



# MISURAZIONI DELLA QUALITÀ DELL'ANQ

## INDICAZIONI PER L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DELLE MISURAZIONI

Versione: 4.0

Data: 29 giugno 2026

## Indice

Introduzione .....	3
Medicina somatica acuta .....	3
Infezioni del sito chirurgico .....	3
Caduta e decubito .....	4
Registro delle protesi SIRIS anca, ginocchio e spalla .....	5
Registro delle protesi SIRIS colonna vertebrale.....	5
Riammissioni non pianificate .....	6
Riabilitazione.....	6
Misurazioni specifiche nella riabilitazione .....	7
Psichiatria.....	7
Misurazioni specifiche nella psichiatria   Adulti, bambini e adolescenti .....	7
Peso dei sintomi.....	8
Misure restrittive della libertà (MRL) .....	9
Soddisfazione dei pazienti nella psichiatria infantile e adolescenziale .....	9
Interdisciplinare: esperienza dei pazienti (PREMs) .....	10

## INTRODUZIONE

L'ANQ svolge misurazioni unitarie della qualità nella medicina somatica acuta, nella riabilitazione e nella psichiatria in regime stazionario. I risultati delle misurazioni vengono analizzati in modo comparativo a livello nazionale e pubblicati in forma trasparente, ossia menzionando il nome della clinica o dell'ospedale. L'ANQ fornisce così agli istituti le basi necessarie per sviluppare misure mirate per il miglioramento della qualità. I risultati delle misurazioni sono inoltre un'importante fonte di informazioni per gli enti finanziatori: gli assicuratori vi fanno riferimento per le trattative tariffarie, i Cantoni per le convenzioni sulle prestazioni.

Nel pubblicare i risultati, l'ANQ si preme di svolgere confronti equi tra gli istituti, evitando deliberatamente di stilare graduatorie di ospedali o cliniche. I risultati rispecchiano infatti solo aspetti parziali della qualità complessiva di un ospedale o di una clinica. Il settore ospedaliero svizzero è inoltre molto eterogeneo, pertanto anche il numero di casi varia considerevolmente. I valori di ospedali e cliniche con pochi casi sono statisticamente meno robusti e più facilmente influenzabili da oscillazioni casuali. Sulla scorta dei risultati non è nemmeno possibile trarre conclusioni sulla gravità dei casi dei pazienti e sul conseguente onere a livello di trattamento e di risorse per gli istituti.

Ogni metodo comprende opportunità e limiti. Il presente documento illustra, per ogni misurazione dell'ANQ, gli aspetti cui occorre prestare particolare attenzione nell'interpretazione dei risultati.

## MEDICINA SOMATICA ACUTA

### INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

#### [Informazioni sulla misurazione](#)

Metodo di misurazione: programma SSI Surveillance di Swissnoso

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Contesto: le infezioni del sito chirurgico non possono essere evitate del tutto e non tutti gli interventi comportano lo stesso rischio. L'obiettivo di un'operazione (p.es. il lenimento del dolore) può essere raggiunto nonostante l'insorgere di un'infezione.
- Aggiustamento secondo il rischio: la procedura statistica dell'aggiustamento secondo il rischio (compensazione delle differenze a livello di offerta di prestazioni, di infrastruttura, collettivo di pazienti e dimensioni del campione) non è in grado di correggere tutte le differenze tra gli istituti.

- Qualità del rilevamento: la qualità dei processi di rilevamento dei dati viene valutata con l'ausilio di strumenti standardizzati (validazione). Una bassa qualità del rilevamento presso ospedali e cliniche può comportare una distorsione dei tassi. Per esempio, sistemi di sorveglianza privi di una validazione periodica possono sottostimare l'incidenza delle infezioni del sito chirurgico postoperatorie<sup>1</sup>.
- Confronto internazionale: un confronto con altri Paesi è possibile solo con riserva. Il metodo e la qualità del rilevamento, così come il monitoraggio dopo la dimissione variano sensibilmente. In Svizzera il rilevamento è generalmente più approfondito e il monitoraggio più prolungato, il che spiega come mai i tassi sono in parte più elevati.
- Libertà di scelta degli interventi SSI: la possibilità per ospedali e cliniche di monitorare una selezione di interventi può limitare la rappresentatività dei risultati, poiché gli indicatori riportati non riflettono necessariamente l'intero spettro delle prestazioni erogate a livello nazionale.

