MANUALE
MISURAZIONI NELLA PSICHIATRIA

PIANO NAZIONALE DI MISURAZIONE NELLA PSICHIATRIA STAZIONARIA

Dal rilevamento 2027

Autrici/tori:	Segretariato generale ANQ
Versione:	1.2
Data:	ottobre 2026

Le modifiche rispetto alla versione precedente sono segnalate in grigio.

Weltpoststrasse 5 • 3015 Berna
+41 31 511 38 40 • info@anq.ch • anq.ch

Indice

1 Introduzione ... 3

2 Panoramica del piano di misurazione e degli strumenti ... 3

2.1 Dati supplementari ufficio federale di statistica (UST) ... 5

3 Momento di rilevamento ... 6

3.1 Peso dei sintomi ... 6

3.2 Misure restrittive della libertà (MRL) ... 6

4 Strumenti di rilevamento ... 7

4.1 Valutazione da parte di terzi mediante HoNOS/HoNOSCA ... 7

4.1.1 Convenzioni dell'ANQ per l'utilizzo dell'HoNOS/HoNOSCA ... 8

4.2 Autovalutazione mediante BSCL/HoNOSCA-SR ... 9

4.3 Rilevamento delle misure restrittive della libertà ... 11

4.3.1 Problemi frequenti nel rilevamento delle misure restrittive della libertà ... 13

4.4 Rilevamento delle cadute (misurazione senza pubblicazione) ... 13

4.5 Gestione dei valori mancanti ... 14

4.6 Impiego dei dati per la cura individuale ... 15

5 Definizione del caso ... 15

6 Qualità dei dati ... 16

6.1 La qualità dei dati è la base per l'analisi ... 16

6.2 Riferimento tasso di risposta ... 17

6.3 Controllo della qualità dei dati interno alla clinica e da parte dell'istituto di analisi ... 17

6.4 Possibilità di aiuto e formazioni per i rilevatori ... 17

7 Fornitura dei dati ... 18

8 Risultati e pubblicazione ... 19

9 Protezione dei dati ... 19

1 INTRODUZIONE

L'ANQ è stata costituita nel 2009 da tutti i partner importanti del settore sanitario svizzero sulla base dell'allora vigente articolo 58 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). I membri dell'ANQ sono l'associazione degli ospedali svizzeri H+, l'associazione degli assicuratori prio.swiss, gli assicuratori federali sociali (infortuni, militare, invalidità), tutti i ventisei Cantoni e il Principato del Liechtenstein.

L'ANQ coordina ed effettua misurazioni della qualità nei settori della medicina somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria. I rilevamenti nella psichiatria, basati sul concetto di attuazione per la psichiatria per adulti e la psichiatria infantile e adolescenziale, sono stati approvati da tutti i membri. Lo svolgimento di queste misurazioni è obbligatorio per tutte le cliniche che aderiscono al contratto nazionale di qualità. Le cliniche psichiatriche sono istituti che nella tipologia dell'Ufficio federale di statistica rientrano nelle categorie K211 o K212.

Le misurazioni da svolgere vengono presentate alle cliniche psichiatriche sotto forma di piani di misurazione. L'ANQ ne coordina l'attuazione dal rilevamento dei dati all'analisi, alla redazione dei rapporti, alla pubblicazione dei risultati.

L'attuazione di misurazioni nazionali della qualità orientate ai risultati nella psichiatria ospedaliera per adulti è iniziata il 1° luglio 2012. L'anno successivo, le misurazioni della qualità sono state introdotte anche nella psichiatria ospedaliera infantile e adolescenziale (il 1° luglio 2013 l'indicatore peso dei sintomi, il 1° gennaio 2014 l'indicatore misure restrittive della libertà).

Il presente manuale si rivolge alle persone che nel quadro del processo di cura svolgono le misurazioni della qualità dell'ANQ nel settore della psichiatria stazionaria e alle persone che informano, incoraggiano e aiutano i pazienti a compilare il questionario (autovalutazione). Maggiori informazioni si trovano sul sito dell'ANQ.

2 PANORAMICA DEL PIANO DI MISURAZIONE E DEGLI STRUMENTI

Le direttive per la misurazione della qualità valgono per i pazienti di tutti i settori. I pazienti minorenni curati nelle unità della psichiatria per adulti vengono considerati adulti ai fini delle misurazioni e rilevati. 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.

La figura 1 fornisce una panoramica dei contenuti del piano nazionale di misurazione nella psichiatria e dei singoli tipi di clinica della psichiatria per adulti. Si tratta di un cosiddetto rilevamento completo, il che significa che vengono rilevati tutti i pazienti ricoverati per una degenza

stazionaria, indipendentemente dalla data prevista della dimissione e da altre caratteristiche come l'età, la diagnosi, la situazione assicurativa e l'origine.

