart, CRQ, termometro Feeling) e ai test delle prestazioni (test del cammino, test ergometrico)

Motivo della rinuncia al test/del mancato svolgimento [una scelta]	
<input type="checkbox"/>	Rifiuto da parte del paziente, nonostante l'incoraggiamento e il sostegno
<input type="checkbox"/>	Conoscenze linguistiche insufficienti
<input type="checkbox"/>	Stato di salute troppo grave per lo svolgimento di un test, risp. di un sondaggio
<input type="checkbox"/>	Altro, specificare: _____ (p.es. dimenticanza da parte della clinica)

Per i test delle prestazioni (test del cammino, test ergometrico), nei rispettivi moduli è inoltre prevista l'indicazione dei motivi dell'interruzione (come mai il test viene concluso, risp. interrotto). Questa indicazione è obbligatoria per il test ergometrico. Per quello del cammino, occorre riportare il motivo dell'interruzione solo se la durata non ha raggiunto i sei minuti.

2.7 Svolgimento e rilevamento dei dati delle misurazioni, dei test delle prestazioni e dell'autovalutazione (questionario per i pazienti)

L'ANQ mette a disposizione nel manuale sulla procedura le istruzioni per lo svolgimento pratico, come pure gli strumenti di rilevamento (moduli) in tre lingue (I, D, F) per le misurazioni ([FIM®](#), [EBI](#), [CIRS](#)), i test delle prestazioni ([test del cammino](#), [test ergometrico](#)), i sondaggi tra i pazienti ([MacNew Heart](#), [termometro Feeling](#), [CRQ](#)) e la documentazione dell'obiettivo ([obiettivo di partecipazione](#), [raggiungimento degli obiettivi](#)).

2.7.1 Svolgimento delle misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione

Per lo svolgimento puntuale e corretto delle misurazioni (FIM®, EBI, CIRS) e dei test delle prestazioni (test del cammino, test ergometrico), la documentazione dell'obiettivo, la consegna dei questionari per i pazienti (MacNew Heart, termometro Feeling, CRQ) e la relativa immissione dei dati è responsabile una persona integrata nel processo di cura. Secondo l'organizzazione della clinica può trattarsi di un medico, di un terapeuta o di un infermiere.

Per le misurazioni (FIM®, EBI, CIRS), i test delle prestazioni e la documentazione dell'obiettivo, il personale della clinica deve prodigarsi affinché lo svolgimento avvenga entro tre giorni lavorativi dopo quello dell'ammissione (compreso) e tre giorni lavorativi prima della dimissione (vedi punto 2.4).

Per i questionari che i pazienti devono compilare autonomamente (MacNew Heart, termometro Feeling, CRQ), il questionario per l'ammissione deve essere consegnato entro tre giorni lavorativi dopo quello dell'ammissione (compreso), di solito durante il primo colloquio. All'occorrenza, il paziente ottiene altre istruzioni. La consegna del questionario al momento della dimissione avviene al più presto tre giorni lavorativi prima di quello della dimissione (compreso), di solito durante il colloquio di dimissione. Se la sera del giorno della dimissione il questionario non è ancora stato ritornato, lo si ricorda al paziente prima che lasci la clinica. La compilazione del questionario deve avvenire all'interno della clinica.

Fondamentalmente, occorre motivare tutti i pazienti – a prescindere dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche – a compilare il questionario (MacNew Heart, termometro Feeling, CRQ). L'ANQ auspica la compilazione autonoma da parte del paziente. È ammesso prestare assistenza, a patto che non si influenzino le risposte.

2.7.2 Registrazione dei dati

Indipendentemente dal genere di registrazione dei dati (carta, formato elettronico nel sistema informatico delle cliniche, software speciali), la clinica deve accertarsi che i dati delle misurazioni, dei test e i sondaggi scritti vengano assegnati al paziente giusto (codice a barre, numero inequivocabile del caso).

Per le misurazioni (FIM[®], EBI, CIRS), la documentazione dell'obiettivo e i test, per una questione di qualità dei dati l'ANQ raccomanda di optare per l'immissione elettronica delle risposte (sistema informatico, software speciale) con un controllo immediato delle immissioni (vedi manuale sui dati, punto 7). Ciò consente di evitare l'immissione successiva dei risultati dei test e delle risposte in un sistema elettronico (scansione, immissione manuale dei dati), il controllo della completezza delle immissioni e la correzione delle indicazioni errate. L'ANQ sconsiglia di procedere dapprima a un rilevamento cartaceo dei dati delle misurazioni, della documentazione dell'obiettivo e dei test, e in un secondo tempo al loro trasferimento in un sistema elettronico (errori di trascrizione).