## CADUTA E DECUBITO

### Informazioni sulla misurazione

Metodo di misurazione fino al 2022: LPZ International (misurazione della prevalenza). La misurazione caduta e decubito è stata sospesa nel 2023 e sarà sostituita in futuro da un altro metodo<sup>2</sup>.

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati fino all'anno di rilevamento 2022:

- Rilevamento dei dati: per la misurazione della prevalenza si effettua il rilevamento dei dati in un giorno di riferimento. I risultati possono quindi essere influenzati da oscillazioni casuali, soprattutto in presenza di pochi casi.
- Categorizzazione: la diagnosi dei decubiti della categoria 1 (arrossamento della pelle) non è sempre inequivocabile. Possono pertanto esservi differenze nel rilevamento tra ospedali e cliniche.
- Aggiustamento secondo il rischio: il metodo scelto per l'aggiustamento secondo il rischio (compensazione delle differenze a livello di offerta di prestazioni, infrastruttura, collettivo di pazienti e dimensioni del campione) fornisce risultati robusti ma piuttosto conservativi. Gli ospedali più piccoli corrono un rischio inferiore, mentre quelli più grandi una probabilità maggiore, di distinguersi in modo statisticamente significativo dagli altri nosocomi.

---

<sup>1</sup> Atkinson, A., Eisenring, M.-C., Troillet, N., Kuster, S. P., Widmer, A., Zwahlen, M., & Marschall, J. (2021). Surveillance quality correlates with surgical site infection rates in knee and hip arthroplasty and colorectal surgeries: A call to action to adjust reporting of SSI rates. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 42(12), 1451-1457. <https://doi.org/10.1017/ice.2021.14>

<sup>2</sup> Le indicazioni per l'interpretazione dei risultati delle misurazioni verranno adeguate al nuovo metodo non appena i risultati delle misurazioni verranno pubblicati per la prima volta in forma trasparente.

- Grafici dei risultati: i dati possono essere rappresentati solo in ordine crescente (dal valore più basso sotto la linea dello zero a quello più alto sopra la linea dello zero). La rappresentazione non funge da graduatoria. Se la linea sulla quale si trova il dato interseca quella dello zero, non sussiste alcuna differenza statisticamente significativa rispetto ad altri ospedali e cliniche.
- Benchmarking: l'analisi per sedi ospedaliere secondo la tipologia ospedaliera dell'UST (2006) può comportare l'assegnazione di istituti con un'offerta di prestazioni mista a tipi di ospedale differenti. Di conseguenza, in determinate circostanze non è possibile effettuare il benchmarking considerando l'istituto nel suo complesso.

## REGISTRO DELLE PROTESI SIRIS ANCA, GINOCCHIO E SPALLA

### Informazioni sulla misurazione

Metodo di misurazione: registro delle protesi per anca, ginocchio e spalla (sistema di assicurazione della qualità) con tassi di revisione a due anni delle protesi totali di anca, ginocchio e spalla in caso di artrosi primaria.

