

PIANO NAZIONALE DI MISURAZIONE PER LA RIABILITAZIONE

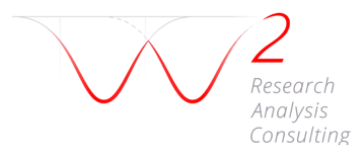
MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA RIABILITAZIONE 2027

MANUALE SULLA PROCEDURA E IL RILEVAMENTO DEI DATI

VERSIONE 1.0

Validità: dall'1.1.2027 (sostituisce il manuale sulla procedura e il manuale sui dati, versioni 11.0)

Data: approvato il 2.7.2026, Comitato per la qualità Riabilitazione



CRONOLOGIA DELLE MODIFICHE

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

CODICE CROMATICO	VALIDITÀ MODIFICA	PAROLA CHIAVE
Grigio	Rilevamento 2027	Aggregazione del manuale sulla procedura e del manuale sui dati (versioni 11.0) a formare il manuale sulla misurazione (versione 1.0)
		Rielaborazione redazionale dei contenuti <u>senza</u> adeguamento delle direttive

Indice

1.	Introduzione	5
1.1	Contenuto e gruppi mirati del manuale	5
1.2	Compiti delle cliniche	6
2.	Piano di misurazione nazionale per la riabilitazione	8
3.	Regole procedurali generali per le misurazioni	9
3.1	Obbligo di misurazione	9
3.2	Esezione dalla misurazione - dispensa	9
3.3	Definizione del caso	9
3.4	Direttive sulla scelta degli strumenti per la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione	11
3.4.1	Direttive per pazienti nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica	11
3.4.2	Direttive per pazienti nella riabilitazione cardiologica	11
3.4.3	Direttive per pazienti nella riabilitazione pneumologica	11
3.4.4	Direttive per pazienti nella riabilitazione paraplegiologica	12
3.4.5	Direttive per pazienti nella riabilitazione psicosomatica	12
3.4.6	Direttive per pazienti di tutti i settori di riabilitazione	12
3.5	Momenti del rilevamento e periodi di osservazione	12
3.6	Drop-out: interruzione della riabilitazione	14
3.7	Rinuncia al test, rispettivamente non svolgibilità di singole misurazioni	14
3.8	Documentazione di singoli valori mancanti	15
4.	Svolgimento delle misurazioni e rilevamento dei dati con gli strumenti	16
4.1	Rilevamento corretto	16
4.2	Rilevamento dei dati	16
4.3	Monitoraggio dei dati	16
4.4	Procedura in caso di cambiamento dello strumento	18
5.	Formato e struttura dei dati	19
5.1	Panoramica dei dati da rilevare	19
5.2	Formato dei file	20
5.2.1	File di dati SpiGes	20
5.2.2	Dati di misurazione specifici per la riabilitazione e dati supplementari	20

5.3	Variabile di collegamento (identificazione del caso).....	20
5.4	Formato dei dati.....	21
5.4.1	Formato dei dati SpiGes	21
5.4.2	Formato dei dati di misurazione specifici per la riabilitazione e dei dati supplementari.....	21
6.	Definizione file di dati	22
6.1	File di dati SpiGes.....	22
6.2	Dati supplementari (file ZU).....	22
6.3	Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica (file FF)	23
6.4	Dati misurazione riabilitazione cardiologica (file KA).....	24
6.5	Dati misurazione riabilitazione paraplegiologica (file PP)	24
6.6	Dati misurazione riabilitazione psicosomatica (file PS).....	25
6.7	Dati misurazione riabilitazione pneumologica (file PU).....	26
7.	Applicazione web <i>RehaCompass</i>	27
7.1	Verifica e trasmissione dei dati	27
7.2	Accesso per gli amministratori.....	30
7.3	Frequenza - scadenze	30
	Annesso A	31
	Annesso B.....	42
	Bibliografia	43
	Indice delle figure.....	44
	Indice delle Tabelle.....	44
	Impressum.....	45

1. INTRODUZIONE

Il presente manuale contiene tutte le direttive per il corretto svolgimento delle misurazioni della qualità secondo il piano nazionale nella riabilitazione. Lo svolgimento di questi rilevamenti è obbligatorio per tutte le cliniche di riabilitazione che aderiscono alla convenzione nazionale sulla qualità ANQ 2011. Il piano nazionale di misurazione e il finanziamento sono stati elaborati dall'ANQ e approvati dai suoi partner (H+, assicuratori e Cantoni).

Il manuale è il frutto della stretta collaborazione tra l'ANQ, il Comitato per la qualità Riabilitazione, nonché i partner di cooperazione Charité – Universitätsmedizin Berlin e w hoch 2 GmbH.

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

Il presente manuale considera la [convenzione nazionale sulla qualità](#), il [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#), il [concetto di analisi e il concetto di pubblicazione](#) delle misurazioni specifiche nella riabilitazione. Questa versione verrà adattata all'occorrenza sulla scorta dei dati rilevati negli anni successivi, dei relativi risultati dell'analisi, dei riscontri dei diversi gruppi di attori e di eventuali perfezionamenti delle misurazioni.

1.1 CONTENUTO E GRUPPI MIRATI DEL MANUALE

Il manuale e i corrispettivi documenti importanti per il rilevamento sono volti a garantire una qualità dei dati elevata. Ciò presuppone che le cliniche partecipanti al piano nazionale di misurazione nella riabilitazione rilevino e trasmettano i dati in modo completo, corretto e uniformemente codificato. Al contempo, le direttive garantiscono che il personale curante, nonché altre collaboratrici e altri collaboratori delle cliniche di riabilitazione utilizzino gli strumenti in modo standardizzato, e rispettino le scadenze temporali di sondaggi, test e misurazioni.

Il manuale è composto di due parti principali che si rivolgono a due gruppi mirati diversi (vedi Tabella 1).

PARTI PRINCIPALI DEL MANUALE	CAPITOLO/DESCRIZIONE	GRUPPI MIRATI
PARTE 1	Capitolo 2 – piano nazionale di misurazione nella riabilitazione Capitolo 3 – regole procedurali generali per le misurazioni Capitolo 4 – svolgimento delle misurazioni e rilevamento dei dati con gli strumenti Annesso A – documentazione degli strumenti di misurazione	Persona responsabile della qualità e altro personale della clinica
PARTE 2	Capitolo 5 – formato e struttura dei dati Capitolo 6 – definizione dei dati dei file di dati Capitolo 7 – applicazione RehaCompass Annesso B – formati dei dati	Responsabili interni dei progetti e responsabili IT

Tabella 1: parti principali e gruppi mirati del manuale

1.2 COMPITI DELLE CLINICHE

L'integrazione delle misurazioni ANQ e dei loro risultati nei processi di cura, di gestione della qualità e di conduzione è compito delle cliniche. L'implementazione duratura di processi di miglioramento presuppone la comprensione del concetto di qualità a tutti i livelli gerarchici, la disponibilità sistematica ad attuare le relative misure e la messa a disposizione delle risorse necessarie.

L'ANQ raccomanda di nominare **persone responsabili della qualità** che garantiscano il coordinamento interno ed esterno delle misurazioni (con la stessa ANQ, i partner di cooperazione dell'ANQ, i fornitori di servizi informatici). Oltre al presente manuale, queste persone possono avvalersi di [offerte di formazione](#) su singoli strumenti di misurazione, nonché consultare le [FAQ](#) in materia.

La persona responsabile della qualità assume il **coordinamento generale delle misurazioni della qualità in seno alla clinica** e, in collaborazione con il personale curante, i responsabili di progetto interni, i responsabili IT e altre collaboratrici o altri collaboratori coinvolti, assicura l'implementazione conforme alle regole, la gestione e lo svolgimento corretti delle misurazioni della qualità. Coordina inoltre il coinvolgimento sistematico dei pazienti, si accerta che vi siano i necessari presupposti a livello organizzativo e specialistico, e garantisce l'utilizzo dei risultati nei processi di cura, di gestione della qualità e di conduzione.

Per le misurazioni specifiche nella riabilitazione, sono previsti in particolare i compiti seguenti:

- garanzia dei presupposti organizzativi e tecnici (processi di cura, sistemi informatici delle cliniche, software speciali) per un rilevamento dei dati conforme alle regole ai sensi delle direttive dell'ANQ;
- pianificazione, svolgimento e salvaguardia di formazioni interne nel quadro di un approccio «Train the Trainers» per l'utilizzo standardizzato degli strumenti, in particolare nell'ottica della convalida e dell'*inter-rater reliability*;
- garanzia di una comunicazione interna ed esterna coerente, in particolare in merito all'utilizzo e all'integrazione dei risultati in processi interni di gestione e di salvaguardia della qualità, nonché per la redazione di rapporti verso l'esterno;
- garanzia della trasmissione completa e tempestiva dei dati in formato elettronico tramite l'applicazione *RehaCompass* ai sensi delle direttive dell'ANQ;
- accertamenti, in particolare per l'acquisizione della licenza per gli strumenti previsti dal piano di misurazione nella riabilitazione.

PARTE 1

2. PIANO DI MISURAZIONE NAZIONALE PER LA RIABILITAZIONE

Il piano di misurazione dell'ANQ per la riabilitazione stazionaria (vedi Figura 1) contiene le misurazioni specifiche della qualità dei risultati secondo il settore di riabilitazione (presente manuale) e il sondaggio interdisciplinare tra i pazienti (manuale separato).

La qualità dei risultati specifici nella riabilitazione viene rilevata conformemente alla versione 3.0 del documento «DefReha©» (H+, 2020) in nove settori di riabilitazione mediante strumenti standardizzati che misurano la capacità funzionale, la qualità di vita e la prestazione fisica. D'intesa con i paziente, vengono inoltre definiti obiettivi di partecipazione. Si tratta di rilevamenti completi che comprendono anche dati utili a descrivere il campione e all'aggiustamento secondo il rischio (SpiGes, Cumulative Illness Rating Scale). Maggiori informazioni sulle misurazioni si trovano sul [sito dell'ANQ](#).

