

---

# Concetto di analisi

Piano di misurazione nazionale psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale

---

Agosto 2024, versione 1.0 – gli adeguamenti rispetto all'ultima versione sono segnalati in grigio

## Indice

---

1.	Situazione di partenza.....	3
2.	Metodo delle misurazioni.....	4
2.1.	Strumenti di misurazione e dati supplementari .....	4
2.2.	Momenti della misurazione.....	5
2.3.	Definizione del caso.....	5
2.4.	Portata della prova a campione .....	5
2.5.	Criteri di inclusione e di esclusione .....	6
3.	Logistica .....	6
3.1.	Trasmissione dei dati.....	6
3.2.	Controllo dei dati.....	6
3.2.1.	Pulizia dei dati .....	7
3.3.	Conservazione dei dati.....	8
3.4.	Protezione dei dati .....	8
4.	Analisi dei dati .....	9
4.1.	Metodo .....	9
4.2.	Qualità dei dati.....	10
4.2.1.	Tasso di risposta/valori attesi .....	10
5.	Redazione del rapporto.....	12
6.	Bibliografia .....	13
7.	Impressum.....	15



## 1. Situazione di partenza

---

Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati i risultati rilevati nella psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale. La redazione dei concetti (di analisi e di pubblicazione) è il frutto di una stretta cooperazione tra l'ANQ (precedentemente chiamata Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche), il Comitato per la qualità Psichiatria e l'istituto di analisi w hoch 2. Dal 2018, la w hoch 2 è stata incaricata dall'ANQ di accompagnare dal punto di vista scientifico il rilevamento dei dati e di svolgere l'analisi dei dati rilevati.

I concetti dell'ANQ si basano sulla [convenzione nazionale sulla qualità](#), sul [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#) e sui [requisiti generali per concetti di analisi e di pubblicazione](#).

L'elaborazione dei concetti dell'ANQ si svolge per processi, con l'integrazione progressiva di nuove conoscenze tratte dai risultati delle analisi.

## 2. Metodo delle misurazioni

Il rilevamento dei dati è responsabilità di ogni clinica e i dati rilevati sono di esclusiva proprietà della rispettiva clinica. Il formato esatto dei dati e i requisiti logistici per il rilevamento sono definiti nel manuale ([psichiatria per adulti](#), nonché [infantile e adolescenziale](#)) e nel documento «Definizione dei dati» ([psichiatria per adulti](#), nonché [infantile e adolescenziale](#)) dell'ANQ.

### 2.1. Strumenti di misurazione e dati supplementari

Il piano seguente (figura 1) riepiloga gli strumenti utilizzati nella psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale per il rilevamento del peso dei sintomi (autovalutazione e valutazione da parte di terzi) e delle misure restrittive della libertà.

