

**SwissDRG 10.0
versione pianificazione
(2020/2021)**

**Swiss
Diagnosis
Related
Groups
versione 10.0**

Manuale delle definizioni
Volume 1
(DRG A01A - F98C)

© 2020 by SwissDRG SA, Berna, Svizzera

Tutti i diritti riservati. I manuali di definizione sono protetti dai diritti d'autore.
L'utilizzazione fuori delle condizioni d'utilizzazione di SwissDRG SA è
proibita senza un preventivo consenso scritto.

SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021)
Manuale delle definizioni

Contenuto

1 Volume 1 (DRG A01A-F98C)

Elenco delle illustrazioni e delle tabelle	VI
Documenti corrispondenti al manuale delle definizioni SwissDRG 10.0, versione pianificazione (2020/2021)	VII
Osservazioni preliminari	VIII
Elenco delle abbreviazioni	IX
Introduzione	1
1 Obiettivi	1
2 Premessa	1
3 Classificazione SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021)	3
3.1 Lista dei DRG	4
3.2 Come gestire i gradi di gravità	5
4 Raggruppamento per DRG degli episodi di cura	6
4.1 Variabili per il raggruppamento	6
4.2 Verifica delle caratteristiche demografiche e cliniche	6
4.3 Attribuzione MDC	6
4.4 Elaborazione pre-MDC	7
4.5 Suddivisione per categorie MDC	7
4.6 Attribuzione al DRG di base	8
4.7 Attribuzione di CCL e PCCL	8
4.8 Assegnazione DRG	8
4.9 Diverse funzioni che influenzano il raggruppamento degli episodi di cura	9
4.10 DRG "spazzatura" e altri DRG	9
5 Indicazioni per l'uso del manuale delle definizioni	10
5.1 Uso del manuale	10
5.2 Simboli e convenzioni	14
6 Particolarità della SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021)	16
6.1 Validità delle classificazioni di diagnosi e procedure	16
6.2 Contrassegni di lateralità	16
6.3 Procedure OR e NonOR ità	16

1 Volume 1 (DRG A01A-F98C)

Pre-MDC	(DRG A01A-B61C)	48
MDC 01	Malattie e disturbi del sistema nervoso (DRG B01A-B90B)	153
MDC 02	Malattie e disturbi dell'occhio (DRG C01Z-C86Z)	301
MDC 03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola (DRG D01A-D87Z)	340
MDC 04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio (DRG E01A-E90C)	469
MDC 05	Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare (DRG F01A-F98C)	547

2 Volume 2 (DRG G02A-I98Z)

MDC 06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente (DRG G02A-G88Z)	1
MDC 07	Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas (DRG H01A-H87B)	135
MDC 08	Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo (DRG I02A-I98Z)	215

3 Volume 3 (DRG J01A-P67D)

MDC 09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella (DRG J01A-J87B)	1
MDC 10	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche (DRG K03Z-K87Z)	148
MDC 11	Malattie e disturbi dell'apparato urinario (DRG L02Z-L87Z)	202
MDC 12	Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile (DRG M01A-M86Z)	302
MDC 13	Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile (DRG N01A-N86Z)	344
MDC 14	Gravidanza, parto e puerperio (DRG O01A-O65D)	400
MDC 15	Neonati (DRG P02A-P67D)	461
	Neonato con problemi gravi	729
	Neonato con problemi gravi multipli	770

4 Volume 4 (DRG Q01Z-Z86Z)

MDC 16	Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario (DRG Q01Z-Q86B)	1
MDC 17	Neoplasie ematologiche e solide (DRG R01A-R65C)	21
MDC 18A	HIV (DRG S01Z-S65Z)	54
MDC 18B	Malattie infettive e parassitarie (DRG T01A-T88Z)	78
MDC 19	Malattie e disturbi psichici (DRG U01A-U66C)	106
MDC 20	Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe (DRG V01Z-V02D)	127
MDC 21A	Politrauma (DRG W01A-W61C)	142
MDC 21B	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci (DRG X01A-X86B)	273
MDC 22	Ustioni DRG Y02A-Y63Z)	435
MDC 23	Fattori che influenzano lo stato di salute e altro ricorso a servizi sanitari (DRG Z01Z-Z86Z)	467

Funzioni globali

Procedure OR non correlata	490
Certe procedure OR	521
Procedure OR complesse	612
Procedure complicanti	640
Dialisi	653
Politrauma	658
Intervento su più localizzazioni	676
Terapia intensiva complessa > 980 / 1104 punti risorse	731
Riabilitazione geriatrica, da 14 giorni di trattamento	739
Trattamento riabilitativo precoce, da 14 giorni di trattamento	743
Terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse	748
Procedura OR estesa in più tempi	776
Certe procedure OR a quattro tempi	865
Procedure complicanti pre-MDC	885
Intervento multi viscerale	892
Terapia a pressione negativa complessa	969
Terapia a pressione negativa altamente complessa	1046
Costellazioni molto onerose	1052

4 Volume 4 (DRG Q01Z-Z86Z)

Ustioni gravissime	1059
Ustioni grave	1078
Trattamento riabilitativo precoce, da 7 giorni di trattamento	1082
Procedure OR complesse a quattro tempi	1110
Terapia a pressione negativa	1199
Riabilitazione geriatrica, da 7 giorni di trattamento	1199
Riabilitazione geriatrica, da 21 giorni di trattamento	1203

5 Volume 5 Allegati

Allegato A	Codice di diagnosi /MDC-/Indice DRG	1
Allegato B	Codice di procedure /MDC-/Indice DRG	165
Tabelle di procedure globalo		568
Panorama di funzionalità		569
Intervento su più localizzazioni		572
Allegato C	CCs, esclusioni di CC, CCL e calcolo di PCCL	574
Allegato D	Plausibilità	649
Glossario		739
Elenco delle fonti		739

Elenco delle illustrazioni e delle tabelle

Volume 1 (DRG A01A-F98C)

Illustrazione 3.1	SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021): Visione d'insieme	3
Illustrazione 5.1	Diagramma di flusso MDC in sequenza di interrogazione	12
Illustrazione 5.2	Diagramma di flusso MDC con numeri di grado	13
Tabella 1.1	Lista dei SwissDRG versione 10.0	19
Tabella 1.2	Gruppi di malattie e disturbi e i MDC corrispondenti	43

Volume 5 Allegati

Illustrazione C.1	Calcolo di PCCL per non neonati	576
Illustrazione C.2	Calcolo di PCCL per neonati	578
Tabella C.1	Combinazione di valori CCL per evolvere il PCCL di 1 a 4	580
Tabella D.1	Valori ammissibili per le date demografiche	649
Tabella D.2	Valori ammissibili per diagnosi e procedure	650
Tabella D.3	Tabella per verificare i caratteristiche medicale	651
Tabella D.4	Codici dello stato del Grouper (GST)	652
Tabella D.5	Diagnosi principale non ammissibile	654
Tabella D.6a	Conflitto di età- lattante	678
Tabella D.6b	Conflitto di età – bambino in età prescolare	683
Tabella D.6c	Conflitto di età - bambino	684
Tabella D.6d	Conflitto di età – bambino e giovane	685
Tabella D.6e	Conflitto di età - post-neonatale	688
Tabella D.6f	Conflitto di età – più vecchio che lattante	690
Tabella D.6g	Conflitto di età - Pubertà	693
Tabella D.6h	Conflitto di età - Diagnosi in età fertile	694
Tabella D.6i	Conflitto di età - Procedure in età fertile	702
Tabella D.6j	Conflitto di età - adulti	704
Tabella D.6k	Conflitto di età – adulti maturi	715
Tabella D.7a	Conflitto di sesso – Diagnosi per la donna	717
Tabella D.7b	Conflitto di sesso – Procedure per la donna	729
Tabella D.7c	Conflitto di sesso – Diagnosi per l'uomo	734
Tabella D.7d	Conflitto di sesso – procedure per l'uomo	736

Documenti corrispondenti al manuale delle definizioni SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021)

I documenti corrispondenti al manuale delle definizioni sono disponibili come download sul sito della SwissDRG SA (www.swissdrg.org).

