Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Piano nazionale di misurazione riabilitazione
Manuale sulla procedura

La versione 10.0 è stata approvata nel mese di luglio 2023 dal Comitato per la qualità Riabilitazione, entra in vigore l'1.1.2024 e sostituisce la versione 9.0.

Versione 10.0, 01/2024

Contatto

Segretariato generale ANQ

Settore specialistico Riabilitazione

Dr. phil. Stephan Tobler (responsabile Riabilitazione), tel. +41 (0)31 511 38 44

rehabilitation@anq.ch

Codici cromatici/cronologia delle modifiche

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

Codice cromatico	**Validità modifica**	**Parola chiave**
Giallo	1° gennaio 2024	Adeguamento del piano di misurazione della riabilitazione psicosomatica dal 2024: stralcio HADS, introduzione di PHQ-9 e GAD-7 precisazione delle possibilità di risposta per l'interruzione del test del cammino (6 minuti)

Indice

Codici cromatici/cronologia delle modifiche 2

1. Introduzione 5

1.1 L'ANQ e le misurazioni nazionali della qualità nella riabilitazione 5

1.2 Panoramica del piano di misurazione 5

1.2.1 Sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti

1.2.2 Misurazioni specifiche secondo il settore

1.2.3 Valutazioni soggette a licenza

1.3 Qualità dei dati 8

1.4 Il manuale sulla procedura 9

1.5 Il manuale sui dati 9

1.6 FAQ – domande frequenti 9

1.7 Compiti delle cliniche 10

1.7.1 Responsabili della misurazione

1.7.2 Compiti nel quadro del sondaggio intersettoriale sulla soddisfazione dei pazienti

1.7.3 Compiti nel quadro delle misurazioni specifiche secondo il settore

2. Regole procedurali generali per le misurazioni 11

2.1 Collettivo di pazienti e definizione del caso 11

2.2 Direttive sulla scelta degli strumenti per la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione nelle cliniche di riabilitazione 12

2.2.1 Direttive per pazienti nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica od oncologica

2.2.2 Direttive per pazienti nella riabilitazione cardiologica

2.2.3 Direttive per pazienti nella riabilitazione pneumologica

2.2.4 Direttive per pazienti nella riabilitazione paraplegiologica

2.2.5 Direttive per pazienti nella riabilitazione psicosomatica

2.2.6 Direttive per pazienti di tutti i settori di riabilitazione

2.2.7 Direttive per pazienti nella riabilitazione pediatrica

2.3 Esenzione dalla misurazione – richiesta di dispensa 14

2.4 Momenti del rilevamento e periodi di osservazione 15

2.5 Motivi di esclusione (*drop-out*) 16

2.6 Rinuncia al test, rispettivamente mancato svolgimento di singole misurazioni 17

2.7 Svolgimento e rilevamento dei dati delle valutazioni da parte di terzi, delle autovalutazioni (questionario per i pazienti) e del test delle prestazioni 18

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 20

3.1 Osservazioni preliminari 20

3.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della documentazione degli obiettivi di partecipazione e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi 20

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 21

4. FIM® ... 22
4.1 Osservazioni preliminari ... 22
4.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della FIM® ... 23
5. Indice di Barthel ampliato (EBI) ... 24
5.1 Osservazioni preliminari ... 24
5.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico dell'EBI ... 24
6. Test del cammino (6 minuti) ... 26
6.1 Osservazioni preliminari ... 26
6.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del test del cammino (6 minuti) ... 26
7. MacNew Heart ... 28
7.1 Osservazioni preliminari ... 28
7.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del MacNew Heart ... 28
8. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) ... 29
8.1 Osservazioni preliminari ... 29
8.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del CRQ ... 29
9. Spinal Cord Independence Measure (SCIM) ... 30
9.1 Osservazioni preliminari ... 30
9.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della SCIM ... 30
10. Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15) ... 31
10.1 Osservazioni preliminari ... 31
10.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del PHQ-15 ... 31
11. Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) ... 32
11.1 Osservazioni preliminari ... 32
11.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del PHQ-9 ... 32
12. Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) ... 33
12.1 Osservazioni preliminari ... 33
12.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della GAD-7 ... 33
13. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) ... 34
13.1 Osservazioni preliminari ... 34
13.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della CIRS ... 34
14. 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 alle cliniche di riabilitazione e ai reparti di riabilitazione degli ospedali (di seguito: cliniche di riabilitazione/cliniche) 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

L'attuale piano di misurazione per la riabilitazione stazionaria contiene il sondaggio interdisciplinare sulla soddisfazione dei pazienti (cfr. punto 1.2.1) e misurazioni specifiche della qualità dei risultati (cfr. punto 1.2.2).[1]

1.2.1 Sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti

Il sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti, organizzato dal 2016 in modo interdisciplinare, 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, comprendente 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. Vengono interpellati tutti i pazienti dimessi tra il 1° aprile e il 31 maggio dell'anno in questione. Dal 2021, la misurazione verrà tuttavia svolta a cadenza biennale.

