



Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken
Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques
Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche

Concetto di analisi ANQ

Misurazioni nazionali nella psichiatria ospedaliera per adulti

Indicatori "peso dei sintomi" e "misure restrittive della libertà"

14° luglio 2016 / versione 6.1

Indice

Impressum.....	3
1. Situazione di partenza.....	4
2. Metodi di rilevamento dei dati.....	5
2.1 Rilevamento dei dati.....	5
2.2 Strumenti di misurazione.....	5
2.3 Indicatori.....	6
2.4 Momenti della misurazione.....	6
2.5 Definizione del caso.....	6
2.6 Portata della prova a campione.....	7
2.7. 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	
3.3.2 Controllo dei dati	
4. Rapporti.....	10
4.1 Rapporto comparativo nazionale.....	10
4.1.1 Struttura di base	
4.1.2 Contenuto del rapporto comparativo nazionale	
4.2 Versione breve del rapporto comparativo nazionale.....	12
4.3 Rapporto nazionale sulla qualità dei dati.....	12
4.3.1 Struttura di base	
4.3.2 Contenuto del rapporto nazionale sulla qualità dei dati	
4.4 Rapporto specifico per ogni clinica.....	13
4.4.1 Struttura di base	
4.4.2 Contenuto del rapporto specifico per ogni clinica	
4.5 Pubblicazione dei risultati.....	15
5. Analisi.....	15
5.1 Aggiustamento secondo il rischio.....	15
5.2 Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati.....	16
5.2.1 Confronto grafico tra le cliniche	
5.2.2 Panoramica tabellare generale	
5.2.3 Confronto annuo risultati della misurazione	
5.3 Rappresentazione confronto annuo della qualità dei risultati.....	20
5.4 Analisi psichiatria forense.....	21
6. Bibliografia e materiale.....	22



Impressum

Titolo	Concetto di analisi ANQ Misurazioni nazionali nella psichiatria ospedaliera per adulti Indicatori "peso dei sintomi" e "misure restrittive della libertà"
Anno	2016
Autori	Dr. Bernhard Bührlen, responsabile progetto, Clinica psichiatrica universitaria di Basilea Simone McKernan, MSc, UPK Basilea Dr. Evita Harfst, UPK Basilea Dr. Johanna Friedli, responsabile Psichiatria, ANQ Con il coinvolgimento del Comitato per la qualità Psichiatria
Committente rap- presentato da	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) Segretariato generale ANQ Thunstr. 17 3000 Berna 6 www.anq.ch
Copyright	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ)

1. Situazione di partenza

In Svizzera opera una sessantina abbondante di cliniche psichiatriche, per un totale di circa 69'000 casi ospedalieri l'anno. Per l'attuazione delle disposizioni della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), l'ANQ svolge su mandato dei suoi partner tariffali (H+, santésuisse, assicuratori sociali federali e Cantoni) misurazioni nazionali nella psichiatria stazionaria. I dati rilevati vengono analizzati in modo comparativo a livello nazionale allo scopo di documentare, perfezionare e migliorare la qualità.

Il reparto Qualità e processi della clinica psichiatrica universitaria di Basilea (UPK), che funge da istituto di analisi, è stato incaricato dall'ANQ di redigere un concetto di analisi per tali misurazioni e di accompagnarle dal punto di vista scientifico. L'elaborazione dei concetti di analisi dell'ANQ si svolge per processi. I concetti di analisi dell'ANQ si basano sul contratto nazionale di qualità, sul Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati e sui requisiti generali per questo genere di concetti.¹

La presente versione riflette lo stato attuale dei lavori ed è stata redatta sulla scorta delle precedenti, completate progressivamente con i dati rilevati nel periodo 2012-2014 dalle cliniche e con le nuove conoscenze acquisite tramite le analisi. Essa comprende già anche i cambiamenti introdotti in base ai riscontri della consultazione svoltasi nel 2014 e nel 2016 tra i partner dell'ANQ (H+ (cliniche psichiatriche), santésuisse (assicuratori malattia e assicuratori sociali) e CDS (Cantoni)) sulla stratificazione dei risultati secondo le variabili di struttura e sull'analisi non aggiustata delle misure restrittive della libertà.²

¹ Per maggiori ragguagli sul metodo: l'istituto di analisi ha redatto un rapporto sul metodo (20.8.2015) sulla base dei dati 2013.

² Il gruppo di esperti «Discussione metodica» costituito dall'ANQ nel 2015 si sta occupando, in collaborazione con l'istituto di analisi, dei possibili perfezionamenti della procedura statistica. Le raccomandazioni di questi esperti sono attese in un secondo tempo e non sono pertanto ancora oggetto della presente versione.

2. Metodi di rilevamento dei dati

2.1 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.³ Tutte le cliniche per la psichiatria stazionaria che hanno sottoscritto il contratto di qualità dell'ANQ partecipano a questa misurazione nazionale della qualità.

2.2 Strumenti di misurazione

Nelle cliniche vengono rilevati cinque set di dati riferiti al caso.

Statistica medica UST

1. Set di dati minimo UST
2. Dati supplementari psichiatria UST

Peso dei sintomi come valutazione da parte di terzi (personale curante)

3. Questionario per la documentazione del caso Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) Adults (Glossario HoNOS Adults e HoNOS-65+)⁴

Peso dei sintomi come autovalutazione (paziente)

4. Questionario per i pazienti Brief Symptom Checklist BSCL (già BSI, forma abbreviata della SCL-90-R)

Misure restrittive della libertà

5. Questionario per la documentazione del caso EFM

Maggiori informazioni al sito dell'ANQ (descrizione degli strumenti, definizione dei dati).

³ www.anq.ch/psychiatrie/erwachsenenpsychiatrie.

⁴ Informazione sulle domande poste durante la consultazione 2014: il questionario Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) è uno strumento molto diffuso per la valutazione differenziata da parte di terzi della gravità di un'affezione psichica. Esso viene utilizzato in molti paesi, tra cui l'Italia, la Danimarca, l'Olanda e l'Australia, nell'assistenza quotidiana di pazienti con turbe psichiche.