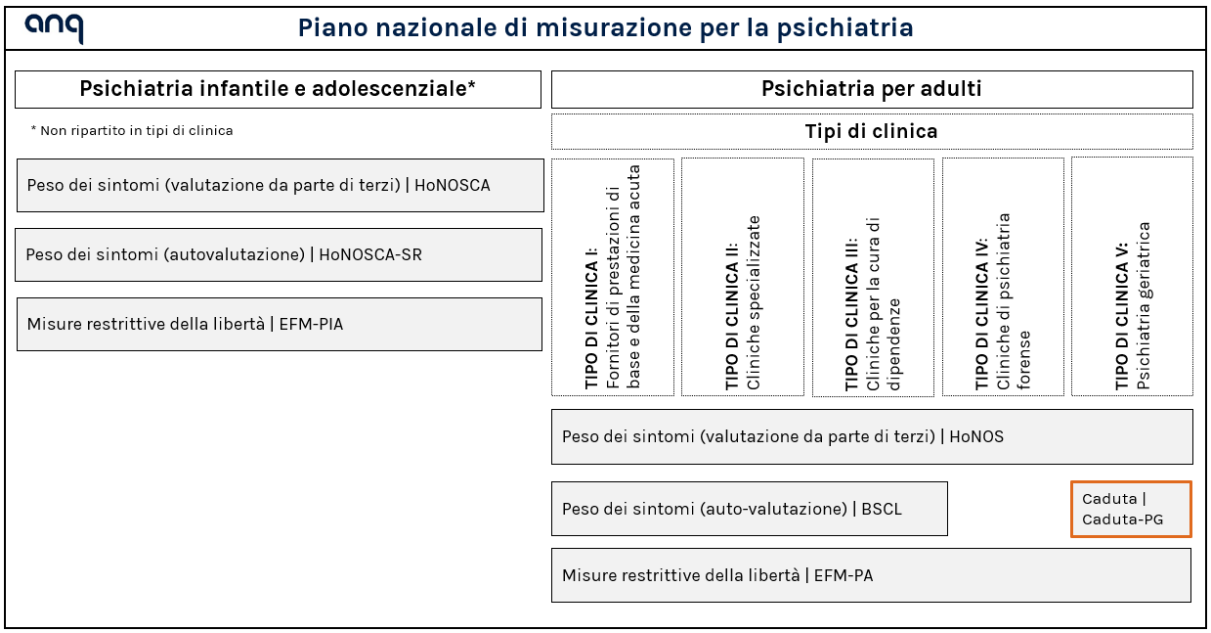


Figura 1: piano nazionale di misurazione nella psichiatria

Note sul piano di misurazione nella psichiatria

- Tra i pazienti minori di quattordici anni, si rinuncia all'autovalutazione del peso dei sintomi (HoNOSCA-SR).
- Le cliniche della psichiatria forense (dall'1.1.2019) e quelle della psichiatria geriatrica (dall'1.1.2023) sono dispensate dalla misurazione dell'autovalutazione dei pazienti con il questionario BSCL.
- Informazioni sulla stratificazione della psichiatria per adulti si trovano sul sito dell'ANQ.
- Il rilevamento delle cadute e delle conseguenze delle cadute nella psichiatria geriatrica non prevede alcuna pubblicazione (vedi punto 4.4).

La figura 2 riporta graficamente i momenti della misurazione dei dati da rilevare e da trasmettere all'ANQ.

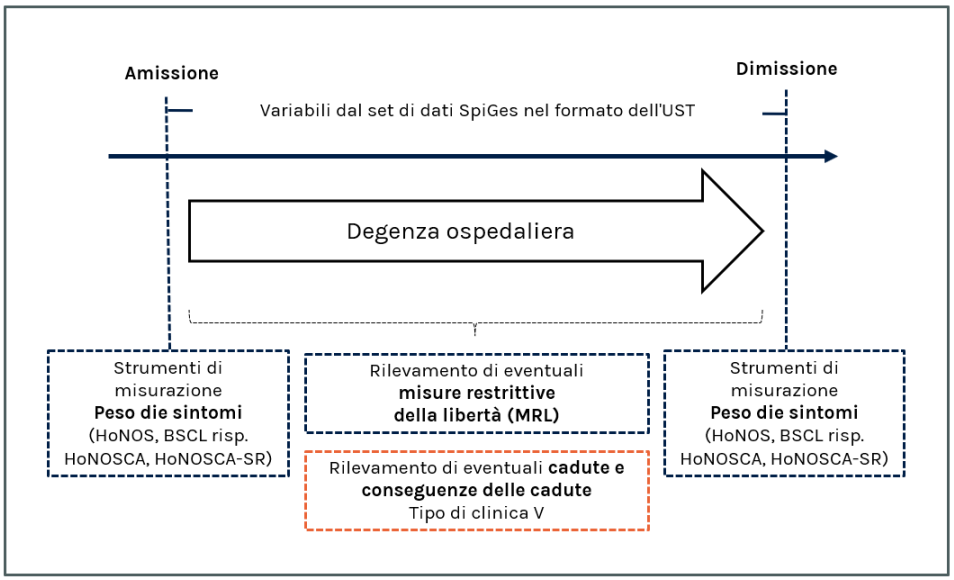


Figura 2: panoramica misurazioni nazionali della qualità ANQ nella psichiatria

2.1 DATI SUPPLEMENTARI UFFICIO FEDERALE DI STATISTICA (UST)

Oltre ai rilevamenti del peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi e autovalutazione) all'ammissione e alla dimissione, nonché di eventuali misure restrittive della libertà e conseguenze di cadute nella psichiatria geriatrica durante la degenza, per l'analisi dei dati devono essere inviate all'istituto di analisi variabili rilevanti della presa a carico ospedaliera stazionaria (SpiGes) (ex dati della statistica medica – set di dati minimo e dati supplementari psichiatria) (vedi figura 3). Il numero di identificazione del caso (FID) deve inoltre essere indicato in tutti i file da inviare.

