

4 Descrizione delle cifre chiave

Nella parte delle tabelle è presentata una selezione di cifre chiave per ciascun ospedale. I singoli stabilimenti sono riportati nel seguente ordine: alfabetico per Cantone e tipo di ospedale e discendente per numero di giorni di cura nel 2021. Nei dati sullo stabilimento, oltre al nome e all'indirizzo dello stabilimento e al Cantone da cui dipende sono indicati anche il tipo di ospedale, il tipo di attività e di prestazioni e altre informazioni sull'infrastruttura dell'istituto e sul mandato di perfezionamento.

Le cifre chiave degli ospedali svizzeri sono calcolate sulla base dei dati della statistica ospedaliera (KS) e della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS) raccolti dall'UST presso gli ospedali. Ogni anno, questi dati vengono messi a disposizio-

ne dell'UFSP dall'UST. Le cifre chiave si basano su dati statistici relativi all'anno in rassegna e all'anno precedente. In questa edizione sono riportati i dati degli anni 2020 e 2021. Nel caso di stabilimenti che hanno subito mutazioni quali ristrutturazioni o fusioni (tabella 2), le divergenze nelle serie temporali vanno valutate con prudenza. Nella colonna «Differenza %» appare la differenza percentuale dall'anno precedente. I valori nelle colonne «Mediana» e «Distribuzione» si riferiscono solo al 2021. La mediana riguarda gli ospedali svizzeri della stessa tipologia. Quindi i valori di uno stabilimento possono essere confrontati con i dati di un gruppo comparabile. Il box-plot nella colonna «Distribuzione» riproduce graficamente il confronto: La legenda si trova nella figura 1.

Di seguito sono descritte nel dettaglio le cifre chiave. Le spiegazioni si basano sui questionari delle indagini effettuate presso gli ospedali dall'UST. Per esempio, «KS A.06.01.05» indica la variabile A.06.01.05 del questionario della statistica ospedaliera (KS) e «MS 0.1.V04» la variabile 0.1.V04 del questionario della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri (MS). L'indicazione «UST» significa che questa caratteristica non proviene direttamente da un questionario ma è stata calcolata dall'UST.

Figura 1: Segni grafici nella colonna «Distribuzione»

 Nel box plot sono rappresentate le cifre del 2021. I gruppi di riferimento riuniscono gli ospedali svizzeri appartenenti allo stesso tipo ospedaliero.

 **Mediana** (valore del 50 per cento): la mediana divide esattamente a metà un gruppo di riferimento. Il 50 per cento del gruppo presenta valori superiori, il 50 per cento inferiori.

 **Valore zero**: se l'intervallo di valori descritto contiene lo zero, quest'ultimo viene indicato con un cerchio.

 **Stabilimento**: simbolo che indica la cifra chiave per lo stabilimento descritto.

 **Outlier superiore**: la cifra chiave per lo stabilimento descritto supera l'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente superiore» nei confronti degli altri ospedali.

 **Outlier inferiore**: la cifra chiave per lo stabilimento descritto è inferiore all'intervallo del 95 per cento nel rispettivo gruppo di riferimento. Ciò significa che il valore rappresenta statisticamente un'anomalia e che può essere definito «chiaramente inferiore» nei confronti degli altri ospedali.

 **Intervallo del 50 per cento**: comprende il 50 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

 **Intervallo del 95 per cento**: comprende il 95 per cento degli stabilimenti del gruppo di riferimento.

I cost-weight medi CMlb, CMIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione vengono suddivisi per tipo di attività

A partire dall'edizione dei dati 2021, l'UST calcola i cost-weight medi CMlb, CMIn, DMI psichiatria e DMI riabilitazione sulla base delle informazioni sulle tariffe per la tariffazione (4.8.V01) riportate nella MS. Questo nuovo metodo di calcolo consente di presentare per la prima volta queste cifre chiave alla rubrica «Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B».

Solo i casi per i quali la tariffa per la tariffazione (4.8.V01) è conosciuta sono presi in considerazione nel calcolo dei cost-weight medi. I casi con tariffe per la tariffazione zero (4.8.V01 = 0) non sono quindi considerati.

Cost-weight medi per la psichiatria e riabilitazione (DMI)

Per l'edizione dei dati 2021, i DMI per la psichiatria e la riabilitazione non sono ancora disponibili. I valori saranno presentati con le cifre chiave del 2022.

