

# CONCETTO DI ANALISI

## SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI PSICHIATRIA INFANTILE/ADOLESCENZIALE

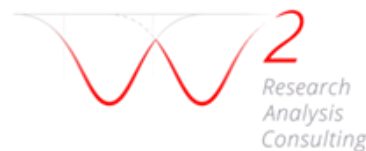
Versione: 2.0

Data: maggio 2026

Le modifiche rispetto alla versione precedente sono segnalate in grigio.

**unisanté**

Centre universitaire  
de médecine générale  
et santé publique • Lausanne



## Indice

|       |                                                              |    |
|-------|--------------------------------------------------------------|----|
| 1.    | Situazione di partenza .....                                 | 4  |
| 2.    | Metodo della misurazione.....                                | 4  |
| 2.1   | Strumento di misurazione .....                               | 4  |
| 2.2   | Base di dati .....                                           | 5  |
| 2.2.1 | Descrizione dei dati da rilevare.....                        | 5  |
| 2.2.2 | Criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti .....     | 6  |
| 3.    | Logistica.....                                               | 6  |
| 3.1   | Rilevamento dei dati .....                                   | 7  |
| 3.2   | Pulizia dei dati .....                                       | 7  |
| 3.3   | Inoltro dei dati .....                                       | 7  |
| 3.4   | Conservazione dei dati .....                                 | 8  |
| 3.5   | Protezione dei dati .....                                    | 8  |
| 4.    | Analisi dei dati.....                                        | 8  |
| 4.1   | Metodo .....                                                 | 9  |
| 4.1.1 | Risposte problematiche .....                                 | 10 |
| 4.1.2 | Calcolo dei valori medi per ogni settore tematico.....       | 10 |
| 4.1.3 | Intervalli di confidenza .....                               | 11 |
| 4.1.4 | False Discovery Rate (FDR).....                              | 12 |
| 4.1.5 | Analisi stratificate .....                                   | 12 |
| 4.2   | Qualità dei dati .....                                       | 13 |
| 4.2.1 | Grado di copertura/tasso di invio .....                      | 13 |
| 4.2.2 | Tassi di risposta.....                                       | 13 |
| 4.2.3 | Questionari vuoti.....                                       | 13 |
| 4.2.4 | Tassi di compilazione.....                                   | 14 |
| 4.2.5 | Valori mancanti e risposte elusive.....                      | 14 |
| 4.2.6 | Procedura con un numero basso di casi.....                   | 14 |
| 4.3   | Utilizzo dei dati esistenti per analisi interne.....         | 15 |
| 5.    | Rappresentazione di risultati specifici per le cliniche..... | 15 |
| 5.1   | Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati .....          | 15 |
| 5.2   | Accesso ai risultati .....                                   | 16 |

|       |                                                            |    |
|-------|------------------------------------------------------------|----|
| 6.    | Rappresentazione dei risultati comparativi nazionali ..... | 16 |
| 6.1   | Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati .....        | 16 |
| 6.1.1 | Grafici a imbuto .....                                     | 16 |
| 6.1.2 | Altri tipi di grafico .....                                | 16 |
| 7.    | Interpretazione dei risultati delle misurazioni .....      | 17 |
| 8.    | Bibliografia .....                                         | 18 |
| 8.1   | Soddisfazione dei pazienti.....                            | 18 |
| 8.2   | Metodo .....                                               | 18 |
| 8.3   | Questionari.....                                           | 18 |
|       | Impressum.....                                             | 19 |

## 1. SITUAZIONE DI PARTENZA

Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati i risultati rilevati nel quadro delle misurazioni della soddisfazione dei pazienti nella psichiatria stazionaria 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 Soddisfazione dei pazienti della psichiatria infantile e adolescenziale](#), nonché i partner w hoch 2 (centro di logistica per la misurazione) e Unisanté (istituto di analisi).

I concetti dell'ANQ si basano sulla [convenzione nazionale sulla 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.

Il presente concetto si rivolge alle persone responsabili in seno alle cliniche e ai partner contrattuali dell'ANQ. La valutazione da parte del paziente della qualità della presa a carico di una clinica è un indicatore importante e riconosciuto. Rilevare la soddisfazione dei pazienti è nell'interesse dei fornitori di prestazioni (p.es. cliniche, medici invianti), degli enti finanziatori (Cantoni e assicuratori) e di tutta l'opinione pubblica. I risultati del sondaggio offrono alle cliniche una base affidabile per implementare misure di miglioramento della qualità, perfezionare i loro servizi e rafforzare l'attenzione rivolta ai pazienti.

