
Versione 9.0 / 2020

Regolamento

per l'esecuzione della revisione della codifica

conformemente a SwissDRG

Versione 9.0
Revisione dei dati 2020
Valida dal 01.01.2021

con Allegato 1 Campione e Allegato 2 Modello di rapporto di revisione

1. Introduzione

Il 1° gennaio 2012 è entrato in vigore negli ospedali acuti svizzeri il sistema di classificazione dei pazienti SwissDRG.

Sulla base di quanto stabilito dall'art. 59d dell'ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal, e in vista dell'introduzione degli SwissDRG, i partner tariffali LAMal sono tenuti a sottoporre la convenzione tariffale all'approvazione del Consiglio federale.

L'art. 59d cpv. 2 OAMal precisa quanto segue: "Se è scelto un modello di remunerazione riferito alle prestazioni basato su un sistema di classificazione dei pazienti di tipo DRG (*diagnosis related groups*), la convenzione tariffale include anche il relativo manuale di codifica e un piano per la revisione della codifica." Il presente regolamento risponde ad una delle esigenze contenute nell'articolo legislativo menzionato.

2. Obiettivi e principi della revisione della codifica

Affinché l'applicazione degli SwissDRG abbia effetto sul piano tariffale, è indispensabile che i principi di codifica siano applicati in maniera corretta dagli ospedali. La codifica di un caso che comporta delle cure sanitarie ha, in effetti, un'incidenza diretta sulla loro fatturazione.

L'obiettivo della revisione della codifica nell'ambito di SwissDRG è valutare la qualità della stessa all'interno degli ospedali. I risultati saranno riportati in un rapporto che sarà redatto per ogni singolo istituto esaminato. La revisione della codifica si basa su una metodologia irreprensibile, di valutazione della codifica, vale a dire l'indagine a campione. In questo modo la revisione della codifica diventa anche uno strumento per garantire la qualità della codifica. Oltre a svolgere una funzione di controllo, la revisione consente altresì di perfezionare il sistema di codifica.

Per garantire la comparabilità dei risultati, è necessario che l'applicazione della revisione della codifica e la stesura del rapporto di revisione siano unificate a livello nazionale.

Le disposizioni sull'attuazione della revisione della codifica, sancite all'interno del presente regolamento, hanno validità sull'insieme del territorio svizzero. L'esecuzione della revisione della codifica ai sensi del presente regolamento fa obbligatoriamente parte delle convenzioni tariffali nonché dei mandati di prestazione dei cantoni.

In caso di necessità il regolamento verrà adeguato alle nuove esigenze. I partner contrattuali concluderanno le negoziazioni necessarie entro il 30 giugno del rispettivo anno e il nuovo regolamento entrerà in vigore l'anno successivo.

I contenuti dei rapporti non devono permettere di rintracciare l'identità dei pazienti.

I documenti vengono tradotti in francese e in italiano. In caso di dubbi farà fede la versione tedesca.

3. Requisiti del revisore¹

3.1. Qualifiche

1. Per poter assumere la funzione di revisore dei codici, è necessario possedere l'attestato professionale federale di "Specialista in codifica medica", o un attestato equivalente, ed avere complessivamente maturato 3 anni di attività professionale a tempo pieno nel settore della codifica.
2. Si richiedono inoltre le conoscenze linguistiche necessarie per poter procedere alla revisione dei casi nella lingua nazionale corrispondente.
3. Il revisore si impegna a seguire con regolarità i corsi di aggiornamento e perfezionamento in materia di codifica.
4. Per l'anno dei dati da sottoporre a revisione, il revisore può dimostrare almeno un'occupazione del 50% nell'ambito della codifica (revisioni, codifica in ospedale, perfezionamento ecc.).

3.2. Elenco UST dei revisori

1. L'UST tiene un elenco di tutti i revisori che adempiono ai requisiti di cui al punto 3.1 e che hanno presentato all'UST richiesta d'ammissione nell'elenco dei revisori.
2. L'UST pubblica l'elenco aggiornato al 30 giugno e al 31 dicembre di ogni anno. Ha facoltà di formulare disposizioni esecutive.

