



Statistica degli stabilimenti sanitari ospedalieri

Statistica ospedaliera

Progetto dettagliato valido dall'introduzione di
SpiGes (dati 2024)

Sommario

1	Introduzione	4
2	Basi giuridiche	6
3	Organizzazione della rilevazione dei dati	7
3.1	Portata e forma della rilevazione	7
3.1.1	Definizione di ospedale	7
3.1.2	Definizione di casa per partorienti	7
3.1.3	Unità di rilevazione	7
3.1.4	Classificazione	8
3.1.5	Registrazione dei dati	8
3.2	Compiti dei partner della rilevazione	8
3.2.1	Ufficio federale di statistica UST	8
3.2.2	Cantoni	8
3.2.3	Stabilimenti	8
3.3	Svolgimento della rilevazione	9
3.4	Calendario	9
3.5	Protezione dei dati e accesso ai dati	10
3.5.1	Sicurezza dei dati	10
3.5.2	Trasmissione dei dati per scopi statistici	10
3.5.3	Trasmissione dei dati per scopi amministrativi	11
3.6	Pubblicazione e analisi statistiche	11
4	Descrizione delle variabili della rilevazione	12
4.1	Dati generali	13
4.1.1	Stabilimento	13
4.1.1.1	<i>Tipo di attività</i>	13
4.1.1.2	<i>Identificazione dello stabilimento</i>	14
4.1.1.3	<i>Forma giuridica</i>	14
4.1.1.4	<i>Imprese controllate dallo Stato</i>	15
4.1.1.5	<i>Status dell'ospedale</i>	15
4.1.1.6	<i>Tipo di contributo pubblico</i>	16
4.1.1.7	<i>Prestazioni di pubblica utilità e altre prestazioni</i>	16
4.1.2	Sedi	18
4.1.3	Letti	18
4.1.3.1	<i>Giorni-letto</i>	19
4.1.3.2	<i>Letti pianificati</i>	19
4.1.4	Infrastruttura medico-tecnica	19
4.1.4.1	<i>Apparecchi e attrezzature</i>	19
4.1.4.2	<i>Numero di esami</i>	19
4.2	Impiego	20
4.2.1	Calcolo degli equivalenti a tempo pieno (ETP)	20
4.2.2	Personale	21
4.2.2.1	<i>Personale interno</i>	21
4.2.2.2	<i>Personale esterno</i>	21
4.2.2.3	<i>Numero di identificazione del personale anonimo</i>	22

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.2.2.4	<i>Global Location Number (GLN)</i>	22
4.2.2.5	<i>Anno di nascita</i>	22
4.2.2.6	<i>Sesso</i>	22
4.2.2.7	<i>Funzione</i>	22
4.2.2.8	<i>Grado di occupazione</i>	23
4.2.2.9	<i>Centro di prestazione</i>	23
4.2.2.10	<i>Sedi</i>	25
4.2.2.11	<i>Origine del diploma</i>	25
4.2.2.12	<i>Personale in formazione</i>	25
4.2.2.13	<i>Nazionalità</i>	26
4.3	Contabilità	26
4.3.1	Costi del personale	26
4.3.1.1	<i>Contabilità dei salari</i>	26
4.3.1.2	<i>Onorari per prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche fornite da terzi</i>	27
4.3.2	Contabilità finanziaria	27
4.3.2.1	<i>Costi</i>	28
4.3.2.2	<i>Ricavi</i>	28
4.3.3	Risultato annuale	29
4.3.4	Ponte di sintonizzazione	30
4.3.5	Contabilità delle immobilizzazioni	31
	Statistiche ospedaliere: variazioni tra le variabili	35
	Bibliografia	38
	Elenco delle abbreviazioni	39
	Elenco degli allegati	40

1 Introduzione

Dal 1997, l'Ufficio federale di statistica (UST) rileva ogni anno informazioni presso gli stabilimenti ospedalieri svizzeri nell'ambito della statistica ospedaliera (KS). Questa rilevazione completa e esaustiva trova fondamento legale nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ e nella legge sulla statistica federale (LStat)².

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.

Cronologia:

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.

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

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

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.

A partire dai dati del 2024, sono state apportate delle modifiche nell'ambito del progetto SpiGes⁶. Il numero di dimissioni e di giorni, come pure la contabilità analitica, non sono più registrati nella KS ma in SpiGes. Per soddisfare i requisiti dei partner, il ponte di sintonizzazione è stato completamente rivisto per essere simile al ponte REKOLE®, con l'aiuto degli strumenti di H+ (ITAR_K®) e della CDS. È stato creato un collegamento diretto tra le due statistiche, che permette a SpiGes di ottenere i dati finanziari necessari per creare gli output.