## 2. METODO DELLA MISURAZIONE

### 2.1 STRUMENTO DI MISURAZIONE

Un gruppo di lavoro composto di esperte ed esperti di diverse cliniche della psichiatria infantile e adolescenziale di tutta la Svizzera ha sviluppato ed esaminato questionari specifici per questo gruppo di pazienti. Il questionario è stato utilizzato la prima volta per le misurazioni nazionali della qualità dell'ANQ del 2021.

Il questionario sulla soddisfazione nei confronti del trattamento nella psichiatria infantile e adolescenziale è disponibile in tedesco, francese e italiano.<sup>1</sup> Ne esiste una versione per bambini e adolescenti, e una per i genitori, rispettivamente le persone di riferimento (di seguito: i genitori). A quella per bambini e adolescenti sono stati aggiunti emoticon per agevolare la compilazione (😊 = molto soddisfatti).

---

<sup>1</sup> La versione italiana del questionario è disponibile dal rilevamento 2025.

I questionari sono disponibili in formato cartaceo ed elettronico. Ciascuno è provvisto di un link individuale e di un codice QR che consentono di accedere rapidamente allo strumento per la compilazione online. I pazienti e i genitori hanno così la possibilità di scegliere come partecipare all'inchiesta. Maggiori informazioni si trovano nel manuale sulla misurazione e sul [sito dell'ANQ](#).

## 2.2 BASE DI DATI

La misurazione della soddisfazione dei pazienti nella psichiatria infantile e adolescenziale viene effettuata a cadenza biennale dal 2021. Si tratta di un rilevamento completo (dall'1.1 al 31.12). Negli anni in cui non è prevista, la misurazione può essere svolta a titolo facoltativo dalle cliniche a proprie spese.

### 2.2.1 Descrizione dei dati da rilevare

Il questionario per i bambini e gli adolescenti comprende 29 domande suddivise in otto settori tematici, quello per i genitori 33 domande suddivise in sette settori tematici. Oltre alla soddisfazione nei confronti della degenza stazionaria, tra i bambini e gli adolescenti vengono rilevate le informazioni seguenti: età (anno di nascita), sesso e mese di compilazione. Ai genitori vengono invece chiesti l'età e il sesso del bambino, il mese di compilazione e la propria categoria (genitori, padre, madre o altra persona).

Le risposte alle singole domande vengono rilevate sulla base di una scala ordinale a cinque livelli (valori dall'1 al 5). Vi è anche la possibilità di rispondere «Non so» o, se disponibile, di crociare una risposta alternativa (p.es. «Nessun farmaco»). Il questionario per i bambini e gli adolescenti contiene infine tre domande aperte, quello per i genitori due.

Tabella 1: panoramica delle domande per settore tematico

| SETTORI TEMATICI                                    | BAMBINI/ADOLESCENTI | GENITORI |
|-----------------------------------------------------|---------------------|----------|
| Accoglienza                                         | 1                   | 2        |
| Informazioni e spiegazioni                          | 5                   | 8        |
| Soddisfazione nei confronti della cura              | 6                   | 6        |
| Soddisfazione nei confronti dell'équipe terapeutica | 4                   | 6        |
| Soggiorno in reparto                                | 6                   | 0        |
| Dimissione e cure successive                        | 2                   | 3        |
| Utilità delle cure                                  | 4                   | 7        |
| Durata della degenza                                | 1                   | 1        |
| Totale domande sulla soddisfazione                  | 29                  | 33       |

### 2.2.2 Criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti

Fondamentalmente, tutti i pazienti in cura in una clinica ricevono un questionario che ne rileva la soddisfazione nei confronti della degenza stazionaria, nella misura in cui i criteri di inclusione e di esclusione riportati nella tabella 2 siano soddisfatti.

Tabella 2: criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Criteri di inclusione | <ul style="list-style-type: none"><li>• Tutti i pazienti tra gli 11 e i 18 anni<sup>2</sup>, <u>nonché</u> tutti i genitori di bambini e adolescenti &gt; 5 anni<sup>3</sup></li><li>• Domicilio in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein<sup>4</sup></li><li>• Dimissione tra l'1.1.20xx e il 31.12.20xx</li><li>• Degenza stazionaria (almeno 24 ore)</li><li>• I pazienti ricoverati più volte vengono interpellati più volte se tra le singole dimissioni passano oltre tre mesi.</li></ul> |
| Criteri di esclusione | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pazienti deceduti</li><li>• Pazienti domiciliati all'estero (eccetto il Principato del Liechtenstein)</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 3. LOGISTICA

La w hoch 2 GmbH funge da centro di logistica e assume i compiti operativi nel quadro della misurazione, tra cui l'organizzazione e l'ottimizzazione delle procedure, la preparazione e l'invio della documentazione per il sondaggio, la ricezione delle ordinazioni dei questionari da parte delle cliniche e la loro fornitura. Con il ricorso a tecnologie moderne (dashboard), la w hoch 2 contribuisce a ridurre l'onere amministrativo delle cliniche, e permette a bambini, adolescenti e genitori una partecipazione semplice e al passo con i tempi grazie all'impiego di questionari online. I questionari ritornati vengono analizzati tempestivamente al fine di ottenere risultati specifici secondo la clinica, i quali sono poi resi accessibili in un dashboard. Viene inoltre creato il set di dati per l'Unisanté, l'istituto nazionale di analisi.

