

Versione ~~143~~.0 / ~~27.06.2024~~2025

**Allegato 2 del Regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica  
conformemente a SwissDRG**

# **Modello di rapporto di revisione<sup>1</sup>**

## **nell'ospedale X**

Versione ~~13~~14.0  
Revisione dei dati ~~2024~~2025  
Valida dal 01.01.~~2025~~2026

---

<sup>1</sup> Concretizzazione della parte statistica e dei criteri di valutazione

---

## Preambolo

Per ottenere un'omogeneità dei risultati che renda possibile una confrontabilità su tutto il territorio svizzero, nello sviluppo del modello di rapporto di revisione si devono rispettare i punti seguenti:

1. Il modello di rapporto di revisione è un documento vincolante e va compilato per intero. Vale come rapporto di revisione standard.
2. La sequenza dei capitoli deve corrispondere al modello di rapporto di revisione.
3. Tutti gli allegati devono essere acclusi al rapporto.
4. Se un capitolo del modello di rapporto di revisione risulta non pertinente a causa di una struttura ospedaliera particolare, lo si deve comunque mantenere, con una motivazione della società di revisione sui dati mancanti.
5. Tutte le denominazioni di colonna e riga vanno mantenute senza modifiche.
6. Se la società di revisione mette a disposizione dell'ospedale ulteriori informazioni o analisi, queste possono essere integrate senza modifiche della struttura di base.

Il modello di rapporto di revisione prevede tre tipi di risultati:

- risultati relativi alla popolazione (evidenziati in verde): dati statistici sulla popolazione (record di dati completo dell'ospedale);
- risultati relativi al campione (evidenziati in blu): dati statistici sul campione. Se i casi non sono stati inclusi nel campione con uguale probabilità, i dati vengono indicati come totali e valori medi non ponderati, ciò significa invariati secondo il campione reale;
- stime (evidenziate in rosso): stime non distorte di parametri della popolazione. Se la ripartizione dei casi del campione in base al cost-weight non corrisponde alla popolazione, i risultati stimati devono essere corretti e indicati in modo ponderato affinché consentano di effettuare affermazioni sulla popolazione.

La differenziazione mediante diversi colori effettuata nel modello di rapporto di revisione ha scopo illustrativo. Nei rapporti di revisione reali non è necessario effettuare alcuna differenziazione mediante colori.

## Indice

Riassunto .....	6
<i>Visione d'insieme dei risultati della revisione</i> .....	6
<i>Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione</i> .....	6
1 Esecuzione della revisione.....	7
1.1 <i>Periodo di valutazione</i> .....	7
1.2 <i>Versioni valide</i> .....	7
1.3 <i>Calcolo e prelievo del campione</i> .....	7
1.4 <i>Descrizione della sequenza temporale della revisione</i> .....	7
1.5 <i>Qualifiche del revisore</i> .....	7
1.6 <i>Indipendenza del revisore</i> .....	7
1.7 <i>Osservazioni</i> .....	7
2 Costatazioni .....	8
2.1 <i>Costatazioni generali</i> .....	8
2.2 <i>Fondamenti amministrativi</i> .....	8
2.2.1 <i>Cartelle cliniche</i> .....	8
2.2.1.1 <i>Numero e percentuale di cartelle cliniche mancanti</i> .....	8
2.2.1.2 <i>Qualità della compilazione delle cartelle cliniche</i> .....	8
2.2.2 <i>Dati amministrativi dei casi</i> .....	8
2.2.3 <i>Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)</i> .....	8
2.2.3.1 <i>Errori rilevati</i> .....	8
2.2.3.2 <i>Scostamento del cost-weight</i> .....	9
2.2.4 <i>Congruenza della fatturazione</i> .....	9
2.2.4.1 <i>Errori rilevati</i> .....	9
2.2.4.2 <i>Scostamento del cost-weight</i> .....	9
2.3 <i>Diagnosi e trattamenti</i> .....	9
2.3.1 <i>Errori rilevati</i> .....	9
2.3.2 <i>Dati relativi agli errori di codifica</i> .....	9
2.3.2.1 <i>Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore</i> .....	9
2.3.2.2 <i>Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione</i> .....	10
2.3.2.3 <i>Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore</i> .....	10
2.3.2.4 <i>Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione</i> .....	10