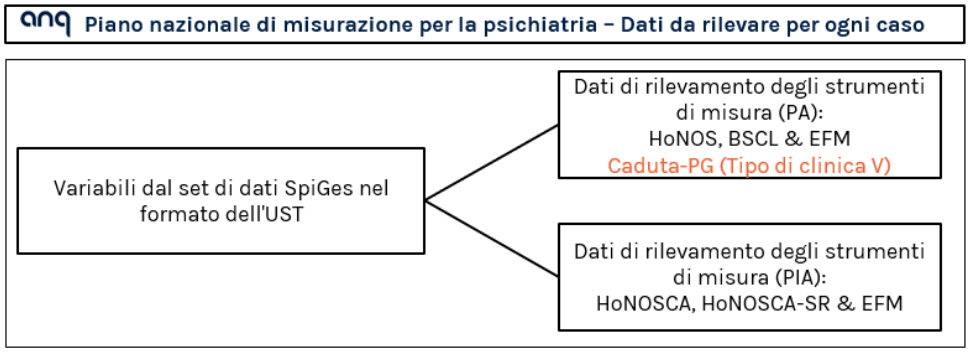


Figura 3: panoramica dei dati da trasmettere per ogni caso

3 MOMENTO DI RILEVAMENTO

3.1 PESO DEI SINTOMI

I rilevamenti di routine al momento dell'ammissione e della dimissione avvengono **il più possibile a ridosso** dell'ammissione o della dimissione effettiva, tuttavia al più presto/tardi secondo quanto riportato nella tabella 1. Il giorno dell'ammissione e il giorno della dimissione sono conteggiati nei tre dopo l'ammissione, rispettivamente prima della dimissione.

Tabella 1: momenti del rilevamento con gli strumenti di misurazione del peso dei sintomi

	Misurazione all'ammissione		**Misurazione alla dimissione**	
Strumento di misurazione	Al più presto	Al più tardi	Al più presto	Al più tardi
HoNOS	Giorno dell'ammissione	3 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	3 giorni dopo la dimissione
BSCL	Giorno dell'ammissione	3 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	Giorno della dimissione
HoNOSCA	Giorno dell'ammissione	14 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	3 giorni dopo la dimissione
HoNOSCA-SR	Giorno dell'ammissione	3 giorni dopo l'ammissione	3 giorni prima della dimissione	Giorno della dimissione

Con la misurazione al momento dell'ammissione e della dimissione, viene rilevato lo stato del paziente nei sette giorni precedenti (**periodo di valutazione = sette giorni**). Per la misurazione al momento della dimissione vale l'eccezione seguente: se dalla compilazione del questionario all'ammissione sono trascorsi meno di sette giorni, viene valutato solo questo lasso di tempo. Occorre segnalare sempre lo **stato peggiore riscontrato nel periodo in questione** (non una media).

Il questionario alla dimissione va compilato solo se dalla compilazione del questionario all'ammissione sono passate almeno 24 ore (validità dall'1.1.2020). I questionari non compilati devono essere codificati con una motivazione del *drop-out*. Si distingue tra *drop-out* influenzabili e non influenzabili (v. capitolo 4).

3.2 MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ (MRL)

Le misure restrittive della libertà vengono rilevate continuamente al momento della prescrizione medica o per quanto possibile in concomitanza con il provvedimento stesso.

Tabella 2: momenti del rilevamento delle misure restrittive della libertà e competenze

GENERE DI MISURA	PERSONA CHE SI OCCUPA DEL RILEVAMENTO	MOMENTO
Isolamento Immobilizzazione Medicazione forzata Contenzione	Medico prescrivente	Contemporaneamente alla prescrizione, risp. l'abrogazione della prescrizione
Restrizione della libertà di movimento su sedia o a letto	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.

4 STRUMENTI DI RILEVAMENTO

4.1 VALUTAZIONE DA PARTE DI TERZI MEDIANTE HONOS/HONOSCA

L'Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) è stato pubblicato nel 1996 dal Royal College of Psychiatrists (RCPsych), mentre l'Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA) è stato sviluppato dallo stesso RCPsych per i minori di diciotto anni ed è utilizzato dal 1998. A partire dal 2026, tutti gli strumenti di misura HoNOS (compreso l'HoNOSCA-SR) sono soggetti a licenza e a pagamento. I relativi costi sono a carico dell'ANQ. Nel quadro delle misurazioni della qualità dell'ANQ, questi strumenti di rilevamento possono continuare a essere utilizzati senza ulteriore approvazione. Dodici (HoNOS), rispettivamente tredici item (HoNOSCA) rilevano eventuali problemi a livello di comportamento, limitazioni, sintomi e capacità funzionali sociali che possono manifestarsi frequentemente tra le persone con una malattia psichica. Il peso dei sintomi viene valutato su una scala da 0 a 4. I rispettivi glossari (HoNOS, HoNOS Older Adults e HoNOSCA) contengono le convenzioni generali e raccomandazioni supplementari per il rilevamento dei singoli item.

