

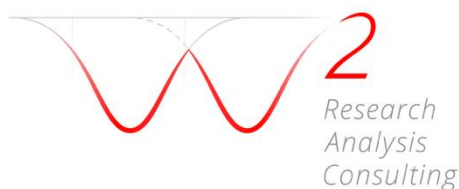
DEFINIZIONE DEI DATI: CONTENUTO E FORMATO DEL RILEVAMENTO DEI DATI | MISURAZIONI NAZIONALI PSICHIATRIA PER ADULTI

INDICATORI DELLE MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA PSICHIATRIA

Autori e autrici: Dr. Benjamin Steinweg

Versione: 9.2

Data: Maggio 2026



Indirizzo di contatto:

w hoch 2 GmbH
Research, Analysis & Consulting
Effingerstrasse 15
3008 Berna
psy@w-hoch2.ch
031 536 39 39

Indice

1	Introduzione	3
2	Panoramica e direttive sui dati da fornire	3
2.1	Set di dati da fornire	3
2.1.1	File di dati SpiGes in formato XML.....	3
2.1.2	Dati di misurazione dell'ANQ in formato CSV o Excel.....	4
2.2	Definizione del caso.....	5
3	Struttura e formato dei dati	5
3.1	Principi fondamentali	5
3.2	Formato del file di dati SpiGes	5
3.3	Formato dei dati di misurazione dell'ANQ	5
3.3.1	HoNOS (ammissione e dimissione).....	6
3.3.2	BSCL (ammissione e dimissione)	6
3.3.3	EFM (continuativo).....	7
3.3.4	Cadute (continuativo).....	8
3.3.5	Variabili supplementari a libera scelta (per ogni caso di cura)	8
4	Software per il rilevamento e l'esportazione dei dati	8
5	Scadenza per la fornitura dei dati	9
6	Plausibilizzazione dei dati e possibilità di correzione	9
7	Protezione dei dati	9
8	Trasmissione dei dati all'istituto di analisi	10
	Annesso	11

1 INTRODUZIONE

Scopo del presente documento è descrivere il contenuto e la forma del rilevamento e della fornitura dei dati per le misurazioni specifiche nella psichiatria nell'ambito della psichiatria per adulti dell'ANQ. La presente definizione dei dati descrive soprattutto aspetti tecnici relativi ai dati necessari e si rivolge quindi in particolare ai responsabili di progetto dell'ANQ nelle cliniche e, per l'implementazione tecnica, ai reparti IT competenti.

Oltre alle informazioni tecniche, l'ANQ mette a disposizione ulteriori documenti. In caso di domande concernenti l'attuazione concreta (rilevamento) delle misurazioni, è possibile consultare il [Manuale di misurazione](#) e le [domande frequenti \(FAQ\)](#). Per le prescrizioni relative alla codifica si rimanda al documento [Controllo e validazione dei dati](#).

2 PANORAMICA E DIRETTIVE SUI DATI DA FORNIRE

2.1 SET DI DATI DA FORNIRE

A partire dall'anno di misurazione 2026 (trasmissione dei dati nel 2027), le cliniche forniranno i dati da rilevare in due diversi formati.

2.1.1 File di dati SpiGes in formato XML

Per ridurre il più possibile la mole di lavoro per le cliniche, il file di dati XML da creare per la fornitura dei dati all'UST può essere limitato ai casi attribuibili al sito in questione, e utilizzato senza modifiche anche per la fornitura dei dati all'ANQ. Esso sostituisce i due precedenti set di dati dell'UST «dati minimi» e «dati complementari sulla psichiatria».

Importante:

- La trasmissione del set di dati dell'UST senza modifiche avviene sotto la responsabilità delle cliniche in materia di protezione dei dati. In alternativa, il file di dati può essere ridotto alle tabelle più rilevanti per le analisi dell'ANQ. L'elenco di tali dati obbligatori da fornire all'ANQ è riportato nell'[annesso](#) al presente documento. Anche il file di dati ridotto dovrà essere fornito nel formato XML.
- Il file degli identificatori SpiGes non deve essere trasmesso. Esso contiene dati personali, che per motivi di protezione dei dati non possono essere trasmessi.