Per la registrazione dei dati dei questionari per i pazienti (MacNew Heart, termometro Feeling, CRQ), per una questione di qualità dei dati l'ANQ raccomanda di optare per l'immissione elettronica delle risposte in apparecchi delle cliniche (tablet, computer). L'immissione elettronica diretta dei dati (abbinata a una logica di controllo) permette di evitare il trasferimento successivo delle risposte in un sistema elettronico (scansione, immissione manuale dei dati) e il controllo della completezza delle immissioni.

In mancanza di una risposta o in caso di qualità insufficiente dei dati, questi vanno completati insieme al paziente.

Tutti i dati rilevati vengono trasmessi in formato elettronico all'istituto di analisi secondo le direttive del manuale sui dati dell'ANQ.

3. Documentazione degli obiettivi di partecipazione e del raggiungimento degli obiettivi

3.1 Osservazioni preliminari

La documentazione dell'obiettivo costituisce la parte più importante di un mandato di prestazioni riabilitative. Specialmente nei team **interprofessionali/interdisciplinari**, essa aiuta a muoversi su un terreno comune a livello linguistico e di orientamento nella pianificazione della terapia.

Le direttive dell'ANQ concernenti lo strumento poggiano su esperienze acquisite con il progetto pilota del KIQ (predecessore dell'ANQ) e con il suo perfezionamento nel 2010 e nel 2011.

Nel settore specialistico della riabilitazione neurologica, tra il 2007 e il 2009 l'ANQ ha realizzato un progetto pilota volto a documentare i processi di definizione degli obiettivi (incluso il raggiungimento degli obiettivi) basati sull'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Il raggiungimento degli obiettivi della cura viene rilevato in quanto prova dell'efficacia della riabilitazione (indicatore di qualità). Dodici cliniche hanno sviluppato e attuato questo concetto basato su criteri di qualità orientati ai processi.

Parallelamente, nel settore specialistico della riabilitazione muscolo-scheletrica è stato ideato e realizzato un concetto (senza integrazione del processo di definizione degli obiettivi) basato sull'approccio della funzionalità, al quale hanno partecipato tredici cliniche. Il concetto orientato ai risultati permette anche in questo caso di dimostrare l'efficacia della riabilitazione (indicatore di qualità), intesa come mantenimento e miglioramento della funzionalità nella vita quotidiana e nel lavoro.

Sulla scorta delle esperienze acquisite con i due progetti pilota, alla fine del 2009 l'ANQ ha proseguito lo sviluppo dell'approccio basato sull'ICF: il concetto della riabilitazione muscolo-scheletrica è stato adeguato a quello della riabilitazione neurologica. Nella primavera 2011, viste le esperienze positive il Comitato per la qualità Riabilitazione ha raccomandato l'introduzione capillare del concetto comune.

3.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della documentazione degli obiettivi di partecipazione e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi

Le cliniche di riabilitazione strutturano i processi interni per la documentazione degli obiettivi di partecipazione e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di partecipazione secondo le direttive dell'ANQ e adottando la documentazione dell'obiettivo ICF.

3.2.1 Documentazione degli obiettivi di partecipazione

Processi interni garantiscono che gli obiettivi di partecipazione delle degenze di riabilitazione siano definiti adeguatamente e all'occorrenza modificati:

- gli obiettivi di partecipazione vengono scelti in modo da creare i presupposti per il loro raggiungimento durante la degenza stazionaria;
- gli obiettivi di partecipazione considerano le risorse, i fattori contestuali¹⁵ e il potenziale riabilitativo del paziente;
- il coinvolgimento del paziente nel processo di definizione dell'obiettivo è fissato internamente e documentato;
- gli obiettivi di partecipazione considerano le risorse temporali e finanziarie durante la degenza ospedaliera;
- il processo di definizione dell'obiettivo è documentato in modo chiaro nell'incarto del paziente (definizione sistematica di sotto-obiettivi e controllo sistematico del loro raggiungimento).

Per le misurazioni outcome è richiesto soltanto il rilevamento dell'obiettivo di partecipazione principale. Le cliniche sono tuttavia libere di definire più obiettivi di partecipazione per la degenza ospedaliera dei pazienti (p.es. un obiettivo di partecipazione abitativo e socioculturale). Per l'analisi, dovrà però essere trasmesso solo l'obiettivo di partecipazione principale.

