
Manuale per i rilevatori Psichiatria ospedaliera per adulti

Misurazione nazionale degli indicatori «Peso dei sintomi» e «Misure restrittive della libertà»

Valido dall'1.1.2021/versione 6.0



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. Le colorazioni verranno eliminate di volta in volta all'inizio dell'anno.

Codice cromatico	Validità modifica	Breve descrizione
Giallo	1° settembre 2020	nuova codificazione «Isolamento per motivi infettivi/somatici», valido dall'1.1.2021

Indice

1. Introduzione.....	4
2. Panoramica misurazioni (che cosa viene rilevato?)	4
3. Momento del rilevamento.....	5
3.1 Misurazione al momento dell'ammissione.....	6
3.2 Misurazione al momento della dimissione.....	6
3.3 Misure restrittive della libertà.....	7
4. Strumenti di rilevamento	7
4.1 Valutazione da parte di terzi mediante HoNOS.....	7
4.2 Autovalutazione mediante BSCL	13
4.3 Rilevamento delle misure restrittive della libertà.....	14
4.4 Dati UST.....	18
4.5 Gestione dei valori mancanti	18
4.6 Impiego dei dati per la cura individuale	19
5. Qualità dei dati	19
5.1 La qualità dei dati è la base per l'analisi	19
5.2 Tasso di risposta	19
5.3 Formazione per il rilevamento	20
5.4 Controllo della qualità dei dati interno alla clinica e da parte dell'ANQ	20
5.5 Possibilità di aiuto per i rilevatori	20
6. Fornitura dei dati.....	20
7. Analisi e rapporto sulla qualità	21
8. Protezione dei dati	21

Immagini

<i>Figura 1: panoramica misurazioni nazionali della qualità ANQ in psichiatria</i>	<i>5</i>
--	----------

Tabelle

<i>Tabella 1: codici dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS.....</i>	<i>8</i>
<i>Tabella 2: codici dei motivi per la mancata compilazione del BSCL.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabella 3: panoramica rilevamento delle misure restrittive della libertà</i>	<i>15</i>
<i>Tabella 4: competenze e momento del rilevamento delle misure restrittive della libertà.....</i>	<i>17</i>

1. Introduzione

Retrosceca delle misurazioni nazionali della qualità in psichiatria

Ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie, le cliniche psichiatriche sono tenute a effettuare delle misurazioni della qualità. Su tale base, l'ANQ, l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, fissa e introduce misurazioni nazionali della qualità. Le misurazioni in psichiatria ospedaliera si fondano sul concetto di attuazione dell'ANQ, con il consenso degli ospedali (associazione H+ e associazioni in campo psichiatrico) e dei finanziatori (Cantoni, assicuratori).

A chi si rivolge questo manuale?

Il presente manuale si rivolge alle persone che nel quadro del processo di cura svolgono le misurazioni della qualità dell'ANQ (valutazione da parte di terzi) e alle persone che informano, incoraggiano e aiutano i pazienti a compilare il questionario (autovalutazione). Il documento è volutamente breve per consentire una rapida presa di conoscenza. Trovate maggiori ragguagli nella rubrica «Psichiatria» al [sito web](#).

2. Panoramica misurazioni (che cosa viene rilevato?)

Le direttive per la misurazione della qualità valgono per i pazienti di tutti i settori della psichiatria ospedaliera per adulti.¹ Le cliniche psichiatriche sono istituti che nella tipologia dell'Ufficio federale di statistica rientrano nelle categorie K211 o K212. Le cliniche e le unità ospedaliere per la psichiatria infantile e adolescenziale partecipano a una misurazione separata. L'unità di rilevamento è un caso di cura.

Oltre al rilevamento dei dati complementari minimi e psichiatrici ai sensi delle direttive dell'Ufficio federale di statistica, per la misurazione della qualità al momento dell'ammissione e della dimissione si procede a una valutazione da parte di terzi e a un'autovalutazione dell'importanza dei sintomi. Eventuali misure coercitive devono essere rilevate continuamente nel corso della degenza.

¹ I pazienti minorenni curati nelle unità della psichiatria per adulti vengono considerati adulti ai fini delle misurazioni e rilevati secondo il metodo descritto nel presente manuale. Negli istituti per la psichiatria infantile e adolescenziale, si svolgono misurazioni separate.

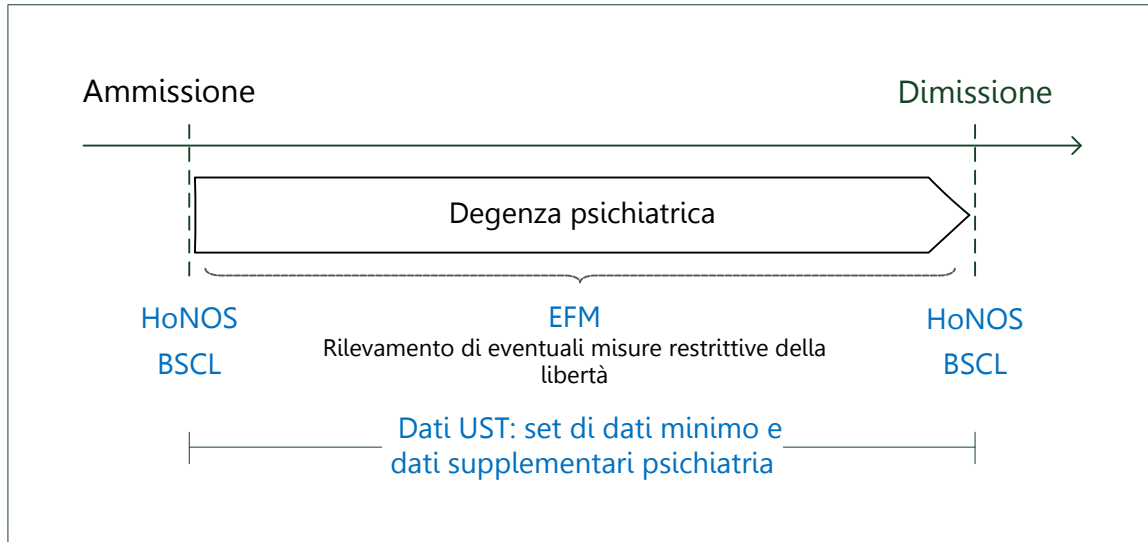


Figura 1: panoramica misurazioni nazionali della qualità ANQ in psichiatria

Nelle cliniche, inoltre, al momento della dimissione viene rilevata la soddisfazione dei pazienti. Per maggiori informazioni, si rimanda al concetto elaborato dall'ANQ e al manuale sulle misurazioni della soddisfazione dei pazienti redatto dall'istituto di inchiesta w hoch 2 GmbH.

