



Documentazione ST Reha sulla rilevazione dei dati 2020 (dati 2019)

Versione del 19.08.2019	Le modifiche rispetto alla versione del 09.08.2019 sono marcate in giallo. Le parti evidenziate indicano contenuti aggiunti o rimossi.
-------------------------	--

Sommario

1. INFORMAZIONI GENERALI	3
1.1. MODIFICHE RISPETTO ALL'ANNO PRECEDENTE	3
1.2. TERMINI DI CONSEGNA	3
1.3. CONTENUTO E FORMATO DEI DATI	3
1.4. RECORD DI DATI E INFORMAZIONI DA FORNIRE	3
1.5. CODIFICA	4
1.6. LISTA DEGLI ARTICOLI	4
1.7. PROTEZIONE DEI DATI	4
1.8. CONTATTI	4
2. INVIO DEI DATI TRAMITE L'INTERFACCIA WEB	5
2.1. PRIMA FORNITURA DEI DATI DA PARTE DELL'OSPEDALE	5
2.2. INTERFACCIA WEB	5
2.3. PROCESSO DI FORNITURA DEI DATI	5
2.4. DOPO LA FORNITURA DEI DATI	6
2.5. NUOVA FORNITURA DEI DATI	6
3. DATI DELLA STATISTICA MEDICA DELL'UST (FILE SM)	7
3.1. CONTENUTO E FORMATO DELLA STATISTICA MEDICA	7
3.2. VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA	8
3.2.1. Numero del caso nella statistica dei costi	8
3.2.2. Codice di collegamento anonimo	8
3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico	8
3.2.4. Centro di costo principale	8
3.2.5. Tariffe per la tariffazione	8
3.2.6. Diagnosi e trattamenti	9
3.2.6.1. Settori di prestazione	9
3.2.6.2. Assessment	10
3.2.7. Prestazioni ambulatoriali esterne	10
3.2.8. Congedo	10
3.2.9. Raggruppamento dei casi, uscite intermedie e riammissioni	11
3.2.10. Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose	11
4. COSTI PER CASO	14
4.1. DELIMITAZIONI E METODO DI CALCOLO DEI COSTI PER CASO	14
4.1.1. Metodo per unità finali di imputazione	14
4.1.2. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)	14
4.1.3. Costi completi (secondo REKOLE®)	15
4.1.4. Costi imputabili	15
4.1.5. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni	15
4.1.6. Impianti e materiale medico	15
4.1.7. Ricerca e insegnamento universitario	16
4.1.8. Casi della classe di degenza privata e semiprivata	16
4.1.9. Onorari dei medici	16
4.2. FILE DEI COSTI PER CASO (CC)	17
4.2.1. File dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	17
4.2.2. Costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)	19
5. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	21
6. DOCUMENTI DI APPROFONDIMENTO	22
ALLEGATI	23

ALLEGATO A LISTA DEGLI ARTICOLI PER L'IMPUTAZIONE OBBLIGATORIA DEI COSTI DIRETTI.....	23
ALLEGATO B VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA.....	23
ALLEGATO C REQUISITI MINIMI DEI FILE.....	24
ALLEGATO D COSTI PER CASO SECONDO IL VECCHIO ESTRATTO DELL'UNITÀ FINALE DI IMPUTAZIONE REKOLE® (FILE CC).....	26
ALLEGATO E FILE DEI COSTI PER CASO SECONDO IL NUOVO ESTRATTO DELL'UNITÀ FINALE DI IMPUTAZIONE REKOLE® (FILE CC) ...	27

Elenco delle tabelle

Tabella 1	Posizione del numero del caso della statistica dei costi per caso nei rispettivi record di dati...	8
Tabella 2	Settori di prestazioni	10

Elenco delle figure

Figura 1	Esempi di righe della Statistica medica	7
Figura 2	Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi	13
Figura 3	Riga di esempio del file dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	18
Figura 4	Esempio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	19
Figura 5	Riga di esempio dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	19
Figura 6	Esempio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	20

1. Informazioni generali

1.1. Modifiche rispetto all'anno precedente

La struttura e il layout delle istruzioni per la rilevazione sono stati completamente rielaborati. Singoli capitoli sono stati ordinati in modo diverso, altri sono stati raggruppati. Nel complesso, anche se sono presenti informazioni integrative, le istruzioni sono rimaste invariate.

Il record di dati RE non viene più rilevato. I dati relativi a prestazioni e costi devono essere rilevati tramite la Statistica medica dell'UST (file SM) e il file dei costi per caso (file CC). Inoltre, **la frequenza di misurazione degli assessment al momento dell'ammissione e della dimissione è stata ridotta**, facendo così venir meno la rilevazione settimanale dei singoli assessment.

1.2. Termini di consegna

- I dati ST Reha possono essere inviati dal **01.03.2020 al 15.05.2020**.
- La rilevazione dettagliata può essere inviata dal **01.03.2020 al 15.05.2020**.
- **I commenti sui singoli casi/test di plausibilità possono essere rilevati fino al 15.06.2020.**

1.3. Contenuto e formato dei dati

- L'invio deve contenere i dati relativi a costi e prestazioni (file CC e file SM).
- La rilevazione 2020 concerne i dati dell'anno 2019.
- La consegna si effettua in formato elettronico tramite un'interfaccia Web sicura.
- Devono essere soddisfatti i requisiti minimi secondo l'Allegato C.

1.4. Record di dati e informazioni da fornire

Per la rilevazione dei dati 2019 è necessario fornire i seguenti record di dati:

- la Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'UST (righe MX, MB e MD), di seguito detta anche "Statistica medica" o "file SM";
- il file dei costi per caso, di seguito detto anche "file CC";
 - il file dei costi per caso viene trasmesso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®;
 - i costi per caso possono essere forniti nel vecchio o nel nuovo formato dell'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®;
- i costi di procedure e medicinali specifici e molto costosi che vengono forniti sotto forma di file di Excel, di seguito detti "rilevazione dettagliata".

I seguenti dati non vengono più rilevati:

- Record di dati RE

Le informazioni specifiche per la clinica, tra l'altro relative al tipo di rilevazione dei costi, vengono rilevate sulla base di un questionario basato sul Web direttamente al momento della fornitura dei dati.

1.5. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2019, tra l'altro:

- codici trattamento secondo **CHOP 2019**
- codici diagnosi secondo **ICD-10-GM 2018**
- Manuale di codifica medica, **versione 2019** e
- Supplemento del manuale di codifica medica, **versione 2019**: regole di codifica per la riabilitazione

1.6. Lista degli articoli

La lista degli articoli (vedi Allegato A) precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo. Tali componenti di costo sono quelle del nuovo formato. Per la fornitura in conformità al vecchio formato REKOLE®, valgono le seguenti corrispondenze per i singoli costi:

- v101 = v10
- v102 = v11
- v103 = v13
- v104 = v12

1.7. Protezione dei dati

La protezione dei dati della rilevazione è regolata dal relativo contratto di fornitura dei dati. Se non avete ancora sottoscritto il contratto, vi preghiamo di contattarci (vedi punto 1.8).