⁶ [Séjours stationnaires en hôpitaux : Utilisation multiple des données \(Projet SpiGes\) | Office fédéral de la statistique \(admin.ch\)](#) (in francese o tedesco)

2 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. In base a questo articolo e alla LSF, anche i dati sono utilizzati con una finalità statistica.

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. La statistica degli ospedali risponde contemporaneamente alle esigenze amministrative e statistiche.

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.

3 Organizzazione della rilevazione dei dati

La rilevazione dei dati rientra sostanzialmente nella sfera di competenza dell'UST⁷, ma è delegata ai Cantoni che assicurano la realizzazione concreta negli stabilimenti del loro territorio⁸. Oltre a mettere a disposizione le risorse umane e finanziarie necessarie, i Cantoni hanno il compito di assicurare la trasmissione delle informazioni all'UST.

3.1 Portata e forma della rilevazione

La statistica ospedaliera è una rilevazione totale obbligatoria realizzata con la partecipazione dei Cantoni⁹ presso tutti gli stabilimenti ospedalieri e le case per partorienti. La rilevazione è condotta annualmente e si riferisce ai dati di un intero esercizio.

3.1.1 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)¹⁰.

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.

3.1.2 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 ospedaliera¹¹.

3.1.3 Unità di rilevazione

Per la rilevazione della statistica ospedaliera si applica il principio secondo cui gli ospedali e le case per partorienti (cfr. cap. 3.1.1 e 3.1.2) 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. 4.1.2). Nella statistica ospedaliera, le informazioni sono suddivise per impresa. Nella statistica medica e nella rilevazione dei dati dei pazienti del settore 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.

[Deroghe a questo principio sono possibili solo se l'ITAR_K® non è istituito a livello di unità legale \(impresa\), ma per sede o per più sedi. In tal caso, per ogni stabilimento ITAR_K® viene compilato un questionario KS.](#)

⁷ art. 59a cpv. 3 e art. 23 cpv. 1 LAMal

⁸ allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche

⁹ allegato dell'ordinanza sulle rilevazioni statistiche

¹⁰ art. 23 cpv. 2 e art. 35 cpv. 2 lett. h LAMal

¹¹ art. 23 cpv. 2 e art. 35 cpv. 2 lett. i LAMal

3.1.4 Classificazione

Per poter effettuare i confronti tra gli stabilimenti previsti dalla legge¹² 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») mostra le prestazioni fornite dallo stabilimento (cfr. cap. 4.1.1.1). [Le case per partorienti fanno ora parte delle «cure acute».](#)

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. 4.1.1.2).

3.1.5 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 fine¹³.

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.

3.2 Compiti dei partner della rilevazione

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

3.2.1 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 e amministrativi in tutta la Svizzera. [L'UST regola l'accesso all'applicazione web per i Cantoni.](#) Elabora inoltre delle proposte di classificazione degli stabilimenti.

3.2.2 Cantoni

I Cantoni notificano all'UST le chiusure e le aperture di nuovi stabilimenti. [I Cantoni gestiscono gli accessi all'applicazione per gli stabilimenti con il supporto dell'UST.](#) 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. 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 dati¹⁴.

3.2.3 Stabilimenti

Gli stabilimenti soggetti all'obbligo d'informare devono fornire tutte le informazioni richieste in modo corretto e completo¹⁵ nel questionario elettronico e trasmetterlo, entro il termine previsto, all'autorità cantonale competente mediante l'applicazione web¹⁶.

¹² art. 2 cpv. 2 lett. b OCPRe

¹³ art. 23 cpv. 2 LAMal

¹⁴ art. 14-17 LStat

¹⁵ art. 6 cpv. 1bis LStat

¹⁶ A meno che il servizio cantonale di rilevazione non indichi un'altra forma di rilevazione.

3.3 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
- **Registrazione da parte degli stabilimenti**¹⁷: 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 Cantone¹⁸. Di conseguenza, lo stabilimento non può più modificare i dati. Prima può tuttavia esportare elettronicamente le informazioni immesse o stamparle su carta.
- **Convalida da parte del Cantone:** Il Cantone plausibilizza i dati immessi e se la qualità è sufficiente li trasmette all'UST. 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 tuttavia la possibilità di prendere visione dei dati, il che agevola la comunicazione tra i due partner.
- **Convalida da parte dell'UST:** Analogamente alla convalida da parte del Cantone, l'UST effettua un controllo della qualità dei dati e, se necessario, ritorna il questionario al Cantone. I dati sono utilizzati a fini statistici e amministrativi solo dopo essere stati convalidati dall'UST.