2.3.3	<b>Attribuzione della diagnosi principale.....</b>	<b>11</b>
2.3.4	<b>Attribuzione della diagnosi complementare alla diagnosi principale 11</b>	
2.3.5	<b>Attribuzione del trattamento principale.....</b>	<b>11</b>
2.3.6	<b>Attribuzione del trattamento secondario .....</b>	<b>11</b>
2.3.7	<b>Lateralità delle diagnosi e delle procedure.....</b>	<b>12</b>
2.3.8	<b>Prestazioni ambulatoriali esterne .....</b>	<b>12</b>
2.3.9	<b>Confronto fra popolazione e campione .....</b>	<b>12</b>
2.3.9.1	<b>Numero di casi .....</b>	<b>12</b>
2.3.9.2	<b>CMI .....</b>	<b>12</b>
2.3.9.3	<b>Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica dell'ospedale.....</b>	<b>12</b>
2.3.9.4	<b>Numero di diagnosi secondarie per paziente.....</b>	<b>12</b>
2.3.9.5	<b>Numero di codici di trattamento per paziente .....</b>	<b>1312</b>
2.3.9.6	<b>Numero di gruppi diagnostici DRG .....</b>	<b>13</b>
2.3.9.7	<b>Numero di remunerazioni supplementari e numero e percentuale dei casi con remunerazione supplementare.....</b>	<b>13</b>
2.3.9.8	<b>Numero e percentuale dei casi con respirazioni assistite meccaniche registrate.....</b>	<b>13</b>
2.3.9.9	<b>Numero e percentuale dei casi con trattamento UCI .....</b>	<b>13</b>
2.3.9.10	<b>Numero e percentuale dei casi con trattamento IMCU .....</b>	<b>13</b>
2.3.9.11	<b>Numero e percentuale dei casi con prestazioni ambulatoriali esterne</b>	<b>13</b>
2.4	<b>Medicina intensiva (IMCU e UCI) .....</b>	<b>14</b>
2.4.1	<b>Dati di base, IMCU.....</b>	<b>14</b>
2.4.1.1	<b>NEMS + grado di gravità (S/P/C).....</b>	<b>14</b>
2.4.1.2	<b>Casi rivisti.....</b>	<b>14</b>
2.4.2	<b>Dati di base, UCI.....</b>	<b>14</b>
2.4.2.1	<b>NEMS.....</b>	<b>14</b>
2.4.2.2	<b>Grado di gravità.....</b>	<b>14</b>
2.4.2.3	<b>Casi rivisti.....</b>	<b>14</b>
2.5	<b>Rimunerazioni supplementari escl. i medicinali (sostanze) .....</b>	<b>15</b>
2.6	<b>Medicinali (sostanze).....</b>	<b>15</b>
2.7	<b>Cambio di cost-weight.....</b>	<b>15</b>
2.7.1	<b>Numero e percentuale dei casi con cambio di cost-weight.....</b>	<b>15</b>
2.7.2	<b>Differenze con/senza modello all'UST.....</b>	<b>15</b>

---

<b>2.8</b>	<b>Cost-weight .....</b>	<b>15</b>
<b>2.8.1</b>	<b>CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione .....</b>	<b>15</b>
<b>2.8.2</b>	<b>Differenze dei cost-weight .....</b>	<b>16</b>
<b>2.9</b>	<b>Confronto con revisioni precedenti .....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>Raccomandazioni .....</b>	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale .....</b>	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG .....</b>	<b>17</b>
<b>3.3</b>	<b>Altre indicazioni del revisore .....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Osservazioni della direzione ospedaliera .....</b>	<b>18</b>
<b>Allegato 1: Attestazioni .....</b>		<b>19</b>
<b>Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale .....</b>		<b>21</b>
<b>    Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto .....</b>		<b>21</b>
<b>    Casi SwissDRG .....</b>		<b>21</b>
<b>    CMI .....</b>		<b>22</b>
<b>    Numero di remunerazioni supplementari .....</b>		<b>23</b>
<b>    Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963 .....</b>		<b>23</b>
<b>    Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura .....</b>		<b>23</b>
<b>    Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale .....</b>		<b>23</b>

