



Documentazione per la rilevazione dei dati TARPSY 2017

Formato e contenuto dei dati 2016

Versione 2016/2017	09.02.2017
	Le precisioni rispetto alla versione del 04.11.2016 e 05.01.2017 sono colorate in giallo.

© 2017 SwissDRG SA, Berna, Svizzera

Sommario

1	Transmissione dei dati	4
1.1	Tool per l'upload	4
1.2	Formato dei dati	4
1.3	Scadenze	5
2	Panoramica dei dati e casi da fornire	5
2.1	Dati da fornire	5
2.2	Casi da fornire	6
2.3	Identificazione dei pazienti e casi	6
3	Dati medici e amministrativi dell'UST	8
3.1	Principali modifiche	8
3.2	Contenuto	8
3.3	Formato	9
4	Costi del caso (file CC)	10
4.1	Principali modifiche	10
4.2	File dei costi per caso in formato SwissDRG	10
4.2.1	Contenuto	10
4.2.2	Formato	11
4.3	Costi per caso metodo per unità finali d'imputazione REKOLE®	12
4.3.1	Contenuto	12
4.3.2	Formato	12
5	HoNOS (file PH)	13
5.1	Principali modifiche	13
5.2	Contenuto	13
5.2.1	HoNOS all'ammissione e alla dimissione	13
5.2.2	HoNOS due settimane dopo l'ammissione	14
5.3	Formato	14

6	HoNOSCA (file PC).....	15
6.1	Principali modifiche.....	15
6.2	Contenuto.....	15
6.3	Formato	16
7	Diagnostica multiassiale (file PX)	17
7.1	Principali modifiche.....	17
7.2	Contenuto.....	17
7.3	Formato	17
8	Minuti di prestazioni al giorno (PL).....	18
8.1	Principali modifiche.....	18
8.2	Contenuto.....	18
8.3	Formato	19
9	Protezione dei dati.....	19
10	Contatti	19
11	Indicazione delle fonti	20
	Allegati.....	21
	Allegato A - Requisiti minimi.....	21
	Allegato B - Delimitazioni e metodo di calcolo dei costi per caso	24
	Allegato C - File dei costi per caso: formato SwissDRG (file CC)	27
	Allegato D - Costi per caso secondo il metodo di gestione della contabilità per unità finali d'imputazione REKOLE® (file CC)	28
	Allegato E - Formato HoNOS (file PH)	31
	Allegato F - Formato HoNOSCA (file PC)	32
	Allegato G - Diagnostica multiassiale (file PX)	32
	Allegato H - Formato di minuti di prestazioni giornalieri (file PL).....	34

1 Trasmissione dei dati

1.1 Tool per l'upload

L'invio dei dati alla SwissDRG SA verrà effettuato tramite un'interfaccia Web protetta. Tale nuovo tool per la rilevazione dei dati ha lo scopo di offrire alle cliniche una visione diretta della qualità e plausibilità dei propri dati. Il tool infatti indicherà quali casi attirano l'attenzione e per quali motivi. Le cliniche avranno la possibilità di fornire feedback per ciascuno di questi casi. L'intera comunicazione tra la SwissDRG SA e le cliniche si svolgerà tramite l'interfaccia Web.

Tale interfaccia Web è al momento ancora in fase di sviluppo. Il processo di fornitura si comporrà sostanzialmente di tre fasi:

- per la fine di febbraio 2017 l'ospedale riceverà per posta un codice di sicurezza e un link all'interfaccia Web;
- con il codice di sicurezza l'ospedale può registrarsi tramite il link e creare un account;
- l'ospedale compila il questionario contenente domande specifiche per l'ospedale (il questionario deve essere compilato prima dell'upload dei dati);
- upload dei dati tramite l'interfaccia Web. I dettagli relativi al formato dei file sono descritti nella presente documentazione;
- ricevimento di una conferma di invio una volta effettuata la trasmissione dei dati. Se non si riceve la conferma d'invio, significa che la trasmissione dei dati è fallita. Viene visualizzato un messaggio di errore con le indicazioni necessarie per la modifica dei dati. In tal caso vi preghiamo di considerare il messaggio/i messaggi di errore, ripetendo l'upload dei file modificati.

La SwissDRG SA vi assisterà in questo processo. I dati di contatto sono riportati alla fine del presente documento nel capitolo 10 *Contatti*.

1.2 Formato dei dati

Per poter trasmettere i dati tramite l'interfaccia Web, essi devono soddisfare i requisiti minimi indicati nell'allegato A. Particolarmente importanti sono le seguenti formattazioni:

- i file devono essere codificati con UTF-8 o "ISO8859-1";
- i file devono essere inviati in formato di testo (ASCII);
- le variabili devono essere separate da barre verticali (ASCII-Code 124: "|");
- L'ultima variabile di una riga deve terminare con una barra verticale solo per l'invio del file MS. Per tutti gli altri record di dati la riga non deve terminare con una barra verticale;
- il CRLF (ASCII-Codes 13 e 10) è utilizzato come salto di linea;
- le date devono essere indicate nel formato AAAAMMGG;
- estensione del file: *.dat oder *.txt.

La verifica dei requisiti minimi viene effettuata direttamente al momento della trasmissione dei dati. Qualora i dati e i file da inviare non soddisfino i requisiti, la trasmissione verrà interrotta.

1.3 Scadenze

- La rilevazione 2017 concerne i dati dell'anno 2016.
- Tutti i dati devono essere trasmessi insieme nel periodo compreso tra il **01.03.2017** e il **30.04.2017**.
- Se i dati trasmessi contengono errori, le cliniche hanno un mese di tempo per correggerli.

2 Panoramica dei dati e casi da fornire

2.1 Dati da fornire

Nella primavera 2017 verranno rilevati i seguenti dati:

- i dati amministrativi e medici. Nuovo: il contenuto e il formato di questi dati corrispondono a quelli della Statistica medica degli ospedali dell'UST (MX, MB, MP, MD);
- la misurazione dell'intensità dei sintomi per gli adulti sulla base dell'HoNOS. Rilevazione dei questionari HoNOS al momento dell'ammissione, dopo due settimane e alla dimissione. Novità: a partire dai dati 2016 la rilevazione del questionario HoNOS dopo 14 giorni è facoltativa;
- la misurazione dell'intensità dei sintomi per i bambini e i giovani avviene sulla base dell'HoNOSCA al momento dell'ammissione e della dimissione secondo l'ANQ. Novità: a partire dai dati 2016 la rilevazione del questionario HoNOSCA dopo 14 giorni è facoltativa;
- i costi per caso. Novità: i costi per caso possono essere forniti in due diversi formati, nell'attuale formato SwissDRG (vedi allegato C) oppure secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (vedi allegato D);
- i dati della diagnostica multiassiale. Non è stata apportata alcuna modifica;
- i minuti di prestazioni giornalieri. Novità: la rilevazione dei minuti di prestazioni è facoltativa.

I seguenti dati **non vengono più rilevati**:

- il file relativo ai giorni di vacanza (file PT) non deve essere più inviato; Secondo l'UST **tutte le assenze che superano le 24 ore sono raccolte nella statistica medica con la variabile 1.3.V04 Congedo amministrative& vacanze**. Questo vale anche per i test di reintegrazione nella vita quotidiana che durano più di 24 ore (vedere circolare dell'UST MS-05.2017 sulla variabile 1.3.V04).
- le informazioni sugli occupati, calcolati in equivalenti a tempo pieno, e sul volume dei salari lordi per gruppi professionali non devono più essere rilevate;
- una fornitura di dati della clinica non deve più essere accompagnata da una *notifica di fornitura dei dati*.

Le informazioni specifiche per la clinica, tra l'altro relative al tipo di rilevazione dei costi, vengono rilevate sulla base di un questionario direttamente tramite l'interfaccia Web protetta.

Le cliniche che rilevano dati sia sulla psichiatria per adulti che sulla psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza li trasmettono con una fornitura di dati combinata. L'obiettivo è semplificare l'esportazione dei dati e il processo di fornitura per le cliniche. **Rispetto alla fornitura di dati 2016, il**

record di dati MD non contiene più la variabile EKJ. Tale variabile ha lo scopo di indicare se un caso rientra nella psichiatria per adulti oppure nella psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

Figura 1 fornisce una panoramica dei record di dati da fornire a seconda che una clinica rilevi solo la psichiatria per adulti, solo la psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza oppure entrambe.