3.4 Calendario

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 e dei cubi da parte dell'UST.

¹⁷ 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.

¹⁸ Di fatto cambiano unicamente i diritti di accesso.

3.5 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 documento¹⁹ 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.

3.5.1 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 attraverso il sistema eIAM, sistema centrale di gestione degli accessi e delle autorizzazioni dell'amministrazione federale²⁰. Spetta agli utilizzatori (stabilimenti e 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.

3.5.2 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.

¹⁹ Bundesamt für Statistik, Zugang zu den Mikrodaten des BFS, 2006. (in tedesco)

²⁰ [eIAM è il sistema centrale di accesso e autorizzazione dell'amministrazione federale — eIAM, Identity & Access Management des Bundes](#)

²¹ art. 14 cpv. 2 LStat

²² art. 17 LStat

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

3.5.3 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'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), al Sorvegliante federale dei prezzi (SPR), 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.

3.6 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. 3.5.2) devono obbligatoriamente indicare la fonte.

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. 3.5.3). In tale contesto effettua una distinzione secondo i fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni.

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

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

³¹ art. 18 cpv. 3 LStat

4 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.

Gli stabilimenti sono tenuti a rispondere alle domande di tutti i capitoli. I capitoli precedentemente dedicati ai tipi di attività che richiedevano informazioni sul numero di dimissioni, sul numero di giorni e sulla contabilità analitica non sono più inclusi in questa statistica.

I capitoli sono strutturati come segue:

Dati generali	Impiego	Contabilità
Stabilimento	ETP	Contabilità dei salari
Sedi	Personale	Contabilità finanziaria
Letti ³²		Risultato annuale
Infras. medico-tecnica ³³		Ponte di sintonizzazione
		Contabilità delle immobilizzazioni

³² precedentemente nei capitoli sulle prestazioni e sull'assistenza per tipo di attività

³³ precedentemente nel capitolo Prestazioni e assistenza

4.1 Dati generali

4.1.1 Stabilimento

Nella fase di inizializzazione della rilevazione ([settembre](#) 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, il numero del registro delle imprese e degli stabilimenti ([BURGESV³⁴](#)), 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.

I dati sullo stabilimento (da 4.1.1.1 a 4.1.1.4) sono compilati dall'UST, previa convalida da parte dei servizi di rilevazione cantonali d'intesa con gli uffici della sanità.

4.1.1.1 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». [Le case per partorienti fanno ora parte delle «cure acute», ma nel capitolo Sedi si fa una distinzione.](#)

I centri di prestazione medici e i centri di costo dell'UST sono attribuiti ai singoli tipi di attività nel modo seguente³⁵:

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 (ORL)
- M800 Dermatologia e venereologia
- M850 Radiologia medica
- [M900 Geriatria e cure subacute](#)
- M960 Centro di pronto soccorso
- M970 Studio medico di emergenza
- M990 Altri settori di attività

Psichiatria:

- M500 Psichiatria e psicoterapia

Riabilitazione:

- M950 Riabilitazione e medicina fisica

³⁴ precedentemente noto come numero RIS

³⁵ L'allegato II contiene ulteriori dati sui singoli centri di prestazione medici.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.1.1.2 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 (**BURGESV**) 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 **BURGESV** 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**³⁶ 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. cap. 4.1.2) 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 lingua principalmente parlata nello 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.

4.1.1.3 Forma giuridica

Ogni unità organizzativa che compila un questionario (unità giuridica o stabilimento) è ripartita conformemente alla nomenclatura delle **forme giuridiche** dell'UST³⁷. 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 | - 6 Società anonima |
| - 2 Società semplice | - 7 Società a garanzia limitata (Sagl) |
| - 3 Società in nome collettivo | - 8 Società cooperativa |
| - 4 Società in accomandita | - 9 Associazione |
| - 5 Società in accomandita per azioni | - 10 Fondazione (CC art. 80 e segg.) |

³⁶ BFS, Krankenhaustypologie, Neuenburg (in tedesco)

³⁷ UST, Nomenclatura delle forme giuridiche, 2001

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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

4.1.1.4 Imprese controllate dallo Stato

Conformemente alla giurisprudenza europea, la categoria di imprese «controllate dallo Stato»³⁸, 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.

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».

Le domande 4.1.1.5 - 4.1.1.7 inerenti ai «Dati generali - Stabilimento» vengono compilati a cura degli ospedali e delle case per partorienti.

4.1.1.5 Status dell'ospedale

Secondo le disposizioni della LAMal³⁹ 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)**).

