

CONCETTO DI ANALISI

MISURAZIONE NAZIONALE ESPERIENZA DEI PAZIENTI (PREMS) MEDICINA SOMATICA ACUTA PER ADULTI, PSICHIATRIA PER ADULTI E RIABILITAZIONE A PARTIRE DAL 2025

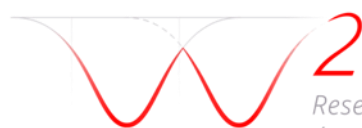
Versione: 1.1

Traduzione La traduzione è stata realizzata con DeepL Pro. In caso di discrepanze linguistiche tra la versione tedesca e quella italiana, fa fede la versione originale tedesca.

Data: settembre 2026

Le modifiche rispetto all'ultima versione sono evidenziate in grigio.

unisanté
Centre universitaire
de médecine générale
et santé publique · Lausanne



2
Research
Analysis
Consulting

Indice

1	Situazione di partenza	4
2	Metodo della misurazione.....	4
2.1	Strumenti di misurazione.....	4
2.2	Base dati	6
2.2.1	Descrizione dei dati da rilevare	6
2.2.2	Criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti	7
3	Logistica.....	7
3.1	Rilevamento dei dati.....	7
3.2	Svolgimento del sondaggio.....	8
3.3	Pulizia dei dati	8
3.4	Inoltro dei dati	9
3.5	Conservazione dei dati	9
3.6	Rispetto della protezione e della sicurezza dei dati	9
4	Analisi dei dati	10
4.1	Metodo.....	10
4.1.1	Top box e bottom box	10
4.1.2	Formazione dei temi	11
4.1.3	Valori medi (proporzioni).....	13
4.1.4	Intervalli di confidenza	14
4.1.5	False Discovery Rate (FDR).....	16
4.2	Qualità dei dati.....	17
4.2.1	Grado di copertura.....	17
4.2.2	Tassi di risposta.....	17
4.2.3	Questionario vuoto.....	17
4.2.4	Tassi di risposta in eccesso.....	18
4.2.5	Tassi di compilazione	18
4.2.6	Risposte non pertinenti.....	19
4.2.7	Gestione dei casi minimi	20
4.3	Utilizzo dei dati di misurazione esistenti per analisi interne	21
5	Rappresentazione dei risultati specifici delle misurazioni per ospedali e cliniche.....	21

5.1	Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati.....	21
5.2	Accesso ai risultati.....	22
6	Rappresentazione dei risultati comparativi nazionali	23
6.1	Rappresentazione e tipi di grafico utilizzati.....	23
6.1.1	Grafico a imbuto	23
6.1.2	Andamento temporale.....	24
6.1.3	Altri tipi di grafici	24
6.2	Aggiustamento secondo il rischio e Stratificazione.....	24
7	Interpretazione dei risultati delle misurazioni.....	25
7.1	Classificazione dei risultati	25
7.1.1	Particolarità della misurazione PREMs.....	25
7.1.2	Ulteriori informazioni	26
	Elenco delle figure.....	27
	Elenco delle tabelle.....	27
	Note legali.....	28

1 SITUAZIONE DI PARTENZA

Il presente concetto di analisi descrive come vengono analizzati a livello nazionale e comparativo i risultati delle misurazioni dell'esperienza dei pazienti (PREM, dall'inglese *Patient Reported Experience Measures*) nei settori della Medicina somatica acuta per adulti, della psichiatria per adulti e della riabilitazione.

Il concetto è stato elaborato in stretta collaborazione tra l'ANQ, il [Comitato per la qualità \(CQ\) Esperienza dei pazienti \(PREM\)](#) e i partner di cooperazione Unisanté Lausanne e w hoch 2 GmbH.

- Unisanté Lausanne è responsabile dell'accompagnamento scientifico della misurazione, della analisi comparativa a livello nazionale dei dati misurati e dei rapporti sui risultati delle misurazioni.
- w hoch 2 GmbH è incaricata della logistica, dello sviluppo e della gestione del dashboard amministrativo (ordinazione, coordinamento, dichiarazione) e del dashboard dei risultati (VIZER) specifici per ospedale/clinica.

Il presente concetto di analisi tiene conto del [Contratto nazionale di qualità](#), del [regolamento per l'utilizzo dei dati rilevati dell'ANQ](#) e dei [requisiti dei concetti di analisi dell'ANQ](#). Questo concetto si rivolge ai responsabili degli ospedali e delle cliniche nonché ai partner contrattuali dell'ANQ.

L'obiettivo generale della misurazione ANQ Swiss PREMs è quello di rendere visibile la prospettiva dei pazienti e di mostrare come questi ultimi percepiscono le prestazioni sanitarie fornite. I risultati del sondaggio offrono agli ospedali e alle cliniche una base affidabile per avviare misure mirate al miglioramento della qualità, sviluppare ulteriormente i propri servizi e rafforzare l'orientamento al paziente.

2 METODO DELLA MISURAZIONE

2.1 STRUMENTI DI MISURAZIONE

Lo strumento di rilevamento dell'esperienza dei pazienti (PREM) è il questionario Swiss PREMs, il quale si basa sullo strumento canadese CPES-IC (Canadian Patient Experiences Survey – Inpatient Care). Il questionario è stato tradotto nelle tre lingue nazionali (tedesco, francese e italiano) e adattato al contesto svizzero attraverso un processo scientifico. Le modifiche apportate al questionario sono state riportate nella versione originale inglese, che è ora disponibile anche in tale lingua.

I questionari nei tre settori specialistici di Medicina somatica acuta, psichiatria per adulti e riabilitazione hanno una struttura simile. Inizialmente il questionario è stato sviluppato per la Medicina somatica acuta e successivamente adattato alla psichiatria e alla riabilitazione. Pertanto, la maggior parte delle domande è rimasta invariata. Le differenze riguardano aspetti interdisciplinari, come ad esempio un gruppo di domande aggiuntive sui terapeuti (riabilitazione e psichiatria), la possibilità di isolamento e le misure restrittive della libertà (psichiatria) o la domanda se il ricovero sia stato causato da un incidente (riabilitazione).

Le domande PREM utilizzano prevalentemente formati di risposta verbali a quattro livelli, ad eccezione di due domande binarie sì/no. Le risposte sono classificate in base a una scala di valutazione (ad es. *Mai / A volte / Quasi sempre / Sempre*). Ciò vale anche per una delle due domande sulla soddisfazione globale, ovvero la **raccomandazione**. L'esperienza complessiva viene valutata su una scala continua da 0 a 10. Per alcune domande è prevista una risposta alternativa, che viene contrassegnata con una crocetta se la domanda non è pertinente.

Per informazioni dettagliate si rimanda alla seguente tabella (Tabella 1). I questionari di tutti i settori sono disponibili sul [sito dell'ANQ](#).