---

## Riassunto

### Visione d'insieme dei risultati della revisione

Capitolo	Parametro	Risultato	
2.3.8	Dimensioni del campione	Numero	
2.8.1	CMI dell'ospedale prima della revisione (insieme di base)		
2.8.1	CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)		
2.8.1	Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione	si/no	
2.8.1	Differenza stimata del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
2.7.1	Casi soggetti a revisione con cambio di cost-weight	Numero	%
2.3.2	Diagnosi principali corrette <sup>2</sup>	Numero	%
<del>2.3.2</del>	<del>Complemento corretto alla diagnosi principale<sup>2</sup></del>	<del>Numero</del>	<del>%</del>
2.3.2	Diagnosi secondarie corrette	Numero	%
2.3.2	Trattamenti <del>principali</del> -corretti <sup>2</sup>	Numero	%
<del>2.3.2</del>	<del>Trattamenti secondari corretti</del>	<del>Numero</del>	<del>%</del>

I dati percentuali nella tabella qui sopra sono stime non distorte di parametri della popolazione dopo la revisione [inserire l'avvertenza nel rapporto di revisione]

2.4.1	Casi soggetti a revisione con dati di base corretti IMCU	Numero	%
2.4.2	Casi soggetti a revisione con dati di base corretti IPS	Numero	%
2.5	Rimunerazioni supplementari corrette	Numero	%
2.6	Medicamenti corretti (sostanze)	Numero	%
2.2.3	Combinazioni dei casi contestati	Numero	%
2.2.1	Cartelle cliniche mancanti	Numero	%
2.3.7	<del>Prestazioni -Trattamento ambulatoriali- ambulatoriale esterne- esterno registrate-registrato</del> correttamente	Numero	%

### Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione<sup>3</sup>

Parametro	Popolazione		Campione	
	Numero	%	Numero	%
Casi con remunerazione supplementare	Numero	%	Numero	%
Casi con respirazioni assistite registrate	Numero	%	Numero	%
Casi con permanenza in UCI	Numero	%	Numero	%
Casi con permanenza in IMCU	Numero	%	Numero	%
Casi con <del>prestazioni-trattamento ambulatoriali ambulatoriale esterneesterno</del>	Numero	%	Numero	%
CMI				
Rimunerazioni supplementari	Numero		Numero	

<sup>2</sup> Il codice per le diagnosi principali, ~~i supplementi alla diagnosi principale e i trattamenti principali corretti/corrette~~, non solo deve essere appropriato, ma va anche inserito nella posizione esatta (una diagnosi principale valutata come "corretta" deve ~~per esempio~~ essere inserita nella posizione "diagnosi principale". Se si codifica una diagnosi secondaria con il codice corretto per la diagnosi principale, tale diagnosi secondaria non può essere considerata come diagnosi principale corretta).

<sup>3</sup> I valori si riferiscono ai dati prima della revisione (per es. CMI: vengono considerati i cost-weight effettivi prima della revisione).

---

# 1 Esecuzione della revisione

---

## 1.1 Periodo di valutazione

## 1.2 Versioni valide

Catalogo dei forfait per caso, Regole per la fatturazione ("Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG" nonché "Chiarimenti e casi esemplificativi sulle regole di utilizzo"), Manuale di codifica, Classificazioni (CHOP e ICD-10-GM); Tipologia d'errore.

## 1.3 Calcolo e prelievo del campione

Descrizione completa del metodo di estrazione del campione e della procedura per la determinazione dell'entità del campione, nonché delle procedure di calcolo utilizzate. In particolare si deve indicare se l'estrazione del campione è avvenuta con o senza ponderazione.

## 1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione

Momento dell'invio del campione, momento della discussione del caso. Durata della sola revisione della codifica (senza redazione del rapporto, discussione dei casi e altri compiti amministrativi). Indicazione del luogo di esecuzione della revisione.

## 1.5 Qualifiche del revisore

## 1.6 Indipendenza del revisore

Dichiarazione di eventuali rapporti di dipendenza verso un finanziatore e rimando all'Allegato 1.