Al momento di ordinare la documentazione per il sondaggio, le cliniche hanno la possibilità di rilevare unità di analisi (p.es. il reparto), così da poter stratificare i risultati. Possono altresì coinvolgere istituti di inchiesta per lo svolgimento del sondaggio o di altre inchieste. Questi compiti non sono parte della misurazione dell'ANQ. I relativi costi sono a carico delle cliniche.

<sup>2</sup> Fa stato l'anno di nascita del bambino, non la data di nascita esatta.

<sup>3</sup> Dal rilevamento 2027, i genitori verranno interpellati indipendentemente dall'età del bambino.

<sup>4</sup> Dal rilevamento 2027, verranno interpellati tutti i bambini/gli adolescenti in cura e i loro genitori indipendentemente dal domicilio.

### 3.1 RILEVAMENTO DEI DATI

Il questionario, disponibile in italiano, tedesco e francese, viene consegnato ai pazienti e ai genitori alla fine della degenza stazionaria in formato cartaceo. Provvisto di un codice QR individuale e di un URL, può essere compilato anche online.

I questionari ritornati vengono raccolti dalle cliniche e inviati all'istituto incaricato dalla w hoch 2 di occuparsi della scansione.

I questionari (versione cartacea e online) sono muniti di un codice inequivocabile che ne consente l'assegnazione alla clinica/al reparto. Lo strumento per la compilazione online è ospitato sui server del centro di logistica, il quale garantisce sicurezza e protezione dei dati, e si accerta che i pazienti che hanno risposto sia con il questionario cartaceo sia online possano essere identificati. Non si corre pertanto il rischio che doppioni confluiscono nell'analisi. Maggiori informazioni, in particolare sulla consegna dei questionari, si trova nel manuale sulla misurazione.

### 3.2 PULIZIA DEI DATI

Per la scansione e l'elaborazione successiva dei questionari vigono regole chiare. Tutti i questionari cartacei ritornati vengono scansionati. Se di un questionario esiste una versione online e una versione cartacea, per l'analisi si tiene conto di quella più completa. Qualora entrambe fossero complete, se ne sceglie una a caso. Le indicazioni mancanti vengono segnalate come tali nella banca dati con un codice definito (non uno «0»). Per determinate categorie di risposta, come «Nessun farmaco» o «Non so», sono previsti codici specifici. Le risposte con più crocette vengono rilevate come mancanti, visto che non è possibile stabilire in modo inequivocabile quale sia quella giusta. Lo stesso vale per i campi non compilati, i quali vengono gestiti come valori mancanti. Se l'età di un bambino non è di almeno cinque anni nel sondaggio tra i genitori e di almeno undici anni in quello tra i bambini e gli adolescenti, i valori vengono corretti e definiti come mancanti.

### 3.3 INOLTRO DEI DATI

Viene allestito un registro dei codici destinato all'Unisanté che riporta tutti i codici a livello di singolo item. Al momento dell'aggregazione finale, i dati vengono plausibilizzati dalla w hoch 2 e, in caso di indicazioni errate, vengono avviati i controlli e le correzioni necessari. Le regole di plausibilizzazione sono riportate nel registro dei codici. La w hoch 2 trasmette in seguito i dati all'Unisanté tramite un sistema di invio sicuro per l'analisi e la redazione del rapporto.

### 3.4 CONSERVAZIONE DEI DATI

**w hoch 2:** i questionari cartacei digitalizzati e i questionari online vengono salvati dal centro di logistica in modo ridondante, finché l'ANQ non ne esige la cancellazione.

L'**Unisanté** archivia i dati su server sicuri. La cancellazione definitiva avviene soltanto con l'esplicita esortazione scritta dell'ANQ, al più tardi tuttavia dieci anni dopo il sondaggio.

### 3.5 PROTEZIONE DEI DATI

Per garantire la protezione e la sicurezza dei dati, tra la w hoch 2 (centro di logistica per la misurazione) e l'ANQ, nonché tra l'Unisanté (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. I dati vengono salvati e trattati esclusivamente in Svizzera.

Vale inoltre quanto segue.

