
Regolamento
per l'esecuzione della revisione della codifica
conformemente a ST Reha

Versione 2.0
Revisione dei dati 2023
Valida dal 01.01.2024

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

Fa fede la versione in lingua tedesca

Indice

1. Introduzione.....	3
2. Obiettivi e principi della revisione dei codici.....	3
3. Requisiti del revisore.....	4
3.1. Qualifiche.....	4
3.2. Elenco UST dei revisori.....	4
3.3. Codice di condotta del revisore.....	4
3.3.1. Metodo di lavoro.....	4
3.3.2. Segreto professionale.....	4
3.3.3. Indipendenza.....	5
4. Direttive di revisione.....	5
4.1. Principi.....	5
4.1.1. Contenuto della revisione della codifica.....	5
4.1.2. Revisione annuale.....	5
4.1.3. Fondamenti della revisione.....	5
4.1.4. Conferimento del mandato al revisore.....	6
4.1.5. Finanziamento della revisione.....	6
4.1.6. Luogo della revisione.....	6
4.1.7. Date della revisione.....	6
4.2. Esecuzione della revisione.....	6
4.2.1. Dichiarazione di completezza.....	6
4.2.2. Estrazione del campione.....	6
4.2.3. Procedura di revisione.....	7
4.2.4. Schema di valutazione della codifica ospedaliera (tipologia errori).....	7
4.2.5. Redazione del rapporto di revisione.....	9
4.2.6. Procedura in caso di disaccordo.....	9
5. Rapporto di revisione.....	10
5.1. Contenuto del rapporto.....	10
5.2. Utilizzo e pubblicazione del rapporto di revisione.....	10
Allegato 1: Campione.....	12

1. Introduzione

Il sistema di classificazione dei pazienti ST Reha è entrato in vigore il 1° gennaio 2022 negli ospedali di riabilitazione stazionaria¹ svizzeri.

I partner della SwissDRG SA, in particolare le parti tariffali, ritengono indispensabile un'implementazione unitaria a livello nazionale della revisione dei codici per la ST Reha. Il regolamento e il modello di rapporto di revisione sono parti integranti di un'applicazione unitaria a livello nazionale della struttura tariffaria ST Reha.

2. Obiettivi e principi della revisione dei codici

Affinché l'applicazione della ST Reha abbia effetto sul piano tariffale, è indispensabile che gli strumenti della codifica medica siano impiegati 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 della ST Reha 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.

¹ Per una migliore leggibilità di seguito detti semplicemente "ospedali".

3. Requisiti del revisore²

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,³ ed avere complessivamente maturato 3 anni di attività professionale a tempo pieno nel settore della codifica. Il revisore deve poter dimostrare di avere svolto un perfezionamento professionale specifico per la riabilitazione nel campo della codifica (applicazione delle regole di codifica per gli strumenti di misurazione nella riabilitazione: ADL, CIRS, test del cammino in 6 minuti (codici CHOP AA.-) / requisiti ANQ per gli strumenti di misurazione nella riabilitazione) o di avere un'esperienza professionale di almeno 1 anno (grado di occupazione del 100%) nel campo della riabilitazione.
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 e di riabilitazione.

3.2. Elenco UST dei revisori

1. L'Ufficio federale di statistica (UST) tiene un elenco di tutti i revisori che adempiono ai requisiti conformemente a 3.1 e che hanno presentato all'UST richiesta d'ammissione nell'elenco dei revisori
2. L'UST pubblica l'elenco aggiornato al 30.06.e al 31.12. 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

1. 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,

² Ai fini di una maggiore scorrevolezza è stato adottato il genere maschile per designare i soggetti di sesso sia maschile che femminile.

³ La richiesta di riconoscimento dell'equipollenza delle prestazioni di formazione fornite deve essere inoltrata unitamente ai documenti richiesti alla commissione d'esame federale dell'esame professionale per codificatori medici.

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 durante il periodo di revisione e per tutta la sua durata il revisore non potrà essere legato all'ospedale oggetto di revisione attraverso un altro rapporto di lavoro e mandato, né dipendere finanziariamente in qualsiasi altra forma dall'ospedale oggetto di revisione. Eventuali rapporti di dipendenza rispetto al finanziatore devono 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 in controlling medico allo stesso ospedale.