Misure specifiche della riabilitazione –
Trasmissione dei dati secondo il settore di riabilitazione

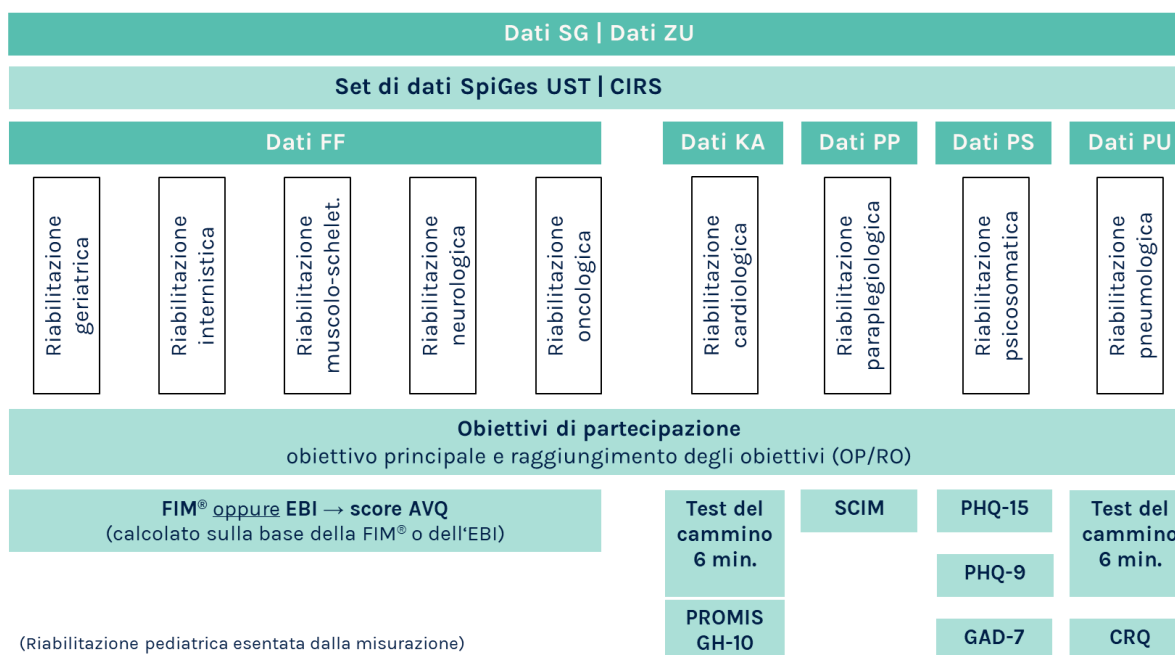


Figura 1: piano di misurazione dell'ANQ per la riabilitazione 2027

3. REGOLE PROCEDURALI GENERALI PER LE MISURAZIONI

3.1 OBBLIGO DI MISURAZIONE

Le misurazioni del piano dell'ANQ concernono tutti gli istituti di riabilitazione, indipendentemente dal tipo di offerta stazionaria. Di solito, questi casi vengono gestiti tramite la struttura tariffaria ST-Reha della SwissDRG AG. Dall'1.1.2024, per la paraplegiologia e la riabilitazione precoce è prevista un'eccezione approvata dal Comitato dell'ANQ in quanto queste discipline figurano ancora nel piano di misurazione dell'ANQ nonostante il conteggio avvenga secondo la struttura tariffaria SwissDRG. Il numero di casi e la presenza di altri mandati di prestazioni non influiscono sull'obbligo di misurazione. Le cliniche registrano ogni paziente ammesso per una degenza stazionaria, a prescindere dalla data di dimissione e da altre caratteristiche come l'età, la diagnosi, la situazione assicurativa, l'origine o il paese di residenza **(rilevamento completo)**.

La definizione del settore di riabilitazione per il caso di cura, determinante per il rilevamento degli strumenti di misurazione corretti, avviene nella clinica di riabilitazione. 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.

3.2 ECCEZIONE DALLA MISURAZIONE - 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 della convenzione sulla qualità 2011 (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 misurazioni non possono essere svolte. Il Segretariato generale dell'ANQ esamina la richiesta e decide in base ai criteri definiti.

3.3 DEFINIZIONE DEL CASO

Le cliniche di riabilitazione e gli ospedali acuti con reparti di riabilitazione registrano tutti i pazienti curati in regime stazionario e dimessi nel periodo di misurazione. Un caso di cura è una singola degenza stazionaria che incomincia con l'ammissione e finisce con la dimissione. Vanno rilevati tutti i casi con dimissione nel periodo in esame (1.1-31.12) ai sensi delle direttive ANQ in vigore.

Dal 2026, valgono i regolamenti e le definizioni del caso, delle sedi/dei trasferimenti e delle composizioni di casi ai sensi dell'UST (concetto dettagliato SpiGes) e della SwissDRG

AG (regole e definizioni sul conteggio dei casi sotto SwissDRG, TARPSY ed ST-Reha). La definizione del caso stazionario fa riferimento all'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), ripresa anche dall'UST e dalla SwissDRG AG. Sono inoltre considerati trattamenti stazionari i ricoveri per esami, trattamenti e cure infermieristiche in un ospedale/una clinica:

- di almeno 24 ore;
- di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte;
- in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale;
- in una casa per partorienti in caso di trasferimento in ospedale;
- in caso di decesso.

Ai sensi della SwissDRG AG, una clinica con più sedi è considerata un unico istituto. I trasferimenti tra varie sedi della medesima clinica non sono dunque considerati tali. Per le misurazioni specifiche, ciò significa che, in caso di trasferimento da una sede all'altra dello stesso gruppo di cliniche, non viene aperto un nuovo caso. Il caso del paziente viene trasmesso con la sede della dimissione. Lo stesso vale in caso di trasferimento da un reparto all'altro all'interno dello stesso istituto (nella stessa sede).

Fondamentalmente, ogni riammissione è considerata un nuovo caso, nella misura in cui non sia applicabile una composizione dei casi, il che avviene in presenza di una riammissione o di un nuovo ricovero nella stessa clinica con lo stesso RCG di base entro diciotto giorni dalla dimissione. Ciò vale anche per le riammissioni o i ricoveri ripetuti (sempre a partire dal primo trasferimento). In questi casi, non è necessario procedere a nuove misurazioni all'ammissione e alla dimissione. Nell'analisi di un caso composto confluiscono i dati della misurazione all'ammissione del primo caso e i dati della misurazione alla dimissione dell'ultimo caso. Eccezione: per i casi a cavallo di due anni, la composizione dei casi non viene applicata.

Indicazioni per la paraplegiologia e la riabilitazione precoce

- Per la paraplegiologia, i casi non vengono separati tra fase acuta e fase di riabilitazione. C'è dunque un solo caso di cura con misurazione all'ammissione e alla dimissione.
- Per la riabilitazione precoce, il piano di misurazione dell'ANQ vale solo per le cliniche di riabilitazione specializzate e i casi vanno rilevati con una misurazione all'ammissione e alla dimissione. Non appena i pazienti passano alla fase riabilitativa (sotto la struttura tariffaria ST-Reha), occorre aprire un nuovo caso ed effettuare una misurazione all'ammissione e alla dimissione secondo lo schema consueto.

3.4 DIRETTIVE SULLA SCELTA DEGLI STRUMENTI PER LA MISURAZIONE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE E DELLA DIMISSIONE

Nei capitoli seguenti, vengono presentati gli strumenti da utilizzare secondo il settore di riabilitazione. L'Annesso A riporta i singoli strumenti e le direttive dell'ANQ per lo svolgimento pratico.

3.4.1 Direttive per pazienti nelle riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e 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. I passaggi dall'EBI alla FIM® o viceversa sono possibili solo all'inizio dell'anno di misurazione (con decorrenza 1.1.20XX). Nel corso dell'anno, le cliniche non possono dunque passare da uno strumento all'altro. Eventuali cambiamenti programmati devono essere comunicati per tempo all'ANQ.

3.4.2 Direttive per pazienti nella 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 (6 minuti)**
- **PROMIS GH-10**

3.4.3 Direttive per pazienti nella 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)**

3.4.4 Direttive per pazienti nella 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)

3.4.5 Direttive per pazienti nella 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)

3.4.6 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 il **set di dati SpiGes** ridotto secondo le direttive dell'UST (vedi punti 6.1 e 6.2).

3.5 MOMENTI DEL RILEVAMENTO E PERIODI DI OSSERVAZIONE

La clinica è responsabile dello svolgimento tempestivo e corretto delle misurazioni, della documentazione dell'obiettivo e della successiva immissione dei dati.

La misurazione al momento dell'ammissione va effettuata entro tre giorni lavorativi 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). A eccezione della domenica, tutti gli altri sono considerati giorni lavorativi, quindi anche il sabato.