- **Trasferimento dei dati:** il trasferimento dei dati tra la clinica, il centro di logistica e l'istituto di analisi avviene in modo cifrato tramite piattaforme istituzionali sicure. Dopo la ricezione, i file restano cifrati sui server e non vengono inoltrati senza autorizzazione.
- **Anonimizzazione:** per il centro di logistica e l'istituto di analisi non è possibile risalire all'identità della persona fisica.
- **Certificazione e segreto professionale:** l'Unisanté è certificata secondo la norma ISO 9001:2015. Tutto il personale coinvolto del centro di logistica e dell'istituto di analisi sottosta al segreto professionale e adotta le necessarie precauzioni nella gestione dei dati sensibili ai sensi delle leggi svizzere.

## 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). Questa decisione verrà attuata con il rilevamento 2025. Se la documentazione è stata ordinata in modo specifico per ogni sede, inoltre, nel dashboard le cliniche hanno accesso ai risultati descrittivi a livello di sede.

Le **analisi specifiche per ogni clinica** vengono svolte dalla w hoch 2. In tale funzione, quest'ultima ha il compito di elaborare i risultati per ogni clinica e di renderli accessibili. I risultati per ogni clinica partecipante vengono pubblicati due volte per periodo di sondaggio in

un dashboard protetto, dove ogni clinica, rispettivamente ogni suo utente registrato può consultarli ed esportarli in formato Excel o PDF tramite un'opzione di scaricamento.

L'accompagnamento scientifico della misurazione, **l'analisi comparativa nazionale dei dati e la redazione del rapporto** sui risultati nazionali sono responsabilità dell'istituto di analisi Unisanté.

#### 4.1 METODO

Oltre a rendere i risultati accessibili nel dashboard, la w hoch 2 li mette a disposizione anche in un'analisi statistica descrittiva sotto forma di tabella Excel contenente i dati seguenti per ogni versione di questionario (bambini/adolescenti e genitori).

- Dati generali e sociodemografici: tasso di risposta, età e sesso del bambino e chi ha compilato il questionario
- Risposte secondo la domanda: numero di risposte secondo la categoria in cifre assolute e in percentuale
- Risposte alle domande aperte (campi di testo libero): rappresentate in ordine alfabetico e consultabili nel rapporto PDF dell'analisi dettagliata. Non viene effettuata alcuna analisi quantitativa delle domande aperte. I commenti non vengono anonimizzati dalla w hoch 2. Queste informazioni sono destinate a un uso interno da parte della clinica.

Nota: i questionari con l'indicazione di un'età inferiore agli undici anni vengono esclusi dall'analisi, quelli con l'indicazione di un'età superiore a diciotto anni vengono inclusi nonostante il superamento del limite.

I risultati **non vengono aggiustati secondo il rischio**. Uno studio pilota condotto da un gruppo di lavoro con delegate e delegati delle cliniche universitarie di Basilea, Losanna e Zurigo ha esaminato i possibili fattori di influenza per un aggiustamento secondo il rischio. Ne è emerso che né l'età né il sesso influiscono sui risultati, e che nemmeno altre caratteristiche, come la diagnosi, il ricovero volontario o a scopo di assistenza alterano la soddisfazione dei pazienti.

Nota: una rappresentazione comparativa dei risultati del questionario per i bambini e gli adolescenti e di quello per i genitori non è possibile. Le domande non sono identiche e una correlazione tra le risposte ai due questionari non è prevista dal punto di vista tecnico.

Le analisi statistiche dei dati vengono svolte con il software STATA.

#### 4.1.1 Risposte problematiche

Le risposte problematiche sono quelle con il grado di soddisfazione più basso tra tutte le possibilità di risposta. Questa statistica serve a individuare i settori tematici con il maggior potenziale di miglioramento. Il tasso di risposte problematiche viene calcolato come segue:

- per il **settore tematico 1** (accoglienza), comprendente una sola domanda, sono considerate problematiche le due risposte più negative (1 e 2 su una scala dall'1 al 5);
- per i **settori tematici 2-7**, comprendenti più domande, il valore soglia viene posto a 2,5;
- per il **settore tematico 8** (durata del ricovero), sono considerate problematiche le risposte «Troppo lunga» e «Troppo corta».

Per rappresentare graficamente le risposte per i **settori tematici 2-7**, i valori sono stati codificati in cinque categorie: «Molto insoddisfatto/a» (valore  $x \leq 1,50$ ), «Piuttosto insoddisfatto/a» (valori  $1,50 < x \leq 2,50$ ), «In parte» (valori  $2,50 < x \leq 3,50$ ), «Piuttosto soddisfatto/a» (valori  $3,50 < x \leq 4,50$ ) e «Molto soddisfatto/a» (valore  $4,50 < x$ ). L'ultima risposta corrisponde al grado di soddisfazione più alto.

Per il **settore tematico 8**, la categoria di risposta «esattamente giusto» si compone della risposta «Adeguate» e corrisponde al grado di soddisfazione più alto.