3. Momento del rilevamento

I rilevamenti di routine al momento dell'ammissione e della dimissione (HoNOS, BSCL) avvengono **il più possibile a ridosso** dell'ammissione o della dimissione effettiva, al più tardi però tre giorni dopo l'ammissione, rispettivamente al più presto tre giorni prima della dimissione. Un giorno corrisponde a 24 ore. La misurazione al momento dell'ammissione deve pertanto essere svolta nell'arco di 72 ore. L'ideale sarebbe svolgerla insieme al colloquio di ammissione.

Il periodo di valutazione comprende gli ultimi sette giorni, a meno che dalla compilazione del questionario all'ammissione non siano trascorsi meno di sette giorni. In tal caso, viene valutato, indipendentemente dalla sua durata, il periodo dalla compilazione del questionario all'ammissione.

In caso di trasferimento da un reparto all'altro nello stesso istituto, non viene effettuata una nuova misurazione. Analogamente, per un congedo non vengono rilevate una dimissione e un'ammissione nella misura in cui a livello amministrativo le direttive della clinica non prevedano la chiusura e la riapertura del caso. Se invece un'assenza dalla clinica viene gestita come una conclusione e un nuovo inizio della cura, le misurazioni al momento della dimissione e dell'ammissione vanno svolte come prescritto.

Un cambiamento puramente amministrativo (p.es. in seguito a un cambiamento di ente finanziatore) non comporta alcuna misurazione. I casi amministrativi vengono riuniti dalle cliniche in casi di cura anche per la fornitura di dati all'Ufficio federale di statistica. Per ogni caso di cura sono necessarie una misurazione con l'HoNOS e una con la BSCL all'inizio e alla conclusione della cura. La definizione dei

casì corrisponde a quella dell'ufficio federale di statistica come presentata nel piano dettagliato per la statistica medica.² Un'unità d'indagine corrisponde a un caso di trattamento. Sulla base dell'esperienza della misurazione del 2018, è stato deciso³ di definire i casi senza raggruppò secondo TARPSY / SwissDRG a partire dall'anno di misurazione 2019. I dati non devono pertanto contenere casi raggruppati in conformità a TARPSY / SwissDRG.

3.1 Misurazione al momento dell'ammissione

La misurazione al momento dell'ammissione rileva lo stato del paziente nel periodo che comprende i sette giorni precedenti. Occorre segnalare sempre lo stato peggiore riscontrato nel periodo in questione (non una media). La valutazione da parte di terzi e l'autovalutazione avvengono a ridosso dell'ammissione, **se possibile dopo il primo colloquio con la persona che si occupa del caso**, al più tardi tre giorni dopo l'ammissione.

- Drop-out *non influenzabili*:
dimissione entro 24 ore (solo per la dimissione), dimissione entro 24 ore ma senza codice *drop-out* corretto, periodo di misurazione troppo breve, lingua, paziente troppo malato, troppo giovane, dimissione imprevista.
- Drop-out *influenzabili*:
rifiuto da parte del paziente, altro motivo (con e senza specificazione), codificazione errata come dimissione entro 24 ore o come paziente troppo giovane, codice non valido (non definito), indicazione errata come *drop-out* anche se alla domanda si è risposto.
- Questi casi dovrebbero essere limitati (soprattutto rifiuto da parte del paziente «Altro») o evitati del tutto (gli altri).

3.2 Misurazione al momento della dimissione

La valutazione da parte di terzi e l'autovalutazione avvengono **se possibile dopo il colloquio di dimissione** (l'ultimo colloquio con la persona che si occupa del caso), quindi di regola il giorno della dimissione. Il rilevamento non può in ogni caso essere effettuato oltre tre giorni prima della dimissione. In caso di dimissioni non pianificate, il rilevamento da parte di terzi (HoNOS) va se possibile effettuato immediatamente, altrimenti al più tardi tre giorni dopo la dimissione (quindi in assenza del paziente). Il questionario alla dimissione va tuttavia compilato solo se sono trascorse almeno 24 ore dalla compilazione del questionario all'ammissione⁴.

Il periodo di valutazione comprende gli ultimi sette giorni, a meno che dalla compilazione del questionario all'ammissione non siano trascorsi meno di sette giorni. In tal caso, viene valutato, indipendentemente dalla sua durata, il periodo dalla compilazione del questionario all'ammissione.

² UST

³ Decisione del comitato del 9 luglio 2019

⁴ Valido a partire dal 1° gennaio 2020

3.3 Misure restrittive della libertà

Durante la degenza, le misure restrittive della libertà vengono rilevate immediatamente al momento della messa in atto e continuamente durante l'applicazione del provvedimento. In caso di isolamento, immobilizzazione e trattamento farmacologico forzato, **si compila di regola in concomitanza con la prescrizione medica** un modulo elettronico per il rilevamento delle misure restrittive della libertà. In caso di misure di messa in sicurezza sulla sedia e a letto, ciò avviene **al momento della messa in atto di tali provvedimenti**.

4. Strumenti di rilevamento

4.1 Valutazione da parte di terzi mediante HoNOS

Il rilevamento da parte di terzi mediante HoNOS evidenzia diversi settori problematici durante i sette giorni precedenti. Spesso, nell'arco di questi sette giorni si verifica un cambiamento dello stato. In questo caso, non viene acquisito un valore medio, ma viene considerato lo stato peggiore (livello più grave) nel corso del periodo di valutazione. Nel caso di una degenza inferiore a sette giorni, il periodo di valutazione per la misurazione al momento della dimissione si riferisce, indipendentemente dalla sua durata, al lasso di tempo trascorso dalla compilazione del questionario all'ammissione (almeno 24 ore).