2.1.2 Dati di misurazione dell'ANQ in formato CSV o Excel

I dati per le misurazioni specifiche nella psichiatria dell'ANQ devono essere forniti, come in precedenza, in formato CSV o Excel. Di seguito vengono descritti i set di dati parziali richiesti. Questi possono essere forniti come file separati oppure come un unico file Excel contenente un foglio di lavoro per ciascun set di dati parziale. Utile per una prima verifica della completezza e del formato corretto è il modello per l'inserimento dei dati disponibile sul [portale web dell'ANQ](#).

- 1 HoNOS «PH»: la misurazione dell'intensità del caso viene effettuata tramite l'HoNOS, rilevato dalla persona responsabile del caso. Il rilevamento avviene all'ammissione e alla dimissione. Vengono riportate anche le informazioni sui valori HoNOS mancanti.
- 2 BSCL «PB»: all'ammissione e alla dimissione, l'intensità del caso viene rilevata anche tramite la BSCL (rilevamento da parte dei pazienti). Vengono riportate anche le informazioni sui valori BSCL mancanti, come ad esempio il motivo del dropout.
- 3 EFM «FM»: l'utilizzo di misure restrittive della libertà viene rilevato tramite l'EFM. Il rilevamento può essere effettuato da tutte le persone che si occupano della cura. Le responsabilità di tale rilevamento vanno regolate in seno alla clinica. Tutte le misure devono essere rilevate man mano.
- 4 Cadute «Sturz» (solo psichiatria geriatrica): nell'anno di misurazione 2026, in psichiatria geriatrica verranno effettuate per la prima volta misurazioni pilota relative alle cadute. Saranno rilevati di volta in volta gli episodi di caduta, il momento in cui si verificano e le eventuali conseguenze della caduta.
- 5 Variabili supplementari a libera scelta «ZV» (opzionali): è possibile trasmettere fino a due variabili supplementari definibili liberamente. Ad esempio è possibile indicare in quale reparto è stato trattato ciascun caso per consentire, successivamente, analisi comparative tra i diversi reparti. Poiché, a differenza degli anni precedenti, i dati SpiGes non contengono più il numero d'identificazione del paziente (PID), qui è possibile fornire anche un PID univoco interno alla clinica. Se questo viene indicato al momento della trasmissione, è possibile analizzare le riammissioni nella stessa sede di clinica.

Per maggiori informazioni si rimanda alle definizioni dettagliate dei dati contenute nell'[annesso](#).

Importante:

È responsabilità delle cliniche non fornire, tramite le variabili supplementari a libera scelta, dati personali, come ad esempio la data di nascita.

2.2 DEFINIZIONE DEL CASO

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi che sono stati trattati in regime stazionario nei rispettivi reparti di psichiatria per adulti e sono stati dimessi nel periodo di rilevamento. Nell'[annesso](#) è riportata una regola per distinguere tra casi ambulatoriali e stazionari.

La definizione del caso corrisponde a quella dell'Ufficio federale di statistica (UST), come presentata nel [concetto dettagliato per la statistica medica](#). Un'unità di rilevamento corrisponde a un caso di cura. A partire dall'anno di misurazione 2026, la definizione del caso includerà pertanto anche l'accorpamento dei casi secondo TARPSY/SwissDRG AG (cfr. [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi](#)).

Le misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria per adulti escludono i casi di psichiatria infantile e adolescenziale. La distinzione non avviene in base all'età, bensì in funzione dell'ospedale partecipante (clinica/reparto di psichiatria per adulti – tutti i casi – oppure clinica/reparto di psichiatria infantile e adolescenziale – nessun caso).

3 STRUTTURA E FORMATO DEI DATI

3.1 PRINCIPI FONDAMENTALI

- I dati vengono rilevati a livello di caso.
- Le date sono riportate nel formato AAAAMMGG.
- Gli orari sono riportati nel formato HHMM.
- I dati SpiGes devono essere forniti nel formato di file XML.
- I dati di misurazione dell'ANQ devono essere forniti in formato CSV o Excel.

3.2 FORMATO DEL FILE DI DATI SPIGES

Il formato del file di dati da fornire corrisponde al file di dati SpiGes, che deve essere fornito anche all'UST. Si applicano di conseguenza le [disposizioni del progetto SpiGes](#). Se desiderato, il file di dati SpiGes può essere ridotto alle [tabelle obbligatorie](#) per la fornitura dei dati all'ANQ prima della consegna.