3.3. Codice di condotta del revisore

3.3.1. Metodo di lavoro

1. Il revisore si impegna ad applicare le direttive di codifica emanate dall'UST in modo conforme e corretto. Il revisore conosce le direttive di revisione esposte nel presente documento e agisce in base ad esse.
2. Il revisore è consapevole che il suo giudizio può avere delle ripercussioni sull'ospedale sottoposto a revisione. Tali ripercussioni, tuttavia, non devono essere prese in considerazione nell'ambito della revisione e non devono influenzare il comportamento del revisore né le dichiarazioni contenute nel suo rapporto di revisione.

3.3.2. Segreto professionale

Gli accertamenti compiuti dal revisore ovvero i contenuti e le informazioni acquisiti dal revisore durante la sua attività di controllo sono riservati e coperti dal segreto professionale, un obbligo che il revisore dovrà costantemente osservare nei confronti di soggetti terzi. Non è ammesso l'utilizzo dei risultati per altri scopi.

3.3.3. Indipendenza

1. Il revisore garantisce la propria indipendenza nei confronti dell'ospedale sottoposto a revisione, attestandola anche nel suo rapporto di revisione. Ciò significa in particolare che il revisore, durante il periodo di revisione e per tutta la sua durata, non potrà essere legato all'ospedale oggetto di revisione attraverso un altro rapporto di lavoro e mandato, né dipendere finanziariamente da quest'ultimo in qualsiasi altra forma. Eventuali legami di dipendenza rispetto al finanziatore dovranno essere comunicati.
2. Alla società incaricata della revisione della codifica non è contemporaneamente consentito di codificare le prestazioni mediche dell'ospedale in oggetto e/o offrire consulenza di controlling medico allo stesso ospedale.

¹ Ai fini di una maggiore scorrevolezza è stato adottato il genere maschile per designare i soggetti di sesso sia maschile che femminile.

4. Direttive di revisione

4.1. Principi

4.1.1. Contenuto della revisione della codifica

1. La revisione della codifica ha quale obiettivo quello di verificare la qualità della codifica del singolo ospedale e la sua conseguente fatturazione secondo i criteri SwissDRG. I risultati vengono riportati in un rapporto.
2. Le presenti direttive di revisione concernono i requisiti minimi relativi alla revisione della codifica definiti in maniera omogenea a livello nazionale.
3. In materia di revisione i partner tariffali possono stabilire ulteriori regole e contenuti, essi non devono tuttavia pregiudicare la validità della revisione della codifica definita nel presente regolamento. Dei controlli più approfonditi possono essere effettuati attraverso l'applicazione della legislazione cantonale.

4.1.2. Revisione annuale

1. La revisione della codifica ha luogo per ogni anno di dati X e deve essere conclusa entro il 31 maggio dell'anno X+2. Di comune accordo la revisione della codifica può essere effettuata in due fasi distinte. In ogni caso viene redatto un unico rapporto di revisione contenente i risultati delle due fasi.

4.1.3. Fondamenti della revisione

1. La revisione si fonda
 - a) sulle basi di codifica pubblicate dall'UST (il manuale di codifica e le versioni delle classificazioni relative a diagnosi e procedure in vigore durante il periodo di revisione);
 - b) sulle regole relative all'applicazione degli SwissDRG in vigore durante il periodo di revisione.
2. Le versioni dei Grouper e dei cost-weight per caso usate nell'anno di revisione dovranno essere ugualmente attestate.
3. Ogni caso sarà verificato sulla base della cartella clinica² completa.

4.1.4. Conferimento del mandato al revisore

Il revisore viene designato di comune accordo dalle parti contrattuali. Gli ospedali hanno diritto di proposta a condizione di rispettare i criteri per l'indipendenza riportati alla cifra 3.3.3. Qualora le parti contrattuali non giungano ad un accordo, il revisore viene designato dal cantone in virtù del diritto di sovranità.

4.1.5. Finanziamento della revisione

I costi della revisione sono a carico dell'ospedale sottoposto a revisione, ma confluiscono come costi imputabili nel calcolo delle tariffe.

4.1.6. Luogo della revisione

1. La revisione viene generalmente effettuata all'interno dell'ospedale. L'ospedale mette a disposizione dei locali adeguati dove poter effettuare la revisione della codifica.
2. Qualora tutti i documenti necessari alla revisione siano disponibili in formato elettronico, questa può aver luogo anche all'esterno dell'ospedale garantendo il rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati.

² La cartella clinica completa comprende, in relazione alla revisione della codifica, unicamente i documenti rilevanti ai fini della codifica del caso da verificare.

