



Statistica degli stabilimenti sanitari ospedalieri

Statistica ospedaliera

Progetto dettagliato

Sommario

1	Introduzione	4
2	Revisione della statistica ospedaliera 2010	6
2.1	Motivazione della revisione	6
2.2	Obiettivi generali	6
2.3	Analisi dei bisogni	6
3	Basi giuridiche	8
4	Organizzazione della rilevazione dei dati	9
4.1	Portata e forma della rilevazione	9
4.1.1	Definizione di ospedale.....	9
4.1.2	Definizione di casa per partorienti	9
4.1.3	Unità di rilevazione	9
4.1.4	Classificazione	10
4.1.5	Registrazione dei dati	10
4.2	Compiti dei partner della rilevazione	10
4.2.1	Ufficio federale di statistica UST.....	10
4.2.2	Cantoni.....	10
4.2.3	Stabilimenti	11
4.3	Svolgimento della rilevazione	11
4.4	Date importanti	12
4.5	Protezione dei dati e accesso ai dati	12
4.5.1	Sicurezza dei dati	12
4.5.2	Trasmissione dei dati per scopi statistici	13
4.5.3	Trasmissione dei dati per scopi amministrativi	13
4.6	Pubblicazione e analisi statistiche	13
5	Descrizione delle variabili della rilevazione	15
5.1	Dati generali dello stabilimento ospedaliero	16
5.1.1	Tipo di attività.....	16
5.1.2	Identificazione dello stabilimento	17
5.1.3	Forma giuridica	18
5.1.4	Forme giuridiche ed enti responsabili degli ospedali.....	18
5.1.5	Imprese controllate dallo Stato	19
5.1.6	Sedi e offerta	20
5.1.7	Status dell'ospedale.....	20
5.1.8	Tipo di contributo pubblico.....	20
5.1.9	Prestazioni di pubblica utilità e altre prestazioni.....	21
5.1.10	Calcolo degli equivalenti a tempo pieno	22
5.1.11	Persona di riferimento.....	23
5.1.12	Osservazioni all'attenzione del Cantone o dell'UST	23

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.2	Dati generali prestazioni e assistenza	23
5.2.1	Assistenza nell'ambito della lungodegenza	23
5.2.2	Infrastruttura medico-tecnica	24
5.3	Dati generali personale	25
5.3.1	Personale interno	25
5.3.2	Personale esterno	25
5.3.3	Scheda individuale	26
5.3.4	Global Location Number (GLN)	26
5.3.5	Anno di nascita	26
5.3.6	Sesso	26
5.3.7	Funzione	27
5.3.8	Grado di occupazione	27
5.3.9	Centro di prestazione	28
5.3.10	Sede principale	29
5.3.11	Origine del diploma	29
5.3.12	Personale in formazione	29
5.3.13	Nazionalità	30
5.4	Dati generali finanziari e di esercizio	30
5.4.1	Contabilità finanziaria	31
5.4.2	Risultato annuale	32
5.4.3	Aggiustamenti	33
5.4.4	Contabilità dei salari e degli onorari per prestazioni mediche diagnostiche e terapeutiche	35
5.4.5	Contabilità delle immobilizzazioni	36
5.5	Prestazioni e assistenza	39
5.5.1	Cure ospedaliere	39
5.5.2	Consulti ambulatoriali	40
5.5.3	Letti	40
5.6	Dati finanziari e di esercizio	41
5.6.1	Contabilità per unità finali di imputazione (costi)	41
5.6.2	Contabilità per unità finali di imputazione (ricavi)	44
5.7	Confronto delle variabili della statistica ospedaliera 1997 e 2010	46
	Bibliografia	48
	Elenco delle abbreviazioni	49
	Elenco degli allegati	50

1 Introduzione

Dal 1997, l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva ogni anno informazioni presso gli stabilimenti ospedalieri svizzeri nell'ambito della statistica ospedaliera (SO). Basata sulla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ e sulla legge sulla statistica federale (LStat)², questa rilevazione totale obbligatoria ha sostituito, assieme alla statistica medica (SM), alla statistica degli stabilimenti medico-sociali (SOMED) e alla statistica dei costi economici per caso diagnosticato, la statistica degli stabilimenti sanitari stazionari compilata dall'associazione mantello degli ospedali (VESKA) in collaborazione con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I dati della statistica ospedaliera possono essere messi a disposizione degli organi designati dalla legge³ in forma non anonimizzata ai fini dell'adempimento dei rispettivi mandati giuridici in virtù dell'articolo 59a capoverso 3 LAMal. La statistica ospedaliera non è quindi solo uno strumento di documentazione statistica per la politica, la scienza e il pubblico, bensì anche parte integrante della pianificazione, della direzione e del controllo amministrativo del settore sanitario svizzero.

La rilevazione è effettuata in collaborazione con le autorità cantonali, che controllano, se necessario ritornano al mittente e inoltrano all'UST i dati inviati dagli stabilimenti. I dati sono rilevati mediante un'applicazione web e salvati a livello centrale presso l'Ufficio federale dell'informatica e della telecomunicazione (UFIT). Durante l'intero processo di rilevazione restano fisicamente nello stesso luogo: a essere trasmessi sono solo i diritti di accesso. Tutte le persone partecipanti alla valutazione e successivamente all'analisi sottostanno alle disposizioni della legge federale sulla protezione dei dati (LPD)⁴. La sicurezza dei dati, e segnatamente il collegamento Internet sicuro, è di competenza dell'UFIT.

In seguito alla rapida evoluzione del settore sanitario, i dati rilevati dal 1997 si sono rivelati ben presto insufficienti a coprire i bisogni dei decisori politici e degli organi amministrativi, imponendo la rilevazione di nuove informazioni. Con l'entrata in vigore dell'ordinanza 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)⁵ nonché la revisione della LAMal, valevole dal 1° gennaio 2009, e le ordinanze corrispondenti sono state create le basi giuridiche necessarie a tale scopo. La raccolta di nuovi dati si era fatta sentire anche nel quadro della partecipazione della Svizzera a varie statistiche internazionali di Eurostat e dell'OCSE.

L'UST ha pertanto riveduto il contenuto della statistica ospedaliera nell'intento di soddisfare tutte le nuove disposizioni giuridiche. A partire dai dati relativi al 2010 sono così state integrate nella statistica le case per partorienti, create le basi scientifiche per i confronti tra gli stabilimenti previsti dalla legge nonché ampliati i dati finanziari e di esercizio. L'interpretazione dei testi di legge nonché la concretizzazione dei bisogni sono avvenuti in collaborazione con gli utilizzatori e i produttori dei dati nell'ambito di un gruppo di accompagnamento.

Nel 2013, nell'ambito di una revisione parziale sono stati integrati nella statistica ospedaliera le sedi esclusivamente ambulatoriali. Inoltre è stata ampliata la parte concernente il personale esterno, sono stati rilevati i Global Location Number (GLN) e i consulti ambulatoriali ed è stato introdotto il numero di esami delle apparecchiature medico-tecniche.

¹ RS 832.10.

² RS 431.01.

³ Segnatamente l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), il Sorvegliante federale dei prezzi, l'Ufficio federale di giustizia (UFG), i Cantoni, gli assicuratori nonché gli organi menzionati all'art. 84a LAMal.

⁴ RS 235.1.

⁵ RS 832.104..

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Successivamente, su richiesta dei partner vi sono state altre modifiche contenutistiche riguardanti i medici assistenti, la definizione degli equivalenti a tempo pieno, lo status giuridico-economico e le indicazioni in merito alle sedi. A partire dai dati del 2019, la statistica ospedaliera si basa sulla quarta versione del manuale REKOLE di H+ e sulle Direttive di contabilizzazione e piano contabile

2 Revisione della statistica ospedaliera 2010

2.1 Motivazione della revisione

La revisione della statistica ospedaliera, realizzata dal 1998 (dati 1997), è stata dettata dai seguenti motivi:

- Entrata in vigore dell'OCPre nel 2003: sono stati dichiarati obbligatori per gli stabilimenti vari strumenti della contabilità finanziaria per il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni.
- Revisione della LAMal nel 2009: l'introduzione dei forfait per caso in ambito stazionario ha imposto una modifica della pianificazione dei bisogni nel settore sanitario.
- Revisione dell'OCPre nel 2009: la contabilità delle immobilizzazioni è stata integrata quale strumento di registrazione dei costi.
- Evoluzione del sistema sanitario: parti del vecchio questionario non corrispondevano più ai bisogni (degli utilizzatori amministrativi dei dati).

2.2 Obiettivi generali

La revisione della statistica ospedaliera doveva tener conto sia delle basi giuridiche mutate che dell'evoluzione del sistema sanitario nazionale. La revisione della statistica ospedaliera si prefiggeva i seguenti obiettivi:

- Assicurare la corrispondenza con le disposizioni giuridiche rivedute.
- Garantire una rilevazione delle indicazioni previste dall'OCPre concernenti la trasparenza dei costi e delle prestazioni con un carico di lavoro supplementare minimo per i produttori di dati.
- Evitare rilevazioni multiple delle stesse informazioni tra le varie statistiche sanitarie ospedaliere dell'UST.
- Razionalizzare e ottimizzare il processo di produzione attraverso l'introduzione di una rilevazione via applicazione web.

Gli obiettivi dell'attuale e futura statistica ospedaliera sono i seguenti:

- Offrire una panoramica completa dell'offerta di prestazioni, dell'infrastruttura, dei dati finanziari e dell'effettivo di personale degli stabilimenti.
- Evidenziare le trasformazioni strutturali dell'offerta e delle prestazioni.
- Osservare l'andamento dei costi.
- Consentire confronti regionali, cantonali e sovracantonali tra gli stabilimenti, in particolare a livello di economicità e qualità delle prestazioni.
- Mettere a disposizione le basi necessarie per la collaborazione intercantonale nell'ambito della pianificazione dell'assistenza ospedaliera.
- Mettere a disposizione dati e indicatori per la ricerca scientifica o altre statistiche.
- Mettere a disposizione dati e indicatori per organizzazioni internazionali e confronti tra Paesi.

2.3 Analisi dei bisogni

Per la revisione è stato costituito un gruppo di accompagnamento composto da rappresentanti degli utilizzatori e dei produttori di dati. Questo contatto diretto ha consentito di tener conto dei loro bisogni e di elaborare soluzioni. Il gruppo di accompagnamento ha inoltre consigliato e affiancato l'UST su contenuti tecnici.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Il gruppo di accompagnamento era composto dai rappresentanti dei partner seguenti:

- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)
- Sorveglianza dei prezzi
- direzioni cantonali della sanità e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- uffici cantonali di statistica e Conferenza svizzera degli uffici regionali di statistica Svizzera (CORSTAT)
- stabilimenti ospedalieri e H+ Gli Ospedali Svizzeri
- santésuisse, gli assicuratori malattia svizzeri

In una prima fase, il gruppo di accompagnamento si è riunito a più riprese per analizzare i bisogni. Le decisioni elaborate sono state presentate in un progetto generale.

In una seconda fase sono stati svolti colloqui bilaterali tra i partner della revisione e l'UST volti a trasporre i grandi obiettivi della revisione definiti in precedenza in un catalogo di domande. In quest'ambito hanno svolto un ruolo centrale i colloqui avuti con H+ e l'UST.

Durante il processo di revisione, in qualità di istanza di controllo, l'UFSP ha elaborato delle ordinanze concernenti la revisione della LAMal, entrate in vigore il 1° gennaio 2009.

Rappresentando gli interessi degli ospedali svizzeri, H+ sa quali informazioni sono registrate dagli ospedali indipendentemente dalle statistiche sanitarie federali e in quale forma sono utilizzate internamente. L'armonizzazione delle variabili con le informazioni contabili degli ospedali non solo riduce l'onere dei produttori di dati conformemente al principio 9 del Codice delle statistiche europee⁶ (Onere non eccessivo sui rispondenti), ma garantisce anche una maggior qualità dei dati.

Le decisioni prese nell'ambito del gruppo di accompagnamento sono state sottoposte anche a una verifica della conformità al diritto, in modo da soddisfare l'obbligo d'informazione degli stabilimenti sancito dalla LAMal.

Gli ambienti interessati hanno avuto la possibilità di partecipare alla revisione in occasione di due tornate di consultazione e il catalogo di domande è stato sottoposto a una verifica della sua applicabilità nel quadro di una fase pilota.

⁶Statistiche europee: Codice delle statistiche europee per le autorità statistiche nazionali e comunitarie.

3 Basi giuridiche

Oltre alle basi giuridiche conformemente alla LStat, la statistica ospedaliera deve soddisfare anche le disposizioni della LAMal. L'articolo 59a LAMal incarica l'UST di rilevare i dati di cui necessitano le autorità competenti per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della LAMal relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. L'adempimento dell'articolo 59a LAMal e delle ordinanze corrispondenti costituisce la cosiddetta utilizzazione amministrativa dei dati della statistica ospedaliera.

All'articolo 23 LAMal, l'UST è incaricato di elaborare le basi statistiche per valutare il funzionamento e gli effetti della LAMal, a complemento dell'articolo 3 LStat. Per il trattamento dei dati si rimanda espressamente alle disposizioni della LStat. L'utilizzazione dei dati ai sensi dell'articolo 23 LAMal e della LStat serve allo scopo statistico.

I fornitori di prestazioni (persone fisiche e giuridiche) sono tenuti a fornire le informazioni richieste per entrambi gli scopi (amministrativo e statistico).

Vista l'intenzione di comparare i singoli stabilimenti, disciplinata a livello di ordinanza (art. 2 OCPre), la base di dati deve essere strutturata in modo da consentire confronti corretti. Tra l'atto giuridico dell'autodichiarazione per scopi amministrativi e la normalizzazione intesa come metodo di rilevazione scientifico possono sorgere conflitti d'interesse. Grazie al nuovo questionario elaborato accuratamente con l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), rispondendo alla maggior parte delle domande della statistica ospedaliera la persona interrogata adempie entrambi gli obblighi di dichiarazione. Per talune variabili, un'utilizzazione statistica richiederebbe una rilevazione normalizzata⁷, il che è tuttavia inconciliabile con le disposizioni dell'OCPre. Per l'utilizzazione statistica, queste informazioni sono quindi determinate in modo unitario in base ad altri valori dichiarati, scientificamente ineccepibili.

Basi giuridiche per l'utilizzazione statistica:

- Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal ; RS 832.10).
- Legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat ; RS 431.01).
- Ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali (Ordinanza sulle rilevazioni statistiche ; RS 431.012.1).
- Ordinanza del 30 giugno 1993 sull'organizzazione della statistica federale (RS 431.011).
- Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD ; RS 235.1).

Importanti basi giuridiche per l'utilizzazione amministrativa (elenco non esaustivo):

- Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal ; RS 832.10).
- 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 ; RS 832.104).
- Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal ; RS 832.102).
- Legge federale del 20 dicembre 1985 sulla sorveglianza dei prezzi (LSPR ; RS 942.20).
- Varie leggi e ordinanze cantonali.

⁷ Nell'ottica della comparabilità nazionale e internazionale richiesta all'art. 10 cpv. 2 LStat.

4 Organizzazione della rilevazione dei dati

La rilevazione dei dati rientra sostanzialmente nella sfera di competenza dell'UST⁸, ma è delegata ai Cantoni che assicurano la realizzazione concreta negli stabilimenti del loro territorio⁹. Oltre a mettere a disposizione le risorse umane e finanziarie necessarie, i Cantoni hanno il compito di assicurare la trasmissione delle informazioni all'UST.

4.1 Portata e forma della rilevazione

La statistica ospedaliera è una rilevazione totale obbligatoria realizzata con la partecipazione dei Cantoni¹⁰ presso tutti gli stabilimenti ospedalieri e le case per partorienti. La rilevazione è condotta annualmente e si riferisce ai dati di un intero esercizio.

4.1.1 Definizione di ospedale

Secondo l'articolo 39 capoverso 1 LAMal, per ospedali s'intendono gli stabilimenti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione. Tutti gli ospedali sono tenuti a comunicare gratuitamente all'UST le informazioni richieste dalla statistica ospedaliera, indipendentemente dal fatto che figurino su un elenco ospedaliero cantonale o che abbiano stipulato un contratto con gli assicuratori per la fatturazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)¹¹.