L'HoNOS viene utilizzato per le misurazioni della qualità dell'ANQ in tutti i tipi di clinica della psichiatria per adulti. Per le cliniche della psichiatria geriatrica (tipo V), si raccomanda invece il glossario Older Adults. Le due varianti si distinguono per la terminologia adottata e adeguata agli adulti, rispettivamente alle persone anziane. L'HoNOSCA è utilizzato per le misurazioni della qualità dell'ANQ nella psichiatria infantile e adolescenziale.

L'HoNOS/HoNOSCA è uno strumento per la valutazione da parte di terzi, la quale spetta alla persona che si occupa del caso. Entrano in linea di conto:

- il medico/lo psicologo che si occupa del caso oppure
- il membro del personale infermieristico che si occupa del caso (solo 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 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/HoNOSCA al momento dell'ammissione. È invece possibile rinunciare alla misurazione al momento della dimissione se quest'ultima è avvenuta entro 24 ore dopo la misurazione all'ammissione, in quanto il periodo di valutazione sarebbe troppo breve per trarre conclusioni rappresentative.

Tabella 3: codici dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS/HoNOSCA (*drop-out*) al momento della dimissione

CODICE	MOTIVO	OSSERVAZIONE
1	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione HoNOS/HoNOSCA al momento dell'ammissione (periodo di misurazione troppo breve)	Ammesso solo per la misurazione HoNOS/HoNOSCA al momento della dimissione
2	Altro	Da utilizzare solo in casi eccezionali corredato da un testo esplicativo
Nota Una dimissione imprevista, un mancato ritorno da un congedo o un decesso non sono motivi di *drop-out*. La persona che si occupa del caso compila l'HoNOS/HoNOSCA entro tre giorni dopo la dimissione/il decesso.		

4.1.1 Convenzioni dell'ANQ per l'utilizzo dell'HoNOS/HoNOSCA

Le convenzioni generali riguardanti l'HoNOS/HoNOSCA sono state completate con convenzioni dell'ANQ nel quadro di rielaborazioni effettuate con il *gruppo di esperti HoNOS/HoNOSCA*. Le convenzioni dell'ANQ seguenti consentono di utilizzare correttamente l'HoNOS/HoNOSCA per le misurazioni dell'ANQ.

- Periodo di valutazione: il periodo di riferimento è stato adeguato agli ultimi sette giorni. Nel caso di una degenza inferiore a sette giorni, il periodo di valutazione per la misurazione al momento della dimissione si riferisce al lasso di tempo trascorso dalla compilazione del questionario all'ammissione (almeno 24 ore).
- Valore degli item: 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).

- Valutazione descrittiva: la valutazione va sempre effettuata in modo descrittivo, indipendente da un gruppo di di-sturbi 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.

4.2 AUTOVALUTAZIONE MEDIANTE BSCL/HONOSCA-SR

Sulla scorta di 53 item riferiti a sintomi fisici e psichici, la Brief Symptom Checklist (BSCL) rileva la limitazione percepita soggettivamente. Il peso dei sintomi quale autovalutazione è registrato su una scala da 0 a 4.

La BSCL viene utilizzata nella psichiatria per adulti. Sono esclusi da questa autovalutazione i pazienti della psichiatria forense (dall'1.1.2019) e quelli della psichiatria geriatrica (dall'1.1.2023).

Nelle cliniche della psichiatria infantile e adolescenziale, per l'autovalutazione del peso dei sintomi si ricorre all'Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents Self Rating (HoNOSCA-SR). Le limitazioni fisiche e psichiche percepite soggettivamente da bambini e adolescenti vengono rilevate mediante tredici item. Il peso dei sintomi viene valutato su una scala da 0 "per niente" a 4 "moltissimo".

Come nel caso dell'HoNOS/HoNOSCA, anche la consegna della BSCL/dell'HoNOSCA-SR e l'incoraggiamento del paziente affinché compili il questionario sono di competenza della persona che si occupa del caso. Entrano in linea di conto:

- il medico/lo psicologo che si occupa del caso oppure
- il membro del personale infermieristico che si occupa del caso (solo se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso; non è inteso il sistema di cura basato su persone di riferimento).

La consegna del questionario e l'incoraggiamento alla partecipazione devono avvenire se possibile nel corso del primo colloquio, rispettivamente 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 prego di compilare il questionario subito dopo il primo colloquio e di consegnarlo a me o all'ufficio del reparto. Se le serve 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 prego di compilare il questionario subito dopo questo colloquio di dimissione e di consegnarlo a me o all'ufficio del reparto. Se le serve aiuto, non esiti a chiedere a qualcuno del team, siamo volentieri a sua disposizione. Grazie mille!"