Tabella 1: informazioni sullo strumento di rilevazione nei tre settori. Differenze nei contenuti per settore. Queste derivano dagli adeguamenti per i settori della psichiatria e della riabilitazione. La tabella si basa sui questionari *Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1*, *Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1* e *Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1*.

SEZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
	Numero di domande nel questionario e per sezione		
Questionario completo	37	40	38
Le Sue cure da parte dei medici	4	3	4
Le Sue cure da parte del personale curante	4		
Le Sue cure da parte del team terapeutico	-	3	
L'ambiente ospedaliero/ della clinica	2	3	2
La Sua esperienza in questo ospedale/in questa clinica	5	3	
Dopo la Sua dimissione	3		
Il Suo arrivo in ospedale/clinica	3	5	2
Durante la Sua degenza ospedaliera/il Suo soggiorno in clinica	7		

SEZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
La Sua dimissione	3		
Valutazione generale dell'ospedale/	2		
Scala di risposta			
Domande PREM	Scala di risposta a 4 livelli verbale		
Esperienza complessiva	Scala di risposta a 11 livelli (da 0 a 10)		
Ulteriori dati raccolti			
Caratteristiche dei pazienti			
	Età (anno di nascita)		
	Genere		
	Stato di salute auto-valutato		
	Categoria assicurativa		
	-	-	Incidente/Non incidente

2.2 BASE DATI

2.2.1 Descrizione dei dati da rilevare

Il set di dati comprende principalmente domande PREMs specifiche che esaminano il decorso dei pazienti durante il trattamento. Queste coprono temi centrali quali ricovero, informazione/comunicazione, coinvolgimento, organizzazione/procedure, farmaci, sicurezza e dimissione. Inoltre, il questionario contiene delle domande filtro per controllare il flusso e guidare gli intervistati in modo mirato attraverso il questionario in base alle loro risposte. Sono presenti anche due domande sulla soddisfazione globale (esperienza complessiva e raccomandazione) e sulle caratteristiche sociodemografiche della persona che risponde: anno di nascita, sesso, classe assicurativa e stato di salute soggettivo. I dati vengono raccolti nelle tre lingue nazionali (tedesco, francese e italiano) e in inglese.

Ai fini dell'assegnazione amministrativa e del benchmarking, il set di dati contiene il codice dell'ospedale/clinica e la categoria ospedaliera dell'UST. Queste variabili costituiscono la base per un confronto equo tra ospedali e cliniche nel contesto nazionale o per il calcolo di valori caratteristici sulla base dell'insieme complessivo.

Inoltre, gli ospedali e le cliniche hanno la possibilità di codificare fino a dodici reparti per sede, al fine di differenziare i risultati per analisi e confronti interni all'ospedale/alla clinica.

2.2.2 Criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti

Tutti i pazienti che lasciano l'ospedale/la clinica durante i periodi del sondaggio definiti (cfr. manuale di misurazione interdisciplinare, capitolo 5) ricevono un questionario. L'esclusione dal sondaggio è prevista solo in base ai criteri indicati nella Tabella 2.

Tabella 2 : criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti

	MEDICINA SOMATICA ACUTA, PSICHIATRIA PER ADULTI E RIABILITAZIONE
Criteri di inclusione	• Tutti gli adolescenti e gli adulti di età pari o superiore a 16 anni al momento della dimissione • Dimissione entro il periodo del sondaggio definito • Degenza ospedaliera di almeno 24 ore
Criteri di esclusione	• Pazienti che vengono ricoverati più volte durante il periodo di rilevamento (ricevono un solo questionario) • Pazienti deceduti durante la degenza in ospedale o clinica o nel periodo di rilevamento • Pazienti residenti all'estero (ad eccezione del Principato del Liechtenstein) • In psichiatria: pazienti di psichiatria forense

3 LOGISTICA

3.1 RILEVAMENTO DEI DATI

Informazioni dettagliate sullo svolgimento operativo del sondaggio e sulle date importanti sono riportate nel manuale di misurazione interdisciplinare, disponibile sul [sito dell'ANQ](#). La raccolta dei dati avviene tramite le versioni interdisciplinari del questionario Swiss PREMs, disponibile in tre lingue nazionali (tedesco, francese e italiano e inglese). Gli ospedali e le cliniche possono scegliere tra due modalità principali per il sondaggio dei propri pazienti:

Sondaggio tramite questionario cartaceo: gli ospedali e le cliniche possono chiedere ai propri pazienti di partecipare al sondaggio tramite un questionario cartaceo inviato per posta. Poiché su ogni questionario sono stampati un codice QR individuale e una URL, gli intervistati possono scegliere se utilizzare la versione cartacea o quella online.

Ai questionari cartacei sono allegate buste preaffrancate indirizzate direttamente al centro di logistica per la misurazione (CLM) o all'istituto di scansione incaricato. La scansione dei

questionari cartacei restituiti avviene in modo automatico, mentre i dati di nascita inseriti a mano vengono ricontrollati manualmente.

Sondaggio tramite questionario online (e-mail): i pazienti di cui è disponibile un indirizzo e-mail possono essere invitati a partecipare al sondaggio online. Se non sono disponibili indirizzi e-mail per l'intero collettivo, è obbligatorio combinare l'invio cartaceo con quello elettronico. I pazienti ricevono una URL individuale (inviata dall'ospedale/clinica, da un partner di cooperazione incaricato dall'ospedale/clinica o da un terzo istituto incaricato da w hoch 2) che li indirizza direttamente al sistema di sondaggio del CLM. I questionari compilati in formato digitale vengono memorizzati in forma crittografata nel sistema del CLM.

Anonimato e collegamento dei dati: i rilevamenti avvengono in linea di principio in forma anonima. Nel caso del sondaggio online esiste tuttavia la possibilità di un collegamento a livello di caso, al fine di associare le risposte dei pazienti alle analisi interne. Ciò viene comunicato in modo trasparente ai pazienti durante la compilazione; questi ultimi possono rifiutare tale collegamento al livello di caso grazie ad un'opzione di opt-out nel questionario. Il collegamento non è una priorità dell'ANQ ed è nella responsabilità degli ospedali e delle cliniche.

3.2 SVOLGIMENTO DEL SONDAGGIO

I pazienti compilano il questionario autonomamente, domanda per domanda, oppure, a seconda della risposta, vengono indirizzati alla domanda successiva corrispondente sulla base di domande filtro. Nella versione online, il passaggio alla domanda successiva avviene automaticamente. Nella versione cartacea, invece, le domande di filtro possono dare adito a malintesi. Se necessario, una persona di riferimento vicina può fornire assistenza durante la compilazione.

3.3 PULIZIA DEI DATI

Se i pazienti hanno compilato sia il questionario cartaceo che quello digitale, il CLM verifica quale versione contiene le risposte più complete. Solo questa versione viene conservata nel set di dati. Se entrambe le versioni contengono lo stesso numero di risposte complete, una delle due viene cancellata in modo casuale.