In maniera più generale gli ospedali si riconoscono dal fatto di assicurare 24 ore su 24 trattamenti, cure e diagnosi stazionarie e ambulatoriali in appositi locali ad opera di personale qualificato e sotto direzione medica.

4.1.2 Definizione di casa per partorienti

Per case per partorienti s'intendono gli stabilimenti che offrono un'assistenza globale a donne incinte e coppie durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale. Si distinguono in particolare per la loro indipendenza rispetto a istituzioni cliniche. La direzione ostetrica è assunta di norma da levatrici e i servizi offerti possono essere completati da altre prestazioni grazie a una collaborazione con specialisti in ambito medico e psicosociale. Tutte le case per partorienti sono tenute a comunicare gratuitamente all'UST le informazioni richieste dalla statistica ospedaliera¹².

4.1.3 Unità di rilevazione

Per la rilevazione della statistica ospedaliera si applica il principio secondo cui gli ospedali e le case per partorienti (cfr. cap. 4.1.1 e 4.1.2) devono compilare un questionario per ogni stabilimento, inteso quale unità giuridica. Se un ospedale dispone di più sedi, i dati richiesti corrispondono alla somma di tutte le sedi dichiarate (cfr. cap. 5.1.6). Nella statistica ospedaliera, le informazioni sono suddivise per tipo di attività e non per sede. Nella statistica medica e nella rilevazione dei dati dei pazienti del settore

⁸ Art. 59a cpv. 3 e art. 23 cpv. 1 LAMal.

⁹ Allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche.

¹⁰ Allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche.

¹¹ Art. 23 cpv. 2 e art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal.

¹² Art. 23 cpv. 2 e art. 35 cpv. 2 lett. i LAMal.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

ambulatoriale ospedaliero, invece, i dati relativi ai pazienti sono suddivisi per sede. Salvo se espressamente richiesto, non è prevista una differenziazione delle informazioni secondo la sede.

Sono possibili deroghe a questo principio se la legislazione cantonale prevede una registrazione secondo la sede geografica o se il Cantone e lo stabilimento si accordano su una registrazione più dettagliata nell'interesse pubblico. In questi casi, un'unità giuridica riceve più questionari da compilare.

4.1.4 Classificazione

Per poter effettuare i confronti tra gli stabilimenti previsti dalla legge¹³ in base ai dati della statistica ospedaliera, gli stabilimenti sono suddivisi in funzione della loro offerta di prestazioni. L'attribuzione del tipo di attività («cure acute», «psichiatria», «riabilitazione/geriatria», «casa per partorienti») mostra le prestazioni fornite dallo stabilimento (cfr. cap. 5.1.1).

La classificazione è completata dalle caratteristiche supplementari descritte nel quadro dell'attuale tipologia degli ospedali. Per poter garantire la comparabilità dei dati degli stabilimenti ospedalieri e delle case per partorienti con i dati di altre statistiche federali, all'attività economica degli ospedali è attribuito il codice NOGA corrispondente (cfr. cap. 5.1.2).

4.1.5 Registrazione dei dati

I dati vanno trasmessi all'UST mediante l'applicazione web messa a disposizione. Gli stabilimenti e i Cantoni provvedono essi stessi all'infrastruttura tecnica necessaria a tal fine¹⁴.

Ai produttori di statistiche cantonali è offerta la possibilità di completare le informazioni richieste nell'ambito della statistica ospedaliera con un file cantonale o di realizzare una propria rilevazione che generi le informazioni richieste dall'UST nella forma prevista. In entrambi i casi, i dati devono essere trasmessi nel formato richiesto dall'UST.

4.2 Compiti dei partner della rilevazione

L'organizzazione della rilevazione assegna ai partner i seguenti compiti:

4.2.1 Ufficio federale di statistica UST

L'UST è responsabile della tenuta dell'indirizzario centrale, del coordinamento della rilevazione dei dati nonché della registrazione, del controllo e dell'analisi dei dati per scopi statistici in tutta la Svizzera. Elabora inoltre delle proposte di classificazione degli stabilimenti.

4.2.2 Cantoni

I Cantoni notificano all'UST le chiusure e le aperture di nuovi stabilimenti. Assicurano lo svolgimento delle rilevazioni negli stabilimenti del proprio territorio di competenza. Effettuano il controllo delle risposte nonché richieste di chiarimenti e sollecitano i questionari mancanti.

¹³ Art. 2 cpv. 2 lett. b OCPRe.

¹⁴ Art. 23 cpv. 2 LAMal.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

I Cantoni si occupano inoltre della convalida dei dati (prima fase della plausibilizzazione) e sono responsabili delle analisi a livello cantonale. Trasmettono i dati convalidati all'UST mediante l'applicazione web.

Gli organi cantonali possono delegare il compito di realizzare la rilevazione ad altre istituzioni (private). Queste organizzazioni sottostanno a loro volta alla LStat e devono assicurare la protezione dei dati¹⁵.

4.2.3 Stabilimenti

Gli stabilimenti soggetti all'obbligo d'informare devono fornire tutte le informazioni richieste in modo corretto e completo¹⁶ nel questionario elettronico e trasmetterlo, entro il termine previsto, all'autorità cantonale competente mediante l'applicazione web¹⁷.

4.3 Svolgimento della rilevazione

La statistica ospedaliera è realizzata mediante un questionario elettronico, messo a disposizione nell'applicazione web. Durante l'intero processo di rilevazione, i dati sono salvati su un server dell'Ufficio federale dell'informatica e della telecomunicazione (UFIT), la cui infrastruttura assicura anche un'adeguata sicurezza dei dati. Nel corso della valutazione i diritti di accesso ai dati possono mutare. L'UST è proprietario di tutte le informazioni registrate pur non avendo accesso a tutte le fasi del processo.

La rilevazione avviene in quattro tappe:

- **Inizializzazione:** Per ogni stabilimento, l'UST registra nel sistema le informazioni che lo caratterizzano (nome, indirizzo, classificazioni, ecc.). A tal fine chiarisce con i servizi cantonali questioni inerenti alla chiusura di stabilimenti, alle classificazioni e all'unità di registrazione (unità giuridiche o sedi). Queste informazioni non potranno più essere modificate dai Cantoni o dagli stabilimenti nel corso della rilevazione.
L'UST rilascia e gestisce i diritti di accesso necessari per l'applicazione web.
- **Registrazione da parte degli stabilimenti**¹⁸: Gli stabilimenti registrano le informazioni richieste nel questionario elettronico. I dati possono essere immessi direttamente nelle tabelle del programma o importati mediante un file TXT. In questa fase hanno accesso ai dati esclusivamente gli stabilimenti. Il programma svolge le prime operazioni di plausibilizzazione e segnala eventuali anomalie con messaggi di errore e avvisi.
Al termine della registrazione dei dati, lo stabilimento trasmette il proprio file al Cantone¹⁹ e non potrà più accedervi mediante l'applicazione web. Prima può tuttavia esportare elettronicamente le informazioni immesse o stamparle su carta. La sicurezza dei dati contenuti su questi supporti è di competenza dello stabilimento.
- **Convalida da parte del Cantone:** Dopo la trasmissione del questionario al Cantone, è esclusivamente quest'ultimo ad avere accesso al file. Il Cantone plausibilizza i dati immessi e se la qualità è sufficiente li trasmette all'UST. Nella trasmissione vanno rispettate le stesse disposizioni applicate nel quadro della trasmissione stabilimento-Cantone.
Se sussistono punti poco chiari o se alcuni dati non corrispondono alla qualità richiesta, il Cantone ritorna il questionario allo stabilimento. Il processo di rilevazione torna quindi nella fase di «Registrazione da parte degli stabilimenti». Dopo il ritorno allo stabilimento, il Cantone ha

¹⁵ Art. 14-17 LStat.

¹⁶ Art. 6 cpv. 1bis LStat.

¹⁷ A meno che il servizio cantonale di rilevazione non indichi un'altra forma di rilevazione.

¹⁸ La sequenza descritta corrisponde alla procedura standard definita dall'UST. I servizi cantonali possono tuttavia rilevare i dati presso i loro stabilimenti in un altro modo, purché rispettino le disposizioni giuridiche.

¹⁹ Di fatto cambiano unicamente i diritti di accesso.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

tuttavia la possibilità di prendere visione dei dati, il che agevola la comunicazione tra i due partner.

- **Convalida da parte dell'UST:** Dopo la trasmissione dei dati all'UST, è esclusivamente quest'ultimo ufficio ad avere accesso al file mediante l'applicazione web. Analogamente alla convalida da parte del Cantone, l'UST effettua un controllo della qualità dei dati e, se necessario, ritorna il questionario al Cantone. In caso contrario, i dati sono salvati definitivamente nella banca dati.

4.4 Date importanti

La rilevazione annuale della statistica ospedaliera si svolge secondo il seguente calendario:

- 31 marzo (dell'anno successivo a quello cui si riferiscono i dati): invio dei dati degli stabilimenti ai Cantoni.
- 30 giugno: trasmissione dei dati dai Cantoni all'UST.
- Agosto e settembre: verifica dei risultati da parte dell'UST in collaborazione con i servizi cantonali competenti.
- Novembre: pubblicazione delle tabelle standard da parte dell'UST.

4.5 Protezione dei dati e accesso ai dati

La legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD) disciplina i principi della tutela della personalità e dei diritti fondamentali delle persone (fisiche e giuridiche) i cui dati sono oggetto di trattamento. I dati raccolti nell'ambito della statistica ospedaliera rientrano nel campo d'applicazione della LPD ai sensi dell'articolo 2 LPD.

L'UST ha inoltre definito i principi generali della protezione dei dati in un documento²⁰ che suddivide i dati in varie classi di protezione (classe 0: «dati fattuali», classe 1: «dati personali semplici», classe 2: «dati personali qualificati», classe 3: «dati personali degni di particolare protezione»). I dati della statistica ospedaliera rientrano nella classe 2.

4.5.1 Sicurezza dei dati

Ai sensi dell'articolo 7 capoverso 1 LPD e dell'articolo 7 dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche, i dati devono essere protetti contro ogni accesso o trattamento non autorizzato mediante provvedimenti tecnici ed organizzativi adeguati. Siccome l'UFIT si occupa sia del salvataggio dei dati che dell'applicazione web per la registrazione da parte degli stabilimenti, spetta a tale ufficio adottare i provvedimenti tecnici necessari per evitare qualsiasi accesso alla banca dati da parte di persone non autorizzate. In ciò rientra anche la trasmissione dei dati mediante un collegamento Internet sicuro. L'UFIT aggiorna costantemente il suo sistema di sicurezza.

L'accesso al questionario elettronico avviene mediante un login e una password, rilasciati e gestiti dall'UST. Spetta agli stabilimenti e ai Cantoni proteggere adeguatamente i dati di accesso ricevuti. In caso di irregolarità, occorre informare immediatamente l'UST.

Tutte le persone incaricate di svolgere lavori statistici o coinvolte nella rilevazione sono tenute a mantenere il segreto sulle informazioni di cui vengono a conoscenza²¹. Ciò vale in particolare anche per i collaboratori delle società informatiche e i dipendenti dei Cantoni²².

²⁰ Bundesamt für Statistik, Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006. (in tedesco).

²¹ Art. 14 cpv. 2 LStat.

²² Art. 17 LStat.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.5.2 Trasmissione dei dati per scopi statistici

L'UST analizza i dati della statistica ospedaliera e li pubblica in una forma che escluda qualsiasi riferimento a singole persone fisiche o giuridiche²³. Questo principio vale anche per le pubblicazioni dei servizi cantonali.

I produttori di statistiche della Confederazione possono trasmettere dati a terzi per scopi impersonali, segnatamente per la ricerca, la pianificazione e la statistica. A tal fine, l'UST prevede l'obbligo di stipulare un contratto di protezione dei dati, che garantisce il rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati²⁴. Prima della trasmissione, inoltre, i dati sono resi anonimi, per quanto lo permette lo scopo del trattamento²⁵.

4.5.3 Trasmissione dei dati per scopi amministrativi²⁶

Se una legge federale ammette espressamente un'altra utilizzazione dei dati, oltre a quella statistica, singoli dati non anonimizzati possono essere trasmessi conformemente alle disposizioni corrispondenti. L'articolo 59a capoverso 3 LAMal consente inoltre l'invio dei dati della statistica ospedaliera all'UFSP, al Sorvegliante federale dei prezzi, all'Ufficio federale di giustizia (UFG), ai Cantoni, agli assicuratori nonché agli organi menzionati all'articolo 84a LAMal. Le persone incaricate del trattamento di dati nelle istituzioni corrispondenti sottostanno alle disposizioni in materia di protezione dei dati della LPD.

I destinatari di singoli dati non anonimizzati della statistica ospedaliera possono utilizzare tali dati esclusivamente per gli scopi previsti dalla legge. Ai sensi dell'articolo 59a capoverso 3 LAMal e dell'articolo 31 OAMal, tra questi figura una pubblicazione da parte dell'UFSP.

4.6 Pubblicazione e analisi statistiche

I dati convalidati dall'UST alla fine del processo di rilevazione sono analizzati per scopi statistici e i risultati sono pubblicati secondo il programma di diffusione della sezione che può prevedere tabelle standard, newsletter, statistiche tascabili nonché analisi tematiche specifiche²⁷.

Sono rispettati i principi del Codice delle statistiche europee²⁸. I produttori statistici cantonali hanno il diritto di diffondere autonomamente i propri dati rilevati nell'ambito della statistica ospedaliera²⁹, ma devono attendere che l'UST abbia dato avvio alla propria pubblicazione.

Le pubblicazioni di analisi realizzate in base ai dati trasmessi per scopi statistici (cfr. cap. 4.5.2) devono obbligatoriamente indicare la fonte.

²³ Art. 10 dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche e art. 18 cpv. 3 LStat.

²⁴ In particolare è ammessa la pubblicazione solo in una forma che escluda qualsiasi riferimento a persone fisiche o giuridiche.

²⁵ Art. 19 cpv. 2 LStat.

²⁶ La regolamentazione giuridica descritta è in vigore dal 1° gennaio 2009 e riguarda solo i dati rilevati dall'UST a partire da tale data. Ai dati precedenti si applicano le disposizioni giuridiche precedenti.

²⁷ Art. 18 cpv. 1 LStat.

²⁸ Statistiche europee: Codice delle statistiche europee per le autorità statistiche nazionali e comunitarie.

²⁹ Art. 18 cpv. 2 LStat.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Tutte le pubblicazioni di dati statistici devono avvenire in una forma che escluda qualsiasi riferimento³⁰ a singole persone fisiche o giuridiche³¹.

Ai sensi dell'articolo 59a capoverso 3 LAMal e dell'articolo 31 OAMal, solo l'UFSP è autorizzato a pubblicare dati della statistica ospedaliera risultanti da una loro utilizzazione amministrativa (cfr. cap. 4.5.3). In tale contesto effettua una distinzione secondo i fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni.

³⁰ A tal fine è richiesto un consenso scritto dell'interessato.

³¹ Art. 18 cpv. 3 LStat.

5 Descrizione delle variabili della rilevazione

Obiettivo della statistica ospedaliera è, da un lato, quello di rendere disponibili una parte dei dati necessari secondo l'articolo 59a LAMal per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della LAMal. La forma esatta delle informazioni, per il cosiddetto utilizzo amministrativo, deve essere conforme alle disposizioni descritte nella LAMal e nelle relative ordinanze, in particolare OCPre e OAMal.

Dall'altro lato, i dati della statistica ospedaliera sono un elemento del cosiddetto utilizzo statistico stabilito nell'articolo 23 LAMal. Per poter garantire l'elaborazione dei dati prevista dall'articolo 23 capoverso 3 LAMal conformemente alle disposizioni LStat, in particolare le basi omogenee ai fini della comparabilità nazionale e internazionale previste dall'articolo 10 capoverso 2 LStat, l'UST emana istruzioni sulla forma dei dati da fornire che vanno oltre le disposizioni della LAMal e della OCPre.

Conformemente all'articolo 59a capoverso 2 e all'articolo 23 capoverso 2 LAMal sussiste l'obbligo di informazione per entrambi gli utilizzi. Se non espressamente indicato altrimenti, entrambi gli obblighi si intendono assolti con la dichiarazione unica di una variabile nel questionario dell'UST.