Fondamentalmente, occorre incoraggiare tutti i pazienti a compilare i questionari, 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 propria situazione da parte del paziente è un importante elemento della diagnosi clinica e una base preziosa per la pianificazione della terapia. Se possibile, l'autovalutazione 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, occorre sempre inserire uno dei motivi riportati nella tabella 4.

Tabella 4: codici dei motivi della mancata compilazione della BSCL/dell'HoNOSCA-SR

CODICE	MOTIVO DELLA MANCATA COMPILAZIONE (DROP-OUT)
1	Rifiuto da parte del paziente, nonostante l'incoraggiamento e il sostegno
2	Conoscenze linguistiche insufficienti
3	Il paziente è troppo malato per un'autovalutazione (grave psicosi, grave demenza, gravissima affezione fisica)
4	Decesso
5	Il paziente è troppo giovane (meno di 14 anni)
6	Dimissione entro 24 ore dalla misurazione BSCL/HoNOSCA-SR al momento dell'ammissione, periodo di misurazione troppo breve
7	Dimissione spontanea e imprevista o mancato ritorno dopo un congedo

8	Altro: specificare

La BSCL può essere impiegata in italiano, tedesco, francese e inglese. Queste versioni sono esaminate e 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.

La licenza per la BSCL è di proprietà della ditta Hogrefe Verlag 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 comprende l'allestimento di una versione stampata e di una elettronica, e prevede ora anche la possibilità di svolgere misurazioni individuali.

L'HoNOSCA-SR è disponibile in italiano, tedesco, francese e inglese. Queste versioni sono state esaminate e approvate dall'ANQ. Una traduzione in altre lingue non è prevista per il momento (vedi spiegazioni sulle versioni linguistiche della BSCL).

4.3 RILEVAMENTO DELLE MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ

Il rilevamento delle misure restrittive della libertà è stato elaborato dall'ANQ in collaborazione con esperte ed esperti, e si basa sul progetto pilota dell'Ufficio nazionale di coordinamento e di informazione per la garanzia della qualità (KIQ, un predecessore dell'ANQ) risalente al periodo 2008-2010. Le misure restrittive della libertà figurano nel piano di misurazione dell'ANQ per la psichiatria per adulti dal 2012, anno di inizio, e in quello per la psichiatria infantile e adolescenziale dal 2014.

In psichiatria, le misure restrittive della libertà vengono adottate raramente e solo in casi eccezionali giustificati, segnatamente quando il paziente rappresenta un pericolo acuto per sé stesso o per altri.

Una misura restrittiva della libertà, **per definizione, viene adottata contro la volontà del paziente**, ossia contro un'opposizione verbale e/o non verbale oppure contro un chiaro rifiuto. Tra le misure restrittive della libertà figurano l'isolamento, l'immobilizzazione, la contenzione, la medicazione forzata, l'impiego di sbarre per il letto o di sedute ribassate. L'intensità del rifiuto, la capacità di discernimento, eventuali consensi precedenti, l'opinione dei familiari o il desiderio della rappresentanza legale sono irrilevanti. In caso di volontà non chiaramente riconoscibile, ad esempio in caso di demenza, si applica in linea di principio la volontà presunta. Se la persona si oppone comunque alla volontà presunta accertata o si rifiuta di attuarla, ciò deve essere considerato una misura restrittiva della libertà. In caso di dubbio, la questione va discussa interdisciplinarmente e con i familiari o i rappresentanti del paziente. 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).[1] 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 dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) o le Linee direttive per l'applicazione di misure limitative della libertà di movimento della Società svizzera di gerontologia). La tabella 5 fornisce una panoramica sui dati da rilevare per conto dell'ANQ nella psichiatria per adulti e nella psichiatria infantile e adolescenziale.

Tabella 5: panoramica rilevamento delle misure restrittive della libertà (EFM)

GENERE DI MISURA	SETTORE	CATEGORIA	PERIODO/MOMENTO
Isolamento	☒ Psichiatria per adulti	• Psichiatrico • Infettivo/somatico[2]	Inizio e fine: data e ora
	☒ Psichiatria infantile e adolescenziale	Nessuna distinzione	Inizio e fine: data e ora
Immobilizzazione	☒ Psichiatria per adulti ☒ Psichiatria infantile e adolescenziale		Inizio e fine: data e ora
Medicazione forzata	☒ Psichiatria per adulti ☒ Psichiatria infantile e adolescenziale	• Orale • Iniezione	Momento Data e ora
Contenzione	☒ Psichiatria per adulti ☐ Psichiatria infantile e adolescenziale		Inizio e fine: data e ora
Restrizione della libertà di movimento su sedia	☒ Psichiatria per adulti ☐ Psichiatria infantile e adolescenziale		Inizio e fine: data e ora
Restrizione della libertà di movimento a letto	☒ Psichiatria per adulti ☐ Psichiatria infantile e adolescenziale		Inizio e fine: data e ora

Maggiori informazioni sulle singole misure si trovano nello strumento di rilevamento (EFM) sul sito dell'ANQ.

