

# CONCETTO DI ANALISI

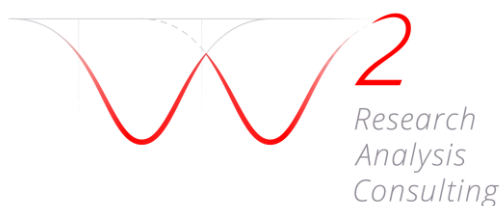
## MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA PSICHIATRIA PER ADULTI, INFANTILE E ADOLESCENZIALE

Autrici/tori: Segretariato generale ANQ  
Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH

Versione: 1.2

Data: maggio 2026

Le modifiche rispetto alla versione precedente sono segnalate in grigio.



## Indice

1.	Situazione di partenza .....	3
2.	Metodo della misurazione.....	3
2.1	Strumenti di misurazione e dati supplementari .....	3
2.2	Momenti della misurazione .....	5
2.3	Definizione del caso.....	5
2.4	Portata della prova a campione .....	5
2.5	Criteri di inclusione e di esclusione.....	6
3.	Logistica.....	6
3.1	Trasmissione dei dati.....	6
3.2	Controllo dei dati.....	7
4.	Analisi dei dati.....	7
4.1	Publizia dei dati .....	7
4.2	Qualità dei dati .....	8
4.2.1	Spiegazioni sulla categorizzazione dei motivi dei mancati rilevamenti .....	9
4.2.2	Tasso di risposta/valori attesi .....	10
4.3	Metodo .....	10
4.4	Conservazione dei dati .....	13
4.5	Protezione dei dati .....	13
4.6	Utilizzo dei dati esistenti per analisi interne.....	13
5.	Rappresentazione di risultati specifici per le cliniche.....	14
5.1	Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati.....	14
5.2	Accesso ai risultati.....	15
6.	Rappresentazione dei risultati comparativi nazionali.....	15
6.1	Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati.....	15
7.	Interpretazione dei risultati delle misurazioni .....	16
	Bibliografia .....	17
	Impressum .....	18

## 1. SITUAZIONE DI PARTENZA

Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati i risultati rilevati nella psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale. La redazione dei concetti (di analisi e di pubblicazione) è il frutto di una stretta cooperazione tra l'ANQ, il Comitato per la qualità Psichiatria e l'istituto di analisi w hoch 2. Dal 2018, la w hoch 2 è stata incaricata dall'ANQ di accompagnare dal punto di vista scientifico il rilevamento dei dati e di svolgere l'analisi dei dati rilevati.

I concetti dell'ANQ si basano sulla [contratto nazionale di qualità](#), sul [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#) e sui [requisiti generali per concetti di analisi e di pubblicazione](#). L'elaborazione dei concetti dell'ANQ si svolge per processi, con l'integrazione progressiva di nuove conoscenze tratte dai risultati delle analisi.

## 2. METODO DELLA MISURAZIONE

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 sulle misurazioni specifiche nella psichiatria](#) e nel documento «Definizione dei dati» ([psichiatria per adulti](#), nonché [infantile e adolescenziale](#)) dell'ANQ.

### 2.1 STRUMENTI DI MISURAZIONE E DATI SUPPLEMENTARI

Il piano seguente (figura 1) riepiloga gli strumenti utilizzati nella psichiatria per adulti, infantile e adolescenziale per il rilevamento del peso dei sintomi (autovalutazione e valutazione da parte di terzi) e delle misure restrittive della libertà.