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Rilevamento dei dati: il registro non fornisce (ancora) informazioni sul risultato delle cure (p.es. funzionalità dell'articolazione, mobilità, grado di dolore).
- Aggiustamento secondo il rischio: i seguenti fattori principali influenzano il risultato di una protesi: le capacità e l'esperienza del chirurgo, il design, il materiale e il fissaggio della protesi, nonché le caratteristiche (p.es. età, sesso, BMI, patologie di base) e il livello di attività del paziente. Non tutti questi fattori possono essere considerati nell'aggiustamento secondo il rischio.
- Qualità dei dati: la qualità dei dati viene verificata regolarmente. Tuttavia non si può escludere la presenza di dati distorti a causa di una qualità dei dati insufficiente.
- Confronto pluriennale: l'analisi dei dati del registro si concentra sui cosiddetti tassi di revisione a due anni. Essi indicano la percentuale di operazioni successive (revisioni) entro due anni dal primo impianto e vengono calcolati per determinati intervalli di tempo. L'ANQ pubblica annualmente i tassi di revisione a due anni aggiustati secondo il rischio per le protesi totali di anca e ginocchio in caso di artrosi primaria. I primi risultati per le protesi totali della spalla sono attesi a partire dal 2027.

## REGISTRO DELLE PROTESI SIRIS COLONNA VERTEBRALE

### Informazioni sulla misurazione

Metodo di misurazione: registro delle protesi per interventi alla colonna vertebrale (sistema di assicurazione della qualità).

Il registro nazionale delle protesi SIRIS colonna vertebrale (SIRIS Spine) è stato implementato nel mese di gennaio 2021. Da allora, tutti gli ospedali di medicina acuta che si occupano di chirurgia della colonna vertebrale sono tenuti a inserire nel registro i tipi di intervento prescritti. I criteri di inclusione sono stati adeguati a gennaio 2025: devono essere registrati tutti gli interventi nei quali una protesi viene impiantata, lasciata in situ o espantata.

SIRIS colonna vertebrale crea una solida base di dati per valutare la qualità degli interventi e degli impianti e per effettuare confronti nazionali e internazionali relativamente alla chirurgia della colonna vertebrale. Il registro fornisce dunque un importante contributo all'assicurazione e allo sviluppo della qualità.

- ▶ Al momento i risultati non vengono ancora pubblicati in modo trasparente.

## RIAMMISSIONI NON PIANIFICATE

### Informazioni sulla misurazione

Metodo di misurazione dal 2022 (dati UST 2020): dal 2022 le riammissioni non pianificate vengono misurate con il metodo CH. La versione CH si basa sul metodo originariamente pubblicato dalla «Yale School of Medicine» americana, che da allora viene utilizzato dai «Centers for Medicare & Medicaid Services» (CMS).

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Contesto: sono molteplici i motivi che comportano una riammissione non pianificata. Alcuni sono direttamente o indirettamente influenzabili dagli ospedali e dalle cliniche, altri no.
- Rilevamento dei dati: la base di dati è costituita dalla «Statistica medica ospedaliera» dell'Ufficio federale di statistica (UST). A partire dall'anno di rilevamento 2024, «SpiGes» (cure ospedaliere stazionarie) costituisce la nuova base di dati dell'UST.
- Metodo: non è possibile formulare conclusioni sulla qualità delle cure. Il principio del metodo prevede un punto di vista sistemico e considera l'intera catena di trattamento.
- Aggiustamento secondo il rischio: un confronto isolato tra ospedali e cliniche dei tassi osservati non è possibile, in quanto gli istituti ospitano pazienti con profili di rischio differenti.
- Grafici dei risultati: i confronti statistici vengono rappresentati solo se viene raggiunto il numero minimo di 10 riammissioni previste. Vengono raffigurati e confrontati i tassi di riammissione aggiustati secondo il rischio a livello di ospedale e le cinque coorti (chirurgico-ginecologica, cardiorespiratoria, cardiovascolare, neurologica e altra coorte).