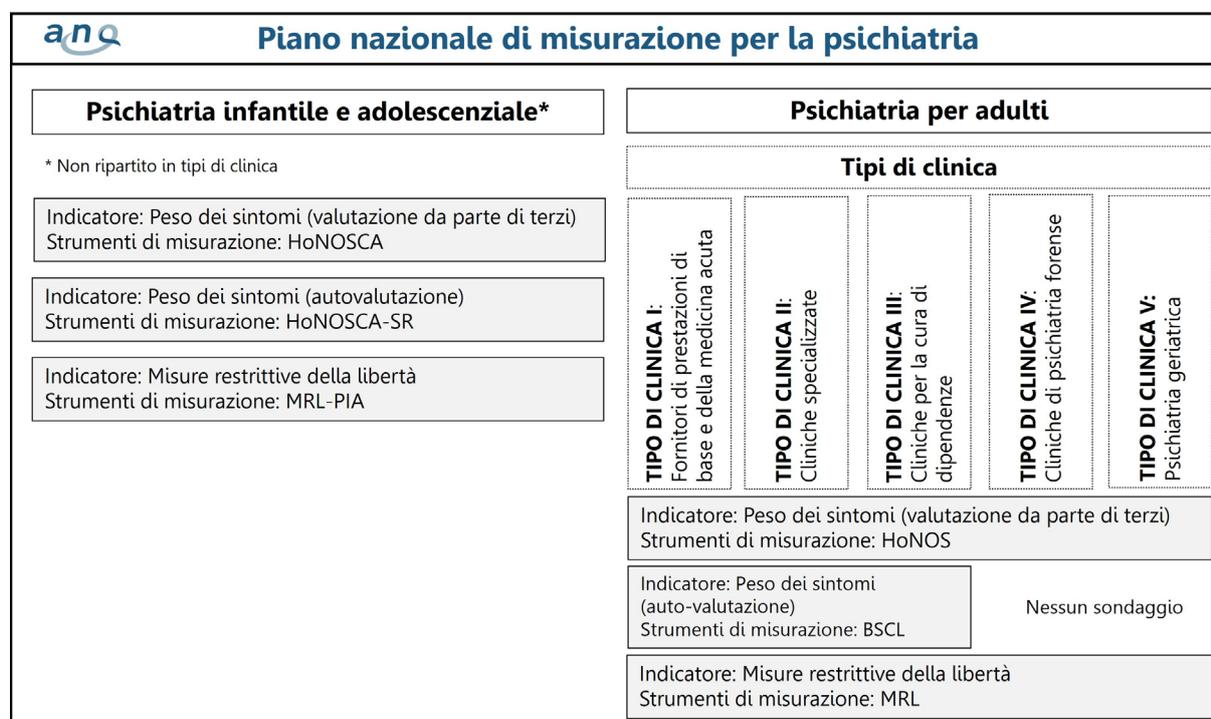


Figura 1: piano di misurazione psichiatria (valido dal rilevamento 2023)

Nella psichiatria per adulti, le cliniche vengono stratificate secondo il tipo (vedi figura 1 e tabella 1). La stratificazione è stata sviluppata dall'ANQ allo scopo di ottenere una migliore confrontabilità delle diverse cliniche psichiatriche e per favorire il processo comparativo. Trovate informazioni sulla stratificazione nell'apposita scheda sul [sito dell'ANQ](#).

Tabella 1: panoramica dei tipi di clinica ANQ nella psichiatria per adulti

Tipo di clinica	Denominazione	Introduzione
Tipo di clinica I	Fornitori di prestazioni di base e della medicina somatica acuta (presa a carico acuta e completa)	Dal 2016
Tipo di clinica II	Cliniche specializzate (presa a carico specializzata)	Dal 2016
Tipo di clinica III	Cliniche per la cura di dipendenze	Dal 2016
Tipo di clinica IV	Cliniche della psichiatria forense	Dal 2019
Tipo di clinica V	Psichiatria geriatrica	Dal 2023

Per ogni caso, vanno inoltre trasmessi determinate variabili dei **dati minimi e i dati supplementari psichiatrici della statistica medica** che vengono già rilevati per l'Ufficio federale di statistica (UST) (vedi figura 2).