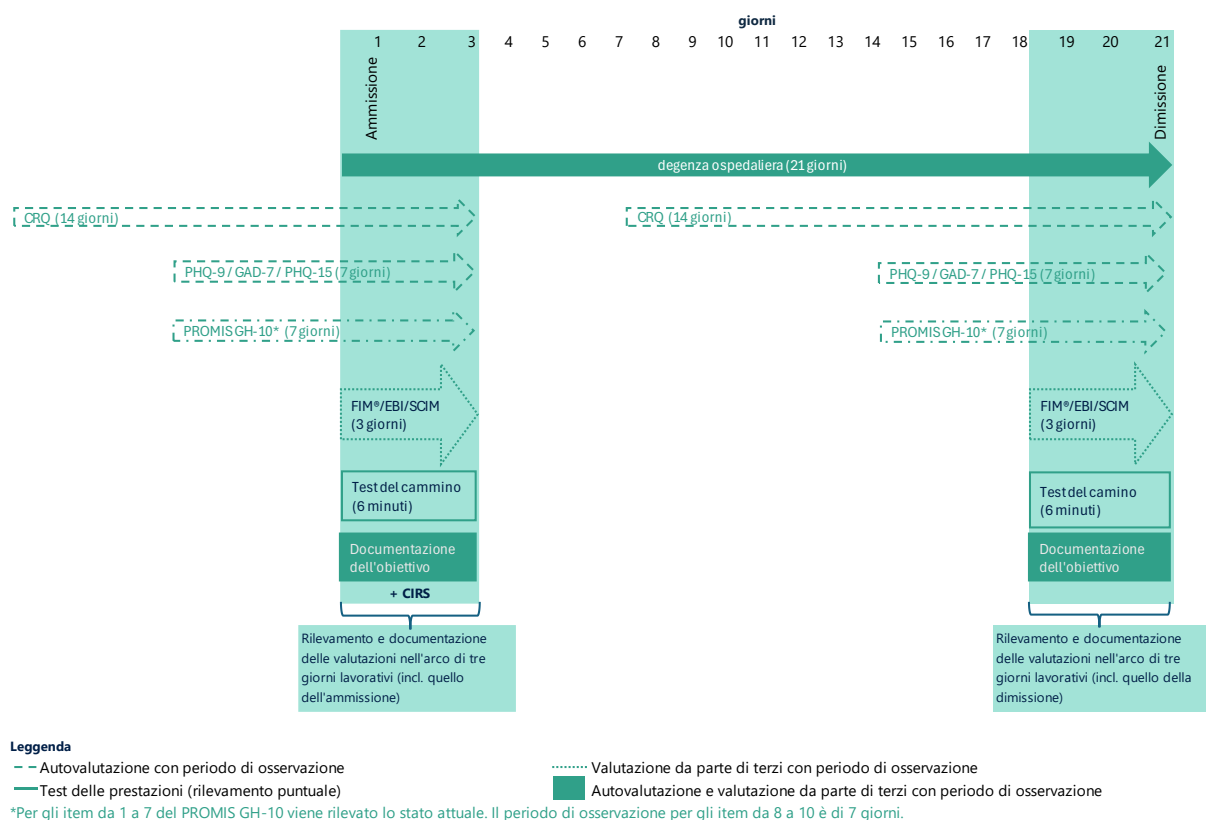


Figura 2: momenti del rilevamento e periodi di osservazione

I risultati delle misurazioni scaturiscono da **periodi di osservazione differenti** (vedi Figura 2). Le indicazioni dei pazienti (autovalutazione) nel PHQ-15, nel PHQ-9 e nella GAD-7 (periodo di osservazione di sette giorni) sono state adeguate per le misurazioni dell'ANQ. Per gli item 1-7 del PROMIS GH-10, viene rilevato lo stato attuale, per gli item 8-10 è invece previsto un periodo di osservazione di sette giorni. 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).

3.6 DROP-OUT: INTERRUZIONE DELLA RIABILITAZIONE

Le misurazioni ai sensi del piano per la riabilitazione devono essere svolte fondamentalmente per tutti i pazienti al momento dell'ammissione e della dimissione. Se a causa di un'interruzione della riabilitazione non è possibile concludere le misurazioni, il caso viene definito come **drop-out** ed escluso dall'analisi.

Dal 2026, non è più necessario documentare un *drop-out* né la data del *drop-out* (giorno dell'interruzione delle cure, risp. della dimissione dalla riabilitazione). Essi vengono ora individuati dalla w hoch 2 sulla base dei dati (file SpiGes completo) e segnalati come tali.

Fondamentalmente, occorre documentare in modo completo e inviare anche i casi per i quali sussistono dubbi (incl. le misurazioni alla dimissione). Nelle circostanze in cui i requisiti di un *drop-out* sono palesemente soddisfatti, il personale della clinica può invece rinunciare alle misurazioni al momento della dimissione (p.es. raggiungimento degli obiettivi).

3.7 RINUNCIA AL TEST, RISPETTIVAMENTE NON SVOLGIBILITÀ DI SINGOLE MISURAZIONI

Se per un motivo specifico una misurazione non può essere effettuata, vi viene rinunciato per questioni mediche o il paziente rifiuta di partecipare, occorre documentare la **rinuncia al test** (vedi Tabella 2). 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 una rinuncia al test (mancato svolgimento della misurazione) sono specifici per i singoli rilevamenti. Possono essere fatti valere per il test delle prestazioni (test del cammino) e per i questionari per i pazienti (CRQ, GAD-7, PHQ-9, PHQ-15 e PROMIS GH-10), ma non per le misurazioni con la CIRS, l'EBI, la FIM® e la SCIM, né per la documentazione dell'obiettivo principale e del raggiungimento dell'obiettivo.

L'indicazione di un motivo di rinuncia avviene separatamente per ogni questionario per il paziente, rispettivamente per il test delle prestazioni. Occorre inoltre indicare la data del rilevamento (la data in cui le misurazioni avrebbero dovuto essere svolte). Possono essere selezionati i motivi seguenti per il mancato svolgimento della misurazione.

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)

Tabella 2: modulo per i motivi di rinuncia al rilevamento dei questionari per i pazienti e al test delle prestazioni

Nota sulla rinuncia al test/sul motivo dell'interruzione del test del cammino

Se al momento dell'ammissione il paziente non è fisicamente in grado (p.es. necessità di stare a letto, cattivo stato di salute generale) di svolgere il test del cammino, la **rinuncia** va documentata correttamente indicando la data del test, riportando uno «0» per la distanza percorsa e selezionando il motivo «3» (stato di salute troppo grave per lo svolgimento di un test, risp. di un sondaggio). Lo stesso vale per la misurazione al momento della dimissione.

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.

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. I motivi dell'interruzione del test sono riportati nei file KA e PU sul [sito dell'ANQ](#).

3.8 DOCUMENTAZIONE DI SINGOLI VALORI MANCANTI

Eventuali valori mancanti nei questionari per i pazienti, per esempio perché un paziente non ha risposto a tutte le domande di uno strumento di misurazione e non è più possibile interpellarlo di nuovo, devono essere documentati con «**NA**» nei sistemi informatici delle cliniche e al momento dell'esportazione.

Nei **questionari per il personale curante**, tutti gli item devono essere rilevati e non dovrebbero esserci valori mancanti. Ciò riguarda le indicazioni sull'obiettivo principale e il raggiungimento dell'obiettivo, la FIM®, l'EBI, la SCIM, il test del cammino (6 minuti) e la CIRS. Anche in questi rilevamenti, eventuali valori mancanti devono essere indicati con «**NA**».

4. SVOLGIMENTO DELLE MISURAZIONI E RILEVAMENTO DEI DATI VON GLI STRUMENTI

4.1 RILEVAMENTO CORRETTO

Le cliniche sono responsabili del corretto svolgimento delle misurazioni. L'ANQ mette loro a disposizione i questionari e i manuali con le istruzioni del caso. I documenti si trovano nell'[area download riabilitazione](#) (strumenti soggetti a licenza su [richiesta](#)).

Gli strumenti CRQ, FIM® e PROMIS GH-10 sono soggetti a licenza. Le cliniche che intendono utilizzarli 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 per misurazioni della qualità presenti nel piano per la riabilitazione sono coperti dall'ANQ.

4.2 RILEVAMENTO DEI DATI

Indipendentemente dal genere di rilevamento 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 tutte le misurazioni, l'ANQ raccomanda di optare per l'immissione elettronica dei dati (sistema informatico, software speciale) con un controllo immediato delle immissioni (vedi punto 4.3). 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 e in un secondo tempo al trasferimento dei dati in un sistema elettronico (errori di trascrizione).

Per i questionari soggetti a licenza, vigono condizioni particolari per il rilevamento digitale diretto (p.es. con un tablet) delle risposte dei pazienti. Le cliniche interessate sono invitate a contattare il [settore della riabilitazione dell'ANQ](#).

4.3 MONITORAGGIO DEI DATI

Per garantire un'elevata qualità dei dati, si consiglia di procedere a verifiche della plausibilità e della completezza già in clinica.

Nelle cliniche, dovrebbero essere implementati meccanismi di verifica già al momento dell'immissione per prevenire valori errati o non validi e individuare le indicazioni mancanti. Essi comprendono per esempio controlli della validità (settori di valori ammessi, limitazioni dell'immissione, campi obbligatori) e della completezza in determinati momenti (p.es. al più

tardi il quarto giorno dopo il ricovero per le misurazioni all'ammissione, immediatamente prima della dimissione per le misurazioni alla dimissione). L'obiettivo è escludere set di dati errati o incompleti già durante il rilevamento e accertarsi che tutti i casi trattati nel periodo di rilevamento siano contenuti in tutti i file (file di dati SpiGes, dati ZU, dati di misurazione).