## 1.7 Osservazioni

---

## 2 Costatazioni

### 2.1 Costatazioni generali

### 2.2 Fondamenti amministrativi

#### 2.2.1 Cartelle cliniche

##### 2.2.1.1 Numero e percentuale di cartelle cliniche mancanti

##### 2.2.1.2 Qualità della compilazione delle cartelle cliniche

Criteri di valutazione: trasparenza, sequenza temporale, completezza (integralità)/assenza di singoli documenti pertinenti per la revisione dei codici.

#### 2.2.2 Dati amministrativi dei casi

Errore in:	Numero	Percentuale
Tipo di ammissione		%
Istanza che ha disposto il ricovero		%
Luogo di degenza prima dell'ammissione		%
Cambio del tipo di degenza (ambulatoriale, stazionaria, riabilitazione, psichiatria)		%
Decisione per la dimissione		%
Degenza dopo la dimissione		%
Trattamento dopo la dimissione		%
Durata di degenza		%
Congedo amministrativo		%
Motivo della riammissione		%
Peso all'ammissione <sup>4,5</sup> Record neonate		%
Peso all'ammissione		%
Età di gestazione <sup>2,4,5</sup>		%

#### 2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)

##### 2.2.3.1 Errori rilevati

Tipo di errore	DRG	Cost-weight dell'ospedale	Cost-weight del revisore	Differenza del cost-weight
.....				

<sup>4</sup> Indipendentemente dal record di dati dalle variabili del neonato, non criptata, fino a un'età < 366 giorni

<sup>5</sup> Secondo le direttive di codifica dell'Ufficio federale di statistica (UST).

### 2.2.3.2 Scostamento del cost-weight

La revisione della fatturazione viene condotta sulla base del documento "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG" nella versione attuale.

## 2.2.4 Congruenza della fatturazione

### 2.2.4.1 Errori rilevati

	DRG	Cost-weight	Rimunerazioni supplementari
Errato			
Fattura non ancora presente			
Altro			
Mancante			

I casi di storno segnalati prima dell'inizio della revisione devono essere indicati singolarmente qui.

A questo proposito si fa riferimento anche al punto 4.2.3.5 del regolamento. Non sono ammesse correzioni delle fatture a causa della revisione dei codici, salvo che vi sia una significatività statistica.

### 2.2.4.2 Scostamento del cost-weight

La revisione della fatturazione viene condotta sulla base del documento "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG" nella versione attuale.

## 2.3 Diagnosi e trattamenti

### 2.3.1 Errori rilevati

Conformità al manuale di codifica, esposizione della rilevanza DRG degli errori rilevati ecc.

### 2.3.2 Dati relativi agli errori di codifica

#### 2.3.2.1 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Diagnosi principale						
Complemento alla diagnosi principale						

Diagnosi secondarie						
Totale delle diagnosi						
Trattamento principale						
Trattamenti secondari						

### 2.3.2.2 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 <sup>a</sup> posizione	Errata 2 <sup>a</sup> posizione	Errata 3 <sup>a</sup> posizione	Errata 4 <sup>a</sup> posizione	Errata 5 <sup>a</sup> posizione	Errata 6 <sup>a</sup> posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamento principale							
Trattamenti secondari							

### 2.3.2.3 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria
Diagnosi principale	%	%	%	%	%
Complemento alla diagnosi principale	%	%	%	%	%
Diagnosi secondarie	%	%	%	%	%
Totale delle diagnosi	%	%	%	%	%
Trattamento principale	%	%	%	%	%
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%

### 2.3.2.4 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 <sup>a</sup> posizione	Errata 2 <sup>a</sup> posizione	Errata 3 <sup>a</sup> posizione	Errata 4 <sup>a</sup> posizione	Errata 5 <sup>a</sup> posizione	Errata 6 <sup>a</sup> posizione
Diagnosi principale	%	%	%	%	%	%
Complemento alla diagnosi principale	%	%	%	%	%	%
Diagnosi secondarie	%	%	%	%	%	%
Totale delle diagnosi	%	%	%	%	%	%
Trattamento principale	%	%	%	%	%	%
Trattamenti secondari	%	%	%	%	%	%