Figura 1: Serie di dati da fornire

	Ospedale per adulti	Ospedale per bambini e adolescenti	Ospedale combinato
MS: Statistica medica	×	×	×
CC: File dei costi per caso	×	×	×
PH: HoNOS	×		×
PC: HoNOSCA		×	×
PX: Diagnostica multiassiale		×	×
PL: Minuti di prestazioni (facoltativo)	×	×	×
	4 serie di dati	5 serie di dati	6 serie di dati

2.2 Casi da fornire

Tramite l'interfaccia Web protetta le cliniche forniscono i dati di tutti i casi ospedalieri¹ trattati presso la clinica nell'anno di rilevazione e che **presentano costi completi**.²

Devono essere forniti tutti i casi, indipendentemente dalla classe di degenza (variabile 1.3.V02), cioè devono essere trasmessi sia i casi con classe di degenza comune, che quelli con classe semiprivata o privata.

2.3 Identificazione dei pazienti e casi

Il collegamento tra i diversi record di dati ora viene creato con la **chiave primaria 4.6.V01 Numero del caso nella statistica dei costi per caso** della Statistica medica (663^a variabile della riga MD). Deve essere compilata obbligatoriamente e deve essere presente in tutti i record di dati. Di conseguenza la fornitura dei dati medico-amministrativi UST ora deve contenere anche la riga MD. La variabile 4.6.V01 deve essere univoca e anonima. Essa deve essere presente in tutte le righe di dati relative a un determinato caso:

¹ Per la definizione di casi ospedalieri vedi [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY](#).

² Per maggiori informazioni sul termine costi completi vedi il capitolo 4.

Serie di dati	Chiave primaria 4.6.V01
Statistica medica (MS)	Campo 663 della riga MD
File dei costi per caso (CC) - Formato SwissDRG - Contabilità per unità finali di imputazione REKOLE®	Campo 3 Campo 2
HoNOS (PH)	Campo 3
HoNOSCA (PC)	Campo 3
Diagnostica multiassiale (PX)	Campo 3
Minuti di prestazioni al giorno(PL)	Campo 3

Inoltre, il collegamento tra diversi ricoveri di uno stesso paziente nella stessa clinica ora è garantito mediante la variabile **0.2.V01 Codice di collegamento anonimo** del record di dati minimo. Tale variabile deve essere obbligatoriamente codificata.

Le variabili 4.6.V01 e 0.2.V01 sostituiscono il numero d'identificazione del caso (FID) rispettivamente il numero di identificazione del paziente (PID) interno della clinica. Il FID e il PID non devono essere più forniti. Anche la variabile per l'attribuzione di un caso alla psichiatria per adulti o alla psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (EKJ) non deve essere più fornita.

Tali modifiche hanno lo scopo di semplificare la fornitura dei dati. Grazie a queste modifiche le cliniche possono fornire alla SwissDRG SA il file MS nello stesso formato che inviano all'UST.

La tabella 1 fornisce un riepilogo dei record di dati e casi da inviare, nonché delle principali modifiche previste per questa fornitura di dati.

Tabella 1 - Panoramica rilevazione 2017 (Dati 2016)

Casi da fornire	Serie di dati	Abbrev.	Nuovo
Tutti i casi ospedalieri trattati nella clinica nell'anno di rilevazione e che presentano costi completi. I casi vengono identificati con la variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Tale variabile deve essere presente in tutti i record di dati.	Statistica medica	MS	Formato TARPSY, corrisponde al formato UST.
	Costi per caso	CC	Per la fornitura sono possibili 2 formati: • formato SwissDRG • formato secondo REKOLE®
	HoNOS	PH	Rilevazione all'ammissione, alla dimissione e dopo due settimane obbligatoria. Rilevazione dopo 14 giorni facoltativa.
	HoNOSCA	PC	Rilevazione all'ammissione e alla dimissione obbligatoria. Rilevazione dopo 14 giorni facoltativa.
	Diagnostica multiassiale	PX	Nessuno.
	Minuti di prestazioni	PL	Rilievo facoltativo.

3 Dati medici e amministrativi dell'UST

3.1 Principali modifiche

Le cliniche forniscono alla SwissDRG SA lo stesso record di dati che inviano all'UST (MX, MB, MP, MD).

Le seguenti variabili devono essere obbligatoriamente codificate:

- 0.2.V01 *Codice di collegamento anonimo*
- 0.3.V02 *Record psichiatria*
- 4.6.V01 *Numero del caso nella statistica dei costi per caso.*

Il formato TARPSY corrisponde ora al formato dell'UST.

3.2 Contenuto

Per quanto concerne i dati medico-amministrativi, si tratta dei dati che le cliniche devono già obbligatoriamente rilevare per la Statistica medica dell'UST. Essi comprendono il record di dati minimo UST (MB), il record supplementare psichiatria (MP) e il record supplementare gruppo di pazienti (MD). Tali file devono essere forniti insieme in righe consecutive di uno stesso record di dati. Ciò fa sì che la variabile 0.3.V02 *Record psichiatria* nella riga MB sia impostata su 1. Dato che questo raggruppamento è richiesto anche per la fornitura all'UST, con questa modifica del formato puntiamo a ridurre gli oneri per le cliniche.

Le diagnosi (diagnosi principali e secondarie) vengono codificate secondo le direttive dell'UST per i dati 2016 con i codici di diagnosi secondo ICD-10 GM 2014. Per quanto concerne la codifica delle diagnosi va considerato che, oltre alla diagnosi principale secondo il Manuale di codifica medica ([UST 2015a](#)), devono essere codificate anche le possibili diagnosi secondarie. Vi preghiamo di seguire queste istruzioni poiché è possibile che, considerando anche le diagnosi secondarie, i costi dei pazienti possano essere previsti in modo migliore.

Secondo le direttive dell'UST per i dati 2016, i codici di trattamento vanno codificati secondo la Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici 2016 ([UST 2015b](#)).

Le prime due righe dei dati della statistica medica servono a identificare il file:

- 1^a riga (riga MX = avviso di consegna): 9 colonne (❶ identificatore della prima riga (MX), ❷ numero RIS, ❸ nome dello stabilimento, ❹ data di creazione dei record, ❺ numero progressivo della consegna, ❻ data iniziale del periodo di rilevazione, ❼ data finale del periodo di rilevazione, ❽ righe totali del file, ❾ chiave di codifica);
- 2^a riga (riga MB): riga MB speciale nella quale sono presenti solo la 1^a e la 5^a variabile. Questa riga speciale serve come informazione aggiuntiva per la codifica.

Le altre righe contengono i dati del caso, considerando che i dati di ogni caso sono suddivisi su due o tre righe:

- 1^a riga (riga MB, record minimo): 50 campi. Contiene i dati amministrativi e medici (le prime nove diagnosi e i primi dieci trattamenti). Questa riga contiene le variabili da 0.1.V01 a 1.7.V11 della Statistica medica;
- 2^a riga (riga MN, dati aggiuntivi per la psichiatria): 33 campi. Contiene le variabili da 3.1.V01 a 3.5.V03 della Statistica medica;
- 3^a riga (riga MD, dati complementari sui gruppi di pazienti): 696 campi. Contiene le variabili da 4.1.V01 a 4.8.V20 della Statistica medica.

I dettagli sulle singole variabili sono indicati nella specifica delle variabili della statistica medica, in vigore dal 01.01.2016 ([UST 2015c](#)). La sequenza delle righe dei dati del caso è fissata in modo tassativo. Vale la sequenza sopraindicata.

3.3 Formato

Il formato corrisponde al formato UST. Il file MS deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- la riga MB ha 50 colonne;
- la riga MP ha 33 colonne;
- la riga MD ha 696 colonne;
- la colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 (chiave primaria). Tale variabile deve essere codificata obbligatoriamente e deve essere univoca e anonima. Non sono possibili doppi e campi vuoti;
- l'ultima variabile di una linea deve finire con una barra verticale. (Codice ASCII 124: "|"):
 - 9 x "|" per la riga MX
 - 50 x "|" per la riga MB
 - 33 x "|" per la riga MP
 - 696 x "|" per la riga MD;
- la variabile 0.3.V02 *Record psichiatria* deve essere codificata obbligatoriamente;
- la variabile 0.2.V01 *Codice di collegamento anonimo* deve essere codificata obbligatoriamente;
- il numero RIS nella riga MX deve essere codificato obbligatoriamente.