2.3 Indicatori

I dati rilevati con gli strumenti di misurazione servono a determinare i risultati degli indicatori definiti per la psichiatria:

- peso dei sintomi dal punto di vista del personale curante (valutazione da parte di terzi);
- peso dei sintomi dal punto di vista del paziente (autovalutazione);
- ricorso a misure restrittive della libertà.⁵

I valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non la sua totalità.⁶ Per questo motivo, non si parla di qualità delle cure, bensì di valore differenziale o di riduzione del peso dei sintomi dal punto di vista del paziente o del personale curante.⁷

2.4 Momenti della misurazione

Il peso dei sintomi viene rilevato all'ammissione e alla dimissione (distanza minima sette giorni)⁸, le misure restrittive della libertà ogni volta che vengono adottate. I dati della statistica medica vengono riuniti alla fine di un periodo di rilevamento e inviati all'istituto di analisi.

2.5 Definizione del caso

La definizione del caso corrisponde a quella dell'Ufficio federale di statistica.⁹ L'unità di rilevamento è un caso di cura.

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 una 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.

⁵ 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. Per la valutazione della qualità sono rilevanti, oltre al numero di misure restrittive della libertà, anche la frequenza e le ripetizioni per ogni caso e la combinazione di più provvedimenti nello stesso momento.

⁶ Osservazione sui riscontri della consultazione 2014: altre variabili per la misurazione della qualità delle cure e/o dei processi di cura renderebbero necessari altri rilevamenti, difficilmente attuabili nel contesto nazionale.

⁷ Precisazione terminologica (differenza o riduzione del peso dei sintomi invece di risultato della cura) conformemente alla consultazione 2014.

⁸ Osservazione sui riscontri della consultazione 2014: per le degenze brevi (meno di otto giorni) pianificate, valgono le regole per le misurazioni all'ammissione. La decisione è stata presa ai sensi della diagnosi minima.

⁹ http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90752.pdf.

2.6 Portata della prova a campione

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi gestiti a livello stazionario nel corso del periodo di rilevamento nei reparti destinati alla psichiatria per adulti, anche se i pazienti erano già stati ricoverati prima dell'inizio di tale periodo o non erano ancora stati dimessi alla fine di tale periodo. Ciò è conforme alle direttive dell'Ufficio federale di statistica per la fornitura della statistica medica con tutti i tipi di caso (indicazione del caso statistico "A", "B" o "C" secondo il concetto dettagliato UST), affinché le cliniche non debbano gestire un onere supplementare.¹⁰

L'analisi considera i casi di pazienti ammessi a partire dall'inizio della misurazione (1.7.2012) e dimessi nel rispettivo periodo di rapporto, poiché solo per questi dati sono disponibili misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione, ed è dunque possibile calcolare valori per i risultati. I casi con una qualità dei dati insufficiente sono esclusi dai confronti tra cliniche, quelli riguardanti degenze di breve durata lo sono dai confronti concernenti HoNOS e BSCL.

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.

2.7. Stratificazione¹¹

L'analisi è stratificata secondo tre tipi di clinica:

- fornitori di prestazioni di base e della medicina acuta (soddisfano tutti i 9 criteri)
- cliniche specializzate (<9 criteri)
- cliniche per la cura di dipendenze (>90% diagnosi principale F1 (dipendenza))

L'assegnazione ai primi due tipi avviene in considerazione dei nove criteri seguenti:

1. accoglienza di pazienti (incluse le emergenze) da parte di personale qualificato (livello terziario) 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno;
2. accoglienza di pazienti con pericolo acuto per sé stessi e/o per altri;
3. accoglienza di pazienti per ricoveri a scopo di assistenza;
4. personale qualificato (livello terziario) raggiungibile telefonicamente entro 15 minuti 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno per una prima consulenza o un primo triage;
5. presenza di un medico/di uno psicologo di servizio e di un servizio specialistico secondario disponibili 24 ore su 24, sette giorni su sette e 365 giorni l'anno;
6. offerta di cure per l'intero spettro di diagnosi psichiatriche ICD-10 (diagnosi F0-F9);

¹⁰ Se un paziente è ammesso prima del e dimesso durante un determinato periodo di rilevamento, nel periodo di rilevamento in cui cade l'ammissione vengono forniti all'ANQ (come all'UST) i dati sull'ammissione (indicazione del caso statistico "B" secondo l'UST) e in quello in cui cade la dimissione vengono forniti i set di dati completi (dati sull'ammissione e sulla dimissione; indicazione del caso statistico "A" secondo l'UST). Se un paziente è ammesso prima di un determinato periodo di rilevamento e dimesso solo dopo, all'ANQ (come all'UST) viene inviato solo un set di dati minimo (indicazione del caso statistico "C" secondo l'UST).

¹¹ L'integrazione di variabili di struttura (caratteristiche delle cliniche) nelle analisi allo scopo di ridurre l'eterogeneità nella psichiatria (raggruppamento di cliniche simili) è stata proposta più volte all'ANQ e menzionata anche nella consultazione dei concetti di analisi e di pubblicazione 2014. Gli organi dell'ANQ hanno accolto la raccomandazione conclusiva del gruppo di esperti appositamente costituito e predisposto una stratificazione in tre tipi di clinica identificati.

7. disponibilità di almeno due reparti acuti con almeno due camere di isolamento, letti per emergenze e di riserva;¹²
8. disponibilità di reparti chiudibili a chiave;¹³
9. possibilità di assistenza 1:1.

I nove criteri vengono rilevati dall'ANQ presso le cliniche.¹⁴ Le modifiche devono essere comunicate all'ANQ alle scadenze per la fornitura dei dati.

Dell'assegnazione al tipo «Clinica per la cura di dipendenze» si occupa l'istituto di analisi sulla scorta dei dati delle diagnosi F1 aggiornati.

I tre tipi di clinica vengono analizzati separatamente e confrontati all'interno dei gruppi.