Qualora dovessero emergere valori non plausibili – cosa che, in base all'esperienza, si verifica solo per l'anno di nascita o il numero di questionari inviati –, questi vengono contrassegnati come valori mancanti dall'Istituto di analisi Unisanté.

3.4 INOLTRO DEI DATI

Il set di dati consolidato e documentato dal CLM e il relativo codebook vengono trasmessi all'Istituto di analisi per l'analisi comparativa a livello nazionale. A tal fine viene utilizzata una piattaforma di trasmissione crittografata per garantire in ogni momento la riservatezza e la sicurezza dei dati durante il trasferimento.

3.5 CONSERVAZIONE DEI DATI

I dati personali vengono cancellati non appena non sono più necessari. Ciò riguarda in particolare gli indirizzi e-mail dei pazienti:

- **Cancellazione in caso di invio da parte di fornitori terzi** (cfr. manuale):
se un ospedale affida l'invio del sondaggio a un fornitore terzo (subappaltatore di w hoch 2 GmbH), i dati di contatto necessari a tale scopo vengono cancellati al termine della fase di invio e misurazione.

I dati anonimizzati vengono memorizzati in modo ridondante fino a quando l'ANQ non ne richiede la cancellazione.

3.6 RISPETTO DELLA PROTEZIONE E DELLA SICUREZZA DEI DATI

Al fine di garantire la protezione e la sicurezza dei dati, esistono accordi scritti tra il MLZ e l'ANQ, nonché tra l'Istituto di analisi Unisanté e l'ANQ, relativi al trattamento dei dati per conto di terzi. Questi accordi regolano il trattamento dei dati sensibili e documentano le misure di sicurezza tecniche e organizzative adottate. Tutti i dati vengono memorizzati e trattati in Svizzera.

Se gli ospedali e le cliniche esternalizzano l'invio a un fornitore terzo, devono stipulare un proprio accordo sul trattamento dei dati per conto terzi con w hoch 2 (CLM). L'ANQ mette a disposizione degli ospedali e delle cliniche un modello di accordo corrispondente sul dashboard di amministrazione.

Inoltre, vale quanto segue:

- **Crittografia e trasferimento dei dati:** la trasmissione dei dati tra l'ospedale/la clinica, il CLM e l'Istituto di analisi Unisanté avviene in forma crittografata tramite piattaforme istituzionali sicure. Dopo la ricezione, i file rimangono crittografati sui server e non vengono inoltrati senza autorizzazione.
- **Anonimizzazione e pseudonimizzazione:** il CLM e l'Istituto di analisi Unisanté non sono in grado di risalire alle persone fisiche. Se gli ospedali decidono di effettuare un collegamento a livello di caso, il CLM riceve numeri di identificazione dei casi (FID) pseudonimizzati. Poiché il CLM non ha mai accesso ai dati personali dei pazienti, non è in grado di

associare le risposte alle persone. La sovranità sulla regola di attribuzione rimane esclusivamente agli ospedali e alle cliniche. I pazienti hanno inoltre la possibilità di rifiutare il collegamento a livello di caso tramite l'opzione opt-out.

- **Certificazione e obbligo di riservatezza:** l'istituto di analisi Unisanté è certificato secondo la norma ISO 9001. Tutti i collaboratori coinvolti nel CLM e nell'istituto di analisi Unisanté sono soggetti all'obbligo contrattuale di riservatezza e applicano le normali misure di precauzione nel trattamento dei dati sensibili, in conformità con le leggi svizzere.

4 ANALISI DEI DATI

Il monitoraggio scientifico della misurazione, l'analisi comparativa a livello nazionale dei dati misurati e i rapporti sui risultati delle misurazioni sono di competenza dell'istituto di analisi nazionale Unisanté di Losanna. Tutte le analisi statistiche vengono svolte con il software STATA.

Circa due mesi dopo la trasmissione dei dati da parte di w hoch 2, Unisanté invia all'ANQ l'executive summary per il rispettivo settore specialistico e i dati specifici relativi agli ospedali e alle cliniche per l'ulteriore elaborazione ai fini della pubblicazione.

4.1 METODO

4.1.1 Top box e bottom box

Per evitare l'ipotesi che le categorie di risposta debbano essere percepite come equidistanti e per facilitare l'analisi e l'interpretazione dei risultati, l'attenzione è focalizzata sui valori estremi. A ogni domanda viene quindi assegnato un top box e un bottom box (vedi Tabella 3). Il top box indica la risposta migliore o più alta possibile (ad es. «Sempre»), mentre il bottom box richiama l'attenzione sulle due risposte più basse, ovvero quelle valutate negativamente (ad es. «Mai» e «A volte»).

Tabella 3 : scala di risposta a quattro livelli di una domanda PREM e relativa assegnazione a top box o bottom box. I nuovi valori box sono costituiti dai numeri 0 («fuori dal box») e 1 («nel box»). Da essi è possibile calcolare i valori medi (percentuali), cosa che non era possibile con le risposte testuali delle domande PREM originali.

DOMANDA	VALORE			
Domanda PREM	Mai	A volte	Quasi sempre	Sempre
Top Box	0	0	0	1
Bottom Box	1	1	0	0

Questo approccio consente una sintesi affidabile dei risultati delle misurazioni che, a differenza del calcolo diretto di una media, non è influenzata dagli effetti massimi o minimi. Inoltre, corrisponde anche alla rappresentazione delle analisi dello strumento originale (CPES-IC) canadese su cui si basa lo Swiss PREMs. Questa logica viene applicata a tutte le domande con una scala di risposta a quattro livelli, compreso la domanda di **raccomandazione** (soddisfazione globale).

Per la rappresentazione dell'esperienza complessiva, che nello Swiss PREMs viene effettuata su una scala continua da 0 a 10, si ricorre anche a una dicotomizzazione in top box e bottom box. A tal fine vengono definiti due valori soglia, al di sopra o al di sotto dei quali i valori vengono classificati come buoni o cattivi¹. Ciò consente una rappresentazione uniforme di tutti i valori misurati nel confronto nazionale, indipendentemente dalla scala di riferimento (vedi Tabella 4).

Tabella 4 Scala di risposta continua della domanda sulla soddisfazione globale e relativa assegnazione a top box o bottom box.

DOMANDA	VALORE										
Scala	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Top-Box	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bottom-Box	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0

4.1.2 Formazione dei temi

Un'area tematica è definita come una sintesi di diverse domande PREM che insieme formano un insieme diversificato e coerente, ma non ridondante, di affermazioni su un determinato contenuto, vedi Tabella 5. La formazione di questi ambiti tematici è avvenuta attraverso un processo iterativo, in cui sono state prese in considerazione sia considerazioni qualitative (assegnazione delle domande da parte di esperti in materia) sia analisi quantitative (correlazioni, analisi delle componenti principali, teoria della risposta all'item, ecc.). L'interazione tra i due approcci ha portato gradualmente a un miglioramento delle assegnazioni, fino al raggiungimento di un compromesso ragionevole².

