



## Documentazione ST Reha sulla rilevazione dei dati 2021 (dati 2020)

La versione tedesca fa fede.

Versione del 29.11.2019	Le modifiche rispetto alla rilevazione dei dati 2020 (dati 2019), versione del 09.08.2019, sono evidenziate in giallo. Le parti evidenziate indicano contenuti aggiunti o rimossi.
-------------------------	---

## Sommario

<b>1. INFORMAZIONI GENERALI .....</b>	<b>3</b>
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 .....	3
1.6. LISTA DEGLI ARTICOLI.....	4
1.7. PROTEZIONE DEI DATI .....	4
1.8. CONTATTI .....	4
<b>2. INVIO DEI DATI TRAMITE L'INTERFACCIA WEB .....</b>	<b>5</b>
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
<b>3. DATI DELLA STATISTICA MEDICA DELL'UST (FILE SM) .....</b>	<b>7</b>
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 .....	9
3.2.5. Tariffe per la tariffazione .....	9
3.2.6. Diagnosi e trattamenti.....	9
3.2.6.1. Settori di prestazioni .....	9
3.2.6.2. Assessments.....	10
3.2.7. Prestazioni ambulatoriali esterne .....	10
3.2.8. Congedo .....	11
3.2.9. Raggruppamento dei casi, uscite intermedie e riammissioni .....	11
3.2.10. Rilevazione dei medicinali e delle sostanze costose .....	12
<b>4. COSTI PER CASO.....</b>	<b>14</b>
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 formato REKOLE® .....	17
4.2.2. Costi per caso secondo il nuovo formato REKOLE® (file CC).....	18
<b>5. RILEVAZIONE DETTAGLIATA.....</b>	<b>20</b>
<b>6. ULTERIORI DOCUMENTI .....</b>	<b>21</b>

<b>ALLEGATI.....</b>	<b>22</b>
ALLEGATO A LISTA DEGLI ARTICOLI PER L'IMPUTAZIONE OBBLIGATORIA DEI COSTI DIRETTI.....	22
ALLEGATO B VARIABILI DELLA STATISTICA MEDICA.....	22
ALLEGATO C REQUISITI MINIMI DEI FILE.....	23
ALLEGATO D COSTI PER CASO SECONDO IL VECCHIO FORMATO REKOLE® (FILE CC).....	25
ALLEGATO E FILE DEI COSTI PER CASO SECONDO IL NUOVO FORMATO REKOLE® (FILE CC).....	26

## 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 .....	8
Figura 2	Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi .....	13
Figura 3	<b>Riga di esempio del file CC secondo il vecchio formato REKOLE®</b> .....	18
Figura 4	Esempio di due casi del file CC secondo il vecchio formato REKOLE® .....	18
Figura 5	<b>Riga di esempio dei costi per caso secondo il nuovo formato REKOLE®</b> .....	19
Figura 6	Esempio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il nuovo formato REKOLE® .....	19

## 1. Informazioni generali

### 1.1. Modifiche rispetto all'anno precedente

A seguito delle due decisioni della REK concernenti la *Psicologia* (18\_001) e il *Laboratorio per il cateterismo cardiaco* (18\_003), il file dei costi per caso è stato adattato. Il totale di 28, rispettivamente 80 variabili, come pure la sequenza delle variabili fino ad ora esistenti restano invece invariati (si veda allegato e capitoli 4.2.1 e 4.2.2).

### 1.2. Termini di consegna

- I dati ST Reha saranno inviati dal **01.03.2021 al 15.05.2021**.
- La rilevazione dettagliata sarà inviata dal **01.03.2021 al 15.05.2021**.
- I commenti dei singoli casi/test di plausibilizzazione possono essere registrati **fino al 31.05.2021**.

### 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 2021 concerne i dati dell'anno 2020.
- 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 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 CC viene trasmesso nel formato adattato all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®;
  - **vecchio/nuovo formato dell'estratto dell'unità finale d'imputazione REKOLE®, in seguito denominato vecchio/nuovo formato 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 Excel, di seguito detti *Rilevazione dettagliata*.