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. I criteri vengono rilevati tra le cliniche sotto forma di autodichiarazione e non sono verificati dall'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, tutti i collaboratori con accesso ai dati delle cliniche sono tenuti al segreto professionale dai loro contratti di lavoro e hanno presentato all'ANQ dichiarazioni di confidenzialità. 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

I dati possono essere inviati all'istituto di analisi in vari formati (p.es. ASCII, MS-Excel, CSV, SPSS). Per questioni di protezione, i dati vanno spediti per posta raccomandata copiati su un CD o una chiavetta USB oppure per e-mail (in questo caso cifrati in un archivio ZIP e accompagnati da una parola chiave spedita separatamente o comunicata al telefono).

Se i dati o una parte di essi vengono immessi tramite il sistema di un fornitore di servizi esterno, la clinica deve disciplinare l'invio dei dati insieme a tale fornitore di servizi.

¹² Il criterio 7 è considerato soddisfatto se pazienti che rappresentano un pericolo acuto per sé stessi e/o per altri non vengono trasferiti o respinti.

¹³ Il criterio 8 è considerato soddisfatto se pazienti che rappresentano un pericolo acuto per sé stessi e/o per altri non vengono trasferiti o respinti.

¹⁴ Nel mese di ottobre 2015, è stato condotto un sondaggio tra tutte le cliniche psichiatriche nelle quali sono stati rilevati i criteri.

3.3 Qualità dei dati

3.3.1 Tasso di risposta / valori attesi

In riferimento al concetto di attuazione, al manuale sulle misurazioni nella psichiatria (cfr. sito dell'ANQ) e ai tassi di risposta effettivamente rilevati, l'ANQ ha definito valori attesi concernenti la qualità dei dati, nuovamente ribaditi a inizio 2015.

- Valore atteso HoNOS: 80%
- Valore atteso BSCL: 40%¹⁵
- Per l'EFM 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.¹⁶

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 sono riportate spiegazioni dettagliate sulle verifiche dei dati presso le cliniche e l'istituto di analisi.¹⁷

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.

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?
- EFM: sono stati registrati isolamenti o immobilizzazioni contemporanei o che si sovrappongono?

I dati non plausibili e le tendenze di risposta per la gravità dei casi e il risultato della misurazione possono essere verificati confrontando dopo adeguamento secondo il *case-mix* la gravità dei casi al momento dell'ammissione tra le cliniche e analizzando le differenze in relazione con le misurazioni HoNOS e BSCL.

¹⁵ La richiesta formulata nel quadro della consultazione 2014 di eliminare nella BSCL la distinzione tra i motivi di mancato rilevamento (*drop-out*) influenzabili e non influenzabili è stata respinta dall'ANQ. Il tasso di risposta del 40% considera già le difficoltà di un'autovalutazione e viene raggiunto da molte cliniche. Tale tasso è stato stabilito dal Comitato per la qualità Psichiatria, in cui sono rappresentati gli enti finanziatori e specialisti delle cliniche. La decisione è stata presa sulla base dei dati e dei valori attesi riportati nella letteratura specializzata e da altre prassi di rilevamento, ed è stata approvata dal Comitato dell'ANQ. Il tasso viene verificato a scadenze regolari.

¹⁶ Sulla scorta della consultazione 2014, per il 2015 l'ANQ ha costituito un gruppo di esperti volto a valutare le possibilità di controllo e di verifica per garantire che le direttive vengano rispettate.

¹⁷ <http://www.anq.ch/psychiatrie/>.

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.

I valori mancanti nelle variabili sesso, età o diagnosi principale utilizzate per l'aggiustamento del *case-mix* comportano l'esclusione dell'intero caso. I valori mancanti nelle restanti variabili vengono sostituiti con "assolutamente no". I valori mancanti nelle variabili di misurazione o negli indicatori di qualità 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 BSCL¹⁸) il caso non viene analizzato per lo strumento di misurazione in questione.

I riscontri alle cliniche e un rapporto nazionale sulla qualità dei dati all'attenzione dell'ANQ presenteranno una panoramica della qualità dei dati delle singole cliniche.

4. Rapporti

Vengono redatti i rapporti seguenti.

- a) Nazionale
 - Rapporto comparativo nazionale (con analisi separate per i tre tipi di clinica, v. 2.7)
 - Versione breve del rapporto comparativo nazionale (con analisi separate per i tre tipi di clinica, v. 2.7)
 - Rapporto nazionale sulla qualità dei dati (analisi dell'intero gruppo)
- b) Specifico per ogni clinica
 - Rapporto specifico per ogni clinica (confronti tra cliniche in seno ai tre tipi, v. 2.7)
 - Rapporto individuale sulla qualità dei dati

I messaggi di base vengono pubblicati in internet sotto forma di confronti tra le cliniche suddivisi nei tre tipi.¹⁹

4.1 Rapporto comparativo nazionale

4.1.1 Struttura di base

Il rapporto comparativo nazionale contiene le analisi comparative sugli indicatori rilevati. Viene redatto una volta l'anno sulle misurazioni dell'anno precedente.²⁰

4.1.2 Contenuto del rapporto comparativo nazionale²¹

1. Riepilogo / Management-Summary (con gli obiettivi e le limitazioni delle misurazioni, i risultati principali e le possibilità di interpretazione di competenza dell'ANQ)

¹⁸ Brooks 2000, Franke 2000.

¹⁹ Vedi concetto di pubblicazione dell'ANQ per la psichiatria per adulti.

²⁰ Dal 2015, conformemente a quanto emerso dalla consultazione il rapporto conterrà più parti descrittive e spiegazioni per meglio capire i risultati.

²¹ Adeguamento della struttura del rapporto ai sensi della consultazione 2014, per esempio risultati centrali delle misurazioni all'inizio del rapporto, dati UST sulla descrizione del campione e ausilii per la lettura alla fine.

