
Concetto di analisi

Psichiatria ospedaliera per adulti

Piano nazionale di misurazione nella psichiatria per adulti

Agosto 2023, versione 8.0

Indice

Codici cromatici/cronologia delle modifiche.....	3
1. Situazione di partenza.....	4
2. Metodi di rilevamento dei dati.....	5
2.1. Piano di misurazione psichiatria per adulti.....	5
2.2. Momenti della misurazione.....	6
2.3. Definizione del caso.....	6
2.4. Criteri di inclusione e di esclusione.....	6
2.5. Portata della prova a campione.....	6
2.6. Stratificazione.....	7
3. Trasferimento ed elaborazione dei dati.....	8
3.1. Protezione dei dati.....	8
3.2. Trasferimento dei dati.....	8
3.3. Qualità dei dati.....	9
3.3.1. Tasso di risposta/valori attesi.....	9
3.3.2. Controllo dei dati.....	9
3.3.3. Valori mancanti e/o non plausibili.....	9
4. Rappresentazione dei risultati specifici secondo la clinica.....	11
5. Analisi.....	12
5.1. Parametri della qualità per le cliniche con aggiustamento secondo il rischio.....	12
5.2. Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati.....	13
5.2.1. Confronto grafico della riduzione del peso dei sintomi tra le cliniche.....	13
5.2.2. Confronto grafico delle misure restrittive della libertà tra le cliniche.....	15
5.2.3. Panoramica tabellare generale riduzione del peso dei sintomi.....	17
5.2.4. Panoramica tabellare generale dettagliata misure restrittive della libertà.....	18
5.2.5. Confronto annuale risultati della misurazione.....	18
5.2.6. Confronto annuale ripartizione dei casi interessati da misure restrittive della libertà.....	20
5.2.7. Confronto annuale percentuali delle diverse misure restrittive della libertà.....	21
6. Bibliografia.....	22

Codici cromatici/cronologia delle modifiche

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

CODICE CROMATICO	VALIDITÀ MODIFICA	BREVE DESCRIZIONE
BLU	1.8.2023	Introduzione del nuovo tipo di clinica V – psichiatria geriatrica (analisi con i risultati del rilevamento 2023); nuovi grafici sulle misure restrittive della libertà nei rapporti comparativi nazionali; adeguamenti linguistici generali.
GIALLO	1.8.2019	Stratificazione: precisazioni. Confronti quota casi con misure restrittive della libertà: invece dell'indicazione degli intervalli di confidenza, si segnala il quartile in cui si trova la clinica. Precisazioni linguistiche in relazione ai tipi di grafico utilizzati.
VERDE	1.1.2022	Adeguamento della rappresentazione dei valori comparativi (riduzione del peso in bianco, aumento del peso in arancione) e del calcolo del valore comparativo medio. Aggiornamento successivo della rappresentazione dei confronti annuali. Nuovo rimando all'infografica invece che al rapporto breve.

1. Situazione di partenza

L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) è stata costituita nel 2009 da tutti i partner importanti del settore sanitario svizzero sulla base della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). I membri dell'ANQ sono l'associazione degli ospedali svizzeri H+, le associazioni degli assicuratori (santésuisse e curafutura), gli assicuratori federali sociali (infortuni, militare, invalidità), tutti i ventisei Cantoni e il Principato del Liechtenstein. Tutte le cliniche per la psichiatria stazionaria che hanno sottoscritto la convenzione sulla qualità dell'ANQ sono tenute a partecipare alle misurazioni nazionali della qualità.

I dati rilevati vengono analizzati in modo comparativo a livello nazionale allo scopo di documentare, perfezionare e migliorare la qualità. Le cliniche della psichiatria per adulti partecipano da luglio 2012. I risultati sono stati pubblicati la prima volta con i dati 2014 per il peso dei sintomi e con i dati 2015 per le misure restrittive della libertà.

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. Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati i dati rilevati e come vengono rappresentati e pubblicati i risultati. Viene annessa particolare importanza all'aggiustamento secondo il rischio, il quale consente un confronto equo tra le cliniche. La redazione del concetto di analisi è il frutto di una stretta cooperazione tra l'ANQ, il Comitato per la qualità Psichiatria e l'istituto di analisi w hoch 2. I concetti di analisi dell'ANQ si basano sulla [convenzione nazionale sulla qualità](#), sul [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#) e sui [requisiti generali per questo genere di concetti](#). L'elaborazione dei concetti di analisi dell'ANQ si svolge per processi, con l'integrazione progressiva di nuove conoscenze tratte dai risultati delle analisi.

2. Metodi di rilevamento dei dati

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](#) e nel documento «[Definizione dei dati](#)» dell'ANQ.