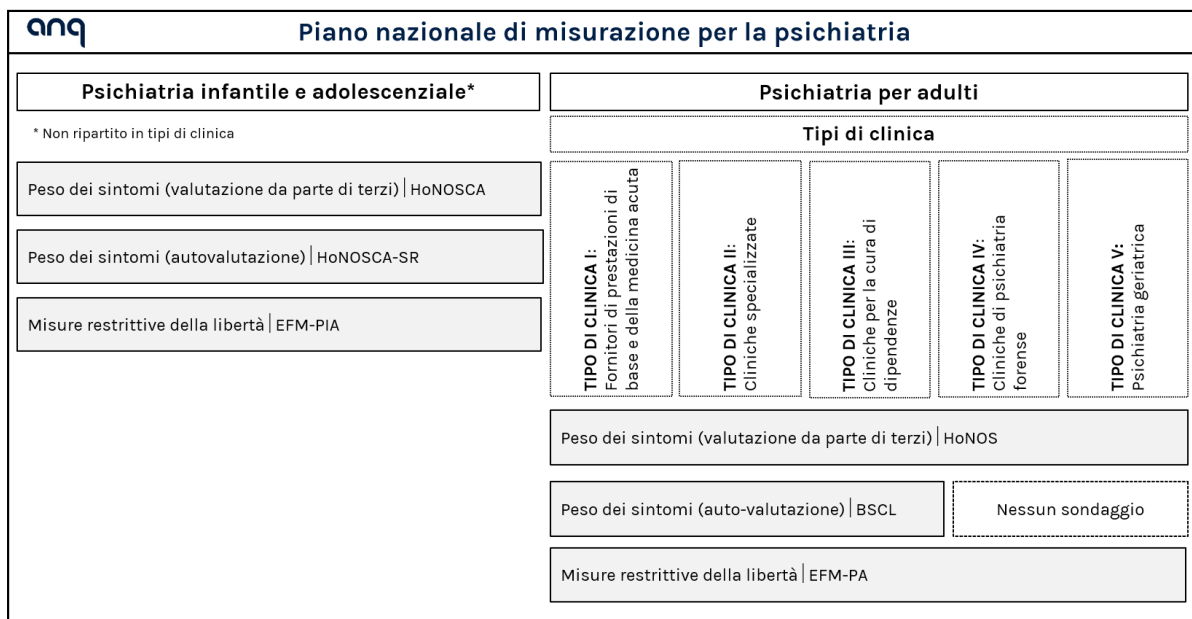


Figura 1: piano di misurazione psichiatria (valido dal rilevamento 2023)

Nella psichiatria per adulti, le cliniche vengono stratificate secondo il tipo (vedi figura 1 e tabella 1). La stratificazione è stata sviluppata dall'ANQ allo scopo di ottenere una migliore confrontabilità delle diverse cliniche psichiatriche e per favorire il processo comparativo. Trovate informazioni sulla stratificazione nell'apposita scheda sul [sito dell'ANQ](#).

TIPO DI CLINICA	DENOMINAZIONE	INTRODUZIONE
Tipo di clinica I	Fornitori di prestazioni di base e della medicina somatica acuta (presa a carico acuta e completa)	Dal 2016
Tipo di clinica II	Cliniche specializzate (presa a carico specializzata)	Dal 2016
Tipo di clinica III	Cliniche per la cura di dipendenze	Dal 2016
Tipo di clinica IV	Cliniche della psichiatria forense	Dal 2019
Tipo di clinica V	Psichiatria geriatrica	Dal 2023

Tabella 1: panoramica dei tipi di clinica ANQ nella psichiatria per adulti

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

## ANQ Piano nazionale di misurazione per la psichiatria – Dati da rilevare per ogni caso

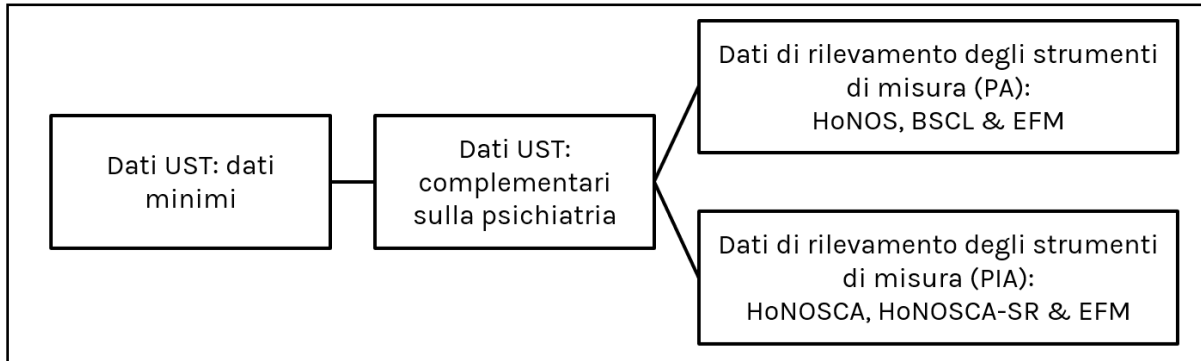


Figura 2: dati da fornire per ogni caso

### 2.2 MOMENTI DELLA MISURAZIONE

Il peso dei sintomi viene rilevato all'ammissione e alla dimissione (distanza minima 24 ore), le misure restrittive della libertà ogni volta che vengono adottate. I dati della statistica medica vengono riuniti alla fine di un periodo di rilevamento e inviati all'istituto di analisi.

### 2.3 DEFINIZIONE DEL CASO

La definizione dei casi corrisponde a quella dell'UST, così come illustrata nel manuale (punto 3.1.2). Fondamentalmente, un'unità di rilevamento rappresenta un caso di cura. Sulla scorta dell'esperienza acquisita con la misurazione 2018, nel luglio 2019 il Comitato dell'ANQ ha deciso di adottare la definizione del caso **senza** la composizione di casi ai sensi della TARPSY/SwissDRG AG. I dati **non** potranno quindi contenere composizioni di casi (riammissioni entro diciotto giorni nella stessa clinica).

**Nota:** con il rilevamento 2026, per le misurazioni specifiche nella psichiatria l'ANQ riprende la definizione del caso e della sede ai sensi della TARPSY/SwissDRG AG, nonché il formato secondo SpiGes (UST). A partire da tale rilevamento è quindi in vigore la composizione di casi entro diciotto giorni e, in presenza di un trasferimento da una sede all'altra in seno allo stesso gruppo, non verrà aperto un nuovo caso, ma verrà assegnato alla sede della dimissione.

