

---

# Concetto di pubblicazione

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.	Contenuti e tipo di risultati pubblicati.....	4
2.1.	Rappresentazione dei risultati sul sito dell'ANQ.....	5
2.1.1.	Grafico interattivo sull'autovalutazione e la valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi.....	5
2.1.2.	Grafico interattivo della quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà.....	6
2.1.3.	Panoramica tabellare interattiva delle misure restrittive della libertà (solo psichiatria per adulti).....	6
2.2.	Rapporto comparativo nazionale.....	7
2.2.1.	Rappresentazione grafica della valutazione da parte di terzi (HoNOS/HoNOSCA) e dell'autovalutazione (BSCL/HoNOSCA-SR) del peso dei sintomi.....	7
2.2.2.	Confronto tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi.....	9
2.2.3.	Panoramica tabellare generale della riduzione del peso dei sintomi.....	11
2.2.4.	Rappresentazione grafica delle misure restrittive della libertà.....	11
2.2.5.	Panoramica tabellare generale dettagliata delle misure restrittive della libertà (riguarda SOLO la psichiatria per adulti).....	13
2.2.6.	Confronto annuale dei risultati.....	13
2.2.7.	Confronto annuale della ripartizione dei casi interessati da misure restrittive della libertà.....	15
2.2.8.	Confronto annuale delle percentuali delle diverse misure restrittive della libertà.....	16
2.3.	Infografica.....	17
2.4.	Comunicato stampa.....	17
2.5.	Indicazioni sui rischi di interpretazioni errate o mancanti.....	17
2.6.	Valutazione e discussione.....	19
2.7.	Misure per la pubblicazione.....	19
3.	Contenuti e tipo di risultati non pubblicati.....	20
3.1.	Qualità dei dati (a livello nazionale e specifico per ogni clinica).....	20
3.1.1.	Rapporto nazionale sulla qualità dei dati.....	20
3.1.2.	Rapporti specifici sulla qualità dei dati.....	20
3.2.	Risultati specifici per ogni clinica.....	20
3.2.1.	Rapporti comparativi specifici.....	20
3.2.2.	Dashboard dei risultati.....	20
3.3.	Analisi dei partner.....	21
4.	Bibliografia.....	22
5.	Impressum.....	24

## 1. Situazione di partenza

---

Il presente concetto di pubblicazione descrive come vengono raffigurati e pubblicati 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. Contenuti e tipo di risultati pubblicati

---

I risultati centrali delle misurazioni nella psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale sono **i parametri della qualità del peso dei sintomi aggiustati secondo il rischio e l'analisi non aggiustata dei casi con misure restrittive della libertà**. Il parametro della qualità di una clinica è il risultato ripulito dell'influsso delle covariabili. Esso corrisponde alla differenza stimata e attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi del gruppo venissero trattati nella clinica in questione. L'aggiustamento secondo il rischio è una procedura volta a ripulire i risultati della misurazione dall'influenza di caratteristiche dei pazienti, al fine di compensare le diverse condizioni di partenza tra le cliniche.

I punti 2.1-2.4 descrivono aspetti essenziali e specifici dei risultati per la pubblicazione trasparente sul sito dell'ANQ. Essa si suddivide negli elementi seguenti:

- grafici interattivi e tabelle per ogni tema di misurazione pubblicati in forma trasparente per ogni clinica, rispettivamente sede sul sito dell'ANQ;
- rapporto comparativo nazionale con annesso;
- infografica «Cifre e fatti»;
- comunicato stampa.

I risultati chiave seguenti vengono pubblicati sul sito dell'ANQ in un confronto nazionale in forma grafica e tabellare per ogni clinica, rispettivamente sede, e descritti in altre parti del concetto.

1. Valutazione da parte di terzi peso dei sintomi: valore comparativo HoNOS/HoNOSCA (grafico)
2. Autovalutazione peso dei sintomi: valore comparativo BSCL/HoNOSCA-SR (grafico)
3. Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (grafico)
4. Panoramica generale dei risultati sull'impiego specifico di misure restrittive della libertà (tabella)

**Nota:** in considerazione del basso numero di casi, per la psichiatria infantile e adolescenziale si rinuncia a una tabella riassuntiva dei risultati in relazione all'impiego specifico di misure restrittive della libertà.

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.

Le misurazioni dell'ANQ nella psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale sono nel complesso integrate nella procedura di cura delle cliniche. Il peso dei sintomi viene rilevato per ogni paziente all'inizio e alla fine della cura, mentre le misure restrittive della libertà sono rilevate quando vengono adottate. L'integrazione delle misurazioni nel lavoro quotidiano genera un elevato potenziale per il loro utilizzo nelle cure individuali. I risultati, di grande rilevanza perché rappresentano un rilevamento completo, sono confrontabili a livello nazionale.

Il peso dei sintomi indica il numero e la gravità dei sintomi di un disturbo psichico. Quale misura del decorso della cura, viene calcolata la differenza tra il peso dei sintomi all'ammissione e alla dimissione. Questo indicatore consente di confrontare la percezione soggettiva del paziente in merito al peso dei sintomi (questionario BSCL/HoNOSCA-SR) con la diagnosi clinica dei sintomi (questionario HoNOS/HoNOSCA), e di trarne così indicazioni per la cura.

In psichiatria, le misure restrittive della libertà vengono adottate solo in casi eccezionali giustificati, segnatamente quando la malattia psichica comporta un pericolo acuto per il paziente o per altri. Questo indicatore è un fattore critico di successo nel quadro della salvaguardia dei diritti di libertà dei pazienti e sostiene l'interpretazione nell'ottica dell'accuratezza e dell'adeguatezza delle misure di cura psichiatriche. Il contesto giuridico per il rilevamento delle misure restrittive della libertà è dato dalle basi legali federali e cantonali, in particolare la legge sulla protezione dei bambini e degli adulti e le relative disposizioni cantonali per l'introduzione e l'esecuzione. Fanno inoltre stato le [direttive etiche dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche \(ASSM\)](#).

## 2.1. Rappresentazione dei risultati sul sito dell'ANQ

I risultati chiave «Valore comparativo valutazione da parte di terzi HoNOS/HoNOSCA», «Valore comparativo autovalutazione BSCL/HoNOSCA-SR», «Numero di misure restrittive della libertà» e «Panoramica generale dei risultati sull'impiego specifico di misure restrittive della libertà» vengono pubblicati online sotto forma di grafico o di tabella come mostrato nel rapporto comparativo nazionale sulla psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale.

La pubblicazione riguarda i risultati generali e quelli specifici per ogni clinica, rispettivamente sede. Mediante la funzione di ricerca, è possibile individuare la posizione della clinica o della sede desiderata. Ogni clinica ha la possibilità di inserire per ogni rappresentazione un commento riguardante i suoi risultati, il quale apparirà cliccando il nome della clinica.

Le cliniche che non hanno potuto fornire dati analizzabili per l'autovalutazione e/o la valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi vengono indicate con un testo esplicativo. Lo stesso vale per gli istituti che hanno indicato di non aver applicato misure restrittive della libertà.

### 2.1.1. Grafico interattivo sull'autovalutazione e la valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi

Il risultato della valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi (HoNOS/HoNOSCA) e dell'autovalutazione del peso dei sintomi (BSCL/HoNOSCA-SR) viene rappresentato come segue (nella psichiatria per adulti vi sarà un grafico simile **per ogni tipo di clinica**):

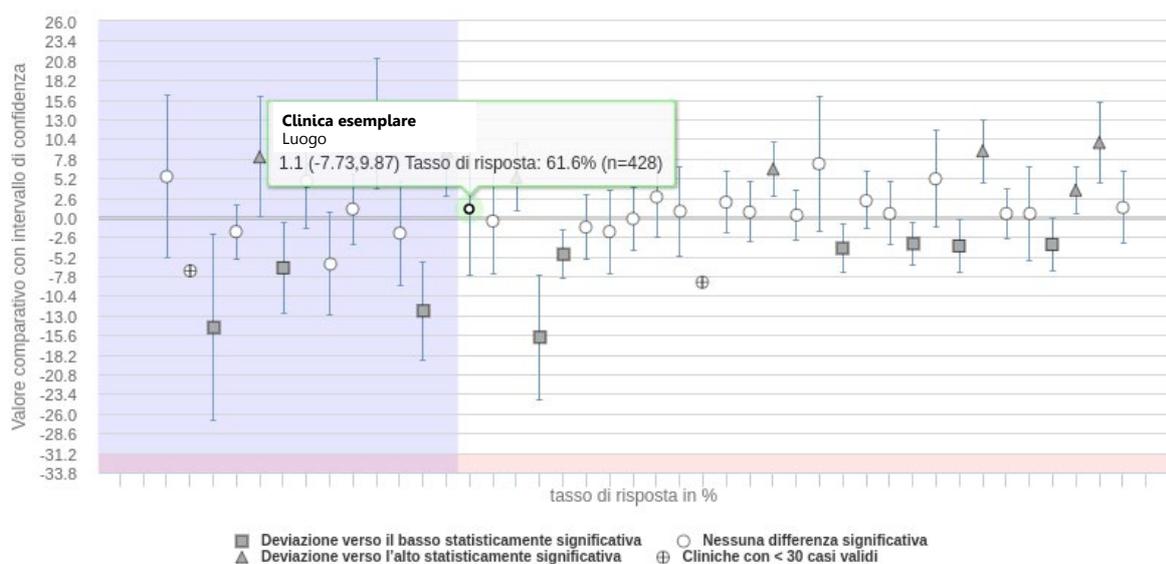


Figura 1: esempio di grafico di un confronto tra cliniche con aggiustamento secondo il rischio

Per ogni grafico, l'ANQ redige una descrizione. Nel confronto tra istituti del peso dei sintomi (autovalutazione e valutazione da parte di terzi con HoNOS/HoNOSCA (grafico 1) e BSCL/HoNOSCA-SR (gra-

fico 2)), i risultati sono pubblicati con aggiustamento secondo il rischio, il quale è descritto al punto 4 del [concetto di analisi](#).