2.1. Piano di misurazione psichiatria per adulti

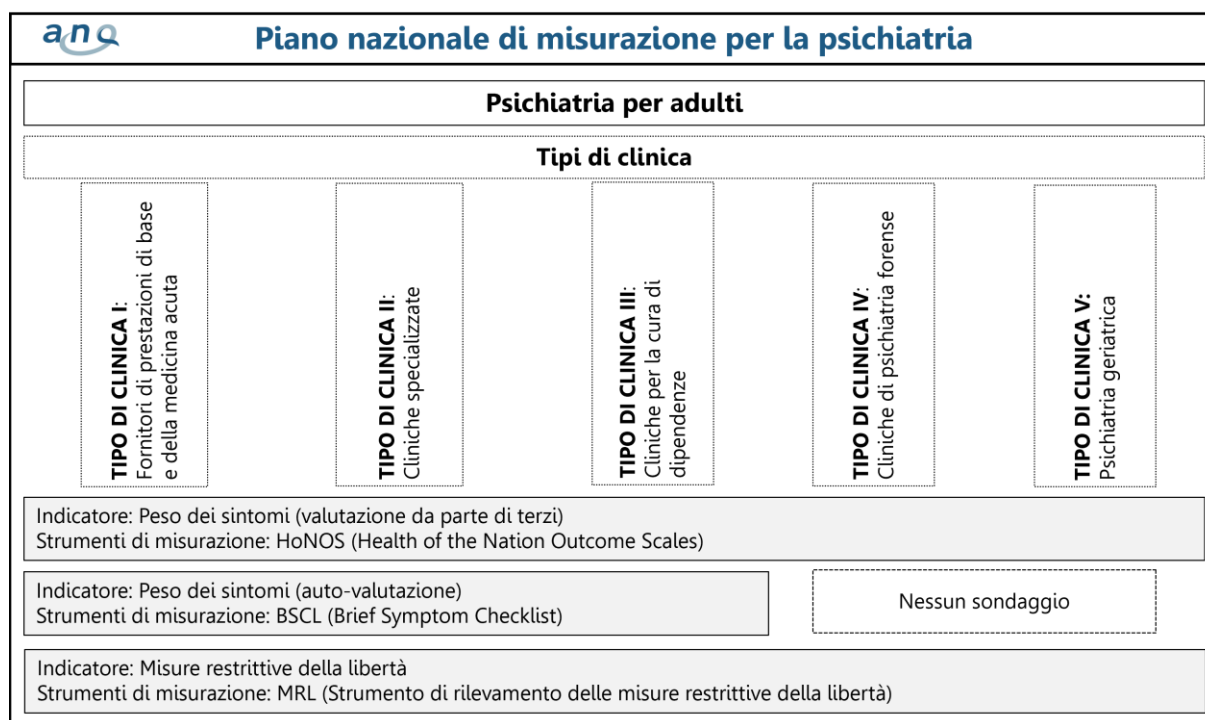


Figura 1: piano di misurazione psichiatria per adulti (valido dal rilevamento 2023)

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

I valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non la 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 raccolti 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 [concetto dettagliato per la statistica medica](#). Fondamentalmente, un'unità di rilevamento rappresenta un caso di cura. Sulla scorta dell'esperienza acquisita con la misurazione 2018, nel luglio 2019 il Comitato ha deciso di adottare la definizione del caso **senza** la composizione di casi ai sensi della TARPSY/SwissDRG (a partire dall'anno di misurazione 2019). I dati **non** potranno quindi contenere composizioni di casi (riammissioni entro diciotto giorni nella stessa clinica).

2.4. Criteri di inclusione e di esclusione

La misurazione nazionale della qualità nella psichiatria ospedaliera per adulti esclude fondamentalmente casi di psichiatria infantile e adolescenziale. Dal 1° luglio 2013, per la psichiatria infantile e adolescenziale esiste un piano di misurazione ANQ a sé stante con le relative basi concettuali.

Se tuttavia vengono curati adolescenti nella psichiatria per adulti, essi devono essere inclusi e i rispettivi 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 misurazioni non si basa pertanto sull'età, bensì sull'istituto partecipante.

2.5. Portata della prova a campione

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi (rilevamento completo) gestiti a livello ospedaliero nel corso del periodo di rilevamento nei reparti destinati alla psichiatria per adulti. Gli istituti hanno la possibilità di fornire set di dati con casi non necessari, quindi casi con ammissione prima dell'1.7.2012 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 non ci sia un onere aggiuntivo per le cliniche.

L'analisi considera i casi di pazienti ammessi a partire dall'inizio della misurazione (1.7.2012) 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.

2.6. Stratificazione

La stratificazione è stata sviluppata dall'ANQ allo scopo di ottenere una migliore confrontabilità delle diverse cliniche psichiatriche e per favorire il processo comparativo. L'analisi è stratificata secondo **cinque tipi di clinica** (vedi tabella 1).

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

Informazioni sulla stratificazione sono disponibili nell'apposita scheda informativa (→ Tipi di cliniche) sul [sito dell'ANQ](#).

3. Trasferimento ed elaborazione dei dati

3.1. Protezione dei dati

Il rilevamento sottostà al Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati. Per garantire un più elevato grado di anonimato dei dati, il set di dati minimo dell'UST da inviare all'istituto di analisi non deve contenere informazioni sulla data di nascita, bensì solo l'età al momento dell'ammissione. Il codice anonimo di collegamento è sostituito da numeri di identificazione del caso e del paziente.