Contenuto dei documenti

I documenti contengono i componenti seguenti:

- Codice di diagnosi-/MDC-/ Indice DRG e codice di procedure-/MDC-/indice DRG (elenco indice) dei allegati A e B
- Plausibilità (elenco plausibilità) dell'allegato D
- DRG, ADRG e MDC della versione SwissDRG 9.0 (elenco titoli DRG) inclusa tabella 1.1 del volume 1
- CCs, esclusioni CC, CCL (elenco CCL) dell'allegato C, necessari per il calcolo descritto nell'allegato C (per più informazioni vedi CCREADME.TXT nell'elenco)
- File Readme.txt

Il contenuto dei componenti sono descritti nel file read-me in dettaglio.

Osservazioni preliminari

Il presente manuale descrive il sistema dei forfait per caso SwissDRG versione 10.0. Questa versione rappresenta un perfezionamento dello SwissDRG versione 9.0.

Nell'ambito di una procedura di proposta annuale sono state impiegate riflessioni nel settore medico, economico e scientifico delle parti interessate in Svizzera, per sviluppare in modo mirato il sistema.

In questo manuale viene definito il sistema dei DRG che predispone alla retribuzione legata alle prestazioni con forfait per caso valido a livello nazionale ai sensi della LA Mal.

Il sistema a gruppi di casi recentemente sviluppato e le relazioni di valutazione calcolate formano la base per la versione 10.0 del catalogo dei forfait per caso.

Elenco delle abbreviazioni

ADRG	DRG di base; Adjacent Diagnosis Related Group
CC	Complicazione o comorbidità; Complication or Comorbidity
CCL	Grado di gravità di una complicazione o comorbidità; Complication or comorbidity level
CHOP	Classificazione svizzera degli interventi chirurgici (traduzione e adattamento della classificazione americana ICD-9-CM, volume 3)
DMB	Durata della ventilazione assistita
DRG	Gruppi diagnostici omogenei; Diagnosis Related Group
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GST	Codice di stato grouper
HD	Diagnosi principale(DP)
ICD-10-OMS	Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10a revisione
ICD-10-GM	Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati, 10a revisione, modifica tedesca
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (Istituto tedesco per il sistema tariffale ospedaliero)
LAMal	legge sull'assicurazione malattie
MDC	categoria diagnostica principale; Major Diagnostic Category
ND	Nebendiagnose (Diagnosi secondaria (DS))
NonOR	Non operatorio; Non-Operating Room
OPS	Operationenschlüssel - Classificazione internazionale delle procedure mediche e chirurgiche
OR	Operatorio; Operating Room
PCCL	Grado di complessità clinica relativa al paziente; Patient Clinical Complexity Level
pre-MDC	Gruppo diagnostico principale pre-MDC
SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Group
SwissDRG AG	SwissDRG SA
VD	Durata della degenza

Introduzione

1 Obiettivi

I gruppi diagnostici omogenei (DRG) rappresentano un metodo con cui si possono suddividere in categorie e valutare gli episodi di cura ospedaliera dei pazienti. Per tenere aggiornato questo metodo, è necessario, di tanto in tanto, modificarlo. In questo modo, si può tener conto dei cambiamenti in rapporto alle esigenze della medicina.

La versione pianificazione (2020/2021) 10.0 SwissDRG rende possibile un'elaborazione dei dati del 2018, codificati con codici di diagnosi e procedure validi in quell'anno (ICD-10 GM versione 2018 e CHOP versione 2019).

I testi stampati su questo manuale nelle tabelle delle diagnosi e/o delle procedure sono testi brevi che rappresentano semplificazioni redazionali dei testi ufficiali di ICD-10 e CHOP. L'espressione del codice corrispondente deve essere quindi sempre verificata nei cataloghi ufficiali.

Il presente manuale descrive la classificazione del sistema SwissDRG versione 10.0 e la relativa applicazione. Viene inoltre illustrato nei dettagli il procedimento di attribuzione in MDC (Major Diagnostic Category) e in DRG effettuato dal software "grouper".

Categorie diagnostiche principali (MDC) La MDC è una categoria che si basa fundamentalmente su una ripartizione in organi o sull'eziologia della malattia associata ad una specifica specialità medica. I set di dati attribuiti alle MDC 15, 18 e 21 possono però contenere diagnosi principali appartenenti ad altre categorie. La presente versione 10.0 comprende 26 MDC.

Gruppi diagnostici omogenei (DRG) I DRG sono un sistema di classificazione dei pazienti che associa tipo e numero di casi ospedalieri all'impiego di risorse dell'ospedale in modo pertinente dal punto di vista clinico e in modo tracciabile. La versione SwissDRG 10.0 contiene 1068 DRG.

Il programma grouper è un software per l'attribuzione dei casi di cura a MDC e DRG.

2 Premessa

I DRG possono essere considerati come un numero definito di classi, basate sulle diagnosi, che si caratterizzano per profilo clinico e utilizzo delle risorse. Con l'aiuto dei DRG è possibile misurare le prestazioni ospedaliere. Essi costituiscono la base per il finanziamento, la compilazione dei bilanci e la liquidazione. Inoltre, i DRG favoriscono lo sviluppo di strategie per la regolamentazione delle entrate nell'ambito assistenziale, la parità di trattamento, l'analisi della pratica clinica e dei sistemi di codificazione nonché le analisi dei bisogni per medicinali così come per agenti terapeutici e ausili.