Le informazioni seguenti sono riportate nella finestra pop-up che si apre richiamando la clinica in questione:

- clinica/sede;
- valore comparativo con l'intervallo di confidenza del 95%;
- tasso di risposta (%);
- numero di casi inclusi (n);
- eventuale commento della clinica.

### 2.1.2. Grafico interattivo della quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà

La quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà viene illustrata in un grafico con quartili (grafico 3). Si accerta se una clinica appartiene al 25% di istituti con la quota più alta, al 50% con una quota media o al 25% con la quota più bassa di misure restrittive della libertà. Il grafico considera esclusivamente le cliniche che nell'anno in esame hanno adottato almeno una misura restrittiva della libertà. I casi delle cliniche che hanno dichiarato di non aver adottato misure restrittive della libertà non figurano nella rappresentazione.

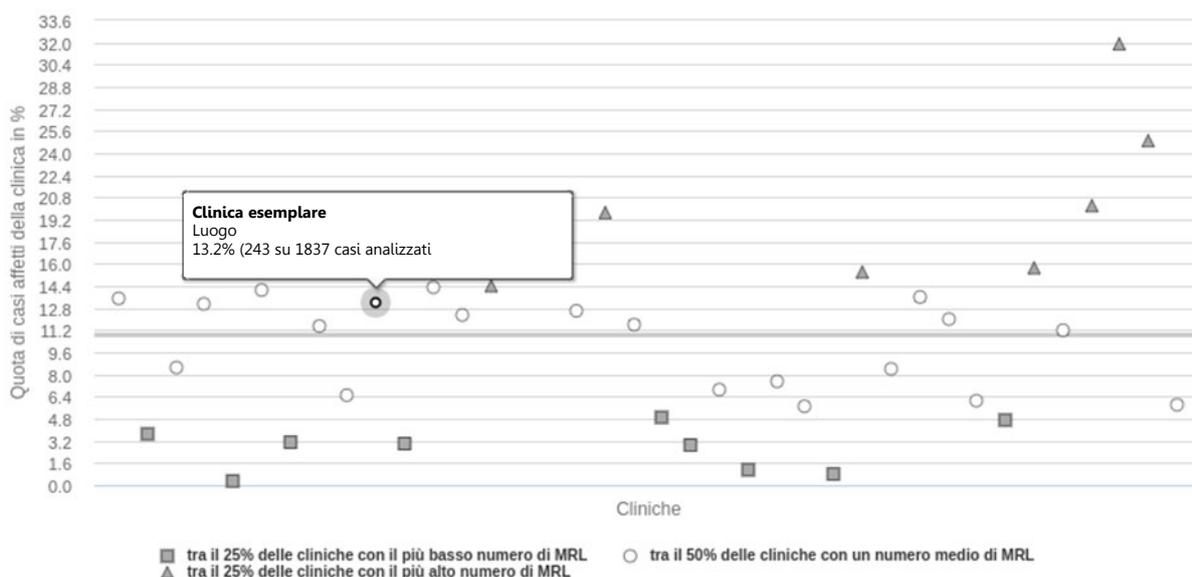


Figura 2: esempio di grafico della quota di misure restrittive della libertà

Le informazioni seguenti sono riportate nella finestra pop-up che si apre richiamando la clinica in questione:

- clinica/sede;
- percentuale di casi con almeno una misura restrittiva della libertà;
- numero di casi con almeno una misura restrittiva della libertà;
- numero totale di casi;
- eventuale commento della clinica.

### 2.1.3. Panoramica tabellare interattiva delle misure restrittive della libertà (solo psichiatria per adulti)

Per le cliniche della psichiatria per adulti, è prevista una panoramica tabellare generale sul diverso impiego dei vari tipi di misura restrittiva della libertà (grafico 4). Per i vari tipi di misura restrittiva della libertà, vengono indicate frequenza e intensità. Con l'ausilio di un codice cromatico, per ogni clinica si

segnala se appartiene al 25% con l'impiego più intenso, al 50% con un impiego medio o al 25% con un impiego inferiore della rispettiva misura restrittiva della libertà. Questa classificazione viene raffigurata per gli indicatori seguenti:

- quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (riepilogo dei codici cromatici del grafico 3);
- isolamento per motivi psichiatrici (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- isolamento per motivi infettivi/somatici (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- immobilizzazione (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- medicazione forzata (orale e iniezione combinate, frequenza/caso);
- contenzione (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- restrizioni della libertà di movimento (in sedia e a letto combinare, frequenza/caso).

Nota: la *contenzione* e le *restrizioni della libertà di movimento* vengono rilevate solo per la psichiatria per adulti.

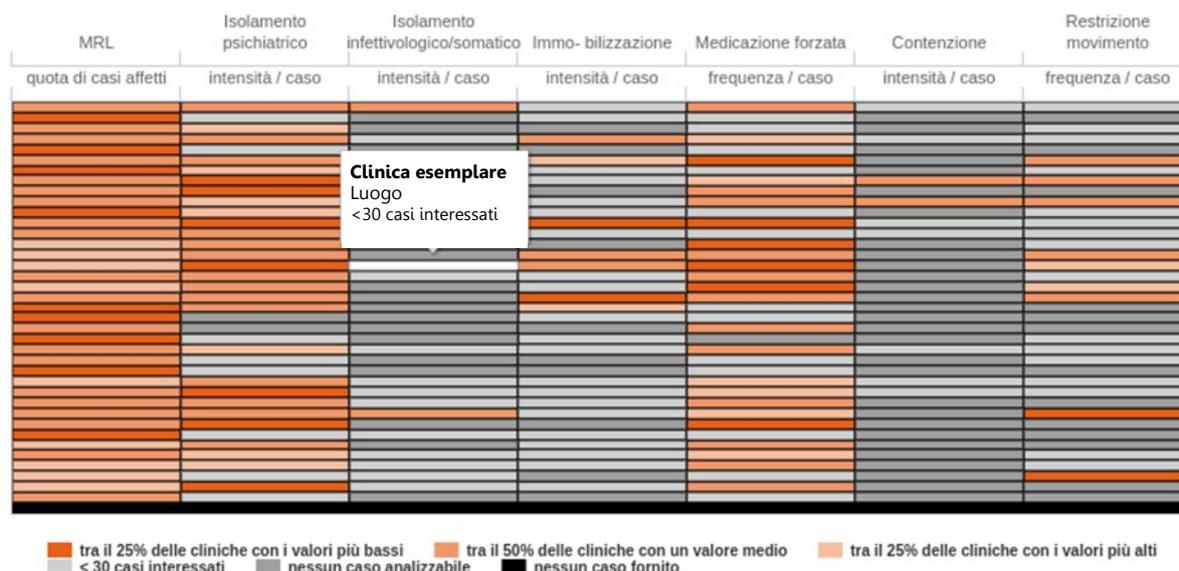


Figura 3: esempio di panoramica tabellare generale

I grafici 1-4 vengono pubblicati sul sito dell'ANQ. Le posizioni delle singole cliniche sono richiamabili in modo trasparente. I commenti redatti dalle cliniche prima della pubblicazione sono inoltre integrati nei rispettivi risultati e sono visualizzabili cliccando la clinica in questione.

## 2.2. Rapporto comparativo nazionale

Il rapporto comparativo nazionale e il suo annesso, pubblicati sul sito dell'ANQ, contengono i risultati e la contestualizzazione specialistica da parte dell'ANQ. Le figure riportano i risultati pseudonimizzati. L'analisi viene svolta ai sensi del concetto di analisi. Nella psichiatria per adulti, la rappresentazione avviene separatamente **per ogni tipo di clinica**.

