

**USC Direzione Professioni Sanitarie**  
**REVISIONE DELLA LETTERATURA**  
**METODO SVIZZERO**

**INDICE**

<b>1. INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>2. OBIETTIVI.....</b>	<b>4</b>
<b>3. MATERIALI E METODI .....</b>	<b>4</b>
3.1 Criteri di inclusione.....	4
3.2 Criteri di esclusione .....	4
3.3 Strategia di ricerca bibliografica .....	4
3.4 Risultati .....	5
<b>4. CONTENUTI .....</b>	<b>5</b>
<b>5. CONCLUSIONI.....</b>	<b>11</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>12</b>
<b>7. APPENDICE 1: REPORT DI RICERCA BIBLIOGRAFICA.....</b>	<b>13</b>
<b>8. ALLEGATI.....</b>	<b>16</b>



**STATO DELLE REVISIONI**

Rev.	Data	Modifica	Redazione	Verifica contenuti e conformità UNI EN ISO 9001:2008	Approvazione
00	01-09-2010	Prima Emissione	<p>Dr.ssa M. Casati Dirigente Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo USC Direzione Professioni Sanitarie</p> <p><i>M. Casati</i></p> <hr/> <p>Dr. G. Galbiati Infermiere Staff Ricerca, Formazione e Sviluppo USC Direzione Professioni Sanitarie</p> <p><i>G. Galbiati</i></p>	<p>RQ M.L. Daminelli</p>	<p>DirDPS Dr.ssa S.Cesa</p>
01	04/12/2015	Aggiornamento revisione letteratura	<p>Dr.ssa M. Casati Dirigente Responsabile Ricerca, Formazione e Sviluppo USC Direzione Professioni Sanitarie</p> <p><i>M. Casati</i></p> <hr/> <p>Dr. G. Galbiati Infermiere Staff Ricerca, Formazione e Sviluppo USC Direzione Professioni Sanitarie</p> <p><i>G. Galbiati</i></p> <hr/> <p>Dr.ssa Enrica Capitoni Coordinatore Inf.co USC Direzione Professioni Sanitarie Fondazione per la Ricerca Ospedale Maggiore</p> <p><i>E. Capitoni</i></p>	<p>RQ M.L. Daminelli</p> <p><i>M.L. Daminelli</i></p>	<p>DirDPS Dr.ssa S.Cesa</p> <p><i>S. Cesa</i></p>

## 1. Introduzione

La necessità di classificare i pazienti rispetto al loro grado di dipendenza dalle cure infermieristiche risale a molti anni fa. I primi metodi, infatti, vennero pubblicati già negli anni 60 del secolo scorso con diverse integrazioni, modifiche ed aggiornamenti. Questi metodi hanno trovato notevole diffusione perché hanno come principale finalità quella di fornire la migliore assistenza infermieristica possibile, in base a dati precisi e circostanziati sulla evoluzione dello stato di dipendenza di ciascun paziente. Nell'arco del tempo si sono sviluppati diversi sistemi che individuano da tre a sei classi di dipendenza, a ciascuna delle quali può essere assegnato un ulteriore punteggio a seconda delle variabili che vengono considerate (es. sesso, età, peso, trattamenti speciali forniti, particolari controlli, ecc.).

I principali sistemi possono essere così suddivisi:

1. Sistemi che classificano i pazienti secondo i **gradi di dipendenza** dall'assistenza infermieristica:
  - Metodo Svizzero
  - Metodo Goddard
  - Metodo Hopkins
  - Metodo New York
  - Sistema PNR
  - Sistema SIIPS
  
2. Sistemi che classificano i pazienti in base alla loro **complessità assistenziale**:
  - Metodo RAFAELA
  - Sistema NMDS

Una differenza sostanziale fra i due sistemi si basa sull'eccessiva importanza che riservano i metodi di valutazione del grado di dipendenza alla valutazione della dipendenza fisica del paziente, a discapito dei suoi bisogni psicologici, emotivi, educativi e sociali (Chiari P. e Taddia P, 1995).