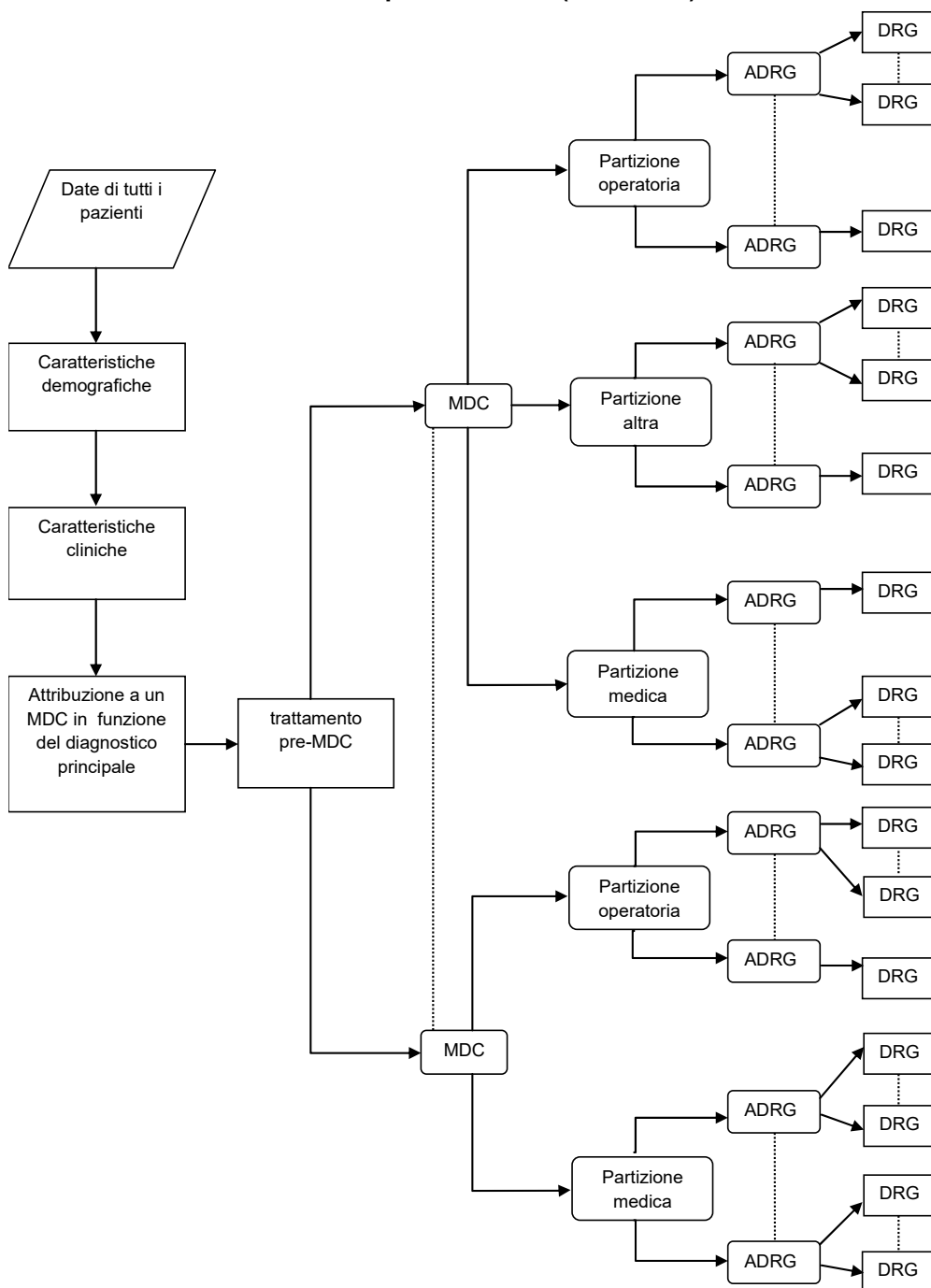
I DRG sono stati sviluppati per la prima volta negli anni 70 negli USA. Si intendeva stabilire se i metodi, generalmente utilizzati in ambito economico per il controllo dei costi e della qualità, potessero essere applicati anche agli ospedali. Inizialmente, si rivolse una maggiore attenzione all'identificazione e alla definizione delle differenze tra le prestazioni e la qualità dei trattamenti, ma presto si riconobbe anche il potenziale di tale sistema per la riduzione dei costi. Nel 1983, i DRG furono introdotti in un programma di Medicare negli USA come parte di un sistema di rimborsi prevedibile per le spese ospedaliere, suscitando un grande scalpore internazionale.

In Australia, la prima versione fu realizzata nel 1992 (AN-DRG versione 1.0) e rielaborata ogni anno. Questi aggiornamenti consentirono, in prima linea, di includere i cambiamenti che si verificavano nella pratica clinica e nei sistemi di codificazione. La versione 4 di AR-DRG, basata sull'ICD-10-AM, costituì il fondamento per la versione 1.0 di G-DRG. Un ampio adattamento della classificazione G-DRG alla situazione assistenziale tedesca è rappresentato dalle successive versioni di G-DRG.

SwissDRG AG ha adattato il sistema G-DRG, sviluppato in Germania, alla struttura dell'assistenza svizzera, in modo che con la versione 1.0 di SwissDRG sia a disposizione una struttura tariffale che consenta l'introduzione di un sistema uniforme per il rimborso delle prestazioni, tramite importi completamente forfettari, nell'intera Confederazione per le degenze ospedaliere nel settore stazionario della somatologia acuta in 2012. La versione SwissDRG 10.0 configura un sviluppo della versione SwissDRG 1.0, 2.0, 3.0, 4.0, 5.0, 6.0, 7.0, 8.0 e 9.0

3 Classificazione SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021)

Illustrazione 3.1 SwissDRG 10.0 versione pianificazione (2020/2021) : Visione d'insieme



La figura 3.1 mostra la classificazione fondamentale e l'attribuzione dei DRG nel sistema SwissDRG. Il conseguente orientamento della sequenza di interrogazione dei DRG in base al relativo costo medio (per evitare il problema del rimborso ridotto per prestazioni in esubero) rende in parte necessario ordinare diverse posizioni di interrogazione su diversi DRG di un DRG di base (ADRG). Sempre per quanto riguarda il rimborso ridotto per prestazioni in esubero, si attua l'ordinamento delle singole MDC in tutte le partizioni.

3.1 Lista dei DRG

I DRG sono suddivisi in MDC e si basano fondamentalmente su gerarchie di diagnosi e procedure che vengono suddivise in categorie chirurgiche, mediche e "altre" (Figura 3.1).

Partizioni chirurgiche, "altre" e mediche. Nel caso delle MDC si distinguono al massimo tre partizioni (chirurgica, "altra" e medica). L'attribuzione di un set di dati ad una partizione dipende dalla presenza o l'assenza delle corrispondenti procedure OR o NonOR. Per ulteriori dettagli a tal proposito, consultare la sezione 4.5.

Per **interventi OR (OR)** s'intendono interventi classificanti nell'ambito del sistema SwissDRG versione 10.0.

Per **interventi nonOR (NonOR)** s'intendono interventi classificanti nell'ambito di alcune MDC. Nel contesto del sistema SwissDRG versione 10.0 anche interventi definiti come interventi nonOR possono aver luogo in sala operatoria (Operating Room = OR).

Dalla lista dei DRG si deduce:

- (i) a quale gruppo principale (di solito una MDC) appartiene un DRG,
- (ii) il DRG di base (e ad eccezione del caso delle MDC 05, 08 e 20), e la partizione (chirurgica, "altra" e medica) a cui appartiene
- (iii) la presenza o il tipo di split in riferimento al consumo di risorse

Dal punto di vista del formato, ogni DRG è composto da quattro caratteri alfanumerici (ad es. "ADDS"), che hanno il seguente significato:

A si riferisce al gruppo principale cui appartiene il DRG;

DD indica il DRG di base nell'ambito della MDC e la partizione a cui appartiene il DRG di base;

S contraddistingue la suddivisione con la quale i DRG si differenziano nell'ambito di un DRG di base a seconda del consumo di risorse.