### 2.4 PORTATA DELLA PROVA A CAMPIONE

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi (rilevamento completo) gestiti a livello ospedaliero nei rispettivi reparti nel corso del periodo di rilevamento, e hanno la possibilità di trasmettere set di dati contenenti anche casi al di fuori del periodo di rilevamento. Ciò è conforme alle direttive dell'UST per la fornitura della statistica medica con tutti i tipi di caso (indicazione del

caso statistico «A», «B» o «C» secondo il [concetto dettagliato UST](#)), affinché le cliniche non debbano gestire un onere supplementare.

L'analisi considera i casi di pazienti dimessi nel rispettivo periodo di rapporto. I casi con una qualità dei dati insufficiente e quelli riguardanti degenze brevi (meno di 24 ore) sono esclusi dai confronti tra cliniche.

Tutte le cliniche partecipanti sono incluse nel confronto nazionale. Una clinica con un numero basso di casi completamente documentati ( $N < 30$ ) viene resa distinguibile nella documentazione per la pubblicazione e sul sito 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.

## 2.5 CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Gli adolescenti curati nella psichiatria per adulti vengono 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 sull'età, bensì sull'istituto partecipante.

# 3. LOGISTICA

## 3.1 TRASMISSIONE DEI DATI

Concluso il periodo di misurazione, le cliniche trasmettono i dati sul peso dei sintomi e le misure restrittive della libertà, nonché quelli della statistica medica all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ, il quale offre molteplici possibilità di analisi della qualità dei dati.

Per garantire l'anonimato, all'istituto di analisi andrebbero inviati solo i dati di cui l'ANQ ha bisogno ai sensi del documento «Definizione dei dati» ([psichiatria per adulti](#) | [psichiatria infantile e adolescenziale](#)). In particolare, non vanno condivise informazioni che mettono a repentaglio l'anonimità dei dati. Non bisogna per esempio comunicare la data di nascita, ma soltanto l'età al momento dell'ammissione.

Nel dashboard moniQ è disponibile un riscontro immediato sulla correttezza del formato e sulla qualità dei dati. Per verificare i dati già nel corso del rilevamento e garantire così un'elevata qualità, moniQ è a disposizione delle cliniche anche durante l'anno. Se sono necessarie correzioni, si può caricare un nuovo set di dati. I dati caricati in precedenza vengono automaticamente sovrascritti.

Il set di dati definitivo dell'anno di misurazione deve essere inviato alla w hoch 2 tra gennaio e il **7 marzo** (il giorno di riferimento per la trasmissione dei dati è sempre lo stesso). Anche questa operazione viene effettuata nel dashboard.

### 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 dei dati ([psichiatria per adulti](#) | [psichiatria infantile e adolescenziale](#)) sono riportate spiegazioni dettagliate sulle verifiche dei dati presso le cliniche e l'istituto di analisi.

Nell'istituto di analisi, vengono svolti controlli 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/HoNOSCA: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- BSCL/HoNOSCA-SR: ci sono set di dati doppi per uno stesso momento?
- Rilevamento delle misure restrittive della libertà: sono stati registrati isolamenti o immobilizzazioni contemporanei o che si sovrappongono?

## 4. ANALISI DEI DATI

Secondo il principio dell'ANQ, le **analisi delle misurazioni nazionali della qualità vengono effettuate a livello di sede**. Per la psichiatria infantile e adolescenziale, nel mese di ottobre 2025 il Comitato dell'ANQ ha deciso, su richiesta, di pubblicare i risultati di singole sedi sotto il rispettivo gruppo (sede principale), in particolare alla luce della dimensione limitata dei campioni di alcune sedi. Questa decisione verrà attuata retroattivamente con il rilevamento 2025. I dati vengono trasmessi tutti insieme alla sede principale del gruppo. Per il rilevamento 2025 (anno transitorio), le cliniche possono inviare i dati anche separatamente secondo la sede, sarà la w hoch 2 in questo caso a riunirli per la pubblicazione. Con il rilevamento 2026, nel dashboard VIZER sarà possibile effettuare un'analisi secondo la sede tramite il caricamento di variabili supplementari.

### 4.1 PUBBLICAZIONE DEI DATI

I casi completamente mancanti non possono essere identificati nel quadro delle misurazioni dell'ANQ, ma sarebbero riconoscibili come divergenze nelle cifre notificate all'ANQ e all'UST. Esiste pertanto una possibilità di controllo indiretta.

## Dati minimi e dati supplementari UST per la psichiatria

Le variabili tratte dai dati minimi e dai dati supplementari per la psichiatria della statistica medica che devono essere rilevate nel quadro dell'UST servono in particolare per l'analisi aggregata secondo il rischio e vengono trasmesse tramite moniQ. Trattandosi di rilevamenti obbligatori per l'UST, è lecito attendersi che questi dati siano completi.