Il formato e il contenuto del vostro file della Statistica medica possono essere verificati tramite [MedPlaus®](#). Questo programma viene messo a disposizione gratuitamente da "Freudiger EDV-Beratung". Se il file della Statistica medica può essere aperto con MedPlaus®, significa che è conforme ai requisiti della SwissDRG SA.

4 Costi del caso (file CC)

Le cliniche forniscono i dati di tutti i casi ospedalieri³ trattati presso la clinica nell'anno di rilevazione e che **presentano costi completi**. I costi **non** vengono considerati completi in particolare se:

- i costi dei trattamenti precedenti al periodo di rilevazione non sono stati imputati al caso;
- la durata del ricovero eccede il periodo di rilevazione (dimissione al di fuori del periodo di rilevazione);
- una parte degli onorari o delle prestazioni di terzi non è stata imputata al caso (ad es. fattura del medico non ancora disponibile al momento della stesura della contabilità per unità finali di imputazione, ecc.).

I casi devono essere trasmessi indipendentemente dalla classe di degenza (classe di degenza occupata durante il ricovero ospedaliero, variabile 1.3.V02 nella Statistica medica). Devono essere trasmessi sia i casi in classe comune che quelli in classe semiprivata o privata. Gli ospedali sono pregati di escludere dalla fornitura dei dati i costi aggiuntivi derivanti dalla classe di degenza (ad es. onorari privati dei medici dell'ospedale, quota degli onorari privati dei medici accreditati).⁴

I costi per caso devono contenere solo i costi delle prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. Il catalogo delle prestazioni LAMal è valido anche per LAINF, AI e AM. Di conseguenza, i costi a carico dei pazienti, i costi non correlati ai pazienti, i trasporti primari e le altre prestazioni non rimborsate devono essere pertanto esclusi dai costi per caso. Inoltre, devono essere esclusi dai costi per caso rispettivamente esposti separatamente i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale (vedi art. 49 cpv. 3 LAMal).

4.1 Principali modifiche

Ora i costi per caso possono essere trasmessi in due diversi formati. Da un lato nell'attuale formato SwissDRG oppure anche secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®.

Il collegamento tra il file dei costi per caso e gli ulteriori file da fornire viene effettuato sulla base della chiave primaria 4.6.V10 (663^a variabile della riga MD).

4.2 File dei costi per caso in formato SwissDRG

4.2.1 Contenuto

Se i costi per caso vengono forniti nel formato SwissDRG, il file CC contiene per ogni caso una riga con 28 variabili:

- 3 variabili per l'identificazione dei casi: numero RIS dell'ospedale, anno di rilevazione e numero del caso (= chiave primaria, corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica);
- 23 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 9 componenti dei costi con i costi singoli (v10-v19);

³ Per la definizione di casi ospedalieri vedi [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY](#).

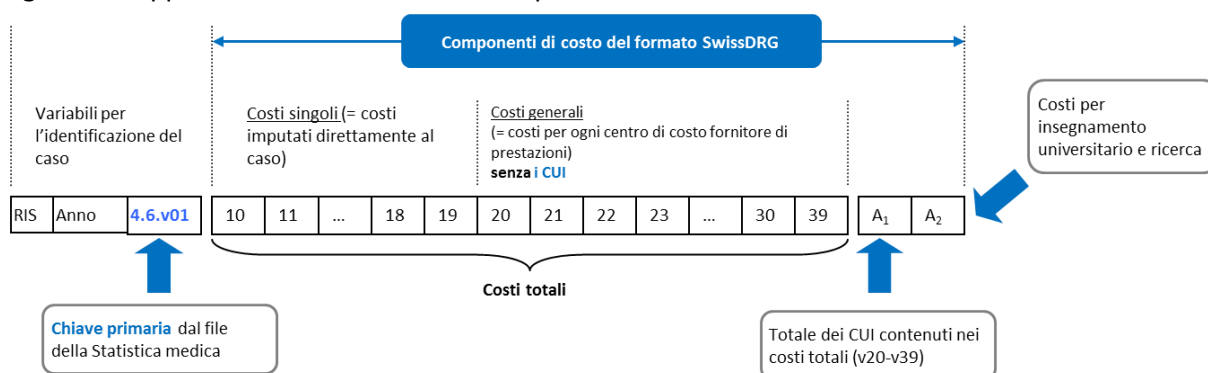
⁴ Per la depurazione dei costi aggiuntivi dovuti alla classe di degenza, vedi [ITAR_K](#), Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.

- 14 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v20-v39). Tali componenti dei costi devono essere indicate escludendo i CUI;
- 1 variabile (A1) con i costi di utilizzazione delle immobilizzazioni complessivi per il caso;
- 1 variabile (A2) con i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca.

La figura 2 mostra il file dei costi per caso. Indicazioni sulla limitazione e il metodo di calcolo dei costi per caso sono contenute nell'allegato B. Una descrizione dettagliata delle variabili si trova invece nell'allegato C.

Rispetto alla rilevazione dei dati 2016, il FID viene sostituito dalla chiave primaria 4.6.V01 della Statistica medica e il campo aggiuntivo *Genere di record* non deve essere più fornito.

Figura 2 - Rappresentazione del file dei costi per caso



4.2.2 Formato

Il file CC deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 28 variabili;
- la chiave primaria nella **terza colonna** corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica;
- le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124: "|");
- l'ultima variabile di una linea **non** finisce con una barra verticale "|". Il file contiene pertanto 27 barre verticali per ogni riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili;
- le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere;
- le cifre non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio ecc.;
- il punto è utilizzato come separatore decimale (ad es. 1234.50);

Figura 3 - Esempio di due casi nel file CC- e nel formato SwissDRG

```
60611111|2016|5050286|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...|0.00
```

```
60611111|2016|5050297|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...|0.00
```



Chiave primaria. Corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663^a variabile della riga MD) nella statistica medica

4.3 Costi per caso metodo per unità finali d'imputazione REKOLE®

4.3.1 Contenuto

La SwissDRG SA si impegna per migliorare costantemente la struttura tariffaria TARPSY al fine di consentire un finanziamento adeguato dei casi ospedalieri psichiatrici. Dato che lo sviluppo e le modifiche della struttura tariffaria vengono effettuati sulla base dei dati, il miglioramento della qualità dei dati è un obiettivo fondamentale.

Per questo motivo la SwissDRG SA ha deciso, a partire dalla rilevazione dei dati 2017 (dati 2016), di ammettere per il file dei costi per caso della rilevazione TARPSY anche il formato secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®. In tal modo le informazioni sui costi per caso sono disponibili in modo più dettagliato, consentendo così un calcolo più preciso del catalogo di PCG. Questo nuovo formato del file dei costi per caso secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® si orienta secondo le decisioni attuali della Commissione di specialisti in Contabilità e controllo (REK) di H+.

Il file dei costi per caso secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® è descritto in modo dettagliato nell'allegato D. Il formato di questo file dei costi per caso è stato concepito in modo tale che sia valido senza variazioni anche per le rilevazioni dei dati dei prossimi anni (con riserva di modifiche da parte della REK). L'obiettivo è ridurre al minimo gli oneri per le cliniche.

4.3.2 Formato

Il file CC deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 80 variabili;
- la chiave primaria nella **seconda colonna** corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica: non sono possibili doppietti e campi vuoti;
- le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124: "|"); il file contiene pertanto **79 barre** verticali per ogni riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili;
- le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere;
- le cifre non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio ecc.;
- il punto è utilizzato come separatore decimale (ad es. 1234.50);
- certe variabili devono rimanere vuote, se così indicato nell'allegato D;

5 HoNOS (file PH)

5.1 Principali modifiche

La rilevazione dell'intensità dei sintomi ora si compone dell'HoNOS rilevato all'ammissione e alla dimissione secondo l'ANQ e di **un** HoNOS aggiuntivo che viene rilevato due settimane dopo l'ammissione del caso. A partire dai dati 2016 la rilevazione del questionario HoNOS dopo 14 giorni è facoltativa.

Il collegamento tra il file PH e gli ulteriori file da fornire viene effettuato sulla base della chiave primaria 4.6.V10 (663^a variabile della riga MD).

