

PRESE DI POSIZIONE SULLA CONSULTAZIONE RELATIVA AI CONCETTI DI ANALISI E PUBBLICAZIONE

MISURAZIONE NAZIONALE DELL'ESPERIENZA DEI PAZIENTI (PREMS)

MEDICINA SOMATICA ACUTA PER ADULTI, PSICHIATRIA PER ADULTI E RIABILITAZIONE

Data: 18.08.2026 *(Questo documento è stato tradotto con DeepL Pro.)*

I concetti di valutazione e di pubblicazione sono stati approvati dai membri dell'ANQ. I riscontri ricevuti sui concetti sono stati integrati nella revisione. Le osservazioni che non sono state prese in considerazione vengono illustrate di seguito sotto forma di domande e risposte.

QUALITÀ DEI DATI

Pulizia dei dati

Come viene garantita la qualità dei dati durante la scansione dei questionari cartacei?

w hoch 2 confronta le risposte fornite dall'istituto di scansione con quelle ricevute tramite il questionario online. A tal fine è stato sviluppato un programma specifico che verifica le codifiche e le distribuzioni delle risposte. Si parte dal presupposto che le distribuzioni delle risposte delle due modalità di indagine debbano sostanzialmente coincidere. Inoltre, le immagini dei questionari digitalizzati vengono esaminate a campione. In questo contesto, viene prestata particolare attenzione alle domande in cui eventuali errori sarebbero difficilmente individuabili solo confrontando le distribuzioni delle risposte (ad es. la correttezza della codifica del sesso). Un'ulteriore possibile fonte di errore, individuata durante la misurazione Swiss PREMs sulla Medicina somatica acuta del 2025 e che in futuro sarà oggetto di controlli specifici, è rappresentata da eventuali errori di codifica. Questi possono verificarsi quando la piega del foglio si trova direttamente sopra le caselle di risposta.

In caso di sospetto di errori sistematici, è possibile rileggere i file immagine dei questionari scansionati utilizzando un software sviluppato internamente da w hoch 2, al fine di verificare la plausibilità delle risposte estratte dall'istituto di scansione.

In futuro non si procederà più alla scansione dei questionari cartacei, poiché a partire dal 2027 il sondaggio si svolgerà esclusivamente online (vedi [Pieghevole](#)).

In che misura vengono rettificati i dati raccolti?

L'Istituto di analisi Unisanté non apporta alcuna modifica al contenuto dei dati raccolti. Quando dovessero emergere valori non plausibili – cosa che, in base all'esperienza, si verifica solo per quanto riguarda l'anno di nascita o il numero di questionari inviati –, questi vengono semplicemente contrassegnati come valori mancanti ed esclusi dalle analisi che tengono conto dell'età. Poiché il calcolo dell'esperienza dei pazienti si basa esclusivamente sulle domande specifiche dei PREM, ciò non influisce sui valori dei risultati. Si tratta di una necessaria pulizia dei dati ai fini della garanzia della qualità e non di una manipolazione dei valori.

I valori mancanti vengono sostituiti?

No, non viene effettuata alcuna sostituzione aritmetica (imputazione) dei valori mancanti. I dati incompleti rimangono vuoti e non vengono presi in considerazione nelle rispettive analisi. Le ragioni di questa procedura, nonché i fondamenti metodologici relativi alla mancata partecipazione e alla ponderazione, vengono illustrati in dettaglio nei paragrafi seguenti.

Quali risposte sono considerate non utilizzabili?

Le risposte vuote o evasive (ad es. «Non si applica») non vengono prese in considerazione nel calcolo delle aree tematiche, poiché tali valori di risultato si basano esclusivamente sulle categorie di risposta regolari (ad es. da «Sempre» a «Mai»). Sebbene le risposte evasive non siano equiparabili a valori mancanti nel senso di una lacuna nei dati, non sono tuttavia utilizzabili per il calcolo dei valori empirici.

Rappresentatività

Come viene gestita la mancata partecipazione e come viene effettuata la valutazione della rappresentatività dei risultati?

Poiché nessun valore viene sostituito (imputato) o ponderato matematicamente, le analisi si basano sull'ipotesi metodologica che i valori mancanti si verifichino in modo casuale («Missing at Random»). Occorre tenere presente che questa ipotesi non è sempre pienamente soddisfatta nella pratica. Tuttavia, non è possibile effettuare correzioni complete mediante una ponderazione del campione, poiché a tal fine sarebbero necessarie informazioni dettagliate sull'intera popolazione di riferimento.