Dal 2017, l'analisi e la redazione dei rapporti sul sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti sono affidati all'Istituto ESOPE.[2] Dalla misurazione 2019, la w hoch 2[3] ha assunto il coordinamento e la comunicazione in qualità di centro di logistica per la misurazione. 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.

---

[1] Ripartizione secondo il settore di riabilitazione ai sensi del documento DefReha©, versione 2.0
[2] 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)
[3] w hoch 2 GmbH, Research, Analysis & Consulting (https://www.w-hoch2.ch/)

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

1.2.2 Misurazioni specifiche secondo il settore

Il piano nazionale di misurazione nella riabilitazione comprende dieci diversi strumenti di rilevamento dei risultati della cura (valutazione da parte di terzi, autovalutazione e test delle prestazioni). In più, per tutti i settori di riabilitazione viene applicata la scala della comorbilità (CIRS). Rispetto alla misurazione della soddisfazione dei pazienti, in questo caso si tratta di rilevamenti completi (dimissioni tra l'1.1 e il 31.12 dell'anno in esame).

Il piano nazionale di misurazione nella riabilitazione è attuato in tutte le cliniche con un mandato cantonale di prestazioni per la riabilitazione stazionaria o un relativo contratto in materia di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

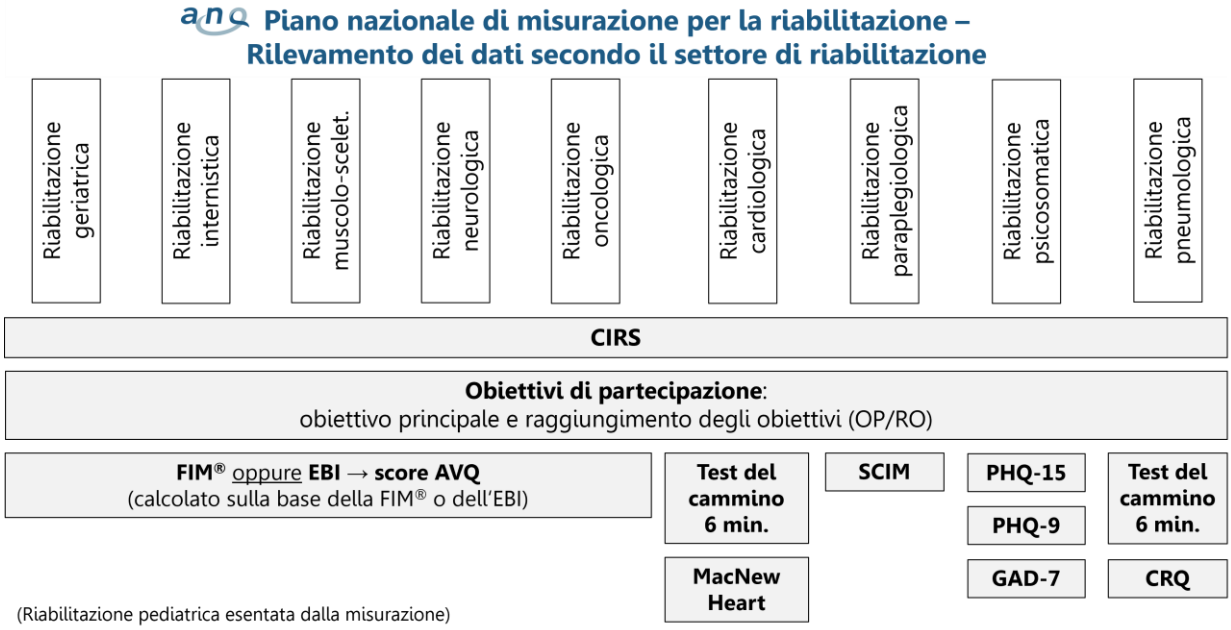
La determinazione del settore di riabilitazione in cui si trova il paziente è compito della clinica. L'ANQ non verifica se i settori di riabilitazione selezionati corrispondano ai mandati di prestazioni/alle convenzioni tariffali cantonali del rispettivo istituto. Questo controllo è responsabilità delle cliniche e degli enti finanziatori. 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©» l'ANQ prevede i settori seguenti:

- riabilitazione geriatrica;
- riabilitazione internistica;
- riabilitazione cardiologica;
- riabilitazione muscolo-scheletrica;
- riabilitazione neurologica;
- riabilitazione oncologica;
- riabilitazione pediatrica;[4]
- riabilitazione paraplegiologica;
- riabilitazione psicosomatica;
- riabilitazione pneumologica.

[4] 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 per ogni paziente al momento dell'ammissione e al momento della dimissione (rilevamento completo). Fa eccezione la CIRS, che viene utilizzata solo all'ammissione.