### 2.2.1. Rappresentazione grafica della valutazione da parte di terzi (HoNOS/HoNOSCA) e dell'autovalutazione (BSCL/HoNOSCA-SR) del peso dei sintomi

La rappresentazione dei risultati dei confronti della riduzione del peso dei sintomi tra cliniche avviene avvalendosi di grafici. Sull'asse orizzontale, sono elencate le cliniche, mentre su quello verticale (riduzione del peso dei sintomi) appaiono per ogni istituto il valore comparativo stimato e l'intervallo di

confidenza simultaneo. La riduzione media dei sintomi di tutte le cliniche è indicata con la linea orizzontale dello zero. Gli intervalli di confidenza che non contengono il valore zero sono messi graficamente in evidenza.

L'esempio seguente riguarda il valore comparativo HoNOS, ma vale per analogia anche per i valori comparativi HoNOSCA, BSCL e HoNOSCA-SR.

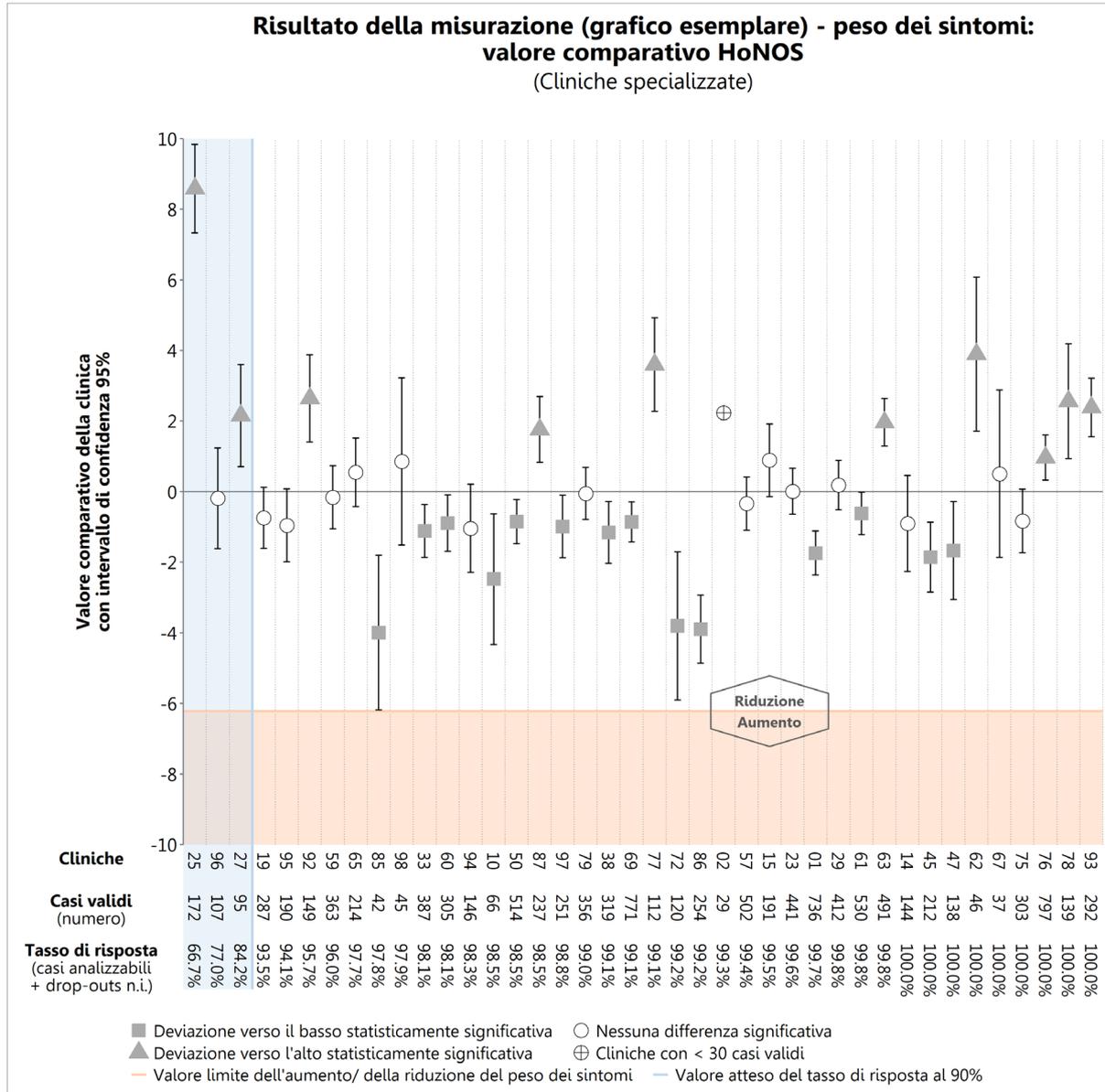


Figura 4: esempio di rappresentazione del peso dei sintomi con il valore comparativo HoNOS

Ogni clinica è rappresentata dal suo valore comparativo con l'intervallo di confidenza (IC) del 95%. Una rapida consultazione permette di scoprire se una determinata clinica si trova nella media (l'intervallo di confidenza interseca la linea dello zero), al di sotto o al di sopra della media (l'intervallo di confidenza si trova completamente sopra o sotto la linea dello zero).

Per entrambe le dimensioni del peso dei sintomi, i valori positivi del valore comparativo rivelano una riduzione maggiore del peso dei sintomi rispetto alle altre cliniche, quelli negativi un risultato al di sotto delle attese. Un triangolo grigio indica inoltre un risultato della misurazione significativamente

superiore alla media complessiva, un quadrato grigio un risultato della misurazione significativamente inferiore alla media. Un cerchietto vuoto significa che il risultato della misurazione della clinica non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media.

Dal 2020, il settore corrispondente a un aumento del peso dei sintomi viene indicato in arancione. I valori il cui intero intervallo di confidenza è situato in tale settore rappresentano le cliniche i cui pazienti in media hanno subito un incremento del peso dei sintomi. In questo modo, è più evidente che anche cliniche con risultati al di sotto del valore medio di norma si trovano nel settore bianco della riduzione media del peso dei sintomi. Ciò significa che anche per i pazienti di questi istituti è stata rilevata in media una riduzione del peso dei sintomi. Per consentire questa nuova rappresentazione, è stato necessario procedere a un leggero adeguamento metodico del calcolo del valore di riferimento. Ogni clinica viene confrontata con la media di tutte le altre cliniche dello stesso tipo. Negli anni precedenti (fino al rilevamento 2019 compreso), era stata utilizzata la media dei valori di tutte le altre cliniche (escludendo quella in questione). Questo cambiamento non influisce sul confronto, i risultati relativi restano inalterati. Una clinica che si situa sopra la media, nella media o sotto la media resta tale indipendentemente dal metodo applicato.

Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono rappresentate con un cerchietto crociato senza significatività e intervalli di confidenza, poiché nei campioni di piccole dimensioni la rappresentatività dei dati non è garantita. I valori delle cliniche appaiono in ordine crescente secondo il tasso di risposta. Il valore atteso viene indicato come linea verticale nel diagramma. Il settore per i valori il cui tasso di risposta è insufficiente è blu.

#### **2.2.2. Confronto tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi**

Con l'anno di misurazione 2023, si opera per la prima volta un confronto tra l'autovalutazione e la valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi. Per ogni tipo di clinica, un grafico mostra la convergenza tra le due valutazioni nelle singole sedi, quale prospettiva riporta una maggiore riduzione del peso dei sintomi e quali gruppi di diagnosi presentano eventuali divergenze.

Nell'esempio seguente, ogni riga riporta i risultati di una sede.