- **Evitare valori errati o non validi:** il software utilizzato per l'immissione dei dati deve prevedere meccanismi di controllo che impediscano la registrazione di valori errati o non validi.
 - Definizione di settori di valori validi: per ogni variabile, vengono stabiliti valori ammessi e non ammessi. Se un valore immesso si trova al di fuori del settore consentito, dovrebbe apparire automaticamente un messaggio di errore.
 - Limitazione delle possibilità di immissione: dove opportuno, la selezione di valori può essere limitata a un elenco di valori validi predefiniti (p.es. nell'indice di Barthel ampliato, dove manca una numerazione continua dei valori).
- **Evitare valori mancanti:** insieme alla validità, anche la completezza dei dati è decisiva. Per fare in modo che non manchino indicazioni, vanno seguite le regole seguenti:
 - in caso di immissione incompleta di un complesso di variabili (p.es. punteggi di singoli test), dovrebbe apparire un messaggio;
 - deve essere indicata una data di svolgimento;
 - saltare degli item dovrebbe essere possibile solo con un avvertimento. Se uno strumento di autovalutazione (CRQ, GAD-7, PROMIS GH-10, PHQ-9, PHQ-15) non viene compilato o il test del cammino (6 minuti) non viene svolto, occorre documentare la data del test e il motivo della rinuncia. Per gli altri strumenti (p.es. FIM®, EBI, SCIM, CIRS), la compilazione completa è obbligatoria.
- **Evitare dati di misurazione incompleti a livello di paziente:** affinché misurazioni mancanti possano essere recuperate per tempo, la completezza dei dati a livello di paziente dovrebbe essere verificata in due momenti distinti.
 - Misurazione all'ammissione: al più tardi il quarto giorno dopo il ricovero
 - Misurazione alla dimissione: poco prima della dimissione pianificata
- **Verifica della completezza e del contenuto dei set di dati a livello di istituto:** per finire, occorre accertarsi che nei file trasmessi siano contenuti tutti i casi ospedalieri con dimissione dalla riabilitazione nel periodo di rilevamento.
 - Nei file trasmessi ci sono i dati di tutti i casi ospedalieri con dimissione dalla riabilitazione nel periodo di rilevamento?
 - Ciò concerne in primis il file di dati SpiGes, che dovrebbe comprendere tutti i pazienti dimessi, indipendentemente dal fatto che i dati per questo caso siano disponibili negli altri file (completi).
 - Per ogni caso, ci sono dati in tre file (file di dati SpiGes, file ZU, come pure file FF, KA, PP, PS o PU)?

4.4 PROCEDURA IN CASO DI CAMBIAMENTO DELLO STRUMENTO

L'obiettivo è garantire la documentazione completa del maggior numero possibile di casi. Vanno considerate le indicazioni seguenti:

- l'obbligo di misurazione vale fundamentalmente con decorrenza 1° gennaio di un anno civile. Tutte le nuove ammissioni devono quindi essere rilevate con gli strumenti nuovi;
- consigliamo tuttavia di utilizzare già gli strumenti nuovi per i casi con ammissione nel quarto trimestre dell'anno precedente e per i quali è lecito supporre che si protrarranno anche in quello successivo. Ciò vale in particolare per le entrate a partire dal 1° dicembre: secondo l'esperienza, due terzi di questi casi si protrarranno anche nell'anno successivo.

Nota: i casi che si protraggono nel nuovo anno e che sono stati rilevati con gli strumenti validi l'anno precedente non potranno essere inclusi nell'anno civile successivo. Per l'assegnazione dei dati ai vari anni, infatti, il settore della riabilitazione dell'ANQ si basa sul momento della dimissione. Una certa quantità di casi andrà quindi verosimilmente persa, ma per esperienza si tratta di un numero piuttosto contenuto.

Un cambiamento di strumento in una clinica viene coordinato d'intesa con l'ANQ. L'istituto è chiamato a informare al riguardo il settore della riabilitazione (rehabilitation@anq.ch).

PARTE 2

5. FORMATO E STRUTTURA DEI DATI

5.1 PANORAMICA DEI DATI DA RILEVARE

I dati seguenti devono essere rilevati per ogni caso di cura e inviati in modo consolidato per tutti i pazienti nel corso dell'anno di misurazione (vedi Figura 3).

Misure specifiche della riabilitazione – Dati da rilevare per ogni caso



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

Figura 3: dati da rilevare per ogni caso

Per il rilevamento dei dati, la scelta del software da utilizzare è lasciata alle cliniche. Fondamentalmente, valgono le direttive seguenti.

- **File dati SpiGes nel formato dell'UST (file dati senza identificatori):** occorre mettere a disposizione una fornitura parziale del [file di dati SpiGes](#) in formato XML inviato all'UST. Per questioni giuridiche, non è concesso trasmettere alcun file con identificatori contenente indicazioni come il numero AVS o la data di nascita.
La fornitura di dati deve avvenire al livello di **burnr (sede)**. Per via delle verifiche della plausibilità svolte in *RehaCompass*, non è possibile inviare singole tabelle separatamente. Le verifiche della plausibilità necessitano infatti sempre di un set di dati completo. Il set di dati deve pertanto contenere almeno tutte le tabelle obbligatorie (vedi Annesso B) affinché una fornitura venga convalidata e accettata.
- **Dati supplementari:** la misurazione della CIRS viene effettuata solo al momento dell'ammissione. I dati supplementari devono essere messi a disposizione in un file a sé

stante. Un caso corrisponde a una riga. I dettagli sui dati supplementari sono riportati al punto 6.2.

- **Strumenti del piano nazionale di misurazione per la riabilitazione**, una misurazione all'ammissione e alla dimissione per ogni settore e strumento: i dati delle misurazioni della qualità devono essere messi a disposizione in un file a sé stante. Un caso corrisponde al massimo a due righe (misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione, vale anche per composizioni di casi). Deve essere fornito solo un file con misurazioni per ogni caso. I dettagli sugli strumenti del piano di misurazione per i singoli settori di riabilitazione sono riportati nell'Annesso A.

5.2 FORMATO DEI FILE

5.2.1 File di dati SpiGes

Dall'anno di misurazione 2026, il file di dati SpiGes deve essere inviato come documento XML (Extensible Markup Language) nel formato dell'UST, conformemente alle attuali [direttive](#) dello stesso UST. Vanno considerate le differenze tra la fornitura di dati SpiGes dell'ANQ e quella dell'UST (vedi punto 5.1). L'Annesso B contiene le tabelle del file di dati SpiGes da preparare per la fornitura dell'ANQ.

5.2.2 Dati di misurazione specifici per la riabilitazione e dati supplementari

Gli altri file (dati di misurazione specifici per la riabilitazione e dati supplementari) possono essere caricati sulla piattaforma *RehaCompass* della w hoch 2 GmbH nei formati CSV, XLSX, TXT, DAT o RDS.

5.3 VARIABILE DI COLLEGAMENTO (IDENTIFICAZIONE DEL CASO)

Le cliniche garantiscono un collegamento tra i dati medico-amministrativi (set di dati SpiGes nel formato dell'UST), i dati supplementari e i dati di misurazione specifici per la riabilitazione mediante un'**identificazione inequivocabile del caso**. A tale scopo, viene utilizzata la **variabile ID del caso** (fall_id, elemento XML caso) secondo la specifica SpiGes.

La variabile **fall_id** deve apparire in tutte le righe appartenenti a un caso nei file seguenti.

- | | |
|---|--------------------|
| • <u>File di dati SpiGes nel formato dell'UST:</u> | file SG |
| • <u>Dati supplementari</u> | |
| Al momento dell'ammissione: | file ZU, casella 2 |
| • <u>Dati misurazione settori di riabilitazione</u> | |
| All'ammissione e alla dimissione | |
| – Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, | |

neurologica, oncologica:	file FF, casella 2
- Riabilitazione cardiologica:	file KA, casella 2
- Riabilitazione paraplegiologica:	file PP, casella 2
- Riabilitazione psicosomatica:	file PS, casella 2
- Riabilitazione pneumologica:	file PU, casella 2

Tutti i set di dati dei pazienti devono essere contrassegnati dall'ID del caso (fall_id), altrimenti non è possibile unire i dati di uno stesso paziente né considerarli nell'analisi.

Senza variabile di collegamento (fall_id), i dati rilevati non possono essere considerati nell'analisi.

5.4 FORMATO DEI DATI

5.4.1 Formato dei dati SpiGes

Valgono le disposizioni dell'UST ai sensi della [definizione SpiGes](#).

5.4.2 Formato dei dati di misurazione specifici per la riabilitazione e dei dati supplementari

Per tutte le **variabili numeriche (N)**, sono ammessi esclusivamente valori interi e positivi, incluso lo zero.

Per le **date (D)**, si utilizza il formato AAAAMMGG.

Il **tempo (T)** viene indicato nel formato mm:ss. Esso riguarda la durata della prestazione nel test del cammino (6 minuti).

Le **variabili alfanumeriche (AN)** non devono contenere i segni di separazione previsti per i file CSV ("|", ";"), né interruzioni di riga e segni di paragrafo. Essi vanno eventualmente sostituiti con spazi vuoti o virgole.

6. DEFINIZIONE FILE DI DATI

Di seguito, viene fornita una breve descrizione del contenuto e della struttura per ognuno dei sette file. I dettagli sono riportati nelle specifiche nell'Annesso B.

6.1 FILE DI DATI SPIGES

Il file di dati SpiGes da allestire e spedire all'UST può essere fornito anche all'ANQ.

Importante

- Dal punto di vista della protezione dei dati, l'invio del set di dati UST invariato avviene sotto la responsabilità delle cliniche. In alternativa, il file può essere ridotto alle tabelle principali necessarie per le analisi dell'ANQ. Un elenco delle tabelle da fornire obbligatoriamente all'ANQ si trova nell'Annesso B al presente documento. Il set di dati destinato all'ANQ è quindi una versione ridotta del file UST. Dopo il caricamento, in *RehaCompass* vengono salvate esclusivamente le variabili necessarie per lo svolgimento e l'analisi della misurazione.
- Non va invece fornito il file SpiGes con gli identificatori, perché contiene informazioni che consentirebbero di risalire all'identità delle persone in questione.
- L'invio del file di dati SpiGes ridotto avviene obbligatoriamente al livello di **burnr (sede)**. Il file deve essere completo. La fornitura di singole tabelle o di porzioni di dati non è possibile perché le verifiche della plausibilità implementate in *RehaCompass* necessitano sempre del set di dati completo.
- Per una fornitura efficace, è assolutamente necessario rispettare tutte le direttive e le definizioni del formato UST. La sequenza degli elementi/delle tabelle nel file deve corrispondere a quella della definizione SpiGes. Sequenze diverse non possono essere elaborate.

