

Definizione dei dati

Contenuto e formato del rilevamento di dati

Misurazioni nazionali nella psichiatria ospedaliera per adulti

Indicatori «Peso dei sintomi» e «Misure restrittive della libertà»

novembre 2022, anno di misurazione 2023, versione 8.2

Contatto:

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Gurtenbrauerei 14
CH-3084 Wabern
analisi@whoch2.ch
031 558 58 63



Codice a colori / journal de modifications

Al fine di garantire l'accesso ad uno strumento costantemente aggiornato, questa documentazione sarà aggiornata nel corso dell'anno, se necessario. La codifica a colori aiuta a registrare rapidamente le ultime modifiche. Il codice a colori viene resettato una volta all'anno.

Codice colore	modificato il	parola chiave
giallo	25/01/22	Aggiornamento dei link (pag. 4)
blu	20/09/22	redazionale « isolamento per motivi psichiatrici »
verde		

Indice

1.	Introduzione	4
2.	Panoramica e direttive dei dati da rilevare	6
2.1.	Cinque parti di set dati.....	6
2.2.	Definizione del caso	6
3.	Struttura e formato dei dati.....	7
3.1.	Principi di base	7
3.2.	Dati UST medico-amministrativi.....	7
3.3.	HoNOS (ammissione e dimissione).....	8
3.4.	BSCL (ammissione e dimissione).....	9
3.5.	Misure restrittive della libertà.....	9
3.6.	Mancati rilevamenti	10
3.7.	Notifica fornitura dei dati.....	10
3.8.	Valutazioni per sottounità della clinica	10
4.	Software per il rilevamento dei dati.....	10
5.	Scadenze per la fornitura dei dati.....	10
5.1.	Possibilità di correzione	11
6.	Plausibilizzazione dei dati.....	11
7.	Protezione dei dati.....	11
8.	Trasferimento dei dati all'istituto di analisi.....	11
9.	Contatto	12
	Annesso	13
A1.	Impiego di questionari per i pazienti	13
A2.	Esempi di concetti di rilevamento e di impieghi di software	14
A3.	Formato set di dati minimo UST (riga MB).....	16
A4.	Formato dati supplementari psichiatria UST (riga MP)	18
A5.	Formato rilevamento HoNOS (riga PH).....	20
A6.	Formato rilevamento BSCL (riga PB).....	22
A7.	Formato rilevamento misure restrittive della libertà (riga FM)	25
A8.	Notifica fornitura dei dati.....	26
A9.	Esempi di forniture di dati in formato di testo	27
A10.	Distinzione ospedaliero/ambulatoriale	28

1. Introduzione

L'obiettivo di questo documento è la descrizione del contenuto e della forma del rilevamento dei dati della misurazione nazionale della qualità in psichiatria ospedaliera dell'ANQ dal 1° luglio 2012.

Retrosceca delle misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria

Ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie, le cliniche psichiatriche sono tenute a svolgere misurazioni della qualità. Su tale base, l'ANQ, l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche, coordina ed effettua misurazioni nazionali della qualità. Queste misurazioni nella psichiatria ospedaliera fanno riferimento al concetto di attuazione dell'ANQ e hanno ottenuto il consenso degli ospedali (associazione H+ e associazioni in campo psichiatrico) e degli enti finanziatori (Cantoni, assicuratori).

A chi si rivolge questo documento?

Il presente documento contiene per lo più aspetti tecnici dei dati necessari ed è quindi destinato in particolare ai responsabili di progetto ANQ nelle cliniche e, per l'attuazione tecnica, ai servizi informatici.

Oltre alle informazioni tecniche, l'ANQ mette a disposizione i documenti indicati nella tabella seguente. In caso di domande concernenti l'attuazione concreta, i responsabili di progetto e le persone che si occupano del rilevamento sono invitate a fare riferimento al manuale. **L'intera documentazione è consultabile sul [portale web](#) del ANQ.**

Nome documento	Tema	Gruppo mirato
FAQ	Domande sovente poste riguardo a rilevamento, fornitura e analisi dei dati	Interesse generale
Manuale per i rilevatori	Descrizione concreta dei dati da rilevare	Responsabili di progetto, persone che si occupano dei rilevamenti
Controllo e validazione dei dati	Indicazioni tecniche sulla fornitura di dati	Responsabili di progetto, specialisti informatici
Vari documenti sugli strumenti di misura	Informazioni su HoNOS, HoNOS 65+, BSCL e EFM	Responsabili di progetto, specialisti informatici
Regolamento per l'utilizzo dei dati rilevati	Gestione dei dati	Interesse generale
Attuazione contratto nazionale di qualità: principi e modalità di conteggio per la psichiatria ospedaliera	Modalità di conteggio e di finanziamento delle misurazioni nazionali	Responsabili di progetto, reparto finanze

Tabella 1: informazioni supplementari (panoramica dei documenti)



Riferimento ad altri progetti e rilevamenti di dati

Nel redigere il presente documento, ci si è premurati di considerare altri rilevamenti e progetti paralleli, in modo da sfruttare al meglio le sinergie e ridurre a un minimo l'onere. Questo riguarda in particolare la raccolta di statistiche mediche per l'UST. La statistica medica dell'UST è parte del rilevamento ANQ. Possono quindi essere utilizzati i processi e le routine di esportazione disponibili. Per questioni di protezione dei dati, l'unica differenza è la cancellazione della data di nascita e del codice anonimo di collegamento e l'aggiunta del numero inequivocabile d'identificazione del caso FID e del numero inequivocabile d'identificazione del paziente PID.

2. Panoramica e direttive dei dati da rilevare

2.1. Cinque parti di set dati

Nelle cliniche devono essere rilevati i dati seguenti.

- 1) I dati della fornitura obbligatoria della statistica medica dell'UST (set di dati minimo + dati supplementari psichiatria). Insieme alla diagnosi principale e all'età, questi dati devono servire all'aggiustamento del *case-mix* nella struttura del paziente per consentire lo svolgimento di confronti il più possibile equi. Il set di dati minimo e i dati supplementari psichiatria vanno messi a disposizione in due file. Un caso corrisponde a una riga (come nel caso dell'UST).
- 2) Dati supplementari psichiatria (vedi punto 1).
- 3) La misurazione dell'intensità del caso avviene con l'ausilio dell'HoNOS, compilato dalla/dal responsabile del caso. Questo rilevamento si svolge all'ammissione e alla dimissione. Vengono riportate anche le indicazioni riguardanti HoNOS mancanti. I dati per l'ammissione e la dimissione sono riportati in un file (HoNOS: due righe, una per l'ammissione e una per la dimissione).
- 4) Al momento dell'ammissione e della dimissione, l'intensità del caso viene rilevata anche con la BSCL (rilevamento da parte del paziente). Vengono riportate anche le indicazioni riguardanti BSCL mancanti, per esempio il motivo di un mancato rilevamento (BSCL: due righe, una per l'ammissione e una per la dimissione).
- 5) Rilevamento delle misure restrittive della libertà. Il rilevamento può essere svolto da tutte le persone che si occupano della cura, le responsabilità vanno regolate in seno alla clinica. Tutte le misure devono essere rilevate man mano. Nel file, una misura corrisponde a una riga (quindi da 0 a X righe per ogni caso).