Deviazione tra l'autovalutazione e la valutazione esterna della riduzione del carico dei sintomi

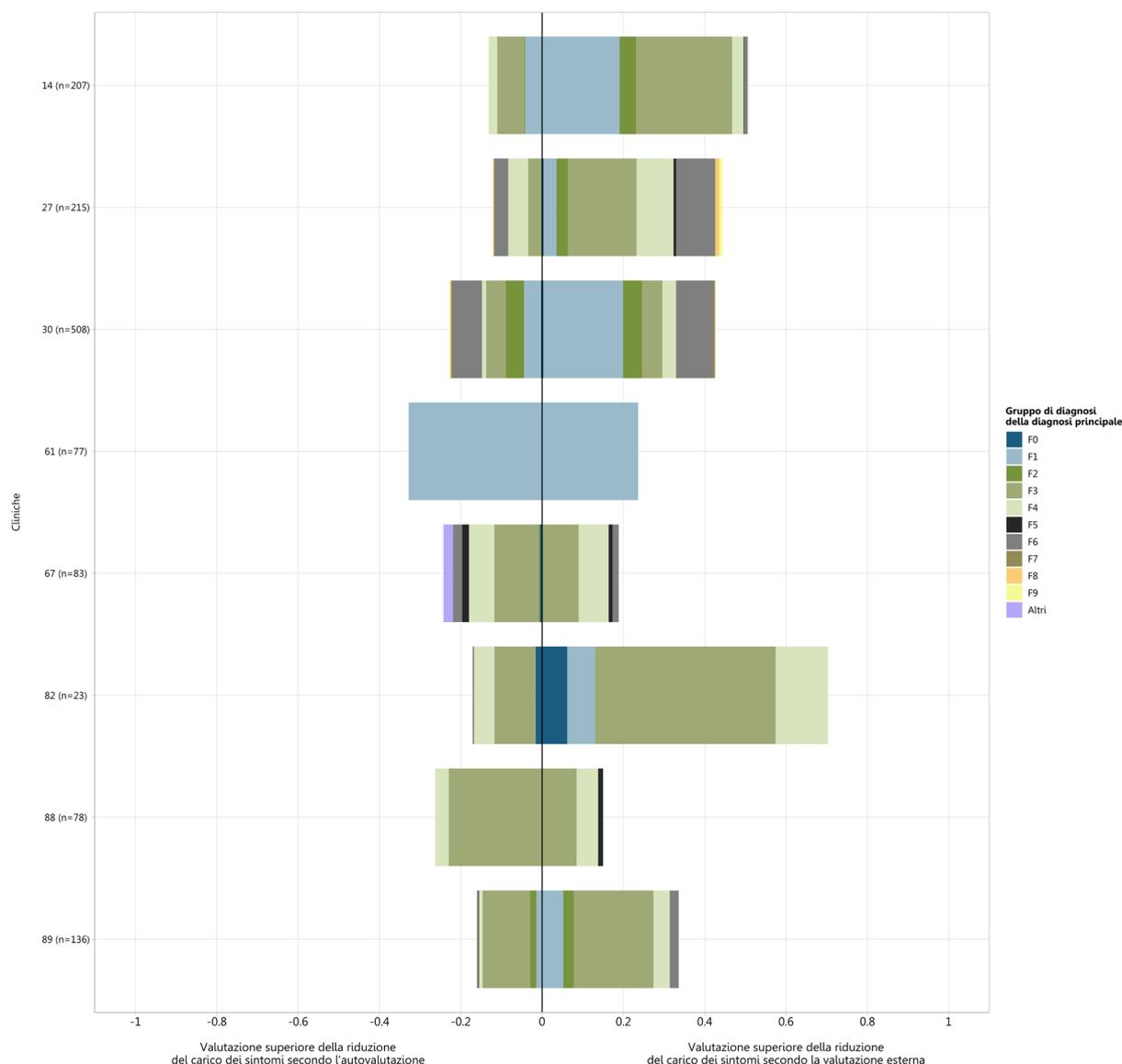


Figura 5: esempio di grafico della divergenza tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi della riduzione del peso dei sintomi

La lunghezza della barra sul lato sinistro della linea dello 0 indica la divergenza media tra l'autovalutazione e la valutazione da parte di terzi per tutti i casi di cura nei quali l'autovalutazione rileva una riduzione del peso dei sintomi maggiore (risp. un minore aumento del peso dei sintomi) rispetto alla valutazione da parte di terzi. Analogamente, il lato destro riporta la divergenza media dei casi in cui l'autovalutazione rileva una riduzione minore del peso dei sintomi rispetto alla valutazione da parte di terzi.

Una barra corta (a destra e a sinistra) indica quindi una divergenza inferiore tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi, una barra lunga una divergenza più marcata.

Se la barra si estende verso sinistra, significa che i pazienti considerano la riduzione del peso dei sintomi maggiore rispetto al personale curante. Se invece la barra si estende verso destra, il personale curante ha rilevato una riduzione maggiore rispetto ai pazienti.

I codici cromatici mostrano il contributo delle diverse diagnosi principali alla divergenza.

### 2.2.3. Panoramica tabellare generale della riduzione del peso dei sintomi

Le figure offrono una panoramica degli indicatori di base aggregati nel rapporto comparativo nazionale. Il grafico panoramico mostra separatamente per ogni clinica le divergenze significative (basate sugli intervalli di confidenza) dei valori comparativi aggiustati per le analisi seguenti.

- Valutazione da parte di terzi: valore comparativo HoNOS (analogo a HoNOSCA)
- Autovalutazione: valore comparativo BSCL (analogo a HoNOSCA-SR)

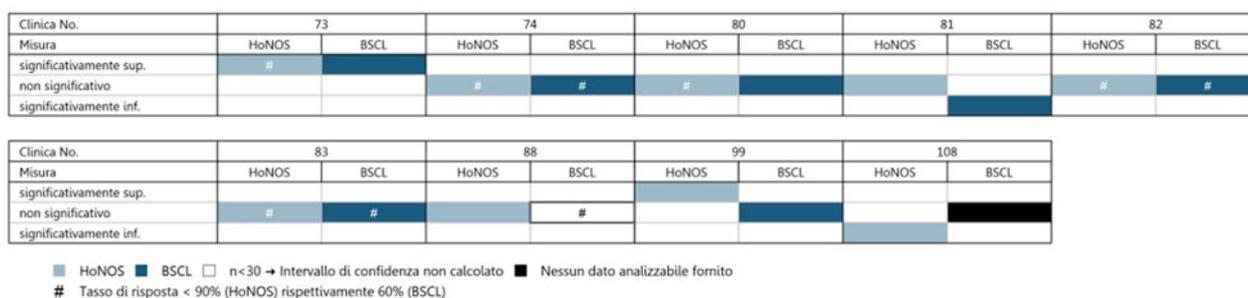


Figura 6: esempio di panoramica tabellare generale della riduzione del peso dei sintomi

Per ogni clinica, vengono rappresentate l'una accanto all'altra le due dimensioni del peso dei sintomi. La posizione dei campi colorati indica se per la rispettiva dimensione una clinica presenta una divergenza significativa dal valore medio delle altre cliniche. Se viene colorato il campo più in alto, l'istituto registra un valore differenziale significativamente più alto. Se viene colorato il campo al centro, vuol dire che il valore differenziale della clinica non diverge in modo significativo dalla media. Se invece viene colorato il campo più in basso, la clinica presenta un valore significativamente più basso rispetto alle altre. Le cliniche con un tasso di risposta inferiore al valore atteso (90% HoNOS/HoNOSCA, 60% BSCL/HoNOSCA-SR) sono contrassegnate con un #. La rappresentatività dei loro risultati è limitata. Le cliniche che hanno fornito meno di trenta casi per la dimensione in questione sono rappresentate in bianco con un campo incorniciato. Le divergenze dal valore medio non vengono indicate.

Oltre alla rappresentazione grafica, nell'annesso si trova una tabella che riepiloga per ogni clinica le informazioni seguenti:

- parametri della qualità (incl. errori standard);
- valore comparativo (incl. errori standard);
- intervallo di confidenza semplice (95%) per il valore comparativo;
- intervallo di confidenza simultaneo (95%) per il valore comparativo.

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.

### 2.2.4. Rappresentazione grafica delle misure restrittive della libertà

Le misure restrittive della libertà considerate nella misurazione nazionale dell'ANQ nella psichiatria per adulti concernono l'isolamento, l'immobilizzazione, la medicazione forzata, la contenzione, nonché restrizioni della libertà di movimento a letto/sulla sedia, come pannelli a innesto davanti alle sedie o sbarre per il letto. Nella psichiatria infantile e adolescenziale, vengono considerati l'isolamento, l'immobilizzazione e la medicazione forzata.

La rappresentazione dei risultati dei confronti delle misure restrittive della libertà tra cliniche avviene avvalendosi di grafici. Sull'asse orizzontale, sono elencate le cliniche, mentre su quello verticale appare per ogni istituto la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà. La quota media di casi

con misure restrittive della libertà di tutte le cliniche dello stesso tipo in cui è stata adottata almeno una misura restrittiva della libertà è indicata con una linea orizzontale.

L'esempio seguente mostra un confronto.