I dettagli tecnici sull'interfaccia XML si trovano sulla [pagina dell'UST dedicata al progetto SpiGes](#). Una descrizione dettagliata delle singole variabili è invece riportata nell'apposito elenco SpiGes.

6.2 DATI SUPPLEMENTARI (FILE ZU)

Ciascun **file ZU** contiene per ogni caso di cura **18 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 3. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file ZU**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file ZU
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui ZU
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)
Casella 3	Numero RIS della clinica
Caselle 4-18	Indicazioni sulla comorbidità (CIRS)

Tabella 3: contenuto del file ZU

6.3 RIABILITAZIONI GERIATRICA, INTERNISTICA, MUSCOLO-SCHELETRICA, NEUROLOGICA E ONCOLOGICA (FILE FF)

Per ogni caso concernente i settori di riabilitazione geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica od oncologica, si forniscono due righe FF (misurazione all'ammissione e misurazione alla dimissione) nel file FF.

Ciascun **file FF** contiene per ogni caso di cura **57 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 4. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file FF**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file FF	Osservazioni
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui FF	
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)	
Casella 3	Numero RIS della clinica	
Casella 4	Settore di riabilitazione secondo DefReha®	
Casella 5	Momento della misurazione (ammissione/dimissione)	
Caselle 6 - 17	Item obiettivi principali e raggiungimento degli obiettivi	
Caselle 18 - 40	Item della FIM®	FIM® o EBI <i>Scegliere la stessa procedura per tutti i pazienti di una clinica.</i>

Caselle 41 - 57	Item dell'EBI*	Le caselle della procedura che non viene scelta restano vuote
		*Un passaggio dalla FIM® all'EBI o viceversa nel corso dell'anno non è previsto.

Tabella 4: contenuto del file FF

6.4 DATI MISURAZIONE RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA (FILE KA)

Per ogni caso concernente il settore della riabilitazione cardiologica, si forniscono due righe KA (misurazione all'ammissione e misurazione alla dimissione) nel file KA.

Ciascun **file KA** contiene per ogni caso di cura **39 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 5. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file KA**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file KA
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui KA
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)
Casella 3	Numero RIS della clinica
Casella 4	Settore di riabilitazione secondo DefReha®
Casella 5	Momento della misurazione (ammissione/dimissione)
Caselle 6 - 17	Item obiettivi principali e raggiungimento degli obiettivi
Caselle 18 - 26	Item del test del cammino (6 minuti)
Caselle 27 - 39	Item del PROMIS GH-10

Tabella 5: contenuto del file KA

6.5 DATI MISURAZIONE RIABILITAZIONE PARAPLEGIOLOGICA (FILE PP)

Per ogni caso concernente il settore della riabilitazione paraplegiologica, si forniscono due righe PP nel file PP.

Ciascun **file PP** contiene per ogni caso di cura **37 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 6. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file PP**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file PP
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui PP
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)
Casella 3	Numero RIS della clinica
Casella 4	Settore di riabilitazione secondo DefReha®
Casella 5	Momento della misurazione (ammissione/dimissione)
Caselle 6 - 17	Item obiettivi principali e raggiungimento degli obiettivi
Caselle 18 - 37	Item della SCIM

Tabella 6: contenuto del file PP

6.6 DATI MISURAZIONE RIABILITAZIONE PSICOSOMATICA (FILE PS)

Per ogni caso concernente il settore della riabilitazione psicosomatica, si forniscono due righe PS nel file PS.

Ciascun **file PS** contiene per ogni caso di cura **57 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 7. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file PS**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file PS
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui PS
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)
Casella 3	Numero RIS della clinica
Casella 4	Settore di riabilitazione secondo DefReha®
Casella 5	Momento della misurazione (ammissione/dimissione)
Caselle 6 - 17	Item obiettivi principali e raggiungimento degli obiettivi
Caselle 18 - 35	Item del PHQ-15
Caselle 36 - 47	Item del PHQ-9
Caselle 48 - 57	Item del GAD-7

Tabella 7: contenuto del file PS

6.7 DATI MISURAZIONE RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA (FILE PU)

Per ogni caso concernente il settore della riabilitazione pneumologica, si forniscono due righe PU nel file PU.

Ciascun **file PU** contiene per ogni caso di cura **49 caselle (colonne)**, i cui contenuti sono presentati nella Tabella 8. Sul [sito dell'ANQ](#), si trova una descrizione dettagliata del contenuto del **file PU**, comprese le specifiche delle variabili.

Caselle	Contenuto del file PU
Casella 1	Genere di registrazione della riga: qui PU
Casella 2	Numero interno di identificazione del caso (fall_id)
Casella 3	Numero RIS della clinica
Casella 4	Settore di riabilitazione secondo DefReha®
Casella 5	Momento della misurazione (ammissione/dimissione)
Caselle 6 - 17	Item obiettivi principali e raggiungimento degli obiettivi
Caselle 18 - 26	Item del test del cammino (6 minuti)
Caselle 27 - 49	Item del CRQ

Tabella 8: contenuto del file PU

7. APPLICAZIONE WEB *REHACOMPASS*

I dati delle misurazioni della qualità devono essere inviati dalle cliniche entro giorni di riferimento definiti caricandoli sull'applicazione web *RehaCompass* del partner di cooperazione w hoch 2 (vedi Tabella 9).

I dati caricati su *RehaCompass* vengono salvati su server svizzeri. Le procedure tecniche concernenti il caricamento e la verifica dei dati rispettano gli attuali standard della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

7.1 VERIFICA E TRASMISSIONE DEI DATI

La fornitura dei dati deve **comprendere tutti i pazienti** la cui data di dimissione dalla riabilitazione si trova nel periodo del rilevamento. Il rilevamento sottostà al Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati.

RehaCompass sostiene gli ospedali/le cliniche in tutte le tappe del trasferimento dei dati.

1. **Verifica formale dei dati durante il caricamento dei file:** al momento di caricare singoli file in *RehaCompass*, viene verificato automaticamente se sono soddisfatti i requisiti formali in termini di struttura (numero di variabili, denominazioni delle variabili, vedi formato dei dati sul [sito dell'ANQ](#)). Se le condizioni sono rispettate, il file può essere caricato. In caso contrario, viene generato un riscontro con indicazioni su come adeguare/correggere il file prima di riprovare a caricarlo.
2. **Verifica del contenuto dopo il caricamento:** dopo il caricamento dei dati in *RehaCompass*, si procede al rilevamento della loro qualità in termini di completezza e plausibilità (vedi concetto di analisi sul [sito dell'ANQ](#)). Se dai riscontri in *RehaCompass* emerge che non per tutti i pazienti ci sono dati nei tre file, occorre verificare quanto segue.
 - I dati mancanti sono presenti nel sistema e possono ancora essere recuperati oppure non sono stati rilevati?
 - È ancora possibile ricavare determinate informazioni?

Le cliniche possono correggere/rielaborare singoli file/set di dati e ricaricarli. In questo caso, il file precedente viene sovrascritto. Le tappe 1 e 2 possono essere ripetute in *RehaCompass* fino a quando la qualità dei dati non soddisfa i requisiti.

3. **Trasmissione finale dei dati con *RehaCompass*:** in una finestra temporale tra la fine dell'anno del rilevamento e il giorno di riferimento per la trasmissione dei dati, in *RehaCompass* è possibile caricare la versione finale dei dati verificati a livello di qualità. L'analisi nazionale e specifica farà riferimento a questi dati.

L'interlocutore per tutte le domande sul tema della trasmissione e della verifica dei dati, nonché sull'applicazione web *RehaCompass* è la w hoch 2 (vedi dati di contatto nell'impressum).

È possibile avvalersi dell'applicazione anche durante l'anno per individuare tempestivamente eventuali fonti di errori e incrementare la **qualità dei dati**. *RehaCompass* verifica i dati trasmessi secondo la definizione dei dati esistente e fornisce un riscontro dettagliato alle cliniche, per esempio sugli aspetti seguenti.

Controllo riferito al caso

- Nei file vi sono righe in cui manca l'ID del caso (fall_id)?
- Nei file del piano di misurazione (righe FF, KA, PP, PS o PU), ci sono per ogni caso i dati (fall_id) sulle misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione? In altre parole, per ogni caso (fall_id) ci sono due righe FF, KA, PP, PS o PU?
- Per ogni caso (fall_id) c'è un solo file del piano di misurazione (FF, KA, PP, PS o PU)?
- Per quale fall_id mancano dati? In quali set di dati?

Ammissione

- I dati sull'obiettivo principale sono completi?
- I dati della FIM® o dell'EBI sono completi?
- I dati della CIRS sono completi?

Dimissione

- I dati sul raggiungimento degli obiettivi sono completi?
- I dati della FIM® o dell'EBI sono completi?

Controllo riferito al caso per la riabilitazione cardiologica (variabile «Settore di riabilitazione» = 3)

- Ammissione
 - I dati sull'obiettivo principale sono completi?
 - I dati del test del cammino (6 minuti) (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del PROMIS GH-10 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati della CIRS sono completi?
- Dimissione
 - I dati sul raggiungimento degli obiettivi sono completi?
 - I dati del test del cammino (6 minuti) (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del PROMIS GH-10 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?

Controllo riferito al caso per la riabilitazione paraplegiologica (variabile «Settore di riabilitazione» = 8)

- Ammissione
 - I dati sull'obiettivo principale sono completi?
 - I dati della SCIM sono completi?
 - I dati della CIRS sono completi?
- Dimissione
 - I dati sul raggiungimento degli obiettivi sono completi?
 - I dati della SCIM sono completi?