Nelle definizioni dettagliate dei dati ([annessi A.3-A.7](#)), si trovano maggiori ragguagli.

2.2. Definizione del caso

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi che - nel periodo di rilevamento - sono stati in trattamento nei rispettivi reparti degli ospedali psichiatrici. Nell'annesso è riportata una regola per la distinzione di casi ambulatoriali e ospedalieri ([annesso A.10](#)).

La definizione del caso corrisponde a quella dell'Ufficio federale di statistica (UST) specificata nel concetto dettagliato per la statistica medica¹. Sulla scorta dell'esperienza acquisita con la misurazione 2018, è stato deciso di rinunciare dal rilevamento 2019 alla combinazione dei casi ai sensi della TARPSY (SwissDRG).² I dati non potranno dunque contenere combinazioni di casi.

La misurazione nazionale della qualità nella psichiatria ospedaliera per adulti esclude i casi di psichiatria infantile e adolescenziale. La distinzione al riguardo non si basa sull'età degli adolescenti, che non è presa in considerazione, bensì sulla clinica che partecipa alla misurazione (clinica di psichiatria per adulti (tutti i casi) o clinica di psichiatria infantile e adolescenziale (nessun caso)).

¹ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/ms.assetdetail.230430.html>

² Vedi regole e definizioni sul conteggio dei casi sotto la TARPSY (SwissDRG), punti 3.2, 3.3.2 e 3.3.3.

3. Struttura e formato dei dati

Le cliniche rilevano cinque tipi di dati, che vengono forniti in cinque file separati all'istituto di analisi (w hoch 2) (vedi [capitolo 2](#)).

Questo capitolo descrive i principi di base del rilevamento di dati ([capoverso 3.1](#)) e i dettagli tecnici dei cinque set di dati ([capoversi 3.2-3.5](#)).

3.1. Principi di base

3.1.1. Formato dei dati

I dati vengono rilevati a livello di caso. I file (dati UST medico-amministrativi, HoNOS, BSCL, misure restrittive della libertà) devono essere forniti in un formato comune. Si consiglia un'esportazione nel formato di testo ASCII, possibile in quasi tutti i software. Previo accordo con l'istituto di analisi, è possibile trasmettere i dati in un altro formato. Le singole variabili devono essere separate in modo chiaro, ricorrendo al tabulatore, al punto e virgola o a una barra verticale (codice ASCII 124: "|"). La sequenza di caratteri CRLF (codici ASCII 13 e 10) viene utilizzato per andare a capo.

3.1.2. Indicazione delle date

Le date vengono indicate secondo il modello AAAAMMGG.

3.1.3. Variabile di collegamento (identificazione del caso e del paziente)

Le cliniche garantiscono un collegamento tra i dati UST medico-amministrativi e le valutazioni HoNOS e BSCL sulla gravità del caso mediante **un numero d'identificazione inequivocabile del caso (FID)**. Il **numero del caso interno alla clinica** può e deve essere utilizzato a tale scopo se identifica inequivocabilmente il caso. Altrimenti (p.es. se il numero del caso interno alla clinica indica solo il numero della degenza per paziente), in determinate circostanze bisogna ricorrere a una combinazione di numero del paziente e numero del caso.

Il numero d'identificazione inequivocabile del caso deve apparire in tutte le righe di un file appartenente a un caso:

- set di dati minimo UST (riga MB, casella 51)
- dati supplementari psichiatria UST (riga MP, casella 35)
- valutazione HoNOS all'ammissione e alla dimissione (riga PH, casella 3)
- valutazione BSCL all'ammissione e alla dimissione (riga PB, casella 3)
- misure restrittive della libertà (riga FM, casella 3)

Occorre inoltre assicurare il collegamento tra le diverse degenze di un paziente nella stessa clinica. L'identificazione del paziente è garantita dal **numero d'identificazione inequivocabile del paziente (PID)** interna alla clinica, che deve apparire nel set di dati minimo UST (riga MB, casella 52).

Senza il numero di identificazione del caso (FID) i dati raccolti non possono essere analizzati!
--

3.2. Dati UST medico-amministrativi

I dati medico-amministrativi sono i dati che le cliniche devono già rilevare per [la statistica medica dell'UST](#). Per informazioni più approfondite è possibile consultare la specifica delle variabili della statistica medica.

I dati della statistica medica, che descrivono ogni caso trattato in base all'età, al sesso, alla data dell'ammissione ecc., erano già rilevati da tutte le cliniche per l'Ufficio federale di statistica e trasmessi a quest'ultimo. Analogamente ai consueti processi, questi dati possono continuare a essere rilevati ed esportati in seno alla clinica, p.es. avvalendosi del sistema informatico dell'istituto. La specifica dei dati

per l'ANQ corrisponde alle direttive dell'Ufficio federale di statistica. Non sono pertanto necessarie modifiche. Va tuttavia considerato che la fornitura di dati deve avvenire sensibilmente prima rispetto a quella all'UST (vedi anche [scadenze del rilevamento](#)), e che i dati della statistica medica per l'ANQ devono contenere il numero di identificazione del paziente oltre a quello del caso.

Vengono forniti il set di dati minimo UST (righe MB) e i dati supplementari psichiatria UST (righe MP). Per l'ANQ, devono essere trasmessi due file separati, nei cui in ogni riga è chiaramente indicato il numero d'identificazione del caso, per l'UST un file unico. I dati della statistica medica sono necessari per tutti i casi ospedalieri.

3.2.1. Set di dati minimo UST

Per ogni caso sono previste una riga MB e **52 colonne**:

- ogni riga contiene le variabili da 0.1.V01 a 1.7.V11 della statistica medica (UST, variabili della statistica medica, specifiche valide dal 2018);
- la **51ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso. Questo numero di collegamento è necessario per collegare tra loro le diverse righe di un caso;
- la **52ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del paziente. Questo numero è necessario per identificare singoli pazienti in caso di degenze ripetute nella stessa clinica.

Nell'[annesso A.3](#) si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.2.2. Dati supplementari psichiatria UST

Per ogni caso sono previste una riga MP e **35 colonne**:

- ogni riga contiene informazioni supplementari sul paziente, l'ammissione, la cura e la dimissione;
- la **35ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso FID. Questo numero di collegamento è necessario per collegare tra loro le diverse righe di un caso.

Nell'[annesso A.4](#) si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.3. HoNOS (ammissione e dimissione)

Il rilevamento con l'HoNOS si riferisce ai sette giorni precedenti. Il primo rilevamento deve avvenire nei primi tre giorni dopo l'ammissione, il secondo prima della dimissione. Il rilevamento dell'HoNOS alla dimissione in caso di degenze inferiori ai sette giorni fa riferimento al periodo dall'ultima misurazione. La compilazione dell'HoNOS deve rispettare le direttive dell'ANQ (vedi manuale). Dal 1° gennaio 2020, per il rilevamento dell'HoNOS alla dimissione vale un termine di almeno 24 ore dall'misura di ingresso.³ Il documento di presentazione dello strumento HoNOS contiene un modello esemplificativo.