4.1.7. Date della revisione

Le date della revisione vengono concordate tra il revisore e l'ospedale, tenendo conto del termine previsto per la consegna del rapporto di revisione.

4.2. Esecuzione della revisione

4.2.1. Dichiarazione di completezza

1. All'inizio della revisione della codifica, l'ospedale è tenuto a consegnare al revisore una dichiarazione di completezza in cui conferma di avergli trasmesso tutti i casi SwissDRG fatturati nell'anno di riferimento i quali saranno utilizzati per l'estrazione di campioni.
2. L'ospedale comunica spontaneamente al revisore eventuali modifiche dei dati trasmessi, apportate nell'ambito di una variazione della fattura prima dell'inizio dell'attività di revisione.

4.2.2. Estrazione del campione

1. Il campione viene prelevato in maniera casuale tra le dimissioni di pazienti affetti da patologie somatiche acute e fatturati secondo i criteri SwissDRG durante il periodo di revisione. La base di dati trasmessa per l'estrazione del campione non deve essere più cambiata dopo la trasmissione da parte del revisore. Qualora il caso prelevato rientri in un raggruppamento costituito da uno o più casi, la revisione verrà sistematicamente estesa all'insieme delle degenze facenti capo a quel raggruppamento. Se nella revisione della codifica sono stati separati casi che erano stati raggruppati dall'ospedale o se nella revisione della codifica sono stati raggruppati casi che non erano stati raggruppati dall'ospedale e questi casi non sono contenuti nel campione, nel rapporto di revisione i risultati vanno rappresentati separatamente: questi casi non vanno inclusi nel calcolo dei dati da presentare.
2. I dettagli relativi alla determinazione del campione sono specificati nell'Allegato 1.
3. L'estrazione dei campioni viene effettuato dal revisore in collaborazione con l'ospedale.
4. Il campione (comunicazione dei casi di revisione all'ospedale) viene notificato almeno 10 giorni e al massimo 15 giorni prima della revisione.
5. Se al momento della revisione non vi sono dossier disponibili per oltre il 1% dei casi, occorrerà estrarre un nuovo campione dall'insieme di tutti i casi. L'ospedale dovrà altresì giustificare l'assenza di dossier relativi a pazienti. Entrambe le circostanze dovranno essere menzionate nel rapporto di revisione.

4.2.3. Procedura di revisione

1. Il revisore garantisce che i casi presentati dall'ospedale coincidono con quelli del campione.
2. Il revisore codifica ogni caso del campione sulla base della cartella clinica completa (lettera di dimissione, rapporti operatori, referti patologici, responso endoscopico, documentazione delle cure ecc.).
3. La revisione della codifica avviene tramite ricodifica basata sulla cartella clinica e riferita al singolo caso; ciò significa che la codifica originaria è nota.
4. Il revisore verifica altresì la congruenza tra la codifica originaria dell'ospedale e la fatturazione.
5. Le correzioni della fattura a seguito della revisione della codifica non sono consentite a meno che non sussista una significatività statistica.

4.2.4. Schema di valutazione della codifica ospedaliera (tipologia errori)

La codifica viene valutata:

- **"esatta"**, se i due codici sono identici (ossia se **tutte** le posizioni del codice sono identiche).
- **"errata"** se sussistono differenze per una posizione del codice ICD-10 o CHOP.
- **"mancante"**
- **"ingiustificata"**
- **"non necessaria"**

La tipologia degli errori viene ricapitolata nella tabella seguente:

Tipo di errore	Codice diagnostico (ICD-10)	Codice di trattamento (CHOP)
Esatto	😊😊😊.😊😊	😊😊.😊😊.😊😊
errata la 1 ^a posizione	😞😊😊.😊😊	😞😊.😊😊.😊😊
errata la 2 ^a posizione	😊😞😊.😊😊	😊😞.😊😊.😊😊
errata la 3 ^a posizione	😊😊😞.😊😊	😊😊.😞😊.😊😊
errata la 4 ^a posizione	😊😊😊.😞😊	😊😊.😊😞.😊😊
errata la 5 ^a posizione	😊😊😊.😊😞	😊😊.😊😊.😞😊
errata la 6 ^a posizione	-	😊😊.😊😊.😊😞
Codice mancante	Il codice diagnostico non viene indicato, sebbene la diagnosi corrispondente sia menzionata nei documenti utilizzati per la codifica e sia rilevante per l'ospedalizzazione.	Il codice di trattamento non viene indicato, sebbene il trattamento corrispondente sia menzionato nei documenti utilizzati per la codifica e sia stato condotto durante l'ospedalizzazione.
Codice ingiustificato	Il codice diagnostico viene indicato, sebbene la diagnosi corrispondente non sia menzionata nei documenti utilizzati per la codifica o non sia rilevante per l'ospedalizzazione.	Il codice di trattamento viene indicato, sebbene il trattamento corrispondente non sia menzionato nei documenti utilizzati per la codifica o non sia rilevante per l'ospedalizzazione.
Codice non necessario	Viene indicato il codice diagnostico, sebbene le informazioni siano già contenute in un altro codice o il codice, conformemente alle linee guida di codifica dell'UST, non debba essere indicato.	Viene indicato il codice di trattamento, sebbene le informazioni siano già contenute in un altro codice o il codice, conformemente alle linee guida di codifica dell'UST, non debba essere indicato.

4.2.5. Redazione del rapporto di revisione

1. I risultati della revisione della codifica saranno messi per iscritto e discussi con il responsabile della codifica dell'ospedale una volta terminata la revisione. Entro il termine di 10 giorni lavorativi il rapporto di revisione provvisorio sarà trasmesso all'ospedale, affinché possa esprimersi in merito al suo contenuto. Successivamente il revisore redigerà il rapporto definitivo da trasmettere all'ospedale.
2. I dettagli del rapporto di revisione sono specificati nel capitolo 5 e nell'Allegato 2.

4.2.6. Procedura in caso di disaccordo

1. Nel caso in cui l'ospedale non approvi una codifica del revisore, o discordi da altre osservazioni espresse durante la sua attività, e sempre che non si giunga ad un accordo sulla base di un dialogo tra le parti, la stesura del rapporto di revisione sarà effettuata sulla base della valutazione e della codifica del revisore.
2. Il revisore e l'ospedale possono presentare di comune accordo la codifica contestata al segretariato di codifica dell'UST per una valutazione. La risposta perverrà entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta. Anche in questo caso il parere del revisore sarà determinante ai fini del rapporto di revisione. La discrepanza dovrà essere menzionata nel rapporto di revisione indipendentemente dall'eventuale giudizio dell'UST.

5. Rapporto di revisione

5.1. Contenuto del rapporto

1. I risultati della revisione vengono iscritti nel rapporto di revisione. Le informazioni contenute nel rapporto di revisione non devono permettere di rintracciare l'identità dei pazienti.
2. Il rapporto di revisione, che deve rispettare le regole formali di cui all'Allegato 2, è composto dalle seguenti parti:
 1. rapporto sulla revisione della codifica
 2. record dei dati di revisione

5.2. Utilizzo e pubblicazione del rapporto di revisione

1. L'ospedale deve rendere accessibili le valutazioni riportate nel rapporto di revisione secondo l'art. 1 "Riassunto" del Modello di rapporto di revisione, versione 9.0, come osservazioni fondamentali contenute nel rapporto di revisione. L'ospedale è libero di pubblicare il testo integrale del rapporto di revisione.
2. Nel trasmettere i record dei dati di revisione deve sempre essere garantito l'anonimato delle informazioni concernenti i pazienti, così da non permettere di rintracciare la loro identità.
3. I seguenti destinatari possono accedere al rapporto di revisione integrale firmato in formato pdf, compresi i record dei dati di revisione in formato dat:

Destinatari	Diritti del destinatario del rapporto
Ospedale sottoposto a revisione	Libera disponibilità dei contenuti del rapporto
Cantone di ubicazione dell'ospedale	Diritto di trasmettere i contenuti ad organi cantionali interni
H+	Da definirsi a cura degli ospedali / H+. Indirizzo di invio: tarif@hplus.ch
santésuisse	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti gli assicuratori malattie affiliati. Indirizzo di invio: mail@santesuisse.ch , oggetto: "Rapporto della revisione della codifica"
Curafutura	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti gli assicuratori malattie affiliati. Indirizzo di recapito: info@curafutura.ch , Oggetto: «Rapporto di revisione della codifica»
CTM	Diritto di trasmettere l'intero rapporto agli assicuratori infortuni affiliati, all'assicurazione militare e all'assicurazione invalidità. Indirizzo di invio: info@zmt.ch
CDS	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti i cantoni. Indirizzo di invio: revisionsberichte@gdk-cds.ch oppure rapportcodage@gdk-cds.ch
SwissDRG SA	Senza diritto di trasmissione. Indirizzo di invio: info@swissdrg.org
Segretariato di codifica dell'UST	Diritto di richiesta in caso di necessità. Senza diritto di trasmissione