Controllo riferito al caso per la riabilitazione psicosomatica (variabile «Settore di riabilitazione» = 9)

- Ammissione
 - I dati sull'obiettivo principale sono completi?
 - I dati del PHQ-15 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del PHQ-9 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati della GAD-7 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati della CIRS sono completi?
- Dimissione
 - I dati sul raggiungimento degli obiettivi sono completi?
 - I dati del PHQ-15 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del PHQ-9 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati della GAD-7 (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?

Controllo riferito al caso per la riabilitazione pneumologica (variabile «Settore di riabilitazione» = 10)

- Ammissione
 - I dati sull'obiettivo principale sono completi?
 - I dati del test del cammino (6 minuti) (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del CRQ (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati della CIRS sono completi?
- Dimissione
 - I dati sul raggiungimento degli obiettivi sono completi?
 - I dati del test del cammino (6 minuti) (risultati del test o indicazioni sulla rinuncia) sono completi?
 - I dati del CRQ (risultati del test o motivi dell'interruzione) sono completi?

7.2 ACCESSO PER GLI AMMINISTRATORI

L'accesso all'applicazione web *RehaCompass* viene messo a disposizione di una persona responsabile (amministratrice/tore) per ogni ospedale/clinica o gruppo di ospedali/cliniche. Se gli istituti necessitano di altri accessi (p.es. lavoro condiviso, supplenze, IT), possono essere rilasciate ulteriori autorizzazioni (temporanee). Le amministratrici e gli amministratori possono caricare singoli file in *RehaCompass*, verificare la qualità dei dati e trasmettere i set di dati alla fine del periodo di rilevamento. Prima della scadenza del periodo di rilevamento, ricevono un promemoria per e-mail.

Le amministratrici e gli amministratori dell'istituto possono inoltre assegnare autonomamente accessi di sola lettura ad altre persone (utenti). Questi utenti, che non possono caricare, sovrascrivere né trasmettere file, ricevono un invito per e-mail per creare il loro conto e devono in seguito scegliere una password per accedere a *RehaCompass*.

7.3 FREQUENZA - SCADENZE

Per le forniture dei dati sono previste **scadenze fisse** (vedi Tabella 9), che devono essere rispettate in ogni caso (eventualmente anche se i dati sono incompleti).

Giorno di riferimento fornitura dei dati	Periodo del rilevamento dei dati (dati di tutti i pazienti con data di dimissione in questo periodo)
28.2.2027	1.1.2026 - 31.12.2026
28.2.2028	1.1.2027 - 31.12.2027

Tabella 9: giorni di riferimento previsti per la fornitura dei dati

ANNESSO A

DOCUMENTAZIONE DEGLI STRUMENTI DI MISURAZIONE

OBIETTIVI DI PARTECIPAZIONE, OBIETTIVO PRINCIPALE E RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Obiettivi di partecipazione
Impiego	Tutti i settori di riabilitazione
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Valutazione da parte di terzi con coinvolgimento del paziente, di solito team di cura interprofessionale/interdisciplinare
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione (obiettivo principale) e dimissione (raggiungimento degli obiettivi), 5-10 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	No
Item e scala	10 categorie, nessuna scala numerica
Settore di valori	Definizione e raggiungimento degli obiettivi per categorie
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ)

Tabella 10: profilo obiettivo principale/raggiungimento degli obiettivi

Contesto

Sulla base dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), la documentazione dell'obiettivo fornisce contenuti fondamentali del mandato di prestazioni riabilitative, e favorisce un linguaggio uniforme e l'orientamento agli obiettivi in seno al team interprofessionale. Sviluppata nelle riabilitazioni neurologica e muscolo-scheletrica nel quadro di progetti pilota dell'ANQ (2007-2009), dal 2011 è stata introdotta come direttiva di misurazione.

Direttive dell'ANQ da applicare

Le cliniche di riabilitazione organizzano i processi per la definizione degli obiettivi e la valutazione del loro raggiungimento conformemente alle direttive dell'ANQ, nonché utilizzando le categorie predefinite e uno schema di definizione e valutazione strutturato. Gli obiettivi di partecipazione vengono stabiliti all'inizio insieme al paziente, all'occorrenza adeguati, e definiti in considerazione delle risorse, del potenziale di riabilitazione, dei fattori contestuali e delle condizioni quadro organizzative. Il coinvolgimento del paziente è vincolante. Il processo viene documentato.

Il raggiungimento degli obiettivi è valutato alla dimissione. Viene descritto il grado di raggiungimento tenendo conto della capacità funzionale e di condizioni quadro rilevanti. La valutazione è strutturata e coinvolge il paziente.

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM®)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Capacità funzionale in attività della vita quotidiana
Impiego	Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Valutazione da parte di terzi (basata sull'osservazione), di solito personale infermieristico appositamente formato
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 15-30 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	Sì, registrazione presso l'ANQ necessaria (vedi punto 4.1)
Item e scala	18 item (13 sulle capacità motorie, 5 sulle capacità cognitive), scala ordinale a 7 livelli (1-7), minimo 18 e massimo 126 punti (valore più alto = capacità funzionale migliore)
Altra documentazione	Oltre al modulo e al manuale ufficiale (versione 5.2, previa registrazione), le cliniche possono consultare le raccomandazioni del gruppo di esperti FIM® (sito dell'ANQ).

Tabella 11: profilo FIM®

Contesto

La FIM®, sviluppata nel 1983 negli Stati Uniti, rileva l'indipendenza funzionale, rispettivamente il fabbisogno di cure. Insieme all'indice di Barthel, è uno degli strumenti più utilizzati al mondo per misurare la capacità funzionale in settori fondamentali della vita quotidiana, come la continenza, i trasferimenti, la locomozione, la comunicazione e la cognizione.

I diritti d'autore sono della Netsmart, rispettivamente dello *Uniform Data System for Medical Rehabilitation* (UDSMR). L'ANQ possiede i diritti di utilizzo per la misurazione della qualità nella riabilitazione. L'impiego è ristretto alle cliniche registrate titolari della relativa licenza.

Direttive dell'ANQ da applicare

Il rilevamento si basa su osservazioni delle attività della vita quotidiana nel contesto clinico e, all'occorrenza, su informazioni complementari tratte dalla documentazione o chieste ai familiari. Tutti gli item devono essere valutati in modo completo, anche se le attività non possono

essere svolte. Fa stato la prestazione effettivamente osservata. Nel dubbio, occorre considerare la valutazione più severa (valore più basso).

INDICE DI BARTHEL AMPLIATO (EBI)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Capacità funzionale in attività della vita quotidiana
Impiego	Riabilitazioni geriatrica, internistica, muscolo-scheletrica, neurologica e oncologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Valutazione da parte di terzi (basata sull'osservazione), di solito personale infermieristico appositamente formato
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 15 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	No
Item e scala	16 item (10 sulle capacità motorie, 6 sulle capacità cognitive), scala ordinale a 5 livelli (0-4), minimo 0 e massimo 64 punti (valore più alto = capacità funzionale migliore)
Altra documentazione	Oltre al modulo, le cliniche possono consultare le raccomandazioni del gruppo di esperti EBI (sito dell'ANQ).

Tabella 12: profilo EBI

Contesto

L'EBI rileva in modo differenziato la portata della dipendenza dall'aiuto di terzi per lo svolgimento di attività della vita quotidiana. È stato sviluppato quale evoluzione dell'indice di Barthel e quale alternativa non soggetta a licenza della FIM®, con la quale ha molte similitudini. Il fabbisogno di formazione e di tempo è però inferiore.

Direttive dell'ANQ da applicare

Il rilevamento si basa su osservazioni delle attività della vita quotidiana nel contesto clinico e, all'occorrenza, su informazioni complementari tratte dalla documentazione o chieste ai familiari. Tutti gli item devono essere valutati in modo completo, anche se le attività non possono essere svolte. Fa stato la prestazione effettivamente osservata. Nel dubbio, occorre considerare la valutazione più severa (valore più basso).

TEST DEL CAMMINO (6 MINUTI)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Prestazione fisica
Impiego	Riabilitazioni cardiologica e pneumologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Misurazione delle prestazioni, di solito personale fisioterapeutico appositamente formato
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 15-20 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	No
Item e scala	Distanza percorsa in metri
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ)

Tabella 13: profilo test del cammino (6 minuti)

Contesto

Il test del cammino (6 minuti) è stato sviluppato per rilevare in modo obiettivo la prestazione fisica, visto che le indicazioni sulla resistenza tratte dall'anamnesi sono sovente inaffidabili. Basato su precedenti test di locomozione e resistenza, è stato perfezionato per pazienti limitatamente sollecitabili. È affermato a livello internazionale e serve alla valutazione quotidiana della mobilità (Büsching et al., 2009; Cooper, 1968).

Direttive dell'ANQ da applicare

Conformemente agli standard ANQ e [ATS/ERS](#), il test viene svolto su un percorso di trenta metri segnalato ogni tre metri con indicazione dei punti di svolta (p.es. cono stradale o materiali utilizzati per un percorso in palestra). Le condizioni sono una resistenza medica e una mobilità sufficienti. Se il paziente è costretto a letto o la sua mobilità è limitata alla camera, il test non viene effettuato o vengono documentati 0 metri (vedi punto 3.7).

Il paziente percorre (senza correre) quanti più metri possibile in sei minuti. Le pause sono consentite, ma il tempo non viene fermato. Sono ammessi soltanto riscontri standardizzati. In presenza di rischi per la sicurezza oppure di sintomi come dolori al torace, forte affanno, sfinimento o dolori all'apparato motorio, il test viene interrotto.