Per ogni caso chiuso il set dati comprende **due righe PH** con ciascuna 21 colonne (**una per la misurazione all'ammissione e una per la misurazione alla dimissione**):

- le caselle 1-2 identificano la clinica e il caso;
- la **3ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso;
- la 4ª casella specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione, alla dimissione o un altro momento di misurazione;
- le caselle 5 e 6 motivano un eventuale mancato rilevamento. Considerato che si tratta di un rilevamento da parte di terzi, questa eventualità non dovrebbe però verificarsi;
- la casella 7 contiene la data del rilevamento (o la data del motivo di *drop-out* nel caso di un *drop-out*);
- le caselle 8-21 contengono gli item dell'HoNOS.

³ Nella psichiatria forense, questa regola è vincolante dal 1° luglio 2019.

Nell'[annesso A.5](#) si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.4. BSCL (ammissione e dimissione)

La BSCL viene compilata dal paziente all'ammissione e alla dimissione. La compilazione della BSCL deve rispettare le direttive dell'ANQ (vedi manuale)⁴. Dal 1° gennaio 2020, fa inoltre stato un lasso di tempo di almeno 24 ore tra la misurazione all'ammissione e quella alla dimissione.

Per ogni caso chiuso il set dati comprende due righe-PB con ciascuna 82 colonne (**una per la misurazione all'ammissione e una per la misurazione alla dimissione**):

- le caselle 1-2 identificano la clinica e il caso;
- la **3ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso;
- la 4ª casella specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione o alla dimissione;
- le caselle 5 e 6 motivano un eventuale mancato rilevamento;
- la casella 7 contiene la data del rilevamento (o la data del motivo di dropout nel caso di un dropout);
- le caselle 8-60 contengono gli item della BSCL.

Nell'[annesso A.6](#) si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.5. Misure restrittive della libertà

Vengono rilevate tutte le misure restrittive della libertà adottate durante la cura. Non esistono pertanto motivi per il mancato rilevamento. Se per un paziente non vengono attuate misure restrittive della libertà, allora non viene rilevato alcun dato. Se due misure restrittive della libertà vengono attuate contemporaneamente (p.es. isolamento e medicazione forzata), queste misure vanno rilevate separatamente e fornite in righe diverse.

Gli eventi presentati nell'[annesso A.7](#) rappresentano la quantità minima di dati per le misure restrittive della libertà. Tali misure vengono attuate secondo le direttive e le disposizioni interne della clinica.

Per ogni misura restrittiva della libertà, il set di dati contiene **una riga FM e 8 colonne**:

- le caselle 1-2 identificano la clinica e il caso;
- la **3ª casella** contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso;
- la 4ª casella specifica di quale tipo di misura restrittiva della libertà si tratta;
- Le caselle 5 e 6 contengono informazioni sulla data e l'ora dell'inizio della misura. In caso di medicazione forzata, viene indicato il momento della somministrazione. In caso di misure di sicurezza sulla sedia o a letto prima del 31 dicembre 2019 solo l'indicazione della data è necessaria.
- Feld 7 und Feld 8 enthalten Informationen zu Datum und Uhrzeit des Endes der Massnahme. Bei Sicherheitsmassnahmen im Stuhl oder im Bett ist hier bis zum 31. Dezember 2019 keine Angabe erforderlich. Bei Zwangsmedikation werden diese Felder leer gelassen.
- Dal 1° gennaio 2020, tutte le misure restrittive della libertà vengono rilevate con lo stesso formato contenendo la data e l'orario dell'inizio e della fine delle misure. Soltanto per la medicazione forzata non vengono registrate date e orari di fine.

⁴ Con decorrenza 1° luglio 2019, la psichiatria forense è dispensata dalla misurazione dell'autovalutazione (paziente) con la BSCL.

3.6. Mancati rilevamenti

I mancati rilevamenti (*drop-out*) o i questionari mancanti vengono indicati direttamente negli appositi moduli o nelle apposite tabelle della BSCL o dell'HoNOS. È prevista una casella nella quale inserire il motivo. Per quanto riguarda gli altri set di dati, non possono verificarsi mancati rilevamenti.

3.7. Notifica fornitura dei dati

Una fornitura di dati della clinica all'istituto di analisi (w hoch 2) è sempre accompagnata da una notifica. Tale notifica, riportata nella prima riga, contiene:

- l'identificazione della clinica;
- la data di inizio e di fine del periodo di rilevamento;
- il numero di righe in ognuno dei cinque file forniti;
- la data di generazione di ognuno dei cinque file forniti.

Il formato della notifica della fornitura dati è illustrato nell'[annesso A.8.](#)

3.8. Valutazioni per sottounità della clinica

Nel quadro dell'analisi comparativa dell'ANQ, gli indicatori vengono valutati e rappresentati per l'intera clinica. Una clinica potrebbe desiderare di suddividere le analisi per singole sottounità (cliniche, settori, reparti). Un'analisi di questo genere è fondamentalmente possibile, ma non è parte integrante del mandato dell'ANQ e va dunque convenuta separatamente con l'istituto di analisi.

I dati dovrebbero inoltre contenere indicazioni supplementari riferite al caso e concernenti le sottounità. L'assegnazione dei casi alle sottounità può già essere contenuta nei dati inviati oppure effettuata in un secondo tempo. Quest'ultima possibilità presuppone l'utilizzo di una tabella di assegnazione (numero del caso per la sottounità).

Se una clinica desidera procedere ad analisi di questo genere, occorre contattare l'istituto di analisi. I costi supplementari dipendono dalla mole di lavoro.

4. Software per il rilevamento dei dati

I dati per la misurazione comparativa nazionale devono essere messi a disposizione dalle cliniche in forma digitale. Visto che nelle diverse cliniche vengono utilizzati sistemi informatici differenti, è possibile adottare procedure diverse. In ogni caso, vanno rispettate le direttive sulla definizione dei dati (vedi esempi nell'annesso).

Per convenire la procedura da seguire, l'istituto di analisi contatterà i responsabili di progetto di ogni clinica.

5. Scadenze per la fornitura dei dati

La scadenza per la fornitura definitiva dei dati è il 7 marzo. I giorni di riferimento devono essere rispettati in ogni caso. Sono necessari i dati completi (incluse misurazioni all'ammissione e alla dimissione) per i pazienti con dimissione nel periodo di rilevamento. Secondo la routine di esportazione dati della clinica, i dati possono quindi essere forniti in una delle seguenti opzioni.

- Dati di tutti i pazienti che sono stati dimessi nel periodo di rilevamento
- Dati di tutti i pazienti con ammissione dal 1° luglio 2012
- Dati di pazienti attivi durante il periodo di rilevamento corrispondente

5.1. Possibilità di correzione

Con l'introduzione della consegna dei dati tramite il dashboard moniQ a partire dall'anno di misurazione 2019, è possibile caricare i dati sul server durante tutto l'anno e ricevere un feedback immediato sulla qualità dei dati e sull'eventuale necessità di correzioni riguardante il formato dei dati. Ciò consente di effettuare correzioni tempestive prima che i dati vengano definitivamente trasferiti all'istituto di analisi.