Dati «stabilimento»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula ¹¹
<i>KT</i> Cantone	Cantone sotto la cui giurisdizione amministrativa si trova l'ospedale.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> Stabilimento e indirizzo	Nome e indirizzo dello stabilimento.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST	Tipo di ospedale secondo la tipologia ospedaliera UST. Si distinguono ospedali universitari, stabilimenti con presa a carico centralizzata (ospedali cantonali), stabilimenti per cure di base e cliniche specializzate (psichiatria, riabilitazione, chirurgia, ginecologia/neonatologia, geriatria, pediatria e diverse). ¹²	KS A.02.08 / UST
<i>LA</i> Offerta di prestazioni	Offerta di prestazioni dello stabilimento	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> Forma giuridica	Ripartizione conformemente alla nomenclatura delle forme giuridiche dell'UST. Le forme giuridiche sono suddivise in quattro gruppi: «SA / Sagl» con società in nome collettivo, società in accomandita, società in accomandita per azioni, società anonima, società a garanzia limitata (Sagl), «Associazione / fondazione» con società cooperativa, associazione, fondazione, «Ditta individuale / società» con ditta individuale, società semplice inoltre «Impresa pubblica» con istituto di diritto pubblico, amministrazione federale / cantonale / distrettuale / comunale o altre corporazioni di diritto pubblico, impresa pubblica federale / cantonale / distrettuale / comunale o di una corporazione.	«Ditta individuale / società»: KS A.03 = 1, 2 «SA / Sagl»: KS A.03 = 3 a 7 «Associazione / fondazione»: KS A.03 = 8 a 10 «Impresa pubblica»: KS A.03 = 17, 20 a 34
<i>Akt</i> Tipo di attività	Ripartizione per tipo di attività secondo le prestazioni fornite dagli stabilimenti. Gli ospedali possono operare nei settori di attività «cure acute» (A), «psichiatria» (P) e «riabilitazione / geriatria» (R); le case nascita (B) indipendenti da istituzioni cliniche vengono rilevate in un tipo di attività proprio.	«A»: KS A.01.01 = 1 «P»: KS A.01.02 = 1 «R»: KS A.01.03 = 1 «B»: KS A.01.04 = 1
<i>SL</i> Prestazioni specifiche	Indicazione se l'ospedale dispone di un servizio di pronto soccorso (NF) riconosciuto o di un reparto di cure intense (IPS).	«NF»: KS A.06.01.01 = 1 «IPS»: KS A.06.01.05 = 1
<i>WB</i> Formazione e perfezionamento	Indicazione se l'ospedale è sede di formazione e perfezionamento per studenti di medicina (MSt), medici (Arzt) o altri professionisti della salute (BGs).	«MSt»: KS A.06.01.08 = 1 «Arzt»: KS A.06.01.09 = 1 «BGs»: KS A.06.01.10 = 1
<i>AnzStand</i> Numero di sedi	Numero delle sedi geografiche nelle quali un centro ospedaliero distribuito su più sedi organizza le sue attività come unità giuridica unica dotata di una direzione centrale.	KS A.11.00
<i>SA</i> Infrastruttura speciale	Indicazione se l'ospedale possiede apparecchi e infrastrutture speciali. Tra questi apparecchi si annoverano: tomografo a risonanza magnetica (MRI), tomografo computerizzato (CT), tomografo a emissione di positroni (PET), gamma camera inclusi scintigrafia e SPECT (CC), acceleratore lineare (LB) e litotritore (LITO).	«MRI»: KS A.13.001 «CT»: KS A.13.002 «PET»: KS A.13.003 «CC»: KS A.13.004 «LB»: KS A.13.005 «LITO»: KS A.13.006