Se il giorno in questione le condizioni del paziente sono eccezionalmente precarie, la misurazione può essere ripetuta. Viene documentato il risultato migliore. Il test viene effettuato utilizzando i consueti ausili alla deambulazione e somministrando la consueta farmacoterapia (incl. ossigenoterapia). Se la misurazione al momento dell'ammissione non è possibile, qualora la mobilità lo consentisse quella al momento della dimissione viene svolta lo stesso.

PROMIS GLOBAL HEALTH – 10 (PROMIS GH-10)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Qualità di vita
Impiego	Riabilitazione cardiologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Autovalutazione, di solito coordinamento da parte del personale infermieristico
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 10 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE, FR e ENG
Obbligo di licenza	Sì, registrazione presso l'ANQ necessaria (vedi punto 4.1)
Item e scala	10 item (4 per il Physical Health Score e 4 per il Mental Health Score), scala Likert a 5 livelli (1-5) (item 1-9) e scala di valutazione 0-10 (item 10), a seconda del sottoscore minimo 4 e massimo 20 punti (valore più alto = qualità di vita più alta)
Altra documentazione	Modulo (dopo la registrazione), altre informazioni sul sito PROMIS

Tabella 14: profilo PROMIS GH-10

Contesto

Il PROMIS GH-10 è un questionario generico diffuso a livello internazionale per il rilevamento della qualità di vita dal punto di vista della salute attraverso diversi quadri clinici (Pak et al., 2021). Si basa sul sistema di misurazione PROMIS® (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System). L'ANQ lo utilizza dall'1.1.2026 nella riabilitazione cardiologica in sostituzione del MacNew Heart.

Direttive dell'ANQ da applicare

All'ammissione, i questionari destinati ai pazienti vengono consegnati di regola in occasione del primo colloquio, quelli finali durante il colloquio di dimissione (vedi punto 3.5). In caso di mancata restituzione del questionario, il paziente va interpellato attivamente. La compilazione deve avvenire all'interno della clinica.

Tutti i pazienti devono essere invitati a partecipare indipendentemente dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche. È esplicitamente auspicata una compilazione autonoma. Il personale curante può fornire sostegno, nella misura in cui non influenzi il contenuto delle risposte. Un'eventuale **rinuncia al test** (p.es. rifiuto, barriere linguistiche o motivi medici) deve essere documentata, ma non esonera dallo svolgimento delle altre misurazioni all'ammissione e alla dimissione (vedi punto 3.7).

CHRONIC RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (CRQ)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Qualità di vita
Impiego	Riabilitazione pneumologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Autovalutazione, di solito coordinamento da parte del personale infermieristico
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 30 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE, FR e ENG
Obbligo di licenza	Sì, registrazione presso l'ANQ necessaria (vedi punto 4.1)
Item e scala	20 item, scala Likert a 7 livelli (1-7), minimo 20 e massimo 140 punti (valore più alto = qualità di vita più alta)
Altra documentazione	Modulo (dopo la registrazione)

Tabella 15: profilo CRQ

Contesto

Il CRQ, sviluppato nel 1987 da Guyatt et al., rileva la qualità di vita dal punto di vista della salute di pazienti con broncopneumopatie croniche. Esso viene utilizzato sia per i rilevamenti, sia per la valutazione di risultati della riabilitazione. Miglioramenti emersi con il CRQ segnalano un incremento della qualità di vita quotidiana, indipendentemente da eventuali cambiamenti della funzione polmonare (Büsching et al., 2009). Per le misurazioni dell'ANQ, ci si avvale del CRQ-SAS (questionario per i pazienti con domande standardizzate sulla dispnea) messo a disposizione dall'emittente della licenza, la [McMaster University](#) (Canada).

Direttive dell'ANQ da applicare

All'ammissione, i questionari destinati ai pazienti vengono consegnati di regola in occasione del primo colloquio, quelli finali durante il colloquio di dimissione (vedi punto 3.5). In caso di mancata restituzione del questionario, il paziente va interpellato attivamente. La compilazione deve avvenire all'interno della clinica.

Tutti i pazienti devono essere invitati a partecipare indipendentemente dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche. È esplicitamente auspicata una compilazione autonoma. Il personale curante può fornire sostegno, nella misura in cui non influenzi il contenuto delle risposte.

Un'eventuale **rinuncia al test** (p.es. rifiuto, barriere linguistiche o motivi medici) deve essere documentata, ma non esonera dallo svolgimento delle altre misurazioni all'ammissione e alla dimissione (vedi punto 3.7).

SPINAL CORD INDEPENDENCE MEASURE (SCIM)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Capacità funzionale in attività della vita quotidiana
Impiego	Riabilitazione paraplegiologica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Valutazione da parte di terzi (basata sull'osservazione), di solito personale infermieristico appositamente formato
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 30 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	No
Item e scala	19 item (autosufficienza, respirazione, continenza e mobilità), diversi punteggi (0-15 punti) secondo l'item, minimo 0 e massimo 100 punti (valore più alto = capacità funzionale migliore)
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ)

Tabella 16: profilo SCIM

Contesto

La SCIM rileva la capacità funzionale negli ambiti autosufficienza, respirazione, continenza e mobilità di pazienti paraplegici/con lesioni al midollo spinale (Itzkovich et al., 2007; Schädler et al., 2020). Lo sviluppo è incominciato nel 1994 in Israele e la prima versione (SCIM I) è stata pubblicata nel 1997. Sono seguite versioni rielaborate nel 2001 (SCIM II) e nel 2007 (SCIM III). Nel frattempo è uscita anche una versione SCIM IV, ma l'ANQ continua a utilizzare la versione III.

Direttive dell'ANQ da applicare

Il rilevamento si basa su osservazioni delle attività della vita quotidiana nel contesto clinico e, all'occorrenza, su informazioni complementari tratte dalla documentazione o chieste ai familiari. Tutti gli item devono essere valutati in modo completo, anche se le attività non possono essere svolte. Fa stato la prestazione effettivamente osservata. Nel dubbio, occorre considerare la valutazione più severa (valore più basso).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 15 (PHQ-15)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Disturbi somatici
Impiego	Riabilitazione psicosomatica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Autovalutazione, di solito coordinamento da parte del personale infermieristico
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 10 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE, FR e ENG
Obbligo di licenza	No
Item e scala	15 item, scala Likert a 3 livelli (0-2), minimo 0 e massimo 28 punti (valore più alto = sintomi maggiori)
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ), maggiori informazioni sul sito PHQ

Tabella 17: profilo PHQ-15

Contesto

Il PHQ-15, la versione breve del Patient Health Questionnaire (PHQ) sviluppato dalla Pfizer negli anni Novanta, rileva il pregiudizio provocato da disturbi somatici (Kroenke K et al., 2002).

Direttive dell'ANQ da applicare

All'ammissione, i questionari destinati ai pazienti vengono consegnati di regola in occasione del primo colloquio, quelli finali durante il colloquio di dimissione (vedi punto 3.5). In caso di mancata restituzione del questionario, il paziente va interpellato attivamente. La compilazione deve avvenire all'interno della clinica.

Tutti i pazienti devono essere invitati a partecipare indipendentemente dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche. È esplicitamente auspicata una compilazione autonoma. Il personale curante può fornire sostegno, nella misura in cui non influenzi il contenuto delle risposte. Un'eventuale **rinuncia al test** (p.es. rifiuto, barriere linguistiche o motivi medici) deve essere documentata, ma non esonera dallo svolgimento delle altre misurazioni all'ammissione e alla dimissione (vedi punto 3.7).

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE – 9 (PHQ-9)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Depressione
Impiego	Riabilitazione psicosomatica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Autovalutazione, di solito coordinamento da parte del personale infermieristico
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 10 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE, FR e ENG
Obbligo di licenza	No
Item e scala	9 item, scala Likert a 4 livelli (0-3), minimo 0 e massimo 27 punti (valore più alto = sintomi maggiori)
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ), maggiori informazioni sul sito PHQ

Tabella 18: profilo PHQ-9

Contesto

Il PHQ-9, sviluppato negli anni Novanta su mandato della Pfizer (Kroenke & Spitzer, 2002), appartiene alla famiglia del Patient Health Questionnaire (PHQ). Serve a rilevare i sintomi depressivi e a valutarne la gravità, e può essere utilizzato sia come screening, sia come strumento per il monitoraggio del decorso (Kroenke et al., 2001). Insieme al GAD-7, dal 2024 ha sostituito la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Direttive dell'ANQ da applicare

All'ammissione, i questionari destinati ai pazienti vengono consegnati di regola in occasione del primo colloquio, quelli finali durante il colloquio di dimissione (vedi punto 3.5). In caso di mancata restituzione del questionario, il paziente va interpellato attivamente. La compilazione deve avvenire all'interno della clinica.

Tutti i pazienti devono essere invitati a partecipare indipendentemente dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche. È esplicitamente auspicata una compilazione autonoma. Il personale curante può fornire sostegno, nella misura in cui non influenzi il contenuto delle risposte. Un'eventuale **rinuncia al test** (p.es. rifiuto, barriere linguistiche o motivi medici) deve essere documentata, ma non esonera dallo svolgimento delle altre misurazioni all'ammissione e alla dimissione (vedi punto 3.7).