Il numero di capitoli di domande ai quali bisogna rispondere varia in funzione dei vari tipi di attività (cfr. cap. 5.1.1) presenti nell'ospedale e va da un minimo di due a un massimo di quattro³². Va tenuto presente che i singoli capitoli relativi a un determinato tipo di attività vanno elaborati unicamente se l'UST, dopo aver consultato il Cantone, li ha riportati per l'ospedale in questione. Le domande sui singoli tipi di attività sono identiche e vanno compilate secondo le stesse regole. Per questo motivo, nel progetto dettagliato sono spiegate una sola volta.

La suddivisione in capitoli è la seguente:

Capitolo dati generali

A. Dati generali

- Stabilimento ospedaliero
- Prestazioni e assistenza
- Personale
- Dati finanziari e di esercizio

Capitoli sui singoli tipi di attività

B. Cure acute

- B1 Prestazioni e assistenza
- B2 Dati finanziari e di esercizio

C. Psichiatria

- C1 Prestazioni e assistenza
- C2 Dati finanziari e di esercizio

D. Riabilitazione/Geriatria

- D1 Prestazioni e assistenza
- D2 Dati finanziari e di esercizio

E. Casa per partorienti

- E1 Prestazioni e assistenza
- E2 Dati finanziari e di esercizio

³² Le case per partorienti sono per definizione indipendenti dagli altri tipi di attività.

5.1 Dati generali dello stabilimento ospedaliero

Nella fase di inizializzazione della rilevazione (settembre-novembre dell'anno cui si riferiscono i dati), l'UST invia ai servizi di rilevazione cantonali le liste degli stabilimenti del relativo Cantone. Queste liste contengono indicazioni relative all'anno precedente oppure proposte (calcoli sulla tipologia, indicazioni sui registri) in merito agli stabilimenti: Cantone, ENT-ID, RIS, tipologia, tipo di attività, nome, indirizzo, NPA, luogo, numero del Comune, lingua, prima rilevazione, offerta di prestazioni ambulatoriali, offerta di prestazioni stazionarie, controllo statale, forma giuridica.

Gli uffici cantonali della sanità sono tenuti ad aggiornare anche le seguenti indicazioni sulle sedi: Cantone della sede, RIS della sede, numero della sede, nome della sede, indirizzo della sede, NPA della sede, luogo della sede, attività per sede.

Le informazioni sugli stabilimenti (5.1.1–5.1.6) sono compilate dall'UST, previa convalida da parte dei servizi di rilevazione cantonali d'intesa con gli uffici della sanità.

5.1.1 Tipo di attività

In accordo con i Cantoni, l'UST assegna i tipi di attività in base alle prestazioni fornite dagli enti ospedalieri. Mentre agli ospedali possono essere attribuiti i tipi di attività «Cure acute», «Psichiatria» e «Riabilitazione/geriatria», le case per partorienti sono rilevate attraverso un proprio tipo di attività.

I centri di prestazione medici e i centri di costo dell'UST sono attribuiti ai singoli tipi di attività nel modo seguente³³:

Cure acute:

M000	Reparti specialistici in generale, pazienti di diversi reparti
M050	Cure intense
M100	Medicina interna
M200	Chirurgia
M300	Ginecologia e ostetricia
M400	Pediatria
M600	Oftalmologia
M700	Otorinolaringoiatria
M800	Dermatologia e venereologia
M850	Radiologia medica
M960	Centro di pronto soccorso
M970	Studio medico di emergenza
M990	Altri settori di attività

Psichiatria:

M500	Psichiatria e psicoterapia
------	----------------------------

Riabilitazione / Geriatria:

M900	Geriatria e cure subacute
M950	Riabilitazione e medicina fisica

³³ L'allegato II contiene ulteriori dati sui singoli centri di prestazione medici.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

In assenza di eventi particolari, come fusioni, chiusure parziali ecc., l'assegnazione è calcolata ogni tre anni dall'UST, come spiegato di seguito, e convalidata dagli uffici cantonali della sanità.

A partire dalla SM viene calcolato il numero di casi e di giorni di cura per centro di prestazione e per stabilimento. Affinché venga formato un tipo di attività i valori devono superare il 5% del volume totale, i giorni di cura devono essere almeno 500 oppure i casi devono essere almeno 100 per le cure acute, 50 per la psichiatria e 30 per la riabilitazione/geriatria. Per i tipi di attività esclusivamente ambulatoriali, la quota minima usuale è del 5%. D'intesa con i Cantoni, i tipi di attività sono assegnati definitivamente ogni tre anni. Le case per partorienti sono assegnate in modo diverso, tenendo conto dei criteri seguenti:

- Autonomia (indipendenza da enti clinici)
- La direzione ostetrica è di esclusiva responsabilità delle levatrici
- Le prestazioni offerte sono completate attraverso una collaborazione professionale in campo medico e psicosociale
- L'appartenenza alla IGGH – CH (Associazione svizzera delle case per partorienti)

5.1.2 Identificazione dello stabilimento

Grazie ai dati relativi all'identificazione dello stabilimento è possibile collegare il questionario o il record di dati allo stabilimento.

L'**indirizzo** fornisce informazioni sul recapito postale dell'unità ospedaliera in questione. Per i centri ospedalieri multisede viene indicato il nome dell'ufficio amministrativo centrale che si occupa delle questioni concernenti l'ente giuridico in quanto tale. In realtà si può anche trattare di un indirizzo fittizio.

Il numero d'identificazione dell'impresa (ENT-ID) definisce l'impresa come unità giuridica.

Il numero del registro delle imprese e degli stabilimenti (**RIS**) consente inoltre di identificare il singolo stabilimento. Questo dato è particolarmente importante nel caso in cui un'unità giuridica debba compilare più questionari per i propri stabilimenti. In questi casi le strutture presenteranno lo stesso ENT-ID ma numeri RIS differenti.

L'UST assegna a ogni stabilimento un **codice NOGA**. Tale codice consente di classificare gli stabilimenti in tutte le statistiche della Confederazione in modo unitario in funzione dell'attività economica svolta.

La **tipologia ospedaliera**³⁴ suddivide gli stabilimenti in categorie comparabili in funzione dei criteri seguenti: NOGA, categorie FMH, volume delle prestazioni e differenziazione delle prestazioni fornite. L'UST, in collaborazione con i servizi cantonali competenti, attribuisce ogni stabilimento a un tipo.

Il **numero del Comune** e il **codice del Cantone** corrispondono a quelli delle nomenclature dell'UST. Nel caso degli **ospedali intercantonali**, alla voce «Cantone» viene indicato il Cantone della sede principale. La variabile «Cantone della sede» (cfr. 5.1.6) comprende i Cantoni interessati. Nella SO, i dati (tranne quelli riferiti al personale) non sono registrati in funzione della sede. Per attribuire i dati di questi stabilimenti intercantonali ai Cantoni interessati conformemente alla LAMal è necessaria una chiave di ripartizione, e a tal fine devono essere contattati gli uffici della sanità dei Cantoni interessati.

L'indicazione della **lingua** determina la versione linguistica del questionario che potrà essere visualizzata in un determinato stabilimento.

Il **tasso di interesse calcolatorio della contabilità delle immobilizzazioni** è prescritto per legge (art. 10a cpv. 4 OCPre) e deve essere integrato nei dati della contabilità delle immobilizzazioni. Per evitare possibili errori e sgravare gli ospedali, l'UST provvede a inserire direttamente il tasso di interesse stabilito dal Consiglio federale che viene poi visualizzato nel questionario in formato elettronico.

Infine vengono rilevati **gli anni della prima e dell'ultima rilevazione** alla quale l'ospedale ha partecipato.

³⁴ BFS, Krankenhaustypologie, Neuenburg (in tedesco).

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.1.3 Forma giuridica

Ogni unità organizzativa che compila un questionario (unità giuridica o stabilimento) è ripartita conformemente alla nomenclatura delle **forme giuridiche** dell'UST³⁵. La base delle singole categorie è costituita dalle forme giuridiche utilizzate nel Registro svizzero di commercio.

Conformemente al registro delle imprese e degli stabilimenti dell'UST vengono distinte le seguenti forme giuridiche:

Di diritto privato:

- 1 Ditta individuale
- 2 Società semplice
- 3 Società in nome collettivo
- 4 Società in accomandita
- 5 Società in accomandita per azioni
- 6 Società anonima
- 7 Società a garanzia limitata (Sagl)
- 8 Società cooperativa
- 9 Associazione
- 10 Fondazione (CCS art. 80 e segg.)

Di diritto pubblico:

- 17 Istituto di diritto pubblico
- 20 Amministrazione federale
- 21 Amministrazione cantonale
- 22 Amministrazione distrettuale
- 23 Amministrazione comunale
- 24 Amm. corporazioni, consorzi, patriziati di diritto pubblico
- 25 Chiesa riconosciuta dallo Stato
- 27 Natura giuridica estera (filiale)
- 28 Amm. o impresa pubblica estera (es. ambasciata)
- 29 Organizzazione internazionale
- 30 Impresa pubblica federale
- 31 Impresa pubblica cantonale
- 32 Impresa pubblica distrettuale
- 33 Impresa pubblica comunale
- 34 Impresa o ente pubblico di una corporazione

5.1.4 Forme giuridiche ed enti responsabili degli ospedali³⁶

Nella pianificazione ospedaliera (ovvero allestendo la lista degli ospedali) vengono presi «adeguatamente» in considerazione (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal) non soltanto gli ospedali pubblici, ma anche quelli privati. Nella pianificazione ospedaliera gli ospedali pubblici e privati vengono trattati allo stesso modo. La distinzione praticata secondo il diritto previgente tra gli ospedali sovvenzionati pubblicamente e quelli non sovvenzionati è ormai irrilevante per la pianificazione ospedaliera. Con gli ospedali che figurano nell'elenco (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal; art. 58e cpv. 2 e 3 OAMal) vengono stipulati mandati di prestazioni. Ciò significa che non vengono più finanziati gli ospedali (le istituzioni), bensì le prestazioni. Queste ultime vengono remunerate sulla base di importi forfettari (art. 49 LAMal). Gli importi forfettari, che si rifanno alle prestazioni, vengono corrisposti alle stesse condizioni, che si tratti di ospedali della lista sotto la responsabilità di enti pubblici o privati. Le remunerazioni delle prestazioni stazionarie sono assunte dal Cantone nella misura del 55% almeno e dagli assicuratori nella misura del 45% al massimo (art. 49a cpv. 2 LAMal).

Si distinguono fornitori di prestazioni di diritto pubblico, ad economia mista e di diritto privato.

³⁵ UST, Nomenclatura delle forme giuridiche, 2001.

³⁶ Walder Wyss AG, Rechtsgutachten « Neue Spitalfinanzierung und Beschaffungswesen », 2012 (in tedesco).

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Ospedali di diritto pubblico

Divisioni dell'amministrazione cantonale: Talune organizzazioni ospedaliere cantonali costituiscono una divisione dell'amministrazione cantonale.

Associazioni comunali e consorzi intercomunali: Diversi ospedali fanno capo a consorzi intercomunali o ad associazioni comunali. I consorzi intercomunali sono corporazioni di diritto pubblico con personalità giuridica e (di norma) capitale proprio. Gli ospedali che fanno capo a consorzi intercomunali sottostanno all'influenza dominante dell'ente responsabile.

Istituti di diritto pubblico: Questo tipo di attori si fondano regolarmente sulla legislazione ospedaliera cantonale. L'influenza del Cantone sui propri istituti si rifà a questa legislazione specifica. Tenendo conto dell'autonomia dell'istituto, di norma questa influenza è completa. Il Parlamento cantonale e/o il consiglio di Stato fissano il capitale di dotazione, definiscono un budget globale e formulano mandati e accordi di prestazione. L'istituto è sottoposto alla sorveglianza dell'esecutivo cantonale e alla sorveglianza e all'alta sorveglianza del legislativo cantonale. Gli organi dell'ospedale vengono nominati dall'esecutivo cantonale.

Ospedali a economia mista

Gli ospedali cantonali, in particolare, sono costituiti viepiù come società anonime miste (art. 762 CO) o società anonime ai sensi dell'articolo 620 CO. Il Cantone detiene la maggioranza del capitale azionario ed esercita secondo le disposizioni di una legge ospedaliera un'influenza dominante sulle società anonime ospedaliere.

Altre forme giuridiche di diritto privato: Vi sono ospedali che sono retti da fondazioni di diritto privato, ma sono sotto il controllo dello Stato. L'esercizio della struttura sanitaria (mandato di prestazioni, finanziamento, responsabilità ecc.) è regolato da un contratto tra il Cantone e la fondazione.

Ospedali di diritto privato

Gli ospedali privati figuranti nell'elenco sono spesso costituiti con la forma giuridica della società anonima (art. 620 CO), ma anche con quella di fondazione privata (art. 80 CC) o di associazione (art. 60 CC), sempre senza partecipazione statale.

5.1.5 Imprese controllate dallo Stato

Conformemente alla giurisprudenza europea, la categoria di imprese «controllate dallo Stato»³⁷, comprende ogni impresa nei confronti della quale i poteri pubblici possano esercitare, direttamente o indirettamente, un'influenza dominante per ragioni di proprietà, di partecipazione finanziaria o della normativa che la disciplina. È considerata influenza dominante (o controllo) quella esercitata dalla mano pubblica quando, direttamente o indirettamente:

- possiede la maggioranza del capitale sottoscritto dell'impresa (> 50 %)
oppure
- dispone della maggioranza dei diritti di voto derivanti dal possesso delle quote dell'impresa
oppure
- può scegliere oltre la metà dei membri del consiglio di amministrazione, di direzione o dell'organo di sorveglianza dell'impresa.

La seconda categoria è definita in modo analogo. Nella prassi è molto raro che vi sia una distribuzione equa delle quote di proprietà tra pubblico e privato (50/50; «controllo comune»). Pertanto, qualora questo caso si presentasse, non andrebbe registrato separatamente, bensì ascritto alla categoria «controllo privato».

³⁷ Regolamento (CE) N. 1738/2005 della Commissione del 21 ottobre 2005.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.1.6 Sedi e offerta

Un centro ospedaliero ripartito su più sedi costituisce un'unità giuridica con una direzione centrale, che organizza le proprie attività in diverse sedi geografiche. Poiché per la statistica ospedaliera di norma le indicazioni sono rilevate per unità giuridica e non per sede, sono necessarie informazioni in merito alle singole sedi geografiche e alle prestazioni erogate, in modo che i Cantoni possano garantire la pianificazione regionale.

Nella fase di avvio, i servizi cantonali di rilevazione, di concerto con gli Uffici cantonali della sanità, aggiornano i dati delle singole sedi (v. 5.1). Inoltre occorre dichiarare i tipi di attività offerti in ogni sede. Alle sedi viene attribuito un relativo numero nel registro RIS.

Le domande 5.1.7 – 5.1.12 inerenti ai «Dati generali sull'esercizio» vengono compilati a cura degli ospedali e delle case per partorienti.

5.1.7 Status dell'ospedale

Secondo le disposizioni della LAMal³⁸ i Cantoni devono effettuare una pianificazione ospedaliera conforme alle esigenze. Gli ospedali possono essere indicati sia nella lista degli ospedali del Cantone di ubicazione (**appartenenza alla lista degli ospedali del Cantone di ubicazione**) che in quella di uno o più altri Cantoni (**appartenenza alla lista degli ospedali di altri Cantoni**). L'inserimento in una lista comporta un mandato di prestazioni pubblico con relativo contributo cantonale al costo pieno del servizio (costi di gestione e di investimento).

Gli ospedali che non figurano in nessuna lista cantonale degli ospedali e non soddisfano i requisiti previsti dagli articoli 38 e 39 cpv. 1 lett. a-c riv. LAMal, possono stipulare un contratto per la remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con gli assicuratori (**contratto esistente di assicurazione per la remunerazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ospedale convenzionato)**).

La lista degli ospedali fornisce sì informazioni conclusive sugli ospedali che ottengono un rimborso parziale delle prestazioni da parte del Cantone, ma deve essere integrata con gli ospedali convenzionati per avere un quadro completo degli ospedali che possono fatturare prestazioni in base all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

Attraverso la dichiarazione del/dei **numero/i del registro dei codici creditori (RCC)** viene documentato il rapporto tra l'assicuratore malattie e il fornitore delle prestazioni.