Figura 1: strumenti di misurazione secondo il settore di riabilitazione



Oltre agli strumenti per la misurazione dei risultati della cura, le cliniche sono tenute a rilevare e a inviare all'istituto di analisi Charité (Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft) i dati 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.
- Dati della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) al momento dell'ammissione (vedi area download riabilitazione)

1.2.3 Valutazioni soggette a licenza

Le valutazioni CRQ, FIM® e MacNew Heart sono soggette a licenza. Le cliniche che intendono utilizzarle nel quadro del piano di misurazione nella riabilitazione devono quindi seguire l'apposita procedura per l'ottenimento. Questo processo amministrativo non comporta alcuna spesa supplementare per le cliniche, i costi per le licenze sono coperti dall'ANQ.

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,[5] 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. L'ANQ offre formazioni nelle tre regioni linguistiche, la cui frequentazione dovrebbe garantire il trasferimento di conoscenze in seno alle cliniche;
- rispetto delle raccomandazioni su singoli strumenti formulate da gruppi di esperti dell'ANQ. Le raccomandazioni sugli strumenti EBI e FIM® si trovano nell'area download riabilitazione e all'occorrenza vengono rielaborate;
- 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. Dal rilevamento 2021, è disponibile anche l'applicazione web *ReMoS* (Rehabilitation Monitoring System) per la verifica della qualità dei dati nel corso dell'anno e la trasmissione dei dati all'istituto di analisi nel rispetto della Legge sulla protezione dei dati. L'applicazione sostituisce lo strumento di test basato su Excel.

Le cliniche sono tenute contrattualmente (contratto nazionale di qualità) a rispettare le direttive dell'ANQ e sono responsabili della qualità della fornitura di dati. 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*[6] e di interruzioni) e l'ottenimento di set di dati il più possibile completi e plausibili.

[5] 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.
[6] 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 (vedi 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 dei dieci strumenti del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione per il rilevamento dei risultati della cura, come pure le direttive e le disposizioni per l'utilizzo della Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). I dati dalla CIRS, insieme ad altri dati della statistica medica, sono necessari per l'analisi aggiustata secondo il rischio (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 di autovalutazione come il CRQ, la GAD-7, il MacNew Heart, il PHQ-9 e il PHQ-15, impiego degli strumenti EBI, FIM® e SCIM da parte del personale curante, protocollo del test del cammino) 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.

È redatto dalla Charité in collaborazione con l'ANQ e prendendo in considerazione le disposizioni delle collezioni di dati esistenti (UST).

Il manuale sui dati descrive la quantità e le specifiche dei dati dei dieci strumenti del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione per il rilevamento dei risultati della cura, nonché dei dati necessari per l'analisi (incluso l'aggiustamento secondo il rischio) (vedi capitolo 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).

1.6 FAQ – domande frequenti

Informazioni sul rilevamento e sulla trasmissione dei dati, nonché sui singoli strumenti di misurazione si trovano anche tra le domande frequenti sul sito dell'ANQ.

1.7 Compiti delle cliniche

1.7.1 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 formazioni su diverse valutazioni (vedi punto 1.3).

1.7.2 Compiti nel quadro del sondaggio intersettoriale sulla soddisfazione dei pazienti

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 il centro di logistica per la misurazione w hoch 2. Il sondaggio è previsto nei mesi di aprile e maggio (dal 2021 a cadenza biennale), e i risultati individuali sono disponibili al più tardi in autunno.

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.

1.7.3 Compiti nel quadro delle misurazioni specifiche secondo il settore

In materia di misurazioni specifiche secondo il settore, 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 continue del personale curante sull'impiego degli strumenti (concetto «Train the Trainers») 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 tramite *ReMoS* all'istituto di analisi Charité secondo le direttive dell'ANQ (vedi manuale sui dati, punto 9);
- chiarimenti, rispettivamente acquisizione di licenze tramite rehabilitation@anq.ch per gli strumenti del piano di misurazione nella riabilitazione protetti da licenza, e risposte a domande di terzi (ANQ, istituto di analisi Charité, ditte del settore informatico).

2. Regole procedurali generali per le misurazioni

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).[7] 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 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 pluriricovero. I set devono contenere i dati di tutti i pazienti la cui ammissione e dimissione si situano nel periodo definito per il rilevamento (1.1-31.12). I dati di casi di riabilitazione a cavallo di due anni vengono trasmessi con quelli dell'anno in cui è avvenuta la dimissione. In queste circostanze, quindi, sia i dati della misurazione all'ammissione sia quelli della misurazione alla dimissione (più i dati supplementari) vengono trasferiti con i set del nuovo anno. Trovate maggiori informazioni nelle domande frequenti sul sito.

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. Composizioni di casi secondo le regole e le definizioni sul conteggio dei casi sotto ST-Reha (una riammissione entro diciotto giorni viene considerata un caso di cura) *non* vengono considerate.

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 2002 (stato 1.1.2009)), 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.

[7] 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).

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

Nei capitoli seguenti (2.2.1-2.2.6), vengono presentati gli strumenti da utilizzare secondo il settore di riabilitazione. I punti 3-12 riportano i singoli strumenti e le direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico.