#### 4.1.2 Calcolo dei valori medi per ogni settore tematico

I valori medi dei settori tematici 1-8 per i bambini e gli adolescenti e 1-7 per i genitori vengono calcolati assegnando a ogni risposta un valore tra l'1 e il 5 ai sensi di una scala Likert (1= risposta più negativa o frequenza più bassa; 5 = risposta più positiva o frequenza più alta).

I valori medi risultano dalla conversione di una scala ordinale (molto insoddisfatto, piuttosto insoddisfatto, né soddisfatto né insoddisfatto, piuttosto soddisfatto, molto soddisfatto) in valori numerici (1-5). Conformemente alla decisione del [Comitato per la qualità Soddisfazione dei pazienti della psichiatria infantile e adolescenziale](#) e dell'ANQ, al momento di calcolare i valori per i settori tematici vengono considerate solo le persone interpellate che hanno risposto ad almeno il 50% delle domande di ogni settore tematico. Ai pazienti che per esempio hanno risposto ad almeno tre domande su cinque dello stesso settore tematico viene assegnato un valore per il tema in questione, mentre a quelli che hanno risposto soltanto a una o due domande non viene assegnato. Questa soglia permette di tenere conto della maggior parte delle persone interpellate e al contempo garantisce la confrontabilità dei valori di un settore tematico. Trattandosi di una valutazione nazionale, per il presente rilevamento è stato scelto un approccio conservativo. Le risposte valide per questi adeguamenti sono i valori su una scala di soddisfazione dall'1 al 5, nonché le risposte alternative. Risposte come «Non so» vengono considerate come valori mancanti. Alle risposte alternative non vengono assegnati valori, di conseguenza non confluiscono nel calcolo dei valori dei settori tematici. Riepilogando, i valori

medi dei settori tematici considerati nel questionario per i bambini e gli adolescenti e in quello per i genitori vengono calcolati come segue.

- Raggruppamento delle domande in base al settore tematico
- Definizione del numero minimo di domande che costituiscono un settore tematico e a cui occorre rispondere in modo valido affinché si possa calcolare un valore per un settore tematico (risposte come «Non so» sono considerate valide, ma non viene loro assegnato alcun valore)
- Calcolo del valore medio a livello di persona: effettuato per tutte le risposte disponibili all'interno di un settore tematico non appena viene raggiunta la soglia minima
- Calcolo del valore medio di un settore tematico a livello nazionale o di clinica sulla base di tutti i valori medi a livello di persona con il numero minimo di risposte

Rispetto ai settori tematici comprendenti una sola domanda, per i quali sono possibili solo valori interi (1, 2, 3, 4 e 5), per i valori medi dei settori tematici con più domande sono possibili numeri con la virgola. Visto che nei rapporti la ripartizione delle risposte in base al tema viene effettuata con un diagramma a cinque barre e non con un istogramma con tutti i valori intermedi, i dati che coprono l'intero intervallo tra 1,0 e 5,0 vengono raggruppati come segue:  $[0,1, 1,5] = 1$ ;  $[1,6, 2,5] = 2$ ;  $[2,6, 3,5] = 3$ ;  $[3,6, 4,5] = 4$ ;  $[4,6, 5,0] = 5$ .

Nota per il settore tematico «Durata del ricovero»: sia per il campione dei bambini e degli adolescenti sia per quello dei genitori, per rappresentare i risultati si fa ricorso a tassi in quanto la scala è diversa da quella utilizzata per gli altri temi e non è lineare. A ogni opzione di risposta viene assegnato un numero tra l'1 e il 5, ma non si procede come con una scala Likert: in questo caso, infatti, i valori 1 e 5 («Troppo lunga» e «Troppo corta») sono considerati problematici, mentre il 3 corrisponde al grado di soddisfazione più alto («Adeguate»). I valori delle risposte 2 e 4 («Un po' troppo lunga» e «Un po' troppo corta») non vengono considerati nel calcolo della durata del ricovero.

I risultati (sia le risposte problematiche che i valori medi), nonché ulteriori informazioni sulla descrizione del campione, vengono riportati e pubblicati con una cifra decimale.

#### **4.1.3 Intervalli di confidenza**

Valori medi e tassi di risposte problematiche si situano all'interno di un settore limitato (tra 1,0 e 5,0 sulle scale di Likert, tra lo 0% e il 100% nel caso di percentuali). I valori osservati, inoltre, sono sovente vicini ai margini della scala, con valori medi elevati e tassi di risposte problematiche bassi. Di conseguenza, gli intervalli di confidenza si estendono spesso in modo asimmetrico.