Per il primo carattere si usano varie lettere dell'alfabeto per l'indicazione del gruppo principale a cui appartiene il DRG, mentre il numero "9" è riservato all'indicazione di DRG "spazzatura" e altri DRG. [Nota: nel caso delle MDC 18 e 21 si usano le lettere A e B per distinguere tra *Malattia correlata all'HIV* (MDC 18A) e *Malattie infettive e parassitarie* (MDC 18B) oppure *Traumi multipli* (MDC 21A) e *Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci* (MDC 21B)]. Dalle tre indicazioni DRG B16Z, Y63Z e 960Z si evince, ad es., che il primo gruppo si riferisce al sistema nervoso, il secondo alle ustioni e che il terzo è un DRG "spazzatura".

Il secondo e terzo carattere della descrizione DRG – quindi "**DD**" – contraddistinguono il DRG di base. I codici DRG con la stessa lettera iniziale e le stesse cifre intermedie – ad es. B69A, B69B, B69C e B69D – si riferiscono allo stesso DRG di base.

I DRG di base (ADRG) sono composti da uno o più DRG definiti fondamentalmente dallo stesso elenco di codici di diagnosi e procedure; nel loro ambito si distinguono per il consumo di risorse e sono suddivisi in base a diversi fattori come diagnosi/interventi complicanti, motivo della dimissione, età e/o grado di complessità clinica relativi al paziente (PCCL).

Per distinguere la partizione alla quale appartiene un determinato DRG di base sono stati impiegati tre intervalli di valori separati (chirurgica 01-39, "altra" 40-59 e medica 60-99) per la seconda e terza cifra del codice DRG. Per i DRG di MDC 05, 08 e 20 non è stato invece rispettare questa suddivisione.

Il quarto carattere di un codice DRG, infine, serve per suddividere il peso relativo dei DRG nel contesto di un DRG di base in rapporto al consumo di risorse. In questo caso, si può scegliere nell'ambito del DRG di base uno dei valori della seguente scala gerarchica:

- A** massimo consumo di risorse
- B** 2° consumo di risorse in ordine di importanza
- C** 3° consumo di risorse in ordine di importanza
-
- Z** nessuna suddivisione

L'importanza di questa caratteristica di suddivisione si deduce dalle espressioni con cui sono designati i DRG. Quindi ad esempio i quattro DRG tratti dal sesto DRG di base della partizione medica dell'MDC 05 *Malattie e disturbi dell'apparato circolatorio* sono designati nel modo seguente:

F67A *Ipertensione con CC estremamente gravi*

F67B *Ipertensione arteriosa*

In linea generale, sia i DRG tratti da un DRG di base che i DRG di base con categoria chirurgica e "altra" sono ordinati gerarchicamente in base all'impiego di risorse. L'ordinamento gerarchico completo si trova nei diagrammi di logica decisionale. Invece per MDC si trova una sequenza numerica per agevolare la ricerca sistematica dei DRG, che però non rispecchia la gerarchia d'impiego delle risorse.

Al termine dell'introduzione si trova un elenco completo dei DRG contenente anche informazioni dettagliate sulle relative MDC e loro partizione (Tabella 1.1).

3.2 Come gestire i gradi di gravità

La presenza di complicazioni e/o comorbidità (CC) può rendere più complesso e oneroso il trattamento di malattie e di disturbi. Per questo motivo è essenziale per una classificazione DRG riconoscere e tenere in considerazione i vari livelli di gravità di una malattia.

Il PCCL nel sistema SwissDRG versione 10.0 viene calcolato tramite un algoritmo in base ai valori CCL presenti. La procedura di attribuzione di CCL e PCCL è illustrata nei dettagli all'interno all'Appendice C.

4 Raggruppamento per DRG degli episodi di cura

4.1 Variabili per il raggruppamento

Il software DRG grouper lavora con i seguenti dati: diagnosi, procedure, sesso, età, modalità di ricovero, modalità di dimissione, durata della degenza, giorni di congedo, peso al momento del ricovero, durata di degenza (stato della durata: una giornata di ricovero) e durata della ventilazione assistita.

Il DRG grouper è in grado di elaborare fino a 50 codici di diagnosi e fino a 100 codici di procedura per ogni set di dati. Il grouper compie i processi seguenti nella successione indicata:

- verifica delle caratteristiche demografiche e cliniche
- attribuzione MDC
- elaborazione pre-MDC
- determinazione della partizione (chirurgica, "altra" o medica)
- assegnazione al DRG di base
- attribuzione di CCL e PCCL
- assegnazione DRG

4.2 Verifica delle caratteristiche demografiche e cliniche

Prima dell'attribuzione dell'MDC, il grouper verifica, sulla base delle caratteristiche demografiche e cliniche, la validità delle variabili utilizzate per il raggruppamento. Le caratteristiche demografiche che vengono controllate sono: età, sesso, peso al momento del ricovero, durata della degenza, stato della durata di degenza di una giornata, durata della ventilazione assistita, modalità di ricovero e modalità di dimissione.

Il controllo di plausibilità delle caratteristiche cliniche serve per verificare tutti i codici delle diagnosi e delle procedure in relazione alle classificazioni ICD-10-GM e CHOP e in rapporto all'età e al sesso dei pazienti. Viene controllata anche la diagnosi principale per assicurarsi che questa sia effettivamente consentita come diagnosi principale e che non si tratti né di un codice relativo alla manifestazione né di un codice per descrivere una causa esterna di traumi e/o causa di avvelenamenti (vedere sezioni V, W, X e Y dell'ICD-10-GM).

Per ulteriori informazioni sulle diagnosi consentite e sui codici utilizzati per il controllo di plausibilità delle caratteristiche cliniche, consultare l'Allegato D.

Sia per le caratteristiche demografiche che per quelle cliniche, se il programma trova informazioni non valide, vengono generati dei segnali di avviso ("flag"). In alcuni casi – ad es. in caso di età non valida, diagnosi principale non consentita oppure diagnosi principale in conflitto con il sesso del paziente – il caso viene contrassegnato come errore ("fatal flag") e il set di dati corrispondente viene assegnato ad uno dei tre DRG960Z, 961Z e 963Z.

4.3 Attribuzione MDC

La seconda funzione del grouper è quella di associare ogni episodio di cura ad una MDC. Anche se tale assegnazione avviene generalmente sulla base della diagnosi principale, ci sono eccezioni per le quali l'attribuzione dell'MDC di un episodio di cura viene modificata durante l'elaborazione pre-MDC.

Non sempre c'è una relazione strutturata tra i blocchi di codici diagnostici dell'ICD-10-GM e le tabelle dei codici diagnostici in base alle quali ha luogo l'attribuzione delle MDC. Pertanto, ad esempio, i codici nel blocco diagnostico D10-D36 *Neoformazioni benigne* sono suddivisi in 15 diverse MDC (Tabella 1.2).