2. Introduzione

3. Confronto tra cliniche sulla qualità dei risultati (in base ai risultati principali)

- Peso dei sintomi

Diagrammi per ogni tipo di clinica con i risultati aggiustati della clinica (differenza tra la misurazione all'ammissione e quella alla dimissione) dell'anno in corso (inclusa definizione del relativo livello di significatività)

Tabella con tutti i livelli di significatività dei valori medi complessivi aggiustati di tutte le cliniche per ogni tipo

- Valutazione da parte di terzi: valore differenziale HoNOS
- Autovalutazione: valore differenziale BSCL

- Misure restrittive della libertà

Diagrammi per ogni tipo di clinica con i risultati della clinica per i casi in questione (casi con almeno una misura restrittiva della libertà) **senza aggiustamento secondo il rischio** e definizione del relativo livello di significatività

Tabella con tutti i livelli di significatività dei valori medi di tutte le cliniche **per ogni tipo**

- Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà
- Isolamento (intensità (frequenza*durata)/caso)
- Immobilizzazione (intensità (frequenza*durata)/caso)
- Medicazione forzata (orale e iniezione combinate, frequenza/caso)
- Contenzione (intensità (frequenza*durata)/caso)²²
- Misura di sicurezza (in sedia e a letto combinate, frequenza/caso)

Rapporto tra il numero di misure restrittive della libertà e il numero di ricoveri a scopo di assistenza nel rispettivo anno di misurazione²³

- Confronti annuali della qualità dei risultati²⁴

Diagrammi **per ogni tipo di clinica** con i risultati aggiustati (HoNOS e BSCL) e **non aggiustati (EFM)** dell'anno in corso e di quello precedente

Tabella con i valori medi complessivi non aggiustati di tutte le cliniche (tutti gli anni) **per ogni tipo**

- Peso dei sintomi:
 - valore all'ammissione e differenziale HoNOS²⁵
 - valore all'ammissione e differenziale BSCL
- Misure restrittive della libertà (dai dati 2014):
 - quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà

4. Qualità dei dati (analisi nell'intero gruppo senza suddivisione secondo i tipi di clinica)

- Quota di casi analizzabili per i calcoli HoNOS

²² La contenzione è rilevata solo a partire dai dati 2016.

²³ Ai sensi della consultazione 2014.

²⁴ In seguito alla nuova suddivisione in tre tipi di clinica, i risultati 2015 non possono essere confrontati con quelli degli anni precedenti.

²⁵ Completa i valori HoNOS e BSCL all'ammissione conformemente alla consultazione 2014.

- Quota di casi analizzabili per i calcoli BSCL
 - Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà
 - Confronti annuali della qualità dei dati
 - Quota di casi analizzabili per l'HoNOS nell'anno in corso e in quello precedente
 - Quota di casi analizzabili per la BSCL nell'anno in corso e in quello precedente
 - Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà nell'anno in corso e in quello precedente
5. Descrizione prova a campione e *case-mix* (analisi con suddivisione secondo il tipo di clinica)
 Descrizione delle variabili utilizzate per l'aggiustamento secondo il rischio negli indicatori del peso dei sintomi²⁶ (p.es. demografia dei pazienti, distribuzione delle diagnosi, durata della degenza, peso dei sintomi al momento dell'ammissione, ricovero a scopo di assistenza, eventuali altre caratteristiche²⁷). Ora, viene rilevato anche il numero di cure brevi rispetto al numero di cure totali per ogni clinica.²⁸
6. Metodi (breve descrizione)
- Procedura
 - Analisi variabili confondenti
 - Aggiustamento secondo il rischio
 - Significatività delle differenze
7. Annesso
- Tabelle con i valori delle analisi illustrate nella parte principale
 - Ausilii alla lettura
 - Glossario

4.2 Versione breve del rapporto comparativo nazionale

La versione breve, **suddivisa secondo i tre tipi di clinica**, è un riassunto del rapporto comparativo nazionale e presenta all'opinione pubblica i principali risultati e una contestualizzazione dei risultati da parte dell'ANQ.

4.3 Rapporto nazionale sulla qualità dei dati

4.3.1 Struttura di base

Il rapporto nazionale sulla qualità dei dati contiene analisi comparative sulla qualità dei dati. Viene redatto dopo ogni fornitura di dati sulle misurazioni del periodo di rilevamento precedente. Dopo le forniture dei dati, le singole cliniche ricevono anche un riscontro dettagliato individuale.

²⁶ Sulla scorta della consultazione 2014, la durata della degenza viene descritta con il valore medio oltre che con la mediana.

²⁷ Queste variabili vengono testate in quanto a rilevanza per il confronto tra le cliniche. Se risultano rilevanti, vengono presentate nel rapporto comparativo.

²⁸ Osservazione sulla consultazione 2014: le misurazioni riguardano tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi, dall'età e dalla durata della degenza. Il concetto nazionale di attuazione ha quale obiettivo una misurazione unitaria attuabile a livello nazionale, nella consapevolezza che temi specifici non possano essere rilevati con la necessaria precisione. In futuro, quindi, le degenze brevi continueranno a essere parte integrante delle misurazioni ANQ, dato che la lunghezza dei ricoveri non può sempre essere prevista in anticipo. Il numero di cure di breve durata rispetto a quello delle cure totali viene riportato per ogni clinica nel rapporto comparativo nazionale, nell'interesse degli istituti con un numero elevato di degenze brevi, per le quali le misurazioni HoNOS e BSCL sulla base di una differenza di almeno sette giorni non sono adeguate.