2.2.1 Direttive per pazienti nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica od oncologica

Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica 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 indice di Barthel ampliato (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.[8]

2.2.2 Direttive per pazienti nella riabilitazione cardiologica

Riabilitazione cardiologica

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

- **Obiettivi di partecipazione:** obiettivo principale (solo all'ammissione), raggiungimento degli obiettivi (solo alla dimissione)
- **Test del cammino**
- **MacNew Heart**

Se lo stato di salute del paziente non consente lo svolgimento del test del cammino (6 minuti) al momento dell'ammissione, la rinuncia al test/il mancato svolgimento va documentato correttamente (data del test, distanza = «0», motivo della rinuncia/del mancato svolgimento = «3», vedi punto 6.2). Lo stesso vale per la misurazione al momento della dimissione.

[8] 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 (vedi area download riabilitazione).

2.2.3 Direttive per pazienti nella riabilitazione pneumologica

Riabilitazione pneumologica

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

- **Obiettivi di partecipazione:** obiettivo principale (solo all'ammissione), raggiungimento degli obiettivi (solo alla dimissione)
- **Test del cammino (6 minuti)**
- **Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)**

Se lo stato di salute del paziente non consente lo svolgimento del test del cammino (6 minuti) al momento dell'ammissione, la rinuncia al test/il mancato svolgimento va documentato correttamente (data del test, distanza = «0», motivo della rinuncia/del mancato svolgimento = «3», vedi punto 6.2). Lo stesso vale per la misurazione al momento della dimissione.

2.2.4 Direttive per pazienti nella riabilitazione paraplegiologica

Riabilitazione paraplegiologica

Per i pazienti di questo settore 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)
- **Spinal Cord Independence Measure (SCIM)**

2.2.5 Direttive per pazienti nella riabilitazione psicosomatica

Riabilitazione psicosomatica

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

- **Obiettivi di partecipazione:** obiettivo principale (solo all'ammissione), raggiungimento degli obiettivi (solo alla dimissione)
- **Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)**
- **Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)**
- **Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)**

2.2.6 Direttive per pazienti di tutti i settori di riabilitazione

All'ammissione, inoltre, in ogni settore di riabilitazione si svolge una misurazione con la Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) e viene inviato alla Charité il set di dati minimo della statistica UST. Questi dati supplementari sono definiti nel manuale sui dati.

2.2.7 Direttive per pazienti nella riabilitazione pediatrica

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 Esenzione dalla misurazione – 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 (vedi area download partner). Vi devono figurare i motivi per i quali una o più misure non possono essere svolte. Il Segretariato dell'ANQ esamina la richiesta e decide in base ai criteri definiti. Possono essere fatti valere 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 (o non lo saranno più entro un anno);
- 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.

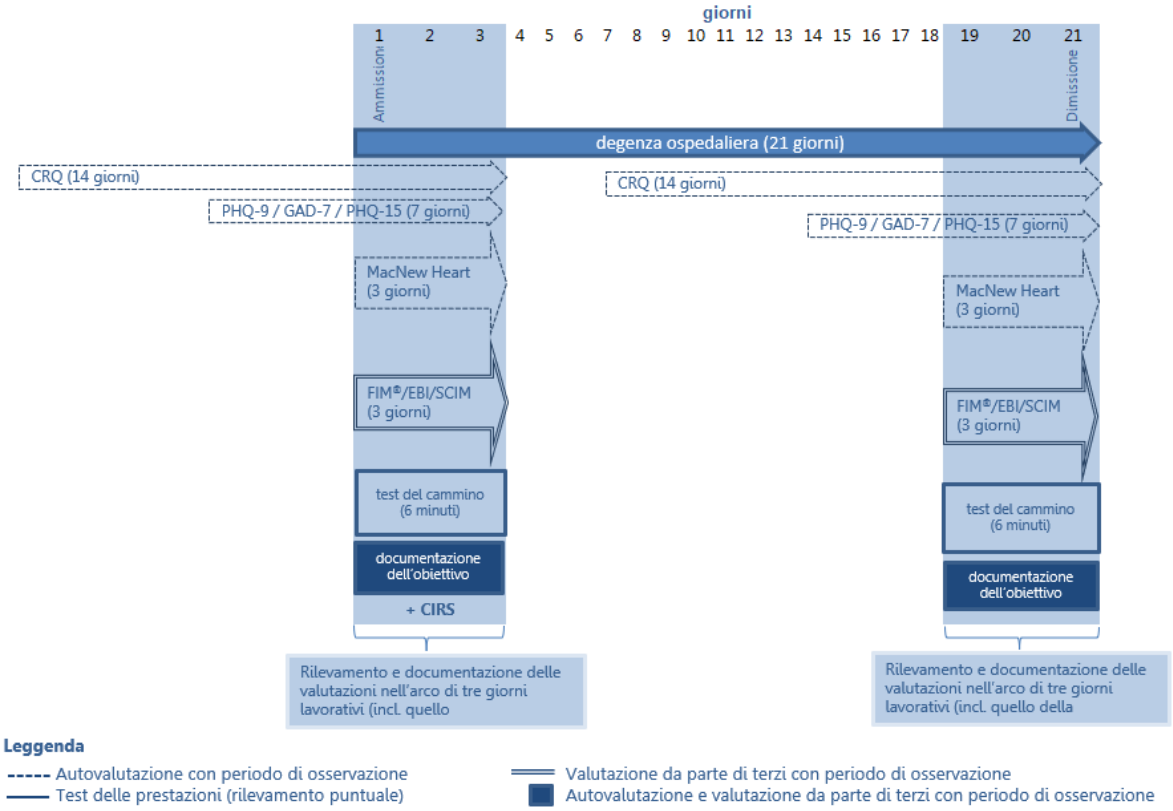
2.4 Momenti del rilevamento e periodi di osservazione