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.

3.2. Trasferimento 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 da 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 qualità 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 a w hoch 2 tra gennaio e il 7 marzo (il giorno di riferimento per la trasmissione dei dati è sempre lo stesso). Anche questa operazione può essere effettuata nel dashboard.

La figura 2 riepiloga i dati da fornire per ciascun caso. Maggiori informazioni su valori mancanti e motivi di esclusione dall'analisi si trovano al punto 3.3.3.

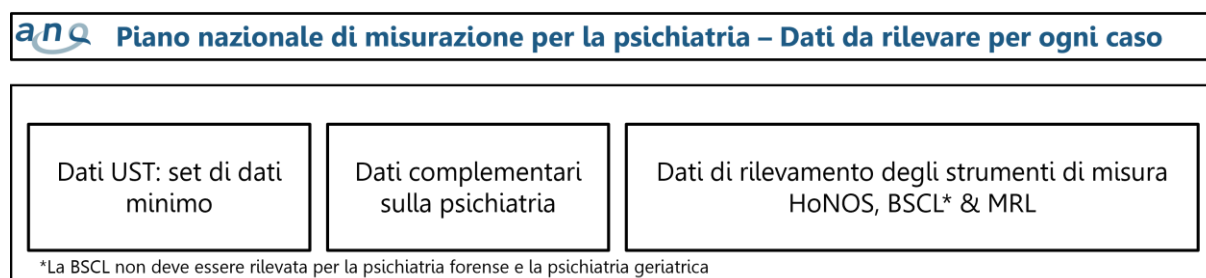


Figura 2: dati da fornire per ogni caso

3.3. Qualità dei dati

3.3.1. 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 i valori mancanti per tutte le variabili UST che non devono essere obbligatoriamente dichiarate. Le poche cliniche che superano questo limite vengono indicate sotto i grafici con i risultati. Si tratta di una misura volta ad un ulteriore miglioramento della confrontabilità.

3.3.2. Controllo dei dati

Per garantire una qualità dei dati sufficiente, il controllo deve avvenire su più livelli. Il primo (completezza in riferimento ai casi) andrebbe effettuato direttamente in seno alla clinica partecipante. Nel documento per il controllo e la validazione dei dati disponibile sul [sito dell'ANQ](#) 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: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- BSCL: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- Rilevamento delle misure restrittive della libertà: sono stati registrati isolamenti o immobilizzazioni contemporanei o che si sovrappongono?

3.3.3. Valori mancanti e/o non plausibili

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, rilevate per la statistica medica (dati minimi e dati supplementari per la psichiatria) dell'UST, vengono valutate come variabili (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/BSCL all'ammissione → non sono 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 o della BSCL, il caso viene escluso dall'analisi del rispettivo strumento. I casi riguardanti degenze brevi sono a loro volta esclusi dai confronti tra cliniche. Maggiori informazioni si trovano sul [sito dell'ANQ](#).

Strumenti di misurazione HoNOS e BSCL

Per l'HoNOS e la BSCL, 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](#) e **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

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.

- Tutte le misure restrittive della libertà: durata negativa (inizio successivo alla fine)
- Immobilizzazione: > 2 settimane
- Per tutti gli altri tipi di misura restrittiva della libertà, non sono previsti limiti di durata.

4. Rappresentazione dei risultati specifici secondo la clinica

Il rapporto serve in primis a informare i partner dell'ANQ e altre persone interessate. Per la psichiatria per adulti, ogni anno viene redatto un rapporto complessivo (rapporto comparativo nazionale) con rappresentazioni comparative dei risultati e della qualità dei dati. Esso contiene analisi separate per i cinque tipi di clinica. Ciò significa che le sedi e i reparti vengono confrontati tra loro all'interno di questi cinque tipi di clinica.

L'infografica riepiloga e rappresenta graficamente i risultati principali per un pubblico non specialistico.

Alle cliniche viene inoltre inviato un rapporto comparativo specifico con confronti all'interno dei cinque tipi di clinica. I risultati esposti in questo rapporto vengono pubblicati anche nel dashboard moniQ in un contesto dinamico. 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.

Le cliniche ricevono infine un rapporto nazionale sulla qualità dei dati con analisi comparative al riguardo. I rapporti specifici sulla qualità dei dati possono essere generati direttamente tramite il dashboard moniQ.

La pubblicazione dei rapporti comparativi nazionali annuali è responsabilità dell'ANQ (vedi [concetto di pubblicazione per la psichiatria per adulti](#)). I rapporti comparativi specifici secondo la clinica e il rapporto nazionale sulla qualità dei dati non vengono pubblicati (vedi figura 3).