4.3.2 Contenuto del rapporto nazionale sulla qualità dei dati

1. Premessa
2. Spiegazioni sul documento
3. Statistica medica, HoNOS e BSCL
 - Spiegazioni sulla definizione della qualità dei dati
 - Quota di casi analizzabili per i calcoli HoNOS
 - Quota di casi analizzabili per i calcoli BSCL
 - Panoramica risposte HoNOS (quota di caratteristiche sconosciute e di risposte mancanti)
4. Mancati rilevamenti (*drop-out*) nell'HoNOS e nella BSCL
 - Spiegazioni sulla categorizzazione dei motivi dei mancati rilevamenti
 - HoNOS: quota di *drop-out* (influenzabili e non influenzabili) al momento dell'ammissione e della dimissione
 - BSCL: quota di *drop-out* (influenzabili e non influenzabili) al momento dell'ammissione e della dimissione
 - BSCL: quota di *drop-out* a causa di problemi linguistici al momento dell'ammissione e/o della dimissione
5. Misure restrittive della libertà
 - Quota di immissioni documentate correttamente per le misure restrittive della libertà
6. Riassunto della qualità dei dati
7. Indicazioni per l'ottimizzazione della qualità dei dati
8. Annesso: tabella con i valori di tutte le analisi illustrate nella parte principale

4.4 Rapporto specifico per ogni clinica

4.4.1 Struttura di base

Nei rapporti specifici per le cliniche, gli indicatori di base sono descritti più dettagliatamente per le singole cliniche rispetto a quanto avviene nel rapporto comparativo nazionale. Le cliniche ricevono con il rapporto i risultati riferiti alla loro prova a campione 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.

4.4.2 Contenuto del rapporto specifico per ogni clinica

1. Base dei dati e analisi
2. Confronto dei risultati **con cliniche dello stesso tipo**:²⁹
 - Peso dei sintomi (il risultato della misurazione corrisponde alla differenza tra la misurazione al momento dell'ammissione e quella al momento della dimissione)
 - Valutazione da parte di terzi: valore differenziale HoNOS
 - Autovalutazione: valore differenziale BSCL
 - Misure restrittive della libertà **senza aggiustamento**
 - Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà
3. Risultati specifici per ciascuna clinica rappresentati in modo dettagliato³⁰
 - Peso dei sintomi
 - HoNOS: valore all'ammissione e differenziale punteggio complessivo per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale³¹
 - HoNOS: valore all'ammissione e differenziale dei singoli item per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale³²
 - BSCL: valore all'ammissione e differenziale punteggio complessivo per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - BSCL: valore all'ammissione e differenziale delle scale per l'intero gruppo e secondo i gruppi di diagnosi principale
 - Confronto: media dei punteggi complessivi non aggiustati HoNOS e BSCL di tutte le **cliniche del rispettivo tipo** (valore all'ammissione e differenziale)
 - Misure restrittive della libertà **senza aggiustamento**
 - Totale misure restrittive della libertà (numero e quota di casi)
 - Isolamento (numero e quota di casi, frequenza, durata, intensità (frequenza*durata)/caso))
 - Immobilizzazione (numero e quota di casi, frequenza, durata, intensità (frequenza*durata)/caso))
 - Medicazione forzata (orale e iniezione combinate, orale, iniezione; numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Contenzione (intensità (frequenza*durata)/caso)
 - Misure restrittive della libertà di movimento, tutti i generi combinati (numero e quota di casi, frequenza/caso)
 - Misura restrittiva della libertà di movimento in sedia (fino a quattro ore, più di quattro ore, numero e quota di casi, frequenza/caso)

²⁹ Secondo i riscontri della consultazione 2014, si discute l'opportunità di introdurre altre analisi per la psichiatria geriatrica (maggiori di 65 anni).

³⁰ I dati non aggiustati (dati grezzi) sono di proprietà della rispettiva clinica; vi verranno inviati dopo l'analisi, così da poter effettuare o commissionarne altre. Per una questione di servizio e di trasparenza, l'ANQ ha deciso di trasmettervi pure i dati elaborati. Essi comprendono anche scale e valori aggiustati secondo il rischio.

³¹ Completamento dei valori all'ammissione secondo la consultazione 2014.

³² Differenziazione dei valori degli item, rispettivamente delle scale anche secondo i gruppi di diagnosi, conformemente alla consultazione 2014.

- Misura restrittiva della libertà di movimento a letto (fino a quattro ore, tutta la notte, permanente, numero e quota di casi, frequenza/caso)
- Confronto: quota media di casi con almeno una misura restrittiva della libertà di tutte le cliniche partecipanti secondo **il rispettivo tipo**

Rapporto tra il numero di misure restrittive della libertà **del rispettivo tipo di clinica** e il numero di ricoveri a scopo di assistenza nel rispettivo anno di misurazione³³

4.5 Pubblicazione dei risultati

La pubblicazione dei rapporti comparativi nazionali annuali è responsabilità dell'ANQ.³⁴

I rapporti specifici per ogni clinica e i rapporti sulla qualità dei dati non vengono pubblicati.

5. Analisi

5.1 Aggiustamento secondo il rischio

Per consentire confronti il più possibile equi della qualità dei risultati **del peso dei sintomi**, i parametri calcolati a tale scopo devono essere ripuliti dall'influenza di fattori di disturbo sui quali la clinica non può agire. È il caso in primis della composizione del collettivo di pazienti in cura, il cosiddetto case-mix.

L'aggiustamento secondo il rischio è effettuato con una procedura analitica della regressione: con l'ausilio dei dati dell'intero campione, viene stimato il valore atteso per ogni singolo caso in base alla caratteristica delle variabili confondenti. Questo valore viene confrontato con il valore effettivamente rilevato di ogni caso di cura. La differenza rappresenta il "valore residuo", ossia ciò che rimane dopo aver eliminato le variabili di disturbo dai valori grezzi ottenuti. I valori così calcolati sono confrontabili per diverse cliniche in quanto tengono in considerazione le particolarità della struttura dei pazienti.

La procedura di analisi per le due dimensioni del peso dei sintomi è la regressione lineare multipla. Nell'ottica del peso dei sintomi, i valori residui di una determinata clinica che si trovano sopra la media di tutte le cliniche sono sinonimo di una riduzione più importante del peso dei sintomi: il risultato è infatti superiore a quello atteso. Va sottolineato che si tratta di una valutazione dei risultati comparativa tra le cliniche e all'interno del rispettivo campione, quindi non di un confronto con un outcome oggettivo e neutrale "Peso dei sintomi", non disponibile né nella BSCL né nell'HoNOS.

Le variabili seguenti di ogni singolo caso vengono valutate in termini di influenza sul risultato della misurazione e considerate nell'aggiustamento secondo il rischio.