## RIABILITAZIONE

## MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA RIABILITAZIONE

### [Informazioni sulla misurazione](#)

### [Strumenti di misurazione per ciascun ambito di misurazione](#)

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Rilevamento dei dati: vengono rilevati importanti indicatori di qualità. Non è tuttavia possibile formulare un'affermazione fondata sulla qualità complessiva dei risultati di una clinica. A tal fine sarebbe necessario un gran numero di ulteriori indicatori di qualità (p.es. mortalità, riammissioni, tasso di caduta o «return to work»).
- Analisi: i risultati delle cliniche che rilevano meno di 50 casi analizzabili sono, a causa del ridotto numero di casi, statisticamente significativi solo in misura limitata. I risultati delle cliniche con meno di 10 casi non sono interpretabili e non vengono pertanto riportati.
- Aggiustamento secondo il rischio: la procedura statistica dell'aggiustamento secondo il rischio (compensazione delle differenze in termini di collettivo di pazienti, dimensioni del campione e caratteristiche della clinica) non è in grado di correggere tutte le differenze tra gli istituti.
- Grafici dei risultati: i risultati delle misurazioni vengono rappresentati sotto forma di grafici a imbuto. Questi mostrano l'intervallo di confidenza del 95% del valore medio complessivo in rapporto al numero dei casi inclusi. Solo le cliniche i cui valori si collocano al di fuori dell'intervallo di confidenza si discostano in modo significativo dal valore atteso, calcolato statisticamente tenendo conto della struttura dei pazienti e del confronto con le altre cliniche. Occorre notare che la qualità dei risultati delle cliniche viene determinata esclusivamente in un confronto tra istituti e sulla base del campione dell'anno di rilevamento considerato.
- Confronto con l'anno precedente: non è possibile stabilire se una variazione osservata rispetto all'anno precedente sia statisticamente significativa. I valori aggiustati si basano sempre sui campioni degli anni di rilevamento considerati e non sono quindi direttamente confrontabili tra loro.

## PSICHIATRIA

### MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA PSICHIATRIA | ADULTI, BAMBINI E ADOLESCENTI

### [Informazioni sulla misurazione](#)

Strumenti di misurazione:

- HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales (peso dei sintomi dal punto di vista del personale curante) oppure
- HoNOSCA – Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (peso dei sintomi dal punto di vista del personale curante nella psichiatria infantile e adolescenziale)
- BSCL – Brief Symptom Checklist (peso dei sintomi dal punto di vista dei pazienti) oppure
- HoNOSCA-SR – Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents Self-Rated Form (peso dei sintomi dal punto di vista dei pazienti nella psichiatria infantile e adolescenziale)
- EFM – strumento di rilevamento delle misure restrittive della libertà

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Comparabilità: per una migliore comparabilità, nella psichiatria per adulti i risultati vengono rappresentati in forma stratificata secondo il tipo di clinica. La stratificazione consente di tenere conto delle diverse offerte psichiatriche e favorisce il processo di benchmarking. I criteri di delimitazione definiti dall'ANQ per la classificazione dei tipi di clinica non consentono tuttavia una distinzione del tutto netta. A causa del numero ridotto di casi e del numero limitato di cliniche nella psichiatria infantile e adolescenziale, non si effettua un'ulteriore stratificazione. Per aumentare la comparabilità, a partire dall'anno di misurazione 2025 i gruppi di cliniche della psichiatria infantile e adolescenziale con più sedi vengono valutati congiuntamente e pubblicati sotto la rispettiva sede principale. In questo modo si tiene conto sia dei numeri di casi ridotti sia della parziale specializzazione delle singole sedi.
- Significatività: i risultati con meno di 30 casi devono essere interpretati con cautela.
- Tendenza: per poter individuare una tendenza sono necessarie più misurazioni su diversi anni con modalità di rilevamento e qualità dei dati costanti. Per questo motivo l'ANQ aiuta le cliniche a fornire dati di qualità stabile (p.es. tramite la trasmissione, la rappresentazione e la consultazione dei dati in dashboard).

## PESO DEI SINTOMI

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Confronto con l'anno precedente: non è possibile stabilire se una variazione osservata rispetto all'anno precedente sia statisticamente significativa. I valori aggiustati si basano sempre sui campioni degli anni di rilevamento considerati e non sono quindi direttamente confrontabili tra loro.
- Aggiustamento secondo il rischio: la procedura statistica dell'aggiustamento secondo il rischio (compensazione delle differenze nel collettivo di pazienti) non è in grado di correggere tutte le differenze tra gli istituti.