5.1.8 Tipo di contributo pubblico

La presenza di un ospedale in una lista cantonale degli ospedali consente di stabilire se un ospedale riceve contributi pubblici oppure no, ma non fornisce indicazioni sulla forma in cui ciò accade. Oltre agli **importi forfettari riferiti alle prestazioni** (contributi cantonali al caso trattato nei settori delle cure acute, psichiatriche e riabilitative), ai **contributi per prestazioni di pubblica utilità** e alla **copertura del deficit**, il finanziamento pubblico può avvenire attraverso uno **stanziamento globale di bilancio del Cantone di ubicazione** o uno **stanziamento globale di bilancio di un altro Cantone**. La statistica ospedaliera non distingue però se in questi ultimi due casi si tratta di uno strumento di gestione a lungo termine³⁹ o a breve termine⁴⁰. Sono inoltre ipotizzabili altre **forme di rimborso**.

³⁸ Art. 49a cpv. 4 LAMal e art. 58b cpv. 2 OAMal.

³⁹ Art. 51 LAMal.

⁴⁰ Art. 54 LAMal.

5.1.9 Prestazioni di pubblica utilità e altre prestazioni

Secondo la LAMal i costi per prestazioni di pubblica utilità non devono confluire nel calcolo per la determinazione degli importi forfettari unitari (di norma forfait per caso).⁴¹ Ciò vale in particolare per le capacità che vengono offerte per motivi legati alla politica regionale e non per ragioni economiche, per la ricerca e per l'insegnamento universitario. Attraverso il mandato di prestazioni pubblico legato all'inserimento nella lista cantonale degli ospedali, i Cantoni possono garantire una corrispondente offerta.

Oltre alla ricerca e all'insegnamento universitario, nel questionario sono elencate le principali prestazioni che vengono offerte per motivi di politica regionale. È quindi necessario indicare se **la prestazione è offerta** e se ciò avviene sulla base di un **contratto per la fornitura di prestazione con il Cantone** (in particolare in relazione all'inserimento in una lista cantonale degli ospedali⁴²).

La citazione della prestazione non significa però automaticamente che si tratti effettivamente di una prestazione di pubblica utilità per motivi di politica regionale.

Lista delle prestazioni di pubblica utilità oggetto della rilevazione

1. Pronto soccorso riconosciuto⁴³

Oltre a un mandato per lo svolgimento dell'attività di pronto soccorso con obbligo generale di accettazione dei pazienti, un pronto soccorso riconosciuto si contraddistingue tra l'altro per il funzionamento 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. Al momento dell'accettazione di un paziente deve essere inoltre sempre garantita l'assistenza medica e devono essere disponibili 0.5 posti ETP di infermieri diplomati con formazione aggiuntiva per ogni letto. Oltre all'accesso pubblico (porta) vi è una rampa di accesso per le autoambulanze raggiungibile dal pronto soccorso con lettiga (senza scalini).

2. Pronto soccorso non riconosciuto

Per i posti di pronto soccorso non riconosciuti non sono previsti espressi requisiti oltre all'obbligo generale di accettazione dei pazienti previsto dalla legge.

3. Centrale per chiamate sanitarie urgenti

L'ospedale mette a disposizione un numero per le emergenze (come ad esempio il 144) attivo 24 ore su 24 e gestito da personale qualificato.

4. Servizio di soccorso

Gestione di un servizio di soccorso con personale qualificato specializzato in prestazioni di soccorso (soccorritori e personale sanitario specializzati in anestesia e cure intense).

5. Reparto di cure intense (riconosciuto dalla Società Svizzera di Medicina Intensiva)

Gestione di locali conformemente alla descrizione adatti alla medicina intensiva. La medicina intensiva comprende la diagnosi, la prevenzione e il trattamento a breve, medio e lungo termine di tutte le forme di perdita delle funzioni vitali in pazienti in pericolo di vita ma con prognosi potenzialmente positiva. La medicina intensiva viene svolta da un team composto da personale medico, sanitario e tecnico con diverse specializzazioni e appositamente formato.

6. Stoccaggio di farmaci e prodotti medicali

Nell'ambito dei piani antipandemie l'ospedale deve stoccare i farmaci e i prodotti medicali necessari.

⁴¹ Art. 49 cpv. 3 LAMal.

⁴² Art. 58e cpv. 2 OAMal.

⁴³ Definizione secondo il «Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED» del giugno 2007.

7. Reparti ospedalieri protetti

Per garantire le cure mediche in condizioni straordinarie e in caso di catastrofi, l'ospedale deve garantire la disponibilità di infrastrutture «protette» come reparti ospedalieri o reparti operatori.

8. Formazione degli studenti in medicina

La formazione teorica e pratica degli studenti fino al conseguimento del diploma federale.

9. Perfezionamento professionale dei medici

Il perfezionamento degli studenti in una delle professioni mediche regolate dalla legge federale sulle professioni mediche universitarie dopo il conseguimento del diploma federale e fino al conseguimento del titolo di perfezionamento federale.

10. Formazione e perfezionamento professionali nel settore sanitario (esclusi i medici)

La formazione teorica e pratica fino al termine della prima formazione professionale, nonché il successivo perfezionamento in una delle professioni non regolate dalla legge federale sulle professioni mediche universitarie e operanti nel settore sanitario.

11. Ricerca

La ricerca comprende tutti i lavori creativi intrapresi in modo sistematico e lo sviluppo sperimentale allo scopo di accrescere il livello delle conoscenze come pure la loro utilizzazione per permettere nuove applicazioni. Ne fanno parte i progetti realizzati per accrescere le conoscenze scientifiche come pure per migliorare la prevenzione, la diagnosi o la cura di malattie.

12. Pianificazione familiare

Attività di consulenza e supporto in relazione alla gravidanza e alla contraccezione offerta dai consultori familiari e di gravidanza prescritti dalla legge.⁴⁴

5.1.10 Calcolo degli equivalenti a tempo pieno

Gli equivalenti a tempo pieno (ETP) corrispondono al totale delle ore di lavoro annue effettivamente retribuite diviso le ore di lavoro annue di un'attività a tempo pieno. L'ETP di un occupato si calcola come segue:

$$ETP = \text{numero di ore di lavoro retribuite} / \text{numero di ore di lavoro di un posto al 100\%}$$

Affinché il questionario elettronico, nel capitolo sul personale, possa calcolare tale valore per ogni singola persona e non lo debbano fare gli ospedali, **deve essere indicato per ogni funzione (v. cap. 5.3.7) il numero annuale standard di ore di lavoro retribuite corrispondenti a un posto al 100%**.

Ferie, ore di lavoro straordinario o assenze (malattia, formazione ecc.) rientrano nelle ore di lavoro retribuite. Conformemente all'articolo 20a della Legge sul lavoro, i giorni festivi sono parificati alla domenica e non sono giorni di lavoro.

⁴⁴ Art. 1 della Legge federale del 9 ottobre 1981 sui consultori di gravidanza (RS 857.5).

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Le ore di lavoro annuali di un posto a tempo pieno sono stabilite come segue:

52 settimane x numero di ore/settimana, dedotta la somma delle ore che ogni dell'anno che coincidono con un giorno festivo (lu-ve)

In virtù della legge sul lavoro (LL), art. 2 cpv. 1 e dell'ordinanza 1 concernente la legge sul lavoro (OLL) art. 4a, cpv. 1, la durata massima della settimana lavorativa è di 50 ore per tutti i medici assistenti, anche se l'istituto ospedaliero che li impiega non è assoggettato alla LL.

5.1.11 Persona di riferimento

L'indicazione di una **persona di riferimento** facilita il lavoro ai Cantoni e all'UST, qualora si renda necessario chiedere dei chiarimenti. Idealmente, si tratta della persona che ha compilato il questionario o che ne è responsabile.

5.1.12 Osservazioni all'attenzione del Cantone o dell'UST

In questo campo gli ospedali hanno la possibilità di effettuare delle osservazioni indirizzate direttamente alle persone incaricate dell'elaborazione dei dati.

5.2 Dati generali prestazioni e assistenza

Il blocco di domande «Dati generali prestazioni e assistenza» deve essere compilato in ogni questionario per tutti i tipi di attività assegnati. Numerose variabili e informazioni su questo ambito tematico possono essere generate tramite i dati della statistica medica e per questo non vengono chieste doppiamente nell'ambito della statistica ospedaliera, salvo alcune eccezioni. In tal caso la rilevazione delle variabili avviene su espressa richiesta degli utilizzatori dei dati.

5.2.1 Assistenza nell'ambito della lungodegenza

Un ricovero ospedaliero viene considerato di lungodegenza quando, secondo le indicazioni mediche per il ricovero, non sono necessari trattamenti e cure né una riabilitazione medica in ospedale.⁴⁵ Le lungodegenze vengono fatturate secondo le disposizioni dei contratti tariffari con le case di cura.⁴⁶

Dato che devono essere rese disponibili informazioni sui costi AOMS delle cure nell'ambito della lungodegenza,⁴⁷ oltre ai dati relativi alla contabilità per centri di costo e di ricavo, qui vengono rilevati il numero di **giorni di cura e di uscite fatturate**.

La conclusione di un caso amministrativo corrisponde a un'uscita. Il passaggio interno dalle cure ospedaliere alle cure nell'ambito della lungodegenza in ospedale viene registrato di conseguenza come uscita per quanto concerne le cure ospedaliere e come inizio di un nuovo caso amministrativo per quanto concerne la lungodegenza.

I giorni di cura e le uscite nell'ambito della lungodegenza vengono registrate solo in A.10 e non alla voce Prestazioni e trattamenti del settore stazionario (X1.01.01/X1.01.02).

⁴⁵ Art. 6 OCPRe.

⁴⁶ Art. 50 LAMal.

⁴⁷ Art. 2 cpv. 1. lit. e OCPRe.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.2.2 Infrastruttura medico-tecnica

L'infrastruttura medico-tecnica comprende strumenti, apparecchi e sistemi per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, la cura e la riabilitazione negli ospedali e nelle case per partorienti.

Vengono registrati quali dati relativi alle attrezzature anche il numero di sale operatorie e sale parto e la durata degli interventi ivi eseguiti. Per l'infrastruttura medico-tecnica seguente viene richiesto il numero di apparecchi e di esami o trattamenti effettuati nel settore ambulatoriale o stazionario:

1. Apparecchi e attrezzature

- MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- Tomografo computerizzato (TAC)
- Tomografo PET (tomografia ad emissione di positroni)
- Gamma camera (inclusi scintigrafia e SPECT)
- Acceleratore lineare per radioterapie
- Litotritore
- Angiografo
- Apparecchio per dialisi

2. Locali per scopi particolari

- Sala operatoria
- Sala parto

Apparecchi e attrezzature: Nella rilevazione deve essere dichiarato il **numero totale** di apparecchi presenti nei locali dello stabilimento ospedaliero alla data del 31 dicembre (indipendentemente dai relativi rapporti di proprietà). Gli apparecchi combinati che riuniscono diversi tipi di apparecchi elencati nella lista devono essere indicati più volte in base alle diverse funzioni.

Numero di esami: Viene rilevato il numero di contatti con il paziente per ogni apparecchio. L'unità di un esame o di un trattamento va rilevata in base al perimetro della codifica (se possibile CHOP per i trattamenti stazionari, Tarmed per quelli ambulatoriali). nella prospettiva dell'impiego dell'apparecchio. Se lo stesso paziente viene esaminato/curato lo stesso giorno due volte con lo stesso apparecchio (unità separate dal punto di vista temporale, p. es. il mattino presto e il pomeriggio), vanno conteggiate due unità, poiché l'apparecchiatura è stata preparata e pulita come se si trattasse di due pazienti diversi. Se si tratta di apparecchi combinati, l'esame è da attribuire alla funzione principale. L'apparecchio combinato PET/TAC, ad esempio, viene attribuito al tomografo PET. In questo caso, le immagini TAC visualizzano solo la morfologia e aumentano quindi la leggibilità delle immagini del tomografo PET, che presentano gli ambiti che comportano attività fisiologiche. Questo principio è una consuetudine anche nelle rilevazioni internazionali. Se gli apparecchi vengono usati per prestazioni collettive (a scopi di ricerca, insegnamento o impiego da parte di terzi), questi esami vanno aggiunti al totale.

<i>Totale degli esami = numero di esami ambulatoriali + stazionari + impieghi supplementari</i>

Osservazioni sulla dialisi: Vanno registrati i trattamenti con apparecchi di emodialisi (si veda i rispettivi codici CHOP 39.95 - Emodialisi). Vanno indicati anche i trattamenti con «emodialisi continua» nel reparto cure intensive (RCI). Dialisi peritoneale (codice CHOP 54.98) e trattamenti di plasmferesi non vanno registrati sotto «Numero di esami con apparecchi per dialisi».

Sale operatorie: Una sala operatoria è un locale separato dalle altre attrezzature dell'ospedale nel quale vengono effettuati interventi chirurgici. Dato che in questi locali vigono norme igieniche speciali, essi sono raggiungibili solo attraverso un sistema a doppia porta. In una sala operatoria possono essere presenti più tavoli operatori. Oltre al **numero**, devono essere dichiarate in ore le prestazioni ivi fornite **sulla base del tempo di incisione e sutura** quale somma di tutte le sale operatorie.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Sale parto: Locali la cui struttura è destinata in primo luogo ai parti. Ne deve essere dichiarato il **numero**.

5.3 Dati generali personale

La rilevazione del numero e della struttura delle persone occupate⁴⁸ avviene per l'intero stabilimento ospedaliero e non è necessario distinguere tra i diversi tipi di attività. Al fine di ottenere comunque sufficienti informazioni per le analisi tematiche, i dati stessi vengono rilevati sotto forma di record individuali. Concretamente ciò significa che per ogni singola persona è necessario rispondere a tutte le domande relative al personale.

5.3.1 Personale interno

Devono essere registrate tutte le persone occupate nel corso di un anno che dispongono di un contratto di lavoro con lo stabilimento ospedaliero. Il criterio determinante in tale contesto è che i costi legati al collaboratore vengano registrati tramite il conto nr. 30 Costi salariali⁴⁹. In questo modo non si considerano le persone che operano a titolo volontario. Va invece tenuto conto del personale occupato tramite aziende di lavoro interinale. In base a questa regolamentazione è quindi irrilevante se le persone in questione non erano più occupate o erano assenti per servizio militare, malattia, ferie o altri motivi al 31 dicembre dell'anno in esame.

Per le persone che durante l'anno hanno svolto più funzioni presso lo stabilimento ospedaliero, i dati devono essere raggruppati e inseriti relativamente alla funzione per la quale è stato prestato il maggior numero di ore di lavoro.

La maggior parte delle variabili rilevate nei singoli record di dati consente una sola risposta valida. Solo per la nazionalità sono consentite più risposte in caso di doppia cittadinanza. Tutti i campi sono obbligatori.

5.3.2 Personale esterno

Una parte non irrilevante delle prestazioni mediche viene fornita da personale che non dispone di un rapporto di lavoro fisso con gli ospedali ma viene pagato per determinate attività dietro presentazione di una fattura. Se soddisfa i criteri sottoelencati, il personale è ascritto alla categoria personale esterno:

- non dispone di un contratto di lavoro con l'esercizio (salario non contabilizzato mediante il conto 30)
- non fa parte del personale assunto da agenzie di lavoro interinale
- non fa parte di uno studio medico affittato all'interno dell'ospedale che fattura le proprie prestazioni direttamente al paziente

La SO rileva unicamente il personale esterno che fornisce prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche. Ciò corrisponde alle funzioni seguenti :

- 33 Medico esterno
- 34 Levatrice esterna
- 35 Personale sanitario esterno

⁴⁸ Art. 59a cpv. 1 lit. b LAMal, Allegato dell'Ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

⁴⁹ Secondo Direttive contabili e piano contabile, ottava edizione, 2014.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Alla voce «Personale sanitario esterno» vanno riportati gli individui appartenenti alle categorie «Personale sanitario» (levatrici escluse), «Personale medico-tecnico» e «Personale medico-terapeutico».