## Strumenti di misurazione HoNOS, HoNOSCA, BSCL e HoNOSCA-SR

Per gli strumenti di misurazione del peso dei sintomi, ogni caso deve disporre di dati rilevati o di spiegazioni sul mancato rilevamento all'ammissione e alla dimissione. Il criterio per una buona qualità dei dati è il tasso di casi analizzabili rispetto al numero complessivo di dimissioni dalla clinica durante il periodo di misurazione: se è basso, i dati in questione sono verosimilmente poco rappresentativi dei pazienti curati nella clinica.

Valori mancanti tra i dati rilevati con gli strumenti non vengono sostituiti. A partire da un determinato numero di item singoli mancanti per uno [strumento di misurazione](#) (**più di tre item** per l'HoNOS, l'HoNOSCA e l'HoNOSCA-SR, **oltre tredici item** per la BSCL), il caso non viene analizzato per lo strumento di misurazione in questione e viene escluso dall'analisi.

## Rilevamento delle misure restrittive della libertà

Per la verifica della plausibilità, nel 2023 il Comitato per la qualità Psichiatria ha fissato limiti di durata per determinate misure restrittive della libertà. Da allora, le indicazioni seguenti sono considerate documentate in modo errato, rispettivamente non plausibili, e nel dashboard moniQ vengono rappresentate come tali.

- Immobilizzazione: > 2 settimane
- Contenzione (solo psichiatria per adulti): > 1 ora
- Restrizioni della libertà di movimento in sedia (solo psichiatria per adulti): > 8 ore
- Una durata negativa (inizio successivo alla fine) è considerata non plausibile per tutte le misure restrittive della libertà.
- Per tutti gli altri tipi di misura restrittiva della libertà, non sono previsti limiti di durata.

## 4.2 QUALITÀ DEI DATI

Una qualità dei dati sufficiente è la condizione per ottenere risultati rappresentativi. Per raffigurarla, l'ANQ formula direttive sui dati delle misurazioni e sulle variabili (dati MB ed MP) in linea con l'UST. I casi vengono suddivisi in categorie (vedi tabella 2) secondo la qualità dei dati per ogni strumento di misurazione del peso dei sintomi.

Spiegazioni dettagliate sulla determinazione della qualità dei dati e sulla loro suddivisione in categorie si trovano nel capitolo 5 del documento per il controllo dei dati ([psichiatria per adulti](#) | [psichiatria infantile e adolescenziale](#)).

CATEGORIA	OSSERVAZIONI
Completo (analizzabile)	<p>a: <u>Variabili UST (dati MB ed MP)</u>: tutte le variabili sono complete.</p> <p>b: <u>Dati di misurazione</u>: i dati rilevati all'ammissione e alla dimissione sono completi o non mancano più di tre item per gli strumenti HoNOS(CA), risp. tredici item per la BSCL e/o manca la variabile H8 tipo per l'HoNOS; il questionario non è codificato come drop-out.</p>
Incompleto (analizzabile)	<p>a: <u>Variabili UST (dati MB ed MP)</u>: sono presenti le variabili principali<sup>1</sup> dei set di dati UST, mancano altre variabili o ci sono valori non validi.</p> <p>b: <u>Dati di misurazione</u>: manca la data del rilevamento, inoltre non mancano più di tre item per gli strumenti HoNOS(CA), risp. tredici item per la BSCL e/o manca la variabile H8 tipo per l'HoNOS; il questionario non è codificato come drop-out.</p>
Incompleti (non analizzabili)	<p>a: <u>Variabili UST (dati MB ed MP)</u>: i dati non sono analizzabili perché almeno una delle variabili principali manca o non è valida.</p> <p>b: <u>Dati di misurazione</u>: mancano più di tre item per gli strumenti HoNOS(CA), risp. tredici item per la BSCL.</p>
Registrazione mancante (non analizzabile)	<p>a: <u>Variabili UST (dati MB ed MP)</u>: manca il numero di identificazione del caso.</p> <p>b: <u>Dati di misurazione</u>: manca il numero di identificazione del caso oppure l'indicazione sull'ammissione o la dimissione.</p>
Drop-out	<p>a: <u>Dati di misurazione</u>: il questionario è codificato come drop-out.</p>

Tabella 2: categorie della qualità dei dati

#### 4.2.1 Spiegazioni sulla categorizzazione dei motivi dei mancati rilevamenti

Le motivazioni per i mancati rilevamenti (*drop-out*) sono riportati nel [manuale sulla misurazione](#) e nel documento per il controllo dei dati per la [psichiatria per adulti](#), nonché la [psichiatria infantile e adolescenziale](#). Si distingue tra motivi influenzabili e non influenzabili. I *drop-out* influenzabili vanno per quanto possibile ridotti, mentre quelli non influenzabili confluiscono nel calcolo del tasso di risposta.

<sup>1</sup> Le variabili principali vengono definite dall'ANQ. La loro presenza è la condizione minima per poter analizzare un caso. Queste variabili sono elencate nel capitolo 5 del documento per il controllo dei dati.