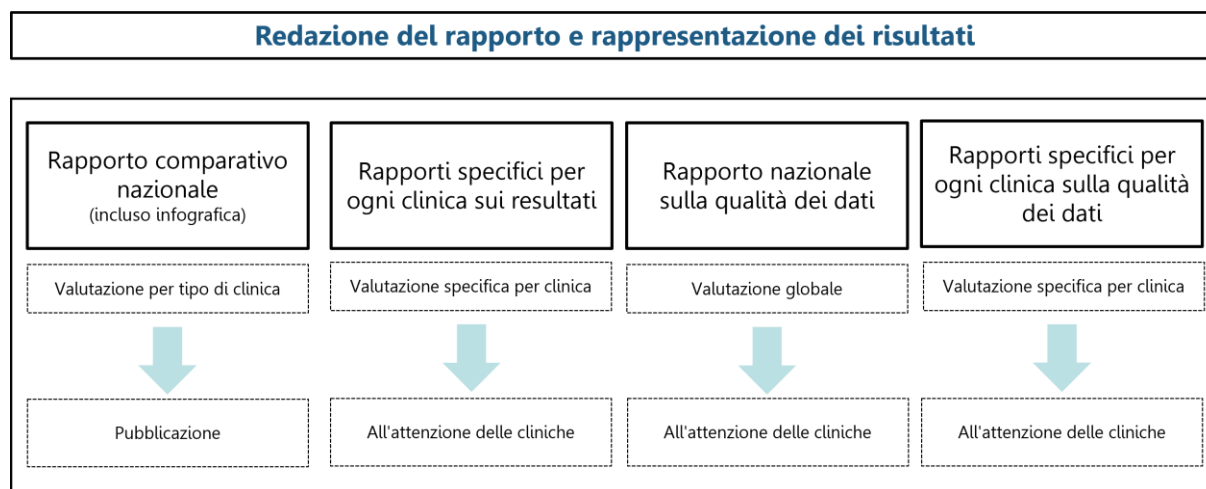


Figura 3: panoramica dei rapporti dell'ANQ nel settore della psichiatria

I messaggi di base vengono pubblicati sul sito dell'ANQ sotto forma di confronti suddivisi secondo i **cinque tipi di clinica** (vedi [concetto di pubblicazione per la psichiatria per adulti](#)).

5. Analisi

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 dall'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.

5.1. Parametri della qualità per le cliniche con aggiustamento secondo il rischio

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 utilizzare per l'aggiustamento secondo il rischio sono indicate al punto 3.3.3.

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 di 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 nella BSCL né nell'HoNOS.

5.2. Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati

5.2.1. Confronto grafico della riduzione del peso dei sintomi tra le cliniche

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. Esso vale anche per il valore comparativo BSCL.

