

~~Versione 3.0 / 13.03.06.03.202~~64

Allegato 2 al Regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica
conformemente a ~~ST Reha~~ e TARPSY e ~~ST Reha~~

Modello di rapporto di revisione¹

nell'ospedale X

~~Versione 3.0~~

ST Reha

Revisione dei dati 20264

Valida dal 01.01.2027~~5~~

Fa fede la versione in lingua tedesca

¹ 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 azzurro): 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	5
Visione d'insieme dei risultati della revisione.....	5
Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione	6
1. Esecuzione della revisione	7
1.1 Periodo di valutazione.....	7
1.2 Versione valida	7
1.3 Calcolo e prelievo del campione	7
1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione	7
1.5 Qualifiche del revisore.....	7
1.6 Indipendenza del revisore	7
1.7 Osservazioni	7
2. Costatazioni.....	8
2.1 Costatazioni generali.....	8
2.2 Fondamenti amministrativi	8
2.2.1 Cartelle cliniche	8
2.2.2 Dati amministrativi dei casi	8
2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)	8
2.2.4 Congruenza della fatturazione	9
2.3 Diagnosi e trattamenti	9
2.3.1 Errori rilevati	9
2.3.2 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore	9
2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione	10
2.3.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore	10
2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione	1140
2.3.6 Attribuzione della diagnosi.....	11
2.3.7 Attribuzione del codice CHOP (BA.-)	11
2.3.8 Attribuzione del codice CHOP (BB.-)	12
2.3.9 Attribuzione del codice CHOP (AA.-)	12
2.3.10 Attribuzione del codice CHOP (altri)	12
2.3.11 Prestazioni ambulatoriali fuori sede	12
2.4 Rimunerazioni supplementari escl. medicinali (sostanze)	1342
2.5 Medicinali (sostanze)	13
2.6 Modifiche del cost-weight.....	13
2.6.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight.....	13
2.6.2 Differenze con/senza modello all'UST	13
2.7 Cost-weight.....	1413

2.7.1 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	1413
2.7.2 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	14
2.7.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione	14
2.7.4 Differenze dei cost-weight	14
2.7.5 Differenze delle durate delle degenze	14
2.8 Confronto fra campione e popolazione	1514
2.8.1 Numero di casi e giorni	1514
2.8.2 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica degli ospedali	15
2.8.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente	15
2.8.4 Numero di codici di trattamento per paziente	15
2.8.5 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari	15
2.8.6 Numero e percentuale di casi TR80Z	1615
2.9 Confronto con revisioni precedenti	16
3. Raccomandazioni	17
3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale	17
3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della ST Reha	17
3.3 Altre indicazioni del revisore	17
4. Osservazioni della direzione ospedaliera	18
Allegato 1: Attestazioni	19
Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X	19
Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la revisione della codifica dei dati 20XX	20
Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione	21
Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto	21
Numero di giorni di trattamento ospedaliero per l'intero istituto	22
Statistica DMI e CMI	22
Casi ST Reha secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione	23
Numero di remunerazioni supplementari	23

Riassunto

Visione d'insieme dei risultati della revisione

Capitolo	Parametro	Risultato	
2.8.1	Casi nel campione	Numero	
2.8.1	Casi nella popolazione	Numero	
2.8.1	Giorni nel campione	Numero	
2.8.1	Giorni nella popolazione	Numero	
2.7.1	CMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)		
2.7.1	CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)		
2.7.1	Significatività statistica dello scostamento del CMI prima e dopo la revisione	sì/no	
2.7.1	Differenza stimata del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
2.5.1	Casi soggetti a revisione con modifiche del cost-weight	Numero	%
2.3	Diagnosi principali corrette ²	Numero	%
2.3	Complemento corretto alla diagnosi principale²	Numero	%
2.3	Diagnosi secondaria corretta	Numero	%
2.3	Codice CHOP corretto nella riabilitazione (BA.-) ³	Numero	%
2.3	Codice CHOP corretto (BB.-) ³	Numero	%
2.3	Codice CHOP corretto strumenti di misurazione (AA.-) ³	Numero	%
2.3	Codice CHOP corretto (altro) ³	Numero	%

I valori in percentuale nella tabella soprastante sono stime non distorte di parametri della popolazione dopo la revisione (indicare la nota nel rapporto di revisione).