Al fine di considerare questi due aspetti, per stimare gli intervalli di confidenza è stata utilizzata la variante *Bias-Corrected and Accelerated* (BCa) della procedura **bootstrap**. Si tratta di un

metodo robusto che si basa esclusivamente sui dati osservati e che non presuppone ipotesi su una determinata ripartizione teorica. Alla robustezza dei risultati si era del resto già pensato preventivamente. Per campioni con meno di venti questionari (un numero che comporta procedure statistiche vieppiù inaffidabili), si è rinunciato al calcolo di intervalli di confidenza.

#### 4.1.4 False Discovery Rate (FDR)

Nel confronto nazionale, i valori di ogni clinica vengono confrontati singolarmente con il valore comparativo (il valore medio nazionale). Ciò significa che vengono svolti tanti test statistici quante sono le cliniche coinvolte nell'analisi. Una conseguenza indesiderata di una tale procedura è che la probabilità di classificare erroneamente come statisticamente significativa almeno una divergenza sale ben al di sopra del livello di significatività nominale del 5%, rispettivamente dell'1% valido per un singolo test. Con un numero crescente di test, questa probabilità può addirittura tendere al 100%.

Per contenere tale rischio, si ricorre alla procedura di controllo del *False Discovery Rate (FDR)*, che adegua di conseguenza i valori soglia statistici per confronti multipli. La classificazione delle cliniche come «sopra la media» o «sotto la media» avviene così in modo più prudente: vengono infatti indicati come statisticamente anomali solo gli istituti con una divergenza sufficientemente marcata dal valore di riferimento. In questo modo, il rischio di esiti positivi falsi resta al livello mirato del 5%, rispettivamente dell'1% anche in presenza di un gran numero di confronti.

#### 4.1.5 Analisi stratificate

Per valutare la significatività delle differenze tra le categorie di persone interpellate definite sulla scorta delle caratteristiche esaminate, si ricorre a una procedura che considera gli aspetti seguenti.

- Test di Kruskal-Wallis per stabilire se vi sia una differenza statisticamente significativa tra le categorie di persone interpellate: si tratta di un equivalente non parametrico dell'analisi della varianza (ANOVA). Il campo di applicazione di questo test è più ampio perché non occorre presupporre che i dati seguano una ripartizione statistica precedentemente nota. Per stabilire se campioni diversi provengano dalla stessa popolazione, vengono utilizzate mediane (e non valori medi, come nell'analisi della varianza).
- Analisi delle differenze tra i valori medi: le divergenze tra i valori medi vengono calcolate per valutare la portata delle differenze trovate.

Se emergono differenze nelle caratteristiche valutate, le analisi vengono inserite nell'Executive Summary e le differenze vengono discusse.

## 4.2 QUALITÀ DEI DATI

### 4.2.1 Grado di copertura/tasso di invio

Durante un periodo di misurazione, tutti i pazienti dovrebbero partecipare al rilevamento (vedi criteri di inclusione e di esclusione). Il grado di copertura (o tasso di invio) rileva la proporzione dei pazienti da includere che hanno effettivamente ricevuto un questionario.

L'analisi viene svolta dall'istituto incaricato e messa a disposizione del Segretariato generale dell'ANQ. Una pubblicazione di questa cifra chiave non è al momento prevista. Lo scopo dell'analisi è quello di individuare insieme alle cliniche il potenziale di miglioramento dei processi (interni) e delle definizioni.

### 4.2.2 Tassi di risposta

Il tasso di risposta viene calcolato sulla base del numero di questionari ritornati fisicamente e online e compilati correttamente, nonché del numero notificato dalle cliniche dei questionari consegnati durante il periodo del sondaggio. Indicato come percentuale, comprende sia il tasso di risposta globale – calcolato sulla base del campione complessivo a livello nazionale – sia i tassi di risposta individuali a livello di clinica.

Può capitare che le cliniche dichiarino più questionari ritornati di quelli consegnati, con un conseguente tasso di risposta superiore al 100%. Queste cliniche vengono escluse dal calcolo, ma considerate nelle analisi. Nel dashboard con i risultati viene sempre indicato il tasso di risposta calcolato, anche se è superiore al 100%.

### 4.2.3 Questionari vuoti

I questionari ritornati vuoti vengono scansionati e menzionati, ma non computati nel calcolo del tasso di risposta. Un questionario viene considerato solo se è stato risposto almeno a una delle domande sulla soddisfazione. Questa procedura vale per la versione cartacea e online del questionario.

#### 4.2.4 Tassi di compilazione

I tassi di compilazione determinano la completezza di un set di dati e sono quindi considerati una caratteristica consueta della qualità dei dati.