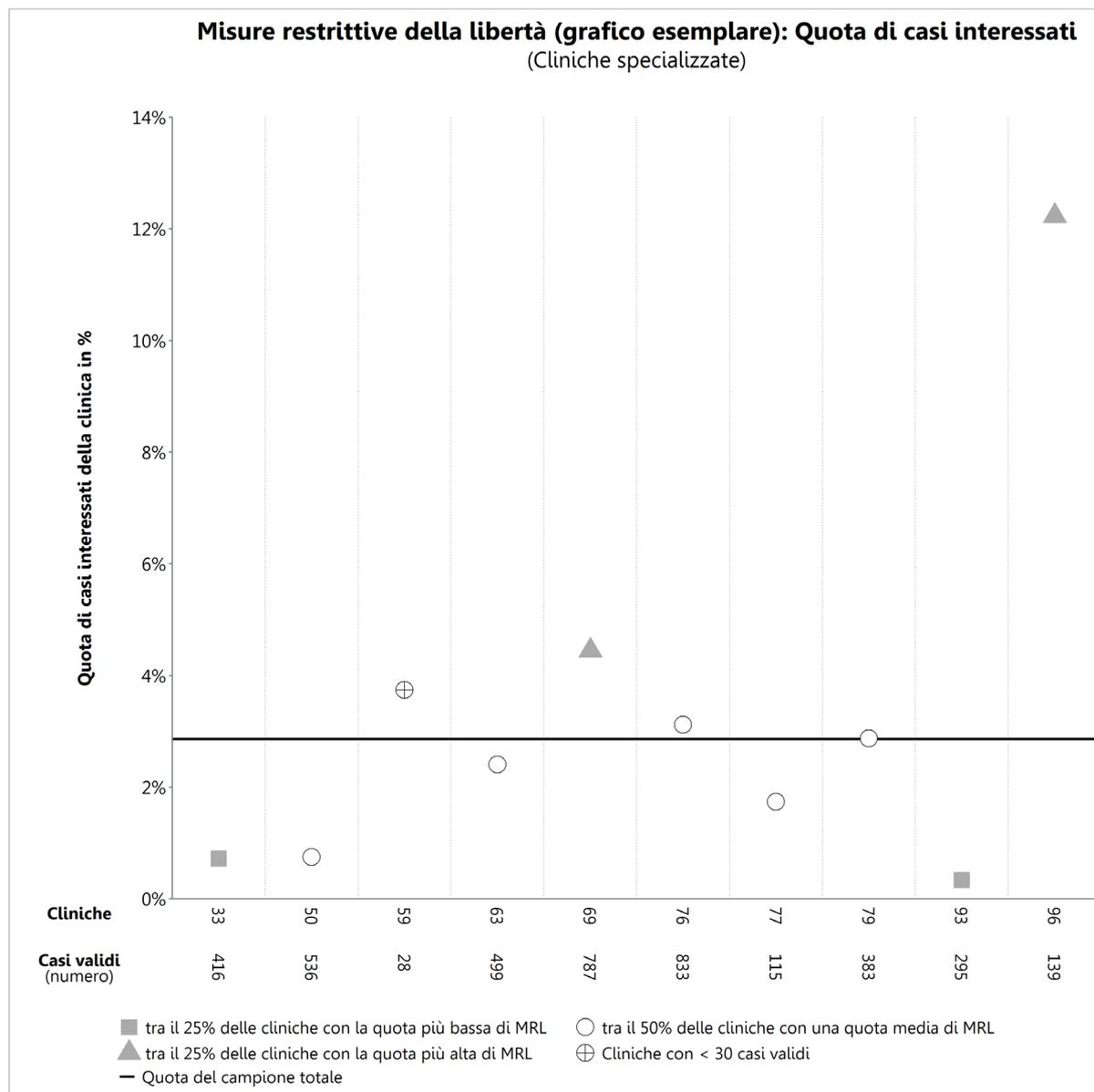


Figura 7: esempio di grafico della quota di misure restrittive della libertà

Per ogni clinica è riportata la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà. Per agevolare la classificazione dei risultati, viene indicato graficamente il quartile in cui si trova il punto dato della clinica: un quadrato grigio significa che l'istituto appartiene al 25% di cliniche con la quota più bassa di casi con almeno una misura restrittiva della libertà, un cerchietto vuoto che l'istituto appartiene al 50% di cliniche con una quota media di casi con almeno una misura restrittiva della libertà e un triangolo grigio che l'istituto appartiene al 25% di cliniche con la quota più alta di casi con almeno una misura restrittiva della libertà. Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono rappresentate con un cerchietto crociato e non vengono considerate nel calcolo dei quartili, in quanto con una base di dati troppo piccola la rappresentatività dell'indicatore non è garantita.

Le figure sulle misure restrittive della libertà includono solo le cliniche che nell'anno in esame hanno annunciato almeno un caso. Vengono valutati anche i casi per i quali si dispone di una documentazione lacunosa. Vengono rilevate sia le misure con cause psichiche sia quelle con cause infettive/somatiche.

### 2.2.5. Panoramica tabellare generale dettagliata delle misure restrittive della libertà (riguarda SOLO la psichiatria per adulti)

La figura seguente fornisce una rapida panoramica della quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà:

- quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (FM);
- isolamento per motivi psichiatrici (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- isolamento per motivi infettivi/somatici (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- immobilizzazione (intensità (frequenza\*durata)/caso);
- medicazione forzata (orale e iniezione, frequenza/caso);
- contenzione (frequenza\*durata)/caso);
- restrizioni della libertà di movimento in sedia e a letto (frequenza/caso).

**Nota:** la *contenzione* e le *restrizioni della libertà di movimento* vengono rilevate solo per la psichiatria per adulti.

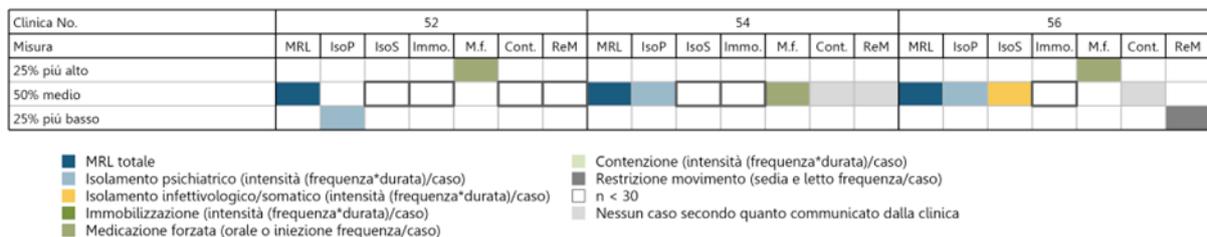


Figura 8: esempio di panoramica tabellare generale dettagliata misure restrittive della libertà

La posizione dei campi colorati mostra in quale quartile si trova il punto dato di una clinica. Se viene colorato il campo più in alto, l'istituto appartiene al 25% di cliniche con i valori più elevati. Se viene colorato il campo al centro, l'istituto appartiene al 50% di cliniche con valori medi. Se invece viene colorato il campo più in basso, l'istituto appartiene al 25% di cliniche con i valori più bassi. La prima colonna indica la quota di casi di una clinica con almeno una misura restrittiva della libertà. Vengono poste a confronto tutte le cliniche con almeno trenta casi e almeno una misura restrittiva della libertà nel periodo di rilevamento. Le altre colonne riportano l'intensità dei diversi tipi di misura. Vengono messi a confronto le intensità di tutte le cliniche in cui il tipo di misura restrittiva della libertà in questione è stato applicato almeno in trenta casi. Le cliniche con meno di trenta casi sono rappresentate in bianco con un campo incorniciato e non vengono considerate nel calcolo dei quartili, in quanto con una base di dati troppo piccola la rappresentatività dell'indicatore non è garantita.

Per quanto riguarda le misure restrittive della libertà, l'annesso al rapporto comparativo nazionale contiene tabelle con i relativi valori.

### 2.2.6. Confronto annuale dei risultati

Oltre all'analisi dei confronti trasversali tra cliniche, i dati vengono pure analizzati con un confronto longitudinale che permette di individuare sviluppi a lungo termine e di rappresentare specificità dell'anno di misurazione. Per il peso dei sintomi, vengono rilevati i valori all'ammissione e differenziali con l'HoNOS/HoNOSCA e la BSCL/HoNOSCA-SR. Visto che per questioni metodiche i valori aggiustati secondo il rischio non possono essere confrontati tra loro sull'arco di più anni, vengono rappresentati i valori non aggiustati. Per le misure restrittive della libertà, vengono rilevati il numero assoluto di casi e la percentuale di casi con almeno una misura.

Vengono confrontati i valori medi di ogni anno di misurazione tra tutte le cliniche della psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale. I valori medi delle cliniche della psichiatria per adulti vengono inoltre confrontati separatamente per ogni tipo di clinica dall'inizio della pubblicazione dei risultati del rispettivo tipo. In considerazione della situazione giuridica in seno alle cliniche della psichiatria forense, le misure restrittive della libertà adottate in questo tipo di struttura sono rappresentate solo separatamente.

La figura seguente mostra un confronto annuale per l'HoNOS. I risultati per l'HoNOSCA, la BSCL e l'HoNOSCA-SR vengono rappresentati in modo analogo.