[1] Cfr. 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).
[2] Anche gli isolamenti per motivi infettivi/somatici devono essere predisposti contro la volontà del paziente.

Le competenze per il rilevamento di misure restrittive della libertà sono regolate conformemente a quanto riportato nella tabella 2. Eventuali competenze già assegnate e divergenti dalla tabella 2 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 del caricamento in moniQ occorre confermare – cliccando uno specifico campo di selezione – che nel periodo in esame non sono state adottate misure restrittive della libertà. Non è possibile caricare un file di dati vuoto.

4.3.1 Problemi frequenti nel rilevamento delle misure restrittive della libertà

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 da interlocutrice per l'istituto di analisi. La corrispondenza tra le prescrizioni mediche documentate e i rilevamenti delle misure restrittive della libertà va 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

C'è il rischio che dopo aver rilevato l'inizio di una misura si dimentichi di rilevarne anche la fine. Le cliniche dovrebbero istituire strutture di controllo adeguate per evitare che ciò avvenga. A tale scopo, per sostenere il Comitato per la qualità Psichiatria sono stati fissati limiti superiori per determinate misure restrittive della libertà a partire dalla misurazione 2023. Tali limiti saranno presi in considerazione al momento delle analisi della qualità dei dati sulla piattaforma moniQ. Dopo aver caricato i dati, le cliniche possono ricevere riscontri dettagliati su misure documentate in modo errato (vedi anche concetto di analisi).

4.4 RILEVAMENTO DELLE CADUTE (MISURAZIONE SENZA PUBBLICAZIONE)

Dall'1.1.2026, l'ANQ svolge il rilevamento pilota *delle cadute e delle conseguenze delle cadute* esclusivamente in cliniche della psichiatria geriatrica (tipo V).

La misurazione, concepita in modo analogo a quelle specifiche per la psichiatria descritte nel manuale, è a sua volta organizzata come rilevamento completo. Valgono le stesse disposizioni in termini di qualità, verifica, fornitura (giorno di riferimento 7.3) e protezione dei dati, nonché di definizione dei casi.

Trattandosi di una misurazione pilota, non è prevista la pubblicazione trasparente e comparativa dei risultati.

Il rilevamento delle cadute e delle conseguenze delle cadute durante la degenza stazionaria avviene sulla base della definizione e della specifica elaborate dall'ANQ in collaborazione con esperte ed esperti. Una panoramica dei dati da rilevare, dei momenti del rilevamento e delle competenze si trova nella tabella 6. Il concetto sulle cadute nella psichiatria geriatrica contiene maggiori informazioni al riguardo.

Tabella 6: rilevamento delle cadute (modulo, momento e competenze)

RILEVAMENTO		MOMENTO DEL RILEVAMENTO	PERSONA CHE SI OCCUPA DEL RILEVAMENTO*	DROP-OUT
Caduta ☐ Rilevamento per evento	Momento della caduta Data e ora	Subito dopo la caduta	Medico, psicologo, infermiere o altro personale terapeutico autorizzato	Vengono rilevate tutte le cadute e le rispettive conseguenze verificatesi durante la degenza nel corso del periodo di osservazione. Motivi di *drop-out* **non** sono contemplati.
Conseguenze della caduta ☐ Sì ☐ No		Subito dopo la constatazione della conseguenza	Medico, psicologo, infermiere o altro personale terapeutico autorizzato	

*Il rilevamento può essere effettuato da qualsiasi membro del personale curante. Le responsabilità devono essere definite internamente alla clinica.

I documenti «Definizione dei dati psichiatria per adulti» e «Controllo e validazione dei dati psichiatria per adulti» sono stati completati: vi è spiegato dettagliatamente quali dati supplementari debbano essere forniti e in quale formato.

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/HoNOSCA, nella BSCL e nell'HoNOSCA-SR, per esempio, il valore 0 indica che in questo settore il paziente non ha problemi. Il valore 9, ammesso

nell'HoNOS/HoNOSCA, significa «Non valutabile/non applicabile», per esempio quando un paziente non è in grado di esprimersi su una determinata domanda.

Per il calcolo dell'HoNOS/HoNOSCA, gli item con il valore 9 vengono gestiti come registrazioni mancanti. Si procede a una stima sulla scorta degli item osservati, così da rendere possibile un confronto dei valori dell'HoNOS/HoNOSCA al momento dell'ammissione e della dimissione. Se per esempio il valore 9 è stato assegnato una volta sola, gli altri undici valori vengono sommati, divisi per 11 e moltiplicati per 12. Ciò rende possibile un confronto dei valori dell'HoNOS/HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione. Importante: sono consentiti al massimo tre item mancanti con il valore 9.

4.6 IMPIEGO DEI DATI PER LA CURA INDIVIDUALE

Di regola, le misurazioni dell'ANQ sono concepite in modo tale che i dati rilevati possano e debbano essere utilizzati per la cura individuale del paziente in questione. In questi casi, i dati rilevati con l'HoNOS/HoNOSCA e/o la BSCL/l'HoNOSCA-SR vengono consultati dalla persona responsabile direttamente dopo la compilazione/il rilevamento, se possibile discussi con il paziente e utilizzati per la pianificazione delle cure. I valori alla dimissione sono impiegati per la valutazione della cura e la pianificazione della dimissione.