1.8. Contatti

- Domande sulla rilevazione dei dati o di carattere generale:
SwissDRG SA datenerhebung@swissdrg.org o 031 310 05 59
- Domande relative alla codifica:
Ufficio federale di statistica codeinfo@bfs.admin.ch

2. Invio dei dati tramite l'interfaccia Web

2.1. Prima fornitura dei dati da parte dell'ospedale

Per gli ospedali che in passato non hanno fornito dati alla SwissDRG SA e che ora li vogliono trasmettere per la prima volta, è disponibile una breve documentazione introduttiva ([Introduzione per i nuovi ospedali della rete SwissDRG](#)). Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi direttamente a noi (vedi punto 1.8).

2.2. Interfaccia Web

L'invio dei dati alla SwissDRG SA si effettua tramite un'[interfaccia Web](#) (in tedesco e francese) protetta. Chiunque desideri effettuare il login nell'interfaccia Web deve prima creare un account. Possono effettuare il login diversi utenti, ma sotto "Contatti" è possibile indicare solo tre persone come destinatari delle informative. **Gli account esistenti rimangono validi e possono sempre essere utilizzati.** Ulteriori informazioni, tra l'altro sulla prima registrazione, sono disponibili nella [documentazione sull'interfaccia Web](#) presente sul sito della SwissDRG SA.

L'intero processo di fornitura dei dati si svolgerà tramite l'interfaccia Web.

2.3. Processo di fornitura dei dati

Il processo di fornitura si compone delle seguenti fasi:

- inserimento nel questionario delle informazioni specifiche per l'ospedale, rispettivamente sul tipo di rilevazione dei costi;
- upload dei dati relativi a costi e prestazioni tramite l'interfaccia Web. I dettagli sul formato dei file sono riportati nell'allegato alla presente documentazione. Qualora i dati e i file da inviare in fase di validazione non soddisfino i requisiti minimi previsti dall'Allegato C, la trasmissione viene interrotta;
- feedback automatico per e-mail con un link sui record di dati caricati:
 - I risultati della plausibilizzazione sono pronti:
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
 - La vostra consegna contiene errori. Al riepilogo degli errori:
<http://datenlieferung.swissdrg.org/hospitals/...>
- non appena in corrispondenza della consegna appare la dicitura "plausibilizzata", la consegna è valida. A tale proposito vanno osservati i seguenti due punti:
 - i casi che nel registro "Errori nei dati" sono contrassegnati come "non utilizzati" non vengono importati, poiché mancano componenti essenziali per lo sviluppo della struttura tariffaria (ad es. i costi); i casi con la dicitura "Avviso" vengono importati, ma non sono completi.
 - I casi che nel registro „plausibilizzazione“ sono contrassegnati come „Avviso“ o „errore“, sono stati importati, esaminati e possono essere commentati.

Nel caso venga effettuata una nuova consegna dei dati, dopo eventuali correzioni, sarà necessario ripetere l'upload di tutti i record di dati.

Attenzione: la consegna è completa solo quando lo status visualizzato della consegna è "plausibilizzata". In particolare, ciò significa che non tutti i casi sono contenuti registro "Errori nei dati".

2.4. Dopo la fornitura dei dati

Dopo aver effettuato l'upload dei dati con successo, ha luogo una plausibilizzazione automatica dei dati. Ogni ospedale riceve accesso ai risultati della verifica della plausibilità tramite l'interfaccia Web. Il feedback da parte della SwissDRG SA comprendono:

- riepilogo delle verifiche sui casi forniti complessivamente:
numero/quota dei casi dell'ospedale che non hanno superato le rispettive verifiche;
- riepilogo a livello dei singoli casi:
qui vengono indicati tutti i casi che non hanno superato la verifica relativa a errori o avvisi.

La comunicazione relativa ai casi che non hanno superato la verifica viene gestita tramite l'interfaccia Web. I risultati delle verifiche della plausibilità possono essere esportati dall'interfaccia Web sotto forma di documenti in formato .csv.

I risultati delle verifiche della plausibilità si suddividono in tre categorie: errore, avviso o info. Questi tre tipi di risultati hanno il seguente significato o effetto:

- **Errori:**
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura. **Attenzione: i casi non commentati vengono esclusi automaticamente dal calcolo.**
- **Avviso:**
i casi possono contenere errori! Verificare i casi, se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura.
- **Info:**
informazioni generali sulla fornitura dei dati.

Vi preghiamo di osservare che i commenti a livello dei casi e delle verifiche devono essere inseriti direttamente tramite l'interfaccia Web mediante il campo "Motivazione".

La SwissDRG SA lavora per sviluppare costantemente la logica delle verifiche. Nel caso gli ospedali siano dell'opinione che singole verifiche nell'ambito della logica elaborata non funzionino o debbano essere rivisti, lo possono annotare nel campo per i commenti "Motivazioni" delle singole verifiche.

2.5. Nuova fornitura dei dati

Fino alla scadenza del termine di consegna tutti gli ospedali hanno la possibilità di trasmettere alla SwissDRG SA record di dati nuovi o corretti (file SM o file CC).

Una volta trascorso il termine ultimo per l'invio, per motivi organizzativi non sarà più possibile accettare forniture di dati.

3. Dati della Statistica medica dell'UST (file SM)

I dati della Statistica medica sono dati medico-amministrativi che le cliniche devono già obbligatoriamente rilevare per la Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'Ufficio federale di statistica (UST). I dati minimi (MB) devono essere obbligatoriamente rilevati anche i dati aggiuntivi dei gruppi di pazienti (MD). I dati minimi (MB) comprendono dati socio-demografici, economico-aziendali e ulteriori informazioni sul ricovero ospedaliero. I dati aggiuntivi relativi ai gruppi di pazienti (MD) comprendono tutti i codici di diagnosi e procedure (incl. gli assessment), nonché ulteriori dati sul trattamento.

Il formato del file SM può essere verificato tramite MedPlaus®, un programma messo a disposizione gratuitamente da "[Freudiger EDV-Beratung](#)".

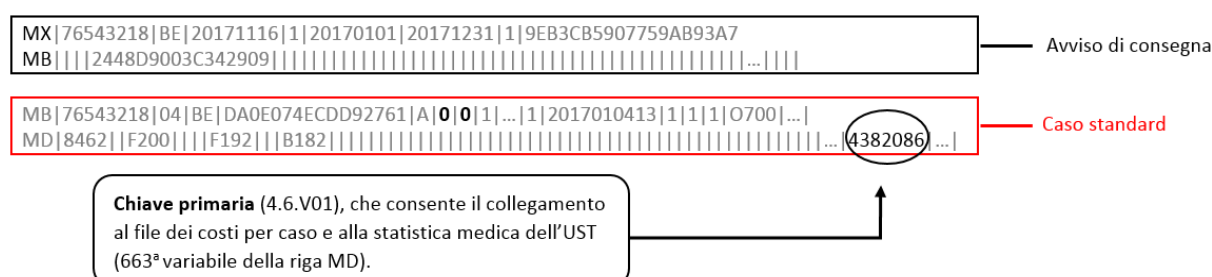
3.1. Contenuto e formato della Statistica medica

Per una corretta fornitura dei dati alla SwissDRG SA è obbligatorio rispettare le direttive e le definizioni dell'UST. I dettagli relativi alle singole variabili sono descritti nelle specifiche delle [variabili della Statistica medica](#) (vedi Allegato B). Il formato da fornire corrisponde al formato dell'UST. Inoltre, il file SM deve soddisfare i requisiti minimi secondo l'Allegato C.

Il file SM ha le seguenti caratteristiche.

- Le prime due righe servono a identificare il file:
 - 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 comunicazione dei dati, ❻ data iniziale del periodo di rilevazione, ❼ data finale del periodo di rilevazione, ❽ righe totali del file, ❾ chiave di codifica)
 - Riga **MB**: riga MB speciale nella quale sono presenti solo la 1ª e la 5ª variabile. Questa riga speciale serve come informazione aggiuntiva per la codifica.
- Le altre righe contengono i dati del caso, i quali sono distribuiti su più righe consecutive nel modo seguente:
 - 1ª riga (**riga MB**, record minimo): 50 campi che contengono i dati amministrativi e una parte dei dati 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.
 - 2ª 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.
- Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: "|") (cfr. figura 1).

Figura 1 Esempi di righe della Statistica medica



3.2. Variabili della Statistica medica

Sul sito Web della SwissDRG SA, sotto Rilevazione dei dati > [Statistica medica](#) è disponibile un link ai documenti rilevanti dell'UST. Oltre alla concezione, considerate anche le direttive (fogli informativi, manuale per la codifica, circolari) e le classificazioni (ICD, CHOP) di volta in volta in vigore, che l'UST pubblica per l'anno di dati in questione.

Qui di seguito sono elencate le principali variabili. Si tratta di una selezione non di un elenco esaustivo.

3.2.1. Numero del caso nella statistica dei costi

Il collegamento tra i diversi record di dati viene creato con la variabile 4.6.V01 Numero del caso nella statistica dei costi per caso della Statistica medica (campo 663 nella riga MD) (vedi Tabella 1). Per questo deve essere compilata obbligatoriamente e deve essere presente in tutti i record di dati. Tale variabile è detta anche chiave primaria e deve essere univoca e anonima.

Tabella 1 Posizione del numero del caso della statistica dei costi per caso nei rispettivi record di dati

Record di dati	Variabile 4.6.V01
Statistica medica (SM)	Campo 663
File dei costi per caso (CC)	
- vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	Campo 3
- nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	Campo 2

3.2.2. Codice di collegamento anonimo

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

3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico

L'ospedale fornisce i dati di tutti i casi ospedalieri ¹ dimessi nell'anno di rilevazione (variabile 0.2.V02 *Caratterizzazione del caso statistico*, valore = A).

3.2.4. Centro di costo principale

Gli ospedali che hanno un centro di costo principale Riabilitazione o un mandato di prestazioni in riabilitazione, rilevano nella variabile 1.4.V01 *Centro di costo principale* la voce **M950**.

3.2.5. Tariffe per la tariffazione

Secondo le direttive dell'UST, ora va rilevata la variabile 4.8.V01 *Tariffe per la tariffazione* nella riga MD. Nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffaria, essa serve tra l'altro a individuare i casi

¹ Per la definizione dei casi ospedalieri per la riabilitazione valgono le regole e le definizioni applicabili alla fatturazione dei casi in somatica acuta secondo l'[OCPre Art.3](#).

rilevanti per la rispettiva struttura tariffaria. Per la fornitura dei dati alla SwissDRG SA tale variabile deve essere obbligatoriamente rilevata. **D'intesa con l'UST, va rilevata la voce 4 nella variabile 4.8.V01.**

Devono essere forniti tutti i casi che rientrano nel settore paraplegiologia (con i corrispondenti codici CHOP 93.87.*), presentano costi completi e non rientrano nel campo di applicazione della somatica acuta. I casi del settore riabilitazione precoce (codici CHOP 93.86.* e 93.89.1*) devono essere trasmessi nella rilevazione dei dati della somatica acuta indipendentemente dalla voce nella variabile 4.8.V01 e dal luogo in cui è stata fornita la prestazione. **A tale scopo, l'ospedale di riabilitazione deve essere registrato anche nell'interfaccia web sotto "Somatica acuta", affinché la consegna di questi casi possa avvenire tramite SwissDRG.**

3.2.6. Diagnosi e trattamenti

Secondo le direttive dell'UST, le diagnosi e i trattamenti devono essere codificati nelle variabili 4.2.V* rispettivamente 4.3.V* della riga MD. Inoltre, le prime nove diagnosi e i primi dieci trattamenti devono essere codificati nelle variabili 1.6.V* rispettivamente 1.7.V* della riga MB.

Le diagnosi (diagnosi principali e secondarie) vengono codificate secondo le direttive dell'UST per i dati 2019 con i codici di diagnosi secondo ICD-10 GM 2018. Per la codifica delle diagnosi va osservato che, secondo il Manuale di codifica medica versione 2019 e la guida per ST Reha, oltre alla diagnosi principale vanno codificate anche le possibili diagnosi secondarie (vedi sito Web della SwissDRG SA). Vi preghiamo di seguire queste istruzioni poiché è possibile che, considerando anche le diagnosi secondarie, i costi dei pazienti possano essere plausibilizzati meglio. A partire dall'anno di dati 2019 nel catalogo CHOP 2019 sono mappati tutti i codici specifici per la riabilitazione. **La rilevazione degli assessment va effettuata obbligatoriamente sulla base dei codici CHOP.** Vi preghiamo di osservare i criteri minimi per i singoli codici CHOP. Per garantire la possibilità di computare le remunerazioni supplementari della somatica acuta devono essere codificati² inoltre tutti i codici CHOP che supportano le remunerazioni supplementari.

3.2.6.1. Settori di prestazione³

Per il 2019 l'assegnazione dei casi della riabilitazione ospedaliera ai quattro settori di prestazioni ST Reha definiti si effettua tramite i codici CHOP Tabella 2.

È importante rilevare che i tipi di casi seguenti sono da rilevare nel settore di prestazione corrispondente:

- casi paraplegiologici --> settore di prestazioni I: limitazione funzionale del sistema nervoso
- casi geriatrici --> settore di prestazioni IV: Altra limitazione funzionale
- casi musculoscheletrici --> settore di prestazioni IV: Altra limitazione funzionale

² Le remunerazioni supplementari sono elencate negli Allegati 2 (valutate) e 3 (non valutate) della rispettiva versione della SwissDRG e visualizzabili sul nostro sito Web sotto *Somatica acuta > Sistema SwissDRG 8.0/2019 > [Catalogo degli importi forfettari](#)*.

³ Modificazione della definizione dei settori di prestazione conformemente alla proposta della FMH. Approvata dal Comitato consultivo ST Reha.

Quindi per ogni caso della riabilitazione ospedaliera deve essere utilizzato uno di questi codici esclusivamente secondo lo scopo qui definito. Questi codici devono essere codificati nelle variabili 4.3.V* della riga MD della Statistica medica.

Questi codici CHOP devono anche essere raccolti, se non soddisfanno agli requisiti minimi dei codici CHOP specifici alla riabilitazione (prestazioni di base della riabilitazione, BA.* secondo il catalogo dei codici CHOP UST 2019). L'obiettivo è quello di assicurare la ripartizione dei casi ai differenti settori di prestazioni.

Tabella 2 Settori di prestazioni

Settore di prestazioni	Denominazione	Codice CHOP 2019 per analogia	Denominazione
I	Limitazione funzionale neurologica	93.19	Esercizi, NAC
II	Limitazione funzionale cardiovascolare	93.36.00	Riabilitazione cardiologica, NAS
III	Limitazione funzionale polmonare	93.9A.00	Riabilitazione respiratoria, NAS
IV	Altra limitazione funzionale	93.89.09	Riabilitazione, NAC

3.2.6.2. Assessment

Gli strumenti di misura EBI, CIRS, test di marcia di 6 minuti e SCIM devono essere rilevati per l'anno di dati 2019 secondo le direttive de l'UST. Gli assessments rilevati al momento dell'ammissione e della dimissione sono utilizzati per lo sviluppo della struttura tariffaria ST Reha.

Per il 2019 non sono disponibili codici CHOP per l'assessment FIM®. Le cliniche che utilizzano comunque lo strumento di misurazione FIM® per la rilevazione della limitazione funzionale, sono pregate di utilizzare per favore la tabella delle corrispondenze disponibile al seguente link:

https://www.swissdrg.org/download_file/view/2159

3.2.7. Prestazioni ambulatoriali esterne

Se un paziente ospedaliero riceve prestazioni ambulatoriali esterne (MRI, dialisi, chemioterapia e simili), esse vengono codificate per il caso ospedaliero e contrassegnate con l'item speciale "Trattamento ambulatoriale esterno" (variabili 4.3.V016, 4.3.V026, 4.3.V036 ecc.). Ciò significa che le variabili corrispondenti non vengono lasciate vuote, come per i trattamenti interni, bensì viene codificata la variante corrispondente alla fattispecie in questione.

3.2.8. Congedo

Secondo le direttive dell'UST, tutte le assenze di un paziente di durata superiore a 24 ore (> 24 h), permanendo la prenotazione di un letto, devono essere codificate come congedo amministrativo sotto la variabile 1.3 V04 *Congedo amministrativo & vacanze* della Statistica medica. La variabile 1.3.V04 deve essere obbligatoriamente compilata secondo le direttive dell'UST (regola delle 24 ore). Per la rilevazione dei dati non è ammessa nessuna altra regolamentazione. Il dato deve contenere il totale

complessivo in ore. I costi che si generano durante tali assenze vengono registrati nel caso in questione. Inoltre, il chiarimento della definizione di congedo secondo le Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG vale analogamente anche per ST Reha.

3.2.9. *Raggruppamento⁴ dei casi, uscite intermedie e riammissioni*

Secondo la decisione del consiglio amministrativo di dicembre 2018 e in accordo con H+, le regole seguenti per i raggruppamenti dei casi sono applicabili per il sviluppo della struttura tariffaria.

Principio fondamentale: ogni riammissione è considerata come un nuovo caso, a meno che non si applichi una delle seguenti eccezioni.

Eccezioni: le seguenti situazioni comportano che i diversi ricoveri ospedalieri vengano raggruppati insieme nell'ospedale in questione. Le diagnosi e i trattamenti dei casi raggruppati vanno codificati intanto come se l'intero trattamento avesse avuto luogo durante una sola degenza. Va sommata la durata delle singole degenze dei casi raggruppati. Il calcolo di eventuali giorni di congedo avviene solo dopo che è stato attuato il raggruppamento dei casi.

Non si effettua nessun raggruppamento di casi distribuiti su più anni.

Riammissione o ritrasferimento

Se un caso è riammesso o ritrasferito nello stesso ospedale nei 18 giorni successivi alla dimissione⁵, i due casi vengono raggruppati.

Raggruppamenti di casi combinati

In caso di riammissione o ritrasferimento ripetuto si procede eseguendo un raggruppamento di casi per tutti i ricoveri entro i 18 giorni successivi alla prima dimissione o al primo trasferimento. Il periodo da considerare ha inizio sempre con il primo caso che ha determinato il raggruppamento di casi.

Nella statistica medica le singole uscite intermedie e riammissioni devono essere codificate con le variabili 4.7.V01a4.7.V33e4.8.V17a4.8.V20. Le variabili da 4.8.V17 a 4.8.V20 devono essere fornite non codificate.

3.2.10. *Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose*

Nelle variabili da 4.8.V02 a 4.8.V15 della Statistica medica (campi da 678 a 691 della riga MD) devono essere rilevati solo i medicinali elencati nella ["Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica"](#). **L'elenco comprende anche medicinali o sostanze introdotti specificamente per ST Reha.** Tali dati servono come base per l'analisi e il calcolo di eventuali remunerazioni supplementari. Si prega di osservare le direttive del ["Foglio tecnico complementare"](#). Qui di seguito vengono elencati solo i principali punti:

Dose:

- **In ogni caso, deve essere rilevata solo la dose somministrata.**

⁴ Vedi ad es. capitolo 3.2 Raggruppamenti di casi, [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY, Valido a decorrere dal 1.1.2019.](#)

⁵ "Nei 18 giorni successivi all'uscita" indica che il periodo inizia dall'uscita e dura fino al 18° giorno compreso successivo all'uscita. Il giorno di uscita non viene pertanto conteggiato nel periodo.

- A parità di modo di somministrazione e di informazioni supplementari è necessario sommare le dosi somministrate di un medicamento per ogni caso e per ogni codice ATC.

Unità:

- I medicinali devono essere rilevati obbligatoriamente nelle unità di misura previste nella “Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica”. Va considerato che NON sono permessi multipli di un’unità.
- Le unità devono essere tassativamente indicate come previsto nel “Foglio tecnico complementare”. Non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Limitazione:

- Se secondo la “Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica” è esplicitamente prevista una limitazione, il medicamento può essere rilevato solo per i relativi casi.

Modo di somministrazione:

- Il modo di somministrazione deve essere indicato per ogni medicamento.
- I modi di somministrazione devono essere tassativamente indicati come previsto nel “Foglio tecnico complementare”. Anche in questo caso non sono consentite altre abbreviazioni o grafie.

Informazioni supplementari:

- Le informazioni supplementari di un medicamento possono essere rilevate solo per i medicinali per i quali ciò è previsto e pertinente secondo la Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica. Per tutti gli altri medicinali tale campo resta vuoto.

Esempi concreti⁶:

- Antitrombina III: il codice ATC deve essere indicato nell’unità U e con il tipo di somministrazione intravenoso (IV). Dato che “Informazioni supplementari da codificare” è vuoto, non è necessario inserire alcuna informazione supplementare.
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Fattore di coagulazione VIII: in questo caso va indicata l’informazione supplementare pertinente secondo il formato del Foglio tecnico complementare (colonna “Informazioni supplementari da codificare”). L’unità valida per questo medicamento è U. L’informazione supplementare deve essere indicata nella scheda tecnica secondo l’abbreviazione (Rec/Plas).
→ B02BD02;Rec;IV;11000;U
- Amfotericina B: il medicamento deve essere inserito solo in caso di somministrazione liposomiale. L’unità di misura valida è mg. Non vanno inserite informazioni supplementari.

⁶ Questi esempi sono tratti dalla somatica acuta e hanno scopo puramente esplicativo.

→ J02AA01;;IV;98;mg

- Voriconazole (posaconazolo: Le informazioni supplementari differenziano tra sospensione e compressa e ha quindi senso compilarle solo per l'applicazione orale. Non è prevista alcuna limitazione.

→ J02AC03;Susp;O;1000;mg per la sospensione orale

→ J02AC03;Tab;O;1000;mg per la somministrazione orale di compresse

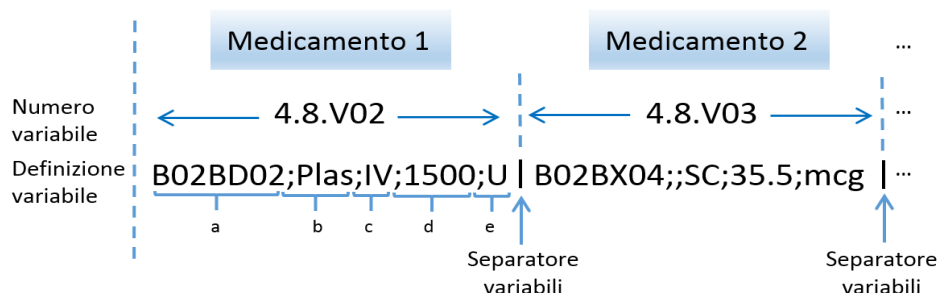
→ J02AC03;;IV;1000;mg per la somministrazione intravenosa

Avvertenze:

- Per la rilevazione dei medicinali molto costosi è determinante esclusivamente la somministrazione ospedaliera, indipendentemente da eventuali limitazioni relative all'indicazione o all'assunzione dei costi della lista della specialità.
- Inoltre, va osservato che alcuni medicinali vanno rilevati solo nel campo di applicazione di determinate strutture tariffarie. Nella lista dei medicinali da rilevare, tali medicinali sono contrassegnati di conseguenza.

Come separatore tra i singoli segmenti va utilizzato il punto e virgola (codice ASCII 59: ";"), tra le variabili la barra verticale (codice ASCII 124: "|"), vedi figura 2 del "[Foglio tecnico complementare](#)".

Figura 2 Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi



4. Costi per caso

4.1. Delimitazioni e metodo di calcolo dei costi per caso

Base per la determinazione dei costi per caso è la contabilità di esercizio secondo REKOLE®, la quale si compone del Manuale REKOLE® - “Contabilità analitica nell’ospedale” - e delle decisioni della Commissione di specialisti in Contabilità e controllo (REK).

Il presente capitolo si basa sul formato del file dei costi per caso per la rilevazione dei casi rilevanti per SwissDRG. Dato che la rilevazione è stata sviluppata per gli ospedali somatici, essa comprende anche alcune voci non rilevanti per le cliniche di riabilitazione le quali non devono essere prese in considerazione (ad es. gli impianti).

I seguenti dati sulle delimitazioni e il metodo di calcolo dei costi per caso evidenziano quelli che secondo il punto di vista della SwissDRG SA sono i punti essenziali, senza alcuna pretesa di completezza.

4.1.1. 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 di imputazione REKOLE®. La SwissDRG SA si impegna per sviluppare una struttura tariffaria sulla base di dati rilevati in modo uniforme, al fine di consentire un finanziamento per quanto possibile adeguato dei casi ospedalieri nel settore della riabilitazione. Dato che lo sviluppo della struttura tariffaria è basato sui dati, è indispensabile che i dati siano di elevata qualità. Per una rilevazione uniforme dei dati sui costi è auspicabile la rilevazione dei costi per caso sulla base del metodo per unità finali di imputazione REKOLE®, il quale è descritto dettagliatamente nell’Allegato D e nell’Allegato E.

4.1.2. Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI)

La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE®. I [Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni](#) secondo REKOLE® sono pubblicati sul sito Web della SwissDRG SA.

I costi di utilizzo delle immobilizzazioni corrispondono ai costi totali correlati all’utilizzo delle immobilizzazioni 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’utilizzo delle immobilizzazioni. Secondo il vecchio formato REKOLE®, i CUI per caso vanno inseriti in A1 (Allegato D). Nel nuovo formato REKOLE®, i CUI devono essere indicati separatamente per componente dei costi all’interno dei costi generali, cioè per ogni variabile vengono indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta i CUI della stessa variabile, ad esempio v370 Cura, costi generali CUI esclusi e v371 Cura, CUI (Allegato E).

4.1.3. Costi completi (secondo REKOLE®)

Le cliniche forniscono i dati di tutti i casi ospedalieri⁷ dimessi dalla clinica nell'anno di rilevazione e che **presentano costi completi**. I costi **non** vengono considerati completi in particolare se:

- per gli outlier 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, casi statistici C);
- 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.).

4.1.4. Costi imputabili

I costi per caso devono contenere solo i costi imputabili, indipendentemente dal fatto che si tratti di casi AMal, AINF, AM, AI o altri. I costi a carico dei pazienti⁸, i costi non correlati ai pazienti⁹, 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 ad es. i costi per ricerca e insegnamento universitario.

4.1.5. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni

I medicinali 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 **200 franchi** per caso (secondo decisione REK 15_004).

La distinzione tra

- 1) farmaci/medicamenti (corrispondenti al vecchio formato REKOLE® v10 rispettivamente al nuovo formato REKOLE® v101)
- 2) sangue e prodotti sanguigni (corrispondenti al vecchio formato REKOLE® v11 rispettivamente al nuovo formato REKOLE® v102)

nel conto H+ 400 "Medicamenti (incl. il sangue e i prodotti sanguigni)" deve essere effettuata.

L'Allegato A della presente documentazione contiene una lista che spiega come vanno rilevati i rispettivi prodotti.

4.1.6. Impianti e materiale medico

Ugualmente, impianti e materiale medico devono essere conteggiati per quanto possibile come costi singoli (vedi REKOLE®). In ogni caso però, devono esserlo quelli che superano un costo totale di **50 franchi** per caso per gli impianti, incluso il materiale per osteosintesi risp. **200 franchi** per caso per il materiale medico (decisione REK 15_004).

⁷ Per la definizione dei casi ospedalieri per la riabilitazione valgono le regole e le definizioni applicabili alla fatturazione dei casi in somatica acuta secondo l'[OCPre Art.3](#).

⁸ Ad es. televisione

⁹ Ad es. caffetteria o altre prestazioni al personale o a terzi

La distinzione tra

- 1) materiale medico (corrispondente al vecchio formato REKOLE® v13 rispettivamente al nuovo formato REKOLE® v103)
- 2) impianti (corrispondenti al vecchio formato REKOLE® v12 rispettivamente al nuovo formato REKOLE® v104)

nel conto H+ 401 *“Materiale, strumenti, utensili, tessili”* deve essere effettuata.