2.4	Rimunerazioni supplementari corrette escl. medicinali (sostanze) ³	Numero	%
2.2.3	Combinazioni dei casi contestati	Numero	%
2.2.1.1	Cartelle cliniche mancanti	Numero	%
2.3.13	Trattamento ambulatoriale esterno registrato correttamente Prestazioni ambulatoriali fuori sede esterne correttamente registrate	Numero	%

² Il codice per le diagnosi principali corrette ~~e i supplementi alla diagnosi principale~~ non solo deve essere giusto, ma va anche inserito nella posizione esatta (una diagnosi principale valutata come "corretta" deve ~~per esempio~~ essere inserita nella posizione "diagnosi principale". Se una diagnosi secondaria è stata codificata con il codice corretto per la diagnosi principale, tale diagnosi secondaria non può essere considerata come diagnosi principale corretta).

³ Indicazione per caso.

Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione⁴

	Popolazione	Campione
Casi con remunerazione supplementare	%	%
Casi con <u>trattamenti ambulatoriali esterni</u> <u>prestazioni ambulatoriali fuori</u> <u>sedeesterne</u> ⁵	%	%
CMI		
DMI		

⁴ I valori si riferiscono ai dati prima della revisione (per es. DMI: vengono considerati i cost-weight effettivi prima della revisione).

⁵ A questo scopo devono essere osservate le disposizioni della convenzione per la fatturazione separata di prestazioni durante una degenza ospedaliera (art. 49 cpv. 1 LAMal). Link: <https://www.hplus.ch/it/tariffe/st-reha>. In particolare va notato che ~~le prestazioni~~ trattamenti ambulatoriali ~~esterne fuori sedeesterni~~ durante una degenza ospedaliera che non vengono fatturate all'ospedale non possono essere nemmeno ~~registrate~~ registrati.

1. Esecuzione della revisione

1.1 Periodo di valutazione

1.2 Versione valida

Catalogo dei RCG con cost-weight, regole di fatturazione ("Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a ST Reha" e "Chiarimenti e casi esemplificativi sulle regole di utilizzo"), Manuale di codifica, Classificazioni (CHOP e ICD-10-GM); Tipologia di errore.

1.3 Calcolo e prelievo del campione

Descrizione completa della procedura per la determinazione dell'entità del campione e del metodo per il prelievo del campione nonché delle procedure di calcolo utilizzate.

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 soggiorno prima dell'ammissione		
Cambio del tipo di degenza (ambulatoriale, stazionaria, psichiatria, somatica acuta)		
Decisione per la dimissione		
Destinazione dopo la dimissione		
Trattamento dopo la dimissione		
Durata della degenza		
Congedo amministrativo		
Motivo della riammissione		

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

2.2.3.1 Errori rilevati

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

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 ST Reha" nella versione di volta in volta in vigore.

2.2.4 Congruenza della fatturazione

Errori rilevati

	RCG	Cost-weight	Rimunerazione supplementari
Errato			
Fattura non ancora presente			
Altri			
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.

2.3 Diagnosi e trattamenti

2.3.1 Errori rilevati

Conformità al Manuale di codifica, esposizione della rilevanza RCG degli errori rilevati ecc.

2.3.2 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						
Trattamenti (BA.-)						
Trattamenti (BB.-)						
Trattamenti (AA.-)						
Trattamenti (altri)						

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Totale dei trattamenti						

2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamenti (BA.-)							
Trattamenti (BB.-)							
Trattamenti (AA.-)							
Trattamenti (altro)							
Totale dei trattamenti							

2.3.4 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					
Trattamenti (BA)					
Trattamenti (BB)					
Trattamenti (AA)					
Trattamenti (altro)					
Totale dei trattamenti					

2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamenti (BA)							
Trattamenti (BB)							
Trattamenti (AA)							
Trattamenti (altri)							
Totale dei trattamenti							

2.3.6 Attribuzione della diagnosi ~~principale~~

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

~~2.3.7 Attribuzione della diagnosi complementare~~

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

2.3.78 Attribuzione del codice CHOP (BA.-)

	Numero	Percentuale
--	--------	-------------

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

2.3.98 Attribuzione del codice CHOP (BB.-)

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

2.3.910 Attribuzione del codice CHOP (AA.-)

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

2.3.110 Attribuzione del codice CHOP (altri)

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

2.3.112 ~~Prestazioni ambulatoriali esterne~~fuori sede~~Trattamento ambulatoriale esterno~~⁶

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		
Registrati erroneamente		
Non registrati		

⁶ Fino al 31.12.2023 corrispondeva alla variabile UST « Prestazioni ambulatoriali esterne » (4.3.V016); ora: «behandlung auswaerts»

2.4 Rimunerazioni supplementari escl. medicinali (sostanze)

	Numero	Percentuale
Registrato correttamente		%
Registrato erroneamente		%
Non registrato		%

2.5 Medicinali (sostanze)

Determinante è ~~l'elenco~~ la lista dei medicinali e delle 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.)