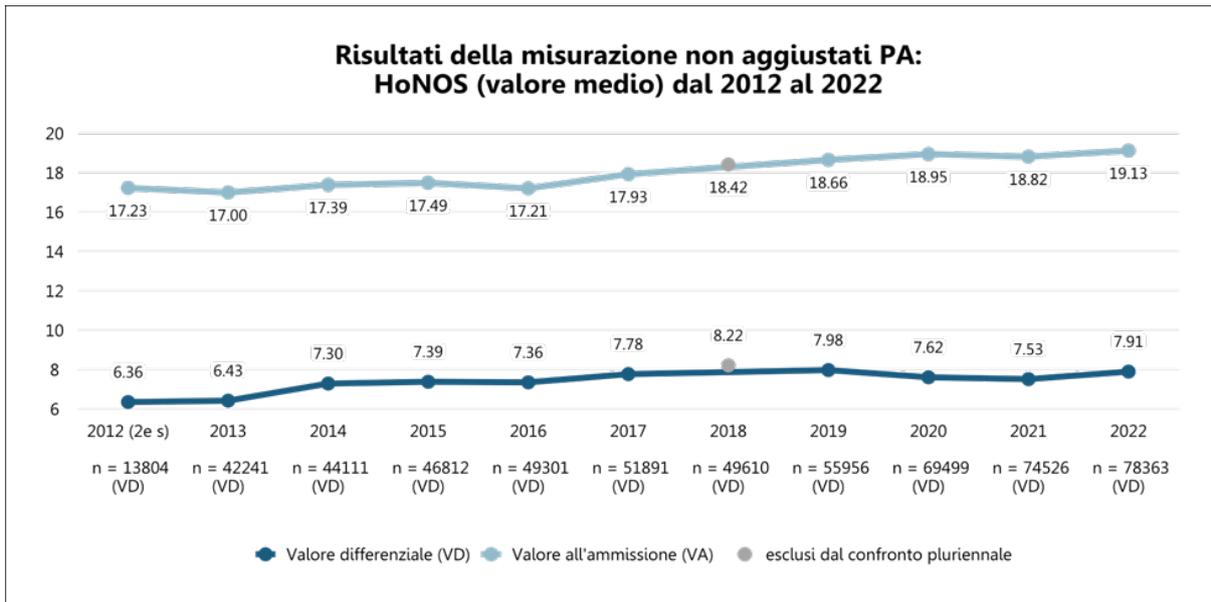


Figura 9: esempio di raffigurazione dei valori all'ammissione e differenziali dell'HoNOS per il periodo 2012-2022

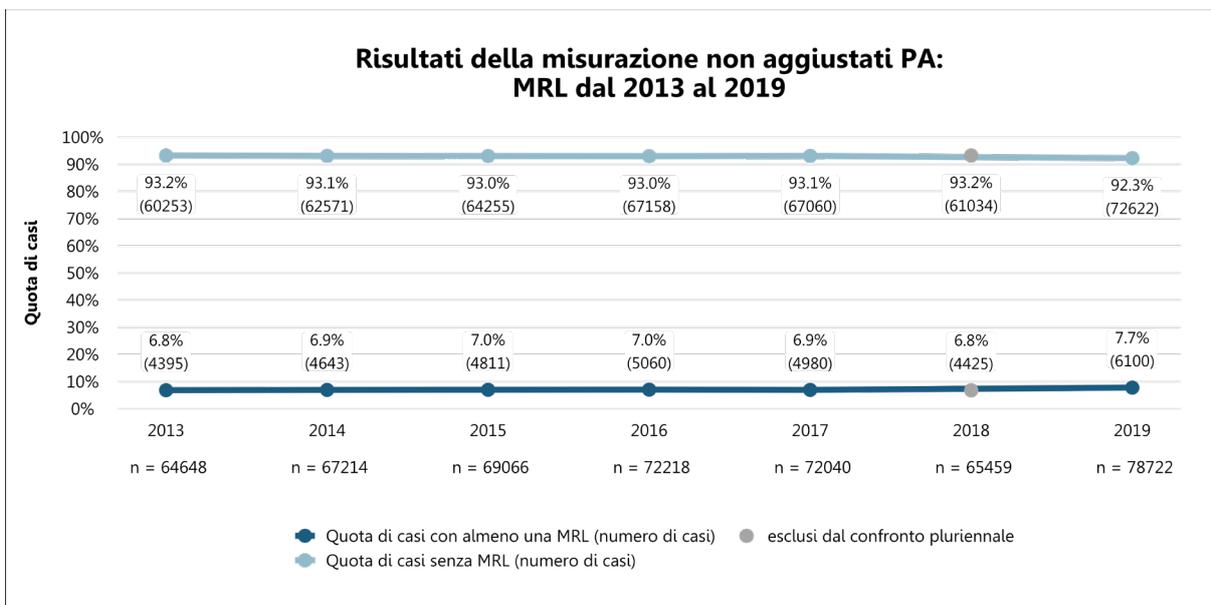


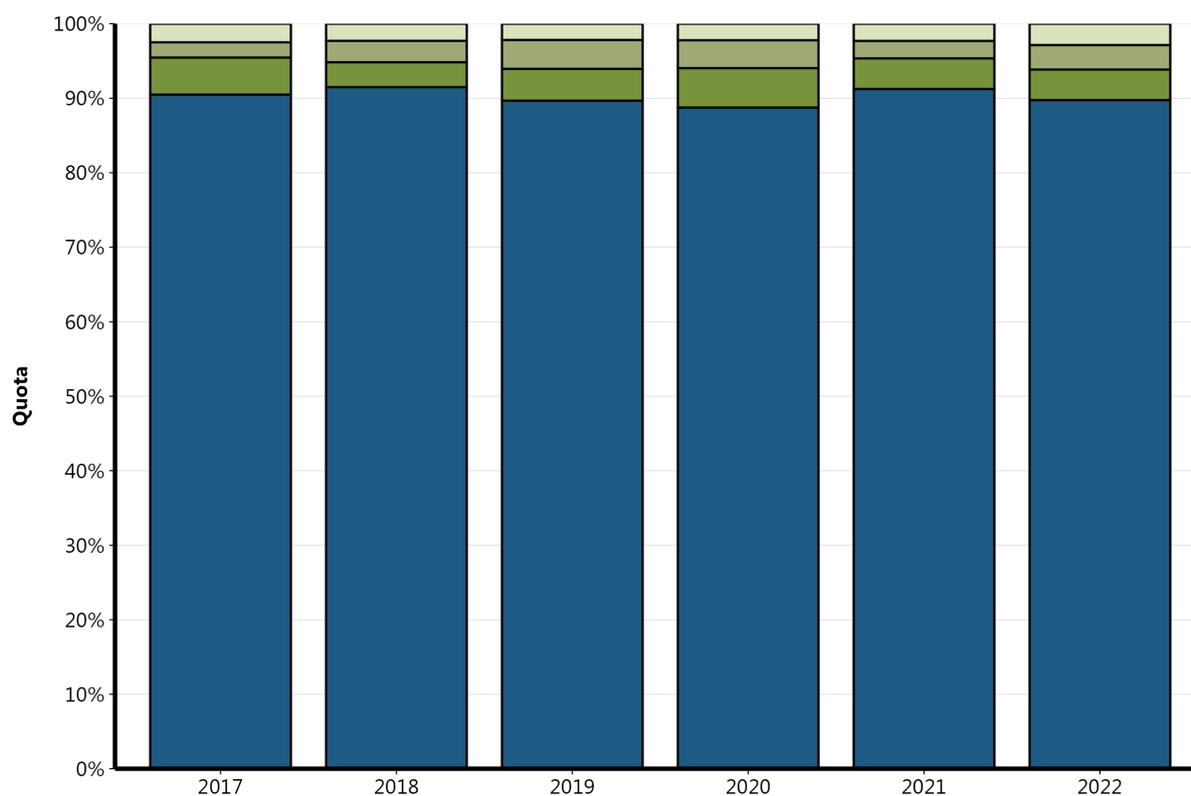
Figura 10: esempio di raffigurazione della percentuale di casi con misure restrittive della libertà per il periodo 2013-2019

### 2.2.7. Confronto annuale della ripartizione dei casi interessati da misure restrittive della libertà

I diagrammi a barre impilate mostrano per ogni anno di misurazione la percentuale di casi (considerando tutte le cliniche del tipo in questione) con nessuna, una, due-tre o più di tre misure restrittive della libertà. I valori numerici esatti sono riportati nella tabella sotto.