## 4.2.2 Tasso di risposta/valori attesi

Per migliorare la qualità dei dati, per le misurazioni specifiche nella psichiatria l'ANQ ha fissato valori attesi per quanto riguarda i tassi di risposta, validi dal rilevamento 2016. Con il rilevamento 2025, questi provvedimenti sono stati adeguati: i dati incompleti ma analizzabili non vengono più considerati per il raggiungimento del tasso di risposta.

- **Valutazione da parte di terzi, misurazione all'ammissione: 100%; set completo ammissione-dimissione: 90%**

Affinché un set ammissione-dimissione sia considerato completo, devono essere presenti tutte le variabili dei dati minimi dell'UST e dei dati supplementari UST per la psichiatria. La quota del 90% comprende anche i *drop-out* legittimi.

- **Autovalutazione, set completo ammissione-dimissione: 60%**

Affinché un set ammissione-dimissione sia considerato completo, devono essere presenti tutte le variabili dei dati minimi dell'UST e dei dati supplementari UST per la psichiatria. La quota del 60% comprende anche i *drop-out* legittimi.

- **Set di dati mancanti o incompleti: 0%**

Dal rilevamento 2025, i casi per i quali mancano variabili dei dati minimi (dati MB) e dei dati supplementari per la psichiatria (dati MP) non vengono più considerati per il raggiungimento del valore atteso.

- **Misure restrittive della libertà: nessun valore atteso**

Le misure restrittive della libertà definite devono essere documentate in modo completo e continuo. La responsabilità della fornitura completa dei dati è delle cliniche in quanto al momento non vi è alcuna possibilità di svolgere controlli in tal senso. In passato, per i casi documentati i dati forniti da tutte le cliniche erano di qualità molto elevata. Nell'interesse della redazione di un rapporto conciso e incisivo, rinunciamo alla pubblicazione della qualità dei dati inerenti alle misure restrittive della libertà per ogni singola clinica. In presenza di anomalie durante il processo di analisi, gli istituti in questione verranno contattati d'intesa tra l'ANQ, la w hoch 2 ed eventualmente il Comitato per la qualità Psichiatria.

## 4.3 METODO

Per consentire confronti il più possibile equi della qualità dei risultati del peso dei sintomi, i parametri della qualità specifici per ogni clinica e l'influsso delle variabili di disturbo sulle quali la clinica non può agire vengono stimati sulla base dei dati. Tra le variabili di disturbo rientra in primis la composizione del collettivo di pazienti in cura, il cosiddetto *case-mix*. Le variabili per l'aggiustamento secondo il rischio provengono prevalentemente dal set di dati MB ed MP dell'UST. Il rilevamento **dell'età all'ammissione, del sesso e della diagnosi principale** è obbligatorio. Se manca una di queste tre variabili, non è possibile svolgere

l'aggiustamento secondo il rischio e il caso viene escluso dall'analisi. Altre variabili utilizzate per l'aggiustamento secondo il rischio sono elencate di seguito.

- Numero di diagnosi secondarie<sup>2</sup>
- Durata del ricovero<sup>3</sup>
- Luogo prima dell'ammissione
- Settore di cura
- Occupazione prima dell'ammissione
- Formazione
- Istanza assegnante
- Ricovero a scopo di assistenza
- Nazionalità
- Tipo di assicurazione (comune, semiprivato, privato)
- Stato civile
- Peso dei sintomi all'ammissione (valore HoNOS/HoNOSCA/BSCL/HoNOSCA-SR all'ammissione → non parte dei dati UST)

Il parametro della qualità di una singola clinica descrive la differenza attesa del peso dei sintomi tra l'ammissione e la dimissione se tutti i casi dell'intero gruppo fossero stati trattati nella clinica in questione. Considerando le variabili di disturbo, si procede a un aggiustamento secondo il rischio, affinché si possano confrontare anche cliniche con *case-mix* diversi.

La stima dei parametri della qualità con aggiustamento secondo il rischio è effettuata mediante una procedura analitica della regressione. Si tratta di un modello di regressione lineare multiplo con la qualità dei risultati del peso dei sintomi come variabile mirata (*response*), la clinica curante come fattore e diverse variabili di disturbo come variabili confondenti. Per queste ultime, a seconda delle dimensioni della base di dati vengono considerate anche interazioni di primo ordine. A dipendenza dei dati disponibili, i modelli dei vari tipi di clinica e dei diversi anni di rilevamento si distinguono per le variabili confondenti considerate. Il modello di regressione tiene conto di eventuali oscillazioni di caso in caso e di altre inesattezze nel rilevamento della qualità dei risultati del peso dei sintomi. I parametri della qualità stimati sono dunque approssimazioni degli effettivi parametri della qualità. La procedura dell'aggiustamento secondo il rischio è illustrata nell'apposita [spiegazione](#). Altri dettagli su modelli specifici possono inoltre essere richiesti alla w hoch 2, l'istituto di analisi.