³⁸ Regolamento (CE) N. 1738/2005 della Commissione del 21 ottobre 2005

³⁹ art. 49a cpv. 4 LAMal e art. 58b cpv. 2 OAMal

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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.

4.1.1.6 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 termine⁴⁰ o a breve termine⁴¹. Sono inoltre ipotizzabili altre **forme di rimborso**.

4.1.1.7 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).⁴² 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 ospedali⁴³).

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 riconosciuto⁴⁴

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.

⁴⁰ art. 51 LAMal

⁴¹ art. 54 LAMal

⁴² art. 49 cpv. 3 LAMal

⁴³ art. 58e cpv. 2 OAMal

⁴⁴ definizione secondo il «Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED» del giugno 2007

3. Centrale per l'allarme sanitario urgente (CASU)

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.

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 legge⁴⁵.

⁴⁵ art. 1 della Legge federale del 9 ottobre 1981 sui consultori di gravidanza (RS 857.5)

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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.

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.

4.1.2 Sedi

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. Inoltre occorre dichiarare i tipi di attività offerti in ogni sede. Alle sedi viene attribuito un relativo numero nel registro RIS.

I dati sulle sedi (4.1.2) vengono inseriti nel questionario dall'UST dopo essere stati convalidati dal competente servizio cantonale e dall'Ufficio cantonale di sanità.

Le attività delle sedi sono suddivise come segue:

- Cure stazionarie e/o ambulatoriali acute,
- Psichiatria stazionaria e/o ambulatoriale,
- Riabilitazione stazionaria e/o ambulatoriale,
- Casa per partorienti,
- Altre attività,
- Solo sede amministrativa.

Le categorie Casa per partorienti e Altre attività possono essere selezionate in aggiunta alle altre prestazioni ospedaliere. Per Altre attività si intende qualsiasi altra attività svolta nella sede che non riguardi le cure acute, la psichiatria o la riabilitazione. La categoria Altra attività va indicata solo se l'impresa ha compilato i dati per l'altra attività⁴⁶ nella statistica.

4.1.3 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.

⁴⁶ Lo stabilimento che compila le statistiche SOMED/SPITEX non deve inserire queste informazioni nella KS per evitare doppioni. In questo caso, le sedi corrispondenti non devono essere annunciate nella KS.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.1.3.1 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.⁴⁷.

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

4.1.3.2 Letti pianificati

Numero di letti previsti per l'esercizio nella pianificazione ospedaliera.

4.1.4 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 (CT)
- 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

4.1.4.1 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.

4.1.4.2 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

⁴⁷ esempio di calcolo: 3 letti * 365 giorni – 1 mese di vacanze = 1005 giorni letto

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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.

Totale degli esami = esami ambulatoriali + stazionari + impieghi supplementari

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 plasmateresi 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 (TIS)** quale somma di tutte le sale operatorie.

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

4.2 Impiego

4.2.1 Calcolo degli equivalenti a tempo pieno (ETP)

L'ETP di un occupato si calcola come segue:

ETP = numero di ore di lavoro retribuite / 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 (cfr. cap. 4.2.2.7) **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.

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.

4.2.2 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. 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.

4.2.2.1 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. Il personale a prestito da un'agenzia di lavoro interinale o da un'altra impresa (ad es., un altro ospedale) viene preso in considerazione, mentre i volontari no. Per questi ultimi, le informazioni complete sono auspicabili ma non obbligatorie. In effetti non sempre gli stabilimenti dispongono di queste informazioni, poiché è un'altra impresa che gestisce queste persone. Per gli altri collaboratori e collaboratrici interni, occorre compilare tutti i campi.

Per le persone occupate che hanno svolto più *funzioni* in più *sedi* o in più *centri di prestazioni*, che sono state in parte in *formazione*, o che hanno cambiato *tipo di contratto*, nello stabilimento durante l'anno della rilevazione, i dati possono sia:

- essere elencati in modo rigorosamente dettaglio con la ripartizione delle ore di lavoro (è possibile compilare più righe per lo/a stesso/a collaboratore/trice),
- essere raggruppati e indicati per l'opzione in cui è stata completata la maggior parte delle ore.

Se i dati sono inseriti in modo dettagliato, è necessario assicurarsi che l'identificatore anonimo specifico dell'ospedale sia lo stesso per ogni riga corrispondente allo/a stesso/a collaboratore/trice. Gli altri dati del/la collaboratore/trice devono essere identici e la somma degli ETP non deve essere superiore a 1.