11 UST: Statistica ospedaliera – Progetto dettagliato (versione 2.1, 2020)

12 UST: Typologie des hôpitaux 2006

Dati generali «prestazioni e cure»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AmbKonsT</i> Numero di consulti ambulatoriali	Numero totale dei consulti ambulatoriali in tutti tipi di attività	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)	Numero totale dei giorni di cura (senza cura per pazienti lungodegenti) di tutti i casi amministrativi conclusi dal 1° gennaio al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMST</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	Numero totale dei casi amministrativi (senza i casi lungodegenti) liquidati dal 1° gennaio al 31 dicembre in tutti tipi di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) AND MS 4.8.V01 IN c(0, 1, 2, 3, 4, 5, 6) Totale dei casi
<i>NeugStatMST</i> Numero di neonati sani (cura ospedaliera)	Corrisponde al numero totale dei neonati sani dimessi dal 1° gennaio al 31 dicembre, secondo la definizione di SwissDRG.	Secondo MS con codice SwissDRG = «P66D» OR «P67D»: Totale dei casi
<i>Ops</i> Sale operatorie	Numero di sale operatorie in funzione nell'ospedale.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> Numero di sale parto	Numero di sale parto in funzione.	KS A.13.11
<i>pPatWAU</i> Percentuale di pazienti con domicilio all'estero (%, stazionari)	La percentuale di pazienti con domicilio all'estero viene calcolata in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero di persone ricoverate domiciliante all'estero per il totale delle persone ricoverate.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.1.V04 regione di domicilio straniera / Totale dei casi * 100
<i>pPatWAK</i> Percentuale di pazienti di altri Cantoni (%, stazionari)	Percentuale di pazienti provenienti da altri cantoni. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali dividendo il numero dei casi di ricovero fuori cantone di persone domiciliate in Svizzera per il totale dei casi di ricovero di persone domiciliate in Svizzera.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.1.V04 al di fuori di MS 0.1.V04 (regione di domicilio fuori Cantone in Svizzera) / Totale dei casi regione di domicilio in Svizzera * 100
<i>pPatLKP</i> Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati (%, stazionari)	Percentuale di pazienti che, durante la degenza in ospedale, occupano un letto nel reparto semiprivato o privato. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero dei casi di ricovero in reparto semiprivato o privato per il totale dei casi di ricoveri trattati.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con (MS 1.3.V02 = 2 OR MS 1.3.V02 = 3) (classe di degenza semiprivata o privata) / Totale dei casi * 100
<i>pPatHOK</i> Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale (%, stazionari)	Percentuale di pazienti per i quali l'assicurazione malattie obbligatoria assume essenzialmente i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base durante la degenza in ospedale. Il dato viene calcolato in base alla statistica medica degli ospedali e si ottiene dividendo il numero di casi con assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per le prestazioni dell'assicurazione di base per il numero complessivo dei casi di ricoveri trattati.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario): Numero di casi con MS 1.4.V02 = 1 (assicurazione malattie obbligatoria come garante principale per i costi delle prestazioni dell'assicurazione di base) / Totale dei casi * 100

Dati generali «cura per pazienti lungodegenti»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>pTagLang</i> Giorni di cura	Numero totale dei giorni di cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> Uscite	Numero totale dei casi amministrativi nella cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> Totale costi della cura per pazienti lungodegenti	Costi generati dai pazienti lungodegenti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.), inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera.	KS X2.01.50.03

Dati generali «infrastruttura medico-tecnica, numero di esami per apparecchio»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>pMRI_AMB</i> Numero di esami MRI per MRI, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di esami MRI nel settore ambulatoriale e il numero di apparecchi RMI.	KS A.13.201 / KS A.13.001
<i>pMRI_STAT</i> Numero di esami MRI per MRI, stazionario	Rapporto tra il numero di esami MRI nel settore stazionario e il numero di apparecchi RMI.	KS A.13.301 / KS A.13.001
<i>pCT_AMB</i> Numero di esami CT per tomografo computerizzato, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di esami CT nel settore ambulatoriale e il numero di tomografi computerizzati (TAC).	KS A.13.202 / KS A.13.002
<i>pCT_STAT</i> Numero di esami CT per tomografo computerizzato, stazionario	Rapporto tra il numero di esami CT nel settore stazionario e il numero di tomografi computerizzati (TAC).	KS A.13.302 / KS A.13.002
<i>pANGIO_AMB</i> Numero di angiografie per angiografo, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di angiografie nel settore ambulatoriale e il numero di angiografi.	KS A.13.207 / KS A.13.007
<i>pANGIO_STAT</i> Numero di angiografie per angiografo, stazionario	Rapporto tra il numero di angiografie nel settore stazionario e il numero di angiografi.	KS A.13.307 / KS A.13.007
<i>pDIA_AMB</i> Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, ambulatoriale	Rapporto tra il numero di dialisi nel settore ambulatoriale e il numero di apparecchi per dialisi.	KS A.13.208 / KS A.13.008
<i>pDIA_STAT</i> Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, stazionario	Rapporto tra il numero di dialisi nel settore stazionario e il numero di apparecchi per dialisi.	KS A.13.308 / KS A.13.008