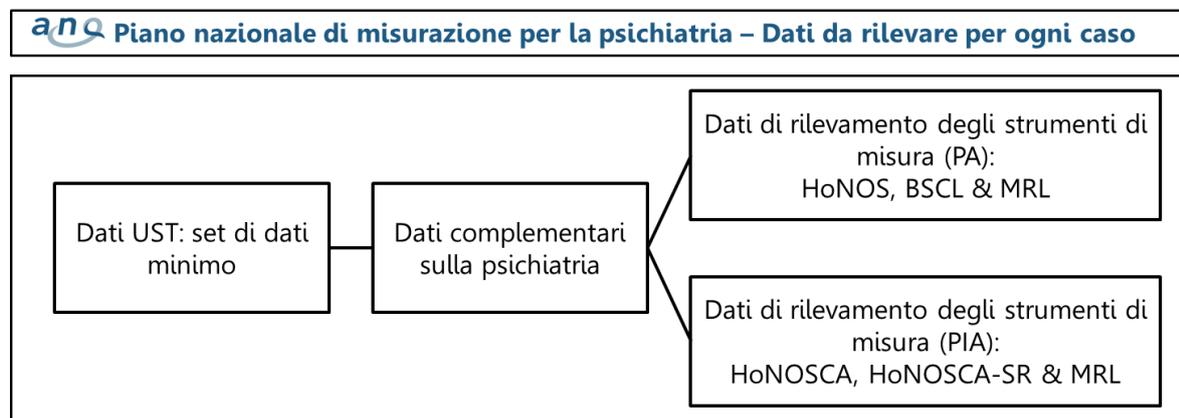


Figura 2: dati da fornire per ogni caso

I valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non la sua totalità. Per questo motivo, non si parla di qualità delle cure, bensì di valore differenziale o di riduzione del peso dei sintomi secondo la valutazione del paziente o del personale curante.

## 2.2. Momenti della misurazione

Il peso dei sintomi viene rilevato all'ammissione e alla dimissione (distanza minima 24 ore), le misure restrittive della libertà ogni volta che vengono adottate. I dati della statistica medica vengono riuniti alla fine di un periodo di rilevamento e inviati all'istituto di analisi.

## 2.3. Definizione del caso

La definizione dei casi corrisponde a quella dell'UST, così come illustrata nel manuale (punto 3.1.2). Fondamentalmente, un'unità di rilevamento rappresenta un caso di cura. Sulla scorta dell'esperienza acquisita con la misurazione 2018, nel luglio 2019 il Comitato dell'ANQ ha deciso di adottare la definizione del caso **senza** la composizione di casi ai sensi della TARPSY/SwissDRG. I dati **non** potranno quindi contenere composizioni di casi (riammissioni entro diciotto giorni nella stessa clinica).

## 2.4. Portata della prova a campione

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi (rilevamento completo) gestiti a livello ospedaliero nei rispettivi reparti nel corso del periodo di rilevamento. Gli istituti hanno la possibilità di fornire set di dati con casi non necessari, quindi casi con ammissione prima dell'1.7.2012 per la psichiatria per adulti e prima dell'1.7.2013 per la psichiatria infantile e adolescenziale, e dimissione prima o dopo il periodo di rapporto. Ciò è conforme alle direttive dell'UST per la fornitura della statistica medica con tutti i tipi di caso (indicazione del caso statistico «A», «B» o «C» secondo il [concetto dettagliato UST](#)), affinché le cliniche non debbano gestire un onere supplementare.

L'analisi considera i casi di pazienti ammessi a partire dall'inizio della misurazione (1.7.2012 per la psichiatria per adulti, 1.7.2013 per la psichiatria infantile e adolescenziale) e dimessi nel rispettivo periodo di rapporto. I casi con una qualità dei dati insufficiente sono esclusi dai confronti tra cliniche.

Tutte le cliniche partecipanti sono incluse nel confronto nazionale. Una clinica con un numero basso di casi ben documentati (<30) viene resa distinguibile nel rapporto comparativo nazionale a causa dell'elevato grado di incertezza dei risultati calcolati. Per quanto riguarda le misure restrittive della

libertà, vengono considerate solo le cliniche che nel periodo di rilevamento hanno adottato almeno una misura di questo genere.

## 2.5. Criteri di inclusione e di esclusione

La misurazione nazionale della qualità nella psichiatria ospedaliera per adulti esclude fondamentale-mente casi di psichiatria infantile e adolescenziale, dato che dal 1° luglio 2013 sono state introdotte misurazioni specifiche per la psichiatria infantile e adolescenziale. Viceversa, i casi di psichiatria per adulti vengono esclusi dalla psichiatria ospedaliera infantile e adolescenziale.

Se tuttavia vengono curati adolescenti nella psichiatria per adulti, essi devono essere inclusi e i rispet-tivi dati analizzati nella misurazione della psichiatria per adulti. I pazienti maggiorenni in istituti di psichiatria infantile e adolescenziale (p.es. quelli che diventano maggiorenni nel corso della degenza) vengono inclusi nella misurazione della psichiatria infantile e adolescenziale. L'inclusione nelle misura-zioni non si basa sull'età, bensì sull'istituto partecipante.