---

<sup>2</sup> Su mandato del gruppo di esperti Salute delle persone con disturbi dello sviluppo intellettuale, con i risultati del rilevamento 2023 è stata svolta un'analisi supplementare sull'influsso dell'inclusione dei contenuti di diagnosi secondarie nel modello di aggiustamento secondo il rischio. Ne è emerso un cambiamento minimo della varianza. Dal punto di vista del metodo, vista l'analoga predittività è stato preferito il modello con meno covariabili, rinunciando dunque all'inclusione dei contenuti delle diagnosi secondarie.

<sup>3</sup> La durata del ricovero si calcola sulla base delle date di ammissione e di dimissione.

L'intento è quello di scoprire la portata per ciascuna clinica della differenza tra il parametro della qualità e il valore medio (ponderato secondo il numero di casi) dei parametri della qualità di tutte le altre cliniche. Per questi valori comparativi si possono calcolare valori stimati e intervalli di confidenza (intervalli all'interno dei quali, con una certa sicurezza (95%), si trova il valore comparativo effettivo).

In questo modo, si considera l'inevitabile inesattezza dei valori comparativi stimati. Se l'intervallo di confidenza non comprende il valore zero, è possibile affermare con la sicurezza menzionata che la clinica in questione ha ottenuto risultati sopra la media (se il limite inferiore dell'intervallo è superiore a zero) o sotto la media (se il limite superiore è inferiore a zero).

Va ricordato che si tratta di un confronto della valutazione dei risultati delle cliniche sulla base del campione annuale, non di un confronto con un outcome oggettivo e neutrale «Peso dei sintomi», non disponibile né nell'HoNOS/HoNOSCA, né nella BSCL/HoNOSCA-SR.

Al contrario di quanto descritto per il peso dei sintomi, l'analisi delle misure restrittive della libertà non prevede l'aggiustamento secondo il rischio. Nel periodo precedente alla prima pubblicazione trasparente, l'allora Comitato per la qualità Psichiatria si era espresso contro l'aggiustamento secondo il rischio.

Un argomento centrale contro l'aggiustamento secondo il rischio è rappresentato dalle diverse condizioni di partenza. Alcune cliniche sono ad esempio obbligate a ricoverare pazienti in situazioni di emergenza, con ricovero a scopo di assistenza o perché rappresentano un pericolo acuto per sé stessi o per altri. Occorre inoltre tenere conto dei diversi concetti applicati dalle cliniche. Ad esempio, alcune cliniche applicano più frequentemente misure restrittive di breve durata, mentre altre applicano misure di maggiore durata, ma che sono meno restrittive. I risultati della misurazione devono quindi essere sempre considerati nel contesto: un minor numero di misure restrittive della libertà non significa automaticamente una migliore qualità del trattamento. Per rendere meglio giustizia a queste diverse condizioni di partenza, sono stati discussi criteri strutturali ed è stata introdotta successivamente la stratificazione per tipo di clinica a favore di una migliore confrontabilità.

Oltre ad argomentazioni di fondo contro l'aggiustamento secondo il rischio, si è tenuto conto anche di ragioni metodologiche e comunicative. Da un lato, è emerso che la performance predittiva dei predittori delle misure restrittive della libertà è scarsa. Ciò significa che l'aggiustamento secondo il rischio comporterebbe solo cambiamenti di lieve entità. Dall'altro lato, le misure restrittive della libertà dovrebbero in generale essere evitate e ridotte al minimo indispensabile. A tal fine, è necessario disporre di risultati comprensibili e interpretabili nel confronto tra cliniche. A differenza delle misure per il peso dei sintomi, l'indicatore principale per le misure restrittive della libertà può assumere solo due valori: il caso di trattamento è interessato da almeno una misura restrittiva della libertà, sì o no. Per questo motivo, l'aggiustamento secondo il rischio dovrebbe essere effettuato utilizzando la regressione logistica. Tuttavia,

questo approccio statistico è difficile da comprendere e interpretare. I vantaggi di avere risultati comprensibili superano gli effetti dell'aggiustamento secondo il rischio.

#### 4.4 CONSERVAZIONE DEI DATI

A cadenza annuale, al termine delle analisi i dati specifici vengono messi a disposizione delle rispettive cliniche dall'istituto di analisi w hoch 2 nel dashboard moniQ. La raccolta ripulita con dati di persone e cliniche pseudonimizzati viene conservata dalla stessa w hoch 2 nel rispetto delle disposizioni in materia di sicurezza.

#### 4.5 PROTEZIONE DEI DATI

Il rilevamento sottostà al [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#). L'ANQ adotta tutti i provvedimenti necessari per la protezione e la sicurezza dei dati (vedi [misure di protezione dei dati ANQ](#)). La w hoch 2 ospita i dati su server cifrati in Svizzera.

Per garantire la protezione e la sicurezza dei dati, tra la w hoch 2 (istituto di analisi) e l'ANQ vengono stipulati accordi scritti per il trattamento dei dati, i quali disciplinano la gestione di quelli degni di protezione, e documentano le misure di sicurezza tecniche e organizzative adottate. Tali accordi sono vincolanti per tutte le persone coinvolte nelle istituzioni.