Pare interessante valutare se un metodo di classificazione dei pazienti, quale il Metodo Svizzero di "prima generazione", sia ancora attualmente in uso a livello internazionale e nazionale e se

sperimentazioni di tale Modello vedano sviluppi originali ed innovativi. Questo documento rappresenta un aggiornamento del lavoro svolto nel 2010

## 2. Obiettivi

La finalità di questo lavoro è quella aggiornare la revisione della letteratura sul Metodo Svizzero dal 2009 ad oggi, essendo il sistema in uso da anni nella nostra Azienda Ospedaliera. In particolar modo si vuole comprendere eventuali evoluzioni del metodo e specifici campi di applicazione sviluppati nel corso degli ultimi anni.

## 3. Materiali e metodi

### 3.1 Criteri di inclusione

Nella revisione sono stati inclusi: tutti i documenti pubblicati integralmente, in qualsiasi lingua, articoli pubblicati su riviste scientifiche, testi pubblicati su libri in formato elettronico ed articoli divulgativi da Google.

### 3.2 Criteri di esclusione

Non previsti

### 3.3 Strategia di ricerca bibliografica

La ricerca è stata condotta per individuare articoli che fanno riferimento al Metodo Svizzero dal 2009 ad oggi, attraverso l'interrogazione di Tripdatabase, Medline, Cinahl, Embase. Inoltre si è allargato il campo di ricerca interrogando motori di ricerca non specifici del campo sanitario (Google, Google libri).

Sulla base del precedente lavoro concluso circa 5 anni fa (Appendice 1), è possibile consultare tutti i dettagli sul report della ricerca bibliografica 2014 nella stessa Appendice.

Le stringhe di ricerca maggiormente utilizzate sono:

#1 "Exchaquet NF AND Zublin L" ricerca per autore;

#2 "Exchaquet NF" ricerca per autore;

#3 “Swiss method AND workload”

#4 “Metodo svizzero per la rilevazione dei carichi di lavoro”

### 3.4 Risultati

La ricerca ha condotto al reperimento di 0 articoli scientifici dalle banche dati. Si è reperito un abstract da Google con successivo reperimento del full text che riguarda uno studio italiano di validazione della Scala di Valutazione della Disabilità da Dispnea (SVDD) applicata con il Metodo Svizzero. In Google si è trovato inoltre uno studio del 2009 pubblicato su L’Infermiere non presente nella precedente revisione, in quanto non indicizzato nelle banche dati consultate al tempo. Lo studio riguarda una esperienza di validazione dell’Indice di Complessità Assistenziale (ICA) comparato al Metodo Svizzero, quale metodo consolidato per la rilevazione dell’impegno assistenziale.

## 4. Contenuti

I parametri fondamentali a cui fanno riferimento gli elementi base del metodo Svizzero sono:

- caratteristiche dell’assistenza;
- durata dell’assistenza;
- classificazione dei pazienti;
- tempi prestabiliti;
- suddivisione dei tempi e degli operatori sanitari;
- suddivisione del personale nei tre turni;
- griglia di valutazione;

I pazienti vengono classificati in tre categorie (Exchaquet NF e Zublini L, 1971):

- a) Categoria 1 (pazienti indipendenti): rientrano in questa categoria quei pazienti che sono indipendenti dall’assistenza infermieristica oppure che esigono un’assistenza minima.
- b) Categoria 2 (pazienti semi-dipendenti): sono pazienti che dipendono parzialmente dall’assistenza infermieristica.
- c) Categoria 3 (pazienti totalmente dipendenti): sono pazienti che dipendono in modo totale dall’assistenza infermieristica.