## 3. Logistica

---

### 3.1. Trasmissione dei dati

Le cliniche trasmettono i dati sul peso dei sintomi e le misure restrittive della libertà, nonché quelli della statistica medica all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ. Ogni sede nomina una persona responsabile dell'invio, la quale riceve dalla w hoch 2 un link per registrarsi in moniQ. La persona responsabile può effettuare il login utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta, caricare i dati e verificarne la qualità durante tutto l'anno, nonché assegnare ad altri utenti i diritti di visualizzazione dei risultati e delle analisi della qualità dei dati.

Nel dashboard moniQ è disponibile un riscontro immediato sulla correttezza del formato e sulla quali-tà dei dati. Se sono necessarie correzioni, si può semplicemente caricare un nuovo set di dati. I dati caricati in precedenza vengono automaticamente sovrascritti.

Il set di dati definitivo dell'anno di misurazione deve essere inviato alla w hoch 2 tra gennaio e il **7 marzo** (il giorno di riferimento per la trasmissione dei dati è sempre lo stesso). Anche questa operazi- one può essere effettuata nel dashboard.

### 3.2. Controllo dei dati

Per garantire una qualità dei dati sufficiente, il controllo deve avvenire su più livelli. Il primo (comple- tezza in riferimento ai casi) andrebbe effettuato direttamente in seno alla clinica partecipante. Nel documento per il controllo e la validazione dei dati ([psichiatria per adulti](#), nonché [infantile e adole- scenziale](#)) sono riportate spiegazioni dettagliate sulle verifiche dei dati presso le cliniche e l'istituto di analisi.

Nell'istituto di analisi, vengono svolti controlli dettagliati che mirano in particolare a identificare anche valori errati e non plausibili. Le verifiche si concentrano sugli aspetti seguenti.

- Sono contenute tutte le variabili, come indicato nella definizione dei dati?
- Ogni riga in ogni pacchetto di dati contiene il numero di identificazione del caso?
- HoNOS/HoNOSCA: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- BSCL/HoNOSCA-SR: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- Rilevamento delle misure restrittive della libertà: sono stati registrati isolamenti o immobiliz- zazioni contemporanei o che si sovrappongono?

### 3.2.1. Pulizia dei dati

I casi completamente mancanti non possono essere identificati nel quadro delle misurazioni dell'ANQ, ma sarebbero riconoscibili come divergenze nelle cifre notificate all'ANQ e all'UST. Esiste pertanto una possibilità di controllo indiretta.

#### **Dati minimi e dati supplementari UST per la psichiatria**

Le variabili seguenti tratte dai dati minimi e dai dati supplementari per la psichiatria della statistica medica che devono essere rilevate nel quadro dell'UST vengono valutate come covariabili (variabili di disturbo) dei dati del singolo caso in riferimento alla loro influenza sul risultato della misurazione e considerate nell'aggiustamento secondo il rischio. Fondamentalmente, le caratteristiche qui indicate sono obbligatorie per l'UST e i dati devono quindi essere completi.

- Età al momento dell'ammissione
- Sesso
- Diagnosi principale (diagnosi al momento della dimissione)
- Peso dei sintomi all'ammissione (*valore HoNOS/HoNOSCA/BSCL/HoNOSCA-SR all'ammissione → non parte dei dati UST*)
- Ricovero a scopo di assistenza
- Nazionalità
- Formazione
- Stato civile
- Occupazione prima dell'ammissione
- Luogo prima dell'ammissione
- Tipo di assicurazione (comune, semiprivato, privato)
- Istanza assegnante
- Durata della degenza
- Numero di diagnosi secondarie
- Settore di cura

I casi con almeno un valore mancante per le variabili sesso, età e diagnosi principale vengono esclusi dall'analisi del peso dei sintomi. Se manca un valore dell'HoNOS/HoNOSCA o della BSCL/HoNOSCA-SR, il caso viene escluso dall'analisi del rispettivo strumento. I casi riguardanti degenze brevi (< 24 ore) sono a loro volta esclusi dai confronti tra cliniche. Nel documento per il controllo e la validazione dei dati ([psichiatria per adulti](#), nonché [infantile e adolescenziale](#)) si trovano maggiori informazioni al riguardo.

