

## 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 2020. 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.

**Figura 1: Segni grafici nella colonna «Distribuzione»**

 Nel box plot sono rappresentate le cifre del 2020. 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.

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 2019 e 2020. 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 2020. 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.

### Novità nell'edizione 2020

#### Cura per pazienti lungodegenti

A partire dall'edizione 2020, la cura per pazienti lungodegenti non è più incluse nelle cifre chiave «Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)» e «Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)» e i costi relativi non sono più suddivisi per tipo di attività, ma proposti per il settore nel suo insieme. La cura per pazienti lungodegenti è presentata in una nuova sezione «Dati generali Cura per pazienti lungodegenti» con le seguenti cifre chiave, basate sulla statistica ospedaliera KS:

- Giorni di cura (*PTageLang*)
- Uscite (*AustLang*)
- Totale costi della cura per pazienti lungodegenti (*KostLangT*)

Questo cambiamento influisce sul calcolo delle cifre chiave «Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione)» e «Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)» presentate nelle

«Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)» presentate nelle edizioni precedenti e che, da questa edizione, non includono più la cura per pazienti lungodegenti:

- Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – *PtageStatMST*
- Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – *AustStatMST*
- Giorni di cura (stazionari, senza giorno della dimissione) – Acuto / Psi / Riab / CN - *PtageStatMSA/PIR/B*
- Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari) – Acuto / Psi / Riab / CN - *AustStatMSA/PIR/B*

### Cifra chiave *EtSonst*

La cifra *chiave EtSonst*, prima «Altri ricavi d'esercizio», è ora chiamata «Altri ricavi», poiché stata integrata anche colle imposte, ricavi straordinari ed estranei all'esercizio (variabile KS A.15.41) e colla variazione nelle rimanenze di prodotti (variabile KS A.15.42).

### Cifra chiave *FiErg*

La cifra *chiave FiErg*, prima «risultato d'esercizio», è ora chiamata «risultato annuale», poiché si riferisce a un risultato che contiene elementi estranei all'esercizio

## Dati generali – Stabilimento

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula <sup>11</sup>
<i>KT</i> <b>Cantone</b>	Cantone sotto la cui giurisdizione amministrativa si trova l'ospedale.	KS A.02.10
<i>Inst/Adr/Ort</i> <b>Stabilimento e indirizzo</b>	Nome e indirizzo dello stabilimento.	KS A.02.01 KS A.02.02 KS A.02.03 KS A.02.04
<i>Typ</i> <b>Tipo di ospedale</b> 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). <sup>12</sup>	KS A.02.08 / UST
<i>LA</i> <b>Offerta di prestazioni</b>	Offerta di prestazioni dello stabilimento	«Amb»: KS A.02.15 = 1 «Stat»: KS A.02.16 = 1
<i>RForm</i> <b>Forma giuridica</b>	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> <b>Tipo di attività</b>	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 per partorienti (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> <b>Prestazioni specifiche</b>	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

<sup>11</sup> UST: Statistica ospedaliera - Progetto dettagliato (versione 2.1, 2020)

<sup>12</sup> UST: Typologie des hôpitaux 2006

## Dati generali – Stabilimento

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula <sup>11</sup>
<i>WB</i> <b>Formazione e perfezionamento</b>	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> <b>Numero di sedi</b>	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> <b>Infrastruttura speciale</b>	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

## Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>AmbKonsT</i> <b>Numero di consulti ambulatoriali</b>	Numero totale dei consulti ambulatoriali in tutti tipi di attività	(KS X1.01.05)
<i>PtageStatMST</i> <b>Giorni di cura</b> (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 <> 7  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> <b>Pazienti dimessi durante l'anno</b> (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 <> 7  Totale dei casi
<i>NeugStatMST</i> <b>Numero di neonati sani</b> (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> <b>Sale operatorie</b>	Numero di sale operatorie in funzione nell'ospedale.	KS A.13.09
<i>Gebs</i> <b>Numero di sale parto</b>	Numero di sale parto in funzione.	KS A.13.11
<i>CMlb</i> <b>Casemix Index lordo</b> (CMI)	Valore medio grezzo della gravità dei casi stazionari trattati, senza compensazione degli outlier (che presentano una degenza fuori dei limiti attesi). Il calcolo del CMI si basa sui dati della statistica medica (MS) e viene effettuato dall'UST.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno):  Pesi relativi / Numero di casi secondo MS