### 2.3.3 Attribuzione della diagnosi **principale**

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con il nuovo codice		
Attribuito mediante la diagnosi secondaria esistente		

### ~~2.3.4 Attribuzione della diagnosi complementare alla diagnosi principale~~

	Numero	Percentuale
<del>Nessuna modifica della codifica dell'ospedale</del>		
<del>Codice sostituito con il codice corretto</del>		
<del>Codice mancante sostituito con il nuovo codice</del>		
<del>Attribuito mediante la diagnosi secondaria esistente</del>		

### 2.3.52.3.4 Attribuzione del trattamento **principale**

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con il nuovo codice		

### ~~2.3.6 Attribuzione del trattamento secondario~~

	Numero	Percentuale
<del>Nessuna modifica della codifica dell'ospedale</del>		
<del>Codice sostituito con il codice corretto</del>		
<del>Codice mancante sostituito con il nuovo codice</del>		

**2.3.72.3.5** Lateralità delle diagnosi e delle procedure

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con il nuovo codice		

**2.3.82.3.6** Prestazioni Trattamento ambulatoriale esterno<sup>6</sup>

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

**2.3.92.3.7** Confronto fra popolazione e campione<sup>7,8</sup>**2.3.9.42.3.7.1** Numero di casi

Numero di casi (campione)	
Numero di casi (popolazione)	

**2.3.9.22.3.7.2** CMI

CMI del campione, non ponderato	
CMI del campione, ponderato	
CMI della popolazione	

**2.3.9.32.3.7.3** Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica dell'ospedale

	Codici aspecifici <sup>9</sup> della popolazione		Codici aspecifici del campione	
Diagnosi	Numero	%	Numero	%
Trattamenti	Numero	%	Numero	%

**2.3.9.42.3.7.4** Numero di diagnosi secondarie per paziente

Numero di diagnosi secondarie/paziente (campione)	
Numero di diagnosi secondarie/paziente (popolazione)	

<sup>6</sup> Corrispondeva fino al 31.12.2023 alla variabile dell'UFS prestazione ambulatoriale esterna (4.3.V016); nuovo: «Trattamento esterno».

<sup>7</sup> I valori si riferiscono ai dati non rivisti.

<sup>8</sup> I valori si riferiscono ai dati prima della revisione (per es. CMI: vengono considerati i cost-weight effettivi prima della revisione).

<sup>9</sup> Codici aspecifici vengono considerati tutti i codici CHOP e ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V01!-Y84!

**2.3.9.52.3.7.5** Numero di codici di trattamento per paziente

Numero di codici di trattamento per paziente (campione)	
Numero di codici di trattamento per paziente (popolazione)	

**2.3.9.62.3.7.6** Numero di gruppi diagnostici DRG

Numero di gruppi diagnostici DRG (campione)	
Numero di gruppi diagnostici DRG (popolazione)	

**2.3.9.72.3.7.7** Numero di remunerazioni supplementari e numero e percentuale dei casi con remunerazione supplementare

Rimunerazioni supplementari (campione)	Numero	
Rimunerazioni supplementari (popolazione)	Numero	
Casi con remunerazioni supplementari (campione)	Numero	%
Casi con remunerazioni supplementari (popolazione)	Numero	%

**2.3.9.82.3.7.8** Numero e percentuale dei casi con respirazioni assistite meccaniche registrate

Casi con respirazioni assistite meccaniche registrate (campione)	Numero	%
Casi con respirazioni assistite meccaniche (popolazione)	Numero	%

**2.3.9.92.3.7.9** Numero e percentuale dei casi con trattamento UCI

Casi con permanenza in UCI (campione)	Numero	%
Casi con permanenza in UCI (popolazione)	Numero	%

**2.3.9.102.3.7.10** Numero e percentuale dei casi con trattamento IMCU

Casi con permanenza in IMCU (campione)	Numero	%
Casi con permanenza in IMCU (popolazione)	Numero	%

**2.3.9.112.3.7.11** Numero e percentuale dei casi con **prestazioni trattamento ambulatoriali ambulatoriale esterne esterno**