#### Cronologia della distribuzione dei casi interessati da MRL

2017 - 2022 (grafico esemplare)



Anno	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Numero di casi	69574	63929	70854	60994	71721	75860
interessati da >3 MRL	2.5%	2.3%	2.2%	2.2%	2.3%	2.9%
interessati da 2-3 MRL	2.0%	2.9%	3.9%	3.7%	2.3%	3.3%
interessati da 1 MRL	5.0%	3.3%	4.3%	5.3%	4.1%	4.1%
non interessati da una MRL	90.5%	91.5%	89.7%	88.8%	91.2%	89.8%

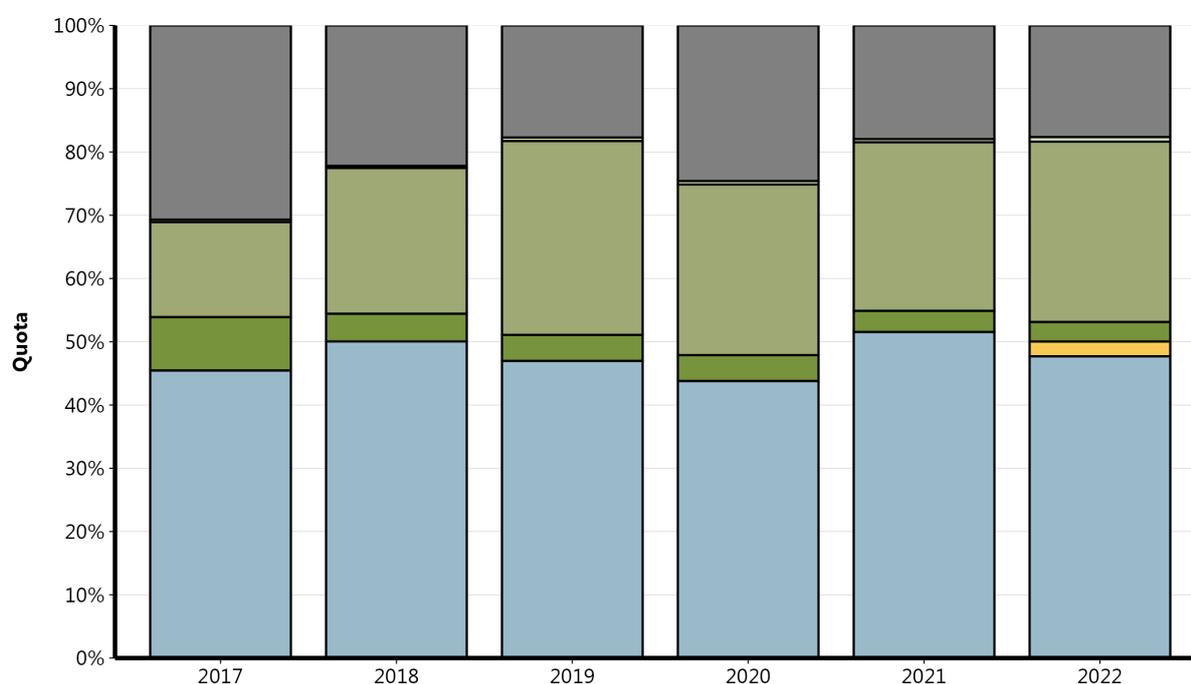
Figura 11: esempio di rappresentazione della ripartizione dei casi interessati da misure restrittive della libertà

## 2.2.8. Confronto annuale delle percentuali delle diverse misure restrittive della libertà

I diagrammi a barre impilate mostrano per ogni anno di misurazione le percentuali dei diversi tipi di misura restrittiva della libertà rispetto al totale delle misure documentate nell'anno di rilevamento in questione. La base non è costituita dal numero di casi di cura interessati, bensì dal numero di misure restrittive della libertà attuate. I valori numerici esatti sono riportati nella tabella sotto.

### Cronologia della distribuzione dei tipi di MRL relativi a tutte le MRL adottate

2017 - 2022 (grafico esemplare)



Anno	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Numero di MRL adottate	13470	10056	15122	18970	21023	20177
Restrizione movimento (sedia e letto)	30.7%	22.2%	17.7%	24.6%	18.0%	17.6%
Contenzione	0.4%	0.3%	0.5%	0.5%	0.5%	0.7%
Medicazione forzata	15.0%	23.0%	30.7%	27.0%	26.6%	28.5%
Immobilizzazione	8.4%	4.4%	4.1%	4.1%	3.3%	3.1%
Isolamento (infettivo/somatico)	-	-	-	-	-	2.3%
Isolamento (psichiatrico)	45.5%	50.0%	47.0%	43.8%	51.6%	47.7%

Figura 12: esempio di rappresentazione dell'evoluzione temporale della ripartizione delle misure restrittive della libertà

### 2.3. Infografica

L'infografica riepiloga su una pagina e rappresenta graficamente i risultati principali di un anno di rilevamento per un pubblico non specialistico. L'ANQ ne allestisce una ciascuno per la psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale, così da poter farsi rapidamente un'idea del peso dei sintomi e dell'adozione di misure restrittive della libertà nelle cliniche psichiatriche. L'infografica riporta le informazioni seguenti per ogni anno di misurazione:

- numero di pazienti;
- numero di cliniche/sedi;
- durata media della degenza nella psichiatria ospedaliera;
- diagnosi principali più frequenti;
- peso medio dei sintomi (tramite autovalutazione e valutazione da parte di terzi);
- numero di casi in tutte le cliniche con almeno una misura restrittiva della libertà.

### 2.4. Comunicato stampa

Il comunicato stampa riprende e commenta i risultati più importanti per ogni anno di misurazione. Esso riporta i risultati principali o determinati argomenti così come presentati nel rapporto comparativo nazionale e viene diffuso tramite l'area del sito dell'ANQ per gli organi di informazione.

### 2.5. Indicazioni sui rischi di interpretazioni errate o mancanti

Si presta in particolare attenzione al fatto che le descrizioni risultino comprensibili anche per persone senza conoscenze di statistica o di medicina. A tale scopo, vengono pubblicate [istruzioni](#) per la lettura dei grafici. Nel rapporto sulla pubblicazione vengono descritti i vantaggi e gli svantaggi delle misurazioni nella psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale (selezione degli indicatori, strumenti di misurazione, procedure di rilevamento, metodo di analisi), nonché le relative limitazioni a livello di rappresentatività e di generalizzazione dei risultati. Vengono in particolare affrontati i punti seguenti.

**Stratificazione dei risultati secondo il tipo di clinica (concerne solo la psichiatria per adulti):** la ripartizione delle analisi mediante le variabili di struttura serve a ridurre l'eterogeneità nella psichiatria per adulti (raggruppamento di cliniche simili), il che aumenta la confrontabilità dei risultati.

La stratificazione è stata sviluppata dall'ANQ con l'esclusivo scopo di ottenere una migliore confrontabilità delle diverse cliniche psichiatriche e per favorire il processo comparativo.

**Valori differenziali HoNOS/HoNOSCA e BSCL/HoNOSCA-SR:** 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.

- Secondo il decorso della malattia, in particolare al cospetto di pazienti con affezioni croniche, una stabilizzazione va già interpretata come un successo della cura, anche se esso non traspare dall'outcome della misurazione.
- La consapevolezza della malattia può costituire un successo della cura, che però si ripercuote negativamente nell'outcome dell'autovalutazione del paziente.
- Quale reazione, tra [bambini e adolescenti](#) si constata sempre un aumento dei sintomi verso la dimissione. Ciò che è parte di un processo di guarigione figura come cambiamento insufficiente tra ammissione e dimissione nel quadro di una misurazione dell'outcome.

**Le cliniche con un numero elevato di degenze di breve durata/di interventi d'urgenza stazionari** (ossia degenze brevi pianificate) presentano un alto tasso di dati non analizzabili. Si tratta di *drop-out* non influenzabili, visto che fino all'anno di rilevamento 2019 gli strumenti di misurazione impiegati non erano concepiti per valutare le degenze brevi. Ai sensi del manuale sulla misurazione e del con-

retto di analisi, i valori outcome potevano finora essere calcolati solo a partire da una degenza di almeno sette giorni. Dall'1.1.2020, i rilevamenti vengono svolti già a partire da una degenza superiore alle 24 ore, il che di regola consente l'analisi di oltre il 90% dei casi stazionari.

La rappresentazione dei risultati considera tutte le cliniche. **Quelle con un numero esiguo di casi** (< 30), e di conseguenza con un'interpretabilità ridotta dei risultati, sono contrassegnate.

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 cliniche che superano questo limite vengono indicate sotto i grafici con i risultati. Si tratta di misure volte a un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

Le **misure restrittive della libertà** possono essere considerate imprescindibili, per esempio quando si tratta di garantire la protezione dei pazienti e del personale clinico. Alcune cliniche non adottano alcuna misura restrittiva della libertà. In caso di necessità, i pazienti in questione vengono trasferiti in un'altra clinica. Non è quindi possibile concludere automaticamente che nessuna misura equivale a un valore positivo e che tante misure sono lo specchio di un valore negativo. Le particolarità contenutistiche delle misure restrittive della libertà devono essere considerate al momento di interpretare questi risultati. Anche se l'obiettivo è adottarne il meno possibile, poche misure non sono automaticamente sinonimo di migliore qualità, dato che le cliniche dispongono di concetti diversi per l'attuazione di misure restrittive della libertà. Alcune cliniche prediligono per esempio l'adozione di misure più frequenti ma più brevi, altre optano per misure meno frequenti ma più lunghe.