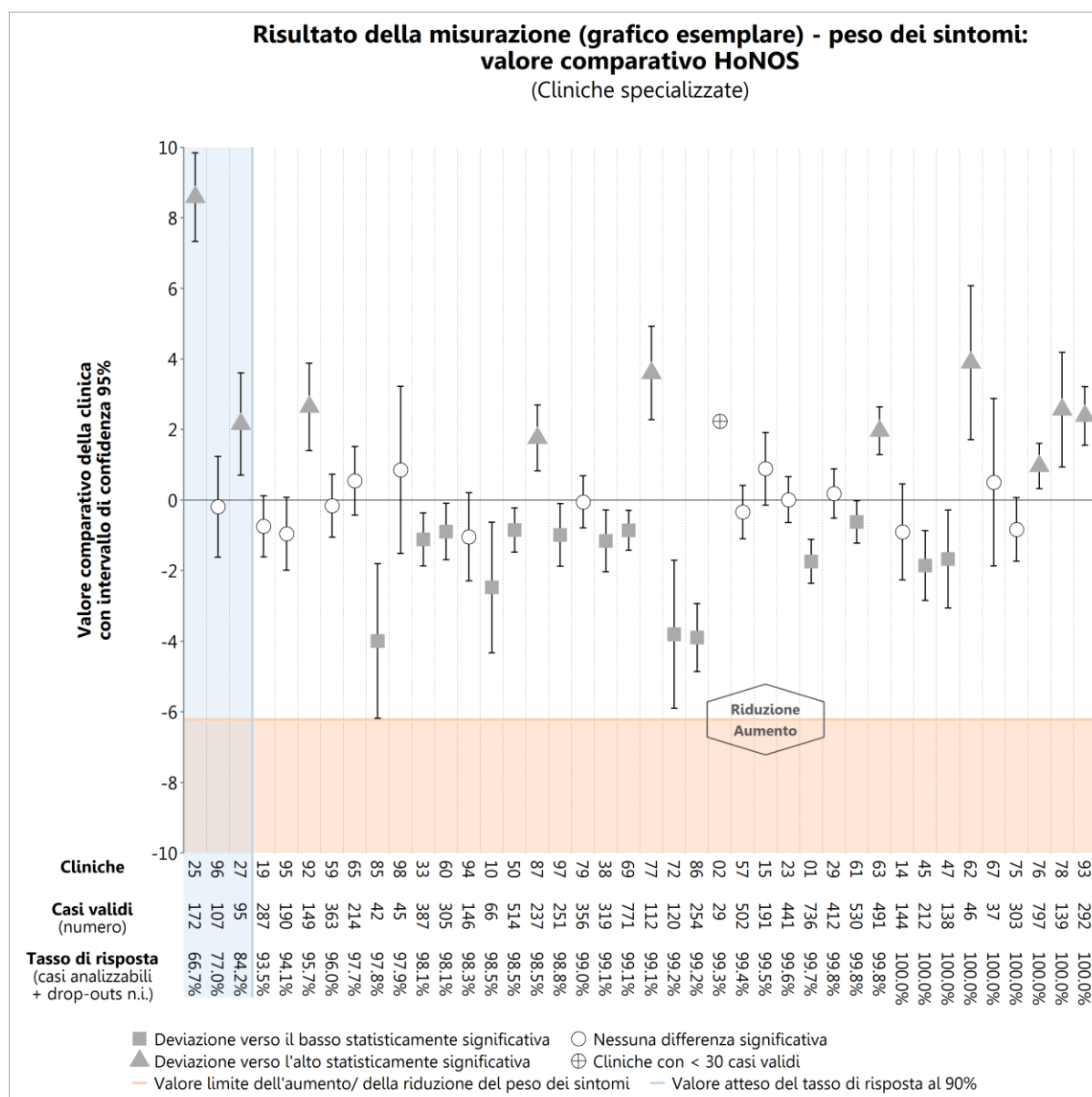


Figura 4: esempio di rappresentazione del peso dei sintomi con il valore comparativo HoNOS (vale per analogia anche per la BSCL)

Ogni clinica è rappresentata dal suo valore comparativo (per HoNOS e BSCL), compreso l'intervallo di confidenza simultaneo 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. Così, si nota in modo più chiaro che anche cliniche con risultati al di sotto del valore medio di norma presentano pazienti per i quali è stata rilevata una riduzione media 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.

5.2.2. Confronto grafico delle misure restrittive della libertà tra le cliniche

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.