Anche il personale esterno viene rilevato in un set di dati individuale, ma ridotto, come avviene per il personale interno. Contestualmente vanno indicati i dati seguenti:

- Numero progressivo
- Numero d'identificazione anonimo
- GLN
- Ore di lavoro fornite all'anno
- Codice del centro di prestazione principale
- Sede principale

5.3.3 Scheda individuale

Lo stabilimento ospedaliero deve assegnare a ogni collaboratore un **numero di identificazione anonimo**. Tale informazione serve espressamente non all'identificazione della persona che sta dietro i dati dichiarati, bensì a facilitare la ricerca di singoli dati nel record di dati, ad esempio per correggere una registrazione errata. Tale numero non può pertanto contenere alcun dato identificativo (numero AVS, numero del passaporto, ecc.) e può essere cambiato ogni anno. Il programma assegna inoltre a ogni singolo record un **numero progressivo**.

5.3.4 Global Location Number (GLN)

Il GLN è un numero di identificazione del personale medico accessibile al pubblico. Viene attribuito contemporaneamente al rilascio di un diploma federale o al riconoscimento di un diploma estero e rimane sempre valido, anche se, ad esempio, cambia il nome della persona cui è attribuito. L'UST registra questo numero per medici e levatrici a partire dai dati del 2013, al fine di poterli trarre in futuro direttamente dal registro delle professioni mediche (MedReg), alleggerendo così il compito dei fornitori di prestazioni in base alla legge sull'armonizzazione dei registri.

I GLN sono accessibili al pubblico tramite il Registro delle professioni mediche:

<http://www.medregom.admin.ch/>

5.3.5 Anno di nascita

Per ogni collaboratore va inserito l'**anno di nascita**. Questa variabile consente di formare gruppi di età, una base importante per analizzare la struttura degli addetti.⁵⁰

5.3.6 Sesso

Come l'anno di nascita, anche il **sesso** è un elemento importante per determinare le caratteristiche dell'organico. Determinante ai fini della ripartizione è la registrazione nel registro di stato civile.

⁵⁰ Art. 59a cpv. 1 lit. b LAMal.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.3.7 Funzione

La **funzione** dei collaboratori viene rilevata sulla base di categorie predefinite.⁵¹ Rilevante non è quindi la formazione, bensì il lavoro effettivamente svolto. Per le persone assunte a tempo determinato e le persone occupate tramite un'azienda di lavoro interinale va quindi indicata l'attività svolta effettivamente e prevalentemente durante l'anno in questione.

Il personale in formazione per il quale non esiste una categoria appropriata tra le risposte previste deve essere inserito secondo la funzione futura. In questi casi vanno effettuate delle precisazioni alla domanda «Personale in formazione» (cfr. capitolo 5.3.12). Lo stesso vale per il personale senza diploma professionale e per la domanda «Origine del diploma» (cfr. capitolo 5.3.11).

Le singole categorie di funzioni sono suddivise in otto gruppi principali, mentre per le categorie «Medici»,⁵² «Personale sanitario», «Personale medico-tecnico» e «Personale medico-terapeutico» è prevista un'ulteriore suddivisione in sottocategorie⁵³:

1. Medici
2. Personale sanitario
3. Personale medico-tecnico
4. Personale medico-terapeutico
5. Servizi sociali (consulenza e sostegno)
6. Personale di servizio
7. Servizi tecnici
8. Personale amministrativo

5.3.8 Grado di occupazione

Secondo la Rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera (RIFOS) dell'UST sono considerate occupati le persone che hanno lavorato almeno un'ora dietro remunerazione in qualità di dipendenti o indipendenti. Nella statistica ospedaliera il grado di occupazione viene determinato per analogia sulla base delle **ore di lavoro retribuite (incl. le ore di lavoro straordinario)** durante l'anno d'esercizio, secondo quanto risulta dalla contabilità salariale. Le ore non lavorate vengono conteggiate comunque qualora vengano pagate dallo stabilimento ospedaliero e non determinano per il lavoratore una riduzione del salario percepito (malattia, formazione, militare, gravidanza, ecc.).

Per i rapporti di lavoro a orario variabile ciò significa che le ore di lavoro in eccesso e in difetto non vengono registrate se sono successivamente compensate con giorni liberi od ore di lavoro aggiuntive. Se invece successivamente sono compensate in denaro (ad es. alla fine del rapporto di lavoro) devono essere conteggiate nell'anno in cui vengono pagate.

Tutte le ore vengono registrate nello stesso modo, indipendentemente da come vengono retribuite (lavoro notturno, picchetto, straordinari, fine settimana, ecc.) o dal fatto che il lavoratore le abbia effettivamente lavorate oppure no.

Sulla base di tali ore dichiarate, il questionario elettronico calcola automaticamente una base di raffronto con il numero annuale standard di ore di lavoro retribuite corrispondenti a un posto al 100% (cfr. capitolo

⁵¹ A ogni posto di lavoro deve essere assegnata una sola funzione. Nei casi in cui un contratto di lavoro prevede più funzioni deve essere indicata la funzione principale.

⁵² Qui sono contenute solo le funzioni regolate dalla Legge sulle professioni mediche, LPMed.

⁵³ Nell'allegato III sono indicate le esatte sottocategorie delle sette categorie di funzioni principali, nonché alcuni esempi delle funzioni professionali.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.1.12). Tale cosiddetta **equivalenti a tempo pieno (ETP)** assume ad esempio il valore 0.5 se sono state lavorate esattamente la metà delle ore standard.

La domanda se la persona sia o meno **sotto contratto al 31.12.** consente di documentare la fluttuazione del personale.

5.3.9 Centro di prestazione

Affinché possa essere definita la distribuzione del personale all'interno dello stabilimento ospedaliero, per ogni persona deve essere indicato il **centro di prestazione UST**, nel quale viene prestato il maggior numero di ore di lavoro.

Le singole categorie di funzioni principali possono essere attribuite ai diversi centri di prestazione⁵⁴, anche se ciò non deve valere obbligatoriamente per ogni singolo caso.⁵⁵

Medici / Personale sanitario

M000	Reparti specialistici in generale, pazienti di diversi reparti
M050	Cure intense
M100	Medicina interna
M200	Chirurgia
M300	Ginecologia e ostetricia
M400	Pediatria
M500	Psichiatria e psicoterapia
M600	Oftalmologia
M700	Otorinolaringoiatria
M800	Dermatologia e venereologia
M850	Radiologia medica
M900	Geriatrics e cure subacute
M950	Riabilitazione e medicina fisica
M960	Centro di pronto soccorso
M970	Ambulatorio medico d'urgenza
M990	Altri settori di attività

Personale medico-tecnico / Personale medico-terapeutico / Servizi sociali

T100	Infrastruttura speciale
T200	Radiologia e medicina nucleare
T300	Radioterapia
T400	Servizi diagnostici
T500	Altri servizi terapeutici
T600	Servizi sociali e di consulenza
T700	Cura del corpo

Personale di servizio / Servizi tecnici / Personale amministrativo

I100	Amministrazione
I200	Farmacia
I300	Cucina

⁵⁴ L'allegato V contiene ulteriori informazioni sui centri di prestazione delle categorie T, I ed E.

⁵⁵ Un farmacista, ad esempio, attribuito alla categoria di funzioni principale "personale medico-tecnico" conformemente all'allegato III, può avere il centro di prestazione principale I200 "Farmacia".

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

I400	Servizi
I500	Servizio tecnico e manutenzione
E100	Scuola/e
E200	Altri settori secondari

Il personale che non può essere assegnato a nessun centro di prestazione specifico elencato, va attribuito alla categoria «Reparti specialistici in generale, pazienti di diversi reparti».

5.3.10 Sede principale

Per poter assegnare correttamente alle singole sedi il personale di strutture con più succursali, per ogni persona deve essere indicata, apportando il numero di sede, la **sede principale** nella quale presta il maggior numero di ore lavorative. Se lo stabilimento ospedaliero ha una sola sede il questionario elettronico risponde automaticamente a questa domanda.

5.3.11 Origine del diploma

Questa variabile definisce il luogo in cui è stato **conseguito l'ultimo diploma**. Va tenuto conto solo dell'origine dei diplomi conseguiti per formazioni o perfezionamenti che presentano un legame diretto con la funzione indicata. La variabile «Origine del diploma» si riferisce alle formazioni riconosciute dalla Confederazione o ai corsi di perfezionamento creati per le varie categorie professionali in base alla legge sulle professioni mediche (LPMed), alla legge federale sulle professioni psicologiche (LPPsi), alla legge sulla formazione professionale (LFPr) e alla legge federale sulle scuole universitarie professionali (LSUP). A tale scopo si rimanda alla circolare Statistica ospedaliera - Rilevazione della variabile: A.14.08 Origine del diploma.

La variabile deve essere registrata secondo le seguenti otto categorie:

- **Svizzera**
- **Germania**
- **Francia**
- **Italia**
- **Altri Paesi dell'UE⁵⁶**
- **USA / Canada**
- **Altri**
- **Nessun diploma**

5.3.12 Personale in formazione

La domanda se una **persona sia o meno attualmente in formazione** comprende tutti i gruppi di funzioni (cfr. capitolo 5.3.7). La formazione da indicare deve, in primo luogo, essere correlata alla funzione indicata nel record di dati personale e in secondo luogo, basarsi su un contratto di lavoro o di formazione valido con l'ospedale o una scuola o ente annessi all'ospedale. Lo stesso vale per le case per partorienti.

Per il **corpo medico** devono essere indicate sia la formazione che il perfezionamento nell'ambito del titolo di perfezionamento federale, secondo l'art. 7 cpv. 1 OCPRe.

⁵⁶ Tutti gli stati dell'Unione Europea ad eccezione di Germania, Francia e Italia, nonché gli stati membri dell'Associazione europea di libero scambio (AELS) ad eccezione della Svizzera.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Nell'allegato III Attribuzione delle funzioni del personale della SO il medico assistente è definito come «medico con esame di Stato in corso di perfezionamento per il conseguimento di un diploma di perfezionamento federale». Nella prassi, tuttavia, è possibile che un medico assistente non sia in corso di perfezionamento o che un capoclinica invece lo sia.

Pertanto per la funzione «medico assistente» alla variabile «In formazione» (A.14.09) va apposto «Sì», qualora la persona in questione stia seguendo un corso di perfezionamento.

Tutti i medici a partire dalla funzione di medico assistente e superiore (medico ospedaliero, capoclinica ecc.) possono essere registrati in qualità di medici in corso di perfezionamento mediante la variabile «In formazione= Sì». I candidati medici vanno sempre registrati come medici in formazione.

Un medico è considerato in corso di perfezionamento se in un anno civile (dal 1° gennaio al 31 dicembre) segue un corso di perfezionamento medico per almeno tre mesi.

Viene considerato perfezionamento solo il primo titolo di specializzazione in corso di ottenimento. In casi giustificati viene riconosciuto come perfezionamento anche un secondo titolo FMH.⁵⁷

5.3.13 Nazionalità

La variabile **Nazionalità** può presentare più risposte possibili per via delle doppie cittadinanze. Questa variabile va compilata secondo le stesse categorie valide per la domanda «Origine del diploma».

- **Svizzera**
- **Germania**
- **Francia**
- **Italia**
- **Altri Paesi dell'UE**
- **USA / Canada**
- **Altri**

5.4 Dati generali finanziari e di esercizio

La LAMal definisce il quadro giuridico concernente la rilevazione dei dati finanziari e di esercizio per scopi amministrativi. Le singole disposizioni vengono precisate nell'Ordinanza 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).

Al fine di ridurre al minimo il lavoro necessario da parte degli ospedali per la rilevazione, nella statistica ospedaliera REKOLE®⁵⁸ serve da strumento ausiliario per l'adempimento agli obblighi previsti dalla legge.

Tuttavia REKOLE® non ha valore legislativo, il che significa che nella statistica ospedaliera vengono richieste anche informazioni che non sono previste in REKOLE®. L'UST verificherà le future modifiche a REKOLE® in vista dell'adempimento agli obblighi di legge ed eventualmente non le riprenderà nella statistica ospedaliera.

La soluzione adottata per la statistica ospedaliera non ha alcuna rilevanza per l'adempimento ad altri obblighi di legge.⁵⁹

⁵⁷ L'ospedale fornisce ogni anno alla direzione della sanità del proprio Cantone una conferma della necessità di questi perfezionamenti per l'esercizio, indicandone il numero e la combinazione di specializzazione medica.

⁵⁸ Cfr. H+ Gli ospedali svizzeri, REKOLE® - Contabilità di gestione dell'ospedale.

⁵⁹ In particolare santésuisse non è legata alla forma scelta nella statistica ospedaliera per l'adempimento del proprio mandato.

5.4.1 Contabilità finanziaria

Grazie alla rilevazione cronologicamente ordinata di tutti i processi esprimibili in cifre, gli ospedali e le case per partorienti alla fine dell'esercizio sono in grado di calcolare il loro risultato annuale. La contabilità finanziaria necessaria a tale scopo⁶⁰ è prescritta dalla legge, così come la dichiarazione dei costi e dei ricavi in essa contenuti.⁶¹

Ai fini della statistica ospedaliera, nella contabilità finanziaria devono essere indicati anche i costi e i ricavi degli esercizi annessi. Per esercizi annessi si intendono le unità organizzative che supportano i processi degli ospedali e delle case per partorienti. Gli esercizi annessi corrispondono spesso a cosiddetti profit center, vale a dire unità organizzative per le perdite e guadagni delle quali, sulla base di una determinata capacità finanziari, è responsabile il direttore. Ne consegue che i costi possono essere imputati ai o scaricati dai centri di costo degli esercizi annessi a seconda di chi li genera. I ricavi, come pure le perdite e i guadagni degli esercizi connessi vengono riportati separatamente.⁶² La loro clientela è composta principalmente da clienti esterni che hanno come massimo un rapporto indiretto con il processo di cura dei pazienti. Alcuni esempi, non esaustivi, di esercizi annessi sono i negozi di fiori, i parrucchieri e gli esercizi nel campo della ristorazione.

5.4.1.1 Costi

Per definizione, i costi rappresentano la perdita di valore di tutti i beni e servizi contabilizzati nel periodo in questione. I costi vengono rilevati sulla base di tre gruppi principali; i dati sulle succursali devono essere integrati nella dichiarazione dell'azienda principale⁶³:

Costi del personale

- **3 Costi del personale:** somma dei conti principali 30 Costi salariali, 37 Oneri sociali, 38 Costi degli onorari medici (soggetti agli oneri sociali) e 39 Altri costi del personale.

Costi per materiale, merci, servizi, prestazioni di terzi e altri costi di esercizio

- 40 **Fabbisogno medico**
- 41 **Costi per generi alimentari**
- 42 **Costi di economia domestica**
- 43 **Manutenzione e riparazioni**
- 44 **Costi di utilizzo delle installazioni**
- 45 **Costi per energia e acqua**
- 46 **Oneri finanziari**
- 47 **Costi dell'amministrazione e dell'informatica**
- 48 **Altri costi relativi ai pazienti**
- 49 **Altri costi non relativi ai pazienti**

Imposte, costi straordinari ed estranei all'esercizio

- **Imposte, costi straordinari ed estranei all'esercizio:** costi non imputabili ai conti sopraindicati. Riguardano i conti principali 77 «Imposte», 78 «Costi e ricavi straordinari» e 79 «Costi e ricavi estranei all'esercizio».

⁶⁰ Art. 10 cpv. 1 OCPRe.

⁶¹ Art. 59a cpv. 1 lit. e LAMal.

⁶² Cfr. H+ Gli ospedali della Svizzera, REKOLE® - Contabilità aziendale negli ospedali.

⁶³ Le cifre indicate corrispondono ai relativi numeri di conto principale secondo Direttive contabili e piano contabile, ottava edizione, 2014.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

La somma delle dichiarazioni effettuate relativamente ai costi viene calcolata direttamente dal programma sotto **Totale costi**.

5.4.1.2 Ricavi

Ai costi fanno da contraltare i ricavi, ovvero l'aumento di valore e l'incremento patrimoniale nel periodo in questione. La rilevazione dei ricavi delle succursali vanno rilevate in maniera integrata.

Ricavi di esercizio

- 60 **Ricavi da prestazioni mediche, di cura e terapeutiche per pazienti**
- 61 **Prestazioni mediche singole**
- 62 **Altre prestazioni ospedaliere singole**
- 65 **Altri ricavi da prestazioni fornite ai pazienti**
- 66 **Ricavi finanziari**
- 67 **Variazione nelle rimanenze di prodotti finiti e in corso di fabbricazione, nonché di forniture e prestazioni non fatturate**
- 68 **Ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi**
- 69 **Contributi e sussidi**⁶⁴
 - 690 **Contributi dei Comuni**
 - 695 **Contributi dei Cantoni**
 - 696 **Contributi della Confederazione**
 - 697 **Contributi di corporazioni, fondazioni e privati**

Imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio

- **Imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio:** riguardano i conti principali 78 «Costi e ricavi straordinari» e 79 «Costi e ricavi estranei all'esercizio».