Il rilevamento da parte di terzi mediante HoNOS spetta al responsabile del caso. Entrano in linea di conto

- il medico/lo psicologo che segue il caso oppure
- il membro del personale infermieristico che segue il caso (unicamente se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso). Con ciò si intendono la persona che in primis si occupa delle cure e quella responsabile del coordinamento.

Non è invece autorizzato il modello di delega, secondo cui le misurazioni vengono svolte da persone senza responsabilità nel caso in questione e non coinvolte nel processo di cura.

Una valutazione da parte di terzi è fondamentalmente sempre possibile e obbligatoria per tutti i pazienti, indipendentemente dalla diagnosi, dall'età, dalle condizioni e dalla situazione del momento ecc. Non ci sono motivi legittimi per non svolgere la misurazione HoNOS al momento dell'ammissione. Per quanto riguarda la dimissione, è possibile rinunciarvi unicamente in caso di dimissione entro 24 ore dalla valutazione fatta all'ammissione. Infatti in questo caso, considerato il periodo di riferimento (ultime 24 ore), i rilevamenti all'ammissione e alla dimissione andrebbero a sovrapporsi.

Le seguenti situazioni necessitano di un'attenzione particolare.

<ul style="list-style-type: none"> • Dimissione imprevista • Mancato ritorno dopo un congedo • Decesso 	Nessun motivo per non svolgere la misurazione. La persona che si occupa del caso compila l'HoNOS entro tre giorni dopo la dimissione/il decesso.
---	--

Codici dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS (*dropoutcodes*)

1	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione HoNOS al momento dell'ammissione, periodo di misurazione troppo breve	Autorizzato solo in riferimento alla misurazione HoNOS al momento della dimissione
2	Altro	Da utilizzare solo in casi eccezionali corredato da un testo esplicativo

Tabella 1: codici dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS

Convenzioni generali per l'utilizzo delle scale nell'HoNOS

Le convenzioni dell'ANQ seguenti riguardanti l'HoNOS sono riportate anche nel questionario integrato HoNOS (scala HoNOS con glossario integrato). Si tratta di una versione dell'HoNOS con le convenzioni integrate che si presta bene per le formazioni interne.

Convenzioni generali per l'HoNOS

- In caso di dubbio in merito alla gravità (p.es. un "2" o un "3"), occorre marcare sempre la manifestazione più forte (nella fattispecie, un "3").
- Nell'HoNOS, le gradazioni sono espresse verbalmente con più descrizioni. Basta il manifestarsi di un'unica situazione descritta per soddisfare la gradazione in questione. La gradazione è soddisfatta anche in presenza di un esempio analogo.
- La valutazione va sempre effettuata in modo descrittivo, indipendente da un gruppo di disturbi o da una cura medica. Esempio: si è in presenza di un disturbo del sonno curato con una terapia farmacologica; se al momento della valutazione tale disturbo non si manifesta, l'item in questione va valutato con uno "0", a prescindere dalla relazione tra il sonno e la terapia.
- Per procedere alla valutazione con l'HoNOS vanno considerate sempre tutte le informazioni disponibili. Non bisogna limitarsi a ciò che viene dichiarato dal paziente, ma sentire anche altre fonti (familiari, assistenti sociali, medico assegnante, psicologo ecc.). La persona curante è chiamata a riflettere sulla plausibilità delle informazioni raccolte e su tali basi decide la valutazione. Se da diverse fonti dovessero provenire informazioni controverse e poco plausibili, le contraddizioni vanno chiarite. In caso di mancato chiarimento entro tre giorni, la valutazione deve essere un "9", "non noto/non applicabile".
- Se più di tre item vengono valutati con un "9", il questionario è escluso dall'analisi.

Convenzioni per singoli item dell'HoNOS

Item 1: comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

- I comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati devono essere inclusi a prescindere dalla causa (p.es. assunzione di alcool o di droghe, demenza, psicosi, depressione ecc.).
- I comportamenti bizzarri devono essere separati da quelli precedenti e valutati nell'item 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri).
- In questo item devono trovare posto anche le disinibizioni sessuali e l'opposizione attiva/aggressiva alle misure.

Item 2: comportamenti deliberatamente autolesivi

- **Attenzione:** questo item comprende la tendenza al suicidio e i comportamenti deliberatamente autolesivi senza tendenza al suicidio.
- I comportamenti involontariamente autolesivi (p.es. dovuti alla demenza o a gravi difficoltà di apprendimento) **non** sono inclusi. Il problema cognitivo eventualmente all'origine di una caduta è incluso nell'item 4, la lesione in quanto tale nell'item 5.
- Le lesioni come conseguenza diretta dell'assunzione di alcool e di droghe non sono incluse. La portata del consumo di alcool e di droghe è valutata nell'item 3. Le possibili conseguenze fisiche

dell'assunzione di alcool e di droghe, p.es. cirrosi epatica o lesioni provocate da uno stato di ebbrezza al volante, sono trattate nell'item 5.

Item 3: problemi legati all'assunzione di alcool o droghe

- I comportamenti aggressivi/distruttivi riconducibili all'assunzione di alcool o di droghe sono affrontati nell'item 1.
- Le affezioni o le disabilità fisiche dovute all'assunzione di alcool o di droghe sono valutate nell'item 5.
- Il consumo incontrollato di farmaci o dosi non prescritti (abuso di medicinali) va trattata in questo item. L'assunzione di farmaci prescritti nelle dosi prescritte non deve essere inclusa, anche se la prescrizione pare problematica.
- Qualora subentri un forte bisogno (*craving*) di alcool o di droghe nel quadro di una dipendenza ma, per via dell'ambiente protetto, non si giunge al consumo vero e proprio, occorre indicare il valore "3" ("Desiderio intenso di assumere la sostanza"). Se questo bisogno subentra solo occasionalmente, va indicato un "1" o un "2" secondo la situazione.
- Il "4" indica gravi problemi di alcool o droga, con un bisogno non controllato.