4. Direttive di revisione

4.1. Principi

4.1.1. Contenuto della revisione della codifica

1. La revisione dei codici ha l'obiettivo di verificare la qualità della codifica del singolo ospedale e la sua conseguente fatturazione secondo i criteri ST Reha. 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 può essere effettuata in due fasi distinte. In ogni caso viene redatto un unico rapporto di revisione contenente i risultati sommati delle due fasi.

4.1.3. Fondamenti della revisione

1. La revisione si fonda:
 - a) sugli strumenti per la codifica medica pubblicati dall'UST (il Manuale di codifica e le versioni delle classificazioni relative a diagnosi e procedure nonché la circolare per i codificatori in vigore durante il periodo di revisione);
 - b) sulle regole relative all'applicazione della ST Reha in vigore durante il periodo di revisione.
2. Dovrà essere attestata la versione del catalogo dei Grouper e dei RCG con i cost-weight.

3. Ogni caso sarà verificato sulla base delle cartelle cliniche complete⁴ dei pazienti.

4.1.4. Conferimento del mandato al revisore

1. Il revisore viene designato di comune accordo dalle parti contrattuali. L'ospedale ha diritto di proposta a condizione di rispettare i criteri per l'indipendenza riportati in 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

1. 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 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.

4.1.7. Date della revisione

1. 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 ST Reha 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 stabilito in modo tale che, sulla base di principi statistici, consenta di ottenere dati significativi riguardo alla popolazione.
2. Il campione viene prelevato secondo il principio di casualità e si basa sulle dimissioni di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri di riabilitazione e fatturati secondo la ST Reha durante il periodo di revisione. La base di dati determinata per il prelievo del campione non può essere modificata dopo la trasmissione.

⁴ La cartella clinica completa comprende, in relazione alla revisione della codifica, unicamente i documenti rilevanti ai fini della codifica del caso da verificare.

3. I dettagli relativi alla determinazione del campione sono specificati nell'allegato 1.
4. L'estrazione dei campioni viene effettuata dal revisore in collaborazione con l'ospedale.
5. Il campione (comunicazione dei casi di revisione all'ospedale) viene notificato almeno 10 giorni e al massimo 15 giorni prima della revisione.
6. Se al momento della revisione, ai sensi di 4.2.3 cpv. 2 e 3, non vi sono cartelle cliniche dei pazienti disponibili per oltre il 3% dei casi, occorrerà estrarre un nuovo campione dall'insieme di tutti i casi. L'ospedale dovrà altresì giustificare l'assenza dei dossier dei 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 del dossier completo del paziente (rapporto di dimissione, documentazione delle cure, ecc.).
3. La revisione della codifica viene effettuata sulla base dei dossier dei pazienti con riferimento al singolo caso. Con riferimento al caso singolo come ricodifica, cioè la codifica originaria è nota.
4. Il revisore verifica altresì la congruenza tra la codifica originaria dell'ospedale e la fatturazione.
5. Non sono ammesse correzioni delle fatture a causa della revisione dei codici, salvo che vi sia una significatività statistica.
6. La codifica di ogni caso riveduto viene confrontata con la codifica originale del caso da parte dell'ospedale. I codici che differiscono sono registrati come errori di codifica. In particolare vale quanto segue:
 - Il cost-weight di ogni caso riveduto viene confrontato con il cost-weight risultante dalla codifica originale del caso.
 - Se il revisore ritiene che una degenza S nel campione faccia parte di una degenza T più lunga, tutte le parti di T vengono sottoposte a revisione (anche quelle che non fanno parte della degenza S nel campione). Il cost-weight della degenza T, determinato dal revisore, viene confrontato con la somma dei cost-weight delle parti di T fatturate dall'ospedale secondo la codifica originale.
 - Se, secondo la stima del revisore, una degenza S nel campione deve essere suddivisa in due o più degenze P1, P2, ..., vengono riviste tutte le parti P1, P2, Il cost-weight della degenza S originariamente determinato dall'ospedale viene confrontato con la somma dei cost-weight delle degenze P1, P2, ... che sono state determinate dal revisore.