5.2 Contenuto

5.2.1 HoNOS all'ammissione e alla dimissione

I questionari HoNOS all'ammissione e alla dimissione vengono già obbligatoriamente rilevati dalle cliniche per l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ). Sebbene la rilevazione dell'intensità dei sintomi avvenga indipendentemente dalla rilevazione dell'ANQ, i requisiti dei dati TARPSY si orientano secondo quelli dell'ANQ affinché le cliniche possano fornire il file nel formato previsto per l'ANQ.

La rilevazione dell'intensità dei sintomi, rispettivamente del questionario HoNOS, si basa sui seguenti documenti:

- [Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données – Psychiatrie stationnaire pour adultes](#). Mesures nationales de la qualité des indicateurs „Importance des symptômes“ et „Mesures limitatives de liberté“, 01.01.2015 / Versione 4, valida dal 01.01.2016
- [HoNOS – Health of the Nation Outcome Scales. Version intégrale](#). Questionnaire „HoNOS“ y inclut glossaire et conventions de codage ANQ, 28.01.2014 / Versione 1

Secondo tali direttive la rilevazione dell'HoNOS si riferisce di volta in volta ai 7 giorni precedenti. Il primo HoNOS (HoNOS all'ammissione) deve essere rilevato entro 3 giorni dall'ammissione. L'ultimo HoNOS (HoNOS alla dimissione) deve essere rilevato al più presto 3 giorni prima della dimissione. Ulteriori direttive per la rilevazione del questionario HoNOS sono contenute nei documenti sopraindicati.

Per ogni questionario HoNOS e paziente il record di dati contiene una riga PH con **21 colonne**:

- Campo 1: genere di registrazione
- Campo 2: numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)
- Campo 3: chiave primaria 4.6.V01 del file della statistica medica (663a variabile della riga MD)
- Campo 4: settimana di rilevazione: settimana di ammissione, di dimissione o una settimana compresa tra queste due
- Campi 5 – 6: motivo del dropout, cioè della mancata rilevazione dell'HoNOS. A seguito della rilevazione dell'HoNOS da parte di terzi non dovrebbero in linea di principio verificarsi dropout
- Campo 7: data di rilevazione
- Campi 8 – 21: valutazione dell'item HoNOS

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è presente nell'allegato E.

5.2.2 HoNOS due settimane dopo l'ammissione

Le analisi effettuate dall'Alta scuola zurighese di scienze applicate (ZHAW) indicano che il questionario HoNOS rilevato due settimane dopo l'ammissione di un caso potrebbe migliorare la qualità della struttura tariffaria. Al fine di verificare questo punto nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria TARPSY, per la rilevazione dei dati TARPSY deve essere compilato un questionario HoNOS aggiuntivo due settimane dopo l'ammissione del caso. **Anche la rilevazione di tale questionario HoNOS si basa sulle direttive dell'ANQ, con la differenza che devono essere valutati obbligatoriamente solo gli item 1, 2 e 5.**

Il questionario HoNOS rilevato dopo due settimane viene trasmesso nello stesso file dei questionari HoNOS all'ammissione e alla dimissione. Il questionario deve essere compilato tra il 12° e il 16° giorno successivi all'ammissione del paziente. Il questionario è necessario solo se tra l'ammissione e la dimissione intercorre un periodo superiore a 21 giorni.

Ovviamente ogni clinica è libera di compilare i questionari HoNOS con una frequenza maggiore. Affinché ciò continui a essere possibile, il formato del file PH non è stato modificato.

5.3 Formato

Il formato corrisponde al formato ANQ.⁵ I questionari HoNOS all'ammissione, alla dimissione e due settimane dopo l'ammissione vengono trasmessi nello stesso file (PH, vedi allegato E). Il file PH deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 21 variabili;
- la chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica: non sono possibili doppioni e campi vuoti;
- le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124: "|"). Il file contiene 20 barre verticali per riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili.

Figura 4 - Esempio di tre casi nel file PH

```
PH|12345678|5050286|1|0||20150730|2|4|4|1|2|1|4|1|a||1|3|4|4
PH|12345678|5050286|3|0||20150806|2|2|||2|||||
PH|12345678|5050297|1|0||20150103|2|4|3|3|4|4|3|0||4|2|2|1
```



Chiave primaria: corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663^a variabile della riga MD) nella statistica medica.

⁵ Vedi il documento "Maschera d'inserimento dati, per la fornitura dei dati - psichiatria per adulti" sul sito <http://www.anq.ch/index.php?id=200&L=2>.

6 HoNOSCA (file PC)

6.1 Principali modifiche

La rilevazione della gravità dei sintomi ora si compone solo del questionario HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione secondo le direttive ANQ. A partire dai dati 2016 la rilevazione del questionario HoNOSCA dopo 14 giorni è facoltativa.

Il collegamento tra il file PC e gli ulteriori file da fornire viene effettuato sulla base della chiave primaria 4.6.V10 (663^a variabile della riga MD).

6.2 Contenuto

I questionari HoNOSCA all'ammissione e alla dimissione vengono già obbligatoriamente rilevati dalle cliniche per l'ANQ. Sebbene la rilevazione TARPSY dell'intensità dei sintomi avvenga indipendentemente dalla rilevazione dell'ANQ, i requisiti dei dati TARPSY si orientano secondo quelli dell'ANQ affinché le cliniche possano fornire il file nel formato previsto per l'ANQ.

La rilevazione dei questionari HoNOSCA si basa sui seguenti documenti:

- [Mesures nationales de la qualité – Psychiatrie d'enfants et d'adolescents](#), Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données, 01.12.2015 / Version 3, valable à partir du 01.01.2016.
- [Glossaire pour HoNOSCA-F](#) – Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Version adoptée par l'auteur le 6 mai 2013, Hélène Beutler, Michael Renk.

Secondo tali direttive la rilevazione dei questionari HONOSCA all'ammissione e alla dimissione deve avvenire in un momento il più vicino possibile all'ammissione rispettivamente alla dimissione. La rilevazione si riferisce di volta in volta ai 7 giorni precedenti. La valutazione all'ammissione deve essere effettuata entro due settimane, cioè dopo massimo 14 giorni. La rilevazione HoNOSCA alla dimissione si effettua di norma il giorno della dimissione ma, in casi eccezionali, può essere effettuata fino a 7 giorni prima della dimissione e fino a 3 giorni dopo. Ulteriori direttive per la rilevazione del questionario HoNOSCA sono contenute nei documenti dell'ANQ sopraindicati.

Per ogni questionario HoNOSCA e paziente, il record di dati contiene una riga PH con **20 colonne**:

- Campo 1: genere di registrazione
- Campo 2: numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)
- Campo 3: chiave primaria 4.6.V01 del file della statistica medica (663^a variabile della riga MD)
- Campo 4: settimana di rilevazione: Settimana di ammissione, di dimissione o una settimana compresa tra queste due
- Campi 5 – 6: motivo del dropout, cioè della mancata rilevazione dell'HoNOSCA. A seguito della rilevazione dell'HoNOSCA da parte di terzi non dovrebbero in linea di principio verificarsi dropout
- Campo 7: data di rilevazione
- Campi 8 – 20: valutazione dell'item HoNOSCA

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è presente nell'allegato F.

Se nella clinica è stato implementato un ritmo secondo il quale l'HoNOSCA viene rilevato con una frequenza maggiore (cioè più spesso) di quanto richiesto qui, i requisiti previsti per la rilevazione dei dati sono comunque soddisfatti.

6.3 Formato

Il formato corrisponde al formato ANQ.⁶ I questionari HoNOSCA vengono trasmessi insieme a un file (PC), il quale deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 20 variabili;
- la chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica: non sono possibili doppioni e campi vuoti;
- le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124: "|"). Il file contiene 19 barre verticali per riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili.

Figura 5 - Esempio di due casi nel file PC

```
PC|12345678|5050292|1|0||20151223|4|3|2|2|4|2|2|3|0|1|4|2|2
```

```
PC|12345678|5050292|3|0||20151231|3|3|4|3|3|4|4|2|1|0|4|1|1
```



Chiave primaria: corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663^a variabile della riga MD) nella statistica medica.

⁶ Vedi il documento "Eingabevorlage Datenlieferung – Kinder- und Jugendpsychiatrie (versione 5.9, dal 01.01.2016)" <http://www.anq.ch/psychiatrie/kinder-und-jugendpsychiatrie/>.

7 Diagnostica multiassiale (file PX)

7.1 Principali modifiche

Il collegamento tra il file PX e gli ulteriori file da fornire viene effettuato sulla base della chiave primaria 4.6.V10 (663^a variabile della riga MD). Per il resto relativamente alla fornitura dei dati 2016 non sono state apportate modifiche.