Se un episodio di cura non può essere attribuito a nessuna MDC, viene associata la "MDC numero 00" e l'evento viene ordinato come DRG 960Z *Non raggruppabile*. [Nota: non tutti gli episodi di cura del DRG960Z devono per forza presentare questo numero MDC. Così, ad esempio, alcuni episodi di cura assegnati per la diagnosi principale alle MDC 12, 13 o 14 possono essere talvolta contrassegnati con un flag fatale in considerazione delle caratteristiche cliniche e attribuiti al DRG 960Z pur mantenendo l'attribuzione MDC originaria].

4.4 Elaborazione pre-MDC

L'elaborazione pre-MDC ha due funzioni. Prima di tutto vengono individuati i DRG onerosi contenuti nella categoria "pre-MDC". Secondariamente il programma modifica l'attribuzione MDC nei casi in cui non è possibile definire una MDC esclusivamente sulla base della diagnosi principale. Questo è il caso delle MDC 15 *Neonati*, MDC 18A *HIV* e MDC 21A *Traumi multipli*.

Per ogni set di dati vengono verificati, ad esempio, i seguenti punti. Se la risposta è "sì", il grouper assegna il set di dati in questione ad uno dei DRG della categoria pre-MDC oppure modifica l'attribuzione MDC:

- Nel contesto di questo episodio di cura è stato effettuato un trapianto di fegato, polmoni, midollo osseo, pancreas, reni, intestino o cuore oppure una trasfusione di cellule staminali?
- È stata effettuata la ventilazione assistita prolungata?
- È stata effettuata la riabilitazione precoce di un paziente in coma vigile?
- È stata diagnosticata una malattia determinata acuta o una lesione del midollo spinale?
- È stata diagnosticata insufficienza e rigetto di un organo trapiantato o di cellule emopoietiche trapiantate?
- È stato effettuato il prelievo di cellule staminali da donatore autologo?
- Sono stati trattati traumatismi significativi in più parti del corpo?
- Il paziente aveva meno di 28 giorni (neonato) o meno di un anno d'età con un peso al momento del ricovero inferiore ai 2.500 grammi?
- È presente una malattia associata all'HIV?

La sequenza di questa elaborazione pre-MDC viene visualizzata più avanti nel manuale nel primo dei diagrammi di flusso MDC.

4.5 Suddivisione per categorie MDC

L'attribuzione di un episodio di cura ad una partizione chirurgica, "altra" o medica nell'ambito di una MDC dipende principalmente dalla presenza o dall'assenza di interventi. In linea generale vale quanto segue:

- Per assegnare un episodio di cura ad una partizione chirurgica, è necessaria la presenza di almeno una procedura OR.
- Un episodio di cura viene assegnato ad una categoria "altra" se non è stata effettuata nessuna procedura OR ma è stata realizzata almeno una procedura NonOR significativa per la MDC.

Se nel contesto di un episodio di cura non è stata attuata nessuna procedura OR, né una procedura NonOR localizzata significativa, questo viene attribuito alla partizione medica del MDC.

Non tutte le MDC presentano però tutte e tre le categorie.

L'Appendice B include un elenco dettagliato di tutte le procedure OR e NonOR contenute nel sistema SwissDRG versione 10.0. In alcune MDC sono stati ordinati i DRG della categoria medica tra i DRG dell'"altra"; parimenti per la categoria chirurgica, in modo tale che nel caso singolo, a seconda della posizione d'interrogazione, si possa ottenere un DRG di categoria medica nonostante la presenza di una procedura OR.

4.6 Attribuzione al DRG di base

Gli episodi di cura vengono attribuiti a un DRG di base principalmente in rapporto ai codici di diagnosi e di procedura registrati. I DRG di base nella partizione chirurgica e nella categoria "altra" vengono scorsi in successione gerarchica (v. diagrammi di flusso MDC). Solitamente la loro disposizione è gestita in base al consumo di risorse in ordine decrescente. Nelle partizioni mediche questa suddivisione gerarchica non ha normalmente nessun effetto, perché gli elenchi delle diagnosi si escludono reciprocamente.

Se ad esempio si osservano tre set di dati nei quali è stato registrato come codice di diagnosi principale per la MDC 06 C20 *Tumore maligno del retto*: Si suppone che questi set di dati siano identici fino alla presenza/assenza di procedure OR e NonOR e che la durata della degenza sia superiore alle due giornate di ricovero. Se il primo set di dati contiene il codice 48.49 per la procedura OR *Resezione del retto con pull-through, altro*, questo viene attribuito al DRG G16Z *Resezione rettale complessa o eviscerazione pelvica o interventi per neoplasia maligna o radioterapia con intervento addominale maggiore*. Se però il secondo set di dati contiene la procedura NonOR 45.41.12 *Resezione endoscopica della mucosa dell'intestino crasso* questo viene assegnato (purché il caso presenti un PCCL > 2) al DRG di base G48 *Colonscopia con CC gravi o intervento complicante o età < 15 anni, con diagnosi complicante*. Se il terzo set di dati non contiene né una procedura OR né una procedura NonOR locale significativa, viene assegnato al DRG di base G60 *Neoplasia maligna dell'apparato digerente*, DRG di base della partizione medica della MDC 06.

Se la diagnosi principale del primo e del secondo set di dati venisse cambiata in I20.9 *Angina pectoris non specificata* (diagnosi principale corrispondente alla MDC 05), il primo set di dati sarebbe attribuito al DRG di base 901 *Procedura OR estesa senza riferimento alla diagnosi principale*, mentre il secondo sarebbe assegnato al DRG di base medico F66 *Arteriosclerosi coronarica, aritmie cardiache, angina pectoris*. Il motivo è da vedere nel fatto che la procedura 48.49 *Resezione del retto con pull-through, altro* non compare in nessuno degli elenchi con procedure OR che definiscono DRG chirurgici della MDC 05 e che nessuno dei DRG di base nella partizione "altra" della MDC 05 contiene per definizione la procedura 45.41.12 *Resezione endoscopica della mucosa dell'intestino crasso*.

Nella versione 10.0 per poter registrare nel sistema SwissDRG interventi eseguiti in tempi diversi, per il raggruppamento viene utilizzata per la prima volta anche la data delle procedure.

4.7 Attribuzione di CCL e PCCL

Ad ogni diagnosi viene assegnato un valore CCL. Successivamente ad ogni set di dati viene associato un valore PCCL, ovvero una misura dell'effetto cumulativo delle CC di un episodio di cura. Per ulteriori informazioni sui criteri con cui CCL e PCCL vengono correlati con un set di dati, consultare l'Allegato C e i documenti sul sito.

4.8 Assegnazione DRG

I DRG nell'ambito di un DRG di base si distinguono per l'impiego di risorse e sono suddivisi in relazione ai fattori PCCL, età, durata della degenza, ventilazione assistita, modalità di ricovero, modalità di dimissione, diagnosi principale, diagnosi secondaria o interventi.