Dati generali «personale»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>PersA</i> Medici	Medici che operano nelle diverse discipline mediche per l'assistenza ai pazienti. Il numero di medici espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=1 a 6
<i>di cui PersAWB</i> medici in perfezionamento	Medici in perfezionamento (da medico assistente a primario) che operano nelle diverse discipline mediche per l'assistenza ai pazienti. Il numero di medici espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04 = 1 à 5 e KS A.14.09 = 1
<i>PersP</i> Personale sanitario	Comprende le persone che si occupano della cura dei pazienti, quindi infermieri, levatrici, assistenti di cura, specialisti della salute, specialisti in assistenza ecc. Il numero di addetti del personale sanitario espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=7 a 12
<i>PersMT</i> Altro personale medico	Questo gruppo comprende il personale medico-tecnico e medico-terapeutico nonché il personale di sala operatoria, gli specialisti in radiologia, i tecnici di analisi biomediche, soccorritori, il personale accademico (p.es. farmacisti, biologi, chimici), i fisioterapisti, ergoterapisti e terapeuti della riattivazione, i dietisti, i logopedisti, gli psicologi ecc. Il numero di addetti appartenenti a questo gruppo espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02) con KS A.14.04=13 a 27, 32
<i>PersT</i> Totale personale	Medici, personale sanitario, altro personale medico PIÙ servizi sociali (consulenza e sostegno), addetti alla manutenzione, servizi tecnici e personale amministrativo. Il numero espresso in ETP indica le ore di lavoro prestate in un anno in rapporto a un normale posto al 100 per cento.	(KS A.14.05.02)
<i>StdBelA</i> Medici accreditati (ore)	Ore di lavoro dei medici liberi professionisti che vengono remunerati, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=33
<i>StdBelP</i> Altro personale accreditato (ore)	Ore di lavoro delle ostetriche accreditate e di altre persone che vengono remunerate, dietro emissione di fattura, per il trattamento dei propri pazienti in ospedale.	(KS A.14.05.04) con KS A.14.04=34, 35

Le indicazioni sul personale si riferiscono all'intero organico, senza ulteriori suddivisioni secondo il settore di occupazione (ambulatoriale, ricerca o insegnamento, docenza e perfezionamento o altre mansioni pubbliche). Per i collaboratori, la funzione assunta è registrata sulla base delle otto categorie di personale predefinite: medici, personale sanitario, personale medico-tecnico, personale medico-terapeutico, servizi sociali (consulenza e sostegno), personale di servizio, servizi logistici

e tecnici e personale amministrativo: in questo ambito non è determinante la formazione ma il lavoro effettivamente svolto. Per le cifre chiave relative al personale vengono riunite diverse categorie di funzione. Il grado di occupazione dei dipendenti viene indicato in equivalenti a tempo pieno (ETP). Per esempio, una persona che lavora all'80 per cento corrisponde a 0,8 ETP. Per quanto riguarda i medici accreditati e l'altro personale accreditato sono indicate espressamente le ore di lavoro.

Dati generali «dati finanziari e d'esercizio»