6. Plausibilizzazione dei dati

Per garantire una qualità dei dati sufficiente, il controllo deve avvenire su più livelli. Il primo va effettuato direttamente in seno alla clinica partecipante. In particolare, vanno verificati gli aspetti seguenti:

- sono stati inviati cinque pacchetti di dati?,
- i dati sono completi,
 - ossia contengono tutti i casi ospedalieri?, (ma nessun caso ambulatoriale)
 - ogni caso chiuso contiene la misurazione all'ammissione e alla dimissione?
- sono contenute tutte le variabili, come indicato nella presente definizione dei dati?,
- ogni riga in ogni pacchetto di dati contiene il numero di identificazione del caso?

I dati di misurazione di HoNOS e BSCL dovrebbero sussistere per ciascun caso. In alternativa, dovrebbero essere disponibili i dati di rilevamento oppure informazioni sul motivo di *drop-out*. Il criterio per una buona qualità dei dati è la proporzione di casi ben documentati rispetto al numero totale di casi che sono stati trattati nel periodo di rilevamento. Se tale percentuale è bassa, i dati clinici disponibili possono presentare un basso livello di rappresentatività per i pazienti trattati nella clinica.

Nell'istituto di analisi, sono svolti controlli dettagliati che mirano in particolare a identificare valori errati e non plausibili. A questo proposito sono esaminati, tra gli altri, i seguenti aspetti.

- Tutte le variabili sono contenute così come indicato nella definizione dei dati?
- Ogni riga in ogni pacchetto dati è provvista del numero d'identificazione (FID)?
- HoNOS: esistono file dati doppi in riguardo a un momento di misurazione?
- BSCL: esistono file dati doppi in riguardo a un momento di misurazione?
- EFM: non sono stati registrati isolamenti contemporanei o sovrapposti o immobilizzazioni contemporanee o sovrapposte?

Per ogni fornitura di dati è dato un riscontro diretto e, eventualmente, chiesto un nuovo trasferimento.

7. Protezione dei dati

Il rilevamento sottostà al concetto di protezione dei dati dell'ANQ.

Per garantire un'elevata sicurezza, il set di dati minimo dell'UST da inviare all'istituto di analisi (w hoch 2) non deve contenere informazioni sul codice di collegamento anonimo o sulla data di nascita. Va comunicata solo l'età al momento dell'ammissione, FID e PID.

8. Trasferimento dei dati all'istituto di analisi

Dal periodo di misurazione 2019, i dati vengono trasmessi a w hoch 2 tramite il dashboard "moniQ". Per questo, una persona responsabile per ogni sede di clinica riceve un link per registrarsi a moniQ. La persona responsabile può effettuare il login e caricare i dati sul server durante tutto l'anno, utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta. A partire dalla primavera del 2020, nel dashboard



sarà disponibile un feedback in diretta sulla correttezza del formato e della qualità dei dati. Dopo aver effettuato le eventuali correzioni, si può semplicemente caricare un nuovo set di dati sul dashboard. I dati precedentemente caricati sul server vengono automaticamente sovrascritti. In una seconda fase, il set di dati finali deve essere trasferito definitivamente dal dashboard a w hoch 2 entro e non oltre il 7 marzo.

In alternativa, è possibile spedire i dati per posta raccomandata su CD o per e-mail all'indirizzo analisi@whoch2.ch (in questo caso cifrati p.es. in un archivio ZIP e protetto da una password spedita separatamente o comunicata al telefono).

Per una cifratura efficace dei file si può fare ricorso a programmi gratuiti come [7-zip](#).

Se i dati o una parte di essi vengono immessi con l'ausilio di un software specializzato, spetta alla clinica regolare la fornitura. Vale il principio secondo il quale i dati sono proprietà della clinica. L'offerente del software può inviarli all'istituto di analisi solo in presenza di un'autorizzazione specifica.

9. Contatto

Per maggiori informazioni, è possibile rivolgersi a:

w hoch 2 GmbH

Research, Analysis & Consulting

Gurtenbrauerei 14

CH- 3084 Bern

+41 (0) 31 558 58 63

analisi@whoch2.ch

Annesso

A1. Impiego di questionari per i pazienti

In passato, la compilazione di questionari da parte dei pazienti direttamente al computer ha dato esiti alquanto insoddisfacenti. I pazienti dovrebbero essere assistiti durante la compilazione o avere a disposizione per lo meno uno schermo tattile. Nel quadro delle misurazioni ANQ, quest'ultima è una possibilità, che però può essere attuata verosimilmente solo in poche cliniche. Alcuni software dispongono di una cosiddetta modalità paziente che consentono a quest'ultimo di immettere i dati direttamente nel computer, purché siano disponibili schermi adeguati e sia garantita la necessaria assistenza.

Considerati questi problemi, i questionari cartacei sono il metodo di rilevamento più efficace nella maggior parte delle cliniche. È fondamentale garantire l'assegnazione del questionario al singolo paziente/caso, per esempio incollando etichette identificative sul documento. Un'alternativa più elegante è quella di contrassegnare individualmente i questionari con l'ausilio di un software, per esempio applicando un codice a barre. I questionari possono naturalmente essere adeguati secondo il sistema utilizzato dalla clinica (leggibilità) e l'identità visiva, senza però modificare il contenuto delle domande (confrontabilità).

Sarebbe auspicabile immettere poi i questionari compilati nel sistema informatico ricorrendo a un lettore ottico (OCR, p.es. Teleform). I questionari non devono essere solo scannerizzati in formato PDF, le singole risposte devono essere estratte come valori numerici.

A2. Esempi di concetti di rilevamento e di impieghi di software

Di seguito, presentiamo due possibilità di rilevamento dei dati, attuate da due cliniche virtuali con premesse diverse a livello informatico. Gli esempi fanno riferimento alla prassi odierna e illustrano situazioni comuni per le cliniche psichiatriche. Fondamentalmente, sono possibili anche altre procedure, ma vanno discusse e convenute in precedenza con l'istituto di valutazione.

Clinica 1

Nella clinica 1, finora solo una parte dei dati riferiti al paziente viene rilevata digitalmente. Si tratta in particolare dei dati amministrativi, per esempio quelli per l'UST. I dati concernenti la cura vengono rilevati prevalentemente su carta. La clinica 1 ha ora deciso di optare per il software XXX della ditta Y, adattato per il rilevamento ANQ. Per evitare che i collaboratori della clinica effettuino immissioni doppie, i dati già disponibili della statistica medica (UST) non verranno rilevati con il software XXX, ma saranno inviati direttamente dalla clinica 1 all'istituto di analisi w hoch 2.

La valutazione HoNOS con i dodici item e le misure restrittive della libertà vengono immessi dai medici della clinica direttamente nel software XXX.

La clinica 1 si accorda con la ditta Y sull'esportazione di dati nella forma definita. L'istituto di analisi può accedere ai dati necessari (cifrati) della clinica 1 direttamente presso la ditta. A parte il controllo della completezza e della qualità dei dati, la clinica 1 non deve occuparsi di altro.