L’Allegato A della presente documentazione contiene una lista che spiega come vanno rilevati i rispettivi prodotti.

4.1.7. **Ricerca e insegnamento universitario**

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 cpv. 3 e OCPRe, art. 7) non è consentito definire i costi per la ricerca e l’insegnamento universitario come parte integrante dei costi per caso rilevanti ai fini dell’AOMS. Tali costi corrispondono a prestazioni di pubblico interesse e – nella contabilità per unità finali di imputazione degli ospedali – vengono imputati a centri di costo specifici. Di conseguenza i costi per caso trasmessi non devono contenere costi per la ricerca e l’insegnamento universitario. Inoltre, **non è consentita l’imputazione di tali costi al caso amministrativo secondo REKOLE®.**

Le **componenti di costo nella riga 28 secondo il vecchio formato REKOLE® rispettivamente le righe 72 e 73 secondo il nuovo formato REKOLE®** devono essere **vuote** (vedi Allegato D e Allegato E).

4.1.8. *Casi della classe di degenza privata e semiprivata*

I casi devono essere trasmessi indipendentemente dalla classe di degenza (classe di degenza occupata durante il ricovero ospedaliero, variabile 1.3.V02 *Classe*). Ciò significa che vanno trasmessi i casi con classe di degenza comune, semiprivata e privata. I casi a 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. Il presupposto a tale scopo è tuttavia che **i costi per caso vengano depurati dei costi aggiuntivi dipendenti dalla classe di degenza** (ad es. onorari privati dei medici dell’ospedale, quota degli onorari privati dei medici accreditati, ecc.).¹⁰ **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. Per questo motivo la SwissDRG SA consiglia agli ospedali di effettuare le relative modifiche già prima dell’upload dei dati. La modifica deve essere correttamente documentata nel questionario relativo alla fornitura dei dati.

4.1.9. *Onorari dei medici*

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

- onorari dei medici ospedalieri (conto H+ 380) → componente dei costi v14 rispettivamente v107

¹⁰ 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).

- onorari dei medici accreditati soggetti alle assicurazioni sociali (conto H+ 381) → componente dei costi v15 rispettivamente v108
- onorari dei medici accreditati non soggetti alle assicurazioni sociali (parte del conto H+ 405 che contiene onorari) → componente dei costi v16 rispettivamente v106

Il campo v17 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® deve essere pertanto vuoto.

4.2. File dei costi per caso (CC)

Il file dei costi per caso può essere fornito secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (vedi Allegato D) o secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (vedi Allegato E).

La variabile 4.6.V01 deve essere presente sia nella Statistica medica che nel file dei costi. Tale chiave primaria deve essere univoca e anonima. Affinché la trasmissione dei dati alla SwissDRG SA abbia successo, il file deve soddisfare i criteri minimi secondo quanto indicato nell'Allegato C. Le indicazioni in merito alla delimitazione dei costi per caso e al relativo metodo di calcolo si trovano nel capitolo 4.1.

4.2.1. File dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

Il file dei costi per caso (file CC) nel vecchio formato REKOLE® contiene per ogni caso una riga con 28 variabili:

- 3 variabili per l'identificazione dei casi:
 - il 1° campo corrisponde al numero RIS dell'ospedale
 - il 2° campo corrisponde all'anno di dati
 - il 3° campo corrisponde al numero del caso (=chiave primaria, variabile 4.6.V01 della Statistica medica, non sono ammessi doppiati o campi vuoti)
- 23 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 9 componenti dei costi con i costi singoli (v10-v19);
 - 14 componenti di costo 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 con i costi di utilizzo delle immobilizzazioni complessivi (A1) per ogni caso.
- Il campo nella colonna 28 deve essere lasciato vuoto.

Una descrizione dettagliata delle variabili è contenuta nell'Allegato D.

Figura 3 Riga di esempio del file dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

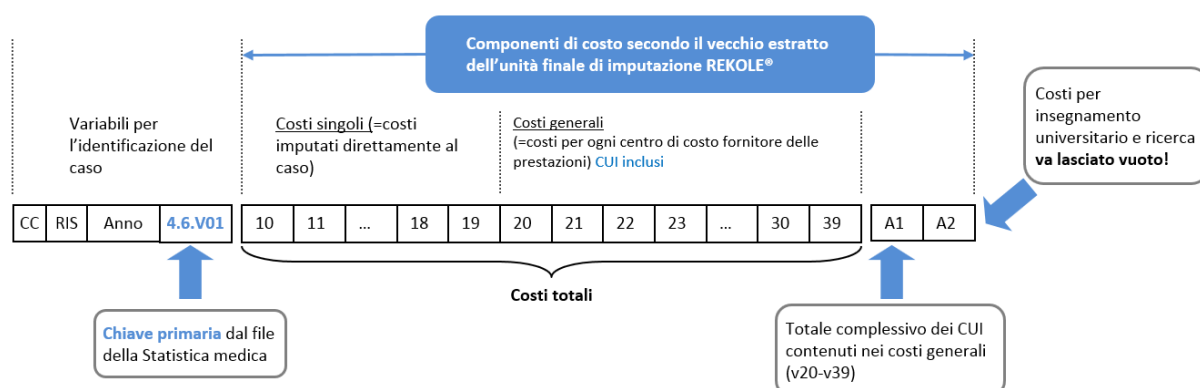


Figura 4 Esempio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

```
60611111|2019|5050286|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...
60611111|2019|5050297|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...
```

↑

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

4.2.2. Costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)

Il file dei costi per caso (file CC) nel nuovo formato REKOLE® contiene per ogni caso una riga con 80 variabili (73 variabili + 7 campi di riserva):

- 2 variabili per l'identificazione dei casi:
 - il 1° campo corrisponde all'anno di dati
 - il 2° campo corrisponde al numero del caso (=chiave primaria, variabile 4.6.V01 della Statistica medica, non sono ammessi doppioni o campi vuoti)
- 71 variabili con i costi imputabili tra cui:
 - 11 componenti dei costi con i costi singoli (v101-v111)
 - 60 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v200-v421, v440-v441). Per ogni componente dei costi vanno indicati una volta i costi generali CUI esclusi e una volta la quota rispetto ai CUI della stessa componente dei costi.

Una descrizione dettagliata delle variabili è contenuta nell'Allegato E.

Figura 5 Riga di esempio dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

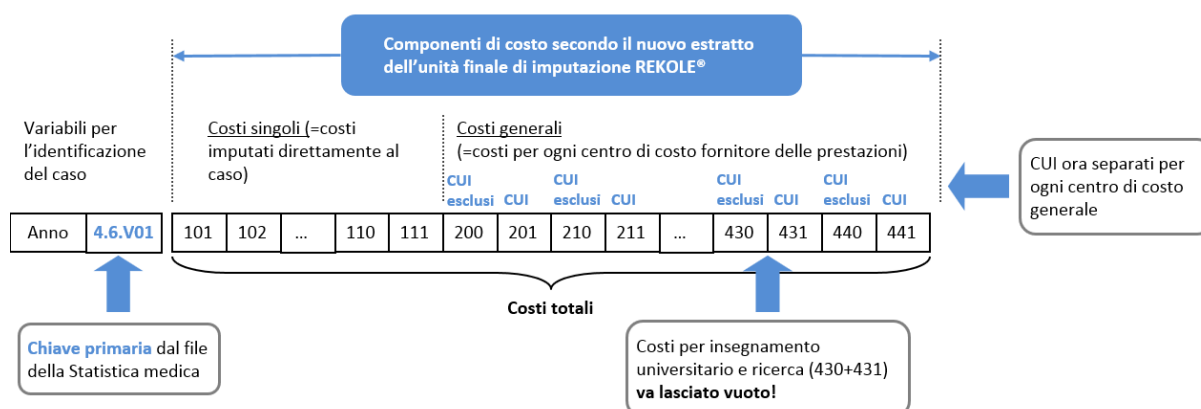


Figura 6 Esemplio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

60611111|2019|**5050286**|79.00|57.00|0.00|0.00|0.00|42.00|0.00|...

60611111|2019|**5050297**|31.00|27.00|0.00|0.00|0.00|34.00|0.00|...

↑

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

5. Rilevazione dettagliata

La rilevazione dettagliata serve come base di dati per la valutazione delle remunerazioni supplementari esistenti e potenziali. Con la rilevazione dettagliata vengono rilevati da un lato i prezzi dei medicinali presenti nella lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica 2019, dall'altro lato codici e costi per impianti, procedure e processi costosi.

Attenzione: la somministrazione di medicinali ora viene rilevata solo tramite i relativi campi della Statistica medica (vedi capitolo 3.2.10)

Tutte le informazioni sulla rilevazione dettagliata sono contenute nel relativo file di Excel che viene pubblicato in tempo reale sul nostro sito Web alla voce "Rilevazione dei dati". Per un'anteprima del formato attuale è adatta la [Rilevazione dettagliata 2019 \(dati 2018\)](#) della somatica acuta.

6. Documenti di approfondimento

Consiglio federale svizzero (2002). Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre), [RS 832.104]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/20021333/index.html>, [Stato: 30.10.2018].

H+ Gli ospedali svizzeri (2019). Manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale. 5ª edizione, Berna.

H+ Gli ospedali svizzeri (2014). Piano contabile. 8ª edizione, Berna.

UST (2018). Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.6207938.html>, [Stato: 30.10.2018].

UST (2018). Supplemento del manuale di codifica medica, versione 2019: regole di codifica per la riabilitazione. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.6786926.html>, [Stato: 12.12.2018]

UST (2018). Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) Indice sistematico Versione 2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.5808567.html>, [Stato: 30.10.2018].

UST (2018). Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri - Variabili della Statistica medica. Specifiche valide dal 1.1.2019. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.assetdetail.7066231.html>, [Stato: 24.07.2019].

Assemblea federale della Confederazione Svizzera (1994). *Legge federale* del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), [RS 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stato: 30.10.2018].

Ulteriori documenti sono disponibili sul sito Web della SwissDRG SA sotto Rilevazione dei dati > Statistica medica. URL: <https://www.swissdrg.org/it/somatica-acuta/rilevazione-dei-dati/statistica-medica>, [Stato: 30.10.2018].

Allegati

Allegato A Lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti

Mediante il seguente link è possibile scaricare la [Lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti](#), che precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti dei costi. Tale lista è disponibile sul sito Web della SwissDRG SA sotto Rilevazione dei dati.

Allegato B Variabili della Statistica medica

Mediante il seguente link è possibile scaricare le specifiche delle variabili della [Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri](#), valida dal 1.1.2019.

Allegato C Requisiti minimi dei file

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.

Denominazione
Test generali
☐ I file devono avere le estensioni *.dat o *.txt.
☐ I file devono essere codificati con "ISO8859-1".
☐ I file devono essere inviati in formato di testo (ASCII).
☐ Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: " ").
☐ Come "a capo" si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
☐ Presenza e consistenza della variabile 4.6.V01 (numero del caso della statistica dei costi per caso/chave primaria) in tutti i file. I casi presenti in un solo file non possono essere plausibilizzati e importati nella banca dati. Non sono ammessi doppi e campi vuoti.
Dati della Statistica medica (file SM)
☐ Riga MB: 50 colonne. La riga contiene pertanto 50 barre verticali per riga.
☐ Riga MD: 696 colonne. La riga contiene pertanto 696 barre verticali per riga.
☐ L'ultima variabile di una riga deve essere chiusa da una barra verticale.
☐ Il numero RIS nella riga MX deve essere rilevato obbligatoriamente.
☐ Le righe devono essere codificate nella sequenza MB, MN, MP, MD, MK, considerando che, in base alla struttura tariffaria, non tutte devono essere fornite (non inserire righe vuote!).
☐ Le variabili 0.3.V01, 0.3.V02, 0.3.V03 e 0.3.V04 devono essere codificate obbligatoriamente con 0 o 1. Se è stato codificato il valore 1 deve seguire la riga MN, MP, MD o MK corrispondente, se è stato codificato 0 la relativa riga non deve essere presente.
☐ Corrispondenza delle righe "MB" e "MD": Per tutti i codici ICD e CHOP, vale 1.6.V01 = 4.2.V010, 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.
☐ La colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 (numero del caso della statistica dei costi per caso). Questa chiave primaria deve essere univoca e anonima e non può contenere né doppi né campi vuoti.
☐ Il file deve obbligatoriamente contenere i pazienti rilevanti della riabilitazione ospedaliera (4.8.V01 = 4).
☐ La variabile 0.2.V01 <i>Codice di collegamento anonimo</i> deve essere codificata e correttamente criptata mediante 16 caratteri alfanumerici.
☐ La definizione delle seguenti variabili deve essere obbligatoriamente rispettata: 0.2.V02, 1.1.V01, 1.1.V02, 1.1.V03, 1.2.V01, 1.2.V02, 1.2.V03, 1.3.V01, 1.3.V02, 1.3.V03, 1.3.V04, 1.4.V01, 1.5.V01, 1.5.V02, 1.5.V03, 4.5.V01, 4.7.V01, 4.7.V02, 4.7.V11, 4.7.V12, 4.7.V21, 4.7.V22, 4.7.V31, 4.7.V32, 4.8.V01, 4.8.V17, 4.8.V18, 4.8.V19, 4.8.V20.
☐ Il file non deve 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).
File dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)
☐ Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
☐ Il file contiene 28 variabili. Il file contiene pertanto 27 barre verticali per riga.
☐ L'ultima variabile di una riga non viene chiusa da una barra verticale.
☐ La chiave primaria 4.6.V01 della Statistica medica è nella 3ª colonna. Non sono ammessi doppi e campi vuoti.
☐ Le variabili sono separate da una barra verticale.
☐ Il file non deve contenere nomi di variabili.
☐ Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.

Documentazione sulla rilevazione dei dati ST Reha 2020 (dati 2019)

- ☐ Le cifre non devono contenere formattazioni come separatore delle migliaia, apostrofo, spazi ecc.
- ☐ Come separatore dei decimali viene utilizzato il punto (ad es. 1234.50).
- ☐ Ogni caso deve presentare costi di utilizzo delle immobilizzazioni (A1). Non vengono accettati valori negativi.

File dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)

- ☐ Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
- ☐ Il file contiene 80 variabili. Il file contiene pertanto 79 barre verticali per riga.
- ☐ L'ultima variabile di una riga **non** viene chiusa da una barra verticale.
- ☐ Chiave primaria 4.6.V01 nella 2ª colonna della Statistica medica. Non sono ammessi doppi e campi vuoti.
- ☐ Le variabili sono separate da una barra verticale.
- ☐ Il file non deve contenere nomi di variabili.
- ☐ Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
- ☐ Le cifre non devono contenere formattazioni come separatore delle migliaia, apostrofo, spazi ecc.
- ☐ Come separatore dei decimali viene utilizzato il punto (ad es. 1234.50).
- ☐ Ogni caso deve presentare costi di utilizzo delle immobilizzazioni Il totale dei costi di utilizzo delle immobilizzazioni deve essere maggiore di zero.
- ☐ Tutti i campi di riserva (campi 72-73, 76-80) devono rimanere vuoti, se indicato nella descrizione.

Allegato D Costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)

N.	Variabile	Descrizione	
Informazioni generali			
1	RIS	numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	
2	Anno	Anno di dati	
3	4.6.V01	Numero del caso (vedi 663ª Variabile della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
Costi singoli			Piano contabile H+²
4	v10	Medicamenti	400
5	v11	Sangue e prodotti sanguigni	400
6	v12	Impianti	401
7	v13	Materiale medico	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		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
12	v19	Altri costi singoli	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
Costi generali			Centri di costo 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	Personale medico	(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 fornitori di prestazioni	(44) + (45) + (10) + (77)***
Altre variabili			Piano contabile H+
27	A1	Costi di utilizzo delle immobilizzazioni totali (CUI)	
28		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	

* 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 E File dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (file CC)

N°	Variabile	Denominazione	
Informazioni generali			
1	anno	Anno di dati	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile al 663° posto della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
Costi singoli			Piano contabile H+ ²
3	v101	Farmaci	400
4	v102	Sangue e prodotti sanguigni	400
5	v103	Materiale medico	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	Trasporti di pazienti da parte di terzi	480
12	v110	Altre prestazioni per i pazienti da parte di terzi	485
13	v111	Altre spese per i pazienti	486
Costi generali			Centri di costo obbligatori REKOLE®
14	v200	Amministrazione dei pazienti, costi generali escl. CUI	(10)
15	v201	Amministrazione dei pazienti, CUI ¹	(10)
16	v210	Sale operatorie, costi generali escl. CUI	(20)
17	v211	Sale operatorie, CUI ¹	(20)
18	v212	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a, costi generali escl. CUI	(31)
19	v213	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a, CUI ¹	(31)
20	v220	Anestesia, costi generali escl. CUI	(23)
21	v221	Anestesia, CUI ¹	(23)
22	v230	Cure intensive (IPS), costi generali escl. CUI	(24)
23	v231	Cure intensive (IPS), CUI ¹	(24)
24	v232	Personale medico IPS - Attività 6b ₁ , costi generali escl. CUI	(31)
25	v233	Personale medico IPS - Attività 6b ₁ , CUI ¹	(31)
26	v240	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), costi generali escl. CUI	(38)
27	v241	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), CUI ¹	(38)
28	v242	Personale medico IMCU - Attività 6b ₂ , costi generali escl. CUI	(31)
29	v243	Personale medico IMCU - Attività 6b ₂ , CUI ²	(31)
30	v250	Pronto soccorso, costi generali escl. CUI	(25)

N°	Variabile	Denominazione	Centri di costo obbligatori REKOLE®
		Costi generali	
31	v251	Pronto soccorso, CUI ¹	(25)
32	v252	Personale medico pronto soccorso - Attività 6b ₃ , costi generali escl. CUI	(31)
33	v253	Personale medico pronto soccorso - Attività 6b ₃ , CUI ¹	(31)
34	v260	Diagnostica per immagini, costi generali escl. CUI	(26)
35	v261	Diagnostica per immagini, CUI ¹	(26)
36	v270	Sala parto, costi generali escl. CUI	(27)
37	v271	Sala parto, CUI ¹	(27)
38	v272	Personale medico sala parto - Attività 6b ₄ costi generali escl. CUI	(31)
39	v273	Personale medico sala parto - Attività 6b ₄ , CUI ¹	(31)
40	v280	Medicina nucleare e radiooncologia, costi generali escl. CUI	(28)
41	v281	Medicina nucleare e radiooncologia, CUI ¹	(28)
42	v290	Laboratorio, costi generali escl. CUI	(29)
43	v291	Laboratorio, CUI ¹	(29)
44	v300	Dialisi, costi generali escl. CUI	(30)
45	v301	Dialisi, CUI ¹	(30)
46	v310	Personale medico, attività 1-5, costi generali escl. CUI	(31)
47	v311	Personale medico, attività 1-5, CUI ¹	(31)
48	v320	Fisioterapia, costi generali escl. CUI	(32)
49	v321	Fisioterapia, CUI ¹	(32)
50	v330	Ergoterapia, costi generali escl. CUI	(33)
51	v331	Ergoterapia, CUI ¹	(33)
52	v340	Logopedia, costi generali escl. CUI	(34)
53	v341	Logopedia, CUI ¹	(34)
54	v350	Terapie e consulenze non mediche, costi generali escl. CUI	(35)
55	v351	Terapie e consulenze non mediche, CUI ¹	(35)
56	v360	Diagnostica medica e terapeutica, costi generali escl. CUI	(36)
57	v361	Diagnostica medica e terapeutica, CUI ¹	(36)
58	v362	Personale medico della diagnostica medica e terapeutica - Attività 6b ₅ , costi generali escl. CUI	(31)
59	v363	Personale medico della diagnostica medica e terapeutica - Attività 6b ₅ , CUI ¹	(31)
60	v370	Infermieristica, costi generali escl. CUI	(39)
61	v371	Infermieristica, CUI ¹	(39)
62	v380	Servizi alberghieri-stanze, costi generali escl. CUI	(41)
63	v381	Servizi alberghieri-stanze, CUI ¹	(41)
64	v390	Servizi alberghieri-cucina, costi generali escl. CUI	(42)
65	v391	Servizi alberghieri-cucina, CUI ¹	(42)
66	v400	Servizi alberghieri-servizio, costi generali escl. CUI	(43)

N°	Variabile	Denominazione	Centri di costo obbligatori REKOLE®
Costi generali			
67	v401	Servizi alberghieri-servizio, CUI ¹	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali escl. CUI	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, ANK ¹	(44)
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI ¹	(45)
72		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
73		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali escl. CUI	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI ¹	(77)
Campi di riserva			
76		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
77		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
78		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
79		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	
80		<i>Campo di riserva, lasciare vuoto</i>	

1) Conto H+ 442, 444, 448 (vedi REKOLE®, Piano contabile H+, 2014)

2) Nell'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® i conti H+ 403 e 404 non sono più indicati come costi singoli. Tali costi vengono conteggiati come costi generali.