Item 4: problemi cognitivi

- I disturbi della memoria, dell'orientamento e della comprensione devono essere rappresentati in questo item a prescindere dalla diagnosi, quindi anche in caso di difficoltà di apprendimento, demenza, schizofrenia ecc.
- I problemi temporanei dovuti all'assunzione di alcool o di droghe (p.es. postumi della sbornia) sono valutati nell'item 3.
- Esempi: difficoltà di orientamento, a capire frasi complesse, a parlare, a riconoscere parenti stretti, smarrimento di oggetti, perdita della memoria a corto termine, disturbi della comunicazione.
- Anche i disturbi formali del pensiero devono essere rilevati in questo item.

Item 5: problemi di malattia somatica o di disabilità fisica

- In questo item, devono essere incluse tutte le affezioni e le disabilità che limitano il movimento, la vista o l'udito oppure che interferiscono in altro modo con le capacità funzionali personali, a prescindere dalle cause (p.es. difficoltà di coordinazione o debolezza con rischio di caduta, necessità di ausili alla deambulazione, necessità di stare a letto, dolore).
- Vanno considerati in questo item anche i problemi causati da effetti collaterali di farmaci, dagli effetti dell'assunzione di alcool e di droghe, da disabilità fisiche dovute a infortuni, a comportamenti autolesivi riconducibili a problemi cognitivi, a incidenti provocati dall'aver guidato in stato di ebbrezza ecc.
- I problemi cognitivi vengono valutati nell'item 4.

Item 6: problemi legati ad allucinazioni e deliri

- Le allucinazioni e/o i deliri devono essere valutati a prescindere dalla diagnosi.
- I comportamenti strani e bizzarri associati ad allucinazioni o a deliri devono essere inclusi.

- I comportamenti aggressivi, distruttivi o iperattivi riconducibili ad allucinazioni o a deliri non devono essere inclusi, perché già compresi nell'item 1.
- I disturbi dell'io devono essere rilevati in questo item.
- I gravi sintomi negativi devono essere rilevati nell'item 8 sotto J = Altro se dominano il quadro clinico.

Item 7: problemi legati all'umore depresso

- L'iperattività o l'agitazione **non** viene rilevata qui, in quanto già inclusa nell'item 1.
- Le tendenze e i pensieri suicidi **non** vengono rilevati qui, in quanto già inclusi nell'item 2.
- I deliri o le allucinazioni **non** vengono rilevati qui, in quanto già inclusi nell'item 6.
- Le astenie **non** vengono rilevate qui, bensì nell'item 8, nella misura in cui contraddistinguono il quadro clinico.

Item 8: altri problemi psichici e comportamentali

- L'item 8 dell'HoNOS va compilato come segue (algoritmo vincolante):
 1. innanzitutto, va determinato il problema principale nel quadro dell'item 8 (= problema psichico o comportamentale principale non ancora trattato negli item 1-7). Anche in questo caso, dall'elenco predefinito occorre selezionare il problema più importante presente nel corso dei sette giorni precedenti. Se al momento della dimissione è dominante un problema diverso rispetto all'ammissione, occorre valutare il nuovo problema;
 2. la seconda fase prevede la valutazione esclusivamente di questo problema;
 3. nell'item 8 non viene quindi analizzato l'insieme di più disturbi, bensì unicamente il problema psichico o comportamentale principale non ancora trattato negli item 1-7.
- Oltre alle sindromi e ai disturbi menzionati (A fobie, B ansia, C ossessioni e compulsioni, D problemi legati a stress e sovraccarico, E sintomi dissociativi, F sintomi somatoformi, G problemi dell'alimentazione, H disturbi del sonno, I problemi sessuali), sotto "J altri problemi" occorre rilevare le astenie o i sintomi negativi, nella misura in cui contraddistinguono il quadro clinico. La categoria "D problemi legati a stress e sovraccarico" non deve essere utilizzata in quanto riguarda tutti i nostri pazienti e non è pertanto una discriminante.

Item 9: problemi nelle attività della vita quotidiana

- In questo item, devono essere valutati i problemi del paziente relativi al ritiro, attivo o passivo, dalle relazioni sociali, e/o a relazioni che non hanno valore di supporto o che sono nocive o distruttive per il paziente.
- I disturbi relazionali associati alla mancanza di distanza devono essere classificati sotto "Evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni di sostegno".
- Vanno acquisite informazioni anche sulla relazione con medici, personale di cura o altri pazienti.

Item 10: problemi nelle attività della vita quotidiana

- In questo item, deve essere valutato il livello funzionale globale nelle attività della vita quotidiana (p.es. attività basilari come l'igiene personale, mangiare, lavarsi e vestirsi o più complesse come la

gestione dell'economia domestica, l'organizzazione di un alloggio, di un lavoro o del tempo libero, la mobilità e l'impiego dei mezzi di trasporto, fare la spesa, l'autosviluppo, la capacità di discernimento nelle questioni finanziarie ecc.).

- La valutazione della gravità deve fare riferimento alla norma statistica. Nel caso di persone con una limitazione funzionale che vivono da tempo in istituti in cui le disabilità sono in parte compensate dal personale, per esempio, tale limitazione va comunque rilevata nel confronto con la popolazione sana.
- La mancanza di motivazione a ricorrere alle possibilità di autoaiuto devono essere incluse nella misura in cui contribuiscano a ridurre il livello funzionale (p.es. perdita di interesse per ciò che accade fuori casa).
- La mancanza di opportunità di esercitare le proprie capacità non deve essere inclusa, perché già compresa negli item 11 e 12.
- I problemi di cura in caso di incontinenza o di altri disturbi devono essere rappresentati in questo item, mentre l'incontinenza e i disturbi fisici in quanto tali sono compresi nell'item 5.

Item 11: problemi nelle condizioni di vita

- Si intendono le condizioni di vita a casa, non quindi durante la degenza in clinica. Le stesse condizioni devono essere rilevate anche nella valutazione al momento della dimissione. In molti casi, non si constateranno cambiamenti rispetto alla valutazione al momento dell'ammissione. Se invece nel corso della degenza si sono verificati cambiamenti importanti (p.es. disdetta dell'appartamento, nuovo istituto, appartamento trovato dopo un periodo senza fissa dimora ecc.), al momento della dimissione devono essere rilevate le nuove condizioni.
- Va valutata la gravità dei problemi con la qualità delle condizioni di vita e della routine quotidiana nell'abitazione. Le necessità di base (riscaldamento, luce, igiene) sono soddisfatte?
- Non occorre valutare il grado della disabilità funzionale, bensì soltanto la qualità delle condizioni di vita. Le limitazioni funzionali sono già comprese nell'item 10.