4.2.2.2 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 statistica ospedaliera 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

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

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

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
- Sede

4.2.2.3 Numero di identificazione del personale anonimo

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. Questo numero deve essere identico per ogni linea relativa ad un dato collaboratore. 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**.

4.2.2.4 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:

[Piattaforma delle professioni sanitarie \(admin.ch\)](#)

4.2.2.5 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 addetti⁵⁰.

4.2.2.6 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.

4.2.2.7 Funzione

La **funzione** dei collaboratori viene rilevata sulla base di categorie predefinite. Rilevante non è quindi la formazione, bensì il lavoro effettivamente svolto.

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. cap. 4.2.2.12). Lo stesso vale per il personale senza diploma professionale e per la domanda «Origine del diploma» (cfr. cap. 4.2.2.11).

⁵⁰ art. 59a cpv. 1 lit. b LAMal

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Le singole categorie di funzioni sono suddivise in otto gruppi principali, mentre per le categorie «Medici»,⁵¹ «Personale sanitario», «Personale medico-tecnico» e «Personale medico-terapeutico» è prevista un'ulteriore suddivisione in sottocategorie⁵²:

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

4.2.2.8 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. cap. 4.2.1). 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.

Il personale temporaneo va inserito nel relativo campo «personale temporaneo». La categoria comprende tutte le persone «a prestito» da un'altra impresa, sia essa un'agenzia di collocamento o un'altra istituzione sanitaria. Devono essere in possesso di un contratto di base con un'altra impresa. Il campo **tipo di contratto** consente di completare le informazioni.

4.2.2.9 Centro di prestazione

Affinché la classificazione sia più precisa, per ogni persona occupata occorre indicare il **centro di prestazioni** UST.

⁵¹ Qui sono contenute solo le funzioni regolate dalla Legge sulle professioni mediche, LPMed.

⁵² Nell'allegato III sono indicate le esatte sottocategorie delle sette categorie di funzioni principali, nonché alcuni esempi delle funzioni professionali.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Le singole categorie di funzioni principali possono essere attribuite ai diversi centri di prestazione⁵³, anche se ciò non deve valere obbligatoriamente per ogni singolo caso⁵⁴:

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 (ORL)
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
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».

⁵³ L'allegato V contiene ulteriori informazioni sui centri di prestazione delle categorie T, I ed E.

⁵⁴ 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

4.2.2.10 Sedi

Per registrare correttamente il personale che lavora in imprese con più sedi, a ogni persona deve essere assegnato il numero della sede in cui lavora.

Se lo stabilimento ospedaliero ha una sola sede il questionario elettronico risponde automaticamente a questa domanda.

4.2.2.11 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).

La variabile deve essere registrata secondo le seguenti otto categorie:

Svizzera	Altri Paesi dell'UE⁵⁵
Germania	USA / Canada
Francia	Altri
Italia	Nessun diploma

4.2.2.12 Personale in formazione

La domanda se una **persona sia o meno attualmente in formazione** comprende tutti i gruppi di funzioni (cfr. cap. 4.2.2.7). 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.

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.⁵⁶

⁵⁵ 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

⁵⁶ 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.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.2.2.13 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

4.3 Contabilità

4.3.1 Costi del personale

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. Le informazioni richieste in questa sezione costituiscono pertanto una precisazione dei dati forniti relativamente ai costi della contabilità finanziaria (cfr. cap. 4.3.2).

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 terapeutiche allo stabilimento ospedaliero dietro pagamento di un onorario (cfr. cap. 4.3.1.2).

4.3.1.1 Contabilità dei salari

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**⁵⁷
- 37 **Oneri sociali**
- 38 **Costi degli onorari medici** (soggetti agli oneri sociali)
 - 380 **Onorari dei medici, medici ospedalieri**
 - 381 **Onorari dei medici, medici accreditati**
- 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. cap. 4.2.2.7):

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

⁵⁷ Secondo REKOLE®, i costi del personale temporaneo devono essere registrati nel conto 30 Spese salariali.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- 7. **Servizi tecnici**
- 8. **Personale amministrativo**

4.3.1.2 Onorari per prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche fornite da terzi

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 onorari⁵⁸ sono suddivisi in tre categorie:

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

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.

4.3.2 Contabilità finanziaria

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®⁵⁹ serve da strumento ausiliario per l'adempimento agli obblighi previsti dalla legge.

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 contenuti⁶¹.

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 separatamente⁶². 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.

⁵⁸ Gli onorari derivano da tre categorie di prestazioni (AOMS, assicurazione complementare, pazienti paganti, pazienti stranieri ecc.).