Le informazioni specifiche per l'ospedale, 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.

### 1.5. Codifica

Codifica secondo le direttive dell'UST per i dati 2020, tra l'altro:

- codici trattamento secondo **CHOP 2020**
- codici diagnosi secondo **ICD-10-GM 2018**
- Manuale di codifica medica, **versione 2020**

## 1.6. Lista degli articoli

La lista degli articoli (si veda Allegato A) precisa l'attribuzione dei costi di determinati prodotti alle rispettive componenti di costo.

Tali componenti di costo sono quelle del nuovo formato REKOLE®. 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 è regolata dal relativo contratto di fornitura dei dati. Se non avete ancora sottoscritto il contratto, vi preghiamo di contattarci.

## 1.8. Contatti

- Domande sulla rilevazione dei dati o di carattere generale:  
Signor Ivan Jivkov [datenerhebung@swissdrg.org](mailto:datenerhebung@swissdrg.org) o 031 310 05 59
- Domande relative alla codifica:  
Ufficio federale di statistica [codeinfo@bfs.admin.ch](mailto: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 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 (si veda capitolo 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. **I dati dell'ospedale devono essere aggiornati autonomamente.** Per ogni ospedale 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.
- upload dei dati relativi a costi e prestazioni tramite l'interfaccia Web. I dettagli sul formato dei file sono riportati nella 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 sui record di dati caricati per e-mail con un link:
  - *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 (si veda capitolo 2.4).

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 nel 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 di questa verifica della plausibilità tramite l'interfaccia Web. I feedback da parte della SwissDRG SA comprendono:

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

L'intera 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. **Si prega di verificare se i risultati del controllo di plausibilità corrispondono allo stato dell'ospedale. Se necessario correggerli ed effettuare una nuova fornitura.**

**Vi preghiamo di osservare che i commenti a livello di caso e/o di test 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 e file CC).

Una volta trascorso il termine ultimo per l'invio, non verranno più accettati 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).

Oltre al record di dati minimi (riga MB) devono essere obbligatoriamente rilevati anche i dati aggiuntivi dei gruppi di pazienti (riga MD). Le righe MB comprendono dati socio-demografici ed economico-aziendali sul ricovero ospedaliero. Le righe MD comprendono tutti i codici di diagnosi e procedure (incl. gli assessments), nonché ulteriori dati sui trattamenti.

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

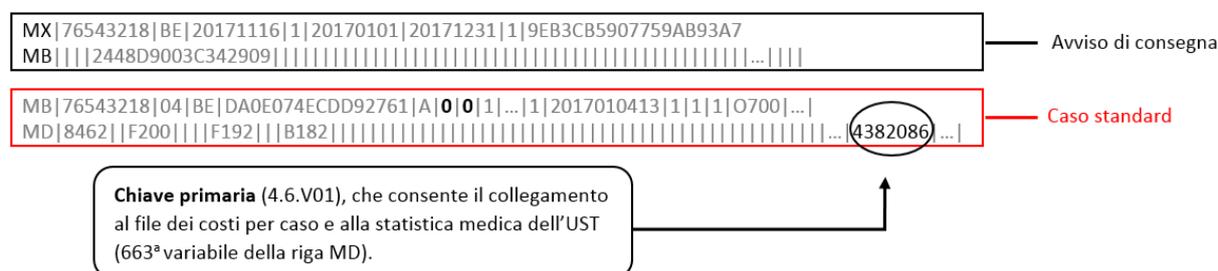
#### 3.1. Contenuto e formato della Statistica medica

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](#) (si veda 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: "|"), si veda 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). 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. Una sintesi è riportata nella tabella 1.

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 della riga MD
File dei costi per caso (CC)	
- vecchio formato REKOLE®	Campo 3
- nuovo formato REKOLE®	Campo 2

#### 3.2.2. Codice di collegamento anonimo

Il collegamento tra diversi ricoveri di uno stesso paziente nello stesso ospedale è garantito mediante la variabile *0.2.V01 Codice di collegamento anonimo* della riga MB. Tale variabile deve essere obbligatoriamente compilata.