3.3 FORMATO DEI DATI DI MISURAZIONE DELL'ANQ

Le cliniche rilevano cinque tipi di dati di misurazione, che vengono forniti all'istituto di analisi (w hoch 2) in cinque file separati oppure in un unico file Excel contenente cinque fogli di lavoro distinti. Come separatore bisogna utilizzare in modo uniforme il tabulatore, il punto e

virgola oppure la barra verticale (codice ASCII 124: «|»). Il CRLF (codici ASCII 13 e 10) indica un ritorno a capo.

Per poter collegare tra loro i dati dei diversi set di dati, ogni riga deve necessariamente contenere il numero d'identificazione univoco del caso interno alla sede (nome della variabile: precedentemente «FID», ora «fall_id»). Questo corrisponde al fall_id presente nel file di dati SpiGes.

3.3.1 HoNOS (ammissione e dimissione)

L'HoNOS viene rilevato per la prima volta entro 72 ore dall'ammissione. Il rilevamento si riferisce ai 7 giorni precedenti. Il secondo HoNOS deve essere rilevato entro 3 giorni dalla dimissione. Deve essere rispettato un intervallo minimo di 24 ore tra il rilevamento all'ammissione e quello alla dimissione. Il rilevamento dell'HoNOS alla dimissione si riferisce ai 7 giorni precedenti la dimissione o, in caso di degenze più brevi, al periodo trascorso dall'ultimo rilevamento. Ulteriori informazioni e direttive per il rilevamento dell'HoNOS sono disponibili nel [Manuale di misurazione dell'ANQ](#). Sul sito dell'ANQ sono inoltre disponibili i glossari e le schede punteggi per HoNOS e HoNOS 65+ (anziani).

Per ogni caso concluso, il set di dati contiene due righe con 21 colonne ciascuna (una per la misurazione all'ammissione e una per quella alla dimissione):

- I campi 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica.
- Il 3° campo contiene il numero d'identificazione univoco del caso fall_id (precedentemente FID).
- Il 4° campo specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione, alla dimissione o a un altro momento di misurazione.
- I campi 5 e 6 indicano il motivo di un eventuale dropout, ossia il mancato rilevamento dell'HoNOS. Tuttavia, a causa del rilevamento dell'HoNOS da parte di terzi, in realtà non dovrebbero verificarsi dropout.
- Il 7° campo contiene la data di rilevamento.
- I campi dall'8 al 21 contengono i valori dei 12 item del questionario HoNOS.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è disponibile nell'[annesso](#) al presente documento.

3.3.2 BSCL (ammissione e dimissione)

La BSCL viene rilevata per la prima volta entro 72 ore dall'ammissione. Il rilevamento si riferisce ai 7 giorni precedenti. Il secondo rilevamento della BSCL deve essere effettuato prima della dimissione. Deve essere rispettato un intervallo minimo di 24 ore tra il rilevamento all'ammissione e quello alla dimissione. Il rilevamento della BSCL alla dimissione si riferisce ai 7 giorni precedenti la dimissione o, in caso di degenze più brevi, al periodo trascorso dall'ultimo

rilevamento. Ulteriori informazioni e direttive per il rilevamento della BSCL sono disponibili nel [Manuale di misurazione dell'ANQ](#). Lo strumento di misurazione, soggetto a licenza, può essere ordinato presso il Segretariato generale dell'ANQ (psychiatrie@anq.ch).

Per ogni caso concluso, il set di dati contiene due righe con 82 colonne ciascuna (una per la misurazione all'ammissione e una per quella alla dimissione):

- I campi 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica.
- Il 3° campo contiene il numero d'identificazione univoco del caso fall_id (precedentemente FID).
- Il 4° campo specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione o alla dimissione.
- I campi 5 e 6 indicano il motivo di un eventuale dropout, ossia il mancato rilevamento della BSCL.
- Il 7° campo contiene la data di rilevamento.
- I campi dall'8 al 60 contengono i valori dei 53 item del questionario BSCL.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è disponibile nell'[annesso](#) al presente documento.

3.3.3 EFM (continuativo)

Vengono rilevate tutte le misure restrittive della libertà adottate durante il trattamento. Non sussistono quindi motivi di dropout. Se per una paziente o un paziente non viene applicata alcuna misura restrittiva della libertà, non vengono rilevati dati relativi a tale aspetto. Se due misure restrittive della libertà vengono applicate contemporaneamente (ad es. isolamento e medicazione forzata), ciascuna misura deve essere rilevata separatamente. Il rilevamento delle misure restrittive della libertà avviene secondo le direttive dell'ANQ riportate nel [Manuale di misurazione](#).

Per ogni singola misura restrittiva della libertà, il set di dati contiene una riga con 8 colonne ciascuna:

- I campi 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica.
- Il 3° campo contiene il numero d'identificazione univoco del caso fall_id (precedentemente FID).
- Il 4° campo specifica di quale tipo di misura restrittiva della libertà si tratta.
- I campi 5 e 6 contengono informazioni sulla data e sull'orario di inizio della misura. In caso di medicazione forzata, qui viene indicato il momento esatto.
- I campi 7 e 8 contengono informazioni sulla data e sull'orario di fine della misura. Per la medicazione forzata, questi campi rimangono vuoti.

Tutte le misure restrittive della libertà vengono registrate nello stesso formato, indicando data e orario di inizio e fine della misura. Solo per le medicazioni forzate non vengono registrate la data e l'ora di fine.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è disponibile nell'[annesso](#) al presente documento.

3.3.4 Cadute (continuativo)

Durante il trattamento vengono registrate tutte le cadute e le loro conseguenze. Pertanto, non sussistono motivi di dropout. In assenza di cadute, non vengono raccolti dati al riguardo. Per ogni caduta registrata vengono riportati il momento preciso nonché le conseguenze della caduta o l'assenza di conseguenze. La registrazione delle cadute viene effettuata secondo le direttive fornite dall'ANQ nel suo Manuale di misurazione e nel Concetto relativo alle cadute.

Per ogni caduta, il record contiene una riga con 4 colonne:

- Il primo campo contiene il numero di identificazione univoco del caso fall_id (precedentemente FID).
- I campi 2 e 3 contengono informazioni sulla data e l'ora della caduta.
- Nel campo 4 è necessario indicare se si è verificata una caduta

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è disponibile nell'allegato al presente documento.

3.3.5 Variabili supplementari a libera scelta (per ogni caso di cura)

Per l'analisi di ulteriori domande di fondo relative alle specifiche cliniche, queste possono fornire fino a due variabili supplementari definite liberamente. Ad esempio è possibile indicare in quale reparto è stato trattato ciascun caso per consentire, successivamente, analisi comparative tra i diversi reparti. Una delle due variabili può essere utilizzata anche per indicare un numero d'identificazione personale univoco interno alla clinica (PID). Questo consentirà l'analisi delle riammissioni, se ciò viene contrassegnato in moniQ.

Per ogni caso concluso, il set di dati contiene una riga con almeno 2 e al massimo 3 colonne:

- Il campo 1 contiene il numero d'identificazione univoco del caso fall_id (precedentemente FID).
- Il campo 2 contiene le informazioni relative alla prima variabile supplementare a libera scelta.
- Il campo 3 contiene le informazioni relative alla seconda variabile supplementare a libera scelta.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è disponibile nell'[annesso](#) al presente documento.

4 SOFTWARE PER IL RILEVAMENTO E L'ESPORTAZIONE DEI DATI

I dati per la misurazione comparativa nazionale devono essere forniti in formato digitale dalle cliniche. Poiché nelle diverse cliniche vengono utilizzati sistemi informatici differenti, è possibile adottare procedure diverse. In ogni caso vanno rispettate le direttive sulla definizione dei dati. L'implementazione da parte dei fornitori di software di una routine di esportazione corrispondente nel sistema informativo aziendale (CIP) rappresenta l'approccio più diretto e meno soggetto a errori.

5 SCADENZA PER LA FORNITURA DEI DATI

La scadenza per la fornitura definitiva dei dati è il 7 marzo. I giorni di riferimento per la fornitura dei dati devono essere rispettati in ogni caso. Sono necessari i dati di tutti i pazienti dimessi durante il periodo di rilevamento. A seconda della routine di esportazione adottata dalla clinica, i dati possono essere forniti in una delle seguenti modalità:

- Dati di tutti i pazienti dimessi durante il corrispondente periodo di rilevamento.
- Dati di tutti i pazienti con ammissione a partire dal 01.07.2012
- Dati di tutti i pazienti attivi durante il corrispondente periodo di rilevamento.

6 PLAUSIBILIZZAZIONE DEI DATI E POSSIBILITÀ DI CORREZIONE

Per garantire una qualità dei dati sufficientemente elevata, il controllo deve avvenire su più livelli. Il primo controllo va effettuato direttamente in seno alla clinica partecipante.

Con la trasmissione dei dati tramite il dashboard moniQ è già possibile, a partire dalla primavera dell'anno di misurazione in corso, caricare i dati sul server per ricevere immediatamente un riscontro sulla qualità dei dati e sull'eventuale necessità di correzioni relative al loro formato. In questo modo eventuali correzioni possono essere apportate tempestivamente prima che i dati vengano trasmessi definitivamente all'istituto di analisi.

Presso l'istituto di analisi vengono effettuati ulteriori controlli dettagliati, volti in particolare a individuare valori mancanti o non plausibili.

7 PROTEZIONE DEI DATI

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

Per una maggiore sicurezza nella protezione dei dati, è importante assicurarsi che all'istituto di analisi non vengano trasmessi dati personali, come il numero AVS o la data di nascita.

Particolare attenzione deve essere prestata soprattutto quando si utilizzano variabili con un'ampia libertà in termini di formato, come le variabili supplementari facoltative, affinché le cliniche possano adempiere correttamente alla loro responsabilità in materia di protezione dei dati.

8 TRASMISSIONE DEI DATI ALL'ISTITUTO DI ANALISI

I dati vengono trasmessi all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ. A tal fine, una persona responsabile per ogni sede di clinica riceve un link per la registrazione a moniQ. Durante tutto l'anno, la persona responsabile può effettuare l'accesso con il proprio indirizzo e-mail e la password scelta autonomamente e caricare i dati. Nel dashboard è possibile consultare in tempo reale riscontri sulla correttezza del formato dei dati e sulla loro qualità. Dopo eventuali correzioni è possibile caricare un nuovo set di dati. I dati precedentemente caricati vengono automaticamente sovrascritti. In una seconda fase, il set di dati finale deve essere trasmesso all'istituto w hoch 2 dal dashboard entro e non oltre il 7 marzo.

ANNESSO

Tabelle da fornire obbligatoriamente dal file di dati SpiGes	11
Variabili PH Set di dati (riga HoNOS all'ingresso e all'uscita).....	11
Variabili PB Set di dati (riga BSCL all'ingresso e all'uscita)	13
Variabili FM Set di dati (misura restrittiva della libertà per riga)	17
Variabili Sturz (evento di caduta per riga)	18
Variabili ZV Set di dati (variabili supplementari opzionali; riga per caso)	19
Distinzione ospedaliero/ambulatoriale.....	19

Tabelle da fornire obbligatoriamente dal file di dati SpiGes

NOME
Amministrativo
Diagnosi
Psichiatria
Trasferimento_paziente

Tabella 1: Dati SpiGes obbligatori per l'ANQ

Variabili PH Set di dati (riga HoNOS all'ingresso e all'uscita)

N.	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	INTERVALLO DI VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	PH	PH	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numero inequivocabile di identificazione del caso fal_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	Momento della misura (ammissione/dimissione)	N (1)	3	1-3	1=ammissione 2=dimissione 3=altro (né ammissione né dimissione)
5	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	Spiegazione motivo "Altro"	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della		Da utilizzare solo in casi eccezionali

7	Data del rilevamento dell'HoNOS (AAAAMMGG)	N (8)	mancata compilazione 20120601		In caso di dropout è necessario inserire la data di quando si è verificato il motivo dropout.
8	H1 - comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
9	H2 - comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
10	H3 - problemi legati all'assunzione di alcool o droghe	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
11	H4 - problemi cognitivi	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
12	H5 - problemi di malattia somatica o di disabilità fisica	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
13	H6 - problemi legati ad allucinazioni e deliri	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
14	H7 - problemi legati all'umore depresso	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
15	H8 - altri problemi psichici e comportamentali	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
16	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	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	H9 - problemi relazionali	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
19	H10 - problemi nelle attività della vita quotidiana	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
20	H11 - problemi nelle condizioni di vita	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.
21	H12 - problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	N (1)	2	0-4, 9	9= non noto Se dropout, lasciare vuoto.

Tabella 2: Variabili PH Set di dati (riga HoNOS all'ingresso e all'uscita)

Variabili PB Set di dati (riga BSCL all'ingresso e all'uscita)

N.	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	INTERVALLO DI VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	PB	PB	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numero inequivocabile di identificazione del caso fall_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	Momento della misura (ammissione/dimissione)	AN (1)	1	1;2	1=ammissione 2=dimissione
5	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	Spiegazione motivo "Altro"	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della		Se dropoutcode = 8

			mancata compila- zione 20120601		
7	Data del rileva- mento della BSCL (AAAAMMGG)	N (8)			In caso di dropout è necessa- rio inserire la data di quando si è verificato il motivo dro- pout.
8	B1 - nervosismo o agitazione interna	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
9	B2 - sensazione di svenimento o di vertigini	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
10	B3 - convinzione che gli altri possano controllare i suoi pensieri	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
11	B4 - convinzione che gli altri siano responsabili dei suoi disturbi	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
12	B5 - difficoltà a ri- cordare le cose	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
13	B6 - sentirsi facil- mente infastidito o irritato	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
14	B7 - dolori al cuore o al petto	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
15	B8 - paura degli spazi aperti o delle strade	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
16	B9 - idee di togliersi la vita	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
17	B10 - mancanza di fiducia negli altri	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
18	B11 - scarso appetito	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
19	B12 - paure improv- vise senza ragione	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
20	B13 - scatti d'ira in- controllabili	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
21	B14 - sentirsi solo e triste anche in com- pagnia	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
22	B15 - senso di inca- pacità a portare a termine le cose	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

23	B16 - sentirsi solo	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
24	B17 - sentirsi giù di morale	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
25	B18 - mancanza di interesse	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
26	B19 - senso di paura	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
27	B20 - sentirsi facilmente ferito o offeso	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
28	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	B22 - sentimenti di inferiorità	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
30	B23 - senso di nausea o di mal di stomaco	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
31	B24 - sensazione che gli altri la guardino o parlino male di lei	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
32	B25 - difficoltà ad addormentarsi	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
33	B26 - bisogno di controllare ripetutamente ciò che fa	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
34	B27 - difficoltà a prendere decisioni	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
35	B28 - paura di viaggiare in autobus, nella metropolitana o in treno	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
36	B29 - sentirsi senza fiato	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
37	B30 - vampate di calore o brividi di freddo	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
38	B31 - necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché la spaventano	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
39	B32 - senso di vuoto mentale	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

40	B33 - intorpidimenti o formicolii di alcune parti del corpo	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
41	B34 - idea di dover scontare i propri peccati	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
42	B35 - guardare al futuro senza speranza	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
43	B36 - difficoltà a concentrarsi	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
44	B37 - senso di debolezza in qualche parte del corpo	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
45	B38 - sentirsi teso o sulle spine	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
46	B39 - idee di morte	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
47	B40 - sentire l'impulso di colpire, ferire o fare male a qualcuno	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
48	B41 - sentire l'impulso di rompere gli oggetti	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
49	B42 - sentirsi penosamente imbarazzato in presenza di altri	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
50	B43 - sentirsi a disagio tra la folla, come nei negozi, al cinema, ecc.	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
51	B44 - non sentirsi mai vicino alle altre persone	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
52	B45 - momenti di terrore o di panico	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
53	B46 - ingaggiare frequenti discussioni	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
54	B47 - sentirsi a disagio quando è solo	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
55	B48 - convinzione che gli altri non apprezzino il suo lavoro	N (1)	0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

56	B49 - senso di irre-quietezza, tanto da non poter stare seduto	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
57	B50 - sentimenti di inutilità	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
58	B51 - impressione che gli altri possano approfittare di lei o delle sue azioni	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
59	B52 - sentirsi in colpa	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.
60	B53 - idea che qualche cosa non vada bene nella sua mente	N (1)		0-4	In caso di dropout lasciare vuoto.

Tabella 3: Variabili PB Set di dati (riga BSCL all'ingresso e all'uscita)

Variabili FM Set di dati (misura restrittiva della libertà per riga)

N.	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	INTERVALLO DI VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	FM	FM	
2	burnr	AN (8)	60611111		
3	Numero inequivocabile d'identificazione del caso fall_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	Genere di misura restrittiva della libertà	N (2)		1-5, 7, 10, 11	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	Data di inizio della misura restrittiva della libertà (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		In tutti i MRL

6	N (4)	0830	0000-2400	Solo in caso di isolamento, immobilizzazione, contenzione e medicazione forzata (1, 2, 3, 4 e 10) In tutti i MRL
7	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	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

Tabella 4: Variabili FM Set di dati (misura restrittiva della libertà per riga)

Variabili Sturz (evento di caduta per riga)

N.	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	INTERVALLO DI VALORI	OSSERVAZIONI
1	Numero inequivocabile d'identificazione del caso fall_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
2	Data della caduta (AAAA-MM-GG)	N (8)	20120601		
3	Ora della caduta (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
4	Conseguenze della caduta sì/no	N (1)	0	0,1,9	0=senza sequenza di caduta 1=con sequenza di caduta 9=sconosciuto

Tabella 5: Variabili Sturz (evento di caduta per riga)

Variabili ZV Set di dati (variabili supplementari opzionali; riga per caso)

N.	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	INTERVALLO DI VALORI	OSSERVAZIONI
1	Numero inequivocabile d'identificazione del caso fall_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
2	opt_v_1		Team XY		
3	opt_v_2		treatment I		

Tabella 6: Variabili ZV Set di dati (variabili supplementari opzionali; riga per caso)

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).

a. 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 1):

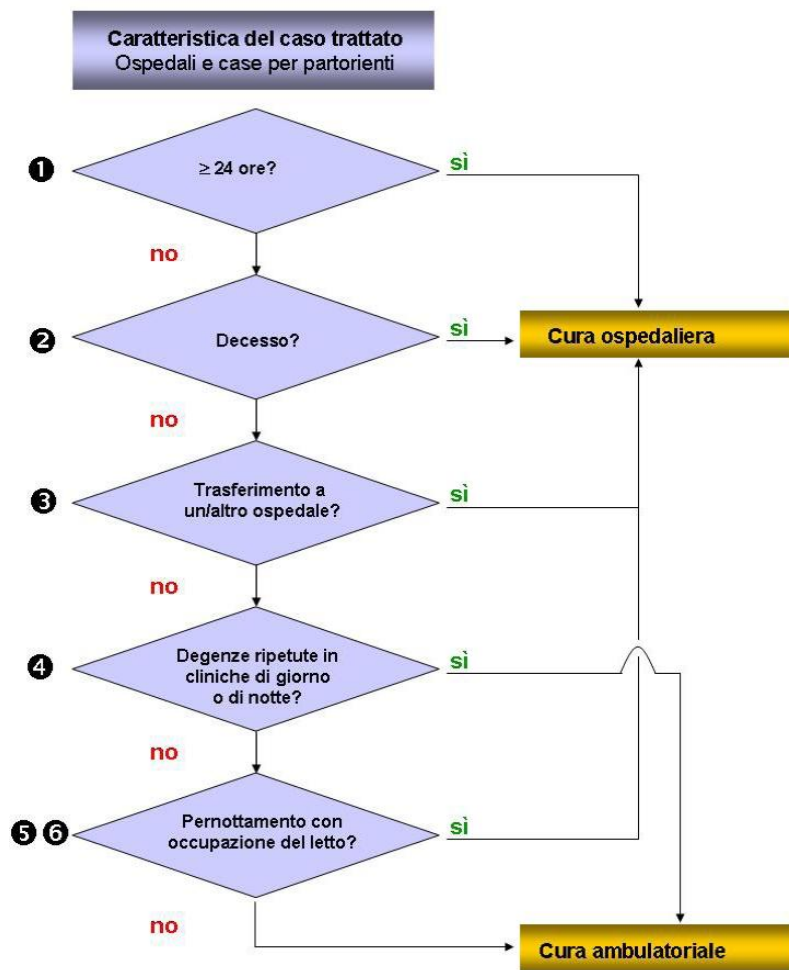


Figura 1: procedura decisionale ospedaliero o ambulatoriale

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 psi-chiatria 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.