⁵⁹ cfr. H+ Gli ospedali svizzeri, REKOLE® - Contabilità di gestione dell'ospedale

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

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

4.3.2.1 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**
 - 40 Fabbisogno medico (escl. 405)
 - 405 Onorari per prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche fornite da terzi
- **41 Costi di generi alimentari**
- **42 Costi di economia domestica**
- **43 Manutenzione e riparazioni**
- **44 Costi per l'utilizzo di immobilizzazioni**
 - 440 Investimenti (< valore OCPRe)
 - 441 Altri investimenti
 - 442 Ammortamenti
 - 443 Canoni di locazione (< valore OCPRe)
 - 444 Altri canoni di locazione (compreso il leasing operativo)
- **45 Costi per energia e acqua**
- **46 Oneri finanziari**
 - 460 Interessi passivi su debiti
 - 461 Interessi passivi su prestiti
 - 463 Interessi passivi su ipoteche
 - 466 Costi degli interessi sul leasing finanziario
 - 469 Altri interessi passivi
- **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:** Riguardano i conti principali 77 Imposte, 78 Costi straordinari e 79 Costi estranei all'esercizio, [voce rilevata separatamente](#).

La somma delle dichiarazioni effettuate relativamente ai costi viene calcolata direttamente dal programma sotto **Totale costi**, nonché le somme intermedie dei gruppi di conti.

4.3.2.2 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**

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

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- 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 sussidi⁶⁴
 - 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 77 Imposte, 78 Ricavi straordinari e 79 Ricavi estranei all'esercizio, [voce rilevata separatamente](#).

La somma delle dichiarazioni effettuate relativamente ai ricavi viene calcolata direttamente dal programma sotto **Totale ricavi**, nonché le somme intermedie dei gruppi di conti.

4.3.3 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 (cfr. cap. 4.3.2). 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.

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

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

⁶⁷ allegato dell'Ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- **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**.

4.3.4 Ponte di sintonizzazione

Mentre la contabilità finanziaria (cfr. cap. 4.3.2) considera i costi dell'intero esercizio, nella contabilità per unità finali di imputazione sono rilevati i costi generati dal singolo paziente (risp. unità finale di imputazione). [La contabilità analitica viene ora registrata direttamente in SpiGes a livello di caso.](#)

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. [Il ponte di sintonizzazione è tuttora registrato attraverso la statistica amministrativa degli ospedali, ma in modo più dettagliato. Queste informazioni vengono poi trasmesse a SpiGes tramite un servizio web allo scopo di eseguire un controllo e di elaborare vari file, come ITAR_K@.](#)

Delimitazioni:

Nella statistica amministrativa degli ospedali, il punto di partenza è costituito dai **costi totali della contabilità finanziaria**, dove vengono corretti le imposte, le spese straordinarie e le spese estranee all'esercizio e le spese calcolatore (costi modificati da COFI e COAN e costi aggiuntivi), [per arrivare al totale dei costi per unità finali d'imputazione calcolati secondo SpiGes:](#)

- **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
- **Costi estranei all'esercizio e straordinari / costi servizi annessi:** Nella contabilità analitica vengono considerati quali costi unicamente quelli che sono in relazione con lo scopo d'esercizio dell'ospedale vero e proprio.
- **Impôts :**
 - 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

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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.

Il ponte di sintonizzazione utilizza le voci contabili indicate nei conti finanziari (cfr. cap. 4.3.2). Si basa sul ponte di sintonizzazione REKOLE® e sul ponte di sintonizzazione rielaborato della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). È possibile applicare rettifiche per tutte le voci, nonché per le voci specifiche 448 Interessi calcolatori sull'attivo fisso, 468 Interessi calcolatori sull'attivo circolante e i ricavi 66/68 come riduzione dei costi.

Inoltre, le voci di costo 442 Ammortamenti, 444 Altri canoni di locazione (compreso il leasing operativi) e 448 Interessi calcolatori sull'attivo fisso devono essere compilati utilizzando la versione REKOLE® del calcolo.

Le correzioni per i pazienti a cavallo di due anni, come pure gli esercizi accessori, saranno calcolate direttamente utilizzando i dati SpiGes. Non è più necessario inserirle qui.

La differenza tra la contabilità finanziaria e il ponte di sintonizzazione in relazione alla contabilità analitica non viene più valutata in questo contesto, ma nella rilevazione SpiGes.

4.3.5 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 OCPre⁶⁸.

Nel presente testo vengono descritte le regolamentazioni previste dalla legge. Inoltre l'UST, per adempiere al proprio mandato istituzionale⁶⁹, 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 utilizzo⁷⁰.