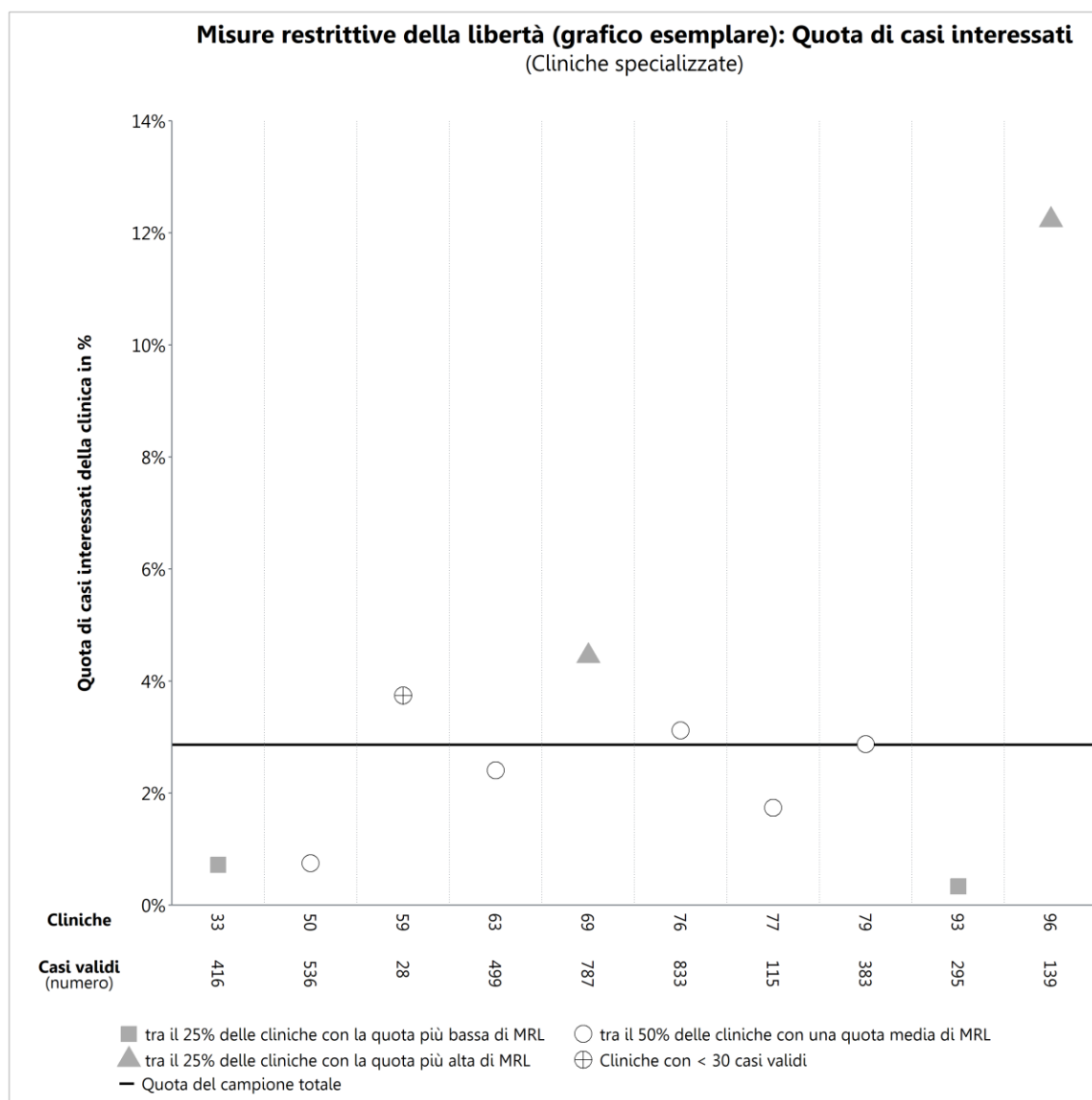


Figura 5: esempio di rappresentazione della quota di misure restrittive della libertà

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, un triangolo grigio significa 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.

5.2.3. Panoramica tabellare generale 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
- Autovalutazione: valore comparativo BSCL

Clinica No.	73		74		80		81		82	
Misura	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL
significativamente sup.	#									
non significativo			#	#	#				#	#
significativamente inf.										

Clinica No.	83		88		99		108	
Misura	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL	HoNOS	BSCL
significativamente sup.								
non significativo	#	#		#				
significativamente inf.								

■ HoNOS ■ BSCL n<30 → Intervallo di confidenza non calcolato ■ Nessun dato analizzabile fornito
 # Tasso di risposta < 90% (HoNOS) rispettivamente 60% (BSCL)

Figura 6: esempio di rappresentazione della 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. Per le cliniche della psichiatria forense e della psichiatria geriatrica (dal rilevamento 2023), sono riportati esclusivamente i risultati dell'HoNOS. La posizione dei campi colorati indica se per la rispettiva dimensione una clinica presenta una divergenza significativa dal valore medio delle altre cliniche dello stesso tipo. 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 del suo tipo. 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, 60% BSCL) 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.

5.2.4. Panoramica tabellare generale dettagliata misure restrittive della libertà

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

- quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (MRL)
- 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)
- Misura restrittiva della libertà di movimento (in sedia e a letto, frequenza/caso)

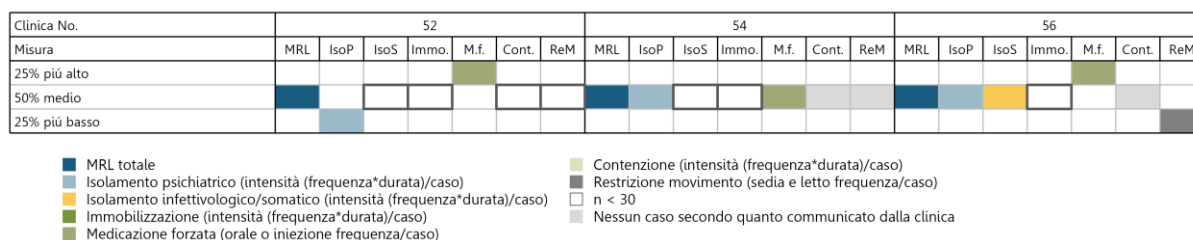


Figura 7: esempio di rappresentazione della panoramica dettagliata delle misure restrittive della libertà

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.

Nell'annesso al rapporto comparativo nazionale si trova una tabella con valori numerici corrispondenti alle misure restrittive della libertà.

5.2.5. Confronto annuale risultati della misurazione

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 e la BSCL. 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 e 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 la BSCL sono rappresentati in modo analogo.