## Dati generali – Prestazioni e cure

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>CMI<sub>n</sub></i> <b>Casemix Index netto</b> (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. Il calcolo del CMI si basa sui dati della statistica medica (MS) e viene effettuato dall'UST.	Secondo MS con MS 1.3.V01 = 3 (trattamento stazionario) AND MS 0.2.V02 = «A» (dimissione entro l'anno):  Pesi relativi corretti per gli outlier / Numero di casi secondo MS
<i>pPatWAU</i> <b>Percentuale di pazienti con domicilio all'estero</b> (%, 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 domiciliate 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> <b>Percentuale di pazienti di altri Cantoni</b> (%, 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> <b>Percentuale di pazienti nei reparti privati e semiprivati</b> (%, 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> <b>Percentuale di pazienti con AMal obbligatoria come garante principale</b> (%, 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>PTageLang</i> <b>Giorni di cura</b>	Numero totale dei giorni di cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.01
<i>AustLang</i> <b>Uscite</b>	Numero totale dei casi amministrativi nella cura per pazienti lungodegenti.	KS A.10.02
<i>KostLangT</i> <b>Totale costi della cura per pazienti lungodegenti</b>	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> <b>Numero di esami MRI per MRI, ambulatoriale</b>	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> <b>Numero di esami MRI per MRI, stazionario</b>	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> <b>Numero di esami CT per tomografo computerizzato, ambulatoriale</b>	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> <b>Numero di esami CT per tomografo computerizzato, stazionario</b>	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> <b>Numero di angiografie per angiografo, ambulatoriale</b>	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> <b>Numero di angiografie per angiografo, stazionario</b>	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> <b>Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, ambulatoriale</b>	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> <b>Numero di dialisi per apparecchio per dialisi, stazionario</b>	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> <b>Medici</b>	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> <b>medici in perfezionamento</b>	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> <b>Personale sanitario</b>	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> <b>Altro personale medico</b>	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> <b>Totale personale</b>	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> <b>Medici accreditati</b> (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> <b>Altro personale accreditato</b> (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> <b>Costi del personale</b>	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> <b>Costi d'investimento</b>	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> <b>Altri costi d'esercizio</b>	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> <b>Totale costi</b>	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> <b>Ricavi per degenze e cure</b>	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> <b>Altri ricavi</b>	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> <b>Contributi, sussidi, copertura del disavanzo</b>	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
<i>di cui EtDef</i> <b>totale copertura del deficit (riserve e fondi privati; contributo pubblico)</b>	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>FiErg</i> <b>Risultato annuale</b>	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> <b>Numero di consulti ambulatoriali</b>	Numero totale dei consulti ambulatoriali suddivisi per tipo di attività.	KS X1.01.05
<i>PtageStatMSA/P/R/B</i> <b>Giorni di cura</b> (stazionari, senza giorno della dimissione) - <b>Acuto / Psi / Riab / CN</b>	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)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950)) 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> <b>Pazienti dimessi durante l'anno</b> (stazionari) - <b>Acuto / Psi / Riab / CN</b>	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)) OR MS 4.8.V01 = 5 OR 6 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M500) OR MS 4.8.V01 = 3 OR 4 OR (MS 4.8.V01 = 0 AND MS 1.4.V01 = M900 OR M950)) Totale dei casi
<i>BettenStatA/P/R/B</i> <b>Posti letto</b> (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> <b>Durata media di degenza</b> (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> <b>Tasso d'occupazione dei letti</b> (%, 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

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

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
<i>KostAmbA/PIR/B</i> <b>Totale costi del settore ambulatoriale</b>	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> <b>costi a carico dell'AOMS</b>	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> <b>Totale costi del settore stazionario</b>	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> <b>costi a carico dell'AOMS, solo pazienti con assicurazione di base LAMal</b>	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
di cui <i>AnIKVGStatA/PIR/B</i> <b>costi di utilizzo delle immobilizzazioni</b>	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> <b>costi a carico dell'AOMS, pazienti con assicurazioni complementari</b>	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> <b>costi di utilizzo delle immobilizzazioni</b>	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> <b>Costi della formazione</b>	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per la formazione; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9010
<i>KostWBLFA/PIR/B</i> <b>Costi del perfezionamento</b>	Costi derivanti dall'insegnamento universitario per il perfezionamento; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9011
<i>KostForLFA/PIR/B</i> <b>Costi della ricerca</b>	Costi derivanti dalla ricerca universitaria; suddivisi per tipo di attività.	KS X2.01.9012
<i>ErlAmbStatLangA/PIR/B</i> <b>Ricavi complessivi, compresi ricavi legati ai casi e non</b>	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> <b>Ricavi AOMS del settore ambulatoria</b>	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> <b>Ricavi AOMS stazionario, solo pazienti con assicurazione di base LAMal</b>	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

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

Cifra chiave	Spiegazione	Fonte / formula
di cui <i>ErlKVGStatVA/PIR/B</i> <b>percentuale assicurazione (%)</b>	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> <b>ricavi AOMS stazionario, pazienti con assicurazioni complementari</b>	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> <b>percentuale assicurazione (%)</b>	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 per partorienti» (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.