Va sottolineato che non tutte le domande PREM esistenti sono state assegnate a un tema. Le domande escluse non vengono incluse nei confronti nazionali, ma rimangono importanti per la gestione della qualità a livello ospedaliero e sono visibili sul dashboard dei risultati.

¹ Vedi pagina 6 in Canadian Institute for Health Information, « Acute Care Patient-Reported Experience Measures - Methodology Notes », Ottawa, 2022. [PDF ISBN: 978-1-77479-126-4]

² I principi alla base della definizione dei temi sono descritti nella sezione 3.4 del rapporto [Validazione psicometrica del questionario Swiss PREMs].

Tabella 5 Formazione dei temi: quali domande PREM vengono assegnate a quali aree tematiche? Nelle colonne specifiche per settore viene riportata la numerazione di ciascun questionario. Le domande sulla soddisfazione globale sono riportate singolarmente accanto alle aree tematiche. La tabella si basa sui questionari Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1 e Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1.

AREE TEMATICHE	AFFERMAZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
Ammissione	Spiegazioni comprensibili sul ricovero	20		
	Informazioni sui tempi di attesa	21		
	Informazioni sulla procedura		21	20
	Organizzazione dell'ingresso		22	21
Informazioni	Ascolto attento (medici)	2	2	2
	Spiegazioni comprensibili (medici)	3	3	3
	Ascolto attento (personale curante)	6	5	6
	Spiegazioni comprensibili (personale curante)	7	6	7
	Ascolto attento (terapisti)		9	10
	Spiegazioni comprensibili (terapisti)		10	11
	Informazioni sulla salute e trattamenti	25	28	25
Coinvolgimento	Coinvolgimento (Pat.)	27	30	27
	Coinvolgimento (fam.)	28	31	28
Organizzazione	Aiuto rapido	8	7	8
	Comunicazione	22	25	22
	Aggiornamenti	23	26	23
	Puntualità	24	27	24
Dimissione	Comprensione Farmaci	29	32	29
	Come procedere	30	33	30
	Migliore comprensione	31	34	31
Ambiente	Pulizia	9	11	12
	Tranquillità	10	12	13
	Ritiro		13	

AREE TEMATICHE	AFFERMAZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
Nuovi farmaci	Scopo	14	15	15
	Effetti collaterali	15	16	16
Rispetto	Dignità e rispetto (medici)	1	1	1
	Dignità e rispetto (personale cu- rante)	5	4	5
	Dignità e rispetto (terapisti)		8	9
Soddisfazione globale	Esperienza	32	35	32
	Raccomandazione	33	36	33

Per ogni area tematica si ottengono due valori caratteristici: i valori medi (proporzioni) dei rispettivi top box e bottom box. Ciò significa la percentuale dei questionari in cui è stata selezionata la risposta più alta o una delle due risposte più basse (vedi Tabella 5).

4.1.3 Valori medi (proporzioni)

Se il set di dati viene considerato come una tabella con I questionari (righe) e J domande (colonne), allora la cella x_{ij} rappresenta la risposta alla domanda j nel questionario i . Il calcolo della media S_k nell'area tematica k , che consiste delle domande $x_{j_1}, \dots, x_{j_k}$, avviene in due fasi (vedi

Tabella 6). Innanzitutto, viene calcolata la media di tutte le risposte non vuote ($x_{ij} \neq \emptyset$) di una singola domanda $x_{.jk}$ (media *verticale*).

$$s_{jk} = \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ijk} = 1\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ijk} \neq \emptyset\}}$$

Successivamente, l'area tematica S_k viene calcolata come media di tutte le medie s_j (media *orizzontale*) assegnate al rispettivo argomento (vedi

Tabella 6).

$$S_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} s_{j_k}}{J_k}$$

Tabella 6 : i valori top box e bottom box per un tema vengono calcolati in due fasi, poiché la combinazione di più domande crea un set di dati bidimensionale. Innanzitutto viene calcolata una media verticale che indica la percentuale di risposte assegnate a ciascuna *box*. Successivamente viene calcolata una media orizzontale che riassume tutte le percentuali delle domande che compongono un tema.

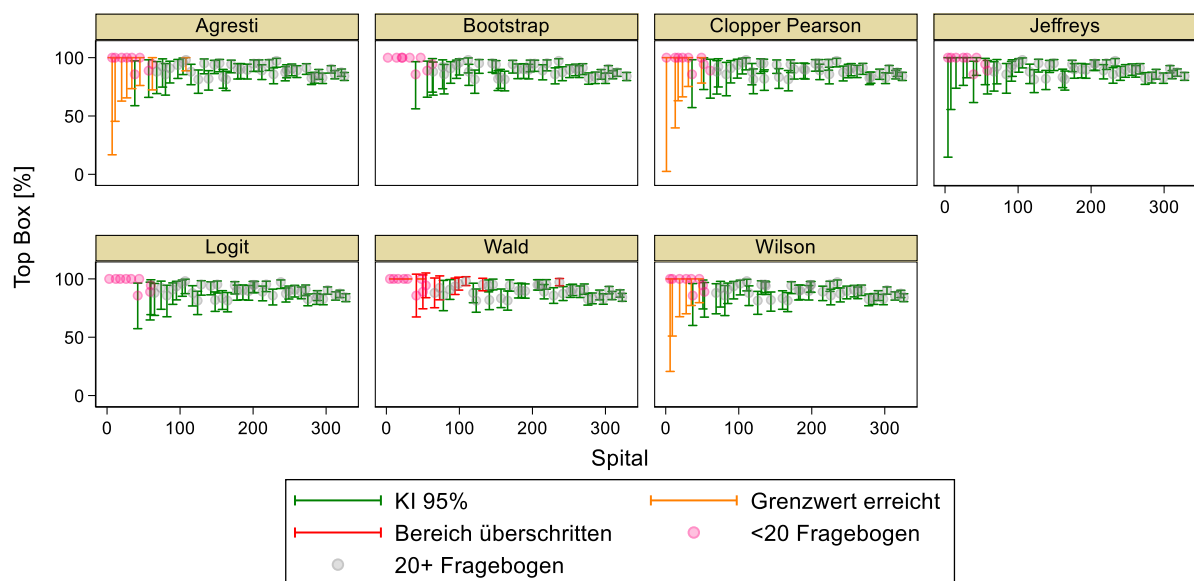
	DOMANDA 1	...	DOMANDA M
Questionario 1	1	0	0
...	0	0	1
Questionario N	1	1	0
Valore medio	0,67	0,33	0,33

Il numero di valori mancanti $x_{ij} = \emptyset$ viene calcolato in un unico passaggio, sommando tutte le risposte mancanti in tutte le domande di un argomento, indipendentemente dalla domanda specifica a cui appartengono:

$$\frac{\sum_{i=1, j_k}^{I, J_k} 1\{x_{ij_k} = \emptyset\}}{I \cdot J_k}$$

4.1.4 Intervalli di confidenza

I valori top box e bottom box sono definiti come proporzioni. Pertanto, il calcolo degli intervalli di confidenza deve essere adeguato di conseguenza. Ciò significa in particolare che i valori possibili devono essere compresi nell'intervallo tra lo 0% e il 100%. Per tenere conto sia di questa circostanza sia del fatto che la numerosità dei casi si collocano spesso nelle aree marginali della distribuzione (ossia presentano valori box molto elevati o molto bassi) e che gli intervalli di confidenza devono quindi estendersi in modo asimmetrico, sono stati valutati diversi metodi di calcolo. Come illustrato nella Figura 1, tra i metodi proposti solo tre forniscono valori che rientrano sempre nell'intervallo consentito compreso tra lo 0% e il 100%.