Casi con <del>prestazioni trattamento ambulatoriali ambulatoriale esterne esterno</del> (campione)	Numero	%
Casi con <del>prestazioni trattamento ambulatoriali ambulatoriale esterne esterno</del> (popolazione)	Numero	%

## 2.4 Medicina intensiva (IMCU e UCI)

### 2.4.1 Dati di base, IMCU

#### 2.4.1.1 NEMS + grado di gravità (S/P/C)

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

#### 2.4.1.2 Casi rivisti

Casi rivisti con dati di base corretti di IMCU	Numero	%
--	--------	---

### 2.4.2 Dati di base, UCI

#### 2.4.2.1 NEMS

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

#### 2.4.2.2 Grado di gravità

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

#### 2.4.2.3 Casi rivisti

Casi rivisti con dati di base corretti di UCI	Numero	%
---	--------	---

## 2.5 Rimunerazioni supplementari escl. i medicinali (sostanze)

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

## 2.6 Medicinali (sostanze)

Determinante è l'elenco dei medicinali (sostanze) ~~costosi registrabili a livello di casi nella statistica medica~~ secondo SwissDRG SA.

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

Indicazioni sul tipo di errore (unità di misura della dose, tipo di somministrazione ecc.)

## 2.7 Cambio di cost-weight

### 2.7.1 Numero e percentuale dei casi con cambio di cost-weight

	Cost-weight superiore dopo revisione		Cost-weight inferiore dopo revisione		Nessun influsso sul cost-weight	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Per variazione della diagnosi principale	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Per variazione della diagnosi secondaria	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Per variazione del trattamento	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Per altre variazioni	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Totale	Numero	%	Numero	%	Numero	%

### 2.7.2 Differenze con/senza modello all'UST

Differenze	Modello all'UST sì/no	Commenti
.....		

## 2.8 Cost-weight

### 2.8.1 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

CMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)	
---	--

CMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione) <sup>10</sup>		
CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione) <sup>9</sup>		
Significatività statistica della deviazione del CMI prima e dopo la revisione	si/no	
Differenza stimata del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	valore ass.	%
Intervallo di confidenza (IC) al 95% della differenza del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione <sup>11</sup>	IC inferiore	IC superiore

## 2.8.2 Differenze dei cost-weight

Elenco dei cost-weight accoppiati prima e dopo la revisione nei casi con differenze dei cost-weight che non sono uguali a zero (elenco delle coppie [x,y] considerando che x=cost-weight prima della revisione, y=cost-weight dopo la revisione,  $x \neq y$ ).

Numero del caso	Cost-weight prima della revisione	Cost-weight dopo la revisione
.....		

## 2.9 Confronto con revisioni precedenti

Confronto dei risultati della revisione secondo il riassunto del modello di rapporto di revisione con i risultati dell'anno precedente.

<sup>10</sup> Inclusa la presa in considerazione dei raggruppamenti di casi in base al punto 4.2.3 del regolamento.

<sup>11</sup> Se almeno tre cost-weight sono stati corretti.

## **3 Raccomandazioni**

---

### **3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale**

Le raccomandazioni per il miglioramento della codifica devono essere accurate e devono orientarsi agli errori rilevati.

### **3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo di SwissDRG**

Proposte per modifiche della classificazione (ICD e CHOP), delle direttive di codifica o dell'algoritmo del Grouper.

### **3.3 Altre indicazioni del revisore**

## 4 Osservazioni della direzione ospedaliera

---

Osservazioni della direzione ospedaliera

.....  
Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

## Allegato 1: Attestazioni

### Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X

1. Il revisore si impegna ad eseguire in modo corretto e professionale la revisione della codifica sulla base del regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica conformemente a SwissDRG, nella versione attuale.
2. Il revisore si impegna a non divulgare mai a terzi le informazioni acquisite durante l'attività di revisione e a non riutilizzare i risultati.
3. Il revisore si impegna a garantire in qualsiasi momento l'anonimato dei dati dei pazienti nell'ambito della trasmissione dei record della revisione, in modo da impedire qualsiasi possibilità di identificazione del paziente.
4. Il revisore conferma la propria indipendenza nei confronti dell'ospedale soggetto a revisione. In particolare, il revisore conferma che durante il periodo della revisione e per tutta la durata della stessa, non ha avuto con l'ospedale soggetto a revisione alcun rapporto di impiego o mandatario, né alcun altro rapporto di tipo economico. Eventuali rapporti di dipendenza con un finanziatore devono essere evidenziati in modo completo nel rapporto di revisione.
5. Il revisore conferma che l'azienda di revisione presso la quale è assunto non ha contemporaneamente codificato le prestazioni mediche dell'ospedale in oggetto e/o non gli ha offerto consulenza in controlling medico.