Le misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione 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 lavorativi[9] 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 (autovalutazione) nel PHQ-15, nel PHQ-9, nella GAD-7 e nel MacNew Heart (periodo di osservazione di sette, risp. tre giorni) sono state adeguate per le misurazioni dell'ANQ. Il periodo di osservazione per il CRQ corrisponde a quanto disposto nel manuale (quattordici giorni). La definizione dell'obiettivo della cura e la risposta alle domande dell'EBI, rispettivamente della FIM® e della SCIM da parte del personale curante dipendono pure dalle osservazioni svolte nel corso dei tre giorni precedenti (valutazione da parte di terzi). Il rilevamento di questi strumenti dovrebbe essere svolto il terzo e ultimo giorno di osservazione. I risultati del test del cammino, 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



[9] 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.

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), in quanto non sarebbe possibile completare il rilevamento.

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 dopo un trasferimento (più lungo di 24 ore) 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 nel test delle prestazioni e nei questionari per i pazienti, ma non nelle misurazioni con CIRS, EBI, FIM® 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 il 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 (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15) e al test delle prestazioni (test del cammino)

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

Per il test del cammino (6 minuti) è inoltre prevista l'indicazione del motivo dell'interruzione (come mai il test viene concluso anzitempo, risp. interrotto). Questa informazione è obbligatoria se la durata non ha raggiunto i sei minuti.

2.7 Svolgimento e rilevamento dei dati delle valutazioni da parte di terzi, delle autovalutazioni (questionario per i pazienti) e del test delle prestazioni

L'ANQ mette a disposizione delle cliniche le istruzioni per lo svolgimento pratico nel manuale sulla procedura, il questionario per gli strumenti di valutazione da parte di terzi (CIRS, EBI, FIM®, SCIM), i moduli per il test delle prestazioni (test del cammino), i questionari per gli strumenti di autovalutazione (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15) e la documentazione dell'obiettivo (obiettivo di partecipazione, raggiungimento degli obiettivi). I documenti si trovano nell'area download riabilitazione.

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

Per lo svolgimento puntuale e corretto delle misurazioni (CIRS, EBI, FIM®, SCIM) e del test delle prestazioni (test del cammino), la documentazione dell'obiettivo, la consegna dei questionari per i pazienti (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15) e la relativa immissione dei dati è responsabile una persona integrata nel processo di cura.

Tutte le misurazioni al momento dell'ammissione vengono svolte e documentate entro tre giorni lavorativi. Lo stesso vale per quelle al momento della dimissione (vedi punto 2.4).

Per i questionari che i pazienti devono compilare autonomamente (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15), 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 (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15). 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 (questionario online o cartaceo), la clinica deve accertarsi che i dati delle misurazioni, del test e dei sondaggi scritti vengano assegnati al paziente giusto (codice a barre, numero inequivocabile del caso).

Per le misurazioni (CIRS, EBI, FIM®, SCIM), la documentazione dell'obiettivo e il 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 del 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 (CRQ, GAD-7, MacNew Heart, PHQ-9, PHQ-15), per una questione di qualità dei dati l'ANQ raccomanda di valutare la possibilità di un'immissione digitale (immissione delle risposte in dispositivi della clinica, come tablet e 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 tramite *ReMoS* all'istituto di analisi Charité 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. Nei team interprofessionali/interdisciplinari, essa aiuta a muoversi su un terreno comune a livello linguistico e di orientamento nella pianificazione della cura.

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.

Nella 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, nella 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. Nell'ottica dell'introduzione del piano di misurazione nella riabilitazione 2011, viste le esperienze positive gli organi dell'ANQ hanno deciso di prescrivere la documentazione dell'obiettivo per le riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica. Dal 2021, la documentazione dell'obiettivo è rilevata in tutti i settori di riabilitazione.

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 contestuali[10] 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).

Il rilevamento dell'obiettivo di partecipazione avviene insieme ai pazienti al momento dell'ammissione (nel caso normale durante il primo colloquio). Un adeguamento dell'obiettivo di partecipazione durante la degenza riabilitativa viene documentato con il modulo per il raggiungimento dell'obiettivo.