#### **Strumenti di misurazione HoNOS, HoNOSCA, BSCL e HoNOSCA-SR**

Per l'HoNOS, l'HoNOSCA, la BSCL e l'HoNOSCA-SR, per ogni caso devono essere disponibili i dati rilevati oppure spiegazioni sul mancato rilevamento (al momento dell'ammissione e della dimissione). Un criterio per una buona qualità dei dati è la quota di casi ben documentati rispetto al numero complessivo di casi trattati nel periodo di osservazione: se è bassa, i dati in questione sono verosimilmente poco rappresentativi dei pazienti curati nella clinica.

Valori mancanti tra i dati rilevati con gli strumenti non vengono sostituiti. A partire da un determinato numero di item singoli mancanti per uno strumento di misurazione (**più di tre item** per l'[HoNOS](#), l'[HoNOSCA](#) e l'[HoNOSCA-SR](#), **oltre tredici item** per la [BSCL](#)), il caso non viene analizzato per lo strumento di misurazione in questione e viene escluso dall'analisi.

### Rilevamento delle misure restrittive della libertà

Per la verifica della plausibilità, nel 2023 il Comitato per la qualità Psichiatria ha fissato limiti di durata per determinate misure restrittive della libertà. In futuro, le indicazioni seguenti saranno considerate documentate in modo errato, rispettivamente non plausibili, e nel dashboard moniQ verranno rappresentate come tali.

- Immobilizzazione: > 2 settimane
- Contenzione (solo psichiatria per adulti): > 1 ora
- Restrizioni della libertà di movimento in sedia (solo psichiatria per adulti): > 8 ore
- Per tutti gli altri tipi di misura restrittiva della libertà, non sono previsti limiti di durata.

Una durata negativa (momento iniziale successivo a quello finale) è pure considerata non plausibile per tutte le misure restrittive della libertà nella psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale.

### 3.3. Conservazione dei dati

A cadenza annuale, al termine delle analisi i dati specifici vengono messi a disposizione delle rispettive cliniche dall'istituto di analisi w hoch 2 nel dashboard moniQ. La raccolta ripulita con dati di persone e cliniche pseudonimizzati viene conservata dalla stessa w hoch 2 nel rispetto delle più severe disposizioni in materia di sicurezza.

### 3.4. Protezione dei dati

Il rilevamento sottostà al [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#). L'ANQ adotta tutti i provvedimenti necessari per la protezione e la sicurezza dei dati (vedi [misure di protezione dei dati ANQ](#)). Per garantire il più elevato grado di anonimato possibile, all'istituto di analisi andrebbero inviati solo i dati di cui l'ANQ ha bisogno ai sensi del documento «[Definizione dei dati](#)». In particolare, non vanno condivise informazioni che mettono a repentaglio l'anonimità dei dati. Non bisogna per esempio comunicare la data di nascita, ma soltanto l'età al momento dell'ammissione.

In seno all'istituto di analisi, tutte le collaboratrici e tutti i collaboratori con accesso ai dati delle cliniche sono tenuti al segreto professionale dai loro contratti di lavoro. Dal punto di vista tecnico, ci si premura affinché dati e risultati non siano visualizzabili da persone non autorizzate nemmeno all'interno dell'istituto di analisi.

## 4. Analisi dei dati

---

Questi termini hanno un'importanza centrale nella descrizione del metodo di analisi. Di seguito, vi proponiamo una breve spiegazione.

**Parametro della qualità:** il parametro della qualità di una clinica è il risultato ripulito dell'influsso delle covariabili. Esso rappresenta la differenza attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi dell'intero gruppo fossero stati trattati nella clinica in questione.

**Valore comparativo:** il valore comparativo di una clinica è la differenza tra il suo parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità delle altre cliniche.

**Covariabili:** le covariabili (o variabili di disturbo) sono variabili il cui influsso è stato eliminato dal parametro della qualità al fine di rendere confrontabili i risultati delle cliniche.

**Valore differenziale:** il valore differenziale è dato semplicemente dal confronto tra il peso dei sintomi all'ammissione e alla dimissione. Non è aggiustato, quindi non ripulito dall'influsso delle variabili di disturbo.