Tabella 3: tasso di compilazione per ogni domanda e settore tematico

| DOMANDE                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SETTORI TEMATICI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Il tasso di compilazione, calcolato separatamente per ogni singola domanda, corrisponde al numero di risposte non vuote (quindi risposte sulla scala e risposte elusive) in proporzione al numero complessivo di questionari ritornati. Le domande sociodemografiche sono gestite allo stesso modo. | Dato che i temi poggiano sulla combinazione di più domande, i valori mancanti devono essere ricavati da diverse domande. Un tema viene calcolato come valore medio delle sue domande. I valori sono disponibili non appena viene fornita risposta ad almeno la metà delle domande. Un tema di questo genere forma una nuova variabile, il cui tasso di compilazione può essere calcolato come per le domande singole. |

#### 4.2.5 Valori mancanti e risposte elusive

Il numero di valori mancanti viene calcolato separatamente per ogni domanda. L'analisi considera solo i dati validi per ogni risposta. Nell'analisi dettagliata del dashboard, vengono indicati anche i tassi di risposta «Non so» e categorie di risposta speciali (p.es. «Nessun farmaco»).

#### 4.2.6 Procedura con un numero basso di casi

A livello nazionale (sito dell'ANQ), l'anonimato è garantito da un elevato grado di aggregazione. I risultati vengono visualizzati esclusivamente come settori tematici (non singole domande) per ogni clinica e non vi è alcun collegamento tra le caratteristiche. I risultati non vengono posti in relazione con variabili sociodemografiche (p.es. età, sesso). Questa separazione impedisce la reidentificazione attraverso combinazioni specifiche di caratteristiche.

Vengono applicate le soglie di protezione seguenti.

- **Limite di pubblicazione (n<3):** i risultati di cliniche con meno di tre questionari analizzabili non vengono pubblicati sul sito, ma i dati confluiscono in forma anonimizzata nel riferimento nazionale.
- **Dashboard dei risultati (n<5):** in considerazione dei filtri a disposizione e dell'elevato grado di dettaglio, a tutela delle persone in questione i dati vengono messi a disposizione nel dashboard solo a partire da cinque questionari analizzabili per ogni clinica, rispettivamente unità di analisi (per lo più reparti). Se una clinica ha codificato un'unità di analisi per la quale sono presenti meno di cinque questionari analizzabili, essa viene aggregata con l'unità più vicina in termini di dimensioni finché non viene raggiunto il numero minimo di cinque questionari analizzabili. Questa unità di analisi aggregata viene chiamata «Anonimo».

#### 4.3 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

Alle cliniche viene messo a disposizione un dashboard per consultare i risultati descrittivi di ogni sede. Se al momento del rilevamento hanno scelto un'analisi per unità/reparto, è inoltre possibile procedere ad analisi specifiche secondo il reparto.

Analisi descrittiva generale psichiatria infantile e adolescenziale:

- Descrizione del campione
  - Tasso di risposta (numero di questionari ritornati rispetto al numero di questionari consegnati), qualità dei dati
  - Tasso di questionari compilati online
  - Versione per i genitori: categoria (padre, madre, genitori, altra persona)
  - Età
  - Sesso (uomo; donna)
  - Questionari compilati suddivisi per trimestre
  - Questionari ritornati secondo la lingua (IT, TED, FR)
- Risultati per settore tematico: risultati sotto forma di diagrammi a colonne (tasso per ogni categoria di risposta sulla base degli intervalli della scala di risposta, valore medio e deviazione standard, tasso di risposte problematiche (in rosso)); quando rilevante, confronto con i risultati degli anni precedenti sotto forma di diagrammi lineari
- Risultati sotto forma di tabelle: numero di questionari analizzati (N), valore medio, tasso di risposte problematiche, tasso di partecipanti esclusi dal calcolo dei settori tematici (settori tematici senza risposta)
- Risultati principali stratificati
  - Unità di analisi
  - Versione per i genitori: categoria (padre, madre, genitori, altra persona)
  - Fasce d'età (11-15, 16-18, 18+)
  - Sesso

- Mese di compilazione
- Lingua dei questionari (IT, TED, FR)

## 5.2 ACCESSO AI RISULTATI

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 e di utente può consultare i risultati nel dashboard, nonché svolgere e scaricare ulteriori analisi.

# 6. RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI COMPARATIVI NATIONALI

## 6.1 RAPPRESENTAZIONE E TIPI DI GRAFICO UTILIZZATI

### 6.1.1 Grafici a imbuto

I valori medi per ogni settore tematico del questionario per bambini e adolescenti e di quello per i genitori vengono riportati sotto forma di grafico a imbuto sul sito dell'ANQ (vedi esempio nel concetto di pubblicazione). Questa rappresentazione consente di individuare facilmente le divergenze di una clinica dal valore medio nazionale considerando al contempo la dispersione naturale dei valori.