La somma delle dichiarazioni effettuate relativamente ai ricavi viene calcolata direttamente dal programma sotto **Totale ricavi**.

5.4.2 Risultato annuale

Il risultato annuale fa parte del conto profitti e perdite ed è determinato in funzione delle spese e dei ricavi di un determinato periodo, nella fattispecie dell'anno di esercizio⁶⁵.

Il risultato annuale si calcola sotto forma rispettivamente di **utile totale** e **totale delle perdite** sulla base della somma dei dati ricavati dalla contabilità finanziaria (v. capitolo 5.4.1). In effetti si tratta della differenza tra le spese e i ricavi, imposte, spese e ricavi straordinari nonché spese e ricavi estranei all'esercizio compresi, ma prima di prendere in considerazione un'eventuale copertura del disavanzo. Siccome gli esercizi sottostanno all'obbligo di notifica, il programma non fa questo calcolo automaticamente⁶⁶.

⁶⁴ La differenziazione tra contributi statali e sovvenzioni (conto 69) e ricavi del conto 60 avviene sulla base del criterio della dipendenza da un caso di un ricavo.

⁶⁵ Art. 59a cpv. 1 lit. e LAMal.

⁶⁶ Art. 59a cpv. 1 lit. e LAMal.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Qualora risultasse una perdita globale, si indicherà l'importo dell'eventuale **copertura del disavanzo**⁶⁷. Facendolo è importante non confondere né unire i contributi di copertura del disavanzo con gli altri contributi e sovvenzioni pubblici e privati (numero di conto 69 delle direttive di contabilizzazione H+). Contrariamente alle sovvenzioni, la copertura del deficit dipende dall'ammontare della perdita globale. Queste due categorie di profitti sono indipendenti dai casi amministrativi, differenziandosi in tal senso dai ricavi o profitti segnalati al numero di conto 60 «Redditi (o profitti) di prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche ai pazienti».

Se il disavanzo può essere coperto totalmente o parzialmente, occorre distinguere la fonte di copertura secondo le seguenti categorie:

- **Riserve:** fondi propri autofinanziati
- **Comune/i:** fondi stanziati dal/dai Comune/i
- **Cantone/i:** fondi stanziati dal/dai Cantone/i
- **Confederazione:** fondi stanziati dalla Confederazione
- **Fondi privati:** fondi stanziati da una fonte privata esterna

Se non è possibile coprire il disavanzo, o è possibile farlo solo parzialmente, il residuo deve essere indicato sotto **Deficit non coperto**.

5.4.3 Aggiustamenti

Mentre la contabilità finanziaria (cfr. Capitolo 5.4.1) considera i costi dell'intero esercizio, nella contabilità per unità finali di imputazione (cfr. capitolo 5.6.1), che deve essere organizzata per tipi di attività, sono rilevati i costi generati dal singolo paziente (risp. unità finale di imputazione).

Per via della struttura sistematica della contabilità, tra i due strumenti di calcolo esiste una corrispondenza in termini di contenuti, evidenziabile attraverso correzione delle differenze (di valutazione) a livello di costi e ricavi. Ciò avviene tramite i cosiddetti aggiustamenti.

⁶⁷ Allegato dell'Ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Delimitazioni temporali

Nella contabilità finanziaria vengono stabilite delle delimitazioni temporali in modo da poter determinare il risultato finanziario in funzione del periodo. Ciò significa che le spese e i ricavi generati su base periodica vengono limitati a e registrati per quel determinato periodo.⁶⁸ Contestualmente alla statistica ospedaliera, il periodo contabile dell'esercizio corrisponde all'anno di esercizio finanziario. Ragion per cui ai fini della statistica ospedaliera non occorre fissare ulteriori delimitazioni temporali.

Delimitazioni materiali

Nella statistica ospedaliera si parte dal **totale dei costi della contabilità finanziaria** e si effettua una correzione di imposte, costi straordinari ed estranei all'esercizio nonché dei costi calcolatori (determinazione dei costi calcolatori e dei costi aggiuntivi). Il risultato di tale procedura è il **totale dei costi per unità finali di imputazione** (somma dei singoli risultati parziali per i diversi tipi di attività):

- **Costi aggiuntivi:** costi rilevanti per il caso amministrativo e / o mandati (contabilità per unità finali di imputazione), ma che non compaiono nella contabilità finanziaria dell'esercizio in quanto vengono pagati direttamente da un terzo (Stato, fondazione pubblica, università, cassa malati, fondo di ricerca o privato, organizzazione mantello, ecc.). I costi aggiuntivi vengono sempre sommati al totale dei costi della contabilità finanziaria.
- **Costi calcolatori:** i costi calcolatori sono considerati sia nella contabilità finanziaria che nella contabilità per unità finali di imputazione, ma vengono valutati diversamente per via delle differenze negli obiettivi di calcolo. Ciò vale anche per gli ammortamenti e gli interessi calcolatori. Dato che il segno dell'aggiustamento relativo ai costi calcolatori non è predefinito, nella statistica ospedaliera sono previsti due campi («+ costi calcolatori» e «- costi calcolatori»), considerando che va dichiarato solo il totale della correzione sulla base dei costi calcolatori.
- **Costi estranei all'esercizio e straordinari:** nella contabilità analitica vengono considerati quali costi unicamente quelli che sono in relazione con lo scopo d'esercizio dell'ospedale vero e proprio.
- **Imposte:**
 - Imposte indirette e imposte sulla sostanza: si tratta di imposte sul traffico tra l'impresa e il suo ambiente, a prescindere dal risultato. Le imposte sul traffico (p.es. imposta sui veicoli) nonché imposte doganali e sui consumi (p.e. Imposta sul tabacco, imposta sugli oli minerali) sono considerate costi parificati alle spese.
 - Imposta sul valore aggiunto: nella contabilità analitica l'imposta sul valore aggiunto viene registrata solo quando l'ospedale conteggia aliquote forfetarie e pertanto non si può applicare l'imposta precedente. In questo caso occorre definire le corrispondenti delimitazioni.
 - Imposte sul reddito: poiché le imposte sul reddito (dipendenti dal guadagno) tassano il risultato, non sono considerate costi.
- **Correzione per pazienti a cavallo tra due anni**

Per passare dal conteggio spese temporale a quello unitario, vanno corretti i costi relativi ai pazienti a cavallo tra due anni. Determinanti sono i pazienti dimessi nell'anno contabile. Per questa ragione va aggiunta l'intera quota di costi generata dai pazienti ammessi l'anno precedente, ma usciti solo nell'anno contabile successivo. D'altro canto vanno detratti i costi addebitati nell'anno contabile e generati da pazienti usciti l'anno seguente.

Per facilitare la dichiarazione, il questionario elettronico visualizza il totale dei costi della contabilità finanziaria, il totale della contabilità per unità finali di imputazione come **valore obiettivo**, il risultato dei **dati inseriti** e la **differenza** esistente.

⁶⁸ Cfr. H+ Gli Ospedali della Svizzera, REKOLE® - Contabilità aziendale negli ospedali.

5.4.4 Contabilità dei salari e degli onorari per prestazioni mediche diagnostiche e terapeutiche

Dato che più della metà dei costi di un ospedale o di una casa per partorienti è causata dal personale, a questo proposito è necessario fornire dati più dettagliati.⁶⁹ Le informazioni richieste in questa sezione costituiscono pertanto una precisazione dei dati forniti relativamente ai costi della contabilità finanziaria (cfr. capitolo 5.4.1.1).

Viene fatta una distinzione tra il personale regolarmente assunto, per il quale i contributi sociali vengono versati dallo stabilimento ospedaliero, e il personale esterno, che fornisce prestazioni mediche diagnostiche e terapeutiche⁷⁰ allo stabilimento ospedaliero dietro pagamento di un onorario (cfr. capitolo 5.2.3).

Per i dati concernenti il personale assunto vanno distinti i seguenti conti principali secondo Direttive di contabilizzazione e piano contabile, ottava edizione, 2014:

- 30 **Costi salariali**
- 38 **Costi degli onorari medici** (soggetti agli oneri sociali)
- 37 **Oneri sociali**
- 39 **Altri costi del personale**

I costi da registrare sotto il conto 30 Costi salariali vanno ulteriormente suddivisi secondo i gruppi di funzione principali (cfr. capitolo 5.3.7):

- 1. **Medici**
- 2. **Personale sanitario**
- 3. **Personale medico-tecnico**
- 4. **Personale medico-terapeutico**
- 5. **Servizi sociali (consulenza e sostegno)**
- 6. **Personale di servizio**
- 7. **Servizi tecnici**
- 8. **Personale amministrativo**

Le **prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche** fornite allo stabilimento ospedaliero da personale esterno indipendente vengono retribuite tramite **onorari** per i quali l'ospedale o la casa per partorienti non deve versare contributi sociali. Tali onorari⁷¹ sono suddivisi in tre categorie:

- 1. **Medici**
- 2. **Levatrici**
- 3. **Altri**

⁶⁹ Art. 10 cpv. 2 e 3 OCPRe, art. 59a cpv. 1 LAMal.

⁷⁰ Per prestazioni mediche si intendono i lavori che ricadono sotto le funzioni principali «Medici», «Personale sanitario», «Personale medico-tecnico» e «Personale medico-terapeutico».

⁷¹ Gli onorari derivano da tre categorie di prestazioni (AOMS, assicurazione complementare, pazienti paganti, pazienti stranieri ecc.).

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

I medici esterni vengono in genere definiti medici accreditati. Tuttavia questo termine non viene utilizzato in modo uniforme. Per differenziare pertanto le variabili «Costi degli onorari medici (soggetti agli oneri sociali)» e «Onorari per prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche fornite da terzi (non soggetti agli oneri sociali)» va applicato il criterio dell'assoggettamento agli oneri sociali.

Se un medico accreditato fattura la sua prestazione su incarico dell'ospedale già comprensiva degli oneri sociali, senza che l'ospedale vi sia coinvolto, tale importo andrà imputato al gruppo degli onorari non soggetti agli oneri sociali.

5.4.5 Contabilità delle immobilizzazioni

Le dichiarazioni relative alla contabilità delle immobilizzazioni della statistica ospedaliera si effettuano, come tutte le altre, secondo quanto previsto dalla LAMal e dalla OCPre⁷².

Nel presente testo vengono descritte le regolamentazioni previste dalla legge. Inoltre l'UST, per adempiere al proprio mandato istituzionale⁷³, fornisce anche ulteriori istruzioni.

Le immobilizzazioni con un valore di acquisto pari o superiore a 10'000 franchi devono essere inserite in modo unitario e rilevate separatamente, dal momento che ne devono essere determinati i costi di utilizzo.⁷⁴

Per immobilizzazioni si intendono tutti i beni mobili e immobili di cui un ospedale o una casa per partorienti necessita per svolgere il proprio mandato di prestazioni.⁷⁵ Tale mandato comprende tutte le prestazioni la cui fornitura viene regolata contrattualmente tra lo stabilimento ospedaliero e il Cantone e che sussiste sulla base dell'inserimento nell'elenco degli ospedali del Cantone.⁷⁶ Le immobilizzazioni di esercizi annessi e le parti di terreni non necessari per lo svolgimento del mandato di prestazioni non vanno pertanto rilevati.⁷⁷

Dato che le operazioni di locazione e acquisto rateale sono equiparate alle operazioni di acquisto e i relativi costi di utilizzo devono essere rilevati separatamente,⁷⁸ nella statistica ospedaliera vengono stilate due tabelle nelle quali vanno indicate le singole immobilizzazioni.

Affinché il questionario elettronico possa generare un numero di righe sufficiente è necessario indicare il **numero di immobilizzazioni tramite acquisto, locazione e acquisto rateale**. Inoltre va registrata la **durata d'utilizzo prevista in anni**⁷⁹ per ogni categoria di immobilizzazioni⁸⁰.

In questa tabella viene visualizzato anche il **tasso d'interesse calcolatorio prescritto dalla legge**⁸¹ (cfr. capitolo 5.1.2).

Per quanto riguarda la suddivisione delle immobilizzazioni, l'UST utilizza le categorie descritte in REKOLE®:

⁷² UFSP : Ordinanza 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) – Modifiche al 1 gennaio 2009 – Commento e testo delle modifiche.

⁷³ Art. 23 LAMal.

⁷⁴ Art. 10 cpv. 5 OCPre.

⁷⁵ Art. 8 cpv. 1 OCPre.

⁷⁶ Art. 39 cpv. 1 lit. e LAMal.

⁷⁷ UFSP : Ordinanza 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) – Modifiche al 1 gennaio 2009 – Commento e testo delle modifiche.

⁷⁸ Art. 8 cpv. 2 OCPre.

⁷⁹ Art. 10a cpv. 1 lit. b OCPre.

⁸⁰ UFSP: Ordinanza 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) – Modifiche dal 1° gennaio 2009 – Commento e testo delle modifiche.

⁸¹ Art. 10a cpv. 1 lit. h OCPre.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Immobilizzazioni materiali immobili

- **Terreni edificati e non edificati**⁸²
- **Edifici ospedalieri e altri edifici**
- **Opere provvisorie**

Installazioni

- **Installazioni d'esercizio generali**
- **Installazioni specifiche delle immobilizzazioni**

Immobilizzazioni materiali mobili

- **Arredi, attrezzature (comprese le giacenze)**
- **Macchine per ufficio, sistemi di comunicazione**
- **Veicoli**
- **Apparecchi e utensili (d'esercizio)**

Immobilizzazioni tecnico-mediche

- **Macchinari, apparecchi, strumenti (compresi gli acquisti di software)**
- **Aggiornamenti software**

Immobilizzazioni informatiche

- **Hardware**
- **Software**

Valori immateriali

Solo se sono soggetti a usura.

Per ogni immobilizzazione necessaria all'esercizio, nella tabella **Contabilità delle immobilizzazioni di operazione di acquisto** l'ospedale o la casa per partorienti devono registrare le informazioni seguenti, conformemente all'art. 10a cpv. 1 OCPRe:

- **Valore di acquisto** in Fr.: la valutazione non può essere effettuata secondo il valore di mercato, di riacquisto o di assicurazione contro gli incendi.⁸³
- **Anno di acquisto**
- **Valore contabile all'inizio dell'anno** in Fr.
- **Valore contabile alla fine dell'anno** in Fr.
- **Ammortamento annuo** in Fr.⁸⁴
- **Interessi calcolatori** in Fr.⁸⁵
- **Costi di utilizzo** in Fr.: i costi di utilizzo in franchi corrispondono alla somma degli ammortamenti annui in Fr. e degli interessi calcolatori.⁸⁶

⁸² In questo punto si rinuncia all'aggiunta « Diritti di costruzione » prevista da REKOLE® dal momento che tali diritti non sono rilevanti ai fini dell'adempimento al mandato di prestazioni.

⁸³ Art. 10a cpv. 2 OCPRe.

⁸⁴ L'ammortamento annuo in Fr. non deve essere compilato per la categoria «Terreni edificati e non edificati», poiché qui non si effettua l'ammortamento a zero.

⁸⁵ Secondo le disposizioni finali, cpv. 3 della OCPRe, per il calcolo degli interessi calcolatori il valore di acquisto viene sostituito dal valore contabile al momento del passaggio.

⁸⁶ Fa eccezione la categoria «Terreni edificati e non edificati»: in questo caso i costi di utilizzo in Fr. corrispondono agli interessi calcolatori.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Per poter assegnare le diverse immobilizzazioni alla categoria corretta, e per stabilire se viene raggiunto o meno il valore di acquisto minimo prescritto dalla OCPRe, è necessaria una chiara delimitazione delle singole immobilizzazioni, in particolare se composte da più parti.⁸⁷

Dato che i dati qui richiesti ai sensi dell'art. 10 cpv. 5 OCPRe devono essere gestiti autonomamente dagli ospedali e dalle case per partorienti, il programma informatico non può ai sensi della legge calcolarli o correggerli automaticamente.