Item 12: problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

- In questo item, devono essere valutate le condizioni ambientali nel loro complesso. È disponibile un aiuto per superare le disabilità? Ci sono possibilità di mantenere o ampliare le capacità e le attività concernenti la professione e il tempo libero? Vanno considerati fattori come la stigmatizzazione, la mancanza di personale qualificato negli istituti, l'accesso a offerte e istituti di assistenza, p.es. il personale e l'equipaggiamento dei centri diurni, dei laboratori, delle associazioni ecc.
- Il livello della disabilità funzionale deve essere valutato con la scala 10.
- Come per l'item 11, anche in questo caso le condizioni vanno valutate nel consueto ambiente del paziente, non in clinica. Analogamente, quindi, i riscontri della valutazione al momento della dimissione saranno simili a quelli rilevati al momento dell'ammissione, a meno di cambiamenti delle condizioni durante la degenza (p.es. disdetta del posto di lavoro, abbandono del posto in istituto, organizzazione di un nuovo posto di lavoro protetto ecc.).
- Le condizioni di vita a casa non devono essere rilevate qui, perché già comprese nell'item 11.

4.2 Autovalutazione mediante BSCL⁵

Come nel caso dell'HoNOS, anche la **consegna della BSCL e l'incoraggiamento del paziente** affinché lo compili sono di competenza del responsabile del caso. Entrano in linea di conto

- il medico/lo psicologo che segue il caso oppure
- il membro del personale infermieristico che segue il caso (unicamente se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso).

La consegna e l'incoraggiamento devono avvenire se possibile nel corso del primo colloquio, rispettivamente nel corso del colloquio di dimissione con la persona che si occupa del caso.

Se necessario (p.es. problemi di lingua o di comprensione), è possibile offrire un aiuto per la compilazione, che però non deve in alcun modo influenzare il tenore delle risposte.

Per incoraggiare il paziente a partecipare **al rilevamento al momento dell'ammissione** ci si può esprimere in questi termini.

«L'autovalutazione dei suoi disturbi, problemi e sintomi per il tramite del presente questionario fornisce preziose informazioni per pianificare il trattamento e per il controllo della cura. La sua partecipazione è quindi molto importante. La preghiamo di compilare il modulo subito dopo il primo colloquio e di consegnarlo a me o a un membro dell'équipe infermieristica del reparto. Se le servisse aiuto, non esiti a chiedere a qualcuno del team, siamo volentieri a sua disposizione. Poi, discuteremo insieme le sue risposte. Grazie mille!»

Per incoraggiare il paziente a partecipare **al rilevamento al momento della dimissione** ci si può esprimere in questi termini.

«Ripetere l'autovalutazione dei suoi disturbi, problemi e sintomi al momento della dimissione dalla clinica mediante il questionario che già conosce serve a valutare l'efficacia della cura. La sua partecipazione è quindi molto importante. La preghiamo di compilare il modulo subito dopo il nostro colloquio e di consegnarlo a me o a un membro dell'équipe infermieristica del reparto. Se le servisse aiuto, non esiti a chiedere a qualcuno del team, siamo volentieri a sua disposizione. Grazie mille!»

Fondamentalmente, occorre incoraggiare tutti i pazienti a compilare la BSCL, indipendentemente dalla diagnosi, dall'età, dalle condizioni e dalla situazione del momento ecc., a meno che non sia palese l'impossibilità di un'autovalutazione realistica.

L'autovalutazione strutturata della situazione da parte del paziente è un importante elemento della diagnosi clinica e una base preziosa per la pianificazione della terapia. Se possibile, la valutazione del paziente dovrebbe essere confrontata con quella espressa da terzi. Le differenze andrebbero poi discusse con il paziente. Sono queste le basi per una pianificazione adeguata della terapia.

Se **non è possibile ottenere un'autovalutazione BSCL**, occorre sempre inserire uno dei seguenti **motivi per la mancata compilazione**.

⁵ La Psichiatria forense è dispensata con effetto dal 01.01.01.2019 dalla misurazione dell'autovalutazione (pazienti) BSCL.

1	Rifiuto da parte del paziente (nonostante l'incoraggiamento e il sostegno)
2	Conoscenze linguistiche insufficienti (sono disponibili questionari in italiano, tedesco e francese)
3	Il paziente è troppo malato per un'autovalutazione (grave psicosi, grave demenza, grave affezione fisica)
4	Decesso
5	Il paziente è troppo giovane (meno di 14 anni) per comprendere il questionario
6	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione BSCL al momento dell'ammissione, periodo di misurazione troppo breve
7	Dimissione spontanea e imprevista o mancato ritorno dopo un congedo
8	Altro: da specificare

Tabella 2: codici dei motivi per la mancata compilazione del BSCL

La BSCL può essere impiegata in tutta la Svizzera in italiano, tedesco, francese e inglese. Queste versioni sono approvate dall'ANQ. Fino a nuovo avviso, l'ANQ non metterà a disposizione altre **versioni** approvate della BSCL. Le analisi specifiche dei dati della misurazione dell'ANQ nella psichiatria ospedaliera per adulti dimostrano che solo pochissimi mancati rilevamenti con la BSCL sono riconducibili a problemi linguistici e che le lingue in questione sono numerose. È indubbio che le misurazioni dell'ANQ devono prendere in considerazione anche i migranti, ma dato che nella fattispecie non è stata riscontrata una particolare necessità di intervento, che in ogni caso la ditta Hogrefe non ha altre versioni linguistiche della BSCL e che la procedura di traduzione di nuove versioni è molto onerosa, per il momento l'ANQ si limita a mettere a disposizione il documento in italiano, tedesco, francese e inglese.

La licenza per la BSCL è di proprietà della ditta Hogrefe e il suo impiego è pertanto a pagamento. I **costi per la licenza** per l'utilizzo della BSCL nel quadro delle misurazioni dell'ANQ sono coperti dall'ANQ. La licenza prevede ora anche la possibilità di svolgere misurazioni individuali.