¹⁵ I fattori contestuali sono tutte le circostanze che contraddistinguono la vita di un paziente e comprendono la totalità dei fattori ambientali e personali significativi per la sua salute. Si tratta per esempio del contesto domestico, della famiglia, del posto di lavoro, della scuola, ma anche del sistema sanitario e sociale. Questi aspetti esercitano un'influenza materiale (p.es. appartamento, strade, mezzi ausiliari, medicinali, reddito), sociale (p.es. supporto di e relazioni con familiari, amici, datore di lavoro, specialisti del sistema sanitario e sociale) e comportamentale (p.es. atteggiamenti, valori e convinzioni di familiari, amici o della società) sul paziente. I fattori legati alla persona comprendono invece le caratteristiche di una persona come l'età, il sesso, la formazione, lo stile di vita, la motivazione e la predisposizione genetica. I fattori ambientali e personali possono influenzare positivamente la salute e, di conseguenza, il decorso della riabilitazione. È quindi importante riconoscerli tempestivamente e sfruttarli (concetto delle risorse della riabilitazione). In altri casi, invece, i fattori contestuali possono avere un'influenza negativa.

3.2.2 Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di partecipazione

I processi interni garantiscono che la valutazione degli obiettivi di partecipazione sia il più possibile obiettiva e che descriva le capacità del paziente al momento della dimissione in considerazione dei fattori contestuali (fattori positivi, barriere). Ciò significa che

- i requisiti per il raggiungimento degli obiettivi di partecipazione sono fissati e documentati internamente;
- il coinvolgimento del paziente nel processo di valutazione è fissato e documentato internamente.

3.3 Modulo per la documentazione dell'obiettivo

La documentazione dell'obiettivo ([obiettivo di partecipazione](#), [raggiungimento degli obiettivi](#)), inclusa la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, è già stata testata e attuata in tre lingue nel quadro del progetto pilota. La versione tedesca è stata adeguata in base alle esperienze acquisite nel perfezionamento del progetto e alle prime esperienze nell'attuazione del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione e tradotta di nuovo.

4. FIM®

4.1 Osservazioni preliminari¹⁶

La FIM® rileva il disturbo delle funzionalità in aspetti della vita quotidiana, come l'autosufficienza, il controllo sfinterico, i trasferimenti, la deambulazione, la comunicazione e le capacità socio-cognitive (Keith et al. 1987) per diverse diagnosi e in considerazione della presenza di mezzi ausiliari. A tale scopo, le diverse attività vengono valutate su una scala da 1 a 7. Nel complesso, possono essere ottenuti un minimo di diciotto punti (dipendenza completa) e un massimo di 126 punti (autonomia completa).

La FIM® è stata sviluppata nel 1983 negli Stati Uniti da un gruppo di lavoro condotto dal prof. V. Granger in primis per rappresentare il fabbisogno di cure e, insieme all'indice di Barthel, è lo strumento di misurazione più utilizzato al mondo.

Sulla base della versione approvata in tedesco e in francese dello strumento, è stata adattata quella italiana già utilizzata dall'ANQ nel progetto pilota.

I diritti d'autore sono dello *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR) di New York, un'organizzazione dell'università statale di Buffalo. L'ANQ ha acquisito i diritti per l'impiego dello strumento e di altro materiale protetto dai diritti d'autore nel quadro delle misurazioni della qualità. Solo alle cliniche registrate è consentito utilizzare la FIM® e il relativo materiale. Per una questione di diritti, l'ANQ metterà a disposizione delle cliniche registrate la versione formattata dello strumento e la documentazione solo su richiesta e una volta conclusa la procedura amministrativa necessaria per l'ottenimento della licenza individuale. Le cliniche che desiderano utilizzare la FIM® sono pregate di rivolgersi direttamente all'ANQ.

¹⁶ Questo capoverso è basato sul contributo di H. Lüthi in Schädler et al. (2009): *Assessments in der Rehabilitation*, volume 1: Neurologie.

4.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della FIM®

La compilazione della FIM® da parte del personale curante richiede quindici-trenta minuti. Fanno stato le osservazioni delle attività della vita quotidiana durante una normale giornata in clinica.