Per poter adempiere il proprio mandato istituzionale formulato dall'articolo 23 LAMal, dalla legge sulla statistica federale e dall'ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali, l'UST calcola autonomamente gli altri valori in background sulla base delle variabili «Durata di utilizzo prevista in anni», «Tasso d'interesse calcolatorio prescritto dalla legge», «Valore di acquisto in Fr.» e «Anno di acquisto». Tali valori sono utilizzati dall'UST esclusivamente per i propri scopi statistici⁸⁸. Non ne deriva alcun onere aggiuntivo per gli enti ospedalieri.

Nel questionario elettronico le variabili utilizzate esclusivamente per usi amministrativi sono contrassegnate dalla dicitura «**autodichiarazione secondo OCPRe**». Il loro scopo d'utilizzo è definito nell'art. 59a cpv. 3 LAMal e nella OCPRe. Tutte le dichiarazioni effettuate nella statistica ospedaliera devono essere conformi a quanto previsto dalla OCPRe.

Il calcolo di alcuni dati da parte dell'UST per scopi statistici non esime gli stabilimenti ospedalieri dall'obbligo di dichiarazione per uso amministrativo.

Per i suoi calcoli⁸⁹ l'UST utilizza le seguenti formule⁹⁰:

- **Valore contabile all'inizio dell'anno** = [Valore di acquisto in Fr.] – ([Numero di anni di esercizio⁹¹] * [Ammortamenti annui in Fr.])
- **Valore contabile alla fine dell'anno** = [Valore di acquisto in Fr.] – ([Numero di anni di esercizio] * [Ammortamenti annui in Fr.])
- **Ammortamento annuo in Fr.** = [Valore di acquisto in Fr.] / [Durata di utilizzo prevista dell'immobilizzazione in anni]
- **Interessi calcolatori in Fr.** = ([Valore di acquisto] / 2) * [Tasso di interesse calcolatorio prescritto dalla legge]⁹²
- **Costi di utilizzo in Fr.** = [Ammortamento annuo in Fr.] + [Interessi calcolatori in Fr.]

Nella tabella **Contabilità delle immobilizzazioni tramite operazioni di locazione e acquisto rateale** deve essere registrata ogni immobilizzazione e i relativi **costi di utilizzo in Fr.** che abbia un valore di acquisto pari o superiore a 10'000 franchi⁹³.

⁸⁷ A tale proposito REKOLE® osserva che bisogna considerare se le singole componenti di un'immobilizzazione possono essere utilizzate indipendentemente dagli altri elementi oppure no. In tal caso di tratterebbe di immobilizzazioni diverse mentre, se è possibile solo un utilizzo comune, le diverse parti andrebbero inserite come un'unica immobilizzazione.

⁸⁸ Gli scopi sono descritti in modo dettagliato nell'art. 23 LAMal, nella legge sulla statistica federale e nell'ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

⁸⁹ Per le immobilizzazioni della categoria di immobilizzazioni «Terreni edificati e non edificati», le variabili «Ammortamento annuo in Fr.», «Valore contabile all'inizio dell'anno» e «Valore contabile alla fine dell'anno» vengono rilevate dall'UST in base alla dichiarazione.

⁹⁰ Il metodo di calcolo utilizzato dall'UST non è vincolante per l'autodichiarazione degli enti ospedalieri ai fini del cosiddetto utilizzo amministrativo..

⁹¹ Numero di anni di esercizio = [Anno della rilevazione] – [Anno di acquisto].

⁹² Per le immobilizzazioni della categoria « Terreni edificati e non edificati » si applica la seguente formula di calcolo: Interessi calcolatori in Fr. = [Valore di acquisto in Fr.] * [Tasso di interesse calcolatorio prescritto dalla legge].

⁹³ Art. 10 cpv. 5 OCPRe e art. 8 OCPRe.

5.5 Prestazioni e assistenza

I dati inseriti nel capitolo «Prestazioni e assistenza» devono essere ripartiti dagli ospedali secondo i tipi di attività assegnati «Cure acute», «Psichiatria» e «Riabilitazione/Geriatria». Le case per partorienti dispongono di un proprio tipo di attività.

Per ogni singolo tipo di attività nel questionario è possibile selezionare un apposito capitolo. I dati che secondo il centro di prestazione medico apparterrebbero a un tipo di attività a sé stante (cfr. capitolo 5.1.1) che non è stato creato, ad esempio a causa del ridotto volume di prestazioni, devono essere sommati al tipo di attività con il maggior numero di giorni di cura.

5.5.1 Cure ospedaliere

Secondo l'art. 3 OCPre per cure ospedaliere si intende una permanenza in ospedale o in una casa per partorienti della durata di almeno 24 ore a scopo di visita, cura e assistenza. Sono considerati cure ospedaliere anche i ricoveri di durata inferiore a 24 ore, nel corso dei quali viene occupato un letto per una notte o è effettuato un trasferimento in un altro ospedale. Lo stesso vale per i decessi.

Le cure ripetute in cliniche diurne o notturne che siano parte integrante di un piano medico-terapeutico, come ad esempio in psichiatria, chemioterapia e radioterapia, dialisi, fisioterapia e nei trattamenti ospedalieri del dolore, sono invece catalogate come ambulatoriali (cfr. allegato VI).

La base per il calcolo del tasso di ospedalizzazione, della durata della degenza e di indicatori simili nell'ambito della prestazione medica erogata è costituita dai dati tratti dalla statistica medica. Malgrado ciò, le uscite e i giorni di cura per tipo di attività vengono richiesti nella statistica ospedaliera. Questi dati, per ragioni di plausibilizzazione, possono essere posti in relazione con quelli relativi al personale o ai costi, ma servono anche per calcolare l'occupazione dei letti. In questo caso le uscite e i giorni di cura dei neonati sani vengono indicati separatamente. I giorni di cura, le uscite e i letti dei lungodegenti (v. 5.2.1) non vengono rilevati in questo capitolo.

Nella statistica ospedaliera i giorni di cura e le uscite sono definiti nel modo seguente:

Giorni di cura:

Per giorni di cura o giorni di ricovero si intendono il giorno di accettazione⁹⁴ e ogni ulteriore giorno di permanenza in ospedale ad esclusione dei giorni di trasferimento o dimissione. Anche le giornate di vacanza intere⁹⁵ non contano ai fini della durata del ricovero. L'anno preso in considerazione dalla SO è l'anno di rilevazione (anno civile).

Ai sensi dell'articolo 50 LAMal, i giorni di cura dei neonati sani e dei pazienti lungodegenti non sono compresi in questa variabile (X1.01.01). I giorni di cura dei casi amministrativi non ancora conclusi alla data del 31 dicembre vengono conteggiati, contrariamente alla prassi nel caso delle uscite. Per poter consentire la confrontabilità dei giorni di cura dei diversi tipi di attività, nella statistica ospedaliera i giorni di cura in psichiatria e riabilitazione/geriatria vanno conteggiati in base alle stesse regole vigenti per le unità di cure acute.

⁹⁴ Se il giorno dell'accettazione ha luogo un trasferimento in un altro ospedale il giorno di accettazione si conteggia come 1° giorno di cura.

⁹⁵ Se un paziente durante il ricovero lascia l'ospedale o la casa per partorienti per più di 24 ore, tale assenza va conteggiata come vacanza amministrativa. La durata totale delle vacanze rilevante per il caso si determina come somma delle ore delle singole vacanze.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Uscite:

Viene conteggiata come 1 uscita (risp. caso stazionario) quella per cui il paziente lascia l'ospedale in seguito a un trattamento stazionario (anche in caso di decesso), quando viene trasferito da un'unità acuta a una non acuta (fase di riabilitazione o geriatria) dello stesso stabilimento o quando è considerato come paziente in attesa. I casi raggruppati sono conteggiati come un unico caso.

Per quanto riguarda le direttive relative al raggruppamento nel caso della riammissione di un paziente, occorre consultare i fogli informativi MS-02-212 e MS-03-2012. Questa variabile (X1.01.02) non contiene le uscite dei neonati sani e dei pazienti lungodegenti secondo l'articolo 50 LAMal.

Vengono contate solo le uscite avvenute nel periodo tra il 1° gennaio e il 31 dicembre.

Giorni di cura di neonati sani: si considerano neonati sani unicamente i casi ai quali, nell'ambito della statistica medica, è stato attribuito il codice Z38 quale diagnosi principale senza l'assegnazione di codici ulteriori. I giorni di cura dei neonati sani vengono contati conformemente alla definizione dei pazienti stazionari (v.sopra).

Uscite di neonati sani: si considerano neonati sani unicamente i casi ai quali, nell'ambito della statistica medica, è stato attribuito il codice Z38 quale diagnosi principale senza l'assegnazione di codici ulteriori. Le uscite dei neonati sani vengono contate conformemente alla definizione dei pazienti stazionari (v.sopra).

5.5.2 Consulti ambulatoriali

Non è possibile delimitare con precisione i consulti ambulatoriali. Per esempio ci sono pazienti che vengono sottoposti a vari trattamenti lo stesso giorno, oppure malati cronici che beneficiano regolarmente della stessa prestazione. Il numero di trattamenti ambulatoriali potrà essere rilevato con maggiore precisione grazie ad una statistica dei pazienti. Al fine di poter effettuare una prima stima delle prestazioni effettuate nel settore ambulatoriale della Statistica ospedaliera e metterle in relazione con gli oneri finanziari è stata fissata la seguente unità di rilevazione.

Si ha un consulto ambulatoriale quando viene erogata una prestazione in presenza del paziente/cliente e tale prestazione può essere conteggiata in base alle tariffe. In ogni anno civile può essere dispensato al massimo un consulto ambulatoriale per tipo di attività dell'esercizio e paziente/cliente.

5.5.3 Letti

Il numero di letti a disposizione in un ospedale è un indicatore statistico utilizzato internazionalmente ed è calcolato nel modo seguente.

Numero di letti = numero di giorni-letto / giorni all'anno

I letti a disposizione sono letti in cui vengono erogate cure ai pazienti nel settore stazionario. I giorni di degenza in questi letti possono essere contati come giorni di cura e contabilizzati secondo i sistemi tariffari correnti.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Giorni-letto: Un giorno in cui un letto è disponibile per essere utilizzato corrisponde a un giorno-letto. Durante l'anno un singolo letto può quindi essere teoricamente utilizzato per 365 giorni, per 366 se l'anno è bisestile. Vanno però detratti i giorni in cui un letto non può essere utilizzato per chiusura della struttura, ristrutturazioni, ecc.⁹⁶

Sono esclusi:

- i letti speciali come quelli dell'area di risveglio (in fase postoperatoria, fino a quando termina l'effetto dell'anestesia)
- i letti del pronto soccorso (accettazione)
- i letti previsti specificatamente per trattamenti ambulatoriali (ad es. letti per la dialisi)
- i letti di isolamento
- i letti per la protezione civile e gli ospedali di emergenza
- i letti per i neonati sani e le persone sane

Letti pianificati: numero di letti previsti per l'esercizio nella pianificazione ospedaliera.

5.6 Dati finanziari e di esercizio

I dati relativi alla contabilità per unità finali di imputazione del capitolo «Dati finanziari e di esercizio» devono essere suddivisi secondo i tipi di attività assegnati. Le tabelle previste a tale scopo sono identiche. Nel capitolo «Totale» vengono sommate automaticamente le principali informazioni per tutti i tipi di attività.

I valori che, sulla base della suddivisione dei centri di prestazione medici, appartengono a un tipo di attività che non è stato assegnato all'ospedale, devono essere imputati al tipo di attività con il maggior numero di giorni di cura.

5.6.1 Contabilità per unità finali di imputazione (costi)

Per costi si intendono le diminuzioni di valore relative alle prestazioni o le quantità impiegate ai fini della fornitura delle prestazioni d'esercizio. Per determinare tali valori gli ospedali e le case per partorienti sono tenuti per legge a tenere una contabilità per unità finali di imputazione nella quale vengano esposti correttamente il luogo e l'utilizzo dei costi complessivi.⁹⁷ Inoltre le prestazioni e i costi devono essere suddivisi⁹⁸ in base a **cure ospedaliere, assistenza ambulatoriale e lungodegenza**.⁹⁹

La contabilità per unità finali di imputazione secondo REKOLE® distingue tra prestazioni legate ai casi (**casi amministrativi**) e prestazioni non legate ai casi (**mandati**). Il criterio per la distinzione è se la prestazione che ha generato i costi in questione è stata erogata per un paziente, cioè per un caso amministrativo, oppure su mandato di terzi (es. un altro ospedale, medico di famiglia, visitatore o personale).

5.6.1.1 Casi amministrativi

Il caso amministrativo consente di registrare e illustrare tutte singole prestazioni che un paziente riceve durante il suo trattamento, senza che debbano essere noti sin dall'inizio tutti i dati relativi al trattamento o al paziente. La diagnosi principale, in particolare, viene stabilita in modo definitivo solo alla fine del trattamento¹⁰⁰. Un paziente può generare nel contempo più casi amministrativi.

⁹⁶ Esempio di calcolo: 3 letti * 365 giorni – 1 mese di vacanze = 1005 giorni letto.

⁹⁷ Art. 9 cpv. 1 OCPRe, art. 59a cpv. 1 LAMal.

⁹⁸ Fatturazione secondo art. 50 LAMal.

⁹⁹ Art. 2 cpv. 1 OCPRe.

¹⁰⁰ Cfr. H+ Gli Ospedali della Svizzera, REKOLE® - Contabilità aziendale negli ospedali.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

5.6.1.2 Ripartizione dei costi per tipo di computo

I termini costi singoli e costi generali sono definiti in funzione di un oggetto di riferimento. Nella contabilità aziendale l'oggetto di riferimento è l'unità di imputazione (caso amministrativo e mandato). Di conseguenza vi sono due tipi di costi: i costi singoli, registrati direttamente nelle unità di costo e i costi generali, registrati nelle unità di costo attraverso i centri di costo¹⁰¹.

I dati da rilevare servono a monitorare l'economicità e alla qualità delle prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria¹⁰² delle cure medico-sanitarie. Ciò implica che i costi devono essere rilevati nel loro complesso e in modo dettagliato per quanto concerne l'assicurazione di base. Per questo i costi diretti e i costi comuni devono essere suddivisi nel modo seguente:

- **Totale costi di tutti i pazienti:** è il totale di tutti i costi, cioè sia dei pazienti di tutte le classi assicurative (assicurazione di base, complementare, infortuni, infortuni complementare, militare, invalidità ecc.) che di quelli senza assicurazione specifica (pagatori diretti ecc.).
- **LAMal** (solo pazienti con assicurazione di base): tutti i costi di un paziente che ha esclusivamente l'assicurazione di base devono essere imputati all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Non è rilevante che sia stato scelto un modello per il risparmio sui premi (es. HMO, medico di famiglia o Telmed) oppure no.
- **LAINF / LAI / LAM** (solo pazienti con assicurazione di base): qui vanno dichiarati i costi dei pazienti che dispongono esclusivamente di un'assicurazione di base dell'assicurazione contro gli infortuni, di invalidità o militare¹⁰³.
- **Costi a carico dell'AOMS** (pazienti con assicurazione complementare): i costi dei pazienti con un'assicurazione complementare sono composti da costi a carico dell'assicurazione obbligatoria di base e da costi a carico dell'assicurazione complementare facoltativa. In adempimento all'articolo 2 OCPRe, i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono essere dichiarati per l'impiego amministrativo dei dati.

In vista dell'utilizzo statistico e ai fini dell'adempimento dell'obbligo legale, l'UST consiglia, oltre a quanto stabilito dalla legge, di utilizzare un metodo di calcolo definito in modo unitario nei casi in cui uno stabilimento estrapoli questa informazione a partire da variabili della contabilità aziendale:¹⁰⁴

Sulla base dei dati relativi ai pazienti con sola assicurazione di base (numero e costi), sono calcolati i costi medi per paziente. Questo valore sarà riportato nella categoria «Costi a carico dell'AOMS (pazienti con assicurazione complementare)» a seconda del numero di pazienti con assicurazione complementare.¹⁰⁵

L'assegnazione di casi amministrativi alle diverse categorie viene effettuata esclusivamente sulla base al tipo di assicurazione del paziente. Pertanto, sotto «LAMal (solo pazienti con assicurazione di base)» vengono raggruppati tutti i pazienti che sono assicurati conformemente alla LAMal e che beneficiano delle corrispondenti prestazioni dell'AOMS svizzera.