4.9 Diverse funzioni che influenzano il raggruppamento degli episodi di cura

Nel sistema SwissDRG versione 10.0 ci sono speciali "funzioni". Si tratta di definizioni logiche che generalmente vengono utilizzate in più punti dell'algoritmo del DRG, spesso in più MDC. Ulteriori informazioni (logica, tabella di codici) su due di queste funzioni – Grave problema del neonato e Molteplici gravi problemi del neonato – si trovano nel volume 3, al termine delle definizioni dei DRG per la MDC 15. Per tutte le altre funzioni (le "funzioni globali") queste informazioni si trovano alla fine del volume 4. Un elenco che mostra in quale punto si trovano le diverse funzioni per MDC e DRG, è disponibile nella "Descrizione generale delle funzioni" del volume 5 alla fine dell'Allegato B.

4.10 DRG "spazzatura" e altri DRG

I set di dati che contengono informazioni anomale dal punto di vista clinico o non valide nella versione 10.0 del sistema SwissDRG vengono assegnati ad uno di nove DRG "spazzatura" o ad altro DRG:

- 901 A** *Estesa procedura OR senza riferimento alla diagnosi principale, con procedure complicanti oppure radioterapia*
- 901 B** *Estesa procedura OR senza riferimento alla diagnosi principale, con procedura OR complessa*
- 901 C** *Estesa procedura OR senza riferimento alla diagnosi principale, con altro intervento alla testa e alla colonna vertebrale oppure età < 1 anno*
- 901 D** *Estesa procedura OR senza riferimento alla diagnosi principale*
- 902 Z** *Procedura OR non estesa senza relazione con la diagnosi principale*
- 960 Z** *Non raggruppabile*
- 961 Z** *Diagnosi principale non consentita*
- 962 Z** *Combinazione diagnostica ostetrica non consentita*
- 963 Z** *Diagnosi neonatale incompatibile con l'età o con il peso*

Tali DRG "spazzatura" e altri DRG sono suddivisi in tre gruppi:

- Gruppo 1 901A-D e 902Z sono attribuiti laddove nessuna delle procedure OR presenta collegamenti con la MDC della diagnosi principale del paziente.
- Gruppo 2 961Z, 962Z e 963Z sono attribuiti se un episodio di cura non può essere associato a nessun DRG coerente dal punto di vista clinico a causa della diagnosi principale (se, ad esempio, viene assegnato come diagnosi principale un codice dell'ICD-10-GM, che nel sistema SwissDRG non è consentito come diagnosi principale).
- Gruppo 3 960Z attribuito se la diagnosi principale non è valida oppure mancano informazioni importanti oppure queste non sono corrette.

Fondamentalmente il gruppo 1 ha a che fare con il metodo di classificazione, il gruppo 2 con le norme di codifica e il gruppo 3 con la qualità della codifica.

5 Indicazioni per l'uso del manuale delle definizioni

5.1 Uso del manuale

L'obiettivo principale del manuale è quello di spiegare in che modo il software grouper attribuisce i DRG. Inoltre, è necessario illustrare il motivo per cui set di dati vengono associati a determinati DRG. Successivamente è opportuno offrire assistenza per l'identificazione delle probabili attribuzioni DRG per i singoli set di dati. Il manuale non intende tuttavia sostituire il software grouper. Di seguito vengono descritte sette importanti operazioni che è necessario eseguire in alcuni casi per l'assegnazione di un episodio di cura ad un determinato DRG.

Gli esempi e le figure elencati nel manuale servono a visualizzare il funzionamento del grouper e del manuale di definizione. Per ragioni tecniche non possono essere adeguati ogni volta e di seguito non corrispondono sempre alla versione attuale in vigore.

Fase 1: Utilizzo dell'Allegato A

Stabilire la diagnosi principale per il set di dati e individuare, sulla base dei rimandi dell'Allegato A, la MDC e i possibili DRG. Eventualmente possono essere elencati DRG di più MDC. In questo caso in questa fase per il momento bisognerebbe ignorare le seguenti specifiche MDC e DRG:

- la sezione HIV della MDC 18A (ovvero DRG che iniziano con la lettera "S")
- la sezione Traumi multipli della MDC 21A (ovvero DRG che iniziano con la lettera "W")
- casi in cui la diagnosi definisce nei dettagli un DRG della partizione chirurgico o "altro" di un MDC.

Fase 2: Utilizzo del diagramma di flusso pre-MDC

Controllare il set di dati sulla base del diagramma di flusso pre-MDC per stabilire se questo soddisfa i criteri del DRG per l'attribuzione logica ad uno dei seguenti gruppi:

- DRG onerosi nella categoria pre-MDC;
- Neonati (MDC 15);
- HIV (MDC 18A);
- Traumi multipli (MDC 21A);
- Malattie e traumatismi acuti specifici del midollo spinale (DRG di base B61);
- Impianto o sostituzione del generatore del defibrillatore (MDC 05);
- Diagnosi di sindrome con epilessie complicate (MDC 01);
- Tubercolosi acuta senza procedura OR, durata della degenza > 14 giorni (MDC 04).

Fase 3: Utilizzo dell'Allegato B

Se il set di dati contiene uno o più codici di procedura, stabilire sulla base dei rimandi dell'Allegato B se questi codici sono elencati per la definizione del DRG come procedure OR o come procedure NonOR. In questo caso, confrontare i DRG indicati con la MDC individuata nelle prime due fasi della procedura e stabilire se ci sono corrispondenze. Se nessuna delle procedure corrisponde, ma è presente almeno una procedura OR, il set di dati viene attribuito ad uno degli altri DRG del gruppo 1 (DRG di base 901 e 902).

Fase 4: Utilizzo dei diagrammi di flusso e delle definizioni accompagnatorie dei DRG di base

Se un episodio di cura presenta più procedure "rilevanti", individuare sulla base del diagramma di flusso corrispondente e delle definizioni accompagnatorie dei DRG di base, quale delle procedure è più importante nella gerarchia chirurgica per la MDC. Tenere presente che una determinata procedura può essere rilevante per il raggruppamento anche in più DRG di una stessa MDC, eventualmente sulla base della sequenza di interrogazione, tuttavia può ottenere solo un DRG.

Verificare, inoltre, sulla base del diagramma di flusso e delle definizioni accompagnatorie dei DRG di base, se il set di dati soddisfa i criteri per i DRG di base che non sono definiti con i codici di diagnosi o procedure e che sono elencati in determinate MDC completamente in alto, ad es.:

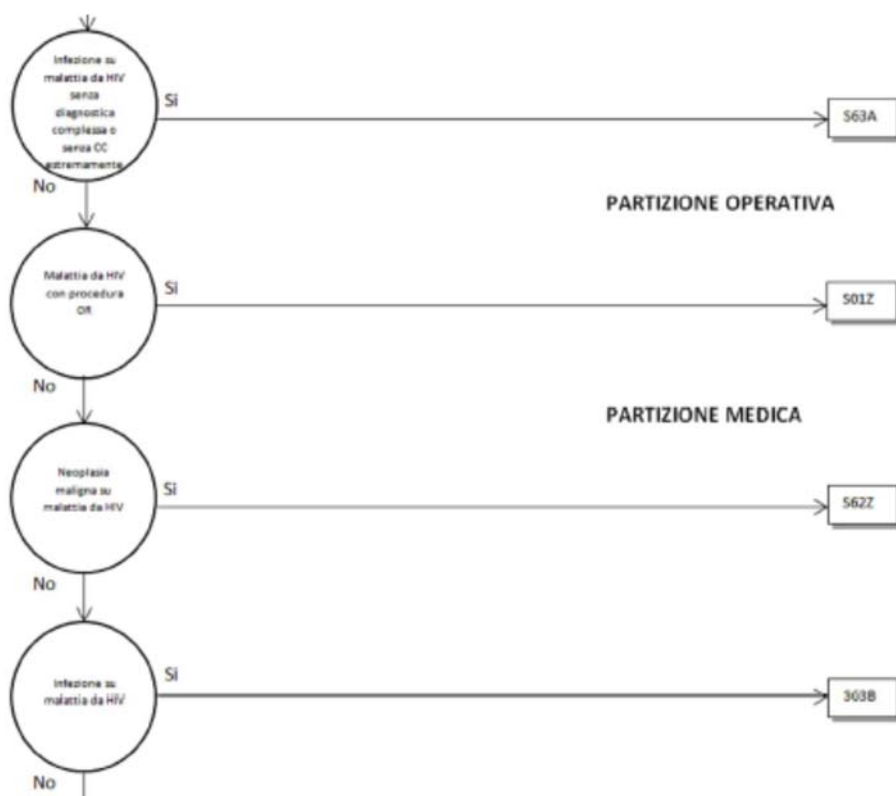
- i DRG P60A/B/C/ nella MDC 15;
- i DRG R65A/B/C nella MDC17;
- il DRG S62Z nella sezione HIV della MDC 18;
- i DRG U60A/B nella MDC 19;
- i DRG W60A/B nella sezione Traumi multipli della MDC 21;
- il DRG Y63Z nella MDC 22.

Fase 5: Utilizzo dei diagrammi di flusso e delle definizioni accompagnatorie dei DRG

Se il codice della diagnosi e/o della procedura indica che il set di dati potrebbe essere assegnato ad una serie di DRG di un DRG di base, è necessario stabilire, sulla base del diagramma di flusso MDC e delle definizioni DRG, in base a quali criteri – ad es. PCCL e età – è stato suddiviso il DRG di base. In questo caso, bisogna considerare la sequenza d'interrogazione riconoscibile sulla base del numero di grado.

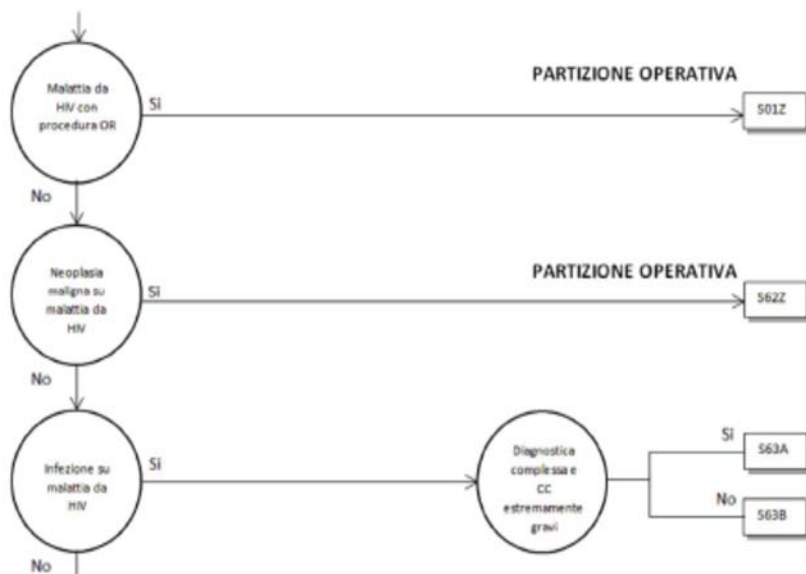
L'ordinamento in decrescendo dei DRG per costi comporta che i DRG di una stessa base non devono più essere necessariamente consecutivi nella sequenza di interrogazione. L'esempio dei DRG S63A/B e S62Z significano che il DRG S63A viene interrogato prima dei DRG S62Z in considerazione dei costi, mentre il DRG S63B viene interrogato dopo dei DRG S01Z sempre in considerazione dei costi.

Nel caso di MDC estese ne consegue che non sono più ben visibili i diagrammi di flusso MDC in sequenza di interrogazione, come da Figura 5.1, i DRG e la relativa appartenenza al DRG di base. Questo vale in particolar modo per i DRG splittati in maniera complessa.

Illustrazione 5.1 Diagramma di flusso MDC in sequenza di interrogazione

Pertanto, la visualizzazione nel diagramma di flusso – mantenendo il conseguente ordinamento gerarchico – è orientata ai DRG di base. L'effettiva posizione di interrogazione di un DRG nell'algoritmo del grouper di questa MDC si trova come numero a destra di fianco al simbolo DRG (v. Figura 5.2).

Illustrazione 5.2 Diagramma di flusso MDC con numeri di grado



I diagrammi di flusso rappresentati nelle figure 5.1 e 5.2 sono identici dal punto di vista del contenuto. Non esiste nessuna differenza dal punto di vista della logica.

Fase 6: Utilizzo dell'Allegato C

Individuate le CC e i CCL sulla base dell'Allegato C e dei dati sui documenti corrispondenti e calcolare il PCCL.

Fase 7: Assegnazione dei DRG

Esempi di utilizzo del presente manuale per l'assegnazione di un episodio di cura ad un DRG

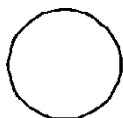
Prendiamo per esempio un paziente con la diagnosi principale K52.1 *Gastroenterite e colite tossiche* senza diagnosi secondarie né procedure. Le possibili MDC e DRG elencati in questo caso nell'Allegato A sono: G71 A/B in MDC 06, S65Z in MDC 18A e le funzioni *Grave problema del neonato* e *Molteplici problemi gravi del neonato* in MDC 15. Se si escludono i DRG HIV e i DRG non medici, nella fase 1 vengono individuati come MDC e possibili DRG la MDC 06 e DRG di base G71. Nella fase 2 l'assegnazione del set di dati a MDC 06 non viene modificata. Le fasi 3 e 4 in questo caso non sono rilevanti perché il set di dati non contiene procedure e la MDC non è 15, 18, 19, 21 o 22. Nella fase 5 risulta che il DRG di base G71 non contiene gradi di gravità e quindi anche la fase 6 non è rilevante. Il set di dati viene assegnato al DRG di base G71.

Un altro esempio è un paziente ricoverato con la stessa diagnosi principale K52.1 *Gastroenterite e colite tossiche* e la diagnosi secondaria B24 *Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] non specificata*, senza procedure. Come prima, nella Fase 1 vengono individuati la MDC e i possibili DRG (DRG di base G71). Nella fase 2 viene modificata l'assegnazione del set di dati dalla MDC 06 nella sezione HIV alla MDC 18 e al DRG di base S65. La fase 3 viene saltata perché il set di dati non contiene procedure. Anche la fase 4 non è rilevante perché nel set di dati non sono annotate procedure e non si è trattato di un caso di trattamento con la durata di degenza una giornata di ricovero (vedere diagramma di flusso HIV). Nella fase 5 si stabilisce che il DRG di base S65 non è suddiviso in più. In seguito il caso viene attribuito al DRG S65Z. Se il paziente fosse stato dimesso il giorno stesso del ricovero o il giorno successivo, il set di dati sarebbe stato assegnato al DRG S60Z (fase 4).