7.2 Contenuto

Lo schema di classificazione multiassiale (SCM) viene compilato in modo definitivo al più tardi nella settimana di dimissione. Le direttive per la rilevazione dello SCM sono indicate nel seguente libro:

Remschmidt et al. (2012). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV*. 6^a edizione corretta. Verlag Hans Huber, Berna.

La codifica delle diagnosi si effettua secondo il catalogo ICD-10-GM, rispettivamente secondo il catalogo utilizzato anche per la codifica della Statistica medica.

Per la settimana di dimissione di ogni paziente il record di dati contiene una riga PX con 17 colonne:

- Campo 1: genere di registrazione
- Campo 2: numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)
- Campo 3: chiave primaria 4.6.V01 del file della statistica medica (663^a variabile della riga MD)
- Campo 4: data di rilevazione
- Campi 5 – 17: valutazione dell'item SCM

Attenzione: vengono rilevati tutti gli assi dell'SCM.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è presente nell'allegato G.

7.3 Formato

Il file PX deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 17 variabili;
- la chiave primaria nella terza colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Non sono ammessi doppianti e campi vuoti;
- le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124: "|"). Il file contiene 16 barre verticali per riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili.

Figura 6 - Esempio di un caso nel file PX

```
PX|12345678|5050292|20151229|F20|F90|F91|F81|F82|0|4|K35|0|91|18|58|2
```



Chiave primaria: corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663^a Variabile della riga MD) nella statistica medica.

8 Minuti di prestazioni al giorno (PL)

8.1 Principali modifiche

A causa degli oneri elevati connessi alla rilevazione dei minuti di prestazioni, la rilevazione dei minuti di prestazioni giornalieri non è più obbligatoria.

Il collegamento tra il file PL e gli ulteriori file da fornire viene effettuato sulla base della chiave primaria 4.6.V10 (663^a variabile della riga MD).

8.2 Contenuto

I minuti di prestazioni giornalieri di cui ogni singolo paziente usufruisce da parte di cinque gruppi professionali (adulti) rispettivamente di sette gruppi professionali (bambini e adolescenti) vengono indicati in minuti. Viene rilevata la durata delle prestazioni effettivamente erogate e che possono essere attribuite in modo univoco al singolo paziente.

Vi preghiamo di non registrare in un unico giorno la somma dei minuti di prestazioni nel corso di diversi giorni (quindi di non effettuare “registrazioni collettive”), bensì di attribuire sempre le prestazioni al singolo giorno nel quale sono state erogate.

Per ogni giorno di permanenza del paziente nel reparto psichiatrico per adulti il record di dati contiene una riga PL con 9 colonne:

- Campo 1: genere di record
- Campo 2: numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)
- **Campo 3: chiave primaria 4.6.V01** del file della statistica medica (campo 663 della riga MD)
- Campo 4: data di rilevazione
- Campi 5 – 9: i minuti di prestazioni delle cinque categorie professionali medici, psicologi e psicoterapeuti, infermieri, ergoterapisti e altri terapisti, servizi sociali, di cui il paziente ha usufruito il giorno della rilevazione.

Per la **psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza** il file PL contiene due colonne aggiuntive (in totale 11 colonne):

- Campi 10 – 11: i minuti di prestazioni delle due categorie professionali pedagoghi sociali e pedagoghi di cui il paziente ha usufruito il giorno della rilevazione. La rilevazione dei minuti di prestazioni dei pedagoghi è facoltativa.

Una descrizione dettagliata del contenuto di queste variabili è presente nell'allegato H.

8.3 Formato

I dati di tutti i casi della psichiatria per adulti, dell'infanzia e dell'adolescenza vengono forniti unitamente al file PL. Tale file deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'allegato A. Perché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare, tra l'altro, i seguenti criteri:

- il file contiene 9 o 11 variabili;
- la chiave primaria nella terza colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Non sono ammessi doppi e campi vuoti;
- le variabili sono separate da barre verticali (codice ASCII 124: "|"). Il file contiene pertanto 8 o 10 barre verticali per ogni riga;
- il file NON deve contenere nomi di variabili.

Figura 7 - Esempio di **due** casi nel file PL

```
PL|12345678|5050286|20150805||30||60|
PL|12345678|5050286|20150806|60||20||
PL|12345678|5050297|20150103|320|10|400||
PL|12345678|5050297|20150104|120||80||
      ↑
Chiave primaria: corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica (663a variabile della riga MD).
```

9 Protezione dei dati

La protezione dei dati della rilevazione è regolata dal relativo contratto TARPSY. Se non avete ancora sottoscritto il contratto, vi preghiamo di contattarci.

10 Contatti

Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi a:

Eva Spring, Tel. 031 310 05 50, tarpsy@swissdrg.org

11 Indicazione delle fonti

ANQ (2013). Glossaire pour HoNOSCA-F - Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA), Version adopté par l'auteur originaire le 6 mai 2013. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20130515_HoNOSCA-F_ANQ_Glossaire_def_1.pdf, [Versione 09.02.2017].

ANQ (2015a). Manuel pour les cliniciens chargés du relevé des données Psychiatrie stationnaire pour adultes - Mesures nationales de la qualité des indicateurs « Importance des symptômes » et « Mesures limitatives de liberté », 01.01.2015 / version 5, valable à partir du 01.01.2016. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20151201_Manual-EP_FR_v4.pdf, [Versione 09.02.2017].

ANQ (2015b). HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales - Version integrale Questionnaire « HoNOS » y inclut glossaire et conventions de codage ANQ, 28.01.2014 / Version 1, URL: http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20150915_20140128_HoNOS-konzentrierter-Ratingbogen_FR_def.pdf, [Versione 09.02.2017].

ANQ (2015c). Mesures nationales de la qualité – Psychiatrie d'enfants et d'adolescents, 01.12.2015 / Version 3, valable à partir du 01.01.2016. URL: www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/20161108_Manual_KJP_FR_V3.pdf, [Versione 09.02.2017].

UST (2015a). Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2016. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350125/master>, [Versione 29.09.2016].

UST (2015b). Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) - Indice sistematico - Versione 2016. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/350130/master>, [Versione 29.09.2016].

UST (2015c). Variabili della statistica medica. Specifiche valide a partire dal 1.1.2016. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/289854/master>, [Versione 29.09.2016].

Remschmidt, H., Schmidt, M. and Poustka, F., Eds. (2012). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6., korrigierte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.

SwissDRG SA (2016). Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY. URL: http://swissdrg.org/assets/pdf/Psychiatrie/TARPSY_1-0/TARPSY_Abrechnungsregeln_i.pdf, [Versione 09.02.2017].

Allegati

Allegato A - Requisiti minimi

I seguenti requisiti vanno intesi come requisiti minimi che i file devono soddisfare. Se i file non soddisfano tali requisiti minimi non sarà possibile effettuare l'upload dei record di dati tramite l'interfaccia Web.

Descrizione	
<i>Test generali</i>	
☒	I file devono essere codificati con "ISO8859-1".
☒	I file devono essere inviati in formato di testo (ASCII).
☒	Consistenza delle chiavi primarie (4.6.V01) in entrambi i file.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII " ").
☒	Il CRLF (ASCII-Codes 13 e 10) è utilizzato come salto di linea.
☒	Le date devono essere indicate nel formato AAAAMMGG.
☒	Estensione del file: *.dat o *.txt.
<i>File della Statistica medica (file SM)</i>	
☒	Riga MB: 50 colonne (Viene accettata anche la riga MB con 90 colonne: 30 diagnosi e trattamenti invece di 10. Si tratta del vecchio formato della riga MB, che continua ad essere accettato dall'UST).
☒	Riga MP: 33 colonne.
☒	Riga MD: 696 colonne.
☒	La colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 (chiave primaria).
☒	La variabile 4.6.V01 deve essere obbligatoriamente codificata. Essa deve essere univoca e anonima. Non devono esserci campi vuoti.
☒	La variabile 0.2.V01 deve essere codificata.
☒	Il numero RIS nella riga MX deve essere rilevato obbligatoriamente.
☒	Corrispondenza delle linee "MB" e "MD": Per tutti i codici ICD e CHOP, vale v16v01 = v42v010, 1.6.v02 = 4.2.v020, 1.6.v03 = 4.2.v030, ecc. Come nel formato della Statistica medica dell'UST vengono testati solo i primi 5 caratteri (soglia di tolleranza: 95%).
☒	La variabile 0.3.V02 Record psichiatria deve essere codificata obbligatoriamente.
☒	Il file deve contenere i pazienti rilevanti per la TARPSY (0.3.V02 Record psichiatria = 1).
☒	Ogni riga MB deve essere seguita da una riga MP.
☒	I casi con dimissione all'interno del periodo di rilevazione devono avere una diagnosi principale (soglia di tolleranza: 95%).
☒	Indicazione del sesso per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
☒	Indicazione della classe di degenza per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
☒	Indicazione del centro di costo principale (soglia di tolleranza: 95%).
☒	Indicazione della destinazione dopo l'uscita (soglia di tolleranza: 90%).
☒	Indicazione del caso statistico per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
☒	Indicazione di una data di ammissione valida per ogni caso (soglia di tolleranza: 98%).
☒	Indicazione di un'età valida per ogni caso (soglia di tolleranza: 99%).
☒	I file non devono contenere testo eccetto che nei campi per le indicazioni relative ai medicinali (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).
☒	Il file non deve contenere dati relativi ai medicinali non validi (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).