GENERALIZED ANXIETY DISORDER – 7 (GAD-7)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Ansia
Impiego	Riabilitazione psicosomatica
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Autovalutazione, di solito coordinamento da parte del personale infermieristico
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione e dimissione, 5 minuti ciascuna
Versioni linguistiche	IT, DE, FR e ENG
Obbligo di licenza	No
Item e scala	7 item, scala Likert a 4 livelli (0-3), minimo 0 e massimo 21 punti (valore più alto = sintomi maggiori)
Altra documentazione	Modulo (sito dell'ANQ), maggiori informazioni sul sito PHQ

Tabella 19: profilo GAD-7

Contesto

Il GAD-7, strumento affermato per lo screening e il monitoraggio del decorso dei sintomi legati all'ansia, è stato sviluppato dallo stesso gruppo di lavoro che ha concepito il Patient Health Questionnaire (PHQ). Consente di rilevare l'ansia nei pazienti con malattie fisiche o disturbi fisici (possibilmente psicogeni) (Spitzer et al., 2006) e può essere utilizzato sia per lo screening dei disturbi d'ansia, sia per determinare la gravità dei sintomi (Kroenke et al., 2010). Insieme al PHQ-9, dal 2024 ha sostituito la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Direttive dell'ANQ da applicare

All'ammissione, i questionari destinati ai pazienti vengono consegnati di regola in occasione del primo colloquio, quelli finali durante il colloquio di dimissione (vedi punto 3.5). In caso di mancata restituzione del questionario, il paziente va interpellato attivamente. La compilazione deve avvenire all'interno della clinica.

Tutti i pazienti devono essere invitati a partecipare indipendentemente dalla diagnosi o dalle conoscenze linguistiche. È esplicitamente auspicata una compilazione autonoma. Il personale curante può fornire sostegno, nella misura in cui non influenzi il contenuto delle risposte. Un'eventuale **rinuncia al test** (p.es. rifiuto, barriere linguistiche o motivi medici) deve essere documentata, ma non esonera dallo svolgimento delle altre misurazioni all'ammissione e alla dimissione (vedi punto 3.7).

CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE (CIRS)

Profilo dello strumento

CARATTERISTICA	DESCRIZIONE
Indicatore	Nessun indicatore, descrizione delle comorbidità e variabile indipendente per il calcolo della qualità dei risultati aggiustata secondo il rischio
Impiego	Tutti i settori di riabilitazione
Tipo di strumento e gruppo professionale competente	Valutazione da parte di terzi, di solito personale medico appositamente formato
Momento del rilevamento e fabbisogno temporale	Ammissione, circa 10 minuti
Versioni linguistiche	IT, DE e FR
Obbligo di licenza	No
Item e scala	14 item, scala ordinale a 5 livelli (0-4), minimo 0 e massimo 56 punti (valore più alto = maggiore comorbidità)
Altra documentazione	Oltre al modulo, manuale CIRS (sito dell'ANQ)

Tabella 20: profilo CIRS

Contesto

La CIRS è stata sviluppata per il rilevamento di comorbidità in pazienti con multimorbidità (Linn et al. 1968) e perfezionata da Miller e Towers (1992). La versione di Salvi et al. (2008) utilizzata dall'ANQ, basata su quella di Miller e Towers, rappresenta il carico patologico su quattordici sistemi di organi, e mette in relazione tra loro mortalità, frequenza dei ricoveri, limitazioni funzionali e altri outcome clinici. Nota: l'acronimo della Cumulative Illness Rating Scale è identico a quello del Critical Incident Reporting System.

Direttive dell'ANQ da applicare

La CIRS viene compilata solo all'ammissione. Un rilevamento alla dimissione non è previsto per le misurazioni della qualità dell'ANQ. Fanno stato la documentazione medica, l'esame fisico e un'anamnesi completa.

ANNESSO B

FORMATI DEI DATI

FILE DI DATI SPIGES NEL FORMATO UST (FILE SG)

Devono essere fornite almeno le tabelle seguenti del file di dati SpiGes ([secondo l'elenco delle variabili SpiGes](#)) **a livello di sede:**

- Dati amministrativi
- Diagnosi
- Trattamenti
- Trasferimento paziente

FORMATI DEI DATI MISURAZIONI SPECIFICHE PER LA RIABILITAZIONE (DATI DELLE MISURAZIONI E SUPPLEMENTARI)

Le tabelle sui singoli formati di dati delle misurazioni specifiche nella riabilitazione (dati delle misurazioni e supplementari) sono disponibili come file Excel nell'[area download](#) del sito dell'ANQ.

BIBLIOGRAFIA

- Balke, B. (1963). *A Simple Field Test for the Assessment of Physical Fitness*. CARI Report 63-18.
- Büsching, G., Hilfiker, R., Mangold, F., Messmer, G., Van Oort, E., Schädler, S., Schefer, M., Schenker, M., Wettstein, M., & Van Wittenberge, P. (2009). *Assessments in der Rehabilitation: Kardiologie und Pneumologie: Vol. Band 3* (2009th ed.).
- Cooper, K. H. (1968). A Means of Assessing Maximal Oxygen Intake: Correlation Between Field and Treadmill Testing. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 203(3), 201–204.
<https://doi.org/10.1001/jama.1968.03140030033008>
- H+ Les hôpitaux de Suisse. (2020). *DefReha © Réadaptation stationnaire: Définition et exigences minimales DefReha © 3.0*.
https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/DefReha_c_/DefReha_3.0_f_datiert.pdf
- Itzkovich, M., Gelernter, I., Biering-Sorensen, F., Weeks, C., Laramée, M. T., Craven, B. C., Tonack, M., Hitzig, S. L., Glaser, E., Zeilig, G., Aito, S., Scivoletto, G., Mecci, M., Chadwick, R. J., El Masry, W. S., Osman, A., Glass, C. A., Silva, P., Soni, B. M., ... Catz, A. (2007). The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: Reliability and validity in a multi-center international study. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1926–1933.
<https://doi.org/10.1080/09638280601046302>
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). *The functional independence measure: a new tool for rehabilitation*. *Advances in clinical rehabilitation*, 1, 6–18.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.2001.016009606.X>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359.
<https://doi.org/10.1016/J.GENHOSPPSYCH.2010.03.006>
- Linn, B. S., Linn, M. W., & Gurel, L. (1968). Cumulative Illness Rating Scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 16(5), 622–626. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1968.tb02103.x>
- Miller, M. D., Paradis, C. F., Houck, P. R., Mazumdar, S., Stack, J. A., Rifai, A. H., Mulsant, B., & Reynolds III, C. F. (1992). *Rating Chronic Medical Illness Burden in Geropsychiatric Practice and Research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale*.
- OCPre. (2002). *Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per par-torienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie*.
https://lex.weblaw.ch/lex.php?norm_id=832.104&source=SR&lex_id=5558
- Oesch, P., Hilfiker, R., Keller, S., Kool, J., Luomajoki, H., Schädler, S., Tal-Akabi, A., Verra, M., & Widmer Leu, C. (2017). *Asses- sements in der Rehabilitation: Bewegungsapparat*. In *Assessments in der Rehabilitation: Vol. Band 2*.

- Pak, S. S., Miller, M. J., & Cheuy, V. A. (2021). Use of the PROMIS-10 global health in patients with chronic low back pain in outpatient physical therapy: a retrospective cohort study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00360-8>
- Prosiegel, M., Böttiger, S., & Schenk, T. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie Und Rehabilitation*, 2(1), 7–13.
- Salvi, F., Miller, M. D., Grilli, A., Giorgi, R., Towers, A. L., Morichi, V., Spazzafumo, L., Mancinelli, L., Espinosa, E., Rappelli, A., & Dessì-Fulgheri, P. (2008). A manual of guidelines to score the modified Cumulative Illness Rating Scale and its validation in acute hospitalized elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(10), 1926–1931. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01935.x>
- Schädler, S., Kool, J., Lüthi, H., Detlef, M., Oesch, P., Pfeffer, A., & Wirz, M. (2020). Assessments in der Rehabilitation: Neurologie. *Assessments in Der Rehabilitation: Neurologie*. <https://doi.org/10.1024/85889-000>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/ARCHINTE.166.10.1092>

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1: piano di misurazione dell'ANQ per la riabilitazione 2027	8
Figura 2: momenti del rilevamento e periodi di osservazione.....	13
Figura 3: dati da rilevare per ogni caso	19

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1: parti principali e gruppi mirati del manuale.....	6
Tabella 2: modulo per i motivi di rinuncia al rilevamento dei questionari per i pazienti e al test delle prestazioni	14
Tabella 3: contenuto del file ZU	23
Tabella 4: contenuto del file FF.....	24
Tabella 5: contenuto del file KA.....	24
Tabella 6: contenuto del file PP	25
Tabella 7: contenuto del file PS.....	25
Tabella 8: contenuto del file PU.....	26
Tabella 9: giorni di riferimento previsti per la fornitura dei dati	30
Tabella 10: profilo obiettivo principale/raggiungimento degli obiettivi	31
Tabella 11: profilo FIM®	32
Tabella 12: profilo EBI	33
Tabella 13: profilo test del cammino (6 minuti).....	34
Tabella 14: profilo PROMIS GH-10	35
Tabella 15: profilo CRQ	36
Tabella 16: profilo SCIM.....	37
Tabella 17: profilo PHQ-15.....	38
Tabella 18: profilo PHQ-9.....	39
Tabella 19: profilo GAD-7.....	40
Tabella 20: profilo CIRS.....	41

IMPRESSUM

Titolo principale e sottotitolo	Piano nazionale di misurazione nella riabilitazione: misurazioni specifiche nella riabilitazione 2027, manuale sulla procedura e il rilevamento dei dati, versione 1.0
Anno	2026
Autrici/tori	Frederike Basedow, Charité – Universitätsmedizin Berlin Roman di Francesco, w hoch 2 Gaia Garuffi, ANQ Stephan Tobler, ANQ Anika Zembic, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Indirizzo per la corrispondenza	rehabilitation@anq.ch
Comitato per la qualità Riabilitazione	Comitati per la qualità Riabilitazione – ANQ
Committente ANQ	Stephan Tobler, responsabile Riabilitazione
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berna
Citazione	ANQ, Berna; Charité – Universitätsmedizin Berlino; w hoch 2, Berna (2026): piano nazionale di misurazione riabilitazione. Misurazioni specifiche nella riabilitazione 2027, manuale sulla procedura e il rilevamento dei dati, versione 1.0