Per la qualità è essenziale che tali misure siano ponderate, motivate e documentate, e che rispettino le direttive della protezione dei bambini e degli adulti.

Nel quadro delle sue misurazioni, l'ANQ rileva esclusivamente le misure restrittive della libertà adottate durante la degenza. Va fatta distinzione con il ricovero a scopo di assistenza che, ai sensi dell'art. 426 segg. del CC, può avvenire contro la volontà della persona se quest'ultima espone a pericolo la propria integrità fisica o la propria vita, espone a serio pericolo la vita o l'integrità fisica altrui, e le cure o l'assistenza necessarie non possono esserle prestate altrimenti. Un ricovero di questo genere deve essere richiesto dall'autorità di protezione dei minori e degli adulti oppure da un medico non attivo in una clinica psichiatrica e autorizzato dalla legislazione cantonale. Le cifre inerenti ai ricoveri a scopo di assistenza non vengono rilevate in modo specifico dall'ANQ. Esse rappresentano un criterio della statistica UST e vengono messe a disposizione dell'ANQ. Poiché le diverse misure restrittive della libertà sono sovente fonte di confusione, il rapporto tra le misure interne alla clinica e il ricovero a scopo di assistenza esterno alla clinica viene presentato anche nell'ambito delle misurazioni dell'ANQ.

## 2.6. Valutazione e discussione

Nella **valutazione complessiva** dei risultati, si dà rilievo ad aspetti positivi e all'eventuale potenziale di miglioramento. I risultati sono commentati e discussi solo in forma generale, non specifica per ciascuna clinica. L'analisi dettagliata dei risultati e la comunicazione di eventuali modifiche o misure di miglioramento all'opinione pubblica rientrano nella responsabilità e nella competenza decisionale delle cliniche.

Quale **messaggio secondario**, gli sforzi delle cliniche nell'ambito della qualità vengono messi in risalto. L'importanza degli indicatori per lo sviluppo della qualità nelle cliniche è evidenziata sul piano nazionale, mentre spetta ai singoli istituti sottolinearne l'importanza al loro interno. Le esperienze e le conoscenze acquisite con la misurazione, nonché le possibili conseguenze future, sono presentate se di interesse per l'opinione pubblica.

I rapporti comparativi nazionali sono redatti considerando i criteri della rilevanza, della correttezza e della comprensibilità ai sensi dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (**ASSM**) (vedi [raccomandazioni sul rilevamento, l'analisi e la pubblicazione di dati sulla qualità delle cure mediche](#)). Trattandosi di una pubblicazione all'attenzione dell'opinione pubblica, il criterio della comprensibilità è preponderante.

## 2.7. Misure per la pubblicazione

Nella psichiatria per adulti, i grafici concernenti il peso dei sintomi (grafici 1 e 2) sono pubblicati in modo trasparente dal rilevamento 2014, quelli riguardanti le misure restrittive della libertà (grafici 3 e 4) dal 2015. Nella psichiatria infantile e adolescenziale, i grafici sul peso dei sintomi e le misure restrittive della libertà (grafici 1-3) sono pubblicati in modo trasparente dal rilevamento 2015. In questo modo, la qualità dei grafici è garantita, dato che per ogni indicatore di qualità (peso dei sintomi e misure restrittive della libertà) sono state svolte due analisi comparative nazionali codificate.

Con ogni pubblicazione trasparente dei grafici interattivi sul [sito dell'ANQ](#), viene inviato il comunicato stampa e sempre sul sito sono consultabili le infografiche e i rapporti comparativi nazionali. Prima di una pubblicazione trasparente, le cliniche e le parti contraenti dell'ANQ ricevono per informazione la documentazione definitiva. Le cliniche partecipanti hanno inoltre la possibilità di vedere i loro risultati in forma pseudonimizzata, di confrontarli e di commentarli. I commenti, che non vengono modificati dall'ANQ, sono pubblicati sul sito dell'ANQ insieme ai risultati.

### 3. Contenuti e tipo di risultati non pubblicati

---

Ai punti 3.1-3.2, sono descritti i risultati pubblicati in modo non trasparente della psichiatria ospedaliera per adulti, infantile e adolescenziale. Si tratta degli aspetti seguenti:

- qualità dei dati (a livello nazionale e specifico per ogni clinica);
- risultati specifici per ogni clinica;
- analisi dei partner.

#### 3.1. Qualità dei dati (a livello nazionale e specifico per ogni clinica)

La qualità dei dati è data dalla quantità di dati inviati per i casi trattati e dalla completezza, rispettivamente dalla correttezza della documentazione delle informazioni da fornire. Sulla base di questi due aspetti, viene calcolato il tasso di risposta, ossia la quota di casi di una sede per la quale sono stati forniti dati sufficientemente documentati. L'ANQ ha fissato valori attesi per misurare la qualità dei dati delle singole cliniche nei rapporti. I rapporti sulla qualità dei dati servono per descrivere la rappresentatività delle analisi dei risultati e sostenere l'ulteriore miglioramento.

##### 3.1.1. Rapporto nazionale sulla qualità dei dati

Dopo la consegna dei dati, le cliniche ricevono i rapporti nazionali sulla qualità dei dati per la psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale contenenti in particolare grafici che mettono a confronto la qualità dei dati dell'autovalutazione, della valutazione da parte di terzi e dell'adozione di misure restrittive della libertà nelle singole cliniche. Questi tre grafici sono pubblicati anche nel rapporto comparativo nazionale. I rapporti nazionali sulla qualità dei dati contengono inoltre altri dettagli sui motivi che nelle varie sedi hanno comportato dei *drop-out* e sulle potenziali inesattezze nella documentazione delle misure restrittive della libertà.

##### 3.1.2. Rapporti specifici sulla qualità dei dati

Tra maggio dell'anno di misurazione in corso e la consegna dei dati nel mese di marzo dell'anno successivo, le cliniche possono creare in qualsiasi momento analisi individuali della qualità dei dati nel dashboard moniQ sulla base dei dati caricati in quel momento dall'istituto. Ciò consente di verificare già nel corso dell'anno se la documentazione e la formattazione soddisfino i requisiti in termini di qualità. Vi sono moltissime analisi volte a individuare possibili problemi e un eventuale potenziale di miglioramento. I risultati possono essere scaricati anche sotto forma di rapporto PDF sulla qualità dei dati. Dopo la consegna dei dati per un periodo di misurazione, il rapporto specifico sulla qualità dei dati sarà disponibile su moniQ nella sua versione definitiva con l'aggiunta dei valori di riferimento nazionali per la clinica.

#### 3.2. Risultati specifici per ogni clinica

##### 3.2.1. Rapporti comparativi specifici

Prima della pubblicazione trasparente, le cliniche ricevono i loro risultati sotto forma di rapporto con dettagli sullo sviluppo interno della qualità (p.es. valori differenziali sulla riduzione del peso dei sintomi senza aggiustamento secondo il rischio o valori specifici per ogni singolo item). I rapporti individuali vengono messi a disposizione delle cliniche tramite il dashboard moniQ.

##### 3.2.2. Dashboard dei risultati

Nel corso del terzo trimestre 2024, alle cliniche verrà messo a disposizione un nuovo dashboard per i risultati, in cui verranno attivate progressivamente funzioni supplementari. Il dashboard permette di consultare i propri risultati durante l'anno e di comporre numerose analisi individuali combinando le variabili disponibili. Le analisi dei risultati possono per esempio essere effettuate combinando gruppi

di diagnosi e sesso. Potendo integrare altre variabili individuali nel proprio set di dati, inoltre, gli istituti hanno l'opportunità di valutare aspetti specifici, per esempio di svolgere analisi per reparto. La funzione del calcolo dei valori di riferimento consente di verificare i risultati nel confronto con altre cliniche. Le rappresentazioni sotto forma di grafici o tabelle di diverso tipo sono esportabili e quindi utilizzabili per rapporti o presentazioni.

### 3.3. Analisi dei partner

I partner dell'ANQ, nonché i singoli Cantoni e assicuratori possono ordinare a pagamento i risultati nazionali delle misurazioni in **formato Excel** (risultati di tutte le cliniche della Svizzera con valore medio nazionale). Le tabelle Excel contengono i dati accessibili pubblicamente sul sito dell'ANQ, nonché i commenti delle cliniche (contenuti delle finestre pop-up). In base alle ordinazioni, il file Excel viene messo a disposizione insieme alla documentazione accompagnatoria dieci giorni lavorativi prima della pubblicazione trasparente. Su richieste, le cliniche lo ricevono gratuitamente.

I Cantoni possono ordinare a pagamento un'analisi specifica per le cliniche del loro territorio (con confronto tra le singole cliniche di un Cantone con il valore medio nazionale) sotto forma di rapporto (**analisi cantonale**).

## 4. 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.
- 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.

## 5. Impressum

---

Titolo	Concetto di pubblicazione 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 pubblicazione – 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