L’assistenza ai pazienti è costituita da tre diversi tipologie (Chiari P. e Taddia P, 1995):

- **Assistenza diretta:** quella che è direttamente proporzionale alla gravità del paziente;
- **Assistenza indiretta:** quella che è indipendente dalle condizioni del paziente. Essa comprende l'insieme delle prestazioni fornite dal personale infermieristico in assenza del paziente e rappresenta una costante che viene fissata in **75 minuti** per malato nelle 24 ore.
- **Assistenza alberghiera:** anch'essa è indipendente dalle condizioni del paziente. Spesso è svolta dal personale di supporto all'attività infermieristica che oltre ad essere coinvolto nell'assistenza diretta, impiega una parte del tempo per le attività alberghiere. Questo tempo è stato stimato in **60 minuti** per paziente nelle 24 ore. Questa stima si basa sui risultati dello studio compiuto sull'utilizzazione del personale infermieristico nei servizi al paziente compiuto nel 1967 (Exchaquet NF e Zublini L, 1971); Dato il progresso dell'automazione nel settore dei servizi alberghieri, è possibile che questa cifra media, ottenuta dal sondaggio fatto in ventiquattro ospedali, sia oggi troppo alta per alcuni ospedali rinnovati o di recente costruzione. Comunque all'epoca dello studio, questo parametro era riferito unicamente al personale di supporto all'assistenza infermieristica e non al personale domestico (dedito alla pulizia dei locali).

La durata dell'assistenza diretta secondo le categorie di dipendenza dei pazienti sono riferite a "numeri guida" che rappresentano i tempi prestabiliti di assistenza diretta. Questi tempi sono stati ottenuti tramite rilevazioni statistiche eseguite in ventinove ospedali generali svizzeri e riferiti a sezioni di medicina, chirurgia e lungodegenza (Chiari P. e Taddia P, 1995).

Le indicazioni temporali vengono suddivise in un tempo minimo, medio e superiore. Queste tempistiche sono state calcolate nelle 24 ore tenendo conto delle diverse competenze del personale in servizio e senza un carico di lavoro supplementare dovuto a fattori diversi dai bisogni assistenziali dei pazienti, come per esempio nuovi ingressi.

Categorie del Metodo Svizzero	Numeri guida in minuti		
3 : pazienti totalmente dipendenti	135'	175'	215'
2 : pazienti semi-dipendenti	67'	90'	113'
1 : pazienti indipendenti	17'	26'	35'
	Limite inferiore Assistenza di routine	Valore medio Ass. adeguata ai bisogni	Limite superiore Assistenza personalizzata

Il *limite inferiore* rappresenta la soglia al di sotto della quale si rischia di arrecare pregiudizio ai pazienti. Al di sotto di questa soglia è importante verificare se venga garantita la sicurezza dei pazienti e se non sia il caso di adottare un sistema di supervisione della qualità e della quantità di prestazioni fornite. Il *limite medio* viene scelto dall'ospedale che vuole fornire un grado di assistenza "adeguata" e cerca di utilizzare il personale secondo la sua competenza. In una struttura in cui il personale può beneficiare di una supervisione, di un perfezionamento continuo, come pure di una valutazione periodica, il margine di tempo così calcolato potrebbe perfino tendere verso un'assistenza "ottimale". Il limite superiore dovrebbe consentire il raggiungimento degli obiettivi di un'assistenza ottimale, sempre che le risorse di personale vengano utilizzate in maniera adeguata, perché un aumento del personale non significa necessariamente un miglioramento nella qualità dell'assistenza (Chiari P. e Taddia P, 1995).

Il metodo non contiene in sé stesso elementi di misura o controllo della qualità dell'assistenza e pertanto i limiti sopracitati (inferiore, medio, superiore) non sono espressivi dei livelli di qualità dell'assistenza infermieristica. Gli autori del metodo si rifanno ad uno schema elaborato dalla Scuola Superiore di Insegnamento di Zurigo, sulla base di ricerche qualitative eseguite (Allegato 2).