4.3 Rilevamento delle misure restrittive della libertà

In psichiatria, le misure restrittive della libertà vengono adottate raramente e unicamente in casi eccezionali giustificati, segnatamente quando la malattia psichica comporta un pericolo acuto per il paziente o per altri.

Tali misure sottostanno a diverse condizioni quadro giuridiche (Codice civile svizzero – protezione degli adulti, diritto delle persone e diritto della filiazione – nonché relative disposizioni cantonali per l'introduzione e l'esecuzione, e basi giuridiche cantonali)⁶. Questo tema ha scatenato numerose discussioni sul piano etico ed è all'origine di diverse direttive elaborate da società specializzate (cfr. per esempio le *Misure coercitive in medicina [2005, riedizione 2015]* dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) - o le *Linee direttive per l'applicazione di misure limitative della libertà* della Società svizzera di gerontologia).

⁶ Cfr. nuovo CC (in vigore dall'1.1.2013), in particolare l'art. 19, lett. c (capacità di discernimento), l'art. 377 segg. (rappresentanza in caso di provvedimenti medici), l'art. 383 segg. (provvedimenti che limitano il movimento) e l'art. 433 segg. (cura medica senza autorizzazione).

Le misure restrittive della libertà considerate nella misurazione nazionale dell'ANQ nella psichiatria concernono l'isolamento, l'immobilizzazione, la medicazione forzata, la contenzione così come provvedimenti di sicurezza gerontoiatrici come pannelli a innesto davanti alle sedie, sbarre per il letto, coperte ZEWI ecc.

La tabella seguente fornisce una panoramica sui dati da rilevare per conto dell'ANQ.

<i>Genere di misure restrittive della libertà</i>	<i>Categoria</i>	<i>Periodo, risp. momento</i>	
Isolamento	<ul style="list-style-type: none"> • Psichiatrico • Infettivo/somatico⁷ 	Inizio Data e ora	Fine Data e ora
Immobilizzazione		Inizio Data e ora	Fine Data e ora
Medicazione forzata	<ul style="list-style-type: none"> • Orale • Iniezione 	Momento Data e ora	
Contenzione		Inizio Data e ora	Fine Data e ora
Misura di messa in sicurezza sulla sedia		Inizio Data e ora	Fine Data e ora
Misura di messa in sicurezza a letto		Inizio Data e ora	Fine Data e ora

Tabella 3: panoramica rilevamento delle misure restrittive della libertà

Definizioni del rilevamento delle misure restrittive della libertà

Una misura restrittiva della libertà, per definizione, viene adottata contro la volontà del paziente, ossia contro un'opposizione verbale o non verbale oppure contro un chiaro rifiuto di farsi isolare, immobilizzare, legare, contenere fisicamente e/o di assumere farmaci, di montare sbarre al letto, indipendentemente dalla veemenza del disaccordo, dalla capacità di discernimento, da precedenti accordi o dal parere dei familiari. Se la volontà del paziente non è identificabile in modo inequivocabile, per esempio in caso di demenza, fa stato la volontà presunta. In caso di dubbio, la questione va discussa interdisciplinariamente e con i familiari o con i rappresentanti del paziente.

Un altro aspetto da considerare è la definizione del momento del passaggio a misure coercitive, che si manifestano già tramite l'adozione di atteggiamenti di prevaricazione nei confronti di una persona. Per i pazienti più anziani può bastare un atteggiamento intimidatorio.

Isolamento

Un isolamento deve essere rilevato nel quadro delle misurazioni della qualità ANQ quando il paziente viene trasferito in una stanza chiusa, dove rimane da solo senza poter uscire. **Si distingue tra isolamento per motivi psichiatrici e isolamento per motivi infettivi/somatici (p.es. norovirus, Covid-19 o MRSA).**

Per tutti i casi di isolamento si rilevano l'inizio e la fine. Le interruzioni accompagnate di durata fino a due ore per la cura del corpo, fumare, passeggiare ecc. o i tentativi di abrogazione del provvedimento

⁷ Anche gli isolamenti per motivi infettivi/somatici sono considerati misure restrittive della libertà se vengono decisi contro la volontà del paziente (vedi anche definizione di misure restrittive della libertà).

non sono considerati. I "time out" che avvengono nell'ambito di un programma terapeutico convenuto con il paziente non sono rilevati come isolamenti, dato che di regola non sussiste un pericolo per il paziente o per altri.⁸

Immobilizzazione

Un'immobilizzazione da rilevare nel quadro delle misurazioni della qualità ANQ è data quando il paziente viene contenuto fisicamente a letto. Le immobilizzazioni a letto considerate misure di messa in sicurezza (cintura, coperta ZEVI) vanno rilevate come misure di messa in sicurezza.

Per tutti i casi di immobilizzazione si rilevano l'inizio e la fine. Le interruzioni di durata fino a un'ora per la cura del corpo, fumare, passeggiare ecc. o i tentativi di abrogazione del provvedimento non sono considerati. Le immobilizzazioni prescritte per un periodo prolungato vanno rilevate come un'unica misura con l'inizio e la fine effettivi.

Trattamento farmacologico forzato

Un trattamento farmacologico forzato deve essere rilevato nel quadro delle misurazioni della qualità ANQ quando uno o più farmaci vengono somministrati oralmente o iniettati contro l'esplicita volontà del paziente, con o senza immobilizzazione. La somministrazione forzata per via orale presuppone la minaccia esplicita di un'iniezione forzata se il farmaco non viene assunto.

Per tutti i casi di trattamento farmacologico forzato si rilevano la modalità di somministrazione (orale o iniezione) e il momento, e ciò a ogni somministrazione, anche se il trattamento è prescritto per un periodo prolungato e conserva il carattere coercitivo (v. definizione "Misure restrittive della libertà").

Qualora un'immobilizzazione per la somministrazione di una medicazione forzata (p.es. nel quadro di un'infusione) duri più di trenta minuti, le due misure vanno rilevate separatamente.

Contenzione

Da diversi anni, in alcune cliniche viene praticato un nuovo metodo di restrizione della libertà di movimento, la cosiddetta contenzione per tranquillizzare il paziente, che permette sovente di evitare il più invasivo fissaggio. Questo metodo è accompagnato da una comunicazione strutturata e basata sull'ap-prezzamento, e nella maggior parte dei casi il paziente si calma in poco tempo. La contenzione viene praticata contro la volontà del paziente.