La ditta Y ha inoltre inserito la variabile dell'identificazione del caso come campo obbligatorio nella sua maschera, in modo che l'istituto di analisi possa riunire i dati della statistica medica e i dati del software XXX della clinica 1.

Nei giorni di riferimento, la clinica 1 invia all'istituto di valutazione:

1. un file di testo con l'esportazione della statistica medica (UST);
2. tutti gli altri dati vengono esportati dalla ditta Y e inviati su incarico della clinica 1 all'istituto di analisi in forma anonimizzata e tramite un'interfaccia cifrata. La clinica 1 deve occuparsi in precedenza delle plausibilizzazioni nei software XXX.

Clinica 2

Negli ultimi anni, la clinica 2 ha integrato un sistema elettronico di gestione dei pazienti (o un sistema informatico SIC) nel quale i diversi dati vengono rilevati in base al caso. In questo sistema vengono immessi anche i dati che verranno poi inviati alla statistica medica dell'UST e le misure restrittive della libertà. La clinica 2 non vuole modificare questi processi ed esporta i dati della statistica medica e le indicazioni sulle misure restrittive della libertà direttamente dal supporto elettronico. Per la statistica medica utilizza l'esportazione standard. Per le misure restrittive della libertà, invece, l'amministratore del software della clinica crea un'esportazione che soddisfa le direttive dell'ANQ. Trattandosi soltanto del numero e della durata delle misure restrittive della libertà, tutti i dati sono già contenuti nel rilevamento di routine.

Il questionario HoNOS da compilare al momento dell'ammissione e della dimissione ha soltanto dodici domande. La clinica 2 decide pertanto di integrare questo modulo nel sistema elettronico di gestione dei pazienti. Le persone che si occupano dei casi possono immettere direttamente i dati. La clinica 2 rinuncia dunque a un rilevamento su carta con successiva immissione da parte del segretariato.

La clinica 2 utilizza già un questionario cartaceo da compilare al momento dell'ammissione e della dimissione, e decide semplicemente di sostituirlo con la BSCL.

I questionari in formato cartaceo possono essere compilati senza problemi dai pazienti e la procedura è ormai di routine nella clinica 2, che raccoglie centralmente tutti i questionari e li immette in un modello di file Excel messo a disposizione dall'istituto di valutazione. I collaboratori della clinica 2 devono verificare che su ogni questionario venga incollata l'etichetta del paziente o applicato un codice a barre, in modo da inserire anche il numero di identificazione del caso, senza il quale il questionario non è assegnabile. Se il paziente si rifiuta di compilare il questionario o non è in grado di farlo per questioni linguistiche, il documento lasciato in bianco viene comunque raccolto con gli altri e il motivo del mancato rilevamento viene inserito nel sistema.

Nei giorni di riferimento, la clinica 2 invia all'istituto di analisi:

1. un file di testo con l'esportazione della statistica medica (UST);
2. un file di testo con l'esportazione dei dati supplementari psichiatria della statistica medica (UST);
3. un file con i dati dell'HoNOS come esportazione definita dal sistema elettronico di gestione dei pazienti;
4. un file con i dati della BSCL in formato di testo o Excel;
5. un file con i dati sulle misure restrittive della libertà come esportazione definita dal sistema elettronico di gestione dei pazienti.

A3. Formato set di dati minimo UST (riga MB)

Riga MB Set di dati minimo					
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Osservazione
1	0.1.V01	Genere di record (set di dati minimo)	AN (2) ⁵	MB	
2	0.1.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN (8)	60611111	
3	0.1.V03	Sede	AN (5)	8511A	Dal 1° gennaio 2018 la consegna della sede è obbligatorio
4	0.1.V04	Cantone	AN (2)	SZ	Abbreviativo Cantone UST
5	0.2.V01	Codice di collegamento anonimo	AN (16)	A	Cancellato per questioni di protezione dei dati
6	0.2.V02	Caratterizzazione del caso statistico	AN (1)	0	A, B o C
7	0.3.V01	Record neonato	N (1)	0	
8	0.3.V02	Record psichiatria	N (1)	1	Nella psichiatria dovrebbe essere 1
9	0.3.V03	Record gruppo di pazienti	N (1)	0	
10	0.3.V04	Record cantonale	N (1)	1	
11	1.1.V01	Sesso	N (1)	1	
12	1.1.V02	Data di nascita	N (8)		Cancellato per questioni di protezione dei dati
13	1.1.V03	Età all'ammissione	N (3)	25	
14	1.1.V04	Regione di domicilio	AN (4)		
15	1.1.V05	Nazionalità	AN (3)	CHE	Una persona che dispone della cittadinanza svizzera e di un'altra cittadinanza (doppia cittadinanza), è considerato svizzero. Se uno/a straniero/a ha diverse cittadinanze straniere deve essere scelta una tra queste.
16	1.2.V01	Data e ora ammissione	N (10)	2010113009	formato AAAAMMGGhh
17	1.2.V02	Luogo di soggiorno prima dell'ammissione	N (2)		Il codice registrato in 1.2.V02 dovrebbe corrispondere con la prima cifra del codice in 3.2.V02. Altri valori 55, 66, 83, e 84 validi dall'1.1.2017.
18	1.2.V03	Genere di ricovero	N (1)		
19	1.2.V04	Istanza ricoverante	N (1)		Il codice registrato in 1.2.V04 dovrebbe corrispondere con la prima cifra del codice in 3.3.V01.
20	1.3.V01	Genere di trattamento	N (1)		
21	1.3.V02	Classe	N (1)		
22	1.3.V03	Ricovero in reparto cure intense	N (4)	0	ore complete
23	1.3.V04	Congedo amministrativo & vacanze (ore complete)	N (4)		Indicare il numero totale di ore durante le quali il letto rimane vuoto per più di 24 ore (comprese le ferie e i congedi/prove), ma rimane riservato ad un paziente assente.
24	1.4.V01	Centro di costo principale	AN (4)	M500	Dovrebbe essere "M500 = psichiatria e psicoterapia.

⁵ „AN (x)”: variabile alfanumerica (Lettera e/o cifra con x posizioni). „N (x)”: variabile numerica (soltanto cifre con x posizioni).