Per le misurazioni specifiche secondo il settore, è necessario soltanto il rilevamento dell'obiettivo di partecipazione *principale*, il quale viene analizzato. Secondo le esigenze individuali di riabilitazione, emergono altri singoli obiettivi rilevati e analizzati in seno alla clinica.

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, adeguamento dell'obiettivo), 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.

[10] 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.

4. FIM®

4.1 Osservazioni preliminari[11]

La FIM® rileva la capacità funzionale in aspetti della vita quotidiana, come l'autosufficienza, la continenza, 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 per il rilevamento della capacità funzionale in importanti settori della vita quotidiana.

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 reparto della UB Foundation Activities Inc. che appartiene all'Università 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.

[11] M. Verra, in: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, volume 2: Bewegungsapparat, pagg. 323 - 328.

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 conoscere il manuale. Ogni item deve essere valutato. Si procede a una valutazione anche se un'attività non può essere svolta. Nel dubbio, fa stato la valutazione più severa (valore più basso) (p.es. in caso di oscillazione della capacità funzionale nell'arco di una giornata).

Da gennaio 2015, vengono integrati anche gli item supplementari riguardanti lo spostarsi (item L), la comprensione (item N) e la comunicazione (item O).

Secondo le direttive dell'emittente della licenza, il tipo di locomozione deve essere identico all'ammissione e alla dimissione. Nella quotidianità clinica, esso può però cambiare senza che sia sempre possibile prevederlo. Per questo motivo, l'ANQ ha completato la specificazione del tipo di locomozione con la possibilità di risposta «**Incerto**». 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 vengono valutati e trasmessi alla Charité entrambi i tipi di locomozione (vedi anche manuale sui dati, punto 1.3).[12] L'importante è che all'ammissione e alla dimissione venga immessa la specificazione «**Incerto**», anche se alla dimissione un tipo di locomozione prevale chiaramente.

Se al momento dell'ammissione i tipi di locomozione deambulazione e sedia a rotelle si equivalgono, nell'item supplementare L viene scelta la risposta «**Entrambi**» e viene valutata la deambulazione, che meglio rappresenta l'onere della cura. Al momento della dimissione, occorre poi selezionare di nuovo «**Entrambi**» e valutare la deambulazione. La specificazione «**Entrambi**», anche se piuttosto rara nella quotidianità clinica, è una direttiva dell'emittente della licenza.

Nell'area download riabilitazione si trovano maggiori informazioni sulla valutazione dell'item L.

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®[13] e alle raccomandazioni complementari del gruppo di esperti «Regolamento FIM®» (vedi area download riabilitazione).

[12] Le raccomandazioni per il rilevamento dell'item L sono pubblicate sul sito dell'ANQ (vedi area download riabilitazione).
[13] Per le misurazioni dell'ANQ nella riabilitazione, vengono utilizzate le versioni tradotte dall'ANQ del manuale originale dell'UDSMR «The FIM System Clinical Guide, Version 5.2» (2013).

5. Indice di Barthel ampliato (EBI)

5.1 Osservazioni preliminari[14]

L'obiettivo principale dell'impiego dell'indice è il rilevamento della portata della dipendenza dei pazienti 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 la capacità funzionale 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, la prima valutazione del paziente con l'EBI avviene al più tardi tre giorni dopo l'ammissione.[15]

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).

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).

[14] M. Verra, in: Oesch, P. (2017): Assessments in der Rehabilitation, volume 2: Bewegungsapparat, pagg. 323 - 328.
[15] 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.

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.

Per maggiori dettagli, rimandiamo alle descrizioni del gruppo di esperti «Regolamento EBI» sul sito dell'ANQ (vedi area download riabilitazione).

6. Test del cammino (6 minuti)

6.1 Osservazioni preliminari[16]

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).[17]

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

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 quindiciventi 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, affanno acuto, sfinimento, dolori all'apparato motorio.

[16] 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.
[17] 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 ausilii alla deambulazione in uso in quel momento e senza alterare la prescrizione di farmaci (compreso l'ossigeno).

7. MacNew Heart

7.1 Osservazioni preliminari

Il sondaggio specifico sulla qualità di vita dal punto di vista della salute 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, inglese 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.

7.2 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.

8. Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)

8.1 Osservazioni preliminari[18]

Il CRQ è stato sviluppato nel 1987 da G. Guyatt e dai suoi colleghi in Canada. Si tratta di un questionario che rileva la qualità della vita dal punto di vista della salute 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 12).

Il questionario di autovalutazione 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.

8.2 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.

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

9. Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

9.1 Osservazioni preliminari[19]

Il punteggio SCIM rileva la capacità funzionale negli ambiti autosufficienza, respirazione, continenza e mobilità di pazienti paraplegici/con lesioni al midollo spinale (Itzkovich et al., 2007). La capacità funzionale in particolare dei paraplegici viene descritta in modo da differenziare gli ambiti respirazione e gestione vescicale e intestinale (quest'ultimo quale estensione dell'ambito continenza). Si rinuncia invece alla descrizione degli item cognitivi.