2.6 Modifiche del cost-weight**2.6.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight**

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

2.6.2 Differenze con/senza modello all'UST

Differenze	Modello all'UST sì/no	Commenti

--	--	--

2.7 Cost-weight

2.7.1 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

CMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)		
CMI stimato dell'ospedale prima della revisione ⁷ (campione)		
CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione ⁶ (campione)		
Significatività statistica della deviazione del CMI prima e dopo la revisione	<u>si/no</u>	
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 ⁸	IC inferiore	IC superiore

2.7.2 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

DMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)	
DMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione)	
DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)	

2.7.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione

Durata media della degenza prima della revisione (popolazione)	
Durata media stimata della degenza prima della revisione (campione)	
Durata media stimata della degenza dopo la revisione (campione)	

2.7.4 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
.....		

2.7.5 Differenze delle durate delle degenze

Elenco delle degenze accoppiate prima e dopo la revisione nei casi con differenze delle durate delle degenze che non sono uguali a zero (elenco delle coppie [u,v] considerando che u=durata della degenza prima della revisione, v= durata della degenza dopo la revisione, $v \neq y$).

Numero del caso	Durata della degenza prima della revisione	Durata della degenza dopo la revisione

⁷ Inclusa la presa in considerazione dei raggruppamenti di casi conformemente al regolamento 4.2.3.

⁸ Se almeno tre cost-weight sono stati corretti.

.....		

2.8 Confronto fra campione e popolazione

2.8.1 Numero di casi e giorni

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

2.8.2 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica degli ospedali

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

2.8.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente

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

2.8.4 Numero di codici di trattamento per paziente

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

2.8.5 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari

Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (campione)	<i>%</i>
Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (popolazione)	<i>%</i>

⁹ 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!

2.8.6 Numero e percentuale di casi TR80Z

Numero di casi TR80Z (campione)	
Numero di casi TR80Z (popolazione)	
Percentuale di casi TR80Z (campione)	%
Percentuale di casi TR80Z (popolazione)	%

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.

3. Raccomandazioni

3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

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

3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della ST Reha

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

.....

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 alla ST Reha nella versione di volta in volta in vigore.
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 del trasferimento 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 la ST Reha nell'ospedale X.

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione

Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	Totale
Riabilitazione neurologica (BA. 1)					
Riabilitazione psicosomatica (BA.2)					
Riabilitazione polmonare (BA.3)					
Riabilitazione cardiaca (BA.4)					
Riabilitazione muscoloscheletrica (BA.5)					
Riabilitazione internistica ed oncologica (BA.6)					
Riabilitazione pediatrica (BA.7)					
Riabilitazione geriatrica (BA.8)					
Riabilitazione, altro (BA.9)					
Riabilitazione, totale					
Pazienti in cura e in attesa ¹⁰					
Somatica acuta					
Psichiatria					

¹⁰ Pazienti in cura e in attesa secondo le "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a [SWissDRG](#), [TARPSY](#) e ST Reha"

Numero di giorni di trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	Totale
Riabilitazione neurologica (BA.1)					
Riabilitazione psicosomatica (BA.2)					
Riabilitazione polmonare (BA.3)					
Riabilitazione cardiaca (BA.4)					
Riabilitazione muscoloscheletrica (BA.5)					
Riabilitazione internistica ed oncologica (BA.6)					
Riabilitazione pediatrica (BA.7)					
Riabilitazione geriatrica (BA.8)					
Riabilitazione, altro (BA.9)					
Riabilitazione, totale					
Pazienti in cura e in attesa ¹¹					
Somatica acuta					
Psichiatria					

Statistica DMI e CMI

	Casi	Giorni	CaseMix	DMI	CMI
Amal					
AINF					
AM					
AI					
Totale					

¹¹ Pazienti in cura e in attesa secondo le regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a [SwissDRG](#), [TARPSY](#) e ST Reha.

Casi ST Reha secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

	AMal	AINF	AM	AI
Intra-cantonale				
Cantone A				
Cantone B				
Cantone C				
....				

Numero di remunerazioni supplementari

Rimunerazioni supplementari	Denominazione	Somma	AMal	AINF	AM	AI	Autopaganti	Altri	Sconosciuti	Totale
Totale di remunerazioni supplementari										