Il personale che si occupa della compilazione deve aver seguito la relativa formazione e avere accesso al manuale completo sulla FIM®. Ogni item deve essere valutato. Si procede a una valutazione anche se un'attività non può essere svolta. **In caso di dubbio, fa stato la valutazione più severa (valore più basso).**

Da gennaio 2015, vengono integrati anche gli item supplementari riguardanti lo spostarsi (item 12) e la comunicazione (item 14 e 15). Nel primo caso, occorre valutare lo stesso tipo di spostamento sia all'ammissione sia alla dimissione. Se il **tipo di locomozione** al momento della dimissione **(item L) è incerto**, ossia se non è possibile prevedere un cambio del tipo di locomozione nel corso della riabilitazione, dal 2018 all'ammissione vengono valutati e trasmessi alla Charité entrambi i tipi (deambulazione e sedia a rotelle). Se nel corso della riabilitazione avviene un chiaro cambiamento del tipo di locomozione, al momento della dimissione viene valutato solo quello utilizzato in prevalenza. In tutti gli altri casi, anche al momento della dimissione viene trasmessa alla Charité la valutazione di entrambi i tipi di locomozione (vedi anche manuale sui dati, punto 1.3).¹⁷

Si procede a una valutazione anche se un'attività non può essere svolta. La valutazione di una capacità è effettuata in primis sulla base di un'osservazione diretta, non di informazioni riportate. Viene annotata la prestazione effettivamente fornita, non la potenzialità. Per maggiori dettagli, rimandiamo al manuale FIM®¹⁸ e alle [raccomandazioni complementari del gruppo di esperti «Regolamento FIM®»](#) (vedi alla voce «Strumenti di misurazione – Altri documenti moduli 2 e 3»).

¹⁷ Le raccomandazioni per il rilevamento dell'item L sono pubblicate sul sito dell'ANQ; <https://www.anq.ch/it/settori/riabilitazione/download-riabilitazione/> >Strumenti di misurazione | Altri documenti moduli 2 e 3

¹⁸ Per le misurazioni dell'ANQ nella riabilitazione, vengono utilizzate le versioni tradotte dall'ANQ del manuale originale dell'UD-SMR «The FIM System Clinical Guide, Version 5.2» (2013).

5. Indice di Barthel ampliato (EBI)

5.1 Osservazioni preliminari¹⁹

L'obiettivo principale dell'impiego dell'indice è il rilevamento della portata della dipendenza dei pazienti neurologici da aiuti esterni. Può trattarsi di sostegno in forma fisica, ma anche in forma orale (per esempio aiutando a ricordare, invitando ad agire, supervisionando), nonché di organizzare mezzi ausiliari.

L'EBI rileva i disturbi delle funzionalità in molte attività della vita quotidiana, tenendo in considerazione il sostegno ricevuto dal paziente (sedici item). La classificazione di un paziente deve sempre essere riferita a tutti gli item. A sua volta, la classificazione di ogni singolo item deve essere effettuata indipendentemente da quella degli altri.

Le attività della vita quotidiana vengono valutate regolarmente su una scala da 0 a 4. Dato che l'indice di Barthel valuta soprattutto le capacità motorie, è stato completato da Prosiegel et al. (1996) con altri sei item prevalentemente cognitivi (comprensione e comprensibilità, risoluzione di problemi ecc.). La valutazione dei singoli item è inoltre passata da una scala di risposte a quattro livelli (0-3) all'attuale versione a cinque livelli (0-4). In totale, con le sedici diverse attività si può ottenere un massimo di 64 punti.

L'EBI è un'alternativa non soggetta a licenza alla FIM[®], con cui condivide una parte delle domande. La formazione è inoltre nettamente meno impegnativa e la compilazione un po' meno onerosa in termini di tempo.

5.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico dell'EBI

La compilazione si basa su osservazioni del paziente e all'occorrenza su informazioni supplementari di familiari o tratte dalla documentazione medica. La compilazione dell'EBI richiede circa quindici minuti. La persona incaricata deve aver seguito la relativa formazione (riepilogo delle osservazioni) e attenersi alle direttive.

Nonostante la presenza di raccomandazioni diverse,²⁰ la prima valutazione del paziente con l'EBI²¹ avviene al più tardi tre giorni dopo l'ammissione.

- 1) Dato che, a causa delle descrizioni molto dettagliate degli item, l'indice deve essere letto molto attentamente, per salvaguardare la fluidità del testo si è optato per la forma maschile che, beninteso, sottintende sempre anche quella femminile.
- 2) Per ogni item, il paziente deve essere classificato in modo da esprimere l'effettiva portata della dipendenza in quel particolare settore. In caso di dubbio, fa stato la valutazione più severa (valore più basso). **Eccezione: se il paziente a causa della sua limitazione non necessita di aiuto, viene assegnato il punteggio più alto.**

Esempio: se un paziente con gravi problemi di vista non necessita di aiuto a causa della sua completa immobilità, nell'item 16 (visione/neglect) verrà indicato il punteggio più alto (4).