Riga MB Set di dati minimo					
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Osservazione
25	1.4.V02	Unità d'imputazione principale per le prestazioni dell'assicurazione di base	N (1)		
26	1.5.V01	Data e ora di uscita	N (10)		formato AAAAMMGGhh
27	1.5.V02	Decisione dell'uscita	N (1)		Racchiude anche le decisioni „di comune accordo“. Distinzioni accurate tra „su iniziativa del paziente“ e „in comune accordo“ possono essere fatte alla variabile 3.5.V01 del set dati MP. Il codice registrato in 1.5.V02 dovrebbe corrispondere con la prima cifra del codice in 3.5.V01.
28	1.5.V03	Destinazione dopo l'uscita	N (2)		Il codice registrato in 1.5.V03 dovrebbe corrispondere con la prima cifra del codice in 3.5.V02. Modifiche della codificazione e della definizione (4, 44, 55, 66) valide dall'1.1.2017.
29	1.5.V04	Trattamento dopo l'uscita	N (1)		Il codice registrato in 1.5.V04 dovrebbe corrispondere con la prima cifra del codice in 3.5.V03.
30	1.6.V01	Diagnosi principale	AN (6)	F101	Assegnazione secondo le direttive UST, senza punti di quotazione.
31	1.6.V02	Complemento alla diagnosi principale	AN (6)		
32	1.6.V03	1° diagnosi secondaria	AN (6)		
...	1.6.V0...	...	AN (6)		
39	1.6.V10	8° diagnosi secondaria	AN (6)		
40	1.7.V01	Trattamento principale	AN (5)		
41	1.7.V02	Inizio del trattamento principale	N (10)		formato AAAAMMGGhh
42	1.7.V03	1° trattamento supplementare	AN (5)		
...	1.7.V...	...	AN (5)		
50	1.7.V11	9° trattamento supplementare	AN (5)		
51	FID	Numero inequivocabile di identificazione del caso FID	AN(16)	1122334455	Numero del caso interno alla clinica
52	PID	Numero inequivocabile di identificazione del paziente	AN(16)	xx11yy22zz33	Numero inequivocabile di identificazione del paziente interno alla clinica

A4. Formato dati supplementari psichiatria UST (riga MP)

Riga MP		Dati supplementari psichiatria			
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Osservazione
1	3.1.V01	Genere di record (dati supplementari psichiatria)	AN (2)	MP	
2	3.2.V01	Stato civile	N (1)		
3	3.2.V02	Luogo di soggiorno prima dell'ammissione (<i>psichiatria</i>)	N (2)		Deve coincidere con 1.2.V02. Modifiche della codificazione e della definizione (50, 55, 66, 83, 84) valide dall'1.1.2017.
4	3.2.V03	Occupazione prima dell'ammissione: occupato a tempo parziale	N (1)		Occupazione prima dell'ammissione: sono possibili più risposte
5	3.2.V04	Occupazione prima dell'ammissione: occupato a tempo pieno	N (1)		
6	3.2.V05	Occupazione prima dell'ammissione: inoccupato o disoccupato	N (1)		
7	3.2.V06	Occupazione prima dell'ammissione: lavoro domestico nella propria economia domestica	N (1)		
8	3.2.V07	Occupazione prima dell'ammissione: in formazione (scuola, tirocinio, studio)	N (1)		
9	3.2.V08	Occupazione prima dell'ammissione: Programma di riabilitazione	N (1)		
10	3.2.V09	Occupazione prima dell'ammissione: AI, AVS o altra rendita	N (1)		
11	3.2.V10	Occupazione prima dell'ammissione: lavoro in ambito protetto	N (1)		
12	3.2.V11	Occupazione prima dell'ammissione: sconosciuta	N (1)		
13	3.2.V12	Formazione scolastica o professionale più elevata conclusa	N (1)		
14	3.3.V01	Istanza ricoverante (<i>psichiatria</i>)	N (2)		Il primo punto di questa indicazione deve coincidere con 1.2.V04. I codici 35 e 38 per assegnazioni da trattamenti semi-stazionari non sono più ammessi dal 1.1.2020 in quanto questo tipo di trattamento non esiste più.
15	3.3.V02	Carattere volontario	N (1)		Dal 1° gennaio 2013, il termine "privazione della libertà a fini assistenziali" è stato sostituito dal termine "ricovero a fini assistenziali". Dalla revisione in poi, tutte le ammissioni a seguito di un ricovero a fini assistenziali sono automaticamente non volontarie. Di conseguenza, tale variabile non deve più essere compilata.
16	3.3.V03	Privazione della libertà a fini assistenziali	N (1)		
17	3.4.V01	Numero di giorni/consultazioni	N (4)		Dal 01.01.2019, questa variabile non è più richiesto.
18	3.4.V02	Trattamento (cosa è stato fatto)	N (2)		

Riga MP Dati supplementari psichiatria					
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Osservazione
19	3.4.V03	Psicofarmacoterapia: neurolettici	N (1)		Terapia con psicofarmaci: sono possibili più risposte
20	3.4.V04	Psicofarmacoterapia: neurolettici depot	N (1)		
21	3.4.V05	Psicofarmacoterapia: antidepressivi	N (1)		
22	3.4.V06	Psicofarmacoterapia: tranquillanti	N (1)		
23	3.4.V07	Psicofarmacoterapia: ipnotici	N (1)		
24	3.4.V08	Psicofarmacoterapia: antiepilettici	N (1)		
25	3.4.V09	Psicofarmacoterapia: litio	N (1)		
26	3.4.V10	Psicofarmacoterapia: farmaci sostitutivi contro le dipendenze (p.es. metadone)	N (1)		
27	3.4.V11	Psicofarmacoterapia: farmaci antagonisti (p.es. Antabus, Nemexin)	N (1)		
28	3.4.V12	Psicofarmacoterapia: farmaci antiparkinson	N (1)		
29	3.4.V13	Psicofarmacoterapia: altro	N (1)		
30	3.4.V14	Farmaci contro sofferenze fisiche	N (1)		
31	3.5.V01	Decisione dell'uscita (<i>psichiatria</i>)	N (2)		Deve coincidere con 1.5.V02.
32	3.5.V02	Destinazione dopo l'uscita (<i>psichiatria</i>)	N (2)		Deve coincidere con 1.5.V03. Modifiche della codificazione e della definizione (40, 44, 55, 66) valide dall'1.1.2017.
33	3.5.V03	Trattamento dopo l'uscita (<i>psichiatria</i>)	N (2)		Deve coincidere con 1.5.V04.
34	3.5.V04	Campo di attività	N (1)	1	Questa variabile è obbligatoria. 1=psichiatria generale 2=psichiatria infantile 3=psichiatria geriatrica 4=malattie legate alla dipendenza 5=scienze forensi
35	FID	Numero inequivocabile di identificazione del caso FID	AN (16)	1122334455	Numero del caso interno alla clinica

Il termine (*psichiatria*), in *corsivo* e tra parentesi, significa che l'informazione in questione serve ad approfondire un'indicazione già rilevata nel set di dati minimo della statistica medica.

A5. Formato rilevamento HoNOS (riga PH)

Riga PH Riga HoNOS ammissione e dimissione						
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
1	4.01.V01	Genere di record	AN (2)	PH	PH	
2	4.01.V02	Numero aziendale (satellite RIS sanità)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numero inequivocabile di identificazione del caso FID	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	4.01.V04	Momento della misura (ammissione/dimissione)	N (1)	3	1-3	1=ammissione 2=dimissione 3=altro (né ammissione né dimissione)
5	4.01.V05	Dropoutcode	N (1)	0	0;1;2	0=nessuno (valore standard) 1 = dimissione entro 24 ore dopo la misurazione HoNOS all'ammissione 2=altro
6	4.01.V06	Spiegazione motivo "Altro"	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della mancata compilazione		Da utilizzare solo in casi eccezionali
7	4.02.V00	Data del rilevamento dell'HoNOS (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		In caso di dropout è necessario inserire la data di quando si è verificato il motivo dropout.
8	4.02.V01	H1 – comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
9	4.02.V02	H2 – comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
10	4.02.V03	H3 – problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
11	4.02.V04	H4 – problemi cognitivi	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
12	4.02.V05	H5 – problemi di malattia somatica o di disabilità fisica	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
13	4.02.V06	H6 – problemi legati ad allucinazioni e deliri	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
14	4.02.V07	H7 – problemi legati all'umore depresso	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
15	4.02.V08	H8 – altri problemi psichici e comportamentali	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.