Consideriamo come ultimo esempio un paziente con diagnosi principale K52.1 *Gastroenterite e colite tossiche* e con le procedure 45.26 *Biopsia dell'intestino crasso a cielo aperto* e 45.41.31 *Asportazione locale di lesione o tessuto dell'intestino crasso, chirurgica a cielo aperto, sede non specificata* ma con le diagnosi secondarie B18.2 *Epatite virale cronica C* e I70.23 *Aterosclerosi delle arterie degli arti: Bacino-gamba, con ulcera*. Nella fase 1, verrebbero individuati la MDC e i possibili DRG come DRG di base G71. Nella fase 2 non verrebbe modificata l'assegnazione del set di dati all'MDC 06. In questo caso, nella fase 3 si determinerebbe che il codice 45.26 nelle DRG G04Z e G07Z e G38A e B viene elencato come procedura OR mentre il codice 45.41.31 è assegnato come procedura OR ad una serie di DRG di diverse MDC. Al punto 4, si determinerebbe che il record è ora assegnato al DRG G07Z. Le diagnosi secondarie I70.23 e B18.2 presentano nel DRG di base G07 valori CCL di 2 e 3. Il calcolo del PCCL produce un valore di 3 (v. Allegato C e documenti corrispondenti).

5.2 Simboli e convenzioni

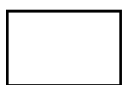
Simboli nei diagrammi MDC



Un cerchio indica che viene presa una decisione.



Questa lancetta indica che il diagramma di flusso continua su un altro lato.



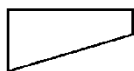
Un rettangolo indica un DRG.



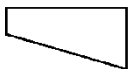
Questo simbolo fa riferimento all'attribuzione MDC.



Questa lancetta rimanda alla MDC successiva.



Questo simbolo indica una condizione che si verifica.



Questo simbolo indica una condizione che non si verifica.

Annotazioni

‡ La doppia croce serve per contraddistinguere una procedura NonOR.

↔ La doppia freccia serve per contraddistinguere una procedura con indicazione del lato (D, S, B)

Campi di testo

I DRG di base si distinguono per i campi di testo a sfondo nero, i DRG, invece, per i campi di testo a bordo nero. Questo significa che:

ADRG B69

Fa riferimento al DRG di base B69 *Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusione di vasi extracranici*

DRG B69A

Fa riferimento al DRG B69A *Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusione di vasi extracranici con trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto > 72 ore*

Tabella utilizzate per le definizioni DRG

In questo manuale, tutti i DRG sono definiti sulla base di codici diagnostici, ma per la definizione di alcuni DRG viene impiegata una combinazione di codici diagnostici e codici di procedura OR/NonOR. Sotto ogni DRG di base si trova una descrizione della logica impiegata nell'assegnazione del DRG di base agli episodi di cura. In alcune di queste definizioni logiche si rimanda alle tabella. Spesso nella logica si trovano espressioni complesse booleane nelle quali diverse condizioni sono collegate da una "e" oppure una "o". In questo caso vale la regola generale che la connessione "e" genera un legame più forte della "o". Se non si rispettasse la regola, lo si indica tra parentesi.

6 Particolarità della versione 10.0 SwissDRG, versione pianificazione (2020/2021)

6.1 Validità delle classificazioni di diagnosi e procedure

Nelle prime versioni del sistema SwissDRG (dalla 0.0 alla 0.2) erano contemporaneamente valide diverse versioni della CHOP. Per esempio, nella versione 0.2 SwissDRG erano riconosciute valide le versioni dalla 8 alla 11 della CHOP. Questa caratteristica aveva il vantaggio che con una versione sola del grouper si potevano analizzare i dati dell'anno precedente, e nel manuale risultavano visibili gli sviluppi della CHOP per gli anni successivi. Per un sistema DRG che dovrà trovare utilizzo come sistema di rimborso è necessario tuttavia definire precisamente tutti i codici consentiti, che dovranno corrispondere esattamente ai codici terminali consentiti nell'anno di utilizzo. La possibilità di indicare codici superati o non terminali peggiora la qualità dei dati e limita la confrontabilità dei casi diversamente codificati.

Dalla versione 0.3 SwissDRG saranno quindi valide sempre e solo le classificazioni di diagnosi e procedure di un anno. Per la presente versione pianificazione (2020/2021) 10.0 SwissDRG si tratta dei codici dell'anno 2020, come di seguito indicato.

Diagnosi: versione 2018 dell'ICD-10 OMS (International classification of Diseases, versione OMS).

Procedure: versione 2020 (CHOP 2020) della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP).

E da notare che la nomenclatura delle versioni del CHOP è stata cambiata. Nel 2009 la versione 11 del CHOP era valida („CHOP 11“), Nel 2010 non c'è stato fatto una revisione del CHOP. La versione valida a partire dal 2011 invece di un numero di versione porta l'anno della validità (CHOP 2011 per 2011) Dunque CHOP 11 [2009] e CHOP 2011 [2011] sono delle versioni differenti!

Il presente manuale rappresenta quindi l'algoritmo della versione 10.0 SwissDRG in base ai codici validi nell'anno 2020. Poiché i dati degli ospedali svizzeri dell'anno 2020 rappresentano la base del catalogo dei forfait per caso, questa versione viene denominata anche “versione pianificazione (2020/2021)”.

Per l'analisi dei dati di anni successivi servirà ulteriore (future) di SwissDRG 10.0, che sarà denominata “versione tariffazione (2021/2021)”. Questa versione si differenzierà dalla versione catalogo e dalla versione di tariffazione riguardo ai codici validi, ma non per altre caratteristiche dell'algoritmo del DRG (come ordinamento, numero dei DRG ecc.).

6.2 Contrassegni di lateralità

Nella Classificazione svizzera per gli interventi chirurgici CHOP a partire dalla versione 11 (2009) si può indicare la lateralità per le procedure sugli organi o le parti del corpo pari (occhi, orecchie, reni, arti, ecc.) Tuttavia al momento non si è stabilito con chiarezza per quali codici la si possa/debba indicare. Nell'attuale SwissDRG versione 10.0 l'indicazione della lateralità è quindi in linea di principio consentita per tutti i codici CHOP. Di conseguenza possono essere contrassegnati con una doppia freccia (↔) anche le procedure che non vengono effettuate su organi pari.

6.3 Procedure OR e NonOR

Il sistema SwissDRG distingue procedure OR e NonOR. Le procedure OR (OR = Operating Room) nel sistema SwissDRG sono sempre interventi significativi (rilevanti per il raggruppamento), dal momento che nelle logiche DRG vengono impiegate tutte le procedure OR (ad es. nel caso del DRG di base 901).

Per procedure nonOR s'intendono interventi significativi nell'ambito di alcune MDC. Anche interventi definiti come procedure NonOR possono aver luogo in sala operatoria (Operating Room = OR). Ladoppia croce (‡) serve per contraddistinguere una procedura NonOR.