L'assistenza diretta ed indiretta sono assicurate dagli infermieri (incluso il coordinatore) e dal personale di supporto così ripartite percentualmente:

infermieri 75 %;

personale di supporto 25 %;

All'assistenza alberghiera erogata dal personale di supporto stimata in 60 minuti per paziente al giorno va sommato il 25 % dell'assistenza totale (diretta più indiretta) (Exchaquet NF e Zublini L, 1971), mentre la ripartizione del personale nel corso della giornata è suddivisa nelle seguenti proporzioni:

- mattino 45-55 % del personale;
- pomeriggio 35 %;
- notte 10-20 %.

La rilevazione dei dati si effettua attraverso una griglia di valutazione con la quale vengono assegnati i pazienti ad una delle tre categorie di dipendenza. La griglia è composta sulla sinistra dalla colonna dei criteri sulla base dei quali viene fatta la valutazione, mentre sulle tre colonne di destra ci sono i tre gradi di dipendenza del paziente. La categoria finale di appartenenza del malato corrisponde al settore che possiede il maggior numero di contrassegni (Allegato 1).

L'iter metodologico con cui è stato effettuato il rilevamento giornaliero è il seguente:

- 1) Rilevazione del numero effettivo dei malati presenti;
- 2) Collocazione dei pazienti nella categoria di appartenenza mediante l'uso della griglia di valutazione;
- 3) Definizione dei minuti di assistenza diretta totali ottenuti moltiplicando il numero dei malati per ogni categoria;
- 4) calcolo dell'assistenza indiretta, moltiplicando il numero dei pazienti per la costante di assistenza indiretta (75 minuti);
- 5) somma dei tempi di assistenza diretta e indiretta;
- 6) moltiplicazione del numero di pazienti per la costante relativa all'assistenza alberghiera (60 minuti);

Chiari e Taddia (1995) forniscono alcuni elementi critici di tale metodo:

- L'individuazione del personale è limitata solo esclusivamente alla "quantità" necessaria all'assistenza, senza contemplare le diverse competenze.
- Mancanza nella griglia di valutazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, a cui il paziente a volte può essere sottoposto e che impegnano il personale infermieristico.
- Necessità di modifiche sostanziali dei criteri di valutazione a seconda dell'unità operativa che si applica.
- L'inserimento del Coordinatore nel calcolo del personale infermieristico;
- Emerge una rilevante ampiezza della categoria di pazienti parzialmente dipendenti (categoria 2).

Inoltre, essendo riferito alla specifica realtà svizzera, esso prevede una ripartizione percentuale del tempo totale di assistenza fra operatori con diverse qualifiche, non perfettamente corrispondenti a quella italiana (Campagnolo M et al. 1992).

Un'altra criticità sta nelle diverse popolazioni di pazienti presenti fra Italia e Svizzera. Dalle varie indagini effettuate negli ospedali svizzeri durante la validazione dello strumento, si sono ricavate statisticamente le percentuali di dipendenza e di assistenza diretta (tabella n. 1)

**Tabella 1 Ripartizione della popolazione studiata secondo le tre categorie**

	Limite inferiore	Valore medio	Limite superiore
Categoria 3	3 %	7 %	11 %
Categoria 2	82%	84 %	86 %
Categoria 1	5%	9 %	13 %

(Fonte: Exchaquet NF e Zublini L, 1971)



Dalle indagini condotte dalla società di Ricerca per l'organizzazione sanitaria (SAGO) di Firenze è emerso che la percentuale, per esempio, dei pazienti totalmente dipendenti è maggiore a quanto rilevato dalla realtà svizzera e pertanto il numero di personale necessario aumenta. Questo significa che il metodo, così come originariamente strutturato, non è pienamente applicabile nel contesto operativo italiano, a meno di apportare modifiche che lo rendano più rispondente alla nostra situazione (Serraino L. Camicioli I, 2004).