**Intervalli di confidenza:** gli intervalli di confidenza descrivono il settore nel quale il parametro della qualità stimato e aggiustato secondo il rischio di una clinica si trova con una probabilità del 95%. Gli intervalli di confidenza semplici sono interessanti per ogni singola clinica. Per formulare conclusioni per tutte le cliniche servono invece gli intervalli di confidenza simultanei, i quali considerano il calcolo di numerosi valori comparativi.

### 4.1. Metodo

Per consentire confronti il più possibile equi della qualità dei risultati del peso dei sintomi, i parametri della qualità specifici per ogni clinica e l'influsso delle variabili di disturbo sulle quali la clinica non può agire vengono stimati sulla base dei dati. Tra le variabili di disturbo rientra in primis la composizione del collettivo di pazienti in cura, il cosiddetto *case-mix*. Le covariabili da rilevare obbligatoriamente e utilizzate per l'aggiustamento secondo il rischio sono indicate al punto 3.2.1.

Il parametro della qualità di una singola clinica descrive la differenza attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi dell'intero gruppo fossero stati trattati nella clinica in questione. Considerando le variabili di disturbo, si procede a un aggiustamento secondo il rischio, affinché si possano confrontare anche cliniche con *case-mix* diversi.

La stima dei parametri della qualità con aggiustamento secondo il rischio è effettuata mediante una procedura analitica della regressione. Si tratta di un modello di regressione lineare multiplo con la qualità dei risultati del peso dei sintomi come variabile mirata (*response*), la clinica curante come fattore e diverse variabili di disturbo come covariabili. Per queste ultime, a seconda delle dimensioni della base di dati vengono considerate anche interazioni di primo ordine.

Il modello di regressione tiene conto di eventuali oscillazioni di caso in caso e di altre inesattezze nel rilevamento della qualità dei risultati del peso dei sintomi. I parametri della qualità stimati sono dunque approssimazioni degli effettivi parametri della qualità.

L'intento è quello di scoprire la portata per ciascuna clinica della differenza tra il parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità di tutte le altre cliniche. Per questi valori comparativi si possono calcolare valori stimati e intervalli di confidenza (intervalli all'interno dei quali, con una certa sicurezza (95%), si trova il valore comparativo effettivo).

In questo modo, si considera l'inevitabile inesattezza dei valori comparativi stimati. Se l'intervallo di confidenza non comprende il valore zero, è possibile affermare con la sicurezza menzionata che la clinica in questione ha ottenuto risultati sopra la media (se il limite inferiore dell'intervallo è superiore a zero) o sotto la media (se il limite superiore è inferiore a zero).

Va ricordato che si tratta di un confronto della valutazione dei risultati delle cliniche sulla base del rispettivo campione, non di un confronto con un outcome oggettivo e neutrale «Peso dei sintomi», non disponibile né nell'HoNOS/HoNOSCA, né nella BSCL/HoNOSCA-SR.

Al contrario di quanto descritto per il peso dei sintomi, l'analisi delle misure restrittive della libertà non prevede l'aggiustamento secondo il rischio. Nel periodo precedente alla prima pubblicazione trasparente del rilevamento delle misure restrittive della libertà, l'allora Comitato per la qualità Psichiatria si espresse contro l'aggiustamento secondo il rischio.

Un argomento centrale contro l'aggiustamento secondo il rischio è rappresentato dalle diverse condizioni di partenza. Alcune cliniche sono ad esempio obbligate a ricoverare pazienti in situazioni di emergenza, con ricovero a scopo di assistenza (RSA) o perché rappresentano un pericolo acuto per se stessi o per altri. Occorre inoltre tenere conto dei diversi concetti applicati dalle cliniche. Ad esempio, alcune cliniche applicano più frequentemente misure restrittive di breve durata, mentre altre applicano misure di maggiore durata, ma che sono meno restrittive. I risultati della misurazione devono quindi essere sempre considerati nel contesto: un minor numero di misure che limitano la libertà non significa automaticamente una migliore qualità del trattamento. Per rendere meglio giustizia a queste diverse condizioni di partenza, sono stati discussi criteri strutturali ed è stata introdotta successivamente la stratificazione per tipo di clinica a favore di una migliore comparabilità.