La contenzione in quanto metodo autonomo volto a tranquillizzare il paziente comporta la sopraffazione o il blocco della persona in questione da parte dei collaboratori di un istituto. La contenzione costituisce quindi un'immobilizzazione fisica del paziente da parte di una o più persone. Questa forma di misura coercitiva esclude esplicitamente il ricorso ai sistemi meccanici tipici del fissaggio. Una breve contenzione (< 30 minuti) volta alla somministrazione di una medicazione forzata o allo svolgimento di un'immobilizzazione non viene rilevata separatamente come contenzione.

Misura di sicurezza sulla sedia

Una misura di messa in sicurezza sulla sedia deve essere rilevata nel quadro delle misurazioni della qualità ANQ quando vengono introdotte limitazioni del movimento, come l'applicazione di pannelli

⁸ Rinchiudere una persona per breve tempo è considerato un isolamento.

davanti alla sedia, l'immobilizzazione sulla sedia (a rotelle), il bloccaggio della sedia a rotelle o il posizionamento su un divano molto basso. Le interruzioni accompagnate di durata fino a due ore per la cura del corpo, fumare, passeggiare ecc. non sono considerati.

Per tutti i casi di misure di messa in sicurezza sulla sedia si rilevano l'ora e la data dell'inizio e della fine.

Misura di sicurezza a letto

Una misura di messa in sicurezza a letto deve essere rilevata nel quadro delle misurazioni della qualità ANQ quando vengono introdotte limitazioni del movimento, come l'applicazione di sbarre al letto, l'immobilizzazione sul letto per mezzo di cinture o l'utilizzo di coperte ZEWI. I letti bassi e i materassini con campanello incorporato non vengono rilevati come misure restrittive della libertà nel quadro della misurazione ANQ. Di regola, queste misure vengono adottate di notte. Le interruzioni accompagnate di durata fino a due ore non sono considerati.

Per tutti i casi di misure di messa in sicurezza a letto si rilevano l'ora e la data dell'inizio e della fine.

Distinzione tra misure di sicurezza a letto e immobilizzazioni

Le sbarre e le cinture volte a impedire al paziente di cadere dal letto e impiegate contro la volontà dello stesso paziente sono considerate misure di sicurezza a letto. Esse possono essere adottate ripetutamente durante la notte oppure ogni notte per un determinato lasso di tempo. L'immobilizzazione è invece l'operazione di legare il paziente (come nella psichiatria acuta) per breve tempo con un inizio e una fine chiaramente definiti in situazioni straordinarie e contro la volontà dello stesso paziente.

Competenze e momento del rilevamento

Le competenze e i momenti per il rilevamento di misure restrittive della libertà sono regolati come segue:

	<i>Persona che si occupa del rilevamento</i>	<i>Momento</i>
		Fondamentalmente, il più possibile a ridosso della misura
Isolamento, immobilizzazione, trattamento farmacologico forzato, contenzione	Medico prescrivente	Contemporaneamente alla prescrizione, resp. l'abrogazione della prescrizione
Misura di messa in sicurezza a letto o sulla sedia	Personale infermieristico	Se possibile, a ridosso della misura, il giorno dello svolgimento
		Le misure tipiche della gerontopsichiatria adottate regolarmente possono anche essere rilevate anticipatamente per risparmiare tempo

Tabella 4: competenze e momento del rilevamento delle misure restrittive della libertà

Eventuali competenze già assegnate dovrebbero essere mantenute se si sono confermate efficaci.

Se in generale o per un periodo di rilevamento non vengono adottate misure restrittive della libertà, non vanno rilevati dati in tal senso. In questi casi, al momento della fornitura dei dati occorre informare l'istituto di analisi che non sono state adottate misure restrittive della libertà.

Problemi di rilevamento frequenti

Mancanza di un rilevamento

In ogni clinica, occorre nominare una persona responsabile dell'osservanza delle direttive e della completezza del rilevamento delle misure restrittive della libertà. In caso di dubbi, tale persona deve fungere anche da interlocutrice per l'istituto che si occupa dell'analisi. La corrispondenza tra le prescrizioni mediche documentate e i rilevamenti delle misure restrittive della libertà dovrebbe essere controllata regolarmente per mezzo di prove a campione.

Rilevamento doppio

Strutture organizzative adeguate devono garantire che una misura restrittiva della libertà non venga rilevata due volte (p.es. da servizi con turni diversi).

Rilevamento della fine della misura

C'è il rischio che dopo aver rilevato l'inizio di una misura restrittiva della libertà si dimentichi di rilevarne anche la fine. Le cliniche dovrebbero poter contare su strutture di controllo adeguate per evitare che ciò avvenga.

4.4 Dati UST

Vengono utilizzati i dati della statistica medica già rilevati in seno alla clinica, che sono poi inviati all'istituto di analisi e all'Ufficio federale di statistica (UST). Serve inoltre il numero di identificazione del caso (FID) e il numero di identificazione del paziente (interno alla clinica). Per domande specifiche occorre rivolgersi all'istituto di analisi.

4.5 Gestione dei valori mancanti

Un'assenza di valori può verificarsi per diversi motivi, segnatamente in caso di

- mancato rilevamento (p.es. ci si è dimenticati di chiedere lo stato civile);
- manifestazione non disponibile (p.es. l'assenza di una diagnosi secondaria perché il paziente soffre di un'unica affezione);
- mancata compilazione da parte del paziente del questionario per i pazienti (per diversi motivi non appurabili).

In tutti questi casi, la variabile in questione va lasciata vuota (missing) per indicare che non è disponibile alcuna informazione.

Questo valore "missing" non va confuso con i valori "0" e "9", che hanno significati definiti. Nell'HoNOS e nella BSCL, per esempio, il valore "0" indica che in questo settore il paziente non ha problemi. Il valore "9", ammesso nell'HoNOS, significa "non valutabile/non applicabile", per esempio quando un paziente non è in grado di esprimersi su una determinata domanda.