¹⁹ Questo capoverso è basato sul contributo di S. Schädler in Schädler et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation, volume 1: Neurologie.

²⁰Le raccomandazioni del gruppo di esperti EBI per il rilevamento di questo strumento si trovano all'indirizzo: <https://www.anq.ch/it/settori/riabilitazione/download-riabilitazione/> > Strumenti di misurazione | Altri documenti moduli 2 e 3

²¹ Definizione di «entro tre giorni lavorativi»: per il calcolo dei tre giorni lavorativi, va osservato che solo la domenica è considerata festivo. Il sabato è un giorno lavorativo.

- 3) Alcune classificazioni possono sovrapporsi: il trasferimento fisico, per esempio, va preso in considerazione nell'item 5 (trasferimenti carrozzina/letto e viceversa), nell'item 8 (uso dei servizi igienici) e nell'item 4 (fare il bagno/la doccia/lavarsi). I pazienti con un punteggio basso nell'item 5 avranno spesso un punteggio basso anche negli altri due item (8 e 4).
- 4) La classificazione degli item deve esprimere che cosa fa effettivamente un paziente, non quello che potrebbe fare. Non è quindi rilevante se il paziente ha bisogno di supporto per difficoltà fisiche, cognitive o motivazionali. Un paziente con gravi disturbi della motivazione può per esempio necessitare di un aiuto fisico.
- 5) Un paziente può essere classificato come indipendente dal punto di vista funzionale solo se svolge il compito senza aiuti ed entro un lasso di tempo giudicato congruo. **Il lasso di tempo giudicato congruo viene definito dal team interprofessionale/interdisciplinare secondo la situazione individuale del paziente. Va considerato anche il tempo supplementare necessario dovuto all'età o a eventuali limitazioni fisiche/psichiche. L'indice menzionato al punto 7 delle direttive per lo svolgimento del test va ignorato.**

L'EBI è già stato utilizzato in tre lingue nel quadro del progetto pilota dell'ANQ. La versione francese dello strumento è stata tradotta da due persone diverse. Le traduzioni sono poi state confrontate e corrette. Il periodo di osservazione è stato inoltre ridotto a tre giorni per soddisfare gli scopi delle misurazioni della qualità dell'ANQ.

6. Test del cammino (6 minuti)

6.1 Osservazioni preliminari²²

La valutazione delle potenzialità fisiche è spesso effettuata sulla base della sola anamnesi. «Quanti gradini riesce a salire?», o «Quanti metri riesce a percorrere?» sono classiche domande volte a perseguire tale scopo. Ma non tutti i pazienti sono in grado di indicare correttamente il numero di gradini o i metri percorsi, ragione per la quale negli anni Sessanta Balke ha concepito un semplice test per valutare le potenzialità fisiche in funzione della distanza percorsa in un determinato lasso di tempo. In seguito, Cooper ha sviluppato un test di dodici minuti per rilevare il livello di salute fisica di persone sane, dal quale è poi scaturito il test del cammino di sei minuti per pazienti con affezioni delle vie respiratorie che non erano in grado di portare a termine quello di dodici minuti. Il test del cammino determina le potenzialità fisiche in base alla distanza massima in metri percorsa nei sei minuti. Secondo l'opinione di scienziati, il test del cammino di sei minuti, facile da svolgere e ben tollerato, determina meglio le potenzialità fisiche nelle attività quotidiane di altri test di questo genere (p.es. quello di dodici minuti). Per lo svolgimento, in Svizzera si raccomandano gli standard internazionali della American Thoracic Society (ATS) e della European Respiratory Society (ERS).²³

6.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del test del cammino (6 minuti)²³

Lo svolgimento pratico del test può essere delegato a un fisioterapista appositamente formato. Le direttive dell'ANQ devono essere rispettate. Lo svolgimento del test del cammino richiede quindici-venti minuti (inclusi preparazione, svolgimento ed elaborazione successiva). Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sullo svolgimento del test del cammino.

La condizione per lo svolgimento del test nel caso di pazienti con problemi cardiaci o respiratori è una resistenza sufficiente, confermata dalla prescrizione medica, e una mobilità sufficiente. Se il paziente è bloccato a letto o in grado di spostarsi solo all'interno della camera, il test non viene svolto. Il motivo del mancato svolgimento deve essere indicato.