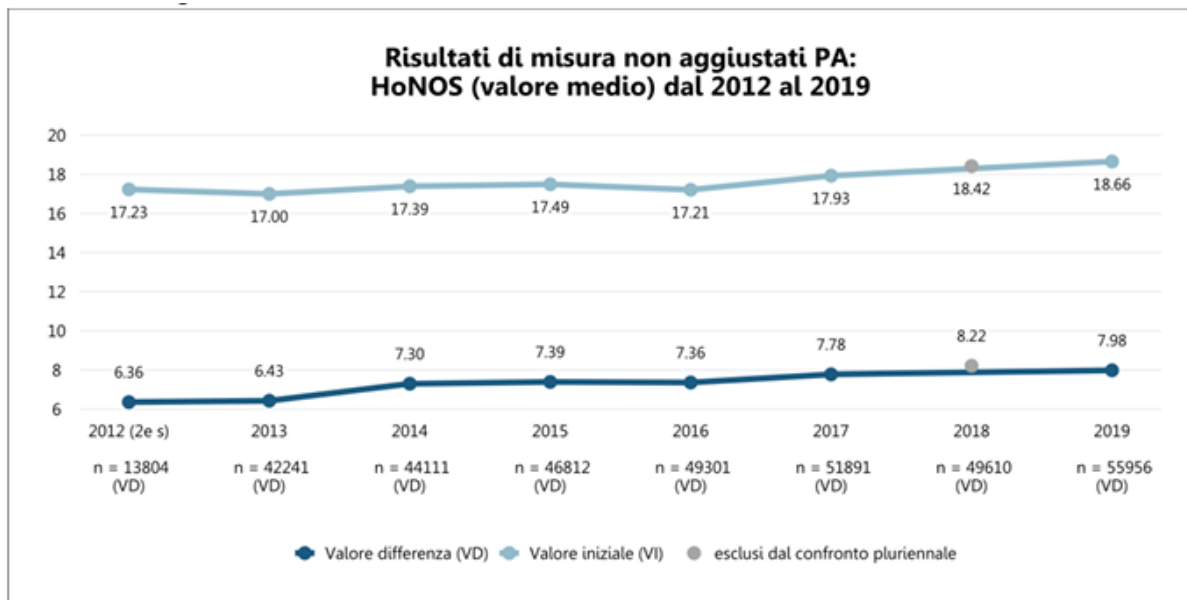


Figura 8: esempio di grafico psichiatria per adulti: valori all'ammissione e differenziali dell'HoNOS per il periodo 2012-2019