Grafiken nach Verfahren

Figura 1 Sette diversi metodi per il calcolo degli intervalli di confidenza top box a livello ospedaliero, illustrati sulla base della prima domanda della misurazione pilota Swiss PREMs nella Medicina somatica acuta. Gli ospedali/le cliniche sono ordinati in base al numero di questionari restituiti. Il metodo Bootstrap non è parametrico e universalmente applicabile, poiché si basa esclusivamente sui dati osservati. Il metodo Logit rappresenta il metodo standard e riproduce i valori nell'intervallo compreso tra 0% e 100%. Jeffreys è un metodo bayesiano, mentre gli altri metodi seguono approcci approssimativi diversi. Nel metodo Wald, che si basa su un'approssimazione normale, i valori previsti ma impossibili al di fuori dell'intervallo consentito (contrassegnati in rosso) sono evidenti anche con un numero maggiore di questionari.

Come metodo per la stima degli intervalli di confidenza è stata scelta la variante *Bias-Corrected and Accelerated* (BCa) del metodo **Bootstrap**. Si tratta di un metodo robusto, basato esclusivamente sui dati osservati e che non presuppone ipotesi relative a una determinata distribuzione teorica.

Il metodo è universalmente applicabile, indipendentemente dalla complessità dell'Indicatore sottostante. Ciò vale in particolare per i casi in cui più valori delle caselle vengono raggruppati in un punteggio tematico di livello superiore e i metodi tradizionali per il calcolo degli intervalli di confidenza non sono più applicabili (cfr. Figura 2).

Il metodo bootstrap si basa quindi esclusivamente sui dati disponibili e non richiede ulteriori ipotesi di modello. Poiché i valori «top box» e «bottom box» sono definiti come medie di percentuali e ciò comporta una certa livellatura della variabilità, il metodo bootstrap risulta particolarmente adatto. Inoltre, è stata prestata attenzione fin dall'inizio alla robustezza dei risultati e, per i campioni con meno di 20 questionari, si è rinunciato al calcolo degli intervalli di confidenza.

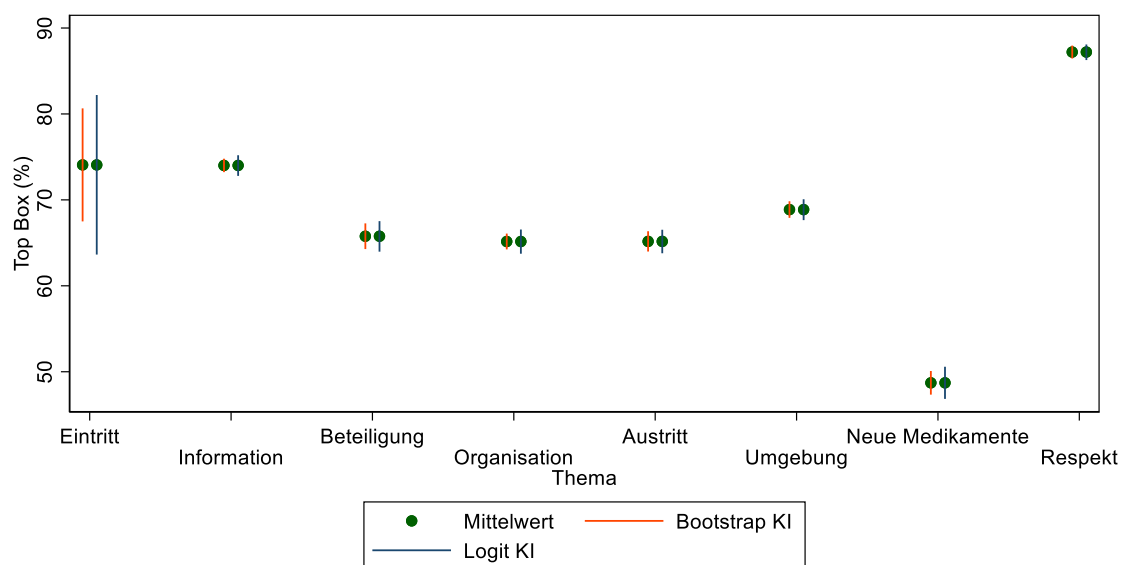


Figura 2 Calcolo degli intervalli di confidenza al 95% degli otto ambiti tematici, illustrato sulla base dei dati della misurazione pilota Swiss PREMs Medicina somatica acuta. L'approccio più semplice, ma ingenuo, consiste nel calcolare la media degli intervalli di confidenza delle singole domande PPREMs («Logit», in blu). In questo caso non si tiene conto del fatto che i diversi valori si basano sullo stesso campione: la struttura della varianza non viene rappresentata in modo adeguato. Il metodo bootstrap (arancione) tiene conto in modo naturale di questa struttura complessa, motivo per cui gli intervalli di confidenza risultanti sono leggermente meno pronunciati.

4.1.5 False Discovery Rate (FDR)

Nel confronto nazionale, i valori misurati di ciascuna clinica vengono confrontati singolarmente con il Valore comparativo (la media nazionale). Ciò significa che vengono svolti tanti test statistici quanti sono le cliniche incluse nell'analisi. Una conseguenza indesiderata di un approccio così ingenuo è che la probabilità di classificare erroneamente almeno una deviazione come statisticamente significativa aumenta notevolmente rispetto al livello di significatività nominale del 5% o dell'1%, valido per un singolo test. Con l'aumentare del numero di test, questa probabilità può addirittura tendere al 100%.

Per ridurre al minimo questo rischio, viene impiegato il metodo di controllo del False Discovery Rate (FDR), che adegua di conseguenza le soglie statistiche per i confronti multipli. In questo modo, la classificazione delle cliniche come «sopra la media» e «sotto la media» avviene con maggiore cautela. Vengono segnalate come statisticamente significative solo quelle istituzioni la cui deviazione dal valore di riferimento è sufficientemente marcata. In questo modo, il rischio di risultati falsi positivi rimane al livello desiderato del 5% o dell'1%, anche in presenza di un numero elevato di confronti.