Il test dovrebbe essere effettuato in un luogo che consente un'assistenza d'urgenza e dove siano possibili spostamenti senza ostacoli di almeno trenta metri. Il percorso dovrebbe essere segnato ogni tre metri e i cambi di direzione marcati con coni colorati. Sono ammesse anche altre forme di percorso, per esempio un circuito in una palestra.

Il segnale di partenza dà il via ai sei minuti, al termine dei quali viene misurata la distanza percorsa. Al paziente si spiega che dovrà coprire la maggiore distanza possibile in sei minuti, esprimendosi in questi termini: «Nei prossimi sei minuti, percorra quanti più metri possibile. Può anche fare delle pause. Non può correre». Durante il test, il paziente può essere tenuto informato: «Sta andando bene, mancano ancora tot minuti» oppure «Continui così, siamo a metà». Non è consentito spronare il paziente incitandolo con altre parole o a gesti. Se il paziente fa una pausa durante i sei minuti, il cronometro non può essere arrestato, rispettivamente alla durata del test non può essere aggiunta quella della pausa. Il paziente può fare la pausa seduto o in piedi, e ogni trenta secondi viene incoraggiato, se possibile, a proseguire. Si raccomanda di documentare le pause.

Il test deve essere interrotto se la sicurezza del paziente non è più garantita o se si manifesta uno dei sintomi seguenti: dolori toracici, grave affanno, sfinimento, dolori all'apparato motorio.

²² Questo capoverso è basato sul contributo di Peter Oesch e Peter Van Wittenberge in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation, volume 3: Kardiologie und Pneumologie.

²³ Gli standard internazionali della American Thoracic Society (ATS) e della European Respiratory Society (ERS) si trovano all'indirizzo <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/FWT-Tech-Std.pdf>

La misurazione al momento dell'ammissione, rispettivamente della dimissione, può essere ripetuta se in quel momento il paziente era in uno stato eccezionalmente precario (vertigini o nausea). In questo caso, viene registrato il risultato migliore.

Se al momento dell'ammissione il paziente non è fisicamente in grado (p.es. necessità di stare a letto) di svolgere il test del cammino, il percorso va codificato con uno «0». Quale motivo per il mancato svolgimento o la rinuncia al test viene indicato «Stato di salute troppo grave per lo svolgimento di un test, risp. di un sondaggio» (motivo 3). Lo stesso vale per la misurazione al momento della dimissione. Altri motivi per il mancato svolgimento vanno riportati conformemente al manuale sui dati.

Se la misurazione al momento dell'ammissione non è stata possibile per le pessime condizioni fisiche del paziente ma nel corso della riabilitazione lo stato del paziente migliora tanto da rendere possibile il test del cammino al momento della dimissione, quest'ultima misurazione va effettuata.

Le misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione dovrebbero essere svolte con gli ausili alla deambulazione in uso in quel momento e senza alterare la prescrizione di farmaci (compreso l'ossigeno).

7. Test ergometrico

7.1 Osservazioni preliminari²⁴

L'ECG da sforzo del test ergometrico è un esame di routine per la valutazione dell'irrorazione del muscolo cardiaco e quindi della funzione dei vasi coronari, ma anche della resistenza generale e del comportamento della pressione sanguigna sotto sforzo. Mentre il paziente svolge il test sotto sorveglianza medica, l'ECG e la pressione sanguigna vengono tenuti sotto controllo e registrati.

7.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del test ergometrico

La condizione per lo svolgimento del test nel caso di pazienti con problemi cardiaci o respiratori è una resistenza sufficiente confermata dalla prescrizione medica. Il test dovrebbe essere effettuato in un luogo che consente un'assistenza d'urgenza, sotto sorveglianza di un medico. Per garantire la validità e l'affidabilità del test, gli apparecchi vanno calibrati regolarmente. Lo svolgimento del test ergometrico richiede un'ora abbondante (compresi preparazione, svolgimento ed elaborazione successiva). Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sullo svolgimento del test ergometrico.

Il paziente è sottoposto al test in posizione semisdraiata o seduta. L'attività cardiaca viene registrata e controllata. Il paziente può essere incoraggiato verbalmente. In caso di eventi cardiaci (aritmie, ischemie), affanno o sfinimento, il test deve essere interrotto.

Il verbale standardizzato minimo è essenzialmente analogo all'ATS/ACCP Statement on cardiopulmonary exercise testing del 2003.