- **Definizione degli assi:** sull'asse verticale (asse y), sono riportati i valori medi delle cliniche. Il numero di questionari analizzati è indicato sull'asse orizzontale (asse x).
- **Valore comparativo:** la linea rossa orizzontale mostra il valore medio del collettivo totale e costituisce il valore comparativo.
- **Intervalli di confidenza:** ogni punto dato contiene un intervallo di confidenza del 95% e del 99%. Più è intensa la colorazione del punto, più è elevata la significatività statistica della divergenza dal valore comparativo. Le cliniche nella norma sono indicate in grigio.
- **Numero minimo di casi:** i risultati delle cliniche con meno di venti risposte analizzabili sono considerati statisticamente inaffidabili. Questa soglia è segnalata con una linea tratteggiata verticale e le cliniche in questione sono indicate con cerchietti bianchi. La rappresentazione non comprende gli intervalli di confidenza.

### 6.1.2 Altri tipi di grafico

Oltre ai grafici a imbuto, 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 lineari;
- tabelle strutturate.

Queste forme di rappresentazione documentano i risultati a livello di contenuto e il loro sviluppo, le caratteristiche sociodemografiche del campione (p.es. età, sesso), informazioni sulla partecipazione (p.es. tassi di risposta) e indicatori della qualità dei dati (p.es. tasso di compilazione/valori mancanti). Permettono inoltre di riepilogare dettagli rilevanti, di svolgere un rapido confronto e di individuare i settori tematici con un elevato fabbisogno di intervento. Sono insomma utili per approfondire e dare un contesto ai dati.

## 7. INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DELLE MISURAZIONI

I risultati delle misurazioni servono a documentare la qualità delle cure dal punto di vista dei pazienti e dovrebbero 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](#).

Per chiarimenti sulla rappresentazione grafica sul sito dell'ANQ, rimandiamo al [concetto di pubblicazione](#) e alle spiegazioni sui grafici (vedi [pagina dei risultati delle misurazioni](#)).

Il [glossario dell'ANQ](#), infine, descrive termini fondamentali inerenti alle misurazioni dell'ANQ.

## 8. BIBLIOGRAFIA

### 8.1 SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

- Madan, A., Sharp, C., Newlin, E., Vanwoerden, S., & Fowler, J. C. Adolescents Are Less Satisfied with Inpatient Psychiatric Care than Their Parents: Does it matter? *J Healthc Qual.* 2014. 0: 1–8.
- Marriage, K., Petrie, J., & Worling, D. Consumer satisfaction with an adolescent inpatient psychiatric unit. *Can J Psychiat.* 2001. 46, 969–975.
- Biering, P. Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2010. 17, 65–72.
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nord J Psychiat.* 2015. 69, 224–232.
- Duss, BG., Rosenheck, RA. & Stolar, M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatr Serv.* 1999. 50: 1053–8.
- Crow, R., et al., The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess.* 2002. 6(32): 1–244.

### 8.2 METODO

- Kruska, W.J., et Wallis, W.A., Use of Ranks in One-Criterion Variance Analysis. *J Am Stat Assoc.* 1952. 47(260): 583–621.
- Siegel, S., et Castellan Jr, N.J., *Nonparametric Statistics for The Behavioral Sciences*, 2nd ed. 1998. McGraw-Hill.

### 8.3 QUESTIONARI

- Della Casa, A., Urben, S., Hefti, S., Wöckel, L., Beutler, H., Holzer, L., Riedo, V., von Schimmelmann, BG, Schmid, M. Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der stationären Behandlungszufriedenheit in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FBZ-KJP): Ergebnisse einer Pilotstudie. *Z Kinder Jug-Psych.* 2002. 1–13.

## IMPRESSUM

|                                  |                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titolo principale e sottotitolo  | Piano nazionale di misurazione Psichiatria. Concetto di analisi.<br>Soddisfazione dei pazienti della psichiatria infantile e adolescenziale,<br>versione 2.0                                     |
| Anno di pubblicazione            | 2026                                                                                                                                                                                             |
| Autori                           | Dr. sc. nat Julien Junod<br>Muriel Haldemann<br>Luc Drohé                                                                                                                                        |
| Realizzato in collaborazione con | Unisanté, Losanna<br>w hoch 2 GmbH, Berna                                                                                                                                                        |
| Indirizzo per la corrispondenza  | <a href="mailto:psychiatrie@anq.ch">psychiatrie@anq.ch</a>                                                                                                                                       |
| Mandate                          | ANQ                                                                                                                                                                                              |
| Copyright                        | ANQ<br>Segretariato generale<br>Weltpoststrasse 5<br>CH-3015 Berna                                                                                                                               |
| Citazione                        | ANQ, Unisanté & w hoch 2. (2026): piano nazionale di misurazione Psichiatria. Concetto di analisi soddisfazione dei pazienti della psichiatria infantile e adolescenziale. Versione, 2.0. Berna. |