Descrizione	
<i>File dei costi per caso secondo il formato SwissDRG (file CC)</i>	
☒	Il file contiene 28 variabili.
☒	Chiave primaria 4.6.V01 nella terza colonna: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale " ". Il file contiene pertanto 27 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file non deve contenere nomi di variabili.
☒	Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
☒	Le cifre non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio ecc.
☒	Il punto è utilizzato come separatore decimale (ad es. 1234.50).
<i>File dei costi per caso secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)</i>	
☒	Il file contiene 80 variabili.
☒	Chiave primaria nella seconda colonna: non sono ammessi doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale " ". Il file contiene pertanto 79 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file NON deve contenere nomi di variabili.
☒	Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
☒	Le cifre non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio ecc.
☒	Il punto è utilizzato come separatore decimale (ad es. 1234.50).
<i>HoNOS (file PH)</i>	
☒	Il file contiene 21 variabili.
☒	Chiave primaria 4.6.V01 nella terza colonna: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale " ". Il file contiene pertanto 20 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file NON deve contenere nomi di variabili.
<i>HoNOSCA (file PH)</i>	
☒	Il file contiene 20 variabili.
☒	Chiave primaria 4.6.V01 nella terza colonna: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale " ". Il file contiene pertanto 19 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file NON deve contenere nomi di variabili.
<i>Diagnostica multiassiale (file PX)</i>	
☒	Il file contiene 17 variabili.
☒	Chiave primaria 4.6.V01 nella terza colonna: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale „ “. Il file contiene pertanto 16 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file non deve contenere nomi di variabili.

<i>Minuti di prestazioni giornalieri (file PL)</i>	
☒	Il file contiene 9 - 11 variabili.
☒	Chiave primaria 4.6.V01 nella terza colonna: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☒	Le variabili devono essere separate da barre verticali (" ").
☒	L'ultima variabile di una linea non finisce con una barra verticale " ". Il file contiene pertanto 8-10 barre verticali per ogni riga.
☒	Il file NON deve contenere nomi di variabili.

Allegato B - Delimitazioni e metodo di calcolo dei costi per caso

Il presente allegato si basa sul formato del file dei costi per caso che dovrebbe venire fornito nell'ambito della rilevazione dei casi rilevanti per la SwissDRG. **Dato che la rilevazione è stata sviluppata per gli ospedali somatici, essa comprende anche alcune voci non rilevanti per le cliniche psichiatriche le quali non devono essere prese in considerazione (ad es. gli impianti).**

Metodo per unità finali di imputazione

Ai fini della determinazione dei costi per caso la SwissDRG SA applica il metodo di gestione della contabilità per unità finali d'imputazione REKOLE®.

Costi imputabili

I costi per caso devono contenere solo i costi delle prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. Il catalogo delle prestazioni LAMal è valido anche per LAINF, AI e AM.

Di conseguenza, i costi per caso non possono comprendere costi non relativi a prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. I costi a carico dei pazienti⁷, i costi non correlati ai pazienti⁸, i trasporti primari e le altre prestazioni non rimborsate devono essere pertanto esclusi dai costi per caso.

Inoltre, devono essere esclusi dai costi per caso i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale (vedi art. 49 cpv. 3 LAMal). Ciò riguarda tra l'altro i costi per insegnamento universitario e ricerca.

Medicamenti e prodotti sanguigni

I medicamenti e i prodotti sanguigni devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 1'000 franchi per caso. La distinzione tra

- 1) medicamenti (corrisponde al formato SwissDRG v10, REKOLE® formato v101), e
- 2) prodotti sanguigni (corrisponde al formato SwissDRG v11, REKOLE® formato v102)

effettuata nel conto H+ 400 "Medicamenti (incl. il sangue e i prodotti sanguigni)" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria TARPSY, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora ciò non sia possibile, i costi per medicamenti e prodotti sanguigni vanno inseriti nella componente v101, indicandolo anche nel questionario.

Impianti e materiale medico (riguarda solo gli ospedali somatici)

Lo stesso vale per gli impianti e il materiale medicale, i quali devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®). Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i 1'000 franchi per caso. La distinzione tra

- 1) materiale medico (Formato SwissDRG t v13, formato REKOLE® v103) e
- 2) Impianti (corrisponde al formato SwissDRG v12, formato REKOLE® v104)

effettuata nel conto H+ 401 "Materiale, strumenti, utensili, tessili" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria TARPSY, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora

⁷ Ad es. televisione, acqua minerale, ecc.

⁸ Ad es. caffetteria o altri servizi al personale o a terzi

tale distinzione non sia possibile, i costi per impianti e materiale medico vanno inseriti nella componente v104, indicandolo anche nel questionario.

Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)

I costi di utilizzazione delle immobilizzazioni corrispondono ai costi totali connessi all'utilizzo degli impianti e corrispondono ai costi 442, 444, e 448 nel Piano contabile di H+. Il calcolo dei CUI per ogni caso deve rispecchiare l'effettivo consumo di risorse derivante dall'utilizzazione delle immobilizzazioni.

La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE®. I parametri e le regole per la determinazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni secondo REKOLE® sono pubblicati sulla homepage della SwissDRG SA ([Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni](#)).

Conformemente al nuovo formato del file dei costi per caso sono indicati separatamente per ogni variabile:

- costi generali CUI esclusi
- CUI

Insegnamento universitario e ricerca

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 e OCPRe art. 7), i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca sono definiti come costi non imputabili che non vengono finanziati tramite il sistema SwissDRG. Tali costi devono pertanto essere esclusi dai costi per caso e, se possibile, indicati nelle variabili A2 (formato SwissDRG) risp. v430 o v431 (Metodo per unità finali di imputazione REKOLE®). Qualora non sia possibile escludere i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi per caso, l'ospedale non effettua alcuna modifica e documenta la situazione nel questionario alla voce corrispondente.

Casi della classe di degenza privata e semiprivata

I casi ai quali, secondo la variabile 1.3.V02 della Statistica medica, è attribuita la classe di degenza privata o semiprivata vengono utilizzati in linea di principio per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Presupposto affinché ciò sia possibile è tuttavia che i costi per caso vengano depurati dei costi correlati alla classe di degenza.⁹ Gli ospedali sono pregati di effettuare tale operazione prima della fornitura dei dati. In caso contrario, la SwissDRG SA deve effettuare una detrazione approssimativa il che comporta inesattezze e, nei casi estremi, esclusioni di casi.

Onorari dei medici

Secondo REKOLE® gli onorari vengono conteggiati in base al tipo di medico curante:

- onorari dei medici ospedalieri (conto H+ 380) componente v14 o v107;
- onorari dei medici accreditati soggetti alle assicurazioni sociali (conto H+ 381) → componente v15 o v108;

⁹ Per la depurazione dai costi aggiuntivi determinati dalla classe di degenza vedi [ITAR_K](#), Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.

- onorari dei medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (parte del conto H+ 405, che contiene onorari) → componente v16 o v106;
- costi per certificati e perizie (il conto H+ 386 non esiste più, tali costi secondo REKOLE® sono registrati nei conti 380, 381 ed eventualmente 405) → secondo REKOLE® v17 deve essere pertanto vuoto.

Allegato C - File dei costi per caso: formato SwissDRG (file CC)

Dettagli del contenuto delle variabili dei costi per caso secondo il formato SwissDRG.

Nr.	Variabile	Definizione	
Indicazioni generali			
1	BUR	Numero dello stabilimento (numero RIS)	
2	year	Anno della data	
3	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
Costi singoli			Piano contabile H+ ²
4	v10	Farmaci	400
5	v11	Sangue e prodotti sanguigni	400
6	v12	Impianti	401
7	v13	Materiale medicale	401
8	v14	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri	380
9	v15	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381
10	v16	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405*
11	v17	Oneri per certificati e perizie	
12	v19	Altri costi singoli	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Costi generali			Centri di costi obbligatori REKOLE®
13	v20	Sale operatorie	(20)
14	v21	IPS e Intermediate Care (IC)	(24)
15	v22	Pronto soccorso	(25)
16	v23	Diagnostica per immagini e medicina nucleare	(26) + (28)
17	v24	Laboratorio interno (incl. donazione sangue)	(29)
18	v25	Emodialisi	(30)
19	v26	Corpi medici	(31)
20	v27	Terapie e consulenza non mediche (fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza nutrizionale, terapia di attivazione)	(32) + (33) + (34) + (35)
21	v28	Diagnostica medica e terapeutica	(36)
22	v29	Cura	(39)
23	v30	Settore alberghiero	(41) + (42) + (43)
24	v31	Sala parto	(27)
25	v32	Anestesia	(23)
26	v39	Altri prestatori di servizi	(44) + (45) + (10) + (77)***
Altre variabili			Piano contabile H+
27	A1	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni totali (CUI)	
28	A2	Insegnamento universitario e ricerca	

* Solo quota onorari del conto 405 (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

** Conto 405 senza oneri per onorari di medici per medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (vedi REKOLE®, Piano contabile H+ 2014)

*** Senza costi per i trasporti primari

Allegato D - Costi per caso secondo il metodo di gestione della contabilità per unità finali d'imputazione REKOLE® (file CC)

Certi campi rimangono vuoti per la rilevazione 2017 (dati 2016). Saranno completati a partire della rilevazione 2018 (con riserva di nuove decisioni REK).

Nr.	Variabile	Descrizione	
Informazioni generali			
1	year	Anno della data	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
Costi singoli			Piano contabileH+
3	v101	Farmaci	400
4	v102	Sangue e prodotti sanguigni	400
5	v103	Materiale medicale	401
6	v104	Impianti	401
7	v105	Servizi di terzi medici, diagnostici e terapeutici (onorari dei medici esclusi)	405
8	v106	Oneri per onorari dei medici (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405
9	v107	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri (soggetti alle assicurazioni sociali)	380
10	v108	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381
11	v109	Ospedalieri	480
12	v110	Altre prestazioni da terzi per i pazienti	485
13	v111	Altre spese per pazienti	486
Costi generali			Centro di costi obbligatori REKOLE®
14	v200	Amministrazione dei pazienti, costi generali CUI esclusi	(10)
15	v201	Amministrazione dei pazienti, CUI ¹	(10)
16	v210	Sale operatorie, costi generali esclusi CUI	(20)
17	v211	Sale operatorie, CUI ¹	(20)
18	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
19	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
20	v220	Anestesia, Costi generali CUI esclusi	(23)
21	v221	Anestesia, CUI ¹	(23)
22	v230	IPS e Intermediate Care (IC), costi generali CUI esclusi	(24)
22	v231	IPS e Intermediate Care (IC), CUI ¹	(24)
24	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
25	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
26	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
27	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
28	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
29	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
30	v250	Pronto soccorso, costi generali CUI esclusi	(25)
31	v251	Pronto soccorso, CUI ¹	(25)
32	Rimane vuoto nel rilievo 2017		
33	Rimane vuoto nel rilievo 2017		

Nr.	Variabile	Descrizione	
34	v260	Diagnostica per immagini, costi generali CUI esclusi	(26)
35	v261	Diagnostica per immagini, CUI ¹	(26)
36	v270	Sala da parto, costi generali CUI esclusi	(27)
37	v271	Sala da parto, CUI ¹	(27)
38		<i>Rimane vuoto nel rilievo 2017</i>	
39		<i>Rimane vuoto nel rilievo 2017</i>	
40	v280	Medicina nucleare e radiooncologia, costi generali CUI esclusi	(28)
41	v281	Medicina nucleare e radiooncologia, CUI ¹	(28)
42	v290	Laboratorio, costi generali CUI esclusi	(29)
43	v291	Laboratorio, CUI ¹	(29)
44	v300	Dialisi, costi generali CUI esclusi	(30)
45	v301	Dialisi, CUI ¹	(30)
46	v310	Corpi medici, attività 1-5, costi generali CUI esclusi	(31)
47	V311	Corpi medici, attività 1-5, CUI ¹	(31)
48	v320	Fisioterapia, costi generali CUI esclusi	(32)
49	v321	Fisioterapia, CUI ¹	(32)
50	v330	Ergoterapia, costi generali CUI esclusi	(33)
51	v331	Ergoterapia, CUI ¹	(33)
52	v340	Logopedia, costi generali CUI esclusi	(34)
53	v341	Logopedia, CUI ¹	(34)
54	v350	Terapie e consulenze non mediche, costi generali CUI esclusi	(35)
55	v351	Terapie e consulenze non mediche, CUI ¹	(35)
56	v360	Diagnostica medica e terapeutica, costi generali CUI esclusi	(36)
57	v361	Diagnostica medica e terapeutica, CUI ¹	(36)
58		<i>Rimane vuoto nel rilievo 2017</i>	
59		<i>Rimane vuoto nel rilievo 2017</i>	
60	v370	Infermieristica, costi generali CUI esclusi	(39)
61	v371	Infermieristica, CUI ¹	(39)
62	v380	Alberghi-stanze, costi generali CUI esclusi	(41)
63	v381	Alberghi-stanze, CUI ¹	(41)
64	v390	Alberghi-cucina, costi generali CUI esclusi	(42)
65	v391	Alberghi-cucina, CUI ¹	(42)
66	V401	Alberghi-servizio, costi generali CUI esclusi	(43)
67	v401	Alberghi-servizio, CUI ¹	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali CUI esclusi	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, CUI ¹	(44)
70	v420	Patologia, costi generali CUI esclusi	(45)
71	v421	Patologia, CUI ¹	(45)
72	v430	Insegnamento universitario e ricerca, costi generali CUI esclusi	(47)
73	v431	Insegnamento universitario e ricerca, CUI ¹	(47)
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali CUI esclusi	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI ¹	(77)

Nr.	Variabile	Descrizione	
76	V500	Corpi medici, attività 6, costi generali CUI esclusi (dal rilievo 2018 non più percepito in questa forma).	(31)
77	V501	Corpi medici, attività 6, CUI ¹ (dal rilievo 2018 non più percepito in questa forma).	(31)
Campi di riserva			
78		Campo di riserva, lasciare vuoto	
79		Campo di riserva, lasciare vuoto	
80		Campo di riserva, lasciare vuoto	

1) Conti H+ 442, 444, 448 (vedi REKOLE®, piano contabile H+, 2014)

2) I conti H+ 403 e 404 non sono più costi individuali nella contabilità per unità finali d'imputazione REKOLE. I costi sono compensati come costi generali.

Allegato E - Formato HoNOS (file PH)

Questo formato corrisponde al formato ANQ. Vedi il documento “maschera d'inserimento dati, per la fornitura dei dati - psichiatria per adulti (Versione 4.8, dal 01.01.2016)” su

<http://www.anq.ch/index.php?id=200&L=2>.