Per ciascuno dei diciannove item, vengono assegnati un minimo di 0 punti e un massimo di 15. Il valore complessivo della SCIM si calcola sommando il punteggio dei singoli item e spazia dallo 0 (capacità funzionale minima) al 100 (capacità funzionale migliore). La ponderazione dei diciannove item si basa su valutazioni di esperti.

Lo sviluppo della SCIM ha avuto inizio nel 1994 in Israele. La prima versione (SCIM I) è stata pubblicata nel 1997. Sono seguite versioni rielaborate nel 2001 (SCIM II) e nel 2007 (SCIM III). Esistono inoltre convalide per la SCIM III e la SCIM self report.

9.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della SCIM

La SCIM è uno strumento di valutazione da parte di terzi. I pazienti vengono osservati mentre svolgono attività quotidiane. Singoli item vengono all'occorrenza valutati chiedendo riscontro al paziente. Servono circa trenta minuti. Si procede a una valutazione anche se un'attività non può essere svolta. Nel dubbio, fa stato la valutazione più severa (valore più basso).

[19] M. Wirz, in: Schädler, S.et al (2020): Assessments in der Rehabilitation, volume 1: Neurologie, pagg. 109-113.

10. Patient Health Questionnaire – 15 (PHQ-15)

10.1 Osservazioni preliminari

Il modulo PHQ-15 è una forma abbreviata del Patient Health Questionnaire (questionario sulla salute dei pazienti) sviluppato dalla Pfizer negli anni Novanta. Si tratta di un questionario di autovalutazione che rileva con l'ausilio di quindici item il pregiudizio causato da disturbi somatici (Kroenke et al., 2002). Per ogni item, ci sono tre possibilità di risposta: «Nessun pregiudizio» (codificato con uno «0»), «Leggero pregiudizio» («1») e «Forte pregiudizio» («2»). L'analisi si basa sulla somma dei valori, che può essere tra 0 (sintomi minimi) e 28 punti per gli uomini, rispettivamente 30 punti per le donne (sintomi importanti). È possibile non assegnare un valore a un massimo di tre item. In questi casi, il valore mancante viene sostituito dalla media degli altri item.

ANQ utilizza le traduzioni liberamente disponibili del sito web PHQ-15.

10.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del PHQ-15

Contrariamente a quanto riportato nel manuale, per la valutazione del pregiudizio si considera l'ultima settimana (sette giorni), affinché il periodo di osservazione del PHQ-15 sia uguale a quello del PHQ-9 e della GAD-7.

In genere, l'ANQ non considera nel calcolo del valore l'item relativo ai dolori mestruali a causa del periodo di osservazione diverso rispetto alla versione originale. Il valore è dunque calcolato sulla base di quattordici item sia per le donne sia per gli uomini. È quindi possibile raggiungere un massimo di 28 punti.

11. Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

11.1 Osservazioni preliminari

La Hospital and Depression Scale (HADS) verrà sostituita con decorrenza 1.1.2024 dal modulo Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9) concernente la depressione e dalla scala per l'ansia Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7).

Il PHQ-9 è un questionario di autovalutazione per il rilevamento della depressione nei pazienti con malattie fisiche o disturbi fisici (possibilmente psicogeni). La procedura può essere utilizzata come screening e per determinare il grado di gravità, anche nella valutazione del decorso.

La portata dei sintomi depressivi nella settimana precedente viene rilevata tramite un'autovalutazione su una scala con nove item. La selezione e la formulazione degli item considerano in particolare i requisiti specifici di un contesto determinato da una malattia fisica. L'attenzione è focalizzata in modo mirato solo sui sintomi di depressione al fine di evitare una confusione con la comorbilità somatica. Le possibilità di risposta sono quattro, con valori tra 0 e 3. Per evitare errori di trascrizione in seno alle cliniche, vengono codificati e inviati all'istituto di analisi Charité tutti gli item con valori dallo 0 al 3 (maggiori informazioni nel manuale sui dati, annesso F).

Nel quadro dell'elaborazione e dell'analisi dei dati, la Charité procederà poi alla necessaria decodificazione. I valori complessivi vengono calcolati sommando i nove item e spaziano dunque tra 0 (sintomi minimi) e 27 punti (sintomi importanti). Ai sensi del manuale, sono ammessi al massimo due valori mancanti, i quali vengono sostituiti dalla media degli altri item.

Il modulo PHQ-9 appartiene alla famiglia del Patient Health Questionnaire (questionario sulla salute dei pazienti), sviluppato negli anni Novanta dal dr. Robert L. Spitzer, dalla dr. Janet B.W. Williams, dal dr. Kurt Kroenke e colleghi con fondi della Pfizer.[20] Per la sua brevità e la validità della struttura e dei criteri, è considerato uno strumento interessante per la valutazione della gravità dei disturbi depressivi.[21]

Il PHQ-9, il PHQ-15 e la GAD-7 sono accessibili pubblicamente. Non è necessaria un'autorizzazione per la riproduzione, la traduzione, la pubblicazione o la diffusione. L'ANQ si avvale delle traduzioni liberamente accessibili al sito PHQ.