#### 3.2.3. Caratterizzazione del caso statistico

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

<sup>1</sup> Per la definizione dei casi ospedalieri valgono le regole secondo l'[OCPre Art.3](#)

### 3.2.4. Centro di costo principale

Gli ospedali devono obbligatoriamente rilevare la variabile *1.4.V01 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, la variabile *4.8.V01 Tariffe per la tariffazione* va rilevata nella riga MD. Essa, nell'ambito dello sviluppo della struttura tariffaria, serve tra l'altro a individuare i casi rilevanti per la rispettiva struttura tariffaria. D'intesa con l'UST, nella variabile *4.8.V01* va rilevato il valore = 4

Devono essere forniti tutti i casi che rientrano nel settore paraplegiologia (con i corrispondenti codici CHOP 93.87.\*), che 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*.**

### 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 2020 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 2020*, oltre alla diagnosi principale vanno codificate anche le possibili diagnosi secondarie.

I codici di trattamento vengono codificate secondo le direttive dell'UST per i dati 2020 secondo la *Classificazione svizzera degli interventi chirurgici 2020* (CHOP 2020).

Tutti i codici specifici per la riabilitazione sono mappati nel catalogo CHOP 2020. **La rilevazione degli assessments va effettuata obbligatoriamente sulla base dei codici CHOP. Vi preghiamo di osservare i criteri minimi per i singoli codici CHOP.**

Per una possibile fatturazione delle remunerazioni supplementari della somatica acuta devono essere codificati inoltre tutti i codici CHOP che supportano le remunerazioni supplementari.<sup>2</sup>

#### 3.2.6.1. Settori di prestazioni<sup>3</sup>

L'assegnazione dei casi della riabilitazione ospedaliera ai quattro definiti settori di prestazioni ST Reha si effettua nel 2020 tramite i codici CHOP nella Tabella 2.

---

<sup>2</sup> Le remunerazioni supplementari sono elencate negli Allegati 2 (valutate) e 3 (non valutate) del Catalogo degli importi forfettari e visualizzabili sul nostro sito Web sotto *Somatica acuta > Sistema SwissDRG 9.0/2020 > Catalogo degli importi forfettari*.

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

È importante rilevare che i 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 muscoloscheletrici → settore di prestazioni IV: Altra limitazione funzionale

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 essere raccolti, anche se non soddisfanno i requisiti minimi dei codici CHOP specifici alla riabilitazione (prestazioni di base della riabilitazione, BA.\* secondo il catalogo dei codici CHOP UST 2020). 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 2020 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. Assessments

Gli strumenti di misura EBI, CIRS, test di marcia di 6 minuti e SCIM devono essere rilevati per l'anno di dati 2020 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.

Dal 2019 non sono disponibili codici CHOP per l'assessment FIM®. Gli ospedali che utilizzano comunque lo strumento di misurazione FIM® per la rilevazione della limitazione funzionale, sono pregati di utilizzare la tabella delle corrispondenze disponibile al seguente link:

[https://www.swissdrg.org/download\\_file/view/2639](https://www.swissdrg.org/download_file/view/2639)

### 3.2.7. Prestazioni ambulatoriali esterne<sup>4</sup>

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

<sup>4</sup> Per la definizione delle prestazioni ambulatoriali esterne, vedi [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY](#).

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.** 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, si applicano alla definizione di congedo le *Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY<sup>5</sup>*, nonché gli *Approfondimenti e casi esemplificativi sulle regole e le definizioni per la fatturazione dei casi<sup>6</sup>*, analogamente anche per la ST Reha.

### 3.2.9. Raggruppamento dei casi, uscite intermedie e riammissioni<sup>7</sup>

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

#### **Principio fondamentale**

Ogni riammissione è considerata come un nuovo caso, a meno che non si applichi una delle seguenti eccezioni.

#### **Eccezioni**

Le seguenti costellazioni comportano che i diversi ricoveri ospedalieri vengano raggruppati insieme nell'ospedale in questione. Le diagnosi ed 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 dimissione<sup>8</sup>, 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

---

<sup>5</sup> Per la definizione del congedo, vedi [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY](#).

<sup>6</sup> Per la definizione del congedo, vedi [Approfondimenti e casi esemplificativi sulle regole e le definizioni per la fatturazione dei casi](#).

<sup>7</sup> Per esempi di raggruppamenti di casi, vedi [Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY](#).

<sup>8</sup> "Nei 18 giorni successivi all'uscita" indica che il periodo inizia dal giorno successivo all'uscita e dura fino al 18° giorno compreso successivo all'uscita. Il giorno di uscita non viene pertanto conteggiato nel periodo.

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.V01 a 4.7.V33 e 4.8.V17 a 4.8.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](#). Questa lista contiene anche medicinali/sostanze introdotti specificamente per TARPSY/ST Reha. Tali dati servono come base per l'analisi e il calcolo di eventuali remunerazioni supplementari. Si prega di osservare le direttive delle [Note tecniche](#). Qui di seguito vengono elencati solo i principali punti:

#### Dose

- In ogni caso, deve essere rilevata solo la dose somministrata.
- 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 nelle *Note tecniche*. 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 nelle *Note tecniche*. 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 concreti<sup>9</sup>

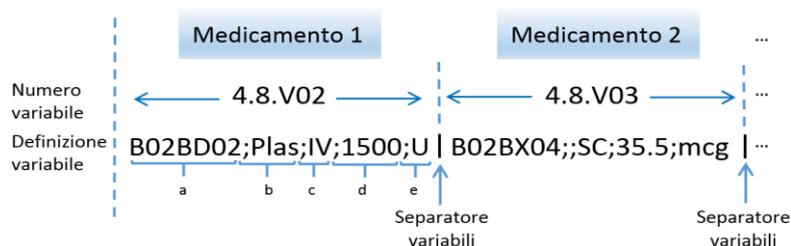
- Antitrombina III: il codice ATC deve essere indicato nell'unità U e con il tipo di somministrazione intravenoso (IV). Dato che *Informazioni supplementari da codificare* è vuoto, non è necessario inserire alcuna informazione supplementare.  
→ B01AB02;;IV;2500;U
- Fattore VIII di coagulazione: in questo caso va indicata l'informazione supplementare pertinente secondo il formato delle note tecniche (colonna *Informazioni supplementari da codificare*). L'unità valida per questo medicamento è U. L'informazione supplementare deve essere indicata nelle *Note tecniche* 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.  
→ J02AA01;;IV;98;mg
- Voriconazolo (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/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica*, 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: “|”), si veda figura 2 delle [Note tecniche](#).

Figura 2 Esempio di rilevazione di medicinali/sostanze molto costosi



<sup>9</sup> Questi esempi sono tratti dalla somatica acuta e hanno scopo puramente esplicativo.

## 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 CC 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 psichiatriche /cliniche di riabilitazione le quali non devono essere prese in considerazione, ad es. gli impianti (si veda l'Allegato D e l'Allegato E).

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

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. 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®)

Gli ospedali forniscono i dati di tutti i casi ospedalieri<sup>10</sup> dimessi dell'ospedale nell'anno di rilevazione e che **presentano costi completi**. I costi **non** vengono considerati completi in particolare se:

- i costi dei trattamenti per pazienti, ricoverati durante la transizione dell'anno precedente, e 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).

#### 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 pazienti<sup>11</sup>, i costi non correlati ai pazienti<sup>12</sup>, 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.

#### 4.1.5. Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni

I farmaci e i prodotti sanguigni devono essere conteggiati ogni qualvolta 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)

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

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

#### 4.1.6. Impianti e materiale medico

Gli impianti e materiale medico devono essere conteggiati ogni qualvolta 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).

---

<sup>10</sup> Per la definizione dei casi ospedalieri valgono le regole secondo l'[OCPre Art.3](#).

<sup>11</sup> Ad es. televisione

<sup>12</sup> 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)

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

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®**.

#### 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 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. 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).<sup>13</sup>

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;
- 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;

---

<sup>13</sup> Per la depurazione dei costi aggiuntivi dovuti alla classe di degenza, vedi [ITAR\\_KO](#), (Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione).

## 4.2. File dei costi per caso (CC)

Il formato del file CC corrisponde alla parte dei costi dell'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®, però è rilevato in un formato proprio dalla SwissDRG SA per un trattamento migliore ([Misure supplementari per un miglioramento della qualità dei dati](#)).

Il file CC può essere fornito secondo il vecchio formato REKOLE® (si veda Allegato D) o secondo il nuovo formato REKOLE® (si veda Allegato E).

La variabile 4.6.V01 *Numero del caso nella statistica dei costi per caso* deve essere presente sia nella Statistica medica che nel file CC. 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 formato REKOLE®

A seguito delle due decisioni della REK concernenti la Psicologia (18\_001) e il Laboratorio per il cateterismo cardiaco (18\_003), il file dei costi per caso è stato adattato. Il totale di 28 variabili, come pure la sequenza delle variabili fino ad ora esistenti restano invece invariati.

Questo formato è consentito solo per i dati 2020. Per i dati 2021, i costi per caso, inclusi i costi di utilizzo delle immobilizzazioni, devono essere rilevati obbligatoriamente con l'applicazione di REKOLE® (formato con 80 variabili, si veda capitolo 4.2.2).<sup>14</sup>

Il 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 doppioni o campi vuoti)
- 24 variabili con i costi imputabili tra cui:
  - 9 componenti dei costi con i costi singoli (v10-v19);
  - 15 componenti di costo con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo REKOLE® (v20-v40). Tali componenti dei costi devono essere indicate escludendo i CUI.
- 1 variabile con i costi di utilizzo delle immobilizzazioni complessivi (A1) per ogni caso
- 1 campo di riserva (si prega di lasciare vuoto)

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

---

<sup>14</sup> Per ulteriori informazioni, cfr. [Modifiche ai file dei costi per caso in vista della rilevazione dei dati 2021 \(dati 2020\)](#)

Figura 3 Riga di esempio del file CC secondo il vecchio formato REKOLE®

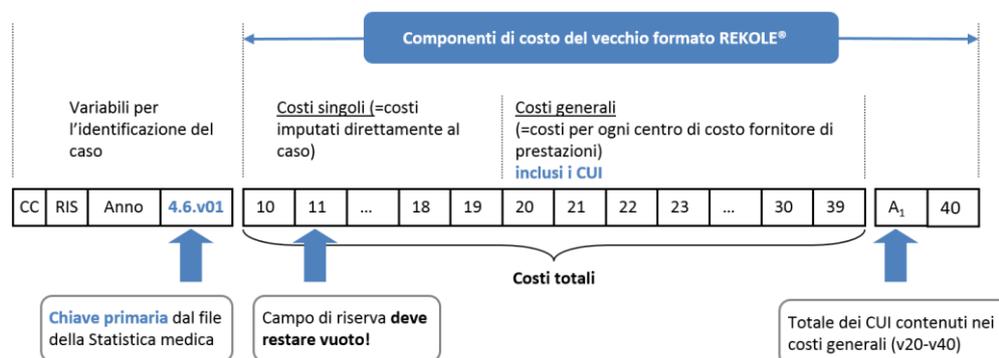


Figura 4 Esempio di due casi del file CC secondo il vecchio formato REKOLE®

60611111		2020		5050286		79.00		57.00		0.00		0.00		0.00		42.00		0.00		...
60611111		2020		5050297		31.00		27.00		0.00		0.00		0.00		34.00		0.00		...

↑

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

#### 4.2.2. Costi per caso secondo il nuovo formato REKOLE® (file CC)

A seguito delle due decisioni della REK concernenti la Psicologia (18\_001) e il Laboratorio per il cateterismo cardiaco (18\_003), il file dei costi per caso è stato adattato. Il totale di 80 variabili, come pure la sequenza delle variabili fino ad ora esistenti restano invece invariati.<sup>15</sup>

Il file CC nel nuovo formato REKOLE® contiene per ogni caso una riga con 80 variabili (79 variabili + 1 campo 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)
- 77 variabili con i costi imputabili tra cui:
  - 11 componenti dei costi con i costi singoli (v101-v111)
  - 66 componenti dei costi con i costi dei centri di costo fornitori delle prestazioni secondo il formato REKOLE® (v200-v421, v440-v461). 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.

<sup>15</sup> Per ulteriori informazioni, cfr. [Modifiche ai file dei costi per caso in vista della rilevazione dei dati 2021 \(dati 2020\)](#)

Figura 5 **Riga di esempio dei costi per caso secondo il nuovo formato REKOLE®**

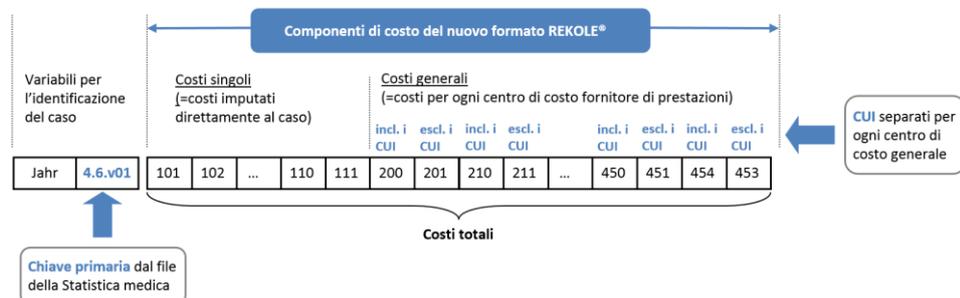


Figura 6 Esempio di due casi del file dei costi per caso (file CC) secondo il nuovo formato REKOLE®

2020	<b>5050286</b>	79.00	57.00	0.00	0.00	0.00	42.00	0.00	...
2020	<b>5050297</b>	31.00	27.00	0.00	0.00	0.00	34.00	0.00	...

↑

**Chiave primaria.** Corrisponde alla variabile **4.6.V01** (663<sup>a</sup> 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 annualmente da un lato i prezzi dei medicinali presenti nella *Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica* in base all'anno, dall'altro lato codici e costi per materiali, procedure e processi costosi.

**Attenzione:** I medicinali/sostanze costosi somministrati (si veda Allegato B) vengono rilevati a livello del caso tramite le variabili 4.8.V02 a 4.8.V15 della Statistica medica (si veda capitolo 3.2.11)

Tutte le informazioni sulla rilevazione dettagliata sono contenute nel relativo file di Excel, che sarà pubblicato al più tardi nel gennaio 2021 sul nostro sito Web alla voce *Rilevazione dei dati*. Per un'anteprima del contenuto e del formato attuale è adatta la [Rilevazione dettagliata 2019 \(dati 2018\)](#). Si prega di notare i termini per la fornitura della Rilevazione dettagliata: 01.03.2021 - 15.05.2021.

### Medicamenti (codice ATC)

I medicinali rilevanti per i dati 2020 sono elencati nella [Lista dei medicinali/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica 2020](#). A tale proposito vi preghiamo di osservare anche le relative [Note tecniche 2020](#). I nuovi medicinali da rilevare sono indicati nella relativa [documentazione sulle modifiche](#).

### Trattamenti costosi et impianti (CHOP)

Come modello si può utilizzare l'attuale Rilevazione dettagliata. Eventuali ulteriori codici CHOP richiesti rispetto ai dati del 2019 saranno comunicati alla fine del 2020/inizio 2021.

## 6. Ulteriori documenti

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: 19.11.2019].

H+ Gli ospedali svizzeri (2018). Manuale REKOLE® – Contabilità analitica nell'ospedale. 5ª edizione, Berna.

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

UST (2019). Manuale di codifica medica. Le linee guida ufficiali delle regole di codifica in Svizzera. Versione 2020. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.9927931.html>, [Stato: 19.11.2019].

UST (2019). Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) Indice sistematico Versione 2020. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.assetdetail.9286149.html>, [Stato: 19.11.2019].

UST (2019). Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri - Variabili della Statistica medica. Specifiche valide dal 1.1.2020. Neuchâtel, Ufficio federale di statistica. URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.html>, [Stato: 19.11.2019].

Assemblea federale della Confederazione svizzera (1994). Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, [RS 832.10]. URL: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19940073/index.html>, [Stato: 19.11.2019].

SwissDRG SA (2019). Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY. Valida a decorrere dal 1.1.2020. URL: [https://www.swissdrg.org/application/files/4315/6051/1647/Regeln\\_und\\_Definitionen\\_zur\\_Fall\\_abrechnung\\_unter\\_SwissDRG\\_und\\_TARPSY\\_i.pdf](https://www.swissdrg.org/application/files/4315/6051/1647/Regeln_und_Definitionen_zur_Fall_abrechnung_unter_SwissDRG_und_TARPSY_i.pdf), [Stato: 19.11.2019].

Ulteriori documenti sono disponibili sul sito Web della SwissDRG SA sotto Rilevazione dei dati > Statistica medica. URL: <https://www.swissdrg.org/it/st-reha/Rilevazione-dei-dati/statistica-medica>, [Stato: 19.11.2019].

## **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 1.1.2020 (pubblicazione prevista per fine dicembre 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
<b>Test generali</b>
<input type="checkbox"/> I file devono avere le estensioni *.dat o *.txt.
<input type="checkbox"/> I file devono essere codificati con <i>ISO8859-1</i> .
<input type="checkbox"/> I file devono essere inviati in formato di testo (ASCII).
<input type="checkbox"/> Le variabili devono essere separate da barre verticali (codice ASCII 124: " ").
<input type="checkbox"/> Come <i>a capo</i> si utilizza il CRLF (codici ASCII 13 e 10).
<input type="checkbox"/> 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 doppioni e campi vuoti.
<b>Dati della Statistica medica (file SM)</b>
<input type="checkbox"/> Riga MB: 50 colonne. La riga contiene pertanto 50 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/> Riga MD: 696 colonne. La riga contiene pertanto 696 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/> L'ultima variabile di una riga deve essere chiusa da una barra verticale.
<input type="checkbox"/> Il numero RIS nella riga MX deve essere rilevato obbligatoriamente.
<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> 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 i primi 5 caratteri.
<input type="checkbox"/> La colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 ( <i>numero del caso della statistica dei costi per caso</i> ). Questa chiave primaria deve essere univoca e anonima e non può contenere né doppioni né campi vuoti.
<input type="checkbox"/> La variabile 0.2.V01 <i>Codice di collegamento anonimo</i> deve essere codificata e correttamente criptata mediante 16 caratteri alfanumerici.
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Il file non deve contenere testo oltre i dati relativi ai medicinali (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).
<input type="checkbox"/> 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).
<b>File dei costi per caso secondo il vecchio formato REKOLE® (file CC)</b>
<input type="checkbox"/> Ogni riga del file CC corrisponde a un caso.
<input type="checkbox"/> Il file contiene 28 variabili. Il file contiene pertanto 27 barre verticali per riga.
<input type="checkbox"/> L'ultima variabile di una riga <b>non</b> viene chiusa da una barra verticale.

## Documentazione sulla rilevazione dei dati ST Reha 2021 (dati 2020)

- La chiave primaria 4.6.V01 della Statistica medica è nella 3ª colonna. Non sono ammessi doppioni 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 (A1). Non vengono accettati valori negativi.
- Tutti i campi di riserva (**campo 11**) devono rimanere vuoti, se indicato nella descrizione.

### File dei costi per caso secondo il nuovo formato REKOLE® (file CC)

- Ogni riga del file CC 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 doppioni 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 (**campo 80**) devono rimanere vuoti, se indicato nella descrizione.

**Allegato D Costi per caso secondo il vecchio formato REKOLE® (file CC)**

Questo formato è consentito solo per i dati 2020. Per i dati 2021, i costi per caso, inclusi i costi di utilizzo delle immobilizzazioni, devono essere rilevati obbligatoriamente con l'applicazione di REKOLE® (formato con 80 variabili, si veda capitolo 4.2.2).