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AwBesold</i> Costi del personale	Salari del personale addetto alla manutenzione, onorari dei medici e altre spese per il personale, incluse le prestazioni sociali, secondo i conti 30 (costi salariali), 37 (costi delle assicurazioni sociali), 38 (costi degli onorari medici [obbligo di assicurazione sociale]) e 39 (altri costi del personale) del piano contabile di H+.	KS A.15.01
<i>AwInvest</i> Costi d'investimento	Costi d'investimento (utilizzo delle installazioni) e interessi passivi, corrispondenti ai conti 44 e 46 del piano contabile di H+.	KS A.15.06 + KS A.15.08
<i>AwSonst</i> Altri costi d'esercizio	Tutte le spese d'esercizio dell'ospedale meno i costi salariali, di investimento, gli oneri finanziari, le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio.	KS A.15.02 + KS A.15.03 + KS A.15.04 + KS A.15.05 + KS A.15.07 + KS A.15.09 + KS A.15.10 + KS A.15.11
<i>AwT</i> Totale costi	Corrisponde all'insieme dei costi (inclusi le imposte, i costi straordinari e i costi estranei all'esercizio corrispondenti ai conti 77–79 del piano contabile di H+).	KS A.15.20
<i>EtMedL</i> Ricavi per degenze e cure	Il ricavo totale d'esercizio derivante dall'ospedalizzazione e dalla cura comprende i ricavi da prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche fornite ai pazienti, prestazioni mediche singole e altre prestazioni singole ospedaliere secondo i conti dal 60 al 62 del piano contabile di H+. Sono compresi anche i ricavi del settore ambulatoriale.	KS A.15.30 + KS A.15.31 + KS A.15.32
<i>EtSonst</i> Altri ricavi	Prestazioni destinate ai pazienti che non possono essere contabilizzate tra i ricavi per degenze e cure (conti 60–62 del piano contabile di H+), ricavi da affitti e da interessi direttamente collegati all'esercizio ospedaliero, e ricavi da prestazioni fornite al personale e a terzi, terzi, imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio e variazione nelle rimanenze di prodotti.	KS A.15.33 + KS A.15.34 + KS A.15.35 + KS A.15.41 + KS A.15.42
<i>EtSubv</i> Contributi, sussidi, copertura del disavanzo	Tutti i contributi da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato sotto forma di quote, sovvenzioni ed eventuali coperture del disavanzo contabilizzate separatamente.	KS A.15.36 + KS A.16.40
di cui <i>EtDef</i> totale copertura del deficit (riserve e fondi privati; contributo pubblico)	Tutti i contributi da parte della mano pubblica o di organizzazioni di diritto privato come riserve, comune, cantoni, Confederazione, fondi privati sotto forma di eventuali coperture del deficit contabilizzate separatamente.	KS A.16.40 (KS A.16.31 + KS A.16.35 + KS A.16.32 + KS A.16.33 + KS A.16.34)
<i>EtT</i> Totale ricavi	Insieme dei ricavi (inclusi. imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio è le variazioni nelle rimanenze di prodotti)	KS 15.50
<i>FiErg</i> Risultato annuale	Risultato d'esercizio (utile netto o perdita netta) con l'esclusione di un'eventuale copertura del deficit.	KS A.16.10 – KS A.16.20

Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>AmbKonsA/P/R/B</i> Numero di consulti ambulatoriali	Numero totale dei consulti ambulatoriali suddivisi per tipo di attività.	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – Acuto/Psi/Riab/CN	Numero totale dei giorni di cura (senza cura per pazienti lungodegenti) di tutti i casi amministrativi conclusi dal 1° gennaio al 31 dicembre (casi di tipo A) o aperti prima del 1° gennaio e non ancora conclusi il 31 dicembre (casi di tipo C), senza tener conto del giorno di dimissione e di tutti i giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni per caso; suddiviso per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) OR «C» (ammissione prima del 1° gennaio e dimissione dopo il 31 dicembre) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (tipo di attività A, B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (tipo di attività P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (tipo di attività R) Somma della durata di degenza di tutti i casi (senza giorno della dimissione, senza il totale dei giorni di congedo, limitatamente a un massimo di 365 giorni)
<i>AustStatMSA/P/R/B</i> Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – Acuto/Psi/Riab/CN	Numero totale dei casi (senza i casi lungodegenti) amministrativi liquidati dal 1° gennaio al 31 dicembre; suddiviso per tipo di attività.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno) AND (MS 4.8.V01 = 1 OR 2 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 <> M500 OR M900 OR M950) (tipo di attività A, B) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) (tipo di attività P) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950) (tipo di attività R) Totale dei casi
<i>BettenStatA/P/R/B</i> Posti letto (stazionari)	Il numero medio dei letti a disposizione per l'esercizio corrisponde al numero dei giorni di occupazione dei letti all'anno diviso per 365 risp. 366 per anno bisestile; suddiviso per tipo di attività.	KS X1.02.01/365 risp. 365 o KS X1.02.01/365 risp. 366
<i>DADStatMSA/P/R/B</i> Durata media di degenza (giorni, stazionaria)	La durata media di degenza si ottiene dividendo il numero totale di giorni di cura per il numero dimissioni all'anno; suddivisa per tipo di attività.	PtageStatMSA/P/R/B/ AustStatMSA/P/R/B
<i>pBettenBelStatA/P/R/B</i> Tasso d'occupazione dei letti (%, stazionari)	Il tasso d'occupazione dei letti (eccetto i neonati sani e i pazienti lungodegenti) si ottiene dividendo il numero dei giorni di cura per il numero di giorni-letto (numero dei giorni di occupazione dei letti; suddiviso per tipo di attività.	KS X1.01.01/ KS X1.02.01 * 100