1. Età al momento dell'ammissione
2. Sesso
3. Diagnosi principale (diagnosi al momento della dimissione)³⁵

³³ Ai sensi della consultazione 2014..

³⁴ Vedi concetto di pubblicazione ANQ psichiatria per adulti.

³⁵ Osservazione sui riscontri della consultazione 2014: le diagnosi secondarie non possono ancora essere considerate nell'analisi a causa dell'insufficiente qualità dei dati.

4. Gravità della malattia al momento dell'ammissione³⁶
5. Ricovero a scopo di assistenza
6. Nazionalità
7. Formazione
8. Stato civile
9. Occupazione prima dell'ammissione
10. Luogo di dimora prima dell'ammissione
11. Tipo di assicurazione (comune, semiprivato, privato)
12. Istanza assegnante
13. Durata della degenza

5.2 Rappresentazione dei risultati delle misurazioni e tipi di grafico utilizzati

5.2.1 Confronto grafico tra le cliniche

Per la rappresentazione dei risultati dei confronti tra cliniche si opta per grafici con barre di errore: **per il peso dei sintomi**, sull'asse delle ordinate figura la differenza tra il risultato atteso e quello effettivo della misurazione (valori residui standardizzati).

L'esempio proposto fa riferimento all'HoNOS, ma vale per analogia anche per le analisi.³⁷

- Valutazione da parte di terzi: valore differenziale HoNOS (risultato medio della misurazione), con aggiustamento
- Autovalutazione: valore differenziale BSCL (risultato medio della misurazione), con aggiustamento
- Quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (con interpretazione ribaltata), **senza aggiustamento**

³⁶ Osservazione sui riscontri della consultazione 2014: la motivazione metodica per l'inclusione della gravità al momento dell'ammissione si trova nel rapporto sul metodo.

³⁷ I grafici sono stati adeguati conformemente ai riscontri della consultazione 2014, prestando particolare attenzione a non creare l'effetto di una graduatoria o di una valutazione di merito.

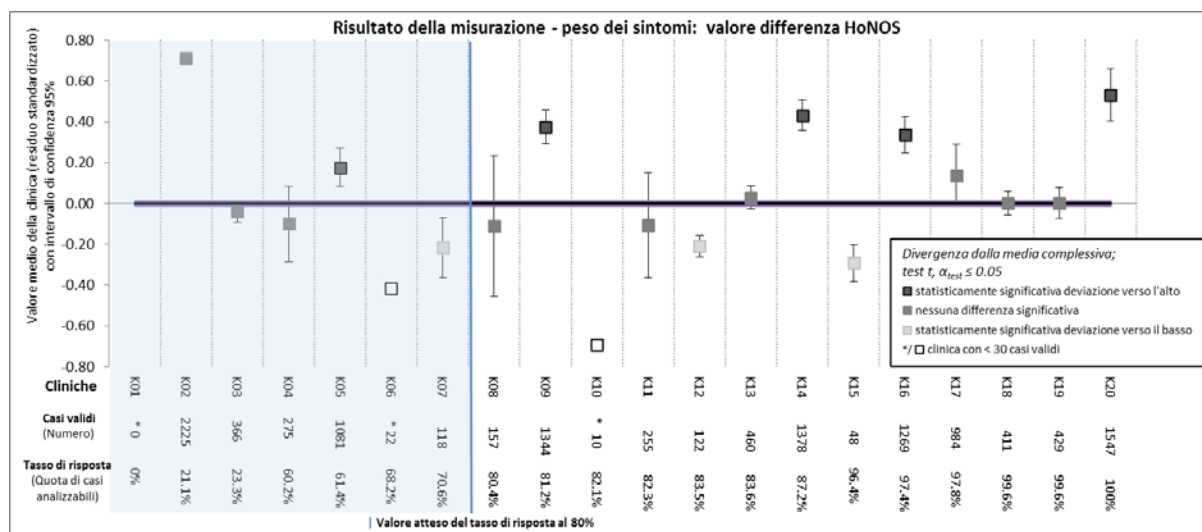


Figura 1: esempio di rappresentazione del peso dei sintomi con il valore differenziale HoNOS (BSCL analogo, EFM senza aggiustamento secondo il rischio e senza tasso di risposta)

Ogni clinica è rappresentata dal suo valore medio con l'intervallo di confidenza (IC) del 95%. Il riferimento è sempre costituito dai valori residui dell'intero campione con intervallo di confidenza. Una rapida consultazione permette di scoprire se una determinata clinica si trova nella media (la sua barra di errore interseca il riferimento complessivo), al di sotto o al di sopra della media (la barra di errore è completamente sotto o sopra il riferimento complessivo).

Per entrambe le dimensioni del peso dei sintomi, i valori positivi rivelano una differenza maggiore del peso dei sintomi rispetto alle altre cliniche, quelli negativi un risultato al di sotto delle attese. Un punto dato grigio scuro indica inoltre un risultato della misurazione significativamente superiore alla media in base al livello di significatività definito, un punto dato grigio chiaro un risultato della misurazione significativamente inferiore alla media. Un punto dato grigio indica che il risultato della misurazione della clinica non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono contrassegnate con un * e rappresentate con un punto dato bianco 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.

Per le misure restrittive della libertà, un punto dato grigio scuro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente inferiore alla media complessiva, mentre un punto dato grigio chiaro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente superiore alla media complessiva. Un punto grigio indica che la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. I valori appaiono in ordine crescente secondo il numero della clinica.

Questo grafico viene utilizzato nel rapporto comparativo nazionale. Nei rapporti specifici per le cliniche ne viene utilizzato uno simile per i risultati della misurazione, che tuttavia mostra solo gli intervalli di confidenza, con la clinica in questione in evidenza.

5.2.2 Panoramica tabellare generale

Le figure seguenti offrono una rapida panoramica degli indicatori di base aggregati nel rapporto comparativo nazionale. La prima è la tabella panoramica (con aggiustamento, in base al livello di significatività) per le analisi seguenti.