In seno all'istituto di analisi, tutte le collaboratrici e tutti i collaboratori con accesso ai dati delle cliniche sono tenuti al segreto professionale dai loro contratti di lavoro. Dal punto di vista tecnico, ci si premura affinché dati e risultati non siano visualizzabili da persone non autorizzate nemmeno all'interno dell'istituto di analisi.

#### 4.6 UTILIZZO DEI DATI ESISTENTI PER ANALISI INTERNE

Ai sensi del [Regolamento dell'ANQ per l'utilizzo dei dati rilevati](#), l'ANQ è autorizzata a trattare tutti i dati in relazione con le misurazioni secondo la portata necessaria per lo svolgimento dei suoi compiti. Se necessario, dati già rilevati per altre misurazioni (interdisciplinari e/o specifiche) possono essere utilizzati per analisi interne, per esempio per verificare e/o perfezionare un metodo di misurazione.

## 5. RAPPRESENTAZIONE DI RISULTATI SPECIFICI PER LE CLINICHE

### 5.1 RAPPRESENTAZIONE E TIPI DI GRAFICO UTILIZZATI

Le cliniche possono verificare approfonditamente la qualità dei loro dati nel **dashboard moniq**.

Dal 2024 dispongono inoltre del **dashboard VIZER**, nel quale possono consultare – anche nel corso dell’anno – i loro risultati suddivisi secondo la sede.

Importanti analisi approfondite sono già preconfigurate. Valori inerenti all’ammissione, alla dimissione e differenziali vengono raffigurati in modo aggregato in base al gruppo di diagnosi principali per gli indicatori del peso dei sintomi. Un grafico comparativo permette di porre a confronto l’autovalutazione e la valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi. Il tasso di casi di cura con almeno una misura restrittiva della libertà viene rappresentato sia nel complesso sia per ogni diagnosi principale. Cinque grafici, inoltre, descrivono il *case-mix* in riferimento alla diagnosi principale, al ricovero a scopo di assistenza, all’età e al sesso.

Il dashboard consente altresì di effettuare numerose analisi individuali combinando in modo diverso le variabili disponibili. Le analisi possono per esempio essere svolte aggregando i risultati secondo i gruppi di diagnosi e l’istanza assegnante. Per gli anni di misurazione conclusi, è possibile raffigurare riferimenti adeguati per ogni analisi, il che agevola la classificazione dei risultati interni.

Potendo integrare altre variabili individuali nel proprio set di dati, le cliniche hanno altresì l’opportunità di valutare aspetti specifici, per esempio di svolgere analisi per reparto. Queste analisi supplementari rendono più comprensibili i risultati principali, i quali possono essere sfruttati in modo ottimale per miglioramenti interni della qualità.

I risultati possono essere raffigurati per esempio con diagrammi a colonne, diagrammi a piramide, box-plot, tabelle ecc. Le analisi sono condivisibili con altre persone assegnando i diritti di consultazione. Esse possono inoltre essere esportate nei formati .svg e .png per rapporti o presentazioni.

#### **Aggiustamento secondo il rischio**

I dati rappresentati e analizzabili nel dashboard VIZER non sono aggiustati secondo il rischio. Per procedere a un aggiustamento, devono essere disponibili i dati completi di un anno di rilevamento per tutte le cliniche messe a confronto. I confronti tra cliniche aggiustati secondo il rischio vengono quindi pubblicati sul sito dell’ANQ a cadenza annuale alla fine del periodo di misurazione. È dunque possibile che vi siano divergenze tra i confronti pubblicati e i risultati calcolabili in VIZER.

## 5.2 ACCESSO AI RISULTATI

Di regola, viene assegnato un accesso a ogni istituto, il quale ha poi la possibilità di concedere i diritti di utilizzo ad altre persone. Chi possiede i diritti di amministrazione può allestire nuove analisi e modificare quelle esistenti, nonché invitare altre persone come utenti, i quali possono poi consultare le analisi esistenti.

# 6. RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI COMPARATIVI NAZIONALI

## 6.1 RAPPRESENTAZIONE E TIPI DI GRAFICO UTILIZZATI

I risultati principali del peso dei sintomi (autovalutazione e valutazione da parte di terzi) e delle misure restrittive delle libertà per ogni tipo di clinica vengono pubblicati in **diagrammi comparativi** sul sito dell'ANQ. Questa rappresentazione illustra in modo ottimale la ripartizione dei valori comparativi aggiustati secondo il rischio. Ne emergono quindi la posizione della propria clinica rispetto alle altre dello stesso tipo e la differenza con il valore di riferimento.

Per quanto riguarda le misure restrittive della libertà, per la psichiatria per adulti l'utilizzo di diversi tipi di misure viene inoltre rappresentato in una **matrice comparativa** sul sito. Essa permette di constatare quali tipi di misure vengono adottati con più o meno frequenza e intensità nelle varie sedi. A seconda della misura, per tali confronti viene utilizzata la frequenza o il grado di intensità (frequenza x durata) per rispondere alle differenze nell'impiego in termini di frequenza e durata.