- Valori differenziali: i valori del peso dei sintomi rappresentano singoli indicatori della qualità delle cure, ma non ne descrivono la qualità complessiva.
  - A seconda del decorso della malattia, in particolare nei pazienti con patologie croniche, la stabilizzazione può già rappresentare un successo terapeutico, anche se non necessariamente visibile nell'outcome.
  - La consapevolezza di malattia può rappresentare un esito positivo del trattamento, ma può riflettersi negativamente nell'outcome secondo l'autovalutazione dei pazienti.
  - Nei bambini e negli adolescenti, come reazione alla separazione, è frequente un aumento dei sintomi verso la dimissione. Questo può far parte del processo di guarigione, ma in una misurazione dell'outcome tra ammissione e dimissione può apparire come una variazione insufficiente.
- Confronto tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi: le discrepanze tra autovalutazione e valutazione da parte di terzi nella riduzione del peso dei sintomi possono indicare tendenze di risposta problematiche o errori di valutazione. In linea generale si tratta comunque di prospettive diverse, per cui tali differenze sono attese.

## MISURE RESTRITTIVE DELLA LIBERTÀ (MRL)

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Tipi di MRL: le misure da rilevare sono state selezionate nell'ottica di eventuali misure di miglioramento della qualità e non comprendono tutte le misure restrittive della libertà.
- Rilevamento: i dati trasmessi dalle cliniche sono autodichiarati; non è prevista una verifica esterna della correttezza del rilevamento.
- Contesto: le MRL devono sempre essere considerate nel loro contesto. Anche se in linea di principio si mira a un numero ridotto di MRL, un numero inferiore di misure non è necessariamente indice di una qualità migliore, poiché le cliniche adottano concetti differenti per l'impiego delle MRL. Alcune cliniche, ad esempio, applicano misure più frequenti ma di durata più breve, altre invece misure più lunghe ma complessivamente meno numerose. Alcune cliniche non applicano MRL e, se necessario, trasferiscono i pazienti in un'altra clinica. Di conseguenza non si può concludere che l'assenza di misure sia un indicatore positivo né che un numero elevato di misure sia un indicatore negativo. È fondamentale che le MRL siano applicate in modo ponderato, motivato e documentato e nel rispetto dei principi legali.
- Aggiustamento secondo il rischio: i dati sulle MRL non sono attualmente valutati con aggiustamento secondo il rischio. Le differenze nel collettivo di pazienti non vengono quindi compensate. Ciò va tenuto in considerazione nei confronti tra sedi di cliniche.

## SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI NELLA PSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZIALE

### [Informazioni sulla misurazione](#)

Strumento di misurazione: questionario con 29 domande per bambini e adolescenti e 33 domande per i loro genitori (entrambi con scala a cinque livelli) sulla soddisfazione del trattamento.

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Aggiustamento secondo il rischio: i valori di soddisfazione per ciascun tema sono rappresentati in grafici a imbuto. Le medie delle cliniche non sono aggiustate. Ciò significa che le differenze tra le cliniche e nel collettivo di pazienti non vengono compensate.
- Significatività:
  - Popolazione target: le opinioni di determinati gruppi di pazienti non sono incluse nei risultati, ad esempio a causa della residenza all'estero o della mancanza di conoscenze linguistiche.
  - 
  - I risultati con meno di 20 risposte devono essere interpretati con cautela.
  - I risultati del sondaggio riflettono la percezione degli intervistati. Non è possibile trarre conclusioni sulla qualità dell'assistenza durante il ricovero.
- Comparabilità:
  - tra il sondaggio dei bambini e degli adolescenti e quello dei genitori non esiste alcuna correlazione diretta. I risultati non sono quindi direttamente confrontabili tra loro.
  - A causa del numero ridotto di casi e del numero limitato di cliniche di psichiatria infantile e adolescenziale, per aumentare la comparabilità a partire dall'anno di misurazione 2025 i gruppi di cliniche con più sedi vengono valutati congiuntamente e pubblicati sotto la rispettiva sede principale. In questo modo si tiene conto sia dei numeri di casi ridotti sia della parziale specializzazione delle singole sedi.
- Grafici dei risultati: sul sito dell'ANQ i risultati sono rappresentati sotto forma di grafici a imbuto. Il sistema seleziona automaticamente la sezione ottimale per visualizzare tutti i risultati. Di conseguenza le scale possono variare e le differenze tra ospedali e cliniche possono apparire più ampie.