Riga PH Riga HoNOS ammissione e dimissione						
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
16	4.02.V09	H8 – se sussistono altri problemi psichici/comportamentali, indicarne il genere: A = fobie; B = ansie; C = ossessioni e compulsioni; D = problemi legati a stress e sovraccarico; E = sintomi dissociativi; F = sintomi somatoformi; G = problemi di alimentazione; H = disturbi del sonno; I = problemi sessuali; J = altri problemi (specificare)	AN (1)	a	a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, 0	Non sono possibili più risposte; 0 = “non esistono altri problemi psichici e comportamentali” Se dropout, lasciare vuoto.
17	4.02.V10	H8: J altri problemi: specificare	AN (40)	Testo libero		In caso che nell’item 8 fu selezionato j = altro problema Se dropout, lasciare vuoto.
18	4.02.V11	H9 – problemi relazionali	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
19	4.02.V12	H10 – problemi nelle attività della vita quotidiana	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
20	4.02.V13	H11 – problemi nelle condizioni di vita	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
21	4.02.V14	H12 – problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.

A6. Formato rilevamento BSCL (riga PB)

Riga PB		Riga BSCL ammissione e dimissione				
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
1	5.01.V01	Genere di record	AN (2)	PB	PB	
2	5.01.V02	Numero aziendale (satellite RIS sanità)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numero inequivocabile di identificazione del caso FID	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	5.01.V04	Momento della misura (ammissione/dimissione)	AN (1)	1	1;2	1=ammissione 2=dimissione
5	5.01.V05	Dropoutcode	N (1)	0	0-8	0=nessuno (valore standard) 1=rifiuto paziente 2=lingua 3=paziente troppo malato 4=decesso 5=paziente troppo giovane 6= dimissione entro 24 ore dopo la misurazione BSCL all'ammissione 7=dimissione spontanea e imprevista o mancato ritorno dopo un congedo 8=altro (solo in casi eccezionali)
6	5.01.V06	Spiegazione motivo "Altro"	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della mancata compilazione		Se dropoutcode = 8
7	5.04.V00	Data del rilevamento della BSCL (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		In caso di dropout è necessario inserire la data di quando si è verificato il motivo dropout.
8	5.04.V01	B1 - nervosismo o agitazione interna	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
9	5.04.V02	B2 - sensazione di svenimento o di vertigini	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
10	5.04.V03	B3 - convinzione che gli altri possano controllare i suoi pensieri	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
11	5.04.V04	B4 - convinzione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
12	5.04.V05	B5 - difficoltà a ricordare le cose	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
13	5.04.V06	B6 - sentirsi facilmente infastidito o irritato	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
14	5.04.V07	B7 - dolori al cuore o al petto	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
15	5.04.V08	B8 - paura degli spazi aperti o delle strade	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
16	5.04.V09	B9 - idee di togliersi la vita	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
17	5.04.V10	B10 - mancanza di fiducia negli altri	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

Riga PB		Riga BSCL ammissione e dimissione				
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
18	5.04.V11	B11 - scarso appetito	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
19	5.04.V12	B12 - paure improvvise senza ragione	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
20	5.04.V13	B13 - scatti d'ira incontrollabili	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
21	5.04.V14	B14 - sentirsi solo e triste anche in compagnia	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
22	5.04.V15	B15 - senso di incapacità a portare a termine le cose	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
23	5.04.V16	B16 - sentirsi solo	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
24	5.04.V17	B17 - sentirsi giù di morale	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
25	5.04.V18	B18 - mancanza di interesse	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
26	5.04.V19	B19 - senso di paura	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
27	5.04.V20	B20 - sentirsi facilmente ferito o offeso	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
28	5.04.V21	B21 - sensazione che gli altri non le siano amici o l'abbiano in antipatia	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
29	5.04.V22	B22 - sentimenti di inferiorità	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
30	5.04.V23	B23 - senso di nausea o di mal di stomaco	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
31	5.04.V24	B24 - sensazione che gli altri la guardino o parlino male di lei	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
32	5.04.V25	B25 - difficoltà ad addormentarsi	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
33	5.04.V26	B26 - bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
34	5.04.V27	B27 - difficoltà a prendere decisioni	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
35	5.04.V28	B28 - paura di viaggiare in autobus, nella metropolitana o in treno	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
36	5.04.V29	B29 - sentirsi senza fiato	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
37	5.04.V30	B30 - vampate di calore o brividi di freddo	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
38	5.04.V31	B31 - necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché la spaventano	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
39	5.04.V32	B32 - senso di vuoto mentale	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
40	5.04.V33	B33 - intorpidimenti o formicolii di alcune parti del corpo	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
41	5.04.V34	B34 - idea di dover scontare i propri peccati	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
42	5.04.V35	B35 - guardare al futuro senza speranza	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

Riga PB		Riga BSCL ammissione e dimissione				
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
43	5.04.V36	B36 - difficoltà a concentrarsi	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
44	5.04.V37	B37 - senso di debolezza in qualche parte del corpo	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
45	5.04.V38	B38 - sentirsi teso o sulle spine	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
46	5.04.V39	B39 - idee di morte	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
47	5.04.V40	B40 - sentire l'impulso di colpire, ferire o fare male a qualcuno	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
48	5.04.V41	B41 - sentire l'impulso di rompere gli oggetti	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
49	5.04.V42	B42 - sentirsi penosamente imbarazzato in presenza di altri	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
50	5.04.V43	B43 - sentirsi a disagio tra la folla, come nei negozi, al cinema, ecc.	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
51	5.04.V44	B44 - non sentirsi mai vicino alle altre persone	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
52	5.04.V45	B45 - momenti di terrore o di panico	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
53	5.04.V46	B46 - ingaggiare frequenti discussioni	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
54	5.04.V47	B47 - sentirsi a disagio quando è solo	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
55	5.04.V48	B48 - convinzione che gli altri non apprezzino il suo lavoro	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
56	5.04.V49	B49 - senso di irrequietezza, tanto da non poter stare seduto	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
57	5.04.V50	B50 - sentimenti di inutilità	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
58	5.04.V51	B51 - impressione che gli altri possano approfittare di lei o delle sue azioni	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
59	5.04.V52	B52 - sentirsi in colpa	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
60	5.04.V53	B53 - idea che qualche cosa non vada bene nella sua mente	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

A7. Formato rilevamento misure restrittive della libertà (riga FM)