Oltre alle matrici e ai diagrammi comparativi, per il rapporto nazionale vengono impiegati i grafici e le tabelle seguenti al fine di rappresentare in modo trasparente i risultati delle misurazioni e i parametri descrittivi del rilevamento:

- diagrammi a colonne;
- diagrammi a barre;
- diagrammi lineari;
- tabelle strutturate.

Queste raffigurazioni supplementari illustrano le ripartizioni, gli sviluppi temporali e i confronti di una caratteristica tra unità diverse, informazioni preziose in particolare per una comprensione approfondita e una contestualizzazione dei risultati.

## 7. INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DELLE MISURAZIONI

I risultati delle misurazioni specifiche nella psichiatria servono a documentare il peso dei sintomi e l'adozione di misure restrittive della libertà. I valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non la sua totalità. I risultati dovrebbero permettere di avviare processi di miglioramento interni. Per un'interpretazione corretta, vanno considerati i limiti metodici spiegati dettagliatamente nelle [indicazioni per l'interpretazione dei risultati delle misurazioni dell'ANQ](#). Il [glossario dell'ANQ](#), infine, descrive termini fondamentali inerenti alle misurazioni dell'ANQ.

## BIBLIOGRAFIA

### Riferimenti agli strumenti di misurazione

- Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., ...Schulz, H. (2010). The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(1), 50-62. doi:10.1002/mpr.305
- Bonsack, C., Borgeat, F., & Lesage, A. (2002). Mesurer la sévérité des problèmes des patients et leur évolution dans un secteur psychiatrique : une étude sur le terrain du Health of Nation Outcome Scales en français (HoNOS-F). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(7), 483-488. doi:10.1016/s0003-4487(02)00208-1
- Brooks, R. (2000). The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: Validation in relation to patient derived measures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34, 504-511.
- Burns, A., Beevor, A., Lelliott, P., Wing, J., Blakey, A., Orrell, M. Hadden, S. (1999). Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+). *The British Journal of Psychiatry*, 174(5), 424-427. doi:10.1192/bjp.174.5.424
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(03), 595-605. doi: 10.1017/S0033291700048017
- Franke, G. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis – Deutsches Manual. Beltz Test Gesellschaft, Göttingen.
- Garralda, M.E., Yates, P. & Higginson I. (2000). Child and adolescent mental health service use: HoNO-SCA as an outcome measure. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48(1), 28-36. doi:10.1026//0012-1924.48.1.28
- Gowers, S., Harrington, R., Whitton, A., Lelliott, P., Beevor, A., Wing, J. & Jezzard, R. (1999). Brief scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: health of the nation outcome scales for children and adolescents (HoNOSCA). *British Journal of Psychiatry*, 174, 413-416.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Gowers, S., Levine, W., Bailey-Rogers, S., Shore, A. & Burhouse, E. (2002). Use of a routine, self-report outcome measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental services. *British Journal of Psychiatry*, 180, 266-269.
- Hanssen-Bauer, K., Gowers, S., Aalen, O.O., Bilenberg, N., Brann, P., Garralda, E., Merry, S. & Heyerdahl, S. (2007b). Cross-national reliability of clinician-rated outcome measures in child and adolescent mental health services. *Adm Policy Mental Health*, 34, 513-518.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172(1), 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11

### Riferimenti al metodo

- Dümbgen, L. (2016). (Ab)Using Regression for Data Adjustment. Technical Report, IMSV, University of Bern.
- Dümbgen, L., Mühlemann, A. & Strahl, C. (2016). Qualitätsvergleiche psychiatrischer Einrichtungen. Abschlussbericht im Auftrag der ANQ Expertengruppe Methodendiskussion.
- Farin, E., Glattacker, M., Follert, P., Kuhl, H.-C., Klein, K., & Jäckel, W. H. (2004). Einrichtungsvergleiche in der medizinischen Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(8), 655-662.
- Kuhl, H.-C., Krneta, D., Warnke, I., Herdt, J., Cassidy, C., von Allmen, U., & Rössler, W. (2008). Freiwilliges Benchmarking der Psychiatrischen Universitätskliniken Basel, Bern und Zürich. *Methodisches Vorgehen und Erfahrungsbericht. Psychiatrie* 1, 37-40.

## IMPRESSUM

Titolo principale e sottotitolo	Concetti di analisi Misurazioni specifiche nella psichiatria per adulti e nella psichiatria infantile e adolescenziale
Anno	2026
Autrici/tori	Muriel Haldemann, ANQ Berna Denise Steinhauser, ANQ Berna Dr. Benjamin Steinweg, w hoch 2 GmbH
Indirizzo per la corrispondenza	psychiatrie@anq.ch
Committente ANQ	Muriel Haldemann, responsabile Psichiatria
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berna
Citazione	ANQ, Berna; w hoch 2, Berna (2026): concetto di analisi. Misurazioni specifiche nella psichiatria per adulti e nella psichiatria infantile e adolescenziale. Rilevamento 2025