.....  
Luogo e data

.....  
Revisore della codifica

**Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la  
revisione della codifica dei dati 20XX**

---

Dichiariamo che al revisore sono stati trasmessi, per l'estrazione dei campioni,  
tutti i casi con dimissione compresa tra il 1° gennaio 20XX e il 31 dicembre 20XX  
fatturati secondo SwissDRG nell'ospedale X.

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

## Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale

L'allegato 2 contiene cifre chiave sugli ospedali e serve soprattutto a inquadrare i dati campione nel quadro complessivo dell'ospedale. La suddivisione in base al tipo di assicurazione è effettuata secondo la variabile 1.4.V02 della Statistica medica. Le informazioni vengono generate dal revisore sulla base del file .dat della Statistica medica e verificate riguardo a possibili incoerenze.

### Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	PP <sup>12</sup>	Altri	Non noto	Totale
<b>Somatica acuta (casi SwissDRG)</b>								
<b>Pazienti in cura e in attesa<sup>13</sup></b>								
<b>Psichiatria</b>								
<b>Riabilitazione</b>								

### Casi SwissDRG

Secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione:

	AMal	AINF	AM	AI	PP <sup>10</sup>	Altri	Non noto	Totale
<b>Intracantonale</b>								
<b>Cantone A</b>								
<b>Cantone B</b>								
<b>Cantone C</b>								
...								

Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale
AMal		%		%		%		%	
AINF		%		%		%		%	
AM		%		%		%		%	
AI		%		%		%		%	
PP		%		%		%		%	
Altri		%		%		%		%	

<sup>12</sup> PP = Pazienti paganti

<sup>13</sup> Pazienti in cura e in attesa secondo le Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY

Non noto		%		%		%		%	
Totale		%		%		%		%	

Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali senza riduzione per trasferimento		Casi normali con riduzione per trasferimento		Low-outlier		High-outlier		Totale
		%		%		%		%	
Cantone A		%		%		%		%	
Cantone B		%		%		%		%	
Cantone C		%		%		%		%	
Cantone D		%		%		%		%	
Cantone E		%		%		%		%	
.....		%		%		%		%	
Totale		%		%		%		%	

## CMI

Per categorie di outlier e tipo di assicurazione

	Casi normali senza riduzione per trasferimento	Casi normali con riduzione per trasferimento	Low-outlier	High-outlier	Totale
AMal					
AINF					
AM					
AI					
PP					
Altri					
Non noto					
Totale					

Per categorie di outlier e cantone di provenienza

	Casi normali senza riduzione per trasferimento	Casi normali con riduzione per trasferimento	Low-outlier	High-outlier	Totale
Cantone A					
Cantone B					
Cantone C					
Cantone D					
Cantone E					
.....					
Totale					

## Numero di remunerazioni supplementari

Rimunerazione supplementare	Denominazione	Importo	AMaI	AINF	AM	AI	Pazienti paganti	Altri	Non noto	Totale
<b>Totale remunerazioni supplementari</b>										

## Numero e percentuale di casi raggruppati nei DRG di base 901, 902, 960, 961, 962 e 963

DRG	Numero	Percentuale
901		%
902		%
960		%
961		%
962		%
963		%

## Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondaria né procedura

Numero di high-outlier nella popolazione	
Percentuale degli high-outlier senza diagnosi secondarie né procedura	%

## Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale

Numero di casi con durata della degenza superiore a 5 giorni nella popolazione	
Percentuale dei casi con durata della degenza superiore a 5 giorni e codice della categoria R come diagnosi principale nella popolazione	%