4.6 Impiego dei dati per la cura individuale

Di regola, le misurazioni ANQ sono concepite in modo da poter essere utilizzate su base volontaria anche per la cura individuale. In questi casi, i dati rilevati con l'HoNOS e/o la BSCL vengono sottoposti alla persona responsabile direttamente dopo la compilazione o la registrazione, utilizzati per la pianificazione delle cure e, se possibile, discussi con il paziente. I valori concernenti le dimissioni sono impiegati anche per la valutazione della cura.

La creazione di uno strumento per il calcolo di scale ed eventualmente la raffigurazione in diagrammi sono compiti che spettano alle cliniche, dato che le misurazioni ANQ sono incentrate su dati comparativi nazionali e su rapporti delle cliniche.

5. Qualità dei dati

5.1 La qualità dei dati è la base per l'analisi

Per ottenere risultati realistici è fondamentale disporre di una qualità dei dati sufficiente. I fattori più importanti in questo senso sono

- il raggiungimento di un **tasso di risposta sufficiente e la completezza dei dati**;
- una **buona formazione** delle persone che si occupano delle valutazioni, che incoraggiano il paziente all'autovalutazione e gli spiegano come procedere;
- la coerenza **interna** dei dati rilevati.

5.2 Tasso di risposta

Ci attendiamo i seguenti tassi di risposta.

- **Valutazione da parte di terzi:** misurazione al momento dell'ammissione: 100%; **binomio completo ammissione-dimissione: 90%**. Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere dati di base della statistica medica e dati supplementari della psichiatria. La quota dell'90% comprende anche i *drop-out* legittimi.
- **Autovalutazione: binomio completo ammissione-dimissione: 60%**. Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere dati di base della statistica medica e dati supplementari della psichiatria. La quota del 60% comprende anche i *drop-out* legittimi.
- **set di dati mancanti o incompleti : 0%**

I tassi di risposta ottenuti dalle cliniche saranno confrontati con un valore di riferimento e pubblicati.

I set di dati che al momento del termine per la fornitura dei dati non possono essere completi perché il paziente non è ancora dimesso vengono sistemati dall'istituto di analisi e non sono considerati nel tasso di risposta.

5.3 Formazione per il rilevamento

Le formazioni avvengono secondo il principio del moltiplicatore. Gli esperti dell'ANQ formano i formatori nelle cliniche, che a loro volta istruiscono tutte le persone che si occupano dei rilevamenti. L'ANQ organizza regolarmente formazioni.

5.4 Controllo della qualità dei dati interno alla clinica e da parte dell'ANQ

Affinché la qualità dei dati raggiunga un livello soddisfacente, i dati rilevati dovrebbero già essere controllati approfonditamente all'interno della clinica. In caso di problemi nel rilevamento, andrebbero adottati provvedimenti efficaci.

I dati forniti dalle cliniche vengono poi controllati dall'istituto di analisi in quanto a completezza e plausibilità. Se la qualità dei dati è considerata insufficiente, l'ANQ adotta provvedimenti adeguati. L'annesso al documento "Definizione dei dati" fornisce consigli per il controllo interno dei dati e illustra le verifiche che vengono svolte dall'istituto di analisi.

5.5 Possibilità di aiuto per i rilevatori

I primi interlocutori in caso di problemi sono i formatori interni alle cliniche e i responsabili di progetto (1st Level Support), che a loro volta possono rivolgersi agli esperti o all'ANQ.

In caso di problemi con la qualità dei dati e/o gli aspetti tecnici del rilevamento, sono a disposizione anche l'istituto di analisi e la responsabile della psichiatria presso il Segretariato dell'ANQ.

6. Fornitura dei dati

I dati devono essere forniti in formato elettronico all'istituto di analisi il **7.3 dell'anno in corso**.

Servono sempre tutti i dati (misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione) per i pazienti dimessi nel periodo di rilevamento.

Secondo il metodo usato per l'esportazione, i dati possono essere forniti in una delle varianti seguenti:

- dati di tutti i pazienti dimessi durante il periodo di rilevamento in questione;
- dati di tutti i pazienti attivi durante il periodo di rilevamento in questione;
- dati di tutti i pazienti ammessi dall'1.7.2012 (inizio delle misurazioni dell'ANQ nella psichiatria per adulti).

Dal periodo di misurazione 2019, i dati vengono trasmessi a w hoch 2 tramite il dashboard "[moniQ](#)". Per questo, una persona responsabile per ogni sede di clinica riceve un link per registrarsi a [moniQ](#). La persona responsabile può effettuare il login e caricare i dati sul server durante tutto l'anno, utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta. A partire dalla primavera del 2020, nel dashboard sarà disponibile un feedback in diretta sulla correttezza del formato e della qualità dei dati. Dopo aver effettuato le eventuali correzioni, si può semplicemente caricare un nuovo set di dati sul dashboard. I dati precedentemente caricati sul server vengono automaticamente sovrascritti.

In una seconda fase, il set di dati finali deve essere trasferito definitivamente dal dashboard a w hoch 2 entro e non oltre il 7 marzo.

In alternativa, è possibile spedire i dati per posta raccomandata su CD o per e-mail all'indirizzo analisi@whoch2.ch (in questo caso cifrati p.es. in un archivio ZIP e protetto da una password spedita separatamente o comunicata al telefono).

Per una cifratura efficace dei file si può fare ricorso a programmi gratuiti come 7-zip.

Se i dati o una parte di essi vengono immessi con l'ausilio di un software specializzato, spetta alla clinica regolare la fornitura. Vale il principio secondo il quale i dati sono proprietà della clinica. L'offerente del software può inviarli all'istituto di analisi solo in presenza di un'autorizzazione specifica.

7. Analisi e rapporto sulla qualità

Ogni anno, sarà redatto e pubblicato un rapporto comparativo nazionale sulla psichiatria ospedaliera per adulti. Vi saranno riportate le analisi comparative tra le cliniche in merito alle misurazioni per tutte le regioni linguistiche svizzere. Trovate maggiori dettagli a questo proposito nel concetto di analisi per la psichiatria ospedaliera per adulti.

8. Protezione dei dati

I dati forniti all'ANQ non consentono di risalire all'identità del paziente. La gestione dei dati è regolata nel Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati.