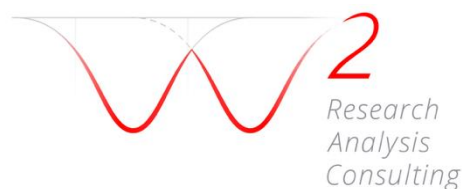


DEFINIZIONE DEI DATI: CONTENUTO E FORMATO DEL RILEVAMENTO DEI DATI | MISURAZIONI NAZIONALI PSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENZIALE INDICATORI DELLE MISURAZIONI SPECIFICHE NELLA PSICHIATRIA

Autore: Dr. Benjamin Steinweg

Versione: 8.3

Data: luglio 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.....	4
3	Struttura e formato dei dati	5
3.1	Principi fondamentali	5
3.2	Formato del file di dati SpiGes	5
3.3	Formato dati ANQ.....	5
3.3.1	HoNOSCA (ammissione e dimissione)	6
3.3.2	HoNOSCA-SR (ammissione e dimissione).....	6
3.3.3	EFM (rilevamento continuo)	7
3.3.4	Variabili supplementari a libera scelta (per ogni caso di cura)	7
4	Software per il rilevamento dei dati e l'esportazione	8
5	Scadenze per la fornitura dei dati.....	8
6	Plausibilizzazione dei dati e possibilità di correzione	8
7	Protezione dei dati	9
8	Trasferimento dei dati all'istituto di analisi	9
	Annesso.....	9

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 infantile e adolescenziale dell'ANQ. Questo 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 altri documenti. In caso di domande sull'attuazione concreta (rilevamento) delle misurazioni, è possibile consultare il [manuale](#) e le [domande frequenti \(FAQ\)](#). Le direttive per la codifica si trovano invece nel 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 utilizzato senza modifiche anche per la fornitura dei dati all'ANQ. Ciò significa che per ogni clinica o sede clinica è possibile caricare lo stesso file di dati SpiGes. Esso sostituisce i due precedenti set di dati dell'UST «dati minimi» e «dati supplementari psichiatria».

Importante

- Dal punto di vista della protezione dei dati, l'invio del set di dati UST invariato avviene sotto la responsabilità delle cliniche. In alternativa, il file può essere ridotto alle tabelle principali necessarie per le analisi dell'ANQ. Un elenco dei dati da fornire obbligatoriamente all'ANQ si trova nell'annesso al presente documento. Va inoltre inviato anche un file di dati ridotto in formato XML.
- Non va invece fornito il file SpiGes con gli identificatori, perché contiene informazioni che consentirebbero di risalire all'identità delle persone in questione.

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

I dati per le misurazioni specifiche dell'ANQ nella psichiatria devono essere forniti, come in precedenza, in formato CSV o Excel. Di seguito vengono descritti i set di dati parziali richiesti, che possono essere inviati come singoli file o in un file Excel con un foglio di lavoro per ogni set di dati parziale. Per una prima verifica della completezza e del formato, è utile il modello disponibile sul sito dell'ANQ.

- 1 HoNOSCA «PH»: la misurazione dell'intensità del caso avviene con l'ausilio dell'HoNOSCA, compilato dalla persona che si occupa del caso. Il rilevamento si svolge all'ammissione e alla dimissione. Vengono riportate anche le indicazioni riguardanti valori HoNOSCA mancanti.
- 2 HoNOSCA-SR «PS»: al momento dell'ammissione e della dimissione, viene rilevata pure l'intensità del caso mediante l'HoNOSCA-SR (rilevamento da parte dei pazienti), in cui vengono riportate anche le indicazioni riguardanti i valori HoNOSCA-SR mancanti, per esempio il motivo del *drop-out*.
- 3 EFM «FM»: l'adozione di misure restrittive della libertà viene rilevata con l'EFM. Il rilevamento può essere effettuato da qualsiasi membro del personale curante. Le responsabilità devono essere definite internamente alla clinica. Tutti i provvedimenti devono essere rilevati man mano.
- 4 Variabili supplementari a libera scelta «ZV» (opzionale): è possibile trasmettere fino a due variabili supplementari definibili liberamente. Si può per esempio indicare in quale reparto è stato trattato ogni caso così da poter poi svolgere analisi comparative. Visto che rispetto agli anni precedenti i dati SpiGes non contengono più i numeri di identificazione dei pazienti, è possibile fornire anche un PID inequivocabile interno alla clinica. Ciò consentirebbe di analizzare le riammissioni nella stessa sede.

Maggiori ragguagli si trovano nelle definizioni dettagliate dei dati riportate nell'annesso.

Importante

È responsabilità delle cliniche non fornire, tramite le variabili supplementari a libera scelta, dati che consentono di risalire all'identità del paziente, come la data di nascita.

2.2 DEFINIZIONE DEL CASO

Le cliniche forniscono dati per tutti i casi gestiti in regime stazionario nel corso del periodo di rilevamento nei reparti destinati alla psichiatria infantile e adolescenziale. Nell'A è riportata una regola per la distinzione di casi ambulatoriali e ospedalieri.

La definizione del caso corrisponde a quella dell'Ufficio federale di statistica (UST), così come illustrata nel concetto dettagliato per la statistica medica. Un'unità di rilevamento

rappresenta un caso di cura. Dall'anno di misurazione 2026, la definizione del caso include la composizione di casi secondo TARPSY/SwissDRG AG (vedi regole e definizioni sul conteggio dei casi).

Le misurazioni nazionali della qualità nella psichiatria infantile e adolescenziale esclude i casi inerenti alla psichiatria per adulti. La distinzione al riguardo non si basa sull'età, bensì sull'istituto partecipa (clinica/reparto di psichiatria infantile e adolescenziale (tutti i casi) o clinica/reparto di psichiatria per adulti (nessun caso)).

3 STRUTTURA E FORMATO DEI DATI

3.1 PRINCIPI FONDAMENTALI

- I dati vengono rilevati a livello di caso.
- Le date sono indicate nel formato AAAAMMGG.
- Le ore sono indicate nel formato HHMM.
- I dati SpiGes devono essere forniti in formato 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 DATI ANQ

Le cliniche rilevano quattro tipi di dati di misurazione, che vengono forniti all'istituto di analisi (w hoch 2) in quattro file separati oppure in un unico file Excel contenente quattro 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, ogni riga deve contenere il numero di identificazione inequivocabile del caso interno alla sede (nome della variabile: finora «FID», ora «fall_id»). Ciò corrisponde al fall_id presente nel file di dati SpiGes.

3.3.1 HoNOSCA (ammissione e dimissione)

L'HoNOSCA viene rilevato per la prima volta entro due settimane dall'ammissione. Il rilevamento concerne i sette giorni precedenti. Il secondo HoNOSCA va rilevato al più tardi tre giorni dopo la dimissione. Occorre rispettare un intervallo di almeno 24 ore tra la misurazione all'ammissione e quella alla dimissione. Il rilevamento dell'HoNOSCA alla dimissione fa riferimento ai sette giorni precedenti la dimissione o, se è trascorso meno tempo, al periodo trascorso dall'ultimo rilevamento. Maggiori informazioni e le direttive sul rilevamento dell'HoNOSCA si trovano nel manuale dell'ANQ. Sul sito dell'ANQ sono inoltre consultabili i glossari e i punteggi.

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

- le caselle 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica;
- la terza casella contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso (fall_id);
- la quarta casella specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione o alla dimissione oppure a un altro momento;
- le caselle 5 e 6 motivano un eventuale mancato rilevamento. Considerato che l'HoNOSCA è un rilevamento da parte di terzi, questa eventualità non dovrebbe però verificarsi;
- la settima casella contiene la data del rilevamento (o la data del motivo in caso di *dropout*);
- le caselle 8-20 contengono i valori dei tredici item dell'HoNOSCA (viene rilevata solo la sezione A del questionario).

Nell'A si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.3.2 HoNOSCA-SR (ammissione e dimissione)

L'HoNOSCA-SR viene rilevato per la prima volta entro 72 ore dall'ammissione. Il rilevamento concerne i sette giorni precedenti. Prima della dimissione, occorre rilevare il secondo HoNOSCA-SR. Occorre rispettare un intervallo di almeno 24 ore tra la misurazione all'ammissione e quella alla dimissione. Il rilevamento dell'HoNOSCA-SR alla dimissione fa riferimento ai sette giorni precedenti la dimissione o, se è trascorso meno tempo, al periodo trascorso dall'ultimo rilevamento. Maggiori informazioni e le direttive sul rilevamento dell'HoNOSCA-SR si trovano nel [manuale dell'ANQ](#).

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

- le caselle 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica;
- la terza casella contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso (fall_id);
- la quarta casella specifica se il rilevamento si riferisce all'ammissione o alla dimissione;
- le caselle 5 e 6 motivano un eventuale mancato rilevamento;

- la settima casella contiene la data del rilevamento (o la data del motivo in caso di *drop-out*);
- le caselle 8-20 contengono i valori dei tredici item dell'HoNOSCA-SR.

Nell'A si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

3.3.3 EFM (rilevamento continuo)

Vengono rilevate tutte le misure restrittive della libertà adottate durante la cura. Motivi di *drop-out* non sono quindi contemplati. 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), vanno rilevate separatamente. Il rilevamento delle misure restrittive della libertà avviene secondo le direttive dell'ANQ riportate nel [manuale](#).

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

- le caselle 1 e 2 identificano il tipo di dati e la clinica;
- la terza casella contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso (*fall_id*);
- la quarta 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;
- le caselle 7 e 8 contengono informazioni sulla data e l'ora della fine della misura. Per la medicazione forzata non occorre inserire alcuna indicazione.

Tutte le misure restrittive della libertà vengono rilevate nello stesso formato con data e ora di inizio e fine del provvedimento. Soltanto per la medicazione forzata non vengono registrate la data e l'ora di fine.

Nell'A si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

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

Per approfondire altre questioni specifiche, le cliniche possono fornire fino a un massimo di due variabili supplementari a scelta. Si può per esempio indicare in quale reparto è stato trattato ogni caso così da poter poi svolgere analisi comparative. Una delle due variabili può essere utilizzata per indicare un numero inequivocabile di identificazione delle persone (PID) che, se documentato in moniQ, permette di analizzare le riammissioni.

Per ogni caso concluso, il set di dati contiene una riga con al minimo due e al massimo tre colonne:

- la casella 1 contiene il numero di identificazione inequivocabile del caso (*fall_id*);

- la casella 2 contiene le informazioni sulla prima variabile supplementare scelta;
- la casella 3 contiene le informazioni sulla seconda variabile supplementare scelta.

Nell'A si trova una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili.

4 SOFTWARE PER IL RILEVAMENTO DEI DATI E L'ESPORTAZIONE

I dati per la misurazione comparativa nazionale devono essere messi a disposizione dalle cliniche in forma digitale. Visto che nelle cliniche vengono utilizzati sistemi informatici molto differenti, è possibile adottare procedure diverse. La definizione dei dati deve comunque essere rispettata. L'implementazione di una routine di esportazione nel sistema informatico delle cliniche da parte degli offerenti dei software è la soluzione più immediata e meno soggetta a errori.

5 SCADENZE PER LA FORNITURA DEI DATI

La data definitiva per la fornitura dei dati è il 7 marzo. I giorni di riferimento per le consegne devono in ogni caso essere rispettati. Servono sempre i dati di tutti i pazienti dimessi nel periodo di rilevamento. Secondo il metodo usato per l'esportazione, i dati possono essere forniti in una delle varianti seguenti:

- dati di tutti i pazienti dimessi durante il periodo di rilevamento in questione;
- dati di tutti i pazienti ricoverati a partire dall'1.7.2012;
- dati di tutti i pazienti attivi durante il periodo di rilevamento in questione.

6 PLAUSIBILIZZAZIONE DEI DATI E POSSIBILITÀ DI CORREZIONE

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

Con il dashboard moniQ vi è la possibilità di caricare i dati sul server già dalla primavera dell'anno di misurazione in corso al fine di ottenere un riscontro immediato sulla loro qualità e di procedere a eventuali correzioni del formato. Ciò consente di apportare i miglioramenti necessari prima di inviare definitivamente i dati all'istituto di analisi.

Nell'istituto di analisi, vengono svolti altri controlli dettagliati che mirano in particolare a identificare anche valori errati e non plausibili.

7 PROTEZIONE DEI DATI

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

Per una maggiore sicurezza, occorre badare a che all'istituto di analisi non vengano inviati dati che consentano di risalire all'identità della persona in questione, come il numero AVS o la data di nascita. È importante essere prudenti soprattutto con le variabili che presentano un'ampia libertà di formattazione, come quelle facoltative.

8 TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ISTITUTO DI ANALISI

I dati vengono trasmessi all'istituto di analisi w hoch 2 tramite il dashboard moniQ. A tale scopo, una persona responsabile per ogni sede riceve un link per registrarsi. La persona responsabile può effettuare il login utilizzando il suo indirizzo e-mail e una password di sua scelta, e caricare i dati sul server durante tutto l'anno. Nel dashboard è disponibile un riscontro immediato sulla correttezza del formato e sulla qualità dei dati. Dopo aver effettuato le eventuali correzioni, si può semplicemente caricare un nuovo set di dati sul dashboard. I dati precedentemente caricati vengono automaticamente sovrascritti. In una seconda fase, il set di dati finale deve essere trasferito definitivamente dal dashboard alla w hoch 2 entro il 7 marzo.

ANNESSO

Tabelle da fornire obbligatoriamente dal file di dati SpiGes	9
Variabili set di dati PH (riga HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione)	10
Variabili set di dati PS (riga HoNOSCA-SR all'ammissione e alla dimissione)	11
Variabili set di dati FM (misura restrittiva della libertà per ogni riga)	13
Variabili set di dati ZV (variabile supplementare opzionale; riga per caso)	13
Distinzione ospedaliero/ambulatoriale	14

Tabelle da fornire obbligatoriamente dal file di dati SpiGes

NOME
Dati amministrativi
Diagnosi
Psichiatria
Trasferimento paziente

Tabella 1: Dati SpiGes obbligatori per l'ANQ

Variabili set di dati PH (riga HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione)

N.:	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	PH	PH	
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 misurazione (ammissione/dimissione)	N (1)	1	1; 2; 3	1=ammissione 2=dimissione 3=altro (né ammissione né dimissione)
5	Codice drop-out	N (1)	0	0; 1; 2	0=nessun drop-out (valore standard) 1=dimissione entro 24 ore dalla misurazione HoNOSCA all'ammissione 2=altro
6	Specifica per altri motivi di drop-out	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della mancata compilazione		Da utilizzare solo in casi eccezionali
7	Data del rilevamento dell'HoNOSCA (AAAAMMGG)	N (8)	20130601		In caso di drop-out è necessario inserire la data di quando si è verificato il motivo.
8	H1 - comportamenti disturbanti, asociali o aggressivi	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
9	H2 - problemi con iperattività, attenzione e concentrazione	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
10	H3 - comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
11	H4 - problemi con l'abuso di alcol, droghe e solventi	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
12	H5 - problemi a livello di capacità scolastiche o di linguaggio	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
13	H6 - problemi di malattia somatica o di disabilità fisica	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.

14	H7 – problemi legati ad allucinazioni, deliri o percezioni abnormi	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
15	H8 – problemi con sintomi somatici non organici	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
16	H9 – problemi con sintomi della sfera emotiva o a essa correlati	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
17	H10 – Problemi nelle relazioni con coetanei	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
18	H11 – problemi a livello di cura di sé e di autonomia	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
19	H12 – problemi con la vita familiare e le relazioni	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.
20	H13 – scarsa partecipazione scolastica	N (1)	2	0-4; 9	9=non noto/non applicabile Se drop-out, lasciare vuoto.

Tabella 2: variabili set di dati PH (riga HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione)

Variabili set di dati PS (riga HoNOSCA-SR all'ammissione e alla dimissione)

N.:	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	PS	PS	
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 misurazione (ammissione/dimissione)	AN (1)	1	1; 2	1=ammissione, 2=dimissione
5	Codice drop-out	N (1)	0	0-8	0=nessun drop-out (valore standard) 1=rifiuto paziente 2=lingua 3=paziente troppo malato 4=decesso 5=paziente troppo giovane 6=dimissione entro 24 ore dalla misurazione HoNOSCA-SR all'ammissione 7=dimissione imprevista o mancato ritorno dopo un congedo

					8=altro (da utilizzare solo in casi eccezionali)
6	Specifica per altri motivi di drop-out	AN (40)	Testo libero per spiegare il motivo della mancata compilazione		Se codice drop-out = 8
7	Data del rilevamento dell'HoNOSCA-SR (AAAAMMGG)	N (8)	20130601		In caso di drop-out è necessario inserire la data di quando si è verificato il motivo.
8	H1 - comportamenti disturbanti, asociali o aggressivi	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
9	H2 - problemi con iperattività, attenzione e concentrazione	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
10	H3 - comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
11	H4 - problemi con l'abuso di alcol, droghe e solventi	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
12	H5 - problemi a livello di capacità scolastiche o di linguaggio	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
13	H6 - problemi di malattia somatica o di disabilità fisica	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
14	H7 - problemi legati ad allucinazioni, deliri o percezioni abnormi	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
15	H8 - problemi con sintomi somatici non organici	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
16	H9 - problemi con sintomi della sfera emotiva o a essa correlati	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
17	H10 - problemi nelle relazioni con coetanei	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
18	H11 - problemi a livello di cura di sé e di autonomia	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.

19	H12 – problemi con la vita familiare e le relazioni	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.
20	H13 – scarsa partecipazione scolastica	N (1)	2	0-4	Se drop-out, lasciare vuoto.

Tabella 3: variabili set di dati PS (riga HoNOSCA-SR all'ammissione e alla dimissione)

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

N.:	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	VALORI	OSSERVAZIONI
1	Genere di record	AN (2)	FM	FM	
2	burnr	AN (8)	70611111		
3	Numero inequivocabile di identificazione del caso fall_id	AN (16)	1122334455		Numero del caso interno alla clinica
4	Genere di misura restrittiva della libertà	N (1)		1-4	1=isolamento 2=immobilizzazione 3=medicazione forzata orale 4=medicazione forzata con iniezione
5	Data della misura restrittiva della libertà (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		
6	Ora di inizio della misura restrittiva della libertà (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	
7	Data della fine della misura restrittiva della libertà (AAAAMMGG)	N (8)	20120601		Tutte le misure tranne la medicazione forzata
8	Ora della fine della misura restrittiva della libertà (hhmm)	N (4)	0830	0000-2400	Tutte le misure tranne la medicazione forzata

Tabella 4: variabili set di dati FM (misura restrittiva della libertà per ogni riga)

Variabili set di dati ZV (variabile supplementare opzionale; riga per caso)

N.:	DESCRIZIONE	FORMATO	ESEMPIO	VALORI	OSSERVAZIONI
1	Numero inequivocabile di 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 5: variabili set di dati ZV (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 svizzero, 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).

Il criterio «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 «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 in cliniche di notte o di giorno nell'ambito della psichiatria e le degenze ripetute nell'ambito di altri settori di prestazione medica e terapeutica, come ad esempio chemioterapia o radioterapia, dialisi, cura del dolore su base ospedaliera o fisioterapia, sono considerate come cura ambulatoriale. Il criterio «Decesso» chiarisce se il paziente è deceduto.