4.2 QUALITÀ DEI DATI

4.2.1 Grado di copertura

Durante un periodo di misurazione, tutti i pazienti dovrebbero partecipare alla misurazione (i criteri di inclusione ed esclusione sono elencati alla pagina 7). Il grado di copertura misura la percentuale di pazienti da includere che hanno effettivamente ricevuto un questionario:

$$\frac{N_{\text{gesandte Fragebogen}}}{N_{\text{Austritte}}}$$

4.2.2 Tassi di risposta

Il tasso di risposta è calcolato come percentuale dei questionari restituiti. È dato dal rapporto tra il numero di questionari *validi* restituiti o compilati online (numeratore) e il numero di pazienti invitati (denominatore), indipendentemente dal fatto che l'invito sia stato inviato per posta o per e-mail.

$$\frac{N_{\text{retournerierte Fragebogen}}}{N_{\text{gesandte Fragebogen}}}$$

I risultati sono espressi in percentuale e comprendono sia il tasso di risposta globale, calcolato sulla base dell'intero campione a livello nazionale, sia i tassi di risposta individuali a livello ospedaliero.

4.2.3 Questionario vuoto

Sono considerati *validi* i questionari che non vengono restituiti vuoti. Tuttavia, vengano regolarmente restituiti questionari che non contengono alcuna risposta analizzabile, ossia questionari nei quali tutte le risposte sono lasciate in bianco oppure consistono in risposte evasive. Tali questionari vengono esclusi dal calcolo del tasso di risposta e da tutte le altre analisi: non vengono quindi inclusi nel numeratore.

In questo contesto, una domanda è considerata *vuota* se non contiene una risposta adatta a una analisi numerica. Tra i valori mancanti non figurano solo le domande completamente senza risposta, ma anche le cosiddette risposte non pertinenti (se presenti). Se tutte le domande del questionario (sia PREM che domande sociodemografiche sulla persona) sono vuote in questo senso, l'intero questionario è considerato vuoto e quindi non valido per il calcolo dei tassi di risposta.

Questa procedura si applica sia alla versione cartacea che a quella online del questionario.

Nella versione online non sono presenti, di proposito, domande obbligatorie; tutte le domande possono essere saltate. In questo modo si intende evitare che i pazienti interrompano

prematuramente la compilazione del questionario a causa dell'obbligo di rispondere, il che potrebbe comportare un tasso di abbandono più elevato. Tuttavia, se vengono saltate delle domande, il sistema segnala ai pazienti che ci sono ancora domande senza risposta. La risposta rimane comunque facoltativa.

4.2.4 Tassi di risposta in eccesso

Può accadere che ospedali e cliniche dichiarino un numero di questionari restituiti superiore a quello degli inviti spediti, riportando così un tasso di risposta superiore al 100%. Tali casi vengono esclusi solo dal calcolo del tasso di risposta. Ciò significa che a livello nazionale i questionari provenienti da questi ospedali e cliniche non vengono presi in considerazione e non contribuiscono né al numeratore né al denominatore. Tuttavia, vengono inclusi in tutte le altre analisi.

A livello ospedaliero, invece, sul dashboard vengono pubblicati sistematicamente tutti i tassi di risposta, anche se superano il valore teorico massimo del 100%.

4.2.5 Tassi di compilazione

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

Domande

Il tasso di compilazione μ_j di una singola domanda x_{ij} viene calcolato separatamente per ogni domanda. Esso corrisponde alla percentuale di risposte non vuote $x_{ij} \neq \emptyset$ (ovvero risposte dalla scala e risposte alternative³) sul numero totale I dei questionari restituiti x_i . Le domande sociodemografiche vengono trattate in modo simile.

$$\mu_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}{I}$$

³ Ciò differisce dalle risposte *valide* definite per il calcolo dei tassi di risposta. In questa prospettiva, il questionario è già considerato compilato e la domanda centrale è: « quanti pazienti si sono presi la briga di selezionare almeno una risposta? ».

Temi

Poiché gli temi S_k si basano sulla combinazione $1 \cdots J_k$ di più domande x_{ijk} , i valori mancanti devono essere ricavati da diverse domande. Ciò avviene in modo semplice, calcolando il tasso di compilazione di un argomento come media di tutti i singoli tassi di compilazione μ_{jk} . Ciò corrisponde alla fusione di tutte le risposte x_{ijk} di tutte le domande coinvolte in un pool di dati comune.

$$\mu_k := \frac{\sum_{j_k=1}^{J_k} \mu_{jk}}{J_k}$$

4.2.6 Risposte non pertinenti

Le risposte non pertinenti servono a giustificare la mancanza di un valore misurato. Sebbene tali risposte non possano essere incluse nelle analisi numeriche e siano quindi trattate come valori mancanti, non si tratta comunque di informazioni perse. Il motivo è che la risposta in questione semplicemente non è applicabile a questo paziente e quindi un valore numerico non avrebbe senso. La maggior parte di queste risposte corrisponde a domande filtro (vedi Tabella 7).

Tabella 7 Domande con risposte alternative. Nelle colonne specifiche per settore è riportata la numerazione di ciascun questionario. La tabella si basa sui questionari Swiss PREMs Acute Care 2025 V1.1, Swiss PREMs Psychiatry 2025 V1.1 e Swiss PREMs Rehabilitation 2025 V1.1.

SEZIONE	AFFERMAZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
Le Sue cure da parte del personale curante	Assistenza rapida	8	7	8
La Sua esperienza in questo ospedale/questa clinica	Aiuto per andare in bagno	11		
	Dolori	12		
	Nuovi farmaci	13	14	
Il Suo arrivo in ospedale/in clinica	Spiegazioni	20		
	Tempi di attesa	21		
	Informazioni		21	20
	Organizzazione		22	21
	Frequenza Libertà di movimento		23	
	Spiegazione Libertà di movimento		24	

SEZIONE	AFFERMAZIONE	MEDICINA SOMATICA ACUTA	PSICHIATRIA	RIABILITAZIONE
Durante la Sua de- genza ospedaliera/il Suo soggiorno in cli- nica	Esami	24	27	24
	Sostegno in caso di ansia	26	29	26
	Partecipazione (Pat.)	27	30	27
	Partecipazione (fam.)	28	31	28
La Sua dimissione	Comprensione dei farmaci	29	32	29

Domande

I tassi alternativi α_j per la domanda x_j vengono calcolati in modo analogo ai tassi di compilazione μ_j , con la differenza che al denominatore non vengono considerati tutti i questionari, ma solo quelli che non presentano risposte vuote.

$$\alpha_j := \frac{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1}^I 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

dove A indica l'insieme di tutte le possibili risposte alternative (una o più).