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 prestazioni⁷¹. 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 Cantone⁷². Le immobilizzazioni di esercizi annessi e le parti di terreni non necessari per lo svolgimento del mandato di prestazioni non vanno pertanto rilevati⁷³.

Dato che le operazioni di locazione e acquisto rateale sono equiparate alle operazioni di acquisto e i relativi costi di utilizzo devono essere rilevati separatamente⁷⁴, nella statistica ospedaliera vengono stilate due tabelle nelle quali vanno indicate le singole immobilizzazioni.

⁶⁸ 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

⁶⁹ art. 23 LAMal

⁷⁰ art. 10 cpv. 5 OCPre

⁷¹ art. 8 cpv. 1 OCPre

⁷² art. 39 cpv. 1 lit. e LAMal

⁷³ 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

⁷⁴ art. 8 cpv. 2 OCPre

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

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**⁷⁵ per ogni categoria di immobilizzazioni⁷⁶.

In questa tabella viene visualizzato anche il **tasso d'interesse calcolatorio prescritto dalla legge**⁷⁷ (cfr. cap. 4.1.1.2).

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

Immobilizzazioni materiali immobili

- **Terreni edificati e non edificati**⁷⁸
- **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**
- **ERP / KIS**

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 incendi⁷⁹.
- **Anno di acquisto**
- **Valore contabile all'inizio dell'anno** in Fr.
- **Valore contabile alla fine dell'anno** in Fr.

⁷⁵ art. 10a cpv. 1 lit. b OCPRe

⁷⁶ 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

⁷⁷ art. 10a cpv. 1 lit. h OCPRe

⁷⁸ 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.

⁷⁹ art. 10a cpv. 2 OCPRe.

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- **Ammortamento annuo** in Fr.⁸⁰
- **Interesse calcolatorio** in Fr.⁸¹
- **Costi di utilizzo** in Fr.: i costi di utilizzo in franchi corrispondono alla somma degli ammortamenti annui in Fr. e degli interessi calcolatori⁸².

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 parti⁸³.

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 statistici⁸⁴. 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 calcoli⁸⁵ l'UST utilizza le seguenti formule⁸⁶:

- **Valore contabile all'inizio dell'anno** = [Valore di acquisto in Fr.] – ([Numero di anni di esercizio⁸⁷] * [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]

⁸⁰ 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.

⁸¹ 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.

⁸² Fa eccezione la categoria «Terreni edificati e non edificati»: in questo caso i costi di utilizzo in Fr. corrispondono agli interessi calcolatori.

⁸³ 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.

⁸⁴ 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.

⁸⁵ 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.

⁸⁶ Il metodo di calcolo utilizzato dall'UST non è vincolante per l'autodichiarazione degli enti ospedalieri ai fini del cosiddetto utilizzo amministrativo.

⁸⁷ numero di anni di esercizio = [Anno della rilevazione] – [Anno di acquisto]

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

- **Interesse calcolatorio in Fr.** = $([\text{Valore di acquisto}] / 2) * [\text{Tasso di interesse calcolatorio prescritto dalla legge}]^{88}$
- **Costi di utilizzo in Fr.** = $[\text{Ammortamento annuo in Fr.}] + [\text{Interessi calcolatori in Fr.}]$

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 franchi⁸⁹.

⁸⁸ Per le immobilizzazioni della categoria « Terreni edificati e non edificati » si applica la seguente formula di calcolo: **Interessi calcolatori in Fr.** = $[\text{Valore di acquisto in Fr.}] * [\text{Tasso di interesse calcolatorio prescritto dalla legge}]$.

⁸⁹ art. 10 cpv. 5 OCPRe e art. 8 OCPRe

Statistiche ospedaliere: variazioni tra le variabili

Rilevazioni a partire dall'introduzione di SpiGes	Osservazioni	Dati rilevati dal 2010	Osservazioni	Dati rilevati 1997 – 2009
<p>1. Dati generali</p> <p>Stabilimento</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 - Persona di riferimento - Osservazioni all'attenzione del Cantone o dell'UST 	<p>BURGESV – link con ITAR_K®</p>	<p>1. Données générales établissement</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>Con indirizzo, numero RIS, codice NOGA , lingua, numero del Comune, ecc.</p> <p>Adeguamento agli standard OCSE</p>	<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>2. Dati generali</p> <p>Sedi, Letti, Infrastruttura medico-tecnica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sedi (e offerta) - Letti - Infrastruttura medico-tecnica 	<p>Non vi sono più le nozioni di dimissioni e di giorni, nemmeno per i trattamenti di lunga durata (informazioni raccolte a livello di caso tramite la rilevazione SpiGes)</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>Giorni di cura e uscite</p> <p>Medici, levatrici e altri</p> <p>Dati nella statistica medica</p>	<p>1. Offerta di prestazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medici accreditati - Infrastruttura - Prestazioni mediche