Ciò significa che, per effettuare tale ponderazione, tutti gli ospedali e le cliniche partecipanti dovrebbero fornire le caratteristiche sociodemografiche di tutti i pazienti dimessi durante il periodo di rilevamento, indipendentemente dal fatto che abbiano partecipato o meno al Sondaggio.

L'onere che ne deriverebbe sarebbe considerevole e non ragionevole per la maggior parte delle istituzioni.

I singoli ospedali/cliniche che dispongono delle risorse necessarie possono tuttavia confrontare in qualsiasi momento i propri risultati con i dati interni ed effettuare analisi approfondite.

Per garantire almeno in parte la rappresentatività a livello nazionale, la struttura del campione viene confrontata con i valori di riferimento dell'ufficio federale di statistica (UST). Ciò consente di valutare quali gruppi di pazienti potrebbero essere sottorappresentati nel campione.

I dati disponibili non consentono di trarre conclusioni dirette sulla causa della mancata partecipazione. Un'analisi approfondita dei meccanismi che portano alla mancata partecipazione richiederebbe un'analisi più approfondita, ad esempio attraverso un sondaggio mirato rivolto alle persone che non hanno partecipato ai Rilevamenti.

Come viene gestita la mancata partecipazione in ambito di psichiatria?

Nella psichiatria per adulti si deve presumere che i gruppi di pazienti particolarmente vulnerabili siano sottorappresentati nel campione.

I limiti che ne derivano per l'interpretazione dei risultati sono espressamente indicati nell'Executive Summary.

PROTEZIONE DEI DATI

Perché per il portale web e il dashboard valgono numeri minimi di casi diversi per le pubblicazioni?

La differenza deriva dal diverso livello di dettaglio dei dati: sul sito dell'ANQ i risultati vengono aggregati e presentati senza alcun collegamento con le caratteristiche sociodemografiche. Pertanto, in questo caso si applica una soglia di pubblicazione di almeno tre questionari valutabili. Nella dashboard, invece, le istituzioni dispongono di opzioni di filtro dettagliate, ad esempio per età, sesso o classe assicurativa. Poiché questo ulteriore livello di dettaglio dei dati aumenta il rischio teorico di reidentificazione di singole persone, la soglia di protezione nella dashboard è stata fissata ad almeno cinque casi. Di conseguenza, gli ospedali e le cliniche con un totale inferiore a cinque questionari valutabili non hanno alcun accesso alla dashboard dei risultati.

MISURAZIONE

Strumenti di misurazione

Perché il questionario contiene così tante domande e perché sono così simili tra loro?

L'obiettivo del nuovo questionario PREMs è quello di fornire agli ospedali uno strumento di misurazione completo e dettagliato. Questo strumento è già stato validato più volte in contesti diversi. È emerso che la sua lunghezza e la sua complessità non compromettono la qualità dei dati raccolti ([vedi validazione psicometrica](#)). Tuttavia, occorre tenere presente che la qualità

della compilazione può variare in determinati gruppi di pazienti, ad esempio nelle persone molto anziane o nei pazienti con deficit cognitivi.

Il fatto che alcune formulazioni siano simili è una scelta metodologica intenzionale: per generare valori tematici statisticamente affidabili, è necessario mettere in luce diverse sfumature di un contenuto senza però essere ridondanti. La [validazione psicometrica](#) del questionario ha dimostrato che questo è il caso dello Swiss PREMs.

Metodi di analisi

Perché si utilizzano i valori «top box» e «bottom box» anziché semplici medie?

La maggior parte delle domande PREM viene misurata su una scala di risposta a quattro livelli. Questa non presenta più una posizione «neutra»: nel rispondere, i Pazienti devono scegliere tra «tendenzialmente buono» o «tendenzialmente cattivo». Ciò significa che la scala non è equidistante e che, di conseguenza, non è possibile calcolare una media classica.

Un valore medio mescola risposte positive e negative. Ciò comporta una notevole perdita di informazioni. Al contrario, le percentuali relative alla “Top Box” e alla “Bottom Box” sono più facili da interpretare:

1. **Top Box:** questo valore indica la percentuale di pazienti che hanno avuto un’esperienza ottimale.
2. **Bottom-Box:** questo valore indica la percentuale di pazienti che hanno avuto un’esperienza critica. Riunisce le due categorie di risposta più basse (ad es. «Mai» e «A volte»). Un valore elevato del Bottom-Box funge da importante segnale di allarme per le istituzioni e mette in evidenza in quali ambiti vi sia un urgente potenziale di miglioramento.

Perché il Bottom-Box comprende due categorie di risposta, invece di una sola come nel Top-Box?