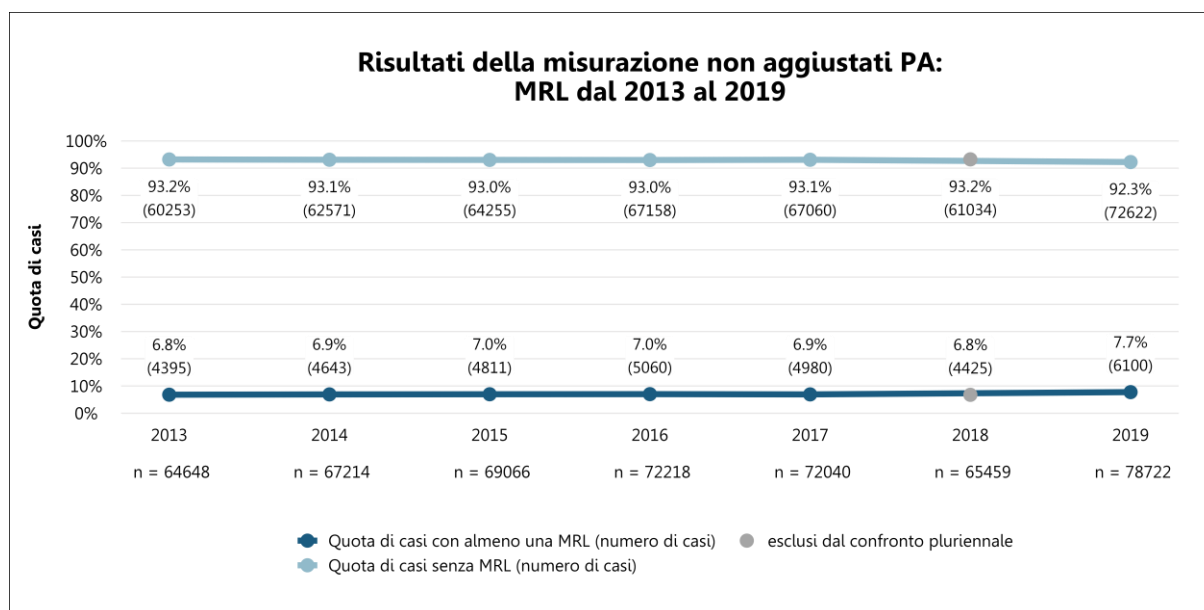


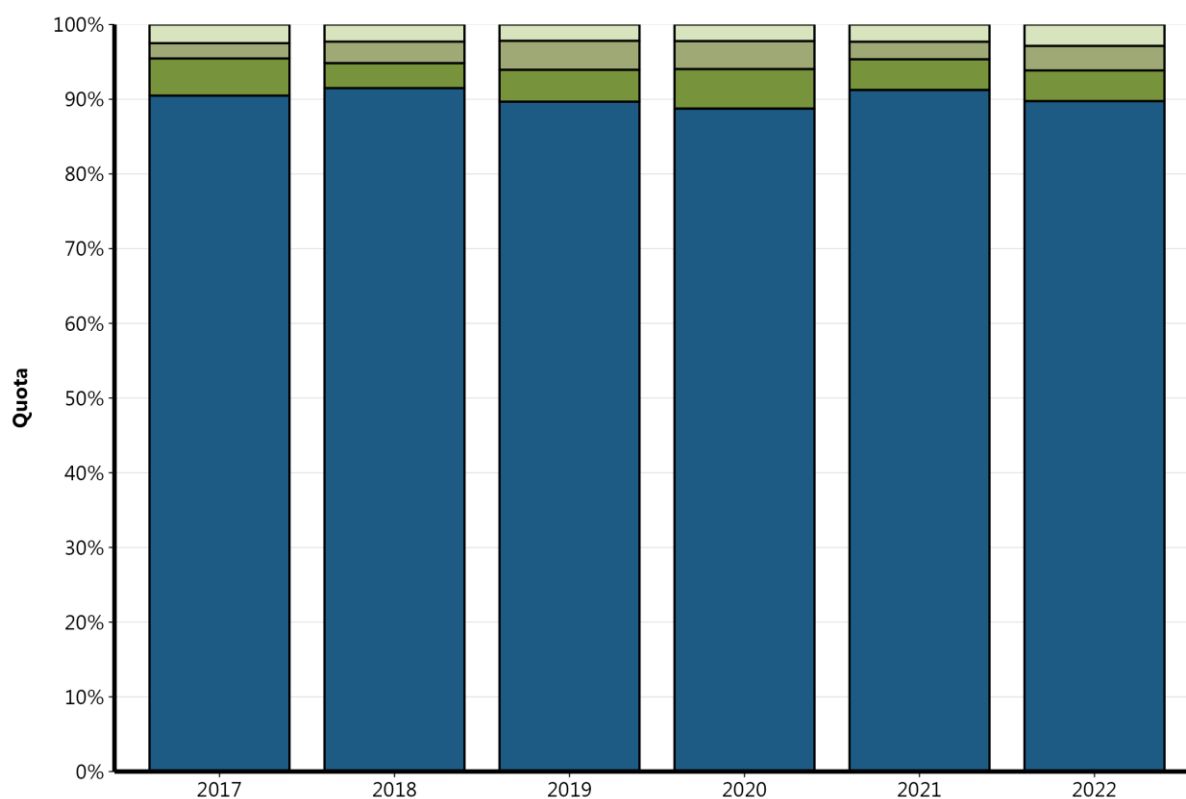
Figura 9: esempio di grafico psichiatria per adulti: percentuale di casi con misure restrittive della libertà per il periodo 2013-2019

5.2.6. Confronto annuale 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 10: ripartizione dei casi interessati da misure restrittive della libertà

5.2.7. Confronto annuale 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)

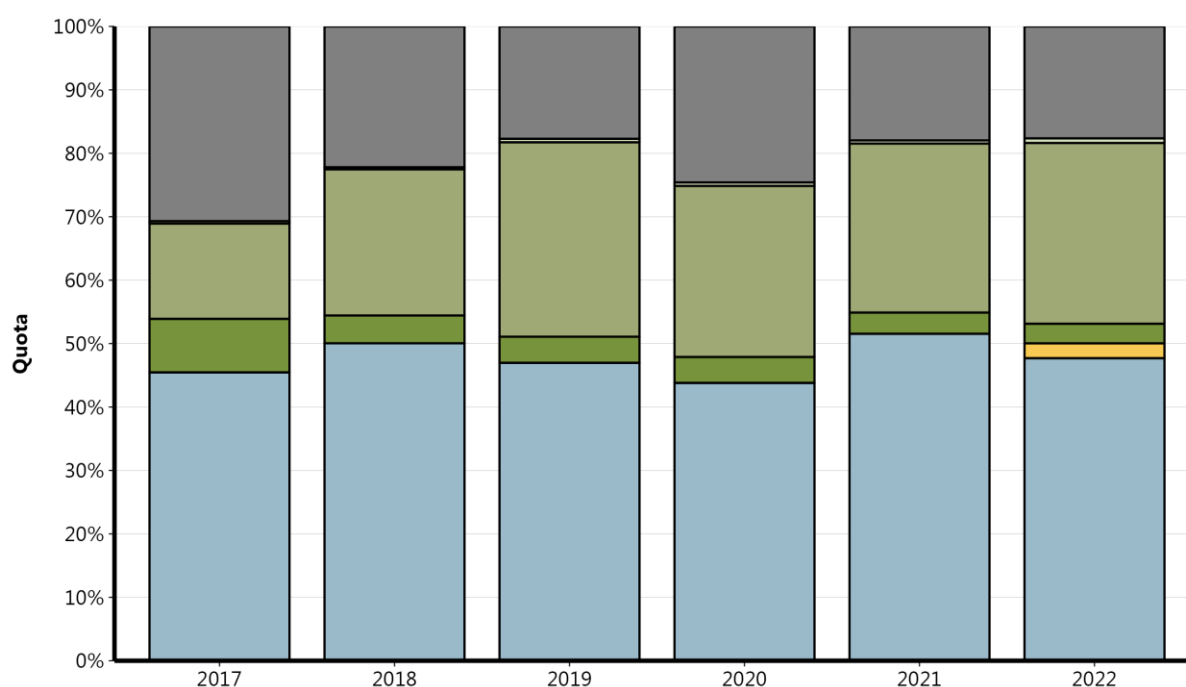


Figura 11: evoluzione temporale della ripartizione delle misure restrittive della libertà

6. Bibliografia

- 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
- 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.
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- 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
- 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.
- 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