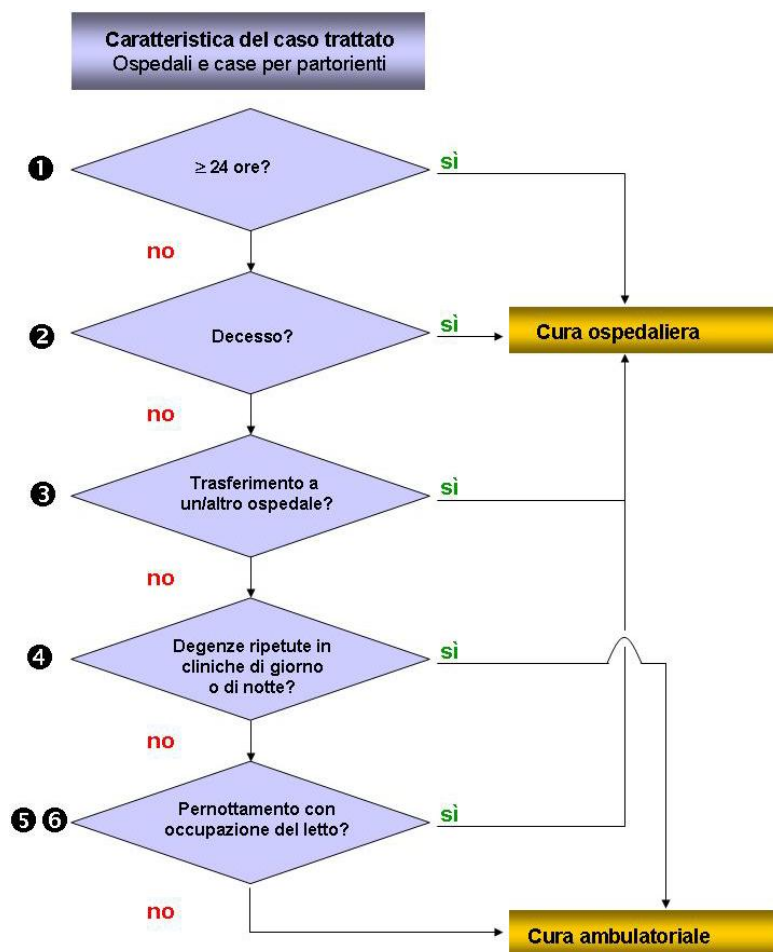


Figura 1: procedura decisionale ospedaliero o ambulatoriale

Commenti ai criteri di limitazione

Il criterio 1 « ≥ 24 ore» significa che il paziente resta almeno 24 ore in ospedale o in una casa per partorienti.

Il criterio 2 «Decesso» chiarisce se il paziente è deceduto.

Il criterio 3 «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 4 «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 in cliniche di notte o di giorno nell'ambito della psichiatria e le degenze ripetute nell'ambito di altri settori di prestazione medica e terapeutica, come ad esempio chemioterapia o radioterapia,

dialisi, cura del dolore su base ospedaliera o fisioterapia, sono considerate come cura ambulatoriale.

Il criterio 5 «Notte» viene rilevato e registrato secondo la regola del censimento a mezzanotte. Il criterio risulta cioè soddisfatto se un paziente è presente nell'ospedale o in case per partorienti a mezzanotte (00:00).

Il criterio 6 «Occupazione di un letto» subentra non appena un paziente occupa un letto di un reparto di cura. La cura di pazienti che usufruiscono esclusivamente del pronto soccorso tanto di giorno, quanto di notte è considerata ambulatoriale.

I criteri 5 «Notte» e 6 «Occupazione di un letto» non sono separabili. In altre parole, per poter essere registrata e fatturata come cura ospedaliera, la cura di una durata inferiore alle 24 ore deve adempiere i criteri «Pernottamento» e «Occupazione del letto».