Su raccomandazione dell’Istituto di analisi Unisanté, il [Comitato Esperienza dei pazienti \(PREMs\)](#) ha deliberatamente deciso di discostarsi, nella valutazione degli Swiss PREMs, dalla metodologia del [Canadian Institute for Health Information \(CIHI\)](#) – che prevede nella Bottom-Box solo la categoria più bassa (ad es. «Mai»). Questa decisione è finalizzata principalmente alla significatività statistica e si basa sulle seguenti considerazioni:

- 1) Il numero di risposte nella categoria più bassa è molto esiguo.
- 2) L’accorpamento delle due categorie più basse comporta un aumento del numero di casi e, di conseguenza, minori fluttuazioni e risultati statisticamente più solidi.
- 3) Nel dashboard, gli ospedali e le cliniche possono continuare a distinguere tra le due categorie e visualizzare i risultati dettagliati.

Perché la terza categoria di risposta non viene considerata né nella Top Box né nella Bottom Box?

L'approccio scelto si concentra in modo mirato sui valori estremi, poiché questi possiedono la massima significatività per lo sviluppo mirato della qualità: rendono immediatamente visibile in quali ambiti i pazienti vivono già la migliore esperienza possibile e dove sussistono problemi che richiedono misure concrete di miglioramento.

Tuttavia, nessuna informazione va persa. Nella dashboard dei risultati, gli ospedali e le cliniche hanno accesso alle distribuzioni dettagliate delle risposte sia a livello delle singole domande che delle aree tematiche.

Come sono stati fissati i valori soglia per la valutazione dell'esperienza complessiva?

La trasformazione della scala di risposta a 11 livelli (da 0 a 10) relativa alla domanda «Esperienza complessiva» si basa sulla definizione del Canadian Institute for Health Information ([CIHI](#)), che ha sviluppato e convalidato il questionario originale.

Nella prima misurazione nazionale dei PREMs nell'ambito della Medicina somatica acuta, i dati empirici confermano i valori soglia proposti dal CIHI.

In altri settori, come ad esempio la psichiatria, la distribuzione può tuttavia discostarsi sistematicamente. Poiché gli attuali valori soglia sono stati convalidati principalmente per la Medicina somatica acuta, è ipotizzabile un adeguamento interdisciplinare di questi valori nell'ottica di un ulteriore sviluppo metodologico.

Indipendentemente da un eventuale adeguamento, la comparabilità rimane garantita. I confronti avvengono sempre all'interno di un settore (non tra i diversi settori), in modo che per tutti gli ospedali e le cliniche appartenenti al medesimo settore si applichino gli stessi valori soglia.

Perché non viene calcolata una semplice media per l'esperienza complessiva?

A differenza delle altre scale di risposta, questa scala a 11 livelli è per sua natura continua, il che in linea di principio consentirebbe il calcolo di una media. Tuttavia, a causa della distribuzione fortemente asimmetrica e del marcato effetto tetto, l'interpretabilità di questo indicatore risulta limitata.

L'utilizzo dei valori «top box» e «bottom box» aumenta la significatività dei risultati e consente di identificare più facilmente le aree in cui le prestazioni sono particolarmente buone o particolarmente scarse.

FORMAZIONE DELLE AREE TEMATICHE

Perché le aree tematiche non vengono ponderate in base al numero di valori mancanti?

L'ANQ ha seguito la metodologia del CIHI, che non prevede tale ponderazione (cfr. sezione [4.1 «Composite Measures» in Acute Care Patient-Reported Experience Measures: Methodology Notes](#)). In linea di principio, in caso di ponderazione si pone la questione dell' e della base dati corrispondente, ad esempio tramite valori di riferimento; senza di essa, la procedura equivarrebbe a un'ipotesi di «Missing at random».

Una ponderazione delle singole domande all'interno di un'area tematica avrebbe senso dal punto di vista metodologico solo se esistessero grandi differenze nei tassi di risposta tra le singole domande, che potrebbero portare a distorsioni dei risultati. Le analisi sulla distribuzione dei valori mancanti e delle risposte evasive mostrano tuttavia che nella maggior parte delle domande PREM non vi sono discrepanze significative.

Laddove si riscontrano valori più elevati, si tratta prevalentemente di domande che non confluiscono nella definizione delle aree tematiche (ad es. domanda 11 «Aiuto per andare in bagno» o domanda 12 «Gestione del dolore»), oppure di domande che appartengono tutte alla stessa area tematica (domande 14 e 15 sui nuovi farmaci).