Oltre ad argomentazioni di fondo contro l'aggiustamento secondo il rischio, si è tenuto conto anche di ragioni metodologiche e comunicative. Da un lato, è emerso che la performance predittiva dei predittori delle misure restrittive della libertà è scarsa. Ciò significa che l'aggiustamento secondo il rischio comporterebbe solo cambiamenti di lieve entità. Dall'altro lato, le misure restrittive della libertà dovrebbero in generale essere evitate e ridotte al minimo indispensabile. A tal fine, è necessario disporre di risultati di misurazione comprensibili e interpretabili nel confronto tra cliniche. A differenza delle misure per il peso dei sintomi, l'indicatore principale per le misure restrittive della libertà può assumere solo due valori: il caso di trattamento è interessato da almeno una misura restrittiva della libertà, sì o no. Per questo motivo, l'aggiustamento secondo il rischio dovrebbe essere effettuato utilizzando la regressione logistica. Tuttavia, questo approccio statistico è difficile da comprendere e interpretare. I vantaggi di avere risultati comprensibili superano gli effetti dell'aggiustamento secondo il rischio.

Per poter classificare il numero di misure restrittive della libertà nel contesto del case mix di una clinica, nel rapporto comparativo nazionale viene indicato il rapporto con il numero di ricoveri a scopo di assistenza all'ammissione.

## 4.2. Qualità dei dati

### 4.2.1. Tasso di risposta/valori attesi

Un aumento del tasso di risposta consente di ottenere basi di dati più rappresentative, a tutto vantaggio della confrontabilità delle cliniche. L'ANQ ha fissato tassi di risposta attesi (validi dal rilevamento 2016) per le misurazioni nella psichiatria.

- **Valutazione da parte di terzi, misurazione all'ammissione: 100%; set completo ammissione-dimissione: 90%** Affinché un set ammissione-dimissione sia considerato completo, devono essere presenti le variabili centrali dei dati minimi dell'UST e dei dati supplementari UST per la psichiatria. La quota del 90% comprende anche i *drop-out* legittimi.
- **Autovalutazione, set completo ammissione-dimissione: 60%**  
Affinché un set ammissione-dimissione sia considerato completo, devono essere presenti le

variabili centrali dei dati minimi dell'UST e dei dati supplementari UST per la psichiatria. La quota del 60% comprende anche i *drop-out* legittimi.

- **Set di dati mancanti o incompleti: 0%**
- Per il rilevamento delle misure restrittive della libertà non è previsto alcun valore atteso perché al momento non è possibile svolgere un controllo della completezza. Ci si attende comunque che ogni singola misura restrittiva della libertà venga rilevata.
- Con l'analisi dei dati 2019, verrà introdotto un cut-off dello 0,1% per le variabili del set di dati supplementare per la psichiatria dell'Ufficio federale di statistica (UST). Le poche cliniche che superano questo limite vengono indicate sotto i grafici con i risultati. Si tratta di una misura volta a un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

## 5. Redazione del rapporto

Il rapporto serve in primis a informare i partner dell'ANQ e altre persone interessate. Per la psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale, ogni anno viene redatto un rapporto complessivo (**rapporto comparativo nazionale**) ciascuno con rappresentazioni comparative dei risultati e della qualità dei dati. Il rapporto comparativo nazionale contiene le analisi comparative sugli indicatori rilevati.

Alle cliniche viene inoltre inviato un **rapporto comparativo specifico**. Le cliniche ricevono i loro risultati specifici suddivisi secondo le scale, gli item e i gruppi di diagnosi. I risultati principali sono così più comprensibili e possono essere utilizzati per migliorare la qualità interna.

Dal 2024, è disponibile un **dashboard dei risultati** perfezionato, nel quale gli istituti possono svolgere analisi supplementari con i propri dati.

Le cliniche ricevono infine un **rapporto nazionale sulla qualità dei dati** con analisi comparative al riguardo e possono generare in moniQ **rapporti specifici sulla qualità dei dati**.