- Fase di preparazione e di riscaldamento: 3 minuti di riposo; opzionale: altri 3 minuti di pedalata a vuoto
- Fase di sforzo: 6-12 minuti con intensità crescente da 5 a 30 Watt/minuto
- Fase di recupero (opzionale): altri 10 minuti di pausa con 3 minuti di pedalata a vuoto

²⁴ Questo capoverso è basato sul contributo di Olivier Pantet, Pierre Monney, Nicole Aebischer nello Swiss Medical Forum 2012 (29-30): 578-584 e su quello di G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation: volume 3: Kardiologie und Pneumologie.

8. MacNew Heart

8.1 Osservazioni preliminari

Il sondaggio specifico sulla qualità di vita mediante il MacNew Heart, affermato a livello internazionale, comprende ventisette domande. Esso illustra le funzioni fisiche, emotive e sociali, e rappresenta su una scala di risposte a sette livelli (1 = fortemente limitato; 7 = assolutamente non limitato) la portata dei sintomi negli ultimi tre giorni prima del sondaggio.

Sulla base dei ventisette item, si possono calcolare tre sottoscale (qualità di vita fisica, emotiva e sociale) e un punteggio totale. Per il calcolo del punteggio, si ricava il punteggio medio (somma dei punti/numero di risposte) dei sottoscore, rispettivamente del punteggio totale. Per ogni sottocategoria, almeno il 50% degli item deve aver ricevuto risposta.

I diritti d'autore sono della *MacNew.Org*. L'ANQ ha acquisito i diritti per l'impiego del questionario (versioni italiana, tedesca e francese) e di altro materiale protetto dai diritti d'autore nel quadro delle misurazioni della qualità. Solo alle cliniche registrate è consentito utilizzare il MacNew Heart e il relativo materiale. L'ANQ metterà la documentazione direttamente a disposizione delle cliniche registrate.

8.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del MacNew Heart

Con il consenso dell'emittente della licenza, il periodo di osservazione è stato ridotto a tre giorni per soddisfare gli scopi delle misurazioni della qualità e la versione francese è stata rivista.

La compilazione del questionario da parte del paziente richiede circa venti minuti. Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'utilizzo del MacNew Heart.

9. Termometro Feeling

9.1 Osservazioni preliminari

Il termometro Feeling è uno strumento che rileva lo stato di salute generale nei sette giorni precedenti mediante una scala analogica visiva a forma di termometro. Le scale analogiche visive sono utilizzate in primo luogo per rilevare i pareri soggettivi, per esempio nella ricerca sul dolore e nella terapia del dolore. Le estremità della scala marcano stati estremi, per esempio «Nessun dolore» o «Dolore insopportabile», oppure nel caso del termometro Feeling «Salute perfetta» e «Peggior stato di salute immaginabile». La persona interrogata segnala il suo parere soggettivo con un tratto sulla linea, rispettivamente sul termometro.

9.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del termometro Feeling

La compilazione del questionario da parte del paziente richiede circa due minuti. Al punto 2.7, si trovano informazioni generali sull'impiego del termometro Feeling.

Il termometro Feeling è stato tradotto dall'ANQ in italiano e francese. Le traduzioni sono state confrontate e corrette, e il periodo di osservazione è stato ridotto a tre giorni per soddisfare gli scopi delle misurazioni della qualità.

La scala di risposte (scala analogica) è raffigurata come un termometro. Per garantire la confrontabilità dei risultati, il termometro utilizzato per le misurazioni della qualità dell'ANQ dovrebbe misurare circa 20 cm.

10. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

10.1 Osservazioni preliminari²⁵

Il CRQ è stato sviluppato nel 1987 da G. Guyatt e dai suoi colleghi in Canada. Si tratta di un questionario che rileva le limitazioni fisico-funzionali e psichico-emotive dei pazienti con affezioni polmonari croniche ed è quindi adatto a documentare il risultato della cura. Se il CRQ migliora, si può dedurre che la qualità di vita del paziente è pure migliorata (indipendentemente da un eventuale miglioramento delle funzioni polmonari).

Il CRQ è disponibile in diverse versioni (questionario per l'intervistatore, questionario per il paziente, con/senza domande standard sulla dispnea). In Svizzera, la versione più frequente è quella con domande standard sulla dispnea. L'ANQ utilizza le versioni del CRQ-SAS (questionario per il paziente con domande standard sulla dispnea) approntate dall'emittente della licenza, disponibili in italiano, tedesco e francese. Il periodo di osservazione del CRQ è di quattordici giorni (vedi nota 14).

Lo strumento comprende venti domande di quattro settori: cinque riguardanti attività che in alcune persone con problemi polmonari provocano dispnea, quattro sul tema della stanchezza, sette sullo stato d'animo e quattro sulla gestione della malattia. Le risposte vengono fornite sulla base di una scala di sette livelli, laddove 1 = massimo pregiudizio e 7 = nessun pregiudizio. Per soddisfare gli scopi delle misurazioni della qualità, il periodo di osservazione di due settimane è stato mantenuto.