Prestazioni e cure per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>CMl_b</i> Casemix Index lordo (CMI)	Valore medio della gravità dei casi stazionari trattati, senza compensazione degli outlier (che presentano una degenza fuori dei limiti attesi); suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight senza ponderazione degli outlier/numero di casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione
<i>CMl_n</i> Casemix Index netto (CMI)	Valore medio della gravità dei casi stazionari trattati rettificato per gli outlier. Il CMI lordo è ponderato per tenere conto delle degenze con durata superiore o inferiore a quella attesa; suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 1 OR 2 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight con ponderazione degli outlier / numero di casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione
<i>DMI_{PIR}</i> Day Mix Index (DMI)	Grado di gravità medio di un determinato ospedale; suddiviso per tipo di attività. Il calcolo del CMI viene effettuato dall'UST e si basa sui dati della statistica medica (MS).	Secondo MS con MS 4.8.V01 = 5 OR 6 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno): Totale dei cost-weight effettivi / Somma della durata di degenza dei casi Solo i casi con una tariffa per la tariffazione 4.8.V01 sconosciuta sono presi in considerazione

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
<i>KostAmbA/PIR/B</i> Totale costi del settore ambulatoriale	Costi generati per il settore ambulatoriale dai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.01
di cui <i>KostOKPAmbA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.04 + KS X2.01.50.09
<i>KostStatA/PIR/B</i> Totale costi del settore stazionario	Costi generati per il settore stazionario dai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.02
di cui <i>KostKVGStatA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Tutti i costi a carico dell'AOMS di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.05

Dati finanziari e d'esercizio per tipo di attività A/P/R/B

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte/formula
di cui <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.39.05
di cui <i>KostZvOKPStatA/PIR/B</i> costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari	Costi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.50.10
di cui <i>AnIZvOKPStatA/PIR/B</i> costi di utilizzo delle immobilizzazioni	Costi a carico dell'AOMS derivanti dall'utilizzo delle installazioni da parte di pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.39.10
<i>KostAWLFA/PIR/B</i> Costi della formazione	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per la formazione; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> Costi del perfezionamento	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per il perfezionamento; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> Costi della ricerca	Costi derivanti dalla ricerca universitaria; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> Ricavi complessivi, compresi ricavi legati ai casi e non	Ricavi delle prestazioni erogate nel settore ambulatoriale, stazionario e della lungodegenza ai pazienti di tutte le categorie assicurative (p.es. assicurazione di base, complementare, militare, per l'invalidità ecc.) inclusi i pazienti paganti in proprio e quelli con una copertura assicurativa estera; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.60 00
di cui <i>ErlOKPAmbA/PIR/B</i> Ricavi AOMS del settore ambulatoria	Ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti ambulatoriali (esclusivamente con assicurazione di base LAMal o con assicurazioni complementari); suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.03 + KS X2.02.31.10
di cui <i>ErlKVGStatA/PIR/B</i> Ricavi AOMS stazionario, solo pazienti con assicurazione di base LAMal	Ricavi (quotaparte degli assicuratori e cantonale) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05
di cui <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale a carico degli assicuratori dei ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari che dispongono esclusivamente dell'assicurazione di base LAMal; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.04/ (KS X2.02.31.04 + KS X2.02.31.05) * 100
di cui <i>ErlZvOKPStatA/PIR/B</i> ricavi AOMS stazionario, pazienti con assicurazioni complementari	Ricavi (quotaparte degli assicuratori e cantonale) derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12
di cui <i>ErlZvOKPStatVA/PIR/B</i> percentuale assicurazione (%)	Percentuale a carico degli assicuratori dei ricavi derivanti da prestazioni a carico dell'AOMS erogate a pazienti stazionari con assicurazioni complementari; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.02.31.11/ (KS X2.02.31.11 + KS X2.02.31.12) * 100

Indicazioni per tipo di attività

I tipi di attività sono «cure acute» (A), «psichiatria» (P), «riabilitazione/geriatria» (R) e/o «case nascita» (B).

Per ogni tipo di attività attribuito allo stabilimento sono rilevate, in parte separatamente, indicazioni relative a prestazioni e trattamenti, nonché dati finanziari e d'esercizio.