¹⁰¹ Cfr. H+ Gli Ospedali della Svizzera, REKOLE® - Contabilità aziendale negli ospedali.

¹⁰² Art. 59a LAMal.

¹⁰³ Gli assicuratori sociali federali sono raggruppati per via della quota ridotta di casi e della bassa quota di ricavi corrispondente.

¹⁰⁴ Il calcolo deve essere effettuato per ogni tipo o centro di costi domandato.

¹⁰⁵ Esempio di calcolo: 100 pazienti con sola assicurazione di base ricoverati in ambito stazionario cagionano costi per 50'000 franchi nel conto 400. Ne risulta un costo medio per paziente pari a 500 franchi. Per 15 pazienti con assicurazione complementare in ambito stazionario devono essere dichiarati 7'500 franchi (15 x 500) nella colonna «Pazienti con assicurazione complementare – Costi a carico dell'AOMS» nel conto 400.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Siccome la rilevazione non tiene conto di criteri quali la nazionalità o il luogo di domicilio, i lavoratori frontalieri, per esempio, che in seguito agli accordi bilaterali possiedono un'assicurazione obbligatoria di base, d'invalidità o contro gli infortuni in Svizzera, vanno registrati nelle colonne «LAMal (solo pazienti con assicurazione di base)» o «LAINF/LAI/LAM (solo pazienti con assicurazione di base)». Non vanno invece inclusi nel conteggio i pazienti con una copertura assicurativa estera, a prescindere dalla loro nazionalità; questi pazienti rientrano invece nella categoria «Totale – costi di tutti i pazienti».

I dati della categoria «Totale costi di tutti i pazienti» si riferiscono all'insieme dei costi cagionati dai pazienti. Tengono conto quindi anche di costi non considerati nelle altre colonne come, ad esempio, i costi dell'assicurazione privata, dei pagatori diretti, dei pazienti assicurati all'estero nonché dei pazienti non assicurati.

I costi vengono rappresentati sulla base dei tipi e dei codici di costo definiti in REKOLE®.

Costi diretti

- 400 **Medicamenti** (compresi il sangue e i suoi derivati)
- 401 **Materiale, strumenti, utensili, tessili**
- 405 **Prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche di terzi, prestazioni di medici esterni (non soggetti agli oneri sociali) incluse**
- 405 **Di cui onorari medici**: quota degli onorari medici non soggetti ai contributi degli oneri sociali del conto 405
- 38 **Costi degli onorari medici** (soggetti agli oneri sociali)
- 480 / 485 / 486 **Altri costi diretti (trasporto dei pazienti da parte di terzi, altre prestazioni relative ai pazienti fornite da terzi, altre spese per i pazienti)**

Costi comuni

- 20 / 23 / 24 / 25 / 26 / 27 / 28 / 29 / 30 / 36 **Centri di costo medici obbligatori**¹⁰⁶ 20 **Di cui sale operatorie**
- 24 / 38 **Di cui cure intense e Intermediate-Care**
- 29 **Di cui laboratorio**
- 31 **Corpo medico**
- 39 **Cura**
- 32 / 33 / 34 / 35 **Terapie**
- 41 / 42 / 43 **Ospitalità**
- 10 / 44 / 45 / 77 **Altri CC obbligatori**
- **Costi di utilizzo delle immobilizzazioni**: ripartizione dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni sui diversi casi amministrativi, conformemente ai principi della contabilità aziendale.

5.6.1.3 Mandati

Sono definite mandati le prestazioni che vengono fornite in ospedale su mandato di terzi (es. un altro ospedale, medico di famiglia, visitatori o personale). I costi che ne derivano sono di conseguenza indipendenti dai casi.

Per fornire un quadro generale dei costi degli ospedali, i mandati vengono elencati come parte integrante della contabilità per unità finali di imputazione insieme ai costi legati ai casi. Nella statistica ospedaliera i mandati sono suddivisi in quattro gruppi. I costi delle succursali e delle aziende principali devono essere sommati e registrati nel loro insieme:

¹⁰⁶ Il conto 29 Laboratorio non è un centro di costo obbligatorio in senso stretto REKOLE®. In questa sede viene comunque integrato per la sua rilevanza ai fini dei costi medici.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- L'insegnamento richiesto corrisponde **all'insegnamento universitario** conformemente all'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal. Secondo le direttive dell'OCPre¹⁰⁷ l'insegnamento negli ospedali comprende i seguenti elementi:
 - la formazione teorica e pratica degli studenti di una professione medica disciplinata nella legge federale sulle professioni mediche, fino al conseguimento del diploma federale;
 - il perfezionamento degli studenti di una professione medica disciplinata nella legge federale sulle professioni mediche fino all'ottenimento del titolo federale di perfezionamento.
- La **ricerca** secondo l'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal comprende tutti i lavori creativi intrapresi in modo sistematico e lo sviluppo sperimentale allo scopo di accrescere il livello delle conoscenze come pure la loro utilizzazione per permettere nuove applicazioni. Ne fanno parte i progetti realizzati per accrescere le conoscenze scientifiche come pure per migliorare la prevenzione, la diagnosi o la cura di malattie.¹⁰⁸
- La **somma degli altri mandati** comprende tutti gli altri mandati che l'ospedale o una casa per partorienti svolgono per il personale o per terzi e che non possono essere imputati a un caso amministrativo concreto.
- In modo analogo ai costi comuni, i **costi di utilizzo delle immobilizzazioni** valutati secondo i principi della contabilità aziendale vengono trasferiti sui mandati.

5.6.2 Contabilità per unità finali di imputazione (ricavi)

In contrapposizione alla contabilità per centri di costo, la contabilità per unità finali di imputazione relativa ai ricavi comprende i ricavi che un ospedale genera attraverso la fornitura delle prestazioni legate o non legate ai casi.

Analogamente a quelli della contabilità per centri di costo, anche i dati della contabilità per unità finali di imputazione relativa ai ricavi vengono suddivisi nelle categorie «**Totale ricavi di tutti i pazienti** (solo pazienti con assicurazione di base)», «**LAINF / LAI / LAM** (solo pazienti con assicurazione di base)» e «**Costi a carico dell'AOMS** (pazienti con assicurazione complementare)». Deve inoltre essere indicato il tipo di prestazione sulla base della suddivisione in assistenza ambulatoriale, cure ospedaliere e lungodegenza, distinguendo per le cure ospedaliere anche in base all'**assicuratore** e al **Cantone**¹⁰⁹. Die Erlöse der Konten 66 – 69 werden nicht nach ambulanz, stationär und Langzeit aufgeteilt.

Concretamente, nella contabilità per unità finali di imputazione relativa ai ricavi vengono richieste le seguenti informazioni:

- **60 Ricavi da prestazioni mediche, di cura e terapeutiche per pazienti**
- **61 Prestazioni mediche singole**
- **62 Altre prestazioni ospedaliere singole**
- **62 Di cui TARMED (PT)**
- **62 Di cui fisioterapia**
- **62 Di cui laboratorio**
- **65 Altri ricavi da prestazioni fornite ai pazienti**
- **66 Ricavi finanziari**
- **68 Ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi**
- **69 Contributi e sussidi**
 - **690 Contributi dei Comuni**
 - **695 Contributi dei Cantoni**
 - **696 Contributi della Confederazione**
 - **697 Contributi di corporazioni, fondazioni e privati**

¹⁰⁷ Art. 7, cpv. 1 OCPre.

¹⁰⁸ Art. 7, cpv. 2 OCPre.

¹⁰⁹ Tutti gli importi di terzi, come ad esempio i comuni, devono essere imputati alla quota del Cantone.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Il conto 62 è suddiviso nelle tre sottocategorie tecniche prestazioni TARMED¹¹⁰, fisioterapia e laboratorio, in modo tale che siano visibili le informazioni relative ai tre settori principali delle tariffe ambulatoriali nazionali. Tuttavia, dato che vengono rilevati solo i ricavi fatturati, che possono discostarsi da quelli effettivamente generati, il raffronto diretto con i costi definiti nella contabilità per centri di costo è possibile solo in modo limitato. Le prestazioni simili nel campo delle cure ospedaliere vengono rilevate nel conto 60.

Il conto 69 «Contributi e sovvenzioni», suddiviso nei contributi di Comuni, Cantoni, Confederazione nonché corporazioni, fondazioni e privati, va distinto dal conto numero 60 (pazienti puramente AOMS – cure ospedaliere – Cantone). Mentre gli importi contrattuali e di legge vengono assegnati al conto 60 se sono legati ai casi (ad esempio gli importi forfettari per singolo caso), i relativi ricavi non legati ai casi (ad esempio i contributi a favore delle università) vanno registrati come contributi e sovvenzioni. È espressamente esclusa però la copertura del deficit, il cui ammontare dipende dal risultato di esercizio e non viene considerato ai fini della contabilità per unità finali di imputazione relativa ai ricavi.

¹¹⁰ Deve essere indicato solo per la categoria «Totale ricavi di tutti i pazienti».

5.7 Confronto delle variabili della statistica ospedaliera 1997 e 2010

Dati rilevati dal 2010	Dati rilevati dal 1997 al 2009	Osservazioni
<p>1. Dati generali stabilimento ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo di attività - Identificazione dello stabilimento - Forma giuridica - Status dell'ospedale - Tipo di contributo pubblico - Prestazioni di pubblica utilità e altre prestazioni specifiche - Calcolo degli equivalenti a tempo pieno - Persona di riferimento - Osservazioni all'attenzione del Cantone o dell'UST 	<p>0. Dati generali / 2. Personale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificazione dello stabilimento - Forma giuridica - Elenchi cantonali - Status economico - Grado di occupazione al 31.12. - Responsabile 	<p>Con indirizzo, numero RIS, codice NOGA , lingua, numero del Comune, ecc.</p> <p>Adeguamento agli standard OCSE</p>
<p>2. Dati generali prestazioni e assistenza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistenza nell'ambito della lungodegenza - Sedi e offerta - Personale esterno per prestazioni mediche - Infrastruttura medico-tecnica 	<p>1. Offerta di prestazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici accreditati - Infrastruttura - Prestazioni mediche - Prestazioni medico-tecniche e terapeutiche 	<p>Giorni di cura e uscite</p> <p>Medici, levatrici e altri</p> <p>Dati nella statistica medica Soppressione delle categorie di perfezionamento FMH Dati nella statistica medica</p>
<p>3. Dati generali personale</p> <p>Scheda individuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero progressivo e numero d'identificazione anonimo - Anno di nascita - Sesso - Funzione - Grado di occupazione - Centro di prestazione - Sede principale 	<p>2. Personale</p> <p>Record individuali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numero progressivo e numero d'identificazione anonimo - Sesso - Codice professionale - Tasso di attività al 31.12. - Codice del centro di prestazione - Precisazione del grado di occupazione: ricerca & sviluppo, insegnamento, settore ambulatoriale - Fonte di finanziamento 	<p>Passaggio dalla formazione alla funzione esercitata</p> <p>Numero di ore lavorative remunerate, ETP, sotto contratto al 31.12</p>

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Dati rilevati dal 2010	Dati rilevati dal 1997 al 2009	Osservazioni
<ul style="list-style-type: none"> - Personale in formazione - Nazionalità - Origine del diploma 	<ul style="list-style-type: none"> - Personale in formazione - Nazionalità svizzera 	
4. Dati generali finanziari e di esercizio	4. Contabilità finanziaria	
<ul style="list-style-type: none"> - Contabilità finanziaria - Risultato annuale - Aggiustamenti - Contabilità dei salari e degli onorari per prestazioni mediche - Contabilità delle immobilizzazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - Conto economico - Copertura della perdita di esercizio - Costi e ricavi non inclusi nel conto economico 	<p>Costi e ricavi</p> <p>Informazioni su stabilimenti accessori</p>
5. Prestazioni e assistenza	3. Ospedalizzazione	
<ul style="list-style-type: none"> - Cure ospedaliere - Letti 	<p>Varie variabili</p> <ul style="list-style-type: none"> - Letti 	<p>Registrazione della maggior parte delle informazioni attraverso la statistica medica</p> <p>Letti pianificati e giorni-letto</p>
6. Dati finanziari e di esercizio	5. Prezzi e tariffe	
<ul style="list-style-type: none"> - Contabilità per unità finali di imputazione (costi) - Contabilità per unità finali di imputazione (ricavi) 	<ul style="list-style-type: none"> - Tariffe per forfait giornalieri al 31.12 	<p>Il vecchio capitolo Prezzi e tariffe è stato soppresso. Casi amministrativi e mandati</p>

Tabella 1: Confronto delle variabili della statistica ospedaliera

Bibliografia

- UFSP 2008 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), modifiche previste per il 1° gennaio 2009, commento e testi delle modifiche. Ufficio federale della sanità pubblica – UFSP, Berna 2005.
- UST 1997 Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Krankenhausstatistik, Detailkonzept 1997. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 1997.
- UST 1997 Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Detailkonzept 1997. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 1997.
- UST 1997 Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens, Statistik der sozial-medizinischen Institutionen, Detailkonzept 1997. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 1997.
- UST 2003 Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 2006.
- UST 2006 Manuel REE Application principale, Version 2.0. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 2003.
- UST 2008 NOGA 2008, Nomenclatura generale delle attività economiche, note esplicative. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 2008.
- UST 2008 Konzept zur Einführung einer Unternehmens-Identifikationsnummer (UID) 2008. Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel 2008.
- Eurostat 2005 Europäische Statistiken: Verhaltenskodex, Für die nationalen und gemeinschaftlichen statistischen Stellen (European Statistics Code of Practice). Ufficio statistico delle Comunità Europee - eurostat 2005.
- H+ Gli Ospedali Svizzeri 2008 REKOLE®, Contabilità analitica nell'ospedale, quarta edizione 2013, H+ Gli Ospedali Svizzeri – H+ Berna 2014.
- H+ Gli Ospedali Svizzeri 2014 Direttive di contabilizzazione e piano contabile, ottava edizione, 2014, H+ Gli Ospedali Svizzeri – H+ Berna 2014
- OCSE 2000 A System Of Health Accounts, Version 1.0. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico – OCSE, 2000.
- TARMED Suisse 2007 Konzept für die Anerkennung von Sparten nach TARMED, Version 2007. Tarifdienst FMH – TARMED 2007.

Elenco delle abbreviazioni

AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica
UFIT	Ufficio federale dell'informatica e della telecomunicazione
UFG	Ufficio federale di giustizia
LStat	Legge sulla statistica federale
RIS	Registro delle imprese e degli stabilimenti
CA	Censimento delle aziende
CT	Tomografo computerizzato
LPD	Legge federale sulla protezione dei dati
AELS	Associazione europea di libero scambio
UE	Unione europea
Eurostat	Ufficio statistico delle Comunità Europee
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
GESV	Sistema sanitario
IGGH – CH	Interessengemeinschaft der Geburtshäuser Schweiz
LAI	Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità
HMO	Health Maintenance Organization
CORSTAT	Conferenza svizzera degli uffici regionali di statistica
KS	Statistica ospedaliera
CC	Centro di costo
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
LPMed	Legge sulle professioni mediche universitarie
MRI	Magnetic Resonance Imaging
LAM	Legge federale sull'assicurazione militare
NOGA	Nomenclatura generale delle attività economiche
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
ORL	Otorinolaringoiatria
PET	Tomografia a emissione di positroni
SPr	Sorveglianza dei prezzi
LSPr	Legge federale sulla sorveglianza dei prezzi
RUG	Divisione Economia spaziale, ambientale, salute
RIFOS	Rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera
SHA	System of Health Accounts
SNZ	Centrale di soccorso
SNZ	Tempo taglio-sutura
SOMED	Statistica degli stabilimenti sanitari non ospedalieri
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
UID	Numero di identificazione delle imprese
LAINF	Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni
VESKA	Associazione svizzera degli stabilimenti ospedalieri
OCPre	Ordinanza 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
ETP	Equivalenti a tempo pieno
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
CC	Codice civile svizzero
RCC	Numero del registro dei codici creditori

Elenco degli allegati

Allegato I	Questionario
Allegato II	Attribuzione dei centri di prestazione ai tipi di attività
Allegato III	Attribuzione delle funzioni del personale
Allegato IV	Assegnazione dei medici accreditati ai centri di prestazione
Allegato V	Assegnazione del personale ai centri di prestazione
Allegato VI	Attribuzione del tipo di cura