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 DEFINIZIONE DEL CASO

Dal rilevamento 2026, l'ANQ riprende i regolamenti e le definizioni del caso, delle sedi/dei trasferimenti e delle composizioni di casi ai sensi dell'UST (concetto dettagliato SpiGes) e della SwissDRG AG (regole e definizioni sul conteggio dei casi sotto SwissDRG e TARPSY).

La **definizione del caso** stazionario fa riferimento all'Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre), ripresa anche dall'UST e dalla SwissDRG AG. Un'unità di rilevamento (caso) corrisponde dunque a una **degenza stazionaria** di almeno 24 ore in una clinica per esami, interventi o trattamenti. I ricoveri inferiori alle 24 ore nel corso dei quali viene occupato un letto per una notte, rispettivamente viene deciso il trasferimento in una (altra) clinica sono considerati a loro volta trattamenti stazionari. Lo stesso vale in caso di decesso.

Ai sensi della SwissDRG AG, una clinica **con più sedi** è considerata un unico istituto. I **trasferimenti** tra varie sedi della medesima clinica non sono dunque considerati tali. Per le

misurazioni specifiche nella psichiatria, ciò significa che, in caso di trasferimento da una sede all'altra dello stesso gruppo di cliniche, non viene aperto un nuovo caso. Il caso del paziente viene trasmesso con la sede della dimissione. Lo stesso vale in caso di trasferimento da un reparto all'altro all'interno dello stesso istituto (nella stessa sede). È prevista un'eccezione per i trasferimenti da un'unità di psichiatria infantile e adolescenziale a una di psichiatria per adulti o viceversa all'interno della stessa clinica. In questo caso, vanno svolte nuove misurazioni con gli strumenti di rilevamento della rispettiva unità.

Fondamentalmente, ogni riammissione è considerata un nuovo caso, nella misura in cui non sia applicabile una **composizione dei casi**, il che avviene in presenza di una riammissione o di un nuovo ricovero nella stessa clinica con la stessa MDC (Major Diagnostic Categories) entro diciotto giorni dalla dimissione. Ciò vale anche per le riammissioni o i ricoveri ripetuti. In questi casi, non è necessario procedere a nuove misurazioni all'ammissione e alla dimissione. Nell'analisi di un caso composto confluiscono i dati della misurazione all'ammissione del primo caso e i dati della misurazione alla dimissione dell'ultimo caso.

Un'**eccezione concernente la composizione dei casi** è costituita dal trattamento in una clinica/un reparto forense e in una clinica/un reparto non forense. Una composizione non è applicabile. Neppure per i casi a cavallo di due anni viene applicata la composizione dei casi.

Nei casi seguenti, non è necessario effettuare misurazioni alla dimissione e all'ammissione.

- Se un paziente viene riammesso **dopo meno di 24 ore** nella stessa sede o in una sede dello stesso gruppo di cliniche e, dal punto di vista clinico, il personale curante gestisce la degenza come una continuazione del caso precedente, non serve procedere a una misurazione alla dimissione o all'ammissione. Ciò vale in particolare in caso di assenze per visite specialistiche o trattamenti in altre cliniche.
- **Congedo amministrativo:** è il caso quando un paziente lascia la clinica per più di 24 ore (per vacanze o per una prova), ma il letto resta riservato.

6 QUALITÀ DEI DATI

6.1 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 riscontro 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 **plausibilizzazione interna** dei dati rilevati.

6.2 RIFERIMENTO TASSO DI RISPOSTA

Ci attendiamo i tassi di risposta seguenti.

- **Valutazione da parte di terzi, misurazione all'ammissione: 100%; binomio completo ammissione-dimissione: 90%.** Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere variabili centrali del set di dati SpiGes (ex dati minimi UST e dati supplementari psichiatria UST). La quota del 90% comprende anche i *drop-out* legittimi.
- **Autovalutazione, binomio completo ammissione-dimissione: 60%.**
  Per essere completi, i rilevamenti devono comprendere variabili centrali del set di dati SpiGes (ex dati minimi UST e dati supplementari psichiatria UST). 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.

6.3 CONTROLLO DELLA QUALITÀ DEI DATI INTERNO ALLA CLINICA E DA PARTE DELL'ISTITUTO DI ANALISI

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 nei settori in questione.

I dati forniti dalle cliniche vengono poi controllati in moniQ in quanto a completezza e plausibilità (questa verifica può essere effettuata anche nel corso dell'anno). Se la qualità dei dati è insufficiente, le cliniche dovrebbero adottare provvedimenti che portino a un miglioramento.

I documenti «Definizione dei dati psichiatria per adulti | psichiatria infantile e adolescenziale» e «Controllo e validazione dei dati psichiatria per adulti | psichiatria infantile e adolescenziale» forniscono consigli per il controllo interno dei dati e illustrano le verifiche che vengono svolte dall'istituto di analisi.