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

La codifica del codice diagnostico e di trattamento 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 nelle tabelle seguenti:

Tipo di errore	Codice diagnostico (ICD-10)	Codice di trattamento (CHOP senza AA.-)
Esatta	☺☺☺☺☺	☺☺.☺☺.☺☺
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/Rilevanza non necessaria	Viene indicato il codice diagnostico, sebbene l'informazione sia già contenuta 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 l'informazione sia già contenuta in un altro codice o il codice, conformemente alle linee guida di codifica dell'UST, non debba essere indicato.

La codifica degli strumenti di misurazione nella riabilitazione⁵ viene valutata:

- "esatta"
- "errata"
- "mancante"
- "momento della rilevazione non corretto"

Tipo di errore	Codice CHOP (AA.-)
Esatta	☺ L'item è stato rilevato nell'arco di tempo prescritto dal codice CHOP e il valore attribuito è dimostrabile e ricostruibile sulla base della documentazione ⁶ utilizzata per la codifica.
Errata	☹ L'item viene codificato con un valore non conciliabile con le informazioni contenute nei documenti utilizzati per la codifica.
Mancante	L'item non viene codificato, sebbene sia menzionato nei documenti utilizzati per la codifica e sia rilevante per l'ospedalizzazione.
Momento della rilevazione non corretto	L'item non è stato rilevato nell'arco di tempo prescritto dal codice CHOP.

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.
2. Entro il termine di 10 giorni lavorativi il rapporto di revisione provvisorio sarà trasmesso all'ospedale, affinché possa esprimersi in merito al suo contenuto.
3. Successivamente il revisore redigerà il rapporto definitivo da trasmettere all'ospedale.
4. 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

⁵ Strumenti di misurazione secondo il catalogo CHOP in vigore (capitolo AA.-)

⁶ I requisiti minimi della documentazione degli strumenti di misurazione nella riabilitazione corrispondono alle direttive secondo i codici CHOP. Nella cartella clinica del paziente la valutazione deve essere documentata da parte della persona responsabile al fine di garantire la dimostrabilità e ricostruibilità del valore.

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 come "Riassunto" (pagina 4 del Modello di rapporto di revisione) sotto forma di 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 cantonali 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 malattia affiliati. Indirizzo di invio: mail@santesuisse.ch , oggetto: "Rapporto sulla revisione dei codici"
Curafutura	Diritto di trasmettere l'intero rapporto a tutti gli assicuratori malattia affiliati. Indirizzo di invio info@curafutura.ch , oggetto: "Rapporto sulla revisione dei codici".
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

Destinatari	Diritti del destinatario del rapporto
SwissDRG SA	Senza diritto di trasmissione. Indirizzo di invio: reha@swissdrg.org
Segretariato di codifica dell'UST	Diritto di richiesta in caso di necessità. Senza diritto di trasmissione.

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

6. Stato

Versione 2.0 approvata dal Consiglio di Amministrazione della SwissDRG SA a Berna in data 23.03.2023.

Allegato 1: Campione

- A) Per la revisione dei dati 2023 secondo la ST Reha, è stata stabilita un'entità del campione per ogni istituto pari al 5%. L'entità del campione per un istituto è tuttavia di minimo 30 e massimo 150 casi.
- B) La valutazione della differenza di codifica (scostamento tra il CMI dell'istituto prima della revisione e il CMI dell'istituto con il codice del revisore) e il tipo di determinazione di un intervallo di confidenza del 95% devono essere documentati in modo comprensibile, il che significa che una terza persona deve poter riprodurre la valutazione con la stessa base di dati, ottenendo esattamente lo stesso risultato.
- C) 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 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.
- D) 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, deve essere descritta esattamente anche la ponderazione con indicazione dei risultati ponderati e non ponderati.
- E) I risultati statistici ottenuti sulla base dei campioni devono essere determinati con buoni (vale a dire non distorti) stimatori.
- F) È consigliabile il ricorso a specialisti con formazione in ambito statistico.