Nel 1996 la dirigente infermieristica dell'Istituto Oncologico Europeo di Milano, dr.ssa Santina Bonardi, adatta la griglia di valutazione originale alla sua realtà ospedaliera aggiungendo una quarta classe di dipendenza. Infatti, dopo aver compilato la griglia originale, se nella categoria 3 compaiono più di 10 voci, il paziente viene classificato di categoria 4. I tempi individuati per le quattro categorie sono rappresentati nella seguente tabella (Tabella 2):

**Tabella 2 Ripartizione dei pazienti in quattro categorie**

	Tempo minimo	Tempo medio	Tempo massimo
Categoria 1 Paziente autosufficiente	90'	105'	120'
Categoria 2 Paziente parzialmente dipendente	150'	180'	210'
Categoria 3 Paziente totalmente dipendente	210'	255'	300'
Categoria 4 Paziente in fase terminale o aplastico	270'	315'	360'

(Fonte: Bonardi S. Istituto Oncologico Europeo di Milano, 1996 )

Sempre nel 1996 il dr. Lucien Mias propone una critica al metodo di Exchaquet e Zublin fornendo un'alternativa (Mias, 1996). Il metodo di classificazione del grado di dipendenza proposto dal Metodo Svizzero si fonda sul principio che le cure dirette sono proporzionali al grado di dipendenza. Questo principio, nella pratica, si rivela inadeguato per alcune situazioni riguardanti la perdita di autonomia cerebrale. Un paziente costretto a letto, richiede meno tempo di cure infermieristiche rispetto ad un paziente con la patologia di Alzheimer deambulante. Così è necessario parlare di valutazione del carico di cura e non della misurazione delle attività che il paziente riesce a svolgere in autonomia. Su quest'altro nuovo principio si lega il grado di dipendenza funzionale ai bisogni non soddisfatti del paziente utilizzando la griglia dei 14 bisogni di Virginia Henderson. Per ogni bisogno non soddisfatto

attribuisce uno score compreso fra 1 e 5 che moltiplicato per la costante di 14, classifica i bisogni in 4 categorie.:

- da 14 a 28 punti: il paziente è indipendente rispetto al bisogno valutato;
- da 29 a 52 punti: il paziente è semi-dipendente;
- da 53 a 60 punti: il paziente è dipendente;
- da 61 a 70 punti: il paziente è molto dipendente;

Dal punteggio di ciascun bisogno si calcola la percentuale di autonomia residua del paziente, in cui 14 equivale al 100% e 70 equivale l' 1 % d'autonomia residua.

Da questi anni in poi si sviluppano molti sistemi di classificazione dei pazienti che si fondano sulla complessità assistenziale del paziente e non esclusivamente sulle azioni necessarie per assisterlo.

Si passa ora all'analisi dei due lavori trovati attraverso la ricerca in Google.

Uno studio italiano pubblicato sulla rivista "Scenario" (Cemmi, 2013) riguarda la Scala di Valutazione della Disabilità da Dispnea (SVDD), quale possibile strumento di rilevazione del peso infermieristico dei pazienti in terapia intensiva respiratoria (UTIIR) valutando la capacità della SVDD di riconoscere correttamente i pazienti autonomi, parzialmente dipendenti e dipendenti rispetto al metodo svizzero (n=18). Per consolidare la validazione della SVDD, sono stati raccolti dati anche con le scale Medical Research Council (MRC) utilizzata nei pazienti con Ictus e la Basic Activities of Daily Living (BADL) utilizzata nel paziente anziano, da cui essa deriva. Per il confronto con il Metodo Svizzero, si è limitata l'analisi ai soggetti dipendenti, essendo questi la maggioranza secondo il Metodo Svizzero (n=16). Risultati: la SVDD ha mostrato affidabilità ( $\alpha=0.92$ ) e validità rispetto a BADL ( $\rho=0.69$ ,  $p=0.0002$ ) e MRC ( $r=-0.61$ ,  $p=0.0018$ ). La validità rispetto al Metodo Svizzero, nell'identificazione dei pazienti dipendenti, è buona ( $r=0.79$ ,  $IC95\%=[0.50;0.91]$ ,  $p<0.0001$ ).

La SVDD dimostra una buona validità rispetto al Metodo Svizzero, nell'identificazione dei pazienti dipendenti, seppur si rileva che il confronto è stato condotto su un numero ridotto di casi.