Il revisore garantisce che il rapporto di revisione e i record dei dati della revisione vengano inviati ai destinatari sopra menzionati entro e non oltre il 30 giugno dell'anno di dati oggetto della revisione X+2.

6. Stato

Versione 9.0 approvata dal Consiglio di Amministrazione della SwissDRG SA a Berna in data 19.06.2020.

Allegato 1: Campione

- A) Il campionamento deve permettere di ottenere una stima della differenza D (fra il CMI basato sui **cost-weight** dell'ospedale e il CMI basato sui **cost-weight** del campione) tale che, con **probabilità** maggiore o uguale a 95%, l'errore di stima assoluto sia più piccolo di 0.02.³ In altri termini, il margine d'errore con livello di confidenza 95%⁴ deve essere più piccolo di 0.02.
Il calcolo della **numerosità** del campione si appoggia principalmente sulla distribuzione degli errori dell'ultima revisione. I risultati di revisioni precedenti vengono tuttavia presi in considerazione se **ciò** è opportuno per ragioni statistiche.
- B) Per istituti con ≥ 1000 casi all'anno: l'entità del campione calcolata secondo il punto A) è < 100 o > 300 casi, per cui l'entità del campione utilizzata è di minimo 100 e massimo 300 casi.
- C) Per istituti con < 1000 casi all'anno: l'entità del campione calcolata secondo il punto A) è < 20 , per cui l'entità del campione utilizzata è di minimo 20 casi.
- D) Se nell'ultima revisione della codifica sono stati corretti **meno** di tre cost-weight, per gli istituti con ≥ 1000 casi all'anno si stabilisce per la prossima revisione un'entità del campione di 100 casi e per gli istituti con < 1000 casi all'anno un'entità del campione di 20 casi.
- E) I metodi per l'estrazione del campione e per la determinazione dell'entità del campione devono basarsi su principi statistici e devono essere documentati e validati scientificamente. Al fine di ottenere una validità scientifica, per la determinazione dell'entità del campione e dell'intervallo di confidenza della differenza dei CMI viene raccomandato il metodo di Bootstrap. Inoltre, si deve puntare a un'adeguata rappresentazione di casi con cost-weight elevato, che può essere ottenuta mediante estrazione del campione stratificata o utilizzo di probabilità di inclusione.
- F) Tutte le procedure devono essere documentate in modo comprensibile, ossia una terza persona deve poter essere in grado di riprodurre la valutazione con la stessa base di dati, ottenendo esattamente lo stesso risultato. Se viene condotta un'estrazione del campione stratificata, deve essere riportata la definizione esatta degli strati (criteri, limiti, entità). Se viene condotta un'estrazione del campione ponderata, anche la ponderazione deve essere descritta esattamente con indicazione dei risultati ponderati e non ponderati.
- G) I risultati statistici dai campioni devono essere determinati con buoni stimatori (ossia non distorti).
- H) Si raccomanda l'inclusione di specialisti con formazione in ambito statistico.

³ L'espressione formale di questa regola è la seguente. Sia $\hat{D}$ la stima di D e ϵ l'errore assoluto che si desidera ottenere. La **numerosità** n deve soddisfare la condizione:

Probabilità $(|D - \hat{D}| < \epsilon) \geq 0.95$ (1)

ove $D - \hat{D}$ rappresenta l'errore di stima e $|D - \hat{D}|$ il suo valore assoluto. Le versioni 1 a 4 del regolamento richiedevano $\epsilon=0.05$. Il valore ϵ venne ridotto a 0.02 nelle versioni 5 e 6.

⁴ Il "margine d'errore con livello di confidenza 95%" viene abitualmente definito come la metà **dell'**intervallo di confidenza 95% per D. Se la distribuzione della stima $\hat{D}$ è approssimativamente normale, la condizione (1) richiede che, con probabilità **maggiore** o uguale a 95%, il margine di errore sia più piccolo di ϵ .