Temi

Anche il calcolo a livello tematico si basa sull'idea di un pool di dati. Tuttavia, poiché il denominatore varia da domanda a domanda, in quanto il tasso di compilazione può essere diverso per ogni domanda, la formula deve essere adattata di conseguenza.

$$\alpha_k := \frac{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \in A\}}{\sum_{i=1, j_k=1}^{I, J_k} 1\{x_{ij} \neq \emptyset\}}$$

4.2.7 Gestione dei casi minimi

A livello nazionale (sito dell'ANQ) l'anonimato è garantito da un elevato grado di aggregazione. I risultati vengono visualizzati esclusivamente per argomento (non per singole domande) per ogni ospedale/clinica. Inoltre, non vi è alcun collegamento tra le caratteristiche. I risultati non vengono collegati a variabili sociodemografiche (ad es. età, sesso). Questa separazione impedisce la reidentificazione attraverso combinazioni specifiche di caratteristiche.

Si applicano le seguenti soglie di protezione:

- **Limite di pubblicazione (n<3):** i risultati di ospedali e cliniche con meno di 3 questionari analizzabili non vengono pubblicati sul sito web. I dati confluiscono tuttavia in forma anonima nel benchmark nazionale.
- **Dashboard dei risultati (n<5):** a causa dei filtri disponibili e del maggiore livello di dettaglio, i dati sul dashboard sono resi disponibili solo a partire da 5 questionari analizzabili per ospedale o per unità di analisi (di solito reparti) al fine di proteggere le persone interessate. Se un ospedale ha codificato un'unità di analisi per la quale sono disponibili meno di 5 questionari analizzabili, tale unità di analisi viene unita all'unità di analisi immediatamente superiore fino al raggiungimento del numero minimo di 5 questionari analizzabili. L'unità di analisi congiunta viene contrassegnata con la dicitura «Anonimo».

4.3 UTILIZZO DEI DATI DI MISURAZIONE ESISTENTI PER ANALISI INTERNE

In base al [regolamento per l'utilizzo dei dati rilevati dell'ANQ](#), l'ANQ è autorizzato a trattare tutti i dati relativi alle misurazioni nella misura necessaria all'adempimento dei propri compiti. Se necessario, i dati già raccolti per altre misurazioni (interdisciplinari e/o specifiche di un settore) possono quindi essere utilizzati per analisi interne, ad esempio per verificare e/o perfezionare un metodo di misurazione.

5 RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI SPECIFICI DELLE MISURAZIONI PER OSPEDALI E CLINICHE

5.1 RAPPRESENTAZIONE E TIPI DI GRAFICO UTILIZZATI

Alle istituzioni viene messo a disposizione un dashboard interattivo dei risultati (VIZER). In esso è possibile analizzare i risultati della propria istituzione o dei gruppi ospedalieri e clinici. Inoltre, è possibile confrontare i propri risultati con i valori complessivi di tutti gli ospedali e le cliniche del tipo ospedaliero corrispondente (secondo la definizione dell'UST) (benchmarking). È possibile analizzare e visualizzare sia le aree tematiche che tutte le singole domande. Se le istituzioni hanno scelto una analisi per unità di analisi/reparto durante i rilevamenti, è possibile effettuare anche analisi specifiche per reparto.

Per le istituzioni viene creata una analisi di base, in cui i risultati più importanti vengono visualizzati tramite barre sovrapposte. Ciò riguarda la distribuzione delle risposte per area tematica, le due domande globali sulla soddisfazione e tutte le singole domande. Per ogni grafico, i valori di benchmark possono essere visualizzati in modo dinamico tramite il menu a tendina all'interno dei grafici. Nella visualizzazione standard vengono visualizzati anche gli indicatori chiave relativi al campione. Inoltre, è possibile effettuare ulteriori analisi su tutte le variabili presenti nel set di dati. I dati possono essere filtrati, suddivisi e raggruppati in base a

tutte le variabili. I risultati vengono inoltre visualizzati nella vista standard stratificati per sottogruppi:

- Nella medicina somatica acuta in base al ricovero elettivo/di emergenza
- Nella riabilitazione dopo incidente/non incidente.
- Nella psichiatria per adulti in base al ricovero volontario/involontario.

5.2 ACCESSO AI RISULTATI

A ogni istituzione viene concesso un accesso amministrativo. Con questo accesso è possibile effettuare e salvare autonomamente le valutazioni. Le istituzioni hanno inoltre la possibilità di concedere diritti di utente ad altre persone e di condividere con loro analisi specifiche.

6 RAPPRESENTAZIONE DEI RISULTATI COMPARATIVI NAZIONALI

6.1 RAPPRESENTAZIONE E TIPI DI GRAFICO UTILIZZATI

6.1.1 Grafico a imbuto

I risultati del confronto nazionale consistono in dieci valori top box: otto aree tematiche e due punteggi relativi alla soddisfazione globale (esperienza complessiva e **raccomandazione**). I valori bottom box sono disponibili anche nella finestra pop-up.

Ogni risultato è rappresentato sotto forma di diagramma a imbuto (funnel plot) ([vedi grafico di esempio nel concetto di pubblicazione](#) misurazione nazionale dell'esperienza dei pazienti (PREM) relativa alla medicina somatica acuta per adulti, alla psichiatria per adulti e alla riabilitazione, versione 1.1). Questa rappresentazione consente di individuare facilmente le deviazioni di un ospedale/una clinica dalla media nazionale, tenendo conto allo stesso tempo della naturale dispersione dei valori.

La rappresentazione statistica segue questa logica:

- **Definizione degli assi:** l'asse Y mostra i valori medi (proporzione) calcolati dalla conversione di una scala ordinale (ad es. *mai, a volte, quasi sempre, sempre*) in un valore percentuale top box compreso tra 0% e 100%. L'asse X rappresenta il numero di questionari valutabili per istituzione.
- **Valore di riferimento:** il valore medio dell'insieme totale rappresenta il valore di riferimento (linea orizzontale). Ogni punto rappresenta un ospedale o una clinica. Il colore indica se la sua deviazione dalla media nazionale è statisticamente significativa.
- **Intervalli di confidenza:** ogni punto dati contiene un intervallo di confidenza del 95 % e del 99 %. Più intenso è il colore del punto, maggiore è la significatività statistica della deviazione dal valore di riferimento. Gli ospedali che rientrano nella norma sono colorati in grigio.
- **Numero minimo di casi:** i risultati degli ospedali e delle cliniche con meno di 20 risposte analizzabili sono considerati statisticamente inaffidabili. Questa soglia è contrassegnata da una linea di demarcazione verticale tratteggiata. Gli ospedali e le cliniche che si trovano nella parte inferiore, dove la dispersione è anche maggiore, sono rappresentati con cerchi vuoti. Con campioni così piccoli non è possibile calcolare intervalli di confidenza affidabili. Si rinuncia pertanto alla codifica cromatica dei punti, poiché non è possibile stabilire con sufficiente certezza se un ospedale o una clinica si discosti in modo significativo dal valore di riferimento.

6.1.2 Andamento temporale

Le variazioni temporali dei valori misurati vengono analizzate su diverse scale temporali:

- **Confronto a breve termine:** la misurazione attuale viene confrontata con quella precedente. I relativi grafici a barre presentano entrambi i valori affiancati. La significatività statistica della differenza viene verificata mediante un test di Kruskal-Wallis.
- **Andamenti a lungo termine:** questi vengono analizzati mediante regressioni lineari per identificare e rappresentare le tendenze lineari generali.