Lo studio di Polverini et al (2009) invece propone una prima validazione dell'Indice di Complessità Assistenziale ICA, valutando le sue implicazioni sul carico di lavoro. Il livello di dipendenza misurato dall'ICA è stato confrontato con quello ottenuto con il Metodo Svizzero di Exchaquet e Zublin. Le

rilevazioni sono state eseguite da coppie di infermieri che avevano lavorato nello stesso turno: a fine turno gli infermieri valutavano in modo indipendente i pazienti, senza comunicarsi le valutazioni. Ciascuno ha utilizzato per una settimana un metodo, nella successiva l'altro. Sono stati valutati 90 pazienti (51 uomini e 39 donne) con un'età media di 70 anni (74 Chirurgia Vascolare e 58 Neurochirurgia), per un totale di 450 rilevazioni (in media 4 per paziente). L'accordo tra i due metodi è molto buono (Kappa 0.69,  $p < 0.001$ ), indicando una concordanza delle classificazioni di dipendenza, emergenti dall'applicazione dei due strumenti. I risultati sembrano confermare la validità del metodo ICA e la sua utilità nella misurazione della complessità assistenziale confrontato con una metodologia già validata e da tempo utilizzata in Italia, come il Modello Svizzero.

## 5. Conclusioni

Il Metodo Svizzero è un sistema di valutazione del grado di dipendenza dei pazienti dalle cure infermieristiche che risale agli anni 70 (prima pubblicazione nel 1971). Ha avuto una discreta diffusione in Svizzera in cui è stato creato e validato, ma non ha trovato ulteriore diffusione negli altri stati europei se non, in parte, in Italia. La sua scarsa diffusione può essere imputata sia a motivi intrinseci del metodo, sia alla diffusione di sistemi innovativi che classificano i pazienti con maggiore aderenza alle situazioni reali, basandosi non più sulle azioni che il paziente non riesce a svolgere, bensì sul grado di complessità dello stato di salute che il paziente possiede.

Occorre ricordare che l'introduzione della 4° categoria del grado di dipendenza risale al 1996. Inoltre tale modifica non ha trovato riscontro nelle autrici del metodo e, in generale, ulteriore sviluppo. Nella nostra Azienda Ospedaliera il Metodo Svizzero è stato applicato sistematicamente dal 2005 classificando i pazienti in 4 categorie che sembrava la stratificazione più efficace. A tutt'oggi i pazienti vengono classificati con questo metodo, fornendoci un patrimonio storico di rilevazioni di diversi anni. La revisione della letteratura effettuata nel 2014, conferma sostanzialmente la validità del Metodo Svizzero, sistema di classificazione di "prima generazione"; si conferma l'utilizzo del Metodo nel contesto italiano.

L'esiguità degli studi reperiti potrebbe essere attribuibile a studi condotti, ma non indicizzati nelle banche dati consultate e/o non facilmente ricercabili nel web.

## 6. Bibliografia

Campagnolo M, Pellissero G, Zavatta M. (1992). Principi amministrativi e gestionali per la professione infermieristica. Casa editrice ambrosiana. Milano.

Cemmi E, Terzoni S, Ricci C, Destrebecq A. (2013). La scala di valutazione della disabilità da dispnea (SVDD): consolidamento della validazione e rilevazione dei carichi di lavoro infermieristici in terapia intensiva respiratoria. In: Scenario: il nursing della sopravvivenza. - ISSN 1592-5951. - 1, pp. 16-23 <http://air.unimi.it/handle/2434/224397> (consultato il 7 agosto 2014).

Chiari P, Taddia P. (1995). La dotazione del personale infermieristico. Ed. Rosini Srl. Firenze.

Exchaquet NF, Zublin L (1971). Study of nursing services in Switzerland. Experimental phase 1971-1972. Z Krankenpfl 64(5):200.

Mias L. (1996). Dépendence et charge en travail. Reperibile al sito: <http://papidoc.chiccm.fr/36pmsiexchaquet.html> (consultato il 1 settembre 2010).