6.4 POSSIBILITÀ DI AIUTO E FORMAZIONI PER I RILEVATORI

I primi interlocutori in caso di problemi sono i responsabili dei progetti in seno alle cliniche. L'ANQ consiglia di formare il personale, rispettivamente le persone selezionate nel rilevamento del peso dei sintomi (valutazione da parte di terzi), e propone corsi interni sull'HoNOS/HoNOSCA.

Le formazioni sono rivolte al personale clinico incaricato della registrazione dei dati. In alcuni casi partecipano alle formazioni anche singoli rappresentanti delle cliniche, che possono poi trasmettere le conoscenze acquisite internamente al personale curante o a chi si occupa della registrazione dei dati.

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 il Segretariato generale dell'ANQ.

7 FORNITURA DEI DATI

I dati SpiGes devono essere forniti all'istituto di analisi per ogni sede (burnr). Se in una sede sono presenti più tipi di cliniche, i dati di misurazione devono essere trasmessi separatamente per ciascun tipo di clinica. È prevista un'eccezione per le cliniche che offrono sia servizi di psichiatria per adulti che di psichiatria geriatrica. Anche queste devono caricare due set di dati: uno per la psichiatria geriatrica e uno per la psichiatria per adulti. Le cliniche sono tuttavia libere di separare autonomamente i dati in due set distinti oppure di caricare due volte lo stesso set di dati. In quest'ultimo caso, la separazione verrà effettuata automaticamente tramite w hoch 2. Il criterio per l'assegnazione dei casi è la variabile «Area di trattamento». I casi in cui è stato indicato il valore «Psichiatria geriatrica» vengono assegnati alla psichiatria geriatrica. I casi in cui è stato indicato un altro ambito terapeutico o in cui tale indicazione manca vengono assegnati agli altri casi di psichiatria per adulti. L'eccezione vale solo per questo tipo di clinica. I dati di misurazione relativi ad altri tipi di cliniche presenti nella stessa sede devono essere obbligatoriamente forniti separatamente per la trasmissione all'istituto di analisi.

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), rispettivamente dall'1.7.2013 (inizio delle misurazioni dell'ANQ nella psichiatria infantile e adolescenziale).

La definizione di caso secondo l'UST e SwissDRG AG (cfr. capitolo 5) è stata adottata per i dati di misurazione e i dati SpiGes. In caso di fusione di casi, i dati di misurazione contengono lo stesso FID presente nel set di dati SpiGes, la misurazione all'ammissione della prima degenza e la misurazione alla dimissione dell'ultima degenza.

Dal periodo di misurazione 2019, i dati vengono trasmessi all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ. A tale scopo, una persona responsabile per ogni sede riceve un link per registrarsi. La persona responsabile può effettuare il login utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta, e caricare i dati sul server durante tutto l'anno. Dalla primavera del 2020, nel dashboard è disponibile un riscontro immediato sulla correttezza del formato e sulla qualità dei dati. Dopo aver effettuato le eventuali correzioni, si può caricare un nuovo set di dati sul dashboard. I dati precedentemente caricati vengono automaticamente sovrascritti.

Il set di dati definitivo deve essere trasferito dal dashboard a w hoch 2 entro e non oltre il **7 marzo dell'anno successivo**.

8 RISULTATI E PUBBLICAZIONE

Per ogni anno di misurazione, è prevista una pubblicazione trasparente e comparativa dei risultati sul sito dell'ANQ, dove si trovano anche infografiche, spiegazioni sui grafici, sull'aggiustamento secondo il rischio ecc. Maggiori ragguagli si trovano nei concetti di analisi e di pubblicazione.

Le cliniche hanno altresì la possibilità di consultare analisi specifiche e individuali nel dashboard VIZER, di effettuarne altre e di operare confronti con riferimenti nazionali.

9 PROTEZIONE DEI DATI

Il Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati (versione 2.0) vale per le misurazioni nella psichiatria per adulti e nella psichiatria infantile e adolescenziale. L'articolo 5 recita: «Gli ospedali e le cliniche sono responsabili del rilevamento corretto, completo e conforme dei dati e del trasferimento puntuale. […] Prima della trasmissione all'ANQ, rispettivamente al partner di cooperazione designato dall'ANQ, gli ospedali e le cliniche pseudonimizzano o anonimizzano i dati personali secondo le direttive stabilite dall'ANQ per la rispettiva misurazione (p.es. concetto di misurazione)». Le persone responsabili adottano inoltre misure organizzative e tecniche adeguate per la tutela della confidenzialità, della disponibilità e dell'integrità dei dati, nonché della garanzia della trasparenza del loro trattamento, e a tale scopo considerano in particolare i requisiti ai sensi delle disposizioni federali e cantonali in materia di protezione dei dati vigenti per loro.

La fornitura di dati all'ANQ in relazione con le misurazioni nazionali della qualità avviene nell'ottica dell'adempimento di un obbligo giuridico ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Esiste pertanto una base giuridica, ragione per la quale dal punto di

vista della protezione dei dati il consenso dei pazienti non è necessario, così come un consenso generale (*general consent*) ai sensi della Legge sulla ricerca umana (LRUm), dato che la misurazione non è soggetta a tale legge.