- Valutazione da parte di terzi: valore differenziale HoNOS
- Autovalutazione: valore differenziale BSCL

Clinica	HoNOS	BSCL
	Valore differenziale medio	Valore differenziale medio
K01		
K02		
K03	#	
K04		
K05		
K06		
K07		
K08		
K09		*
K10		
K11		#
K12		

Legenda
Deviazione significativa verso l'alto
Nessuna deviazione significativa
* < 30 casi validi => significatività non calcolata
Deviazione significativa verso il basso
Tasso di risposta inferiore all'80% (HoNOS) resp. al 40% (BSCL)
Nessun dato fornito

Figura 2: esempio di rappresentazione della panoramica tabellare generale

Per le due dimensioni del peso dei sintomi, un campo grigio scuro indica un risultato della misurazione significativamente superiore alla media in base al livello di significatività definito, un campo grigio chiaro un risultato della misurazione significativamente inferiore alla media. Un campo grigio indica che il risultato della misurazione della clinica non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media. Le cliniche con meno di trenta casi analizzabili sono contrassegnate da un * e rappresentate con un campo bianco (senza significatività). Le cliniche con tasso di risposta inferiore al valore atteso sono contrassegnate da un # e da una cornice blu. Nell'annesso, vengono rappresentati in forma tabellare i residui standardizzati e le significatività per l'HoNOS e la BSCL. Si tratta di informazioni statistiche supplementari al fine di poter interpretare con la necessaria differenziazione i risultati delle analisi.

La seconda tabella panoramica riporta i risultati dettagliati del rilevamento delle misure restrittive della libertà:

- quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (FM);
- isolamento (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 3: esempio di rappresentazione della panoramica dettagliata delle misure restrittive della libertà

Per le misure restrittive della libertà, un campo grigio scuro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente inferiore alla media complessiva delle cliniche che hanno registrato almeno una misura restrittiva della libertà, mentre un campo grigio chiaro indica una quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà significativamente superiore alla media. Un campo grigio indica che la quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà non diverge in modo statisticamente rilevante dalla media complessiva.

Per quanto riguarda le misure restrittive della libertà, nell'annesso al rapporto comparativo nazionale vengono riportati la media aritmetica, la deviazione standard, l'intervallo di confidenza 95%, il valore t e la significatività della deviazione dal valore medio complessivo per:

- isolamento (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).

5.2.3 Confronto annuo risultati della misurazione

Oltre all'analisi dei confronti trasversali tra cliniche, a partire dal secondo anno di rilevamento i dati saranno pure analizzati, mantenendo lo stesso metodo, con un confronto longitudinale³⁸ al fine di valutare, nell'ottica di un continuo miglioramento della qualità, se le misure adottate sulla scorta del confronto trasversale hanno dato i frutti sperati l'anno successivo. Il confronto avviene sempre tra due anni consecutivi. All'occorrenza, l'ANQ può inoltre effettuare analisi su un determinato intervallo di tempo (p.es. confronto sull'arco di un quinquennio).

³⁸ In seguito alla modifica volta a rendere possibili confronti in seno a tre tipi di clinica, i dati 2016 non possono essere confrontati con quelli degli anni precedenti.

L'esempio proposto fa riferimento all'HoNOS, ma vale per analogia anche per le analisi (con aggiustamento e intervallo di confidenza).

- Valutazione da parte di terzi: valore differenziale HoNOS
- Autovalutazione: valore differenziale BSCL

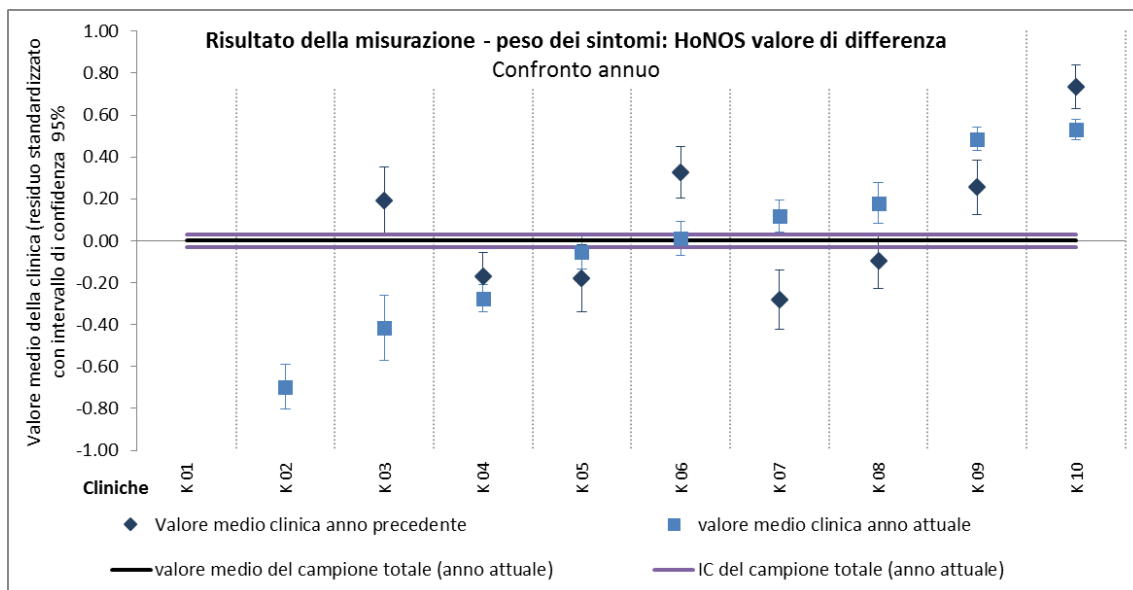


Figura 4: esempio di rappresentazione del confronto annuale dei risultati della misurazione

I confronti annuali del peso dei sintomi in seno ai tipi di clinica e della quota di casi con almeno una misura restrittiva della libertà (senza aggiustamento secondo il rischio) vengono effettuati a partire dai dati 2016 con l'ausilio di una rappresentazione analogica.