Nr.	Variabile	Descrizione	Formato	Dominio di valore	Osservazioni
1	4.01.V01	Genere di registrazione	AN(2)	PH	
2	4.01.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN(8)		
3	FID	Variabile 4.6.V01 della riga MD	AN(16)		Chiaro e anonimo
4	4.01.V04	Momento della misura (ammissione/dimissione)	N(1)	1-3	1=ammissione; 2=dimissione 3=altro (né settimana dell'ammissione né settimana della dimissione)
5	4.01.V05	Codice di dropout	N(1)	0;1;2	0=nessun dropout 1=dimissione entro 7 giorni dalla misurazione all'ammissione; 2=altro
6	4.01.V06	Spiegazione motivo “Altro”	AN(40)		Testo libero (se dropout =2)
7	4.02.V00	Data del rilevamento dell'HoNOS	N (8)		AAAAMMGG
8	4.02.V01	H1 - Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	N (1)	0-4,9	0 = nessun problema 1 = problemi minori che non richiedono intervento
9	4.02.V02	H2 - Comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	0-4,9	2 = problemi di gravità lieve, ma sicuramente presenti
10	4.02.V03	H3 - Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe	N (1)	0-4,9	3 = problemi di gravità moderata 4 = problemi gravi o molto gravi 9 = non noto
11	4.02.V04	H4 - Problemi cognitivi	N (1)	0-4,9	
12	4.02.V05	H5 - Problemi legati a una malattia somatica o disabilità fisica	N (1)	0-4,9	
13	4.02.V06	H6 - Problemi legati ad allucinazioni e deliri	N (1)	0-4,9	
14	4.02.V07	H7 - Problemi legati all'umore depresso	N (1)	0-4,9	
15	4.02.V08	H8 - Altri problemi psichici e comportamentali	N (1)	0-4,9	
16	4.02.V09	H8 – Se altri problemi psichici e comportamentali, indicare il tipo di problemi:	AN (1)	a-j	a = fobie; b = paura c = ossessioni e compulsioni d = oppressione psichica e = sintomi dissociativi f = sintomi somatoformi g = problemi di alimentazione h = disturbi del sonno i = problemi sessuali j = altri problemi (specificare)
17	4.02.V10	H8: j altri problemi: spiegazione	AN (40)		Testo libero per la spiegazione j
18	4.02.V11	H9 - Problemi relazionali	N (1)	0-4,9	
19	4.02.V12	H10 Problemi nelle attività della vita quotidiana	N (1)	0-4,9	
20	4.02.V13	H11 Problemi relativi alle condizioni di vita	N (1)	0-4,9	
21	4.02.V14	H12 - Problemi legati alle condizioni lavorative e ricreative	N (1)	0-4,9	

Allegato F - Formato HoNOSCA (file PC)

Questo formato corrisponde al formato ANQ. Vedi il documento “Eingabevorlage Datenlieferung – Kinder- und Jugendpsychiatrie (Versione 5.9, dal 01.01.2016)” su

<http://www.anq.ch/psychiatrie/kinder-und-jugendpsychiatrie/> (disponibile in tedesco o francese)

Nr.	Variabile	Descrizione	Formato	Dominio di valore	Osservazioni
1	4.01.V01	Genere di registrazione	AN (2)	PC	
2	4.01.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN (8)		
3	FID	Variabile 4.6.V01 della riga MD	AN(16)		Chiaro e anonimo
4	4.01.V04	Momento della misura (ammissione/dimissione)	N (1)	1-3	1=ammissione; 2=dimissione 3=altro (né settimana dell'ammissione né settimana della dimissione)
5	4.01.V05	Codice di dropout	N (1)	0-3	0=nessun dropout 1=dimissione entro 7 giorni dall'HoNOSCA alla dimissione 2=altro
6	4.01.V06	Spiegazione motivo “Altro”	AN (40)		Testo libero (se dropout =2)
7	4.02.V00	Data del rilevamento dell'HoNOS	N (8)		AAAAMMGG
8	4.02.V01	H1 - Problemi legati a comportamenti perturbatori, asociali o aggressivi	N (1)	0-4, 9	0 = nessun problema 1 = problemi minori che non richiedono intervento
9	4.02.V02	H2 - Problemi di iperattività, attenzione e concentrazione	N (1)	0-4, 9	2 = problemi di gravità lieve, ma sicuramente presenti
10	4.02.V03	H3 - Comportamenti deliberatamente autolesivi	N (1)	0-4, 9	3 = problemi di gravità moderata 4 = problemi gravi o molto gravi 9 = non noto
11	4.02.V04	H4 - Problemi legati all'abuso di alcol, droghe e solventi	N (1)	0-4, 9	
12	4.02.V05	H5 - Problemi legati alle abilità scolastiche o linguistiche	N (1)	0-4, 9	
13	4.02.V06	H6 - Problemi legati a una malattia o disabilità somatica	N (1)	0-4, 9	
14	4.02.V07	H7 - Problemi legati ad allucinazioni, deliri e percezioni abnormali	N (1)	0-4, 9	
15	4.02.V08	H8 - Problemi legati a sintomi somatici dovuti a cause non organiche	N (1)	0-4, 9	
16	4.02.V09	H9 - Problemi con sintomi emozionali e correlati	N (1)	0-4, 10	
17	4.02.V10	H10 - Problemi nelle relazioni con i coetanei	N (1)	0-4, 9	
18	4.02.V11	H11 - Problemi legati alla cura personale e all'autonomia	N (1)	0-4, 9	
19	4.02.V12	H12 - Problemi legati alla vita familiare e alle relazioni familiari	N (1)	0-4, 9	
20	4.02.V13	H13 - Scarsa frequentazione della scuola	N (1)	0-4, 9	

Allegato G - Diagnostica multiassiale (file PX)

Solo per la psichiatria infantile. Questo formato si basa sulle indicazioni del libro seguente:

Remschmidt, H., M. Schmidt and F. Poustka, Eds. (2012). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6., korrigierte Auflage. Bern, Verlag Hans Huber.

Nr.	Variabile	Descrizione	Formato	Dominio di valore	Osservazioni
1	4.01.V01	Genere di registrazione	AN(2)	PC	
2	4.01.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN(8)		
3	FID	Variabile 4.6.V01 della riga MD	AN(16)		Chiaro e anonimo
4	8.02.V00	Data del rilevamento	N (8)		AAAAMMGG
		1° Asse			
5	8.02.V11	1° Asse sintomi clinici psichiatrici Diagnosi principale	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = nessuno
6	8.02.V12	1° Asse 1° Diagnosi secondaria	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = nessuno
7	8.02.V13	1° Asse 2° Diagnosi secondaria	AN(5)	0, F00-69, F84, F90-99	0 = nessuno
		2° Asse			
8	8.02.V21	2° Asse Disturbi dello sviluppo Diagnosi principale	AN(5)	0, F80-89, senza F84	0 = nessuno
9	8.02.V22	2° Asse 1° Diagnosi secondaria	AN(5)	0, F80-89	0 = nessuno
10	8.02.V23	2° Asse 2° Diagnosi secondaria	AN(5)	0, F80-89	0 = nessuno
		3° Asse			
11	8.02.V30	3° Asse Livello d'intelligenza Intelligenza sulla scala MAS	N (1)	1-9	9 = non conosciuto
		4° Asse			
12	8.02.V41	4° Asse Sintomi fisici Diagnosi principale	AN(5)	0, tutti gli ICD-10 senza codici F	0 = nessuno
13	8.02.V42	4° Asse Diagnosi secondaria	AN(5)	0, tutti gli ICD-10 senza codici F	0 = nessuno
		5° Asse			
14	8.02.V51	5° Asse Diagnosi principale	AN(2)	da 00 a 98	00 = nessuno
15	8.02.V52	5° Asse 1° Diagnosi secondaria	N (2)	da 00 a 98	00 = nessuno
16	8.02.V53	5° Asse 2° Diagnosi secondaria	N (2)	da 00 a 98	00 = nessuno
		6° Asse			
17	8.02.V60	6° Asse Valutazione globale dell'adeguamento psicosociale	N (1)	da 0 a 9	9 = non pertinente / imprevedibile

Allegato H - Formato di minuti di prestazioni giornalieri (file PL)

Psichiatria per adulti e psichiatria infantile.

Righe 10 e 11 riservate per la psichiatria infantile.

Nr.	Variabile	Descrizione	Formato	Dominio di valore
1	4.01.V01	Genere di registrazione	AN(2)	PC
2	4.01.V02	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	AN(8)	
3	FID	Variabile 4.6.V01 della riga MD	AN(16)	Chiaro e anonimo
4	6.01.V04	Data del rilevamento	N (8)	
5	6.03.V01	Medici (Minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera
6	6.03.V02	Psicologi, psicoterapisti (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera
7	6.03.V03	Cure (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera
8	6.03.V04	Ergo- e altri terapisti (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera
9	6.03.V05	Servizio sociale (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera
10	6.03.V06	Pedagoghi sociali (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Arrotondato alla cifra intera (solo per PI)
11	6.03.V07	Pedagoghi (minuti il giorno del rilevamento)	N (5)	Facoltativo, arrotondato alla cifra intera (solo per PI)