## **INTERDISCIPLINARE: ESPERIENZA DEI PAZIENTI (PREMS)**

### [Informazioni sulla misurazione](#)

Strumento di misurazione: questionario con 37-40 domande (a seconda del settore specialistico) per il rilevamento dell'esperienza dei pazienti (PREMs) nei settori della medicina somatica acuta per adulti, della psichiatria per adulti e della riabilitazione. Utilizza prevalentemente una scala verbale a quattro livelli (p.es. da mai a sempre).

Fattori da considerare nell'interpretazione dei risultati:

- Popolazione target: le opinioni di determinati gruppi di pazienti non sono incluse nei risultati, ad esempio a causa della residenza all'estero o della mancanza di conoscenze linguistiche.
- Aggiustamento secondo il rischio e stratificazione: i risultati dell'esperienza dei pazienti (PREMs) sono rappresentati per gli otto temi e per due singole domande per istituto in grafici a imbuto. Il valore comparativo, ossia la quota Top-Box (percentuale delle risposte migliori possibili), non è aggiustato secondo il rischio. Ciò significa che le differenze nel collettivo di pazienti non vengono compensate matematicamente. Per garantire comunque confronti equi viene impiegata una stratificazione (suddivisione in sottogruppi). Attraverso pulsanti interattivi, sul sito è possibile filtrare i risultati secondo le seguenti caratteristiche:
  - **Medicina somatica acuta:** tipo di ammissione (d'urgenza o elettiva).
  - **Psichiatria per adulti:** tipo di degenza (volontaria o non volontaria).
  - **Riabilitazione:** causa del ricovero (infortunio o non infortunio).Ciò consente di effettuare il confronto tra istituti all'interno di gruppi di pazienti più omogenei, tenendo conto dell'eterogeneità del collettivo. Inoltre, oltre alle esperienze positive (Top-Box), nella finestra pop-up dei grafici è possibile visualizzare anche la quota di risposte critiche (Bottom-Box).
- Significatività:
  - i risultati di istituti con meno di 20 questionari valutabili devono essere interpretati con cautela per la limitata robustezza statistica.
  - I risultati di istituti con meno di tre questionari valutabili non vengono pubblicati per tutelare l'anonimato dei pazienti.
  - I risultati dei sondaggi riflettono l'esperienza degli intervistati. Non è possibile trarre conclusioni sulla qualità dell'assistenza durante il ricovero.
- Grafici dei risultati: sul sito dell'ANQ i risultati sono rappresentati sotto forma di grafici a imbuto. Il sistema seleziona automaticamente la sezione ottimale per visualizzare tutti i risultati. Di conseguenza le scale possono variare e le differenze tra ospedali e cliniche possono apparire più ampie.
- Comparabilità interdisciplinare: i confronti tra settori specialistici non sono ammessi, poiché i mandati di prestazione e le condizioni strutturali differiscono.
- Comparabilità internazionale: il questionario Swiss PREMs si basa sullo strumento canadese CPES-IC, validato a livello internazionale, ma è stato adattato al contesto svizzero. L'obiettivo principale del sondaggio è il benchmarking nazionale tra gli istituti in Svizzera.
- Sviluppo: una tendenza può essere rappresentata solo analizzando dati rilevati nel corso di diversi anni.