Le uniche due domande che presentano una certa disomogeneità all'interno del proprio ambito tematico sono la domanda 8 «Assistenza rapida» nell'ambito «*Organizzazione*», che comprende in totale quattro domande, e la domanda 29 «Comprensione dei farmaci» nell'ambito «*Dimissione*», che comprende in totale tre domande.

Nel complesso, quindi, non vi sono quasi indicazioni che la rinuncia a ponderare le singole domande comporti distorsioni significative nei valori delle aree tematiche.

ADEGUAMENTO

Perché si rinuncia all'aggiustamento per il rischio?

Le variabili sociodemografiche disponibili (età, sesso, ecc.) non sono i fattori più rilevanti che influenzano l'esperienza dei pazienti. Un aggiustamento matematico di queste variabili potrebbe quindi generare nuove distorsioni. Si ricorre invece a una Stratificazione. In questo caso, il collettivo viene suddiviso in sottogruppi:

- Medicina somatica acuta: differenziazione in base al tipo di ricovero (urgenza vs. programmato).
- Psichiatria: differenziazione in base allo stato di degenza (volontaria vs. involontaria).
- Riabilitazione: differenziazione in base alla causa (dovuta a incidente vs. non dovuta a incidente).

In questo modo la popolazione di riferimento risulta più omogenea e si rende possibile un confronto equo all'interno di un gruppo più omogeneo. Sia nella misurazione pilota che nella

prima misurazione nazionale è stato dimostrato che i pazienti ricoverati tramite il pronto soccorso valutano tutti gli ambiti in modo significativamente e sistematicamente peggiore rispetto a quelli ricoverati in regime elettivo.

L'ANQ ha introdotto nuove funzioni nei grafici a imbuto sul sito dell'ANQ che consentono un confronto tra i diversi gruppi (ad es. totale, pronto soccorso, programmato, ecc.).

Le variabili di stratificazione sono sufficienti a sostituire l'aggiustamento?

Sebbene una singola variabile non possa rappresentare in modo completo il case-mix di un ospedale, i dati (misurazione pilota e prima misurazione nazionale per la Medicina somatica acuta) dimostrano che le variabili di Stratificazione scelte hanno un'influenza significativa sui risultati. La Stratificazione consente quindi un confronto nazionale più equo, poiché si basa sulla formazione di sottogruppi più omogenei e tiene così conto dell'eterogeneità delle popolazioni di pazienti.

Come vengono prese in considerazione le differenze di case-mix in psichiatria?

L'attuale stratificazione si basa sulle informazioni attualmente disponibili. Un obiettivo importante della prima misurazione nazionale sarà quello di verificare se queste categorie – ricovero involontario vs. ricovero volontario – si rivelino variabili discriminanti adeguate.

I risultati sono comparabili nonostante le differenze tra ospedali e cliniche?

L'obiettivo primario dei grafici a imbuto e della colorazione dei punti è il confronto tra una singola istituzione e il valore di riferimento nazionale, non il confronto tra le istituzioni. Con il nuovo questionario, l'ANQ ha inoltre integrato nei grafici a imbuto gli intervalli di confidenza al 99%. Ciò consente una graduazione più fine e precisa delle posizioni. Mentre nelle precedenti misurazioni della soddisfazione dei pazienti le istituzioni si collocavano al di fuori o all'interno delle linee di controllo, oggi si osservano gradazioni più sottili. Il tasso di false predizioni (cfr. concetto di analisi) garantisce inoltre che la colorazione avvenga in modo conservativo – ciò significa che gli ospedali e le cliniche che vengono colorati si discostano dalla media nazionale con elevata certezza statistica.

RAPPRESENTAZIONE

Come vengono identificati in modo univoco ospedali e cliniche?

Per ogni anno di rilevamento, ogni ospedale/clinica riceve lo stesso numero specifico per la misurazione (codice clinica). Nuovi numeri vengono assegnati solo in caso di fusione o ristrutturazione completa degli ospedali. Inoltre, vengono utilizzati un ANQ-ID interdisciplinare e il numero BUR dell'UST, se disponibile. Grazie a questi identificatori è possibile visualizzare gli andamenti nel tempo e le tendenze.

Perché non viene analizzato l'andamento nel tempo?

Una prospettiva longitudinale fondata è possibile solo al termine di diversi periodi di rilevamento. Poiché attualmente sono disponibili solo i dati della prima fase di rilevamento, analisi

complete delle tendenze sono previste solo a partire dal 2027 (Medicina somatica acuta) e dal 2028 (riabilitazione e psichiatria).

Tramite il dashboard dei risultati sarà inoltre possibile esaminare in dettaglio lo sviluppo della qualità a livello di ospedali e cliniche nel corso del tempo.