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Rilevazioni a partire dall'introduzione di SpiGes	Osservazioni	Dati rilevati dal 2010	Osservazioni	Dati rilevati 1997 – 2009
			Soppressione delle categorie di perfezionamento FMH Dati nella statistica medica	- Prestazioni medico- tecniche e terapeutiche
3. Impiego ETP, personale		3. Dati generali personale		2. Personale
<ul style="list-style-type: none"> - Calcolo degli equivalenti a tempo pieno Scheda individuale - Numero progressivo e numero d'identificazione anonimo - Anno di nascita - Sesso - Funzione - Grado di occupazione - Centro di prestazione - Sede - Personale in formazione - Nazionalità - Origine del diploma 	<p>Aggiunta di variabili: personale temporaneo e tipo di contratto</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 - Personale in formazione - Nazionalità - Origine del diploma 	<p>Passaggio dalla formazione alla funzione esercitata</p> <p>Numero di ore lavorative remunerate, ETP, sotto contratto al 31.12</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 - Personale in formazione - Nazionalità svizzera

Statistica ospedaliera: Progetto dettagliato

Rilevazioni a partire dall'introduzione di SpiGes	Osservazioni	Dati rilevati dal 2010	Osservazioni	Dati rilevati 1997 – 2009
4. Comptabilité		4. Dati generali finanziari e di esercizio		4. Contabilità finanziaria
<ul style="list-style-type: none"> - Contabilità finanziaria - Risultato annuale - Ponte di sintonizzazione - Contabilità dei salari e degli onorari per prestazioni mediche - Contabilità delle immobilizzazioni 	<p>Ponte di sintonizzazione base a REKOLE® e CDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contabilità finanziaria - Risultato annuale - Aggiustamenti - Contabilità dei salari e degli onorari per prestazioni mediche - Contabilità delle immobilizzazioni 	<p>Costi e ricavi</p> <p>Informazioni su stabilimenti accessori</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conto economico - Copertura della perdita di esercizio - Costi e ricavi non inclusi nel conto economico
	<p>Non più raccolto nella rilevazione KS (solo Letti), raccolto in SpiGes a livello di caso</p>	5. Prestazioni e assistenza		3. Ospedalizzazione
		<ul style="list-style-type: none"> - Cure ospedaliere - Letti 	<p>Registrazione della maggior parte delle informazioni attraverso la statistica medica</p> <p>Letti pianificati e giorni-letto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Varie variabili - Letti
		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) 	<p>Il vecchio capitolo Prezzi e tariffe è stato soppresso.</p> <p>Casi amministrativi e mandati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tariffe per forfait giornalieri al 31.12

Tabella 1: Confronto delle variabili della statistica ospedaliera

Elenco delle abbreviazioni

AELS	Associazione europea di libero scambio
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
CASU	Centrale per l'allarme sanitario urgente
CC	Codice civile svizzero
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CT	Tomografo computerizzato
ERP	Enterprise Resource Planning
ETP	Equivalenti a tempo pieno
Eurostat	Ufficio statistico dell' Unione europea
FMH	Associazione professionale dei medici svizzeri
GLN	Global Location Number
KIS	Klinik-Informationssystem
KS	Statistica ospedaliera
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LL	Legge sul lavoro
LPD	Legge federale sulla protezione dei dati
LPMed	Legge federale sulle professioni mediche universitarie
LSPr	Legge federale sulla sorveglianza dei prezzi
LStat	Legge sulla statistica federale
MRI	Magnetic Resonance Imaging
NOGA	Nomenclatura generale delle attività economiche
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
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
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OLL 1	Ordinanza 1 concernente la legge sul lavoro
ORL	Otorinolaringoiatria
PET	Tomografia a emissione di positroni
RCC	Registro dei codici creditori
RIFOS	Rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera
RIS	Registro delle imprese e degli stabilimenti
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
SOMED	Statistica degli istituti medico-sociali
SPECT	Single Photon Emissions Computer Tomography
SpiGes	Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (in tedesco)
SPITEX	Statistica dell'assistenza e cura a domicilio
SPr	Sorveglianza dei prezzi
TIS	Tempo di incisione e sutura
UE	Unione europea
UFG	Ufficio federale di giustizia
UFIT	Ufficio federale dell'informatica e della telecomunicazione
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UID	Numero di identificazione delle imprese (IDI)
UST	Ufficio federale di statistica

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