Per il calcolo del punteggio totale si procede dapprima alla determinazione di quello medio in ogni settore (somma dei punti/numero di domande). La media dei punteggi dei quattro settori costituisce il punteggio totale. Per ogni settore, almeno il 50% degli item deve aver ricevuto risposta.

I diritti d'autore sono della McMaster University (Canada). L'ANQ ha acquisito i diritti per l'impiego dello strumento (versioni italiana, tedesca e francese) e di altro materiale protetto dai diritti d'autore nel quadro delle misurazioni della qualità. Solo alle cliniche registrate è consentito utilizzare il CRQ e la relativa documentazione. L'ANQ metterà la documentazione direttamente a disposizione delle cliniche registrate.

10.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del CRQ

La compilazione dello strumento da parte del paziente richiede circa trenta minuti. Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'impiego del CRQ.

²⁵ Questo capoverso è basato sul contributo di G. Büsching in Büsching et al. (2009): Assessments in der Rehabilitation, volume 3: Kardiologie und Pneumologie.

11. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

11.1 Osservazioni preliminari

La scala della comorbidità Cumulative Illness Rating Scale (CIRS²⁶) è stata sviluppata da Linn et al. nel 1968 per rappresentare tutte le affezioni di un paziente con multimorbidità. Nel 1991, Miller e Towers hanno rielaborato la versione di Linn et al. (1968), integrando il quattordicesimo item concernente le affezioni psichiche e i disturbi del comportamento. La versione di Salvi et al. (2008) utilizzata dall'ANQ si basa su quella di Miller e Towers.

La CIRS consente di valutare quattordici sistemi di organi su una scala da 0 a 4 (0 = nessun problema, 4 = problema estremamente grave). Si può ottenere un massimo di 56 punti. Lo strumento corrisponde a quello utilizzato nel quadro del progetto ST-Reha.

La CIRS, che mette in relazione la mortalità, la frequenza e la durata delle cure in ospedale, le riammissioni ospedaliere, l'assunzione di medicinali, gli eventuali risultati di laboratorio, le limitazioni funzionali nello svolgimento di attività e il tempo di sopravvivenza dopo affezioni tumorali senza peggioramento, viene utilizzata nella medicina riabilitativa per valutare il risultato della cura.

11.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della CIRS

La CIRS viene compilata solo al momento dell'ammissione. Le misurazioni della qualità dell'ANQ non prevedono una misurazione al momento della dimissione. Se svolta da persone abituate a farlo, la compilazione della CIRS richiede circa dieci minuti. Fanno stato la documentazione medica del paziente e le osservazioni.

Per l'utilizzo della CIRS, rimandiamo al relativo manuale di Salvi et al. (2008).²⁷ Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'impiego della CIRS.

²⁶ Per la Cumulative Illness Rating Scale si è affermato l'uso dello stesso acronimo del Critical Incident Reporting System.

²⁷ Salvi et al. Guidelines for Scoring the Modified Cumulative Illness Rating Scale, appendice S1 (ANQ, traduzione). (Versione originale pubblicata nel 2008, J Am Geriatr Soc, 56 (10)).

12. Impressum

Titolo	Manuale sulla procedura, versione 7.1
Anno	2019
Autori	ANQ, dr. Luise Menzi, Muriel Scheuner e Stefanie Köhn (Charité)
Comitato per la qualità	PD Dr. med. Stefan Bachmann, Kliniken Valens Annette Egger, MPH, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt Dr. med. Ruth Fleisch, Klinik Schloss Mammern Dr. med. Stefan Goetz, Hôpital Fribourgeois Angelina Hofstetter, H+ Barbara Lüscher, MHA, Zentralstelle für Medizinaltarife UVG (ZMT) Dr. med. Pierre-André Rapin, Institution de Lavigny Dr. med. Isabelle Rittmeyer, Zürcher RehaZentrum Davos Dr. med. Anke Scheel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil Dr. med. Thomas Sigris, Klinik Barmelweid Stephan Tobler, Kliniken Valens
Indirizzo di contatto	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche ANQ Dr. Luise Menzi, responsabile Riabilitazione ANQ Weltpoststrasse 5 3015 Berna T 031 511 38 44, luise.menzi@anq.ch / www.anq.ch
Copyright	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche ANQ
Traduzione	Joël Rey – Traduzioni e redazioni