Polverini F, Di Giulio P, Gregari D.(2009). Esperienza di validazione dell'indice di complessità assistenziale (ICA) presso un'Azienda Sanitaria Ospedaliera della Regione Liguria. L'Infermiere 1/2009 [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/download/884\\_1302127812\\_472.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/884_1302127812_472.pdf) (consultato il 7 agosto 2014).

Serraino L, Camicioli I. (2004). Il fabbisogno di personale infermieristico nell'area della medicina generale. Regione Lazio. Reperibile al sito: <http://www.infermieri.com/archivio/aree/management/doc.html> (consultato il 31 agosto 2010).

## 7. APPENDICE 1: REPORT DI RICERCA BIBLIOGRAFICA

Anno 2010

Prodotto editoriale	Fonte dei dati	Strategia di ricerca	N° record reperiti	N° record selezionati dalla lettura del <u>titolo</u> e <u>abstract</u>	N° record selezionati dalla lettura dell' <u>intero documento</u>	Riferimento bibliografico
Letteratura Primaria (ARTICOLI)	<b>Embase</b> [Consultato 1 Settembre 2010 ]	#1 " Exchaquet NF AND Zublin L "	0	0	0	//
		#2 " Exchaquet NF"	0	0	0	//
	<b>Medline</b> [Consultato 1 Settembre 2010 ]	#1 " Exchaquet NF AND Zublin L "	1	0	0	//
		#2 " Exchaquet NF"	34	0	0	Nessun documento ha l' abstract disponibile. Documenti in lingua francese e/o tedesca. Documenti datati tra il 1966 e 1984.
	<b>TRIP Metadatabase</b> [Consultato 1 settembre 2010 ]	#1 " Exchaquet NF AND Zublin L "	0	0	0	//
		#2 " Exchaquet NF"	0	0	0	//
	<b>Cinahl</b> [Consultato 1 Settembre 2010 ]	#1 " Exchaquet NF AND Zublin L "	0	0	0	//
		#2 " Exchaquet NF"	0	0	0	//

Anno 2014

Prodotto editoriale	Fonte dei dati	Strategia di ricerca	N° record reperiti	N° record selezionati dalla lettura del titolo e abstract	N° record selezionati dall'intero documento	Riferimento bibliografico
Letteratura Primaria (ARTICOLI)	Embase [Consultato 1 Luglio 2014]	#1 "Exchaquet NF AND Zublin L"	0	0	0	//
		#2 "Exchaquet NF"	0	0	0	//
		#3 "Swiss method AND workload"				
	Medline [Consultato 1 Luglio 2014]	#1 "Exchaquet NF AND Zublin L"	0	0	0	//
		#2 "Exchaquet NF"	0	0	0	
		#3 "Swiss method AND workload"				
	TRIP Metadatabase [Consultato 1 Luglio 2014]	#1 "Exchaquet NF AND Zublin L"	0	0	0	//
		#2 "Exchaquet NF"	0	0	0	//
		#1 "Exchaquet NF AND Zublin L"				
	Cinahl	#1 "Exchaquet NF AND Zublin L"	0	0	0	//



[Consultato 1 Luglio 2014]	#2 "Exchaquet NF"	0	0	0	0	//
	#3 "Swiss method AND workload"					

Numero documenti ottenuti da Google: 2 (consultato il 7 agosto 2014)

-Cemmi E et al (2003). Scenario <http://air.unimi.it/handle/2434/224397>

-Polverini F et al (2009). L'Infermiere 1/2009 [http://www.ipasvi.it/archivio\\_news/download/884\\_1302127812\\_472.pdf](http://www.ipasvi.it/archivio_news/download/884_1302127812_472.pdf)

## 8. Allegati

All01RevLettDPSRFS01 “Caratteristiche dei diversi livelli di qualità dell’assistenza infermieristica”

All02RevLettDPSRFS02 “Griglia di classificazione dei pazienti secondo i tre livelli di dipendenza dalle cure infermieristiche”