



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 11.0 rispetto alla versione 10.0

- Raccolta dati
- Elaborazione dei dati
- Sviluppo del Grouper
- Metodo di calcolo

Sommario

INTRODUZIONE	3
1. RACCOLTA DATI	3
1.1. ADEGUAMENTO DELLA CODIFICA MEDICA	3
1.2. REGISTRAZIONE DI MEDICAMENTI E SOSTANZE COSTOSE	3
1.3. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	3
2. ELABORAZIONE DEI DATI	4
2.1. FILE DEI COSTI PER CASO	4
2.2. AGGIORNAMENTO IN BASE ALLE COMPONENTI DI COSTO	4
2.3. CONTROLLO DI PLAUSIBILITÀ DEI CASI	4
2.4. QUALITÀ DEI DATI DELLA RILEVAZIONE DETTAGLIATA	5
3. SVILUPPO DEL GROUPER	6
3.1. PANORAMICA SUI PRINCIPALI PUNTI DI SVILUPPO DELLA VERSIONE 11.0	6
3.1.1. <i>Software di sviluppo</i>	6
3.1.2. <i>Ulteriore sviluppo del PCCL</i>	6
3.1.3. <i>Paraplegiologia</i>	10
3.2. REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DRG	11
3.2.1. <i>Casi con grande assorbimento di risorse</i>	11
Medicina intensiva	11
Terapia a pressione negativa	11
3.2.2. <i>Paraplegiologia</i>	11
3.2.3. <i>Ristrutturazioni inter-MDC – pre-MDC</i>	12
Trattamento complesso di medicina palliativa	12
Trapianto di cuore/impianto di VAD	12
3.2.4. <i>Altre ristrutturazioni inter-MDC</i>	13
Trapianto	13
Trattamento del dolore acuto	13
Setticemia	13
Trombolisi selettiva	13
Radioterapia intraoperatoria	14
Pacemaker gastrico nella gastroparesi	14
3.2.5. <i>Malattie del sistema nervoso MDC 01</i>	14
3.2.6. <i>Malattie dell'occhio MDC 02</i>	17
3.2.7. <i>Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03</i>	18
3.2.8. <i>Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04</i>	18
3.2.9. <i>Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05</i>	19
3.2.10. <i>Malattie dell'apparato digerente MDC 06</i>	21
3.2.11. <i>Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07</i>	22
3.2.12. <i>Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08</i>	23
3.2.13. <i>Malattie della pelle e della mammella MDC 09</i>	25
3.2.14. <i>Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10</i>	26
3.2.15. <i>Malattie dell'apparato urinario MDC 11</i>	27
3.2.16. <i>Apparato genitale maschile MDC 12</i>	28
3.2.17. <i>Apparato genitale femminile MDC 13</i>	28
3.2.18. <i>Gravidanza, parto e puerperio MDC 14</i>	29
3.2.19. <i>Neonati MDC 15</i>	29
3.2.20. <i>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16</i>	29
3.2.21. <i>Neoplasie ematologiche e solide MDC 17</i>	29
3.2.22. <i>HIV MDC 18A</i>	29
3.2.23. <i>Malattie infettive e parassitarie MDC 18B</i>	30
3.2.24. <i>Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi</i>	30
3.2.25. <i>Nuove remunerazioni supplementari</i>	30

3.3.	VISIONE D'INSIEME SULLA PROCEDURA DI RICHIESTA 2020.....	32
3.4.	CONCLUSIONI.....	32
4.	METODO DI CALCOLO.....	34
4.1.	DETERMINAZIONE DEI COST-WEIGHT.....	34
4.2.	CALCOLO DEL VALORE DI RIFERIMENTO.....	34
4.3.	CALCOLO DI SUPPLEMENTI E RIDUZIONI.....	34
	ALLEGATO A: CIFRE CHIAVE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA.....	35
	INTRODUZIONE.....	35
	BASE DI DATI.....	35
	NUMERO DI DRG.....	36
	VALIDITÀ DEL SISTEMA.....	37

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 11.0 (dati del 2019) rispetto alla versione 10.0 (dati del 2018) della struttura tariffaria nell'ambito del processo di revisione. Le modifiche riguardano il rilevamento e l'elