Documentazione su ST Reha

Formato e contenuto dei dati 2018

Versione 2018	03.11.2017
	Le modifiche rispetto alla versione 2017 sono evidenziate in giallo.

© 2017 SwissDRG SA, Berna, Svizzera

Sommario

1 Informazioni generali 4

1.1 Modifiche rispetto all'anno precedente 4

1.2 Casi da fornire 4

2 Formato 5

2.1 Panoramica 5

2.2 Identificazione dei pazienti e dei casi 5

2.3 Statistica medica 6

2.4 Record di dati RE 6

2.5 Costi per caso 6

2.6 Rilevazione dettagliata 8

3 Contenuto 8

3.1 Statistica medica 8

3.1.1 Diagnosi e trattamenti 8

3.1.2 Congedo 8

3.1.3 Codifica delle riammissioni 9

3.1.4 Campi variabili di riserva 9

3.2 Record di dati RE 10

3.2.1 Settori di prestazioni 10

3.2.2 Assessment 11

3.2.3 Altri dati specifici per la riabilitazione 12

3.3 Costi per caso 14

3.3.1 Costi completi (cap. 9.7.4) 14

3.3.2 Costi imputabili (cap. 5) 14

3.3.3 Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni (cap. 10.9) 14

3.3.4 Impianti e materiale medico 15

3.3.5 Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) (cap. 7.9) 15

3.3.6 Ricerca e insegnamento universitario (cap. 9.11) 15

3.3.7 Casi della classe di degenza privata e semiprivata 16

4 Rilevazione dettagliata 16

5 Protezione dei dati 17

6 Contatti 17

7 Allegati 17

Allegato A: Requisiti minimi 17

Allegato B: Costi del caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® ... 19

Allegato C: Costi del caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® 20

Allegato D: Assessment settimanali (file RE) 23

Elenco delle figure

Figura 1: Riepilogo dei record di dati da fornire 5

Figura 2: Numero di casi per ogni record di dati 5

Figura 3: Definizione della riga del file dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® 6

Figura 4: Definizione della riga del file dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® 7

Figura 5: Settori di prestazioni 10

Figura 6: Sequenza di domande sul caso per l'assegnazione univoca del settore di prestazioni 11

Figura 7: Riepilogo degli assessment per settore di prestazioni 11

Figura 8: Esempi d'istruzioni relative al momento della rilevazione dei dati settimanali 12

Figura 9: Prestazioni della rilevazione dettagliata 16

1 Informazioni generali

1.1 Modifiche rispetto all'anno precedente

Oltre alla completa rielaborazione della struttura e del layout delle istruzioni per la rilevazione e della loro ripartizione tra i documenti "Definizione formato e contenuto" e "Documentazione per la rilevazione dei dati"[1], sono emerse le seguenti modifiche a livello di contenuto:

- adeguamento del record di dati MB alla definizione UST (cancellazione del campo 51 FID);
- rilevazione del record di dati aggiuntivo paziente (MD) della Statistica medica;
- introduzione di un nuovo file dei costi per caso (per il 2018 ancora facoltativa);
- modifiche del record di dati RE;
- precisazione della definizione di assenze/congedi;
- modifiche alla rilevazione di dati supplementari;
- eliminazione del questionario di rilevazione per la determinazione delle tariffe della clinica.

1.2 Casi da fornire

Vengono rilevati i dati di tutti i casi stazionari[2] che:

- rientrano nel settore riabilitazione;
  - → tutti i casi per ospedali con un mandato di prestazioni solo nel campo della riabilitazione;
  - → i casi con la riabilitazione come centro di costo principale (M950, variabile 1.4.V01) per ospedali con più mandati di prestazioni uno dei quali nella riabilitazione;
- la cui uscita ha avuto luogo nell'anno di rilevazione (casi statistici A, variabile 0.2.V02);
- presentano costi completi[3].

La classe di degenza (variabile 1.3.V02) non gioca alcun ruolo, il che significa che devono essere trasmessi sia i casi in classe comune che quelli in classe semiprivata o privata.

[1] Verrà pubblicata al più tardi a fine 2018.

[2] Per la definizione dei casi stazionari vale quanto indicato nel capitolo 1.3 del documento "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG", nonché la spiegazione n. 03 per i trasferimenti.

[3] Per maggiori informazioni sul termine "costi completi" vedi il capitolo 4.

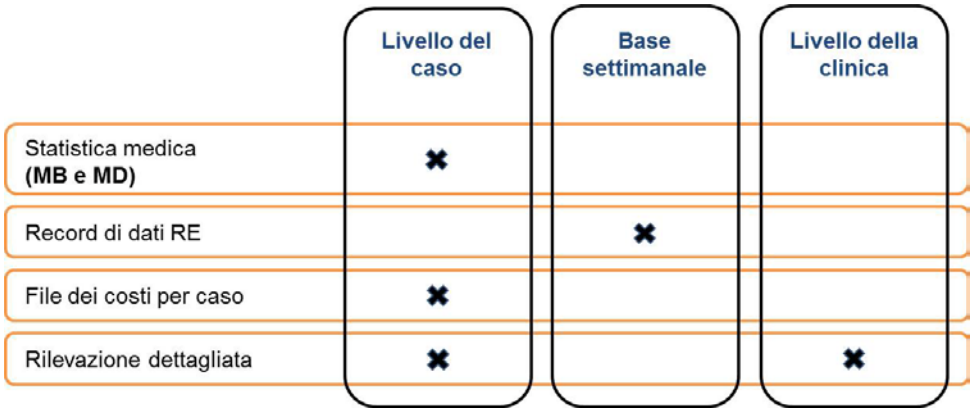
2 Formato

2.1 Panoramica

Per la rilevazione dei dati 2018 è necessario creare i seguenti record di dati:

- Statistica medica dell'UST (MB e MD), di seguito detta "Statistica medica";
- assessment settimanali dei pazienti per la classificazione nella struttura tariffaria e ulteriori dati specifici per la riabilitazione in formato proprio, di seguito detti "record di dati RE";
- costi per caso secondo REKOLE® in formato SwissDRG, di seguito detti "file dei costi per caso";
- costi di procedure e medicamenti specifici e di costo molto elevato estranei alla riabilitazione sotto forma di file di Excel, di seguito detti "rilevazione dettagliata".

Figura 1: Riepilogo dei record di dati da fornire



Le informazioni specifiche per la clinica, tra l'altro relative al tipo di rilevazione dei costi, ora vengono rilevate sulla base di un questionario via Web direttamente al momento della fornitura dei dati. Tale questionario sostituisce i precedenti documenti "Questionario per la rilevazione dei dati" e "Questionario di rilevazione per la determinazione delle tariffe". Più informazioni verrano pubblicati nella "Dokumentazione sulla rilevazione dei dati".

2.2 Identificazione dei pazienti e dei casi

Il collegamento tra i diversi record di dati viene creato con il ***numero del caso nella statistica dei costi per caso*** della Statistica medica (variabile 4.6.V01). Il collegamento deve essere pertanto effettuato in tutti i record di dati e deve essere univoco e anonimo.

Figura 2: Numero di casi per ogni record di dati

Record di dati	Variabile numero dei casi
Statistica medica (SM)	4.6.V01 (campo 663)
File dei costi per caso	
- vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	4.6.V01 (campo 4)
- nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®	4.6.V01 (campo 2)
Assessment settimanali (RE)	FID (campo 4)

2.3 Statistica medica

Il formato del file della Statistica medica corrisponde a quello della Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri dell'Ufficio federale di statistica (UST). Sul nostro sito Web potete trovare un link alla descrizione precisa della forma. 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 per l'anno di dati 2018. NOVITÀ: oltre al record di dati minimo (MB), è obbligatorio rilevare anche il record di dati aggiuntivi (MD).

Per una corretta fornitura dei dati alla SwissDRG AG è obbligatorio rispettare le direttive e le definizioni dell'UST. Il formato del file della Statistica medica può essere verificato tramite MedPlaus®. Il programma è messo a disposizione gratuitamente da "Freudiger EDV-Beratung" ed è visualizzabile sul sito dell'UST.

La definizione del formato per le variabili da 4.8.V02 a 4.8.V16 (medicamenti, vedi capitolo 3.1.4) della Statistica medica (record di dati MD) è regolato in modo esaustivo nel Foglio tecnico complementare 2018.

2.4 Record di dati RE

Data la mancanza nella Statistica medica di un record di dati per la riabilitazione, il record di dati RE ha un proprio formato orientato espressamente secondo le esigenze della struttura tariffaria ST Reha. Rispetto agli altri record di dati, i dati del record di dati RE devono essere rilevati **per settimana di degenza**. Qui potete trovare la definizione esatta del formato Allegato D: Assessment settimanali (file RE).

2.5 Costi per caso

Il file dei costi per caso corrisponde all'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® (costi), ma la SwissDRG SA lo rileva in un formato proprio per garantirne una migliore preparazione. Una riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso:

Figura 3: Definizione della riga del file dei costi per caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

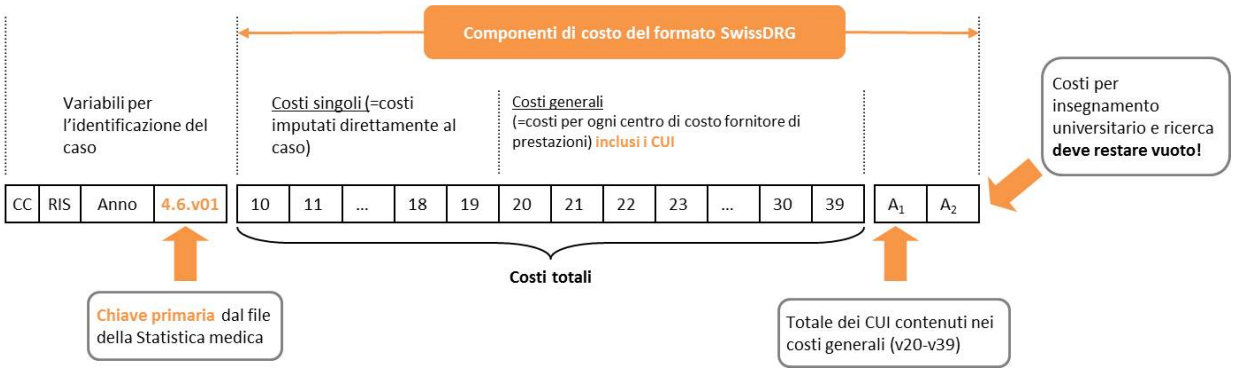
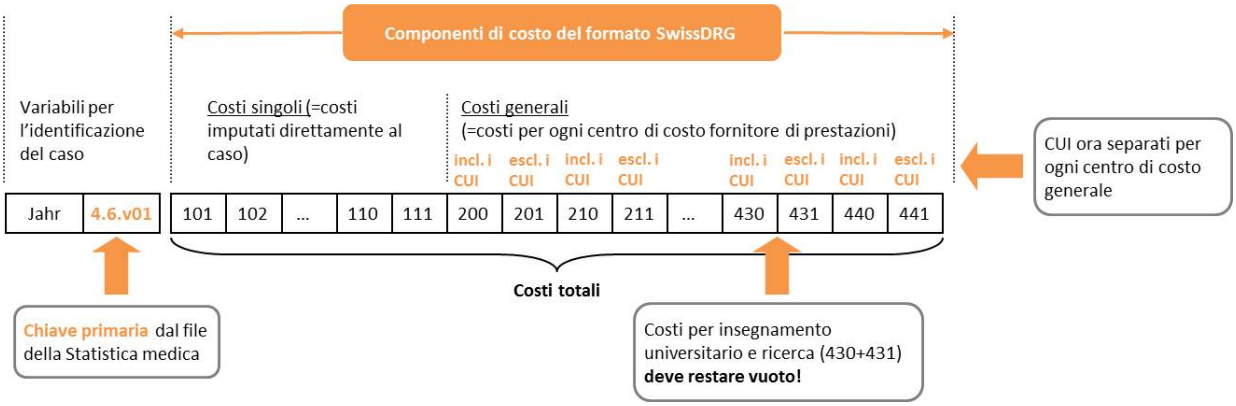


Figura 4: Definizione della riga del file dei costi per caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®



Per la rilevazione dei dati 2018 sono ammessi due formati descritti con maggiore precisione nell'

Allegato B: Costi del caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® rispettivamente Allegato C: Costi del caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®. A partire dai dati 2019 sarà consentito solo il nuovo formato.

2.6 Rilevazione dettagliata

Ora, a partire dal 2018, ci sarà una rilevazione dettagliata analoga a quella prevista per la somatica acuta. La rilevazione viene effettuata sotto forma di file di Excel articolato in diverse sottorilevazioni. La pubblicazione del file è prevista per fine gennaio 2019 sul sito Web della SwissDRG SA.

Per un'anteprima del formato attuale è adatta la Rilevazione dettagliata 2017 della somatica acuta.

3 Contenuto

3.1 Statistica medica

I dati minimi (MB) comprendono dati sociodemografici ed economico-aziendali, aspetti concernenti l'ammissione, la degenza e la dimissione, nonché un estratto delle diagnosi e dei trattamenti.

I dati aggiuntivi relativi ai gruppi di pazienti (MD) comprendono tutti i codici di diagnosi e procedure, nonché ulteriori dati generali e specifici sul trattamento.

Indicazioni precise sul contenuto dei dati sono disponibili anche nella Concezione dell'interfaccia dell'UST (vedi cap. 2.3 Statistica medica). 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 per l'anno di dati 2018.

3.1.1 Diagnosi e trattamenti

Le variabili relative alle diagnosi (diagnosi MD) di cui al cap. 4.2 e i trattamenti (trattamenti MD) di cui al cap. 4.3 ora devono essere rilevati interamente.

A partire dal 2018 tutti gli assessment sono mappati nel catalogo CHOP! La rilevazione degli assessment si effettua ora obbligatoriamente mediante i codici CHOP.

Per garantire la possibilità di computare le rimunerazioni supplementari della somatica acuta[4] devono essere codificati inoltre tutti i codici CHOP che supportano le rimunerazioni supplementari.

3.1.2 Congedo

La variabile 1.3.V04 "Congedo amministrativo & vacanze" deve essere obbligatoriamente compilata secondo la definizione dell'UST. Inoltre, il chiarimento della definizione di congedo secondo le regole di calcolo SwissDRG[5] vale analogamente anche per ST Reha.

[4] Le rimunerazioni supplementari sono elencate negli allegati 2 (valutate) e 3 (non valutate) della versione SwissDRG in vigore e possono essere consultati sul nostro sito.

[5] Chiarimento n. 22, pubblicato il 1° gennaio 2013, secondo la versione 3.4 del 1° novembre 2016 dei chiarimenti ed esempi di casi relativi a regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG.

3.1.3 Codifica delle riammissioni

Le variabili relative alle riammissioni (codifica MD delle riammissioni per i raggruppamenti di casi) di cui al cap. 4.7 non devono essere compilate per il 2018. Vale pertanto senza eccezioni il principio secondo il quale ogni riammissione va considerata come un nuovo caso.[6]

3.1.4 Campi variabili di riserva

La variabile 4.8.V01 "Stato DRG" può essere lasciata vuota.

Per le variabili da 4.8.V02 a 4.8.V16 della Statistica medica (record di dati MD) devono essere rilevati **tutti** i medicamenti/le sostanze elencati nella "Lista dei medicamenti/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica". Nella lista e nel "Foglio tecnico complementare", sono contenuti altri importanti dati sulla rilevazione. Qui di seguito vengono ripetuti solo i principali punti:

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

Unità
I medicamenti devono essere rilevati obbligatoriamente nelle unità di misura previste nella "Lista dei medicamenti/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica". NON sono permessi multipli di un'unità. Le unità devono essere tassativamente indicate come previsto nel "Foglio tecnico complementare".

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".

Limitazione
Se secondo la "Lista dei medicamenti/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica" è prevista una limitazione, il medicamento deve essere indicato solo per i relativi casi.

[6] Questo principio è in contraddizione con la deroga prevista per la "riammissione per trasferimento" nel capitolo 9.7 Regole per la gestione dei casi amministrativi in REKOLE®.

Informazioni supplementari
Le informazioni supplementari devono essere rilevate solo per i medicamenti per i quali ciò è previsto e pertinente secondo la "Lista dei medicamenti/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica". Per tutti gli altri medicamenti tale campo deve restare vuoto.

Esempi
Antitrombina III: per l'antitrombina III è prevista l'unità U. Non è presente alcuna limitazione del tipo di somministrazione o delle indicazioni secondo la colonna "Limitazione". Dato che il campo nella colonna "Informazioni supplementari da codificare" è vuoto, non è consentito fornire alcuna informazione supplementare. Deve essere però sempre indicato il modo di somministrazione in questione. Possibile codifica: B01AB02;;IV;2500;U

Fattore di coagulazione VIII: qui deve essere indicata l'informazione supplementare pertinente (colonna "Informazioni supplementari da codificare") secondo il formato del "Foglio tecnico complementare". L'unità di misura valida per questo medicamento è IU. Possibili codifiche:

- B02BD02;Plas;IV;11000;IU per la forma "plasmatica"
- B02BD02;Rec;IV;1000;IU per la forma "ricombinante"

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. L'unità prevista è mg. Possibili codifiche:

- J02AC03;Susp;O;1000;mg per la somministrazione della sospensione orale
- J02AC03;Tab;O;1000;mg per la somministrazione orale di compresse
- J02AC03;;IV;1000;mg per la somministrazione intravenosa.

Nota
Per la rilevazione dei medicamenti molto costosi è determinante esclusivamente la somministrazione (ospedaliera), indipendentemente dall'assunzione dei costi o dall'autorizzazione.

3.2 Record di dati RE

Il record di dati RE comprende tutti gli assessment e altri dati specifici per la riabilitazione su base settimanale.

3.2.1 Settori di prestazioni

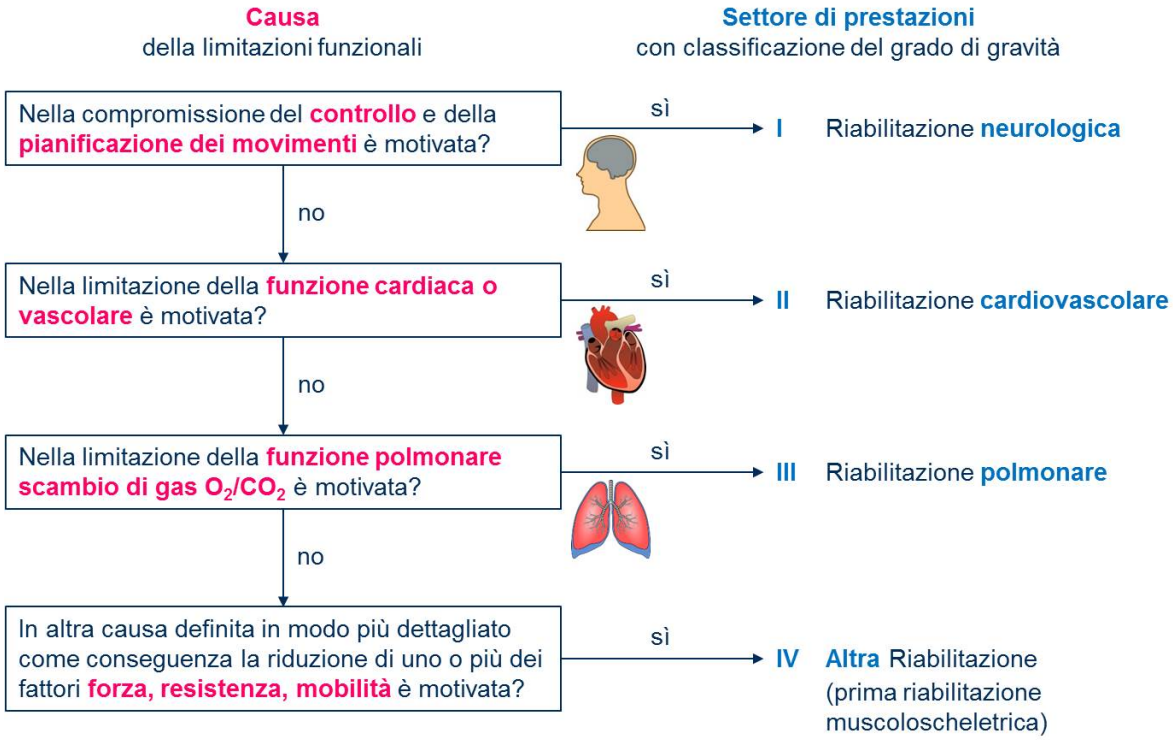
Viene fatta distinzione tra i quattro seguenti settori di prestazioni:

Figura 5: Settori di prestazioni

Settore di prestazioni	Denominazione
I	Riabilitazione neurologica
II	Riabilitazione cardiovascolare
III	Riabilitazione polmonare
AI	Altra riabilitazione

L'assegnazione di un paziente ai quattro settori di prestazioni viene effettuata secondo una sequenza logica di domande sul caso che assegna il settore di prestazioni in base al tipo di causa della limitazione funzionale: [7]

Figura 6: Sequenza di domande sul caso per l'assegnazione univoca del settore di prestazioni



3.2.2 Assessment

Gli assessment da effettuare settimanalmente si differenziano leggermente per settore di prestazioni. Per ogni settore di prestazioni devono essere rilevati i seguenti assessment:

Figura 7: Riepilogo degli assessment per settore di prestazioni

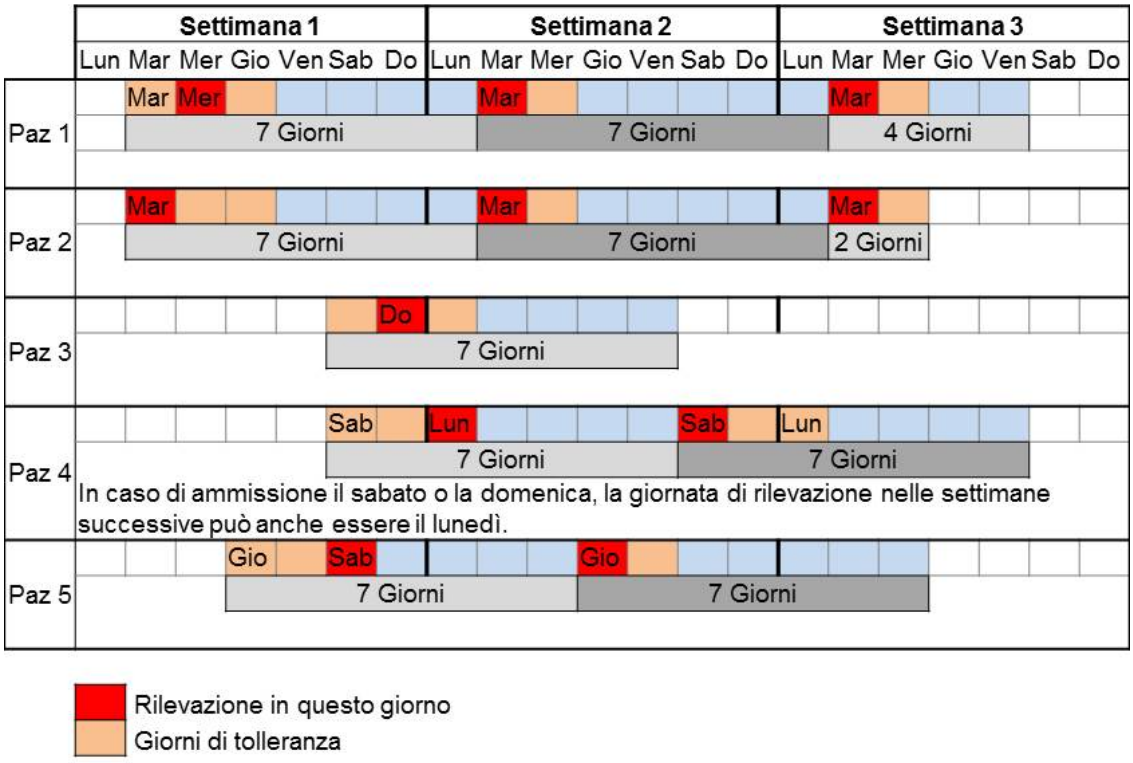
Assessment / Settore di prestazioni	CIRS	ADL FIM / EBI / SCIM[8]	Test del cammino di 6 minuti
Neurologico	✓	✓	
Cardiovascolare	✓	✓	
Polmonare	✓	✓	✓
Altri	✓	✓	

Gli assessment CIRS, FIM®, EBI e il test di deambulazione di 6 minuti devono essere rilevati secondo le istruzioni dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) in vigore per l'anno di dati 2018. Tali istruzioni comprendono gli strumenti con i rispettivi capitoli nel manuale procedurale nonché, se disponibili, i manuali specifici per i singoli strumenti.

[7] Valgono le seguenti limitazioni: se l'assegnazione in base alla sequenza di domande sul caso porta ai settori di prestazioni II o III, devono essere soddisfatte le condizioni previste dall'Ordinanza sulle prestazioni (OPre), allegato 1, 11 Riabilitazione, specifico per i pazienti con riabilitazione cardiovascolare o polmonare.
[8] SCIM solo per pazienti con il tipo di riabilitazione "Riabilitazione paraplegiologica" secondo DefReha®.

In deroga a tali istruzioni devono essere rilevati gli assessment settimanali relativi all'ammissione nella clinica, cioè la prima rilevazione deve avvenire entro i primi 3 giorni dal ricovero. Le altre rilevazioni devono essere effettuate di volta in volta nello stesso giorno della settimana in cui è avvenuto il ricovero.[9] La seguente figura illustra tali istruzioni sulla base di diversi esempi:

Figura 8: Esempi d'istruzioni relative al momento della rilevazione dei dati settimanali



Eccezioni:

Se la dimissione cade nel giorno in cui è prevista la rilevazione, deve essere utilizzata la rilevazione alla dimissione prevista per l'ANQ. Se non è disponibile, per l'ultima settimana può essere utilizzato l'assessment della settimana precedente.

In caso di assenze che rendono impossibile una rilevazione nel giorno previsto, inclusi i giorni di tolleranza, la rilevazione degli assessment deve essere portata avanti al momento della riammissione.[10] Per le rilevazioni settimanali seguenti, conta come momento della rilevazione il giorno di riammissione.

3.2.3 Altri dati specifici per la riabilitazione

Per la plausibilizzazione di eventuali casi con costi fuori dalla norma e/o una differenziazione del sistema basata sui dati, i fornitori di prestazioni marcano i dati rilevati settimanalmente *in aggiunta* con le seguenti importanti informazioni:

Tipi di riabilitazione e riabilitazioni con obbligo di sorveglianza secondo DefReha®

[9] Per i ricoveri effettuati dalla domenica al venerdì, è ammessa una tolleranza di +1 giorno, per quelli del sabato una tolleranza di +2 giorni (è cioè consentito effettuare la rilevazione il lunedì).
[10] Per le rilevazioni intermedie vale la regola di tolleranza più severa.

Indipendentemente dall'assegnazione ai gruppi di prestazioni, devono essere rilevati tutti i tipi di riabilitazione descritti secondo DefReha® Versione 1.0 (sono possibili max. 3 citazioni). I pazienti della riabilitazione internistica, cardiovascolare, muscoloscheletrica, neurologica, oncologica e polmonare devono inoltre essere dichiarati come soggetti a obbligo di sorveglianza se ciò è pertinente secondo DefReha®.

Pazienti geriatrici e pediatrici

La rilevazione della partecipazione di un medico specialista in geriatria o pediatria viene eliminata.

Diagnosi di riabilitazione

La rilevazione settimanale della diagnosi di riabilitazione serve per la plausibilizzazione del settore di prestazioni e di ulteriori contenuti del record di dati RE. A tale riguardo le seguenti specificazioni:

- Per diagnosi di riabilitazione si intende la malattia/lesione di base che rappresenta l'indicazione per la riabilitazione e costituisce il motivo principale della riabilitazione.
- La diagnosi di riabilitazione spetta al fornitore delle prestazioni di riabilitazione. Essa non deve essere identica alla diagnosi principale del precedente caso acuto (ospedaliero o ambulatoriale).
- La diagnosi di riabilitazione non è l'unica indicazione per la riabilitazione ospedaliera. Ulteriori indicazioni non sono oggetto delle istruzioni per la rilevazione dei dati. La delimitazione dei casi di riabilitazione per tale rilevazione dei dati è consultabile in capitolo 1.2 Casi da fornire.
- Per la determinazione della diagnosi principale si applicano invariate le istruzioni del rispettivo manuale di codifica in vigore.

Assenze

Per il calcolo della durata della degenza settimanale è importante saper ripartire le assenze sulle singole settimane secondo la definizione dell'UST (variabile 1.3.V04).[11] Il dato contiene così il totale delle ore per ogni settimana di degenza.

Minuti di prestazioni

Per il calcolo dei costi variabili viene rilevata, per i differenti gruppi professionali, la durata delle prestazioni effettivamente erogate con e per il paziente nella settimana di rilevazione.

In caso di terapie di gruppo, i minuti di prestazioni devono essere ripartiti uniformemente sui pazienti partecipanti.

Esempio : Tre pazienti partecipano a una seduta di fisioterapia di 45 minuti. La seduta è tenuta da un specialista in fisioterapia. Dunque 15 minuti di fisioterapia sono da fatturare per ogni paziente.

[11] Il totale delle assenze per caso nei dati RE deve corrispondere al congedo della statistica medica (1.3.V04).

3.3 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) che non siano considerate nella più recente versione del manuale.

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[12] sono i punti essenziali, senza alcuna pretesa di completezza.

3.3.1 Costi completi (cap. 9.7.4)

Tutti i casi devono presentare **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);
- 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.).

3.3.2 Costi imputabili (cap. 5)

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

Di conseguenza, i costi per caso non possono comprendere costi non relativi a prestazioni comprese nel catalogo delle prestazioni LAMal. I costi a carico dei pazienti, i costi non correlati ai pazienti, i trasporti primari e le altre prestazioni non rimborsate devono essere pertanto esclusi dai costi per caso. Inoltre, devono essere esclusi dai costi per caso i costi delle prestazioni economicamente di interesse generale (vedi art. 49 cpv. 3 LAMal). Ciò riguarda tra l'altro i costi per insegnamento universitario e ricerca.

3.3.3 Farmaci/medicamenti e prodotti sanguigni (cap. 10.9)

I medicamenti (v101 (nuovo formato) risp. v10 (vecchio formato)) e i prodotti sanguigni (v102 (nuovo formato) risp. v11 (vecchio formato)) devono essere fatturati per quanto possibile come costi singoli. Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i **200 franchi** per caso (decisione REK 15_004).

[12] Dato che la rilevazione è stata sviluppata per gli ospedali somatici, essa comprende anche alcune voci meno rilevanti per le cliniche di riabilitazione (ad es. gli impianti).

La differenziazione effettuata tra medicamenti da un lato e sangue e prodotti sanguigni dall'altro nel conto H+ 400 "Medicamenti (incl. il sangue e i prodotti sanguigni)" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora ciò non sia possibile, i costi per medicamenti e prodotti sanguigni vanno inseriti nella componente di costi v101 (o v10).

La lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti fornisce informazioni dettagliate su come devono essere rilevati i rispettivi prodotti.

3.3.4 Impianti e materiale medico

Lo stesso vale per gli impianti (v104 (nuovo formato) risp. v12 (vecchio formato)) e il materiale medico (v103 (nuovo formato) risp. v13 (vecchio formato)). Questi devono essere per quanto possibile fatturati come costi singoli. Come minimo tuttavia tutti quelli i cui costi complessivi superano i **200 franchi** o i **50 franchi** per gli impianti incluso il materiale per osteosintesi per ogni caso (decisione REK 15_004).

La differenziazione effettuata tra materiale medico da un lato e impianti dall'altro nel conto H+ 401 "Materiale, strumenti, utensili, tessili" è molto utile per il calcolo della struttura tariffaria, motivo per il quale essa va ripresa tutte le volte che è possibile. Qualora tale distinzione non sia possibile, i costi per impianti e materiale medico vanno inseriti nella componente v104 risp. v12.

Per la rilevazione dei rispettivi prodotti vale, come per il capitolo 3.3.4 Impianti e materiale medico, la lista degli articoli per l'imputazione obbligatoria dei costi diretti.

3.3.5 Costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) (cap. 7.9)

La SwissDRG SA richiede che i CUI vengano calcolati secondo il metodo descritto in REKOLE®. Come aiuto, sul sito Web della SwissDRG SA è disponibile il documento "Parametri e regole per determinare i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) secondo REKOLE®".

3.3.6 Ricerca e insegnamento universitario (cap. 9.11)

Secondo le disposizioni di legge (LAMal art. 49 e OCPre art. 7), i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca sono definiti come costi non imputabili ai costi di caso pertinenti per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questi costi corrispondono a prestazione di servizio pubblico e – nella contabilità analitica negli ospedali– sono attribuiti a sostenitori di costi specifici. I costi di casi trasmessi non devono contenere costi per l'insegnamento universitario e la ricerca. L'imputazione di questi costi sul caso amministrativo non è ammissibile secondo REKOLE. I componenti di costi SwissDRG v430 und v431 devono restare vuoto (vedi allegato Allegato B: Costi del caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® risp. Allegato C: Costi del caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®).

Qualora non sia possibile escludere i costi per l'insegnamento universitario e la ricerca dai costi per caso, l'ospedale non esegue alcuna modifica e documenta la situazione nel questionario alla voce corrispondente.

3.3.7 Casi della classe di degenza privata e semiprivata

I casi privati o semiprivati vengono utilizzati in linea di principio per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Presupposto affinché ciò sia possibile, è tuttavia che i costi per caso vengano depurati dei costi correlati alla classe di degenza.[13] La soluzione ideale è che sia **l'ospedale stesso** a farlo nell'ambito del calcolo dei costi per caso, cioè 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.

4 Rilevazione dettagliata

La rilevazione dettagliata sostituisce la precedente rilevazione di dati supplementari e serve come base di dati per le rimunerazioni supplementari attuali e potenziali. Con la rilevazione dettagliata ora vengono rilevati da un lato i prezzi dei medicamenti presenti nella "Lista dei medicamenti/delle sostanze rilevabili nella Statistica medica 2018", dall'altro lato codici e costi per materiali, procedure e processi costosi, analogamente alla rilevazione di dati supplementari effettuata fino ad ora. Memorandum: la somministrazione di medicamenti viene ora rilevata solo tramite i relativi campi della Statistica medica (vedi capitolo 3.1.4 Campi variabili di riserva).

Le seguenti prestazioni del 2017 sono previste anche per la rilevazione dettagliata 2018:

Figura 9: Prestazioni della rilevazione dettagliata

N.	Prestazione	Codice CHOP 2018
1.01	Respirazione assistita[14]	93.9E.1*
1.02	Chemioterapia/radioterapia/radio-oncologia	99.25.0*;92.2*
1.03	Applicazione e/o controllo di pompa antalgica/antispastica risp. Terapia del dolore invasiva	03.90.*;03.91.11;04.8*;93.A3.*;81.92.4*; 81.92.1*;81.92.2*
1.04	Controlli (postoperatori) e interventi non procrastinabili prescritti esternamente	*Codici CHOP conformemente alla prestazione prescritta*
1.06	Misure di isolamento/condizioni particolari in caso di autolesionismo/pericolosità per gli altri (indicare la misura)	93.59.5*;99.84.1*;99.84.2*; 99.84.3*;99.84.4*;99.84.5*
1.07	Controllo di cuore artificiale/pace-maker/ICD	89.45;89.46;89.47;89.48; 89.49;37.20.*
1.08	Controllo e biopsia in pazienti trapiantati	37.24.*;37.25.*
1.09	Controllo/programmazione di stimolatori cerebrali	89.1A.*
1.10	Procedura di sostituzione renale (dialisi)	39.95.*;54.98.*
1.11	Ottico, se le prestazioni non fanno parte della riabilitazione	*nessuno*
1.12	Alimentazione parenterale, PEG, intubazione gastrointestinale	43.11;99.15;96.6;96.35
1.13	Letti speciali	93.39.11;93.39.13
1.14	Materiale speciale per obesità permagna	93.39.12;

[13] Per la depurazione dei costi aggiuntivi dovuti alla classe di degenza, vedi ITAR_K, Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione.
[14] Vedi definizione relativa alla Ventilazione non invasiva (NIV) fuori da un'unità di cure intensive della SSP.

1.15	Bendaggio per terapia a pressione negativa	86.88.J*;93.57.1*
1.16	Trattamenti odontoiatrici	23.*.*; 24.*.*;
1.17	Inserimento di Cystofix	57.17;59.94
1.18	Cardioversione	99.61;99.62;99.69
1.19	Ortottica	95.35
1.20	Concentrati di eritrociti, di trombociti	99.04.*;99.05.*
1.21	Esame radiologico	87.05-87.39;87.49;87.51-87.69;87.73-87.77.99;87.81-87.99;88.03-88.29;88.31-88.37;88.39.00;88.39.20-21;88.39.99
1.22	MRI	88.91.*;88.92.*;88.94.*;88.95;88.97.*
1.23	TAC	87.03;87.04.1*;87.41.*;87.71;88.01.*;88.38.*;
1.24	PET	92.11.00;92.19.*
1.25	SPECT	92.05.14; 92.09.10
1.26	Endoscopie	22.19;42.22-42.24;42.29.10;43.41.00-43.42.21;44.11-44.15;44.19.10;44.43.*;45.11;45.12;45.13.00;45.13.20;45.13.99;45.14-45.22;45.24;45.25;45.28.10;45.29.10; 45.41.1*;45.43;48.22-48.24;48.29.10; 49.21-49.23; 49.29.10; 51.10-51.11; 51.14; 51.19.10; 51.85; 56.33; 56.35; 68.12.00; 68.12.99
1.27	Laboratorio del sonno	89.17.*; 89.18.10; 89.18.11; 89.19.40
1.28	Consulti medici specialistici esterni al di fuori del campo di prestazioni	*Codici CHOP conformemente alla prestazione prescritta*
3.01	Esoprotesi	93.24;99.B6.3*;84.4A;84.4B
3.02	Ortesi	93.23; 93.24

5 Protezione dei dati

La protezione dei dati della rilevazione è regolata dal relativo contratto per la fornitura dei dati ST Reha. Se non avete ancora sottoscritto il contratto, vi preghiamo di prenderci contatto.

6 Contatti

Per ulteriori informazioni vi preghiamo di rivolgervi a seguenti impiegi di contatti:

Questione sul ST Reha: reha@swissdrg.org o 031 310 05 50

Questione sul rilevazione dei dati: datenerhebung@swissdrg.org o 031 310 05 50

Questione technica sugli assessments: luise.menzi@anq.ch o 031 511 38 44

Questione della codifica: codeinfo@bfs.admin.ch o 058 463 67 00

7 Allegati

Allegato A: Requisiti minimi

I seguenti requisiti vanno intesi come requisiti minimi che i file devono soddisfare. Se i file non soddisfano tali requisiti minimi non sarà possibile effettuare la fornitura dei record di dati.

Testi generali	
☑	Estensione del file: *.dat o *.txt.
☑	I file devono essere codificati con "UTF-8" o “ISO8859-1”.
☑	Le variabili devono essere separate da barre verticali (Codice ASCII 124 "|").
☑	Il CRLF (ASCII-Codes 13 e 10) è utilizzato come salto di linea.
☑	Consistenza delle chiavi primarie (4.6.V01) in tutti i file. I casi presenti in uno solo file non possono essere plausibilizzati e inseriti nella banca dati.
File della statistica medica (File MB)	
☑	Riga MB: 50 colonne
☑	Riga MD: 696 colonne.
☑	La colonna 663 della riga MD corrisponde alla variabile 4.6.V01 (chiave primaria).
☑	La variabile 4.6.V01 (colonna 663 della riga MD) è una chiave primaria: non sono possibili doppioni e campi vuoti.
☑	La definizione delle seguenti variabili (N° var.) 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.
☑	La variabile 0.2.V01 deve essere codificata e deve essere codificata con 16 caratteri alfanumerici.
☑	Il file non deve contenere dati relativi ai medicamenti non validi (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).
☑	I file non devono contenere testo eccetto che nei campi per le indicazioni relative ai medicamenti (4.8.V02 - 4.8.V15, medicamento 1 - 14, numeri delle variabili 678 - 691).
File dei costi per caso	
☑	Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a un caso.
☑	Il file contiene 28 variabili (vecchio formato REKOLE®) risp. 80 variabili (nuovo formato REKOLE®)
☑	Il file non deve contenere nomi di variabili.
☑	Le variabili di costo possono contenere solo cifre e non lettere.
☑	Le cifre non devono contenere formattazione come separatore delle migliaia, virgola alta, nessuno spazio intermedio ecc.
☑	Il punto è utilizzato come separatore decimale (ad es. 1234.50).
☑	La chiave primaria nella seconda colonna corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Qui non sono ammessi doppioni e campi vuoti.
☑	Ogni caso deve presentare costi di utilizzazione delle immobilizzazioni. I valori negativi non sono tollerati.
☑	I componenti di costi per insegnamento universitario e ricerca devono rimanere vuoto.
☑	Certe variabili (campi di riserva) devono rimanere vuote, se indicato nella descrizione. (solo nuovo formato REKOLE®).
File RE	
☑	Ogni riga del file dei costi per caso corrisponde a una settimana di degenza.
☑	Il file contiene 115 variabili
☑	Il file non deve contenere nomi di variabili.
☑	La chiave primaria nella quarta colonna (FID) corrisponde alla variabile 4.6.V01 della Statistica medica. Qui non sono ammessi campi vuoti.
☑	Le variabili di prestazione e di assessment possono contenere solo cifre e non lettere.
☑	La definizione delle variabili di assessment deve essere obbligatoriamente rispettata.
☑	I campi di riserva e i campi inattivata devono rimanere vuote, se indicato nella descrizione.

Allegato B: Costi del caso secondo il vecchio estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

N°	Variabile	Definizione	
		Informazioni generali	
1	RIS	Numero dello stabilimento (numero RIS)	
2	anno	Anno di dati	
3	**4.6.V01**	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 della riga MD)	[CHIAVE PRIMARIA]
		Costi singoli	**Piano contabile H+[2]**
4	v10	Farmaci	400
5	v11	Sangue e prodotti sanguigni	400
6	v12	Impianti	401
7	v13	Materiale medicale	401
8	v14	Oneri per onorari dei medici, medici ospedalieri	380
9	v15	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (soggetti alle assicurazioni sociali)	381
10	v16	Oneri per onorari dei medici, medici accreditati (non soggetti alle assicurazioni sociali)	405*
11	v17	Oneri per certificati e perizie	
12	v19	Altri costi singoli	403 + 404 + 405** + 480 + 485 + 486
		Costi generali	**Centri di costi obbligatori REKOLE®**
13	v20	Sale operatorie	(20)
14	v21	IPS e Intermediate Care (IC)	(24)
15	v22	Pronto soccorso	(25)
16	v23	Diagnostica per immagini e medicina nucleare	(26) + (28)
17	v24	Laboratorio interno (incl. donazione sangue)	(29)
18	v25	Emodialisi	(30)
19	v26	Corpi medici	(31)
20	v27	Terapie e consulenza non mediche (fisioterapia, ergoterapia, logopedia, consulenza nutrizionale, terapia di attivazione)	(32) + (33) + (34) + (35)
21	v28	Diagnostica medica e terapeutica	(36)
22	v29	Cura	(39)
23	v30	Settore alberghiero	(41) + (42) + (43)
24	v31	Sala parto	(27)
25	v32	Anestesia	(23)
26	v39	Altri fornitori di prestazioni	(44) + (45) + (10) + (77)***
		Altre variabili	**H+ Kontenrahmen**
27	A1	Costi di utilizzazione delle immobilizzazioni totali (CUI)	(442 + 444 + 448)
~~**28**~~	~~A2~~	~~Insegnamento universitario e ricerca~~	****

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

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

*** Senza costi per i trasporti primari

**** I costi per l'insegnamento universitario e la ricerca non possono essere imputati sul caso secondo REKOLE®. La variabile A2 deve quindi rimanere vuoto (vedi capitolo 3.3.6.).

Allegato C: Costi del caso secondo il nuovo estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE®

N°	Variabile	Definizione	
		Informazioni generali	
1	year	Anno di dati	
2	4.6.V01	Numero del caso (vedi variabile nella riga 663 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)
31	v251	Pronto soccorso, CUI[1]	(25)

N°	Variabile	Definizione	
32	v252	Personale medico pronto soccorso - Attività $6b_3$, costi generali escl. CUI	(31)
33	v253	Personale medico pronto soccorso - Attività $6b_3$, CUI[3]	(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[4]	(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)
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)

N°	Variabile	Definizione	
70	v420	Patologia, costi generali escl. CUI	(45)
71	v421	Patologia, CUI[1]	(45)
72	~~v430~~	~~Ricerca e insegnamento universitario, costi generali escl. CUI~~ [3]	~~(47)~~
73	~~v431~~	~~Ricerca e insegnamento universitario, CUI~~ [1] [3]	~~(47)~~
74	v440	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), costi generali escl. CUI	(77)
75	v441	Salvataggio e ambulanze (solo trasporti secondari), CUI[1]	(77)
		Reservefelder	
76		*Campo di riserva, lasciare vuoto*	
77		*Campo di riserva, lasciare vuoto*	
78		*Campo di riserva, lasciare vuoto*	
79		*Campo di riserva, lasciare vuoto*	
80		*Campo di riserva, lasciare vuoto*	

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.

3) I costi per l'insegnamento universitario e la ricerca non possono essere imputati sul caso secondo REKOLE®. La variabile A2 deve quindi rimanere vuoto (vedi capitolo 3.3.6).

Allegato D: Assessment settimanali (file RE)

Per ogni settimana di degenza una riga del file dei assessment settimanali e rilevare contiene 114 variabili.

N°	Variabile	Definizione	Formato	Esempi	Codominio	Commenti
1	7.01.V01	Rekordart	N (2)	RE	RE	
2	7.01.V02	Numero dello stabilimento (numero RIS)	AN(8)			
3	7.01.V03	Rilevazione di dati di prestazione e di costi nella settimana di referenza	N (1)	0	0 1	0=no; 1=sì
4	FID	Numero di identificazione del caso FID	AN(16)	1122334455		Il numero di caso nell'ospedale deve essere **conformo alla variabile 4.6.V01 della statistica medica**
5	7.02.V02	Ambito di prestazione – risultato della consultazione del caso	N (1)	1		1= Riabilitazione neurologica; 2= Riabilitazione neurologica; 3= Riabilitazione polmonare; 4= Altra riabilitazione
6	7.02.V03	Paziente geriatria	N (1)	1	0 1	Deve restare vuoto
7	7.02.V04	Paziente pediatrica	N (1)	0	0 1	Deve restare vuoto
8	7.02.V05	Tipi della riabilitazione (secondo DefReha®)	N (2)	4	1 - 10	1=Geriatrica 2=internistica 3=cardiovascolare 4=musuculoscheletrica 5=neurologica 6=oncologia 7=pediatrica 8=paraplegiologica 9=psicosomatica 10=pneumologica 99=nessuna indicazione
9	7.02.V06	Tipi della riabilitazione (secondo DefReha®) seconda indicazione	N (2)	4	1 - 10	vedi 7.02.V05
10	7.02.V07	Tipi della riabilitazione (secondo DefReha®) terza indicazione	N (2)	4	1 - 10	vedi 7.02.V05
11	7.02.V08	Riabilitazione con obbligo di sorveglianza	N (1)	2	0 1	0=no; 1=sì vedi cap. 3.2.3
12	7.02.V09	Data dell'inizio settimana di prelievo (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Qualsiasi giorno della settimana, secondo l'ammissione in clinica
13	7.02.V10	Data d'ammissione, se l'ammissione ha luogo nella settimana di rilevazione (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Deve restare vuoto, se l'ammissione non ha avuto luogo nella settimana di rilevazione.
14	7.02.V11	Data della dimissione se la dimissione ha luogo nella settimana di rilevazione (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		Deve restare vuoto se la dimissione non ha avuto luogo nella settimana di rilevazione.
15	7.02.V12	Assenze (numero di ore nella settimana di rilevazione)	N (3)	48		0 se≤24 ore vedi cap. 3.2.3
16	7.02.V13	Diagnosi di riabilitazione	AN(5)	T84.0		
17	7.02.V14	numeratore	N(2)	0		Campo di riserva
18	7.02.V15	numeratore	N(2)	0		Campo di riserva
FIM						**FIM o EBI**
19	7.03.V01	Data di rilevazione del FIM (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
20	7.03.V02	mangiare / bere	N (1)		Da 1 a 7	

N°	Variabile	Definizione	Formato	Esempi	Codominio	Commenti
21	7.03.V03	Cura del corpo	N (1)		Da 1 a 7	
22	7.03.V04	Lavarsi (bagno, doccia)	N (1)		Da 1 a 7	
23	7.03.V05	Vestirsi dalla vita in su	N (1)		Da 1 a 7	
24	7.03.V06	Vestirsi dalla vita in giù	N (1)		Da 1 a 7	
25	7.03.V07	Igiene perineale	N (1)		Da 1 a 7	
26	7.03.V08	Controllo sfinterico: vescico	N (1)		Da 1 a 7	
27	7.03.V09	Controllo sfinterico: alvo	N (1)		Da 1 a 7	
28	7.03.V10	Trasferimento letto/sedia/carrozzina	N (1)		Da 1 a 7	
29	7.03.V11	Trasferimento WC	N (1)		Da 1 a 7	
30	7.03.V12	Trasferimento vasca/doccia	N (1)		Da 1 a 7	
31	7.03.V13	Camminare/mobilità in carrozzina	N (1)		Da 1 a 7	
32	7.03.V13.1	specifica tipo di spostamento	N (1)		Da 1 a 4	1=a piedi 2=carrozzina 3=due 4=incerto
33	7.03.V14	Gestione scale	N (1)		Da 1 a 7	
34	7.03.V15	Comprensione	N (1)		Da 1 a 7	
35	7.03.V15.1	Specifica forma di comunicatione: comprensione	N (1)		Da 1 a 3	1=uditiva 2=visiva 3=due
36	7.03.V16	Espressione	N (1)		Da 1 a 7	
37	7.03.V16.1	Specifica forma di comunicatione: espressione	N (1)		Da 1 a 3	1=verbale 2=non verbale 3=due
38	7.03.V17	Comportamento sociale	N (1)		Da 1 a 7	
39	7.03.V18	Soluzione di problemi	N (1)		Da 1 a 7	
40	7.03.V19	Memoria	N (1)		Da 1 a 7	
EBI						**FIM o EBI**
41	7.04.V01	Data di rilevazione dell'EBI (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
42	7.04.V02	mangiare / bere	N (1)		0 2 3 4	
43	7.04.V03	Igiene personale	N (1)		0 1 2 3 4	
44	7.04.V04	Vestirsi	N (1)		0 1 2 4	
45	7.04.V05	Fare il bagno/ la doccia/ lavarsi	N (1)		0 1 2 3 4	
46	7.04.V06	Trasferimenti carrozzina/letto e viceversa	N (1)		0 1 2 4	
47	7.04.V07	Spostamenti in piano	N (1)		0 1 2 3 4	
48	7.04.V08	Salire / scendere scale	N (1)		0 1 2 4	
49	7.04.V09	Uso dei servizi igienici	N (1)		0 1 2 4	
50	7.04.V10	Continenza intestinale	N (1)		0 2 3 4	
51	7.04.V11	Continenza urinaria	N (1)		0 1 3 4	
52	7.04.V12	Comprensione	N (1)		0 1 3 4	
53	7.04.V13	Comprensibilità	N (1)		0 1 3 4	
54	7.04.V14	Interazioni social	N (1)		0 2 4	
55	7.04.V15	Risolvere problem	N (1)		0 2 4	
56	7.04.V16	Memoria / capacità di apprendimento / orientamento	N (1)		0 1 2 3 4	
57	7.04.V17	Visione / Neglect	N (1)		0 1 3 4	
CIRS						
58	7.06.V01	Data del rilevamento dei CIRS (JJJJMMTT)	N (8)	20150601		
59	7.06.V02	Cardiaco	N (1)		Da 0 a 4	
60	7.06.V03	Ipertensione arterios	N (1)		Da 0 a 4	
61	7.06.V04	Vascolare	N (1)		Da 0 a 4	
62	7.06.V05	Apparato respiratorio	N (1)		Da 0 a 4	

N°	Variabile	Definizione	Formato	Esempi	Codominio	Commenti
63	7.06.V06	Occhi, orecchie, naso, faringe, laringe	N (1)		Da 0 a 4	
64	7.06.V07	Apparato gastro-intestinale superiore	N (1)		Da 0 a 4	
65	7.06.V08	Apparato gastro-intestinale Inferiore	N (1)		Da 0 a 4	
66	7.06.V09	Epatico	N (1)		Da 0 a 4	
67	7.06.V10	Renale	N (1)		Da 0 a 4	
68	7.06.V11	Apparato genito-urinari	N (1)		Da 0 a 4	
69	7.06.V12	Sistema muscolo-scheletrico e cute	N (1)		Da 0 a 4	
70	7.06.V13	Sistema nervoso centrale e periferico	N (1)		Da 0 a 4	
71	7.06.V14	Sistema endocrino-metabolico	N (1)		Da 0 a 4	
72	7.06.V15	Disturbi psichici/comportamentali	N (1)		Da 0 a 4	
Test del cammino 6 minuti						Solo nel campo di prestazione Pulmo
73	7.08.V01	Data del rilevamento dei test del cammino 6 minuti (JJJJMMTT)	N (8)			
74	7.08.V02	Test del cammino 6 minuti (metri)	N (4)		Da 0 a 1000	(plausibili sono valori fra 0-1000) 0 se per ragioni di salute del paziente non è possibile eseguire il test
SCIM						**Solo per "riabilitazione paraplegiologica " anziché FIM o EBI**
75	7.09.V01	Data del rilevamento dei SCIM (JJJJMMTT)	N (8)			
76	7.09.V02	Alimentazione	N (1)		Da 0 a 3	
77	7.09.V03	Fare il bagno parte superiore del corpo	N (1)		Da 0 a 3	
78	7.09.V04	Fare il bagno parte inferiore del corpo	N (1)		Da 0 a 3	
79	7.09.V05	vestirsi dalla vita in su	N (1)		Da 0 a 4	
80	7.09.V06	vestirsi dalla vita in giù	N (1)		Da 0 a 4	
81	7.09.V07	Cura della persona	N (1)		Da 0 a 3	
82	7.09.V08	Respirazione	N (2)		0 2 4 6 8 10	
83	7.09.V09	Gestione sfinterica vescica	N (2)		0 3 6 9 11 13 15	
84	7.09.V10	Gestione sfinterica intestino	N (2)		0 5 8 10	
85	7.09.V11	Uso del bagno	N (1)		0 1 2 4 5	
86	7.09.V12	Spostamenti nel letto e azioni per prevenire piaghe da decubito	N (1)		0 2 4 6	
87	7.09.V13	Trasferimenti letto<->carrozzina	N (1)		Da 0 a 2	
88	7.09.V14	Trasferimenti carrozzina<->bagno	N (1)		Da 0 a 2	
89	7.09.V15	Spostamenti interni	N (1)		Da 0 a 8	
90	7.09.V16	Spostamenti per distanze modeste (10–100mt)	N (1)		Da 0 a 8	
91	7.09.V17	Spostamenti all'esterno (piu` di 100 mt)	N (1)		Da 0 a 8	
92	7.09.V18	Gestione scale	N (1)		Da 0 a 3	
93	7.09.V19	Trasferimenti carrozzina<->automobile	N (1)		Da 0 a 2	
94	7.09.V20	Trasferimenti terra<->carrozzina	N (1)		0 1	
Leistungen						
95	7.10.V01	Cura (Minuti nella settimana di	N (5)			Arrotondate a minuti interi,

N°	Variabile	Definizione	Formato	Esempi	Codominio	Commenti
		rilevazione)				0 se non ci sono minuti di prestazioni nella settimana di rilevazione
96	7.10.V02	Corpi medici (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
97	7.10.V03	Fisioterapia (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
98	7.10.V04	Kinesiterapia/terapia sportiva (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
99	7.10.V05	Ergoterapia (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
100	7.10.V06	Terapia respiratoria (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
101	7.10.V07	Neuropsicologia(Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
102	7.10.V08	Psicologia clinica (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
103	7.10.V09	Logopedia (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
104	7.10.V10	Consulenze di diabete (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
105	7.10.V11	Educazione alimentare (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
106	7.10.V12	Consulenze insufficienza cardiaca (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
107	7.10.V13	Medicina cinese tradizionale (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
108	7.10.V14	Servizi sociali (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
109	7.10.V15	Altre terapie (Minuti nella settimana di rilevazione)	N (5)			Vedi 7.10.V01
110	7.10.V16	CHF per farmaci nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto
111	7.10.V17	CHF per esami nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto
112	7.10.V18	CHF per laboratorio nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto
113	7.10.V19	CHF di materiale nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto
114	7.10.V20	CHF di costi di trasporto nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto
115	7.10.V21	CHF altri costi nella settimana di rilevazione	N (6)			Deve restare vuoto