6.1.3 Altri tipi di grafici

Oltre ai grafici a imbuto, per i rapporti nazionali vengono utilizzati altri tipi di grafici e tabelle al fine di rappresentare in modo trasparente i risultati delle misurazioni e i parametri descrittivi dei rilevamenti. Questi servono in particolare ad approfondire e contestualizzare i dati:

- Grafici a colonne
- Grafici a curve
- Tabelle strutturate

Queste forme di rappresentazione mostrano, oltre ai risultati relativi ai contenuti, anche le caratteristiche sociodemografiche del campione (ad es. età, sesso), informazioni sulla partecipazione (ad es. tassi di risposta) e indicatori della qualità dei dati (ad es. tassi di compilazione/dati mancanti).

6.2 AGGIUSTAMENTO SECONDO IL RISCHIO E STRATIFICAZIONE

Nel confronto nazionale mediante diagrammi a imbuto non viene effettuato alcun aggiustamento secondo il rischio. Questa decisione si basa sulla raccomandazione dell'istituto di analisi Unisanté. Poiché le variabili sociodemografiche disponibili per l'adeguamento⁴ non riflettono i fattori più rilevanti per l'esperienza dei pazienti, sussiste il rischio di sostituire un fattore di influenza (confounder) con un altro⁵. L'ANQ opta quindi per un approccio più semplice e trasparente, che prevede invece la presentazione di risultati stratificati (ad es. in base al tipo di ricovero).

Per tenere comunque conto metodicamente dell'eterogeneità della collettività dei pazienti, invece di un aggiustamento viene utilizzata una stratificazione (suddivisione in sottogruppi). A tal fine vengono utilizzate variabili la cui influenza sull'esperienza dei pazienti è stata dimostrata nelle analisi dei dati delle informazioni sulle misure pilota PREM:

⁴ Le domande personali riguardano l'età, il sesso, lo status assicurativo e lo stato di salute percepito soggettivamente.

⁵ Un'analisi più dettagliata su cui si basa questa semplificazione è disponibile nell'annesso 5.3 di [Swiss RPEMs Questionnaire Psychometric Validation – Okt. 2025](#).

- **Medicina somatica acuta:** differenziazione in base al tipo di ricovero (emergenza vs. elettivo).
- **Psichiatria:** differenziazione in base allo status di permanenza (volontaria vs involontaria).
- **Riabilitazione:** differenziazione in base alla causa (dovuta a incidente vs non dovuta a incidente).

I pazienti ricoverati in pronto soccorso (medicina somatica acuta) o involontariamente (psichiatria) tendono sistematicamente a effettuare una valutazione peggiore della loro esperienza. Lo stesso vale per i pazienti che si trovano in riabilitazione a seguito di un incidente. Tuttavia, poiché questa variabile non è stata ancora rilevata nei rilevamenti pilota, questa ipotesi deve essere prima confermata dalla prima misurazione nazionale.

Grazie a questa rappresentazione stratificata, la valutazione rimane trasparente e facilmente comprensibile per tutti i gruppi target.

7 INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DELLE MISURAZIONI

I risultati delle misurazioni dell'esperienza dei pazienti (PREM) servono per la documentazione della qualità del trattamento dal punto di vista dei pazienti e hanno lo scopo di avviare processi di miglioramento interni all'ospedale. Per una corretta interpretazione tecnica è necessario tenere conto delle seguenti condizioni quadro e dei limiti metodologici:

7.1 CLASSIFICAZIONE DEI RISULTATI

- **Significato:** i risultati delle misurazioni riflettono un aspetto specifico della qualità (l'esperienza dei pazienti). Non consentono di trarre conclusioni sulla qualità complessiva di un ospedale o di una clinica.
- **Nessuna classifica:** dai risultati delle misurazioni ANQ non è possibile ricavare alcuna classifica. L'attenzione è rivolta al confronto della singola istituzione con la media nazionale (benchmark).
- **Comparabilità:** un confronto equo è favorito dalla creazione di benchmark per ogni categoria ospedaliera dell'UST (ad es. ospedali universitari, cliniche specializzate).

7.1.1 Particolarità della misurazione PREMs

A differenza di altre misurazioni ANQ, nei PREM non viene effettuato alcun aggiustamento secondo il rischio. Per facilitare comunque i confronti, l'ANQ mette a disposizione risultati stratificati (ad es. ricovero d'emergenza vs ricovero elettivo in medicina somatica acuta). Le differenze nei risultati devono quindi essere sempre interpretate nel contesto della rispettiva struttura dei pazienti e del tipo di ricovero.

7.1.2 Ulteriori informazioni

Per spiegazioni dettagliate sull'interpretazione statistica, si rimanda al documento standard interdisciplinare [indicazioni per l'interpretazione dei risultati delle misurazioni dell'ANQ](#) e alle [istruzioni per la lettura dei grafici](#) disponibili sul sito dell'ANQ. Il [Glossario ANQ](#) descrive i concetti fondamentali relativi alle misurazioni ANQ.

ELENCO DELLE FIGURE

Figura 1 Sette diversi metodi per il calcolo degli intervalli di confidenza top box a livello ospedaliero	15
Figura 2 Calcolo degli intervalli di confidenza al 95% degli otto ambiti tematici	16

ELENCO DELLE TABELLE

Tabella 1 : informazioni sullo strumento di rilevazione nei tre settori.	5
Tabella 2 : criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti	7
Tabella 3 : scala di risposta a quattro livelli di una domanda PREM e relativa assegnazione a top box o bottom box.....	10
Tabella 4 scala di risposta continua della domanda sulla soddisfazione globale e relativa assegnazione al top box o al bottom box	11
Tabella 5 formazione dei temi	12
Tabella 6 : valori top box e bottom box per un tema	14
Tabella 7: domande con risposte alternative	19

NOTE LEGALI

Titolo principale e sottotitolo	Concetto di analisi Misurazione nazionale esperienza dei pazienti (PREMS) Medicina somatica acuta per adulti, psichiatria per adulti e riabilitazione a partire dal 2025, versione 1.1
Anno di pubblicazione	2026
Autori	Dr. sc. nat. Julien Junod Barbara Hänni Roman di Francesco, M.Sc.
Realizzato in collaborazione con	Unisanté, Losanna w hoch 2 GmbH, Berna
Indirizzo la corrispondenza	Barbara Hänni, barbara.haenni@ANQ.ch
Mandate	ANQ
Copyright	ANQ Segretariato generale Weltpoststrasse 5 CH-3015 Berna
Citazione	ANQ, Unisanté & w hoch 2. (2026): Concetto di analisi Misurazione nazionale esperienza dei pazienti (PREMS) Medicina somatica acuta per adulti, psichiatria per adulti e riabilitazio- ne. Versione, 1.1. Berna.