11.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico del PHQ-9

Il periodo di osservazione per il PHQ-9 è di sette giorni. La compilazione dello strumento da parte del paziente richiede al massimo cinque minuti. Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'utilizzo del PHQ-9.

[20] Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. Psychiatric Annals 2002; 32:509-521.
[21] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 2001; 16:606-613.

12. Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7)

12.1 Osservazioni preliminari

La scala Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7) sostituirà con decorrenza 1.1.2024 la HADS nella misurazione dei sintomi dell'ansia. La GAD-7 è un questionario di autovalutazione per il rilevamento dell'ansia nei pazienti con malattie fisiche o disturbi fisici (possibilmente psicogeni). La procedura può essere utilizzata come screening e per determinare il grado di gravità, anche nella valutazione del decorso.

La portata dei sintomi legati all'ansia nella settimana precedente viene rilevata tramite un'autovalutazione su una scala di sette item. La selezione e la formulazione degli item considerano in particolare i requisiti specifici di un contesto determinato da una malattia fisica. L'attenzione è focalizzata in modo mirato solo sui sintomi di ansia al fine di evitare una confusione con la comorbilità somatica.

Le possibilità di risposta sono quattro, con valori tra 0 e 3. Per evitare errori di trascrizione in seno alle cliniche, vengono codificati e inviati all'istituto di analisi Charité tutti gli item con valori dallo 0 al 3 (maggiori informazioni nel manuale sui dati, annesso F). Nel quadro dell'elaborazione e dell'analisi dei dati, la Charité procederà poi alla necessaria decodificazione.

I valori complessivi vengono calcolati sommando i sette item e spaziano dunque tra 0 (sintomi minimi) e 21 punti (sintomi importanti). Ai sensi del manuale, è ammesso al massimo un valore mancante, il quale viene sostituito dalla media degli altri item.

La GAD-7 è stata sviluppata dal gruppo di lavoro che aveva creato il Patient Health Questionnaire (PHQ) alla fine degli anni Novanta.[22] Oltre a rilevare con grande sensibilità i disturbi d'ansia, si tratta di un ottimo strumento per differenziare altri tre frequenti disturbi legati all'ansia (disturbi di panico, disturbo d'ansia sociale, disturbo post-traumatico).[23]

12.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della GAD-7

Contrariamente a quanto riportato nel manuale, per la valutazione del pregiudizio si considera l'ultima settimana (sette giorni), così il periodo di osservazione della GAD-7 è uguale a quello del PHQ-9 e del PHQ-15. La compilazione del questionario da parte dei pazienti richiede al massimo cinque minuti. Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'utilizzo della GAD-7.

[22] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalizedanxiety disorder: the GAD-7. Arch Intern Med 2006;166:1092-1097.
[23] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry 2010 (in press).

13. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)

13.1 Osservazioni preliminari

La scala della comorbilità Cumulative Illness Rating Scale (CIRS[24])" 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., 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.

13.2 Direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico della CIRS

La CIRS viene compilata solo al momento dell'ammissione, di solito dal medico curante. 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, l'esame fisico e un'anamnesi completa.

Per l'utilizzo della CIRS, rimandiamo al relativo manuale di Salvi et al. (2008).[25] Al punto 2.7, si trovano indicazioni generali sull'impiego della CIRS.

[24] Per la Cumulative Illness Rating Scale si è affermato l'uso dello stesso acronimo del Critical Incident Reporting System.
[25] 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)).

14. Impressum

Titolo	Manuale sulla procedura, versione 10.0
Anno	2024
Autrici	Dr. phil. Stephan Tobler (ANQ), Gaia Garuffi (ANQ), Stefanie Köhn (Charité) e Anika Zembic (Charité)
Comitato per la qualità	Annette Egger, MPH, Dipartimento della sanità Basilea Città Dr. med. Stefan Goetz, clinica St. Katharinenthal, Spital Thurgau Barbara Lüscher, MHA, Servizio centrale delle tariffe mediche LAINF (SCTM) Dr. med. Anke Scheel, Centro svizzero per paraplegici di Nottwil Dr. med. Thomas Sigrist, clinica Barmelweid Dr. med. Jan Vontobel, Hochgebirgsklinik Davos Dr. sc. med. Gavin Brupbacher, Oberwaid AG, St. Gallen Dr. med. Christian Sturzenegger, Rehaklinik Bellikon Caroline Beeckmans, Leukerbad Clinic

Indirizzo di contatto	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche ANQ Dr. phil. Stephan Tobler, responsabile Riabilitazione ANQ T 031 511 38 44, stephan.tobler@anq.ch Gaia Garuffi, responsabile progetto junior Psichiatria e riabilitazione T 031 511 38 49, gaia.garuffi@anq.ch rehabilitation@anq.ch

Copyright	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche ANQ