N.	Variabile	Descrizione	
<b>Informazioni generali</b>			
1	RIS	Numero dello stabilimento (satellite RIS sanità)	
2	Anno	Anno di dati	
3	<b>4.6.V01</b>	<b>Numero del caso (vedi 663<sup>a</sup> Variabile della riga MD)</b>	<b>[CHIAVE PRIMARIA]</b>
<b>Costi singoli</b>			<b>Piano contabile H+<sup>2</sup></b>
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
<b>Costi generali</b>			<b>Centri di costo obbligatori REKOLE®</b>
13	v20	Sale operatorie e laboratorio per il cateterismo	(20) + (21)
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)***
<b>Altre variabili</b>			<b>Piano contabile H+</b>
27	A1	Costi di utilizzo delle immobilizzazioni totali (CUI)	
28	v40	Psicologia	(40)

\* 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 formato REKOLE® (file CC)**

N°	Variabile	Denominazione	
Informazioni generali			
1	anno	Anno di dati	
2	<b>4.6.V01</b>	<b>Numero del caso (vedi variabile al 663° posto della riga MD)</b>	<b>[CHIAVE PRIMARIA]</b>
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 <sup>1</sup>	(10)
16	v210	Sale operatorie, costi generali escl. CUI	(20)
17	v211	Sale operatorie, CUI <sup>1</sup>	(20)
18	v212	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a <sub>1</sub> , costi generali escl. CUI	(31)
19	v213	Personale medico della sala operatoria - Attività 6a <sub>1</sub> , CUI <sup>1</sup>	(31)
20	v220	Anestesia, costi generali escl. CUI	(23)
21	v221	Anestesia, CUI <sup>1</sup>	(23)
22	v230	Cure intensive (IPS), costi generali escl. CUI	(24)
23	v231	Cure intensive (IPS), CUI <sup>1</sup>	(24)
24	v232	Personale medico IPS - Attività 6b <sub>1</sub> , costi generali escl. CUI	(31)
25	v233	Personale medico IPS - Attività 6b <sub>1</sub> , CUI <sup>1</sup>	(31)
26	v240	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), costi generali escl. CUI	(38)
27	v241	Posti Intermediate Care riconosciuti (IMCU), CUI <sup>2</sup>	(38)
28	v242	Personale medico IMCU - Attività 6b <sub>2</sub> , costi generali escl. CUI	(31)
29	v243	Personale medico IMCU - Attività 6b <sub>2</sub> , CUI <sup>2</sup>	(31)
30	v250	Pronto soccorso, costi generali escl. CUI	(25)

Documentazione sulla rilevazione dei dati ST Reha 2021 (dati 2020)

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

Documentazione sulla rilevazione dei dati ST Reha 2021 (dati 2020)

N°	Variabile	Denominazione	Centri di costo obbligatori REKOLE®
<b>Costi generali</b>			
67	v401	Servizi alberghieri-servizio, CUI <sup>1</sup>	(43)
68	v410	Altri fornitori di prestazioni, costi generali escl. CUI	(44)
69	v411	Altri fornitori di prestazioni, CUI <sup>1</sup>	(44)
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI <sup>1</sup>	(45)
72	v460	Psicologia, costi generali escl. CUI	(40)
73	v461	Psicologia, ANK <sup>1</sup>	(40)
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali escl. CUI	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI <sup>1</sup>	(77)
76	v450	Laboratorio per il cateterismo cardiaco, costi generali escl. CUI	(21)
77	v451	Laboratorio per il cateterismo cardiaco CUI <sup>1</sup>	(21)
78	v452	Personale medico del laboratorio per il cateterismo cardiaco – Attività 6a <sub>2</sub> , costi generali escl. CUI	(31)
79	v453	Personale medico del laboratorio per il cateterismo cardiaco – Attività 6a <sub>2</sub> , CUI <sup>1</sup>	(31)
<b>Campi di riserva</b>			
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/formato REKOLE® i conti H+ 403 e 404 non sono più indicati come costi singoli. Tali costi vengono conteggiati come costi generali.