La pubblicazione dei rapporti comparativi nazionali annuali è responsabilità dell'ANQ. I rapporti comparativi specifici e il rapporto nazionale sulla qualità dei dati non vengono pubblicati (vedi figura 3).

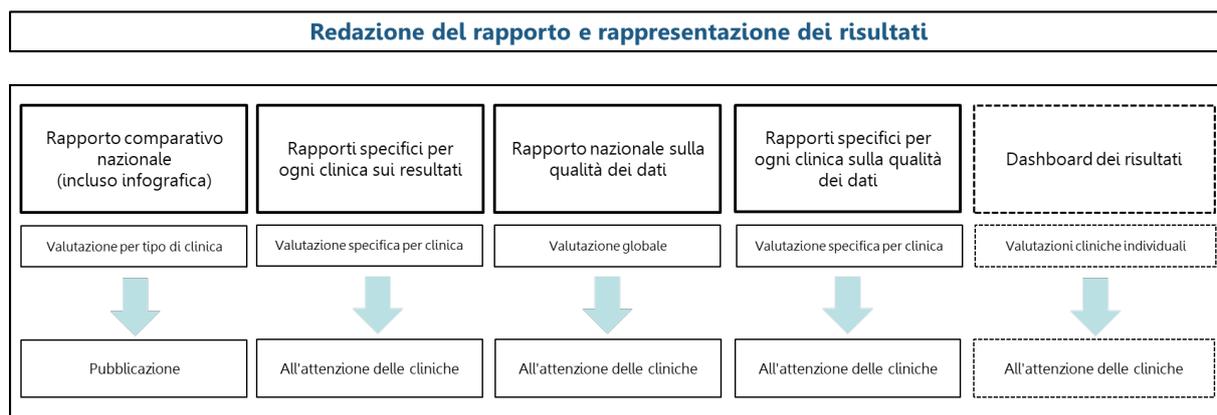


Figura 3: panoramica dei rapporti dell'ANQ nel settore della psichiatria

I dati rilevati vengono pubblicati sul sito dell'ANQ sotto forma di confronti. Nella psichiatria per adulti (rapporti specifico e comparativo nazionale), ciò avviene secondo una suddivisione nei cinque tipi di clinica.

I contenuti dei vari rapporti, inclusi i grafici utilizzati, nonché il dashboard vengono descritti dettagliatamente nel [concetto di pubblicazione](#).

## 6. Bibliografia

---

### Riferimenti sugli strumenti di misurazione

- Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., ...Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305
- Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1
- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 504-511.
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M. Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson I. (2000). Child and adolescent mental health service use: HoNOSCA as an outcome measure. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28
- Gowers, S., Harrington, R., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007b). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Mental Health*, 34, 513-518.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11

### **Riferimenti sul metodo**

- Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. [Technical report 78](#), IMSV, University of Bern.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). [Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen](#). Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion.
- Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 98(8), 655-662.
- Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. Psychiatrie 1, 37-40.

## 7. Impressum

---

Titolo	Concetto di analisi psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale
Autrici/tori	Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH Muriel Haldemann, ANQ Gaia Garuffi, ANQ
Pubblicazione	Berna, agosto 2024 (versione 1.0)
Citazione	ANQ, Berna; w hoch 2 GmbH, Wabern (2024). Concetto di analisi – psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale
Comitato per la qualità Psichiatria	Dr. med. Christine Besse, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Losanna Dr. Fritz Frauenfelder, clinica universitaria psichiatrica (PUK), Zurigo PD dr. med. dr. phil. Ulrich Michael Hemmeter, centro psichiatrico Appenzello Esterno, Herisau (PZAR), e servizi psichiatrici Grigioni (PDGR), Coira Prof. dr. med. Wolfram Kawohl, Clenia Schlössli AG, Oetwil am See Panagiotis Lazaridis, servizi psichiatrici universitari, Berna (UPD) PD dr. med. Lars Wöckel, Clenia Littenheid AG Dr. med. Alexandre Wullschleger, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Thônex
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 3015 Berna