5.3 Rappresentazione confronto annuo della qualità dei risultati

Anche la rappresentazione della qualità dei risultati avviene con un confronto tra due anni consecutivi. La panoramica grafica complessiva presenta la qualità dei dati dell'anno precedente sotto forma di colonna e il valore dell'anno in corso con un rombo colorato: il blu indica un miglioramento, l'azzurro un peggioramento, il nero nessun cambiamento. Il valore atteso definito dall'ANQ in termini di risposta è rappresentato sotto forma di linea orizzontale. L'esempio seguente fa riferimento all'HoNOS, ma vale per analogia anche per le analisi della qualità dei dati BSCL e per le misure restrittive della libertà (senza valore atteso).

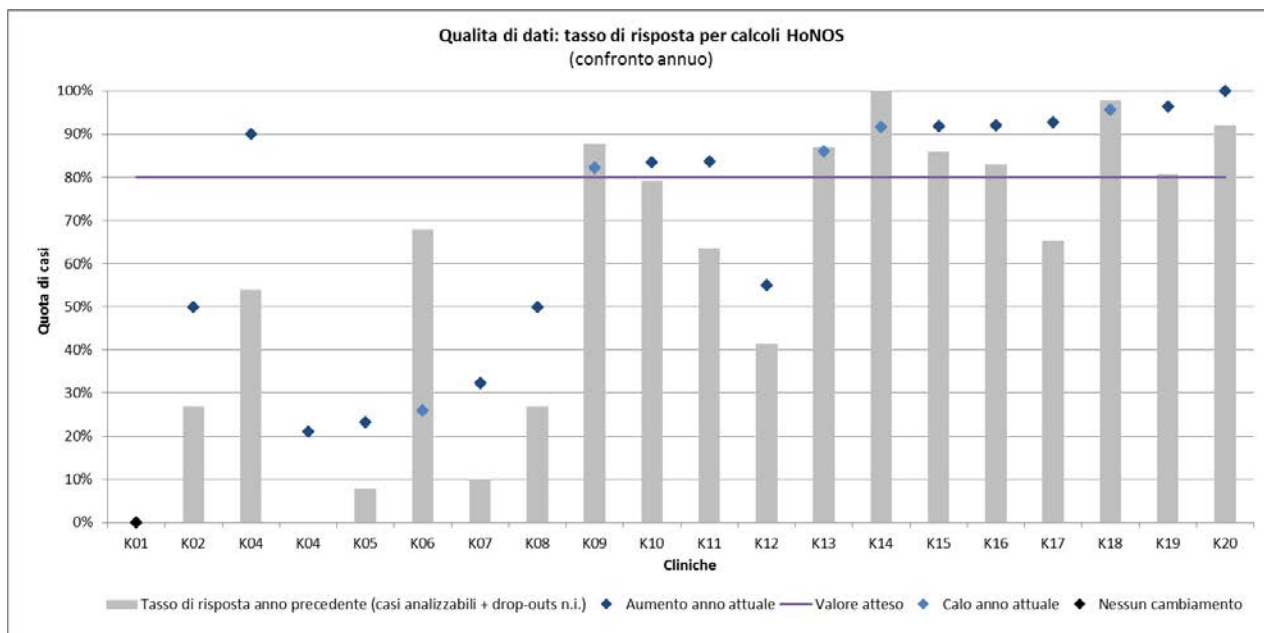


Figura 5: esempio di rappresentazione del confronto annuale della qualità dei dati

5.4 Analisi psichiatria forense³⁹

La cura di pazienti in istituti di psichiatria forense incomincia e finisce in genere con una disposizione giuridica. I risultati di queste misurazioni in reparti ospedalieri specializzati vengono pertanto analizzati separatamente. Dal punto di vista della procedura, tuttavia, seguono le disposizioni della psichiatria per adulti ai sensi del presente concetto di analisi. L'analisi separata è possibile se le cliniche inviano in un set a parte i dati concernenti i pazienti della psichiatria forense.

Le misurazioni nella psichiatria forense coinvolgono tutti i pazienti penalmente collocati in cura psichiatrica (art. 59 segg. Codice penale) e curati in un'unità esplicitamente adibita a reparto forense. Vale quindi il criterio strutturale e non soltanto il criterio individuale del ricovero penale. Un'assegnazione temporanea a un altro reparto della clinica di un paziente che soddisfa tale definizione non lo destituisce dello "stato forense" definito per le misurazioni dell'ANQ. I dati di bambini e adolescenti che corrispondono a questa definizione vengono rilevati e analizzati insieme a quelli dei pazienti adulti della psichiatria forense.

³⁹ Per la psichiatria forense, vengono redatti rapporti a titolo sperimentale per i dati 2014 e 2015; in seguito, se ne valuterà l'attuabilità e l'utilità.

6. Bibliografia e materiale

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

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

Materiale utilizzato

BSCL – Brief Symptom Checklist. Informazioni sullo strumento di misurazione BSCL in italiano, tedesco e francese. *ANQ*, 11 giugno 2012 (versione 2).

EFM – rilevamento delle misure restrittive della libertà. Informazioni sullo strumento di misurazione EFM in italiano, tedesco e francese. *ANQ*, 11 giugno 2012 (versione 2).

EFM - strumento di rilevamento delle misure restrittive della libertà. *ANQ*, 11 giugno 2012 (versione 2).

HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales. Informazioni sullo strumento di misurazione HoNOS, forma standard per adulti, in italiano, tedesco e francese. *ANQ*, 11 giugno 2012 (versione 2).

HoNOS 65+ D – Health of the Nation Outcome Scales 65+ GLOSSARIO, versione tedesca. *ANQ*, 30 agosto 2012 (versione 1).

Definizione dei dati per le misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria stazionaria per adulti. *ANQ*, 19 dicembre 2013 (versione 3).

Manuale per i rilevatori. Misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria stazionaria. *ANQ*, 28 gennaio 2014 (versione 3).

Variabili della statistica medica. Specifiche valide dall'1.1.2012. *Ufficio federale di statistica UST*, luglio 2011.