Riga FM		Riga EFM in caso di prescrizione/attuazione di una misura restrittiva della libertà				
N.	Variabile	Descrizione	Formato	Esempio	Valori	Osservazioni
1	8.01.V01	Genere di record	AN (2)	FM	FM	
2	8.01.V02	Numero aziendale (satellite RIS sanità)	AN (8)	60611111		
3	FID	Numero inequivocabile d'identificazione del caso FID	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	8.01.V04	Genere di misura restrittiva della libertà	N (2)		1-5, 7, 10, 11	Dall'1.1.2021: 1= isolamento per motivi psichiatrici 2=immobilizzazione 3=medicazione forzata orale 4=medicazione forzata con iniezione 5= misura di sicurezza sulla sedia 7 = misura di sicurezza a letto permanente 10=Contenzione 11= Isolamento per motivi infettivologici / somatici
5	8.01.V05	Data di inizio della misura restrittiva della libertà (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		In tutti i MRL
6	8.01.V06	Ora di inizio della misura restrittiva della libertà (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Solo in caso di isolamento, immobilizzazione, contenzione e medicazione forzata (1, 2, 3, 4 e 10) Dall'1.1.2020: In tutti i MRL
7	8.01.V07	Data della fine della misura restrittiva della libertà (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		Solo in caso di isolamento, immobilizzazione e contenzione (1, 2 e 10) Dall'1.1.2020: In tutti i MRL tranne medicazione forzata
8	8.01.V08	Ora della fine della misura restrittiva della libertà (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Solo in caso di isolamento, immobilizzazione e contenzione (1, 2 e 10) Dall'1.1.2020: In tutti i MRL tranne medicazione forzata

A8. Notifica fornitura dei dati

Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	
Nome dello stabilimento	
Data di inizio del periodo di rilevamento	
Data di fine del periodo di rilevamento	

Nomi dei file trasmessi	Genere di registrazione	Righe totali nel file	Data di generazione
Set di dati minimo statistica medica	MB		
Dati supplementari psichiatria statistica medica	MP		
HoNOS	PH		
BSCL	PB		
Misure restrittive della libertà	FM		

A10. Distinzione ospedaliero/ambulatoriale

La distinzione tra cura ospedaliera e ambulatoriale si basa sull'Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre) (consiglio federale 2002).

Art. 3 Cura ospedaliera

Sono considerate cure ospedaliere ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 della legge le degenze relative a esami, terapie e cure in ospedale o in case per partorienti

- a. di una durata di almeno 24 ore;
- b. di una durata inferiore a 24 ore, nel corso delle quali un letto viene occupato durante una notte;
- c. in ospedale in caso di trasferimento in un altro ospedale;
- d. in una casa per partorienti in caso di trasferimento in ospedale;
- e. in caso di decesso.

Art. 5 Cura ambulatoriale

Sono considerate ambulatoriali ai sensi dell'articolo 49 capoverso 6 della legge le cure che non sono considerate ospedaliere. Sono pure considerate cure ambulatoriali le degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte.

Per garantire un'applicazione unitaria di queste definizioni, i partner del sistema sanitario hanno convenuto l'interpretazione seguente (vedi figura 2):

Commenti ai criteri di limitazione

Il criterio ❶ "≥ 24 ore" significa che il paziente resta almeno 24 ore in ospedale o in una casa per partorienti.

Il criterio ❷ "Decesso" chiarisce se il paziente è deceduto.

Il criterio ❸ "Trasferimento in un altro ospedale" chiarisce se il paziente è stato trasferito in un altro ospedale o dalla casa per partorienti in un ospedale.

Il criterio ❹ "Degenze ripetute in cliniche di giorno o di notte" costituisce una decisione medica ed è parte integrante del piano terapeutico di un paziente. Le degenze ripetute nel settore della psichiatria e nel quadro di altri settori di prestazione medici e terapeutici, per esempio chemioterapia, radioterapia, dialisi, gestione del dolore o fisioterapia ospedaliera, sono considerate cure ambulatoriali.

Il criterio ❺ "Notte" viene rilevato e registrato secondo la regola del censimento a mezzanotte. In altre parole, il criterio è soddisfatto se il paziente a mezzanotte (00:00) si trova all'ospedale.

Il criterio ❻ "Occupazione di un letto" subentra non appena un paziente occupa un letto di un reparto di cura. La cura di pazienti nel reparto di pronto soccorso (sia giorno, sia notte) è considerata ambulatoriale.

I criteri ❺ "Notte" e ❻ "Occupazione di un letto" non sono separabili. In altre parole, la cura di meno di 24 ore deve soddisfare entrambi i criteri "Notte" e "Occupazione di un letto" per essere considerata e fatturata come ospedaliera.

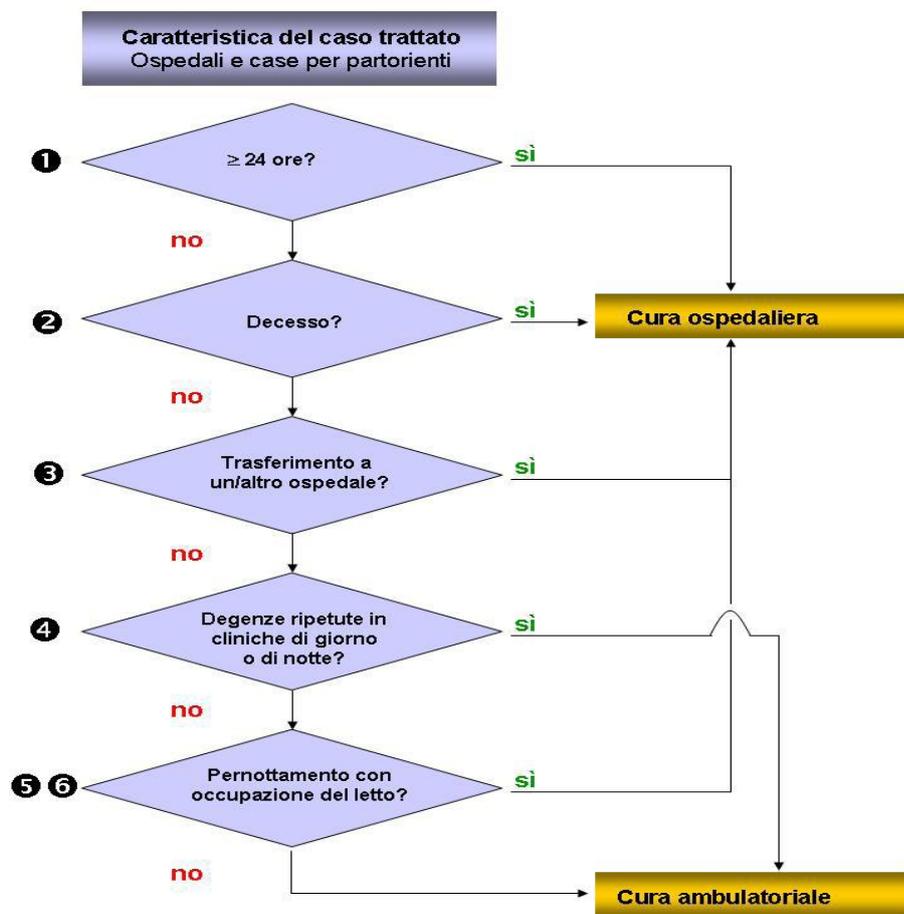


Grafico: H+[©]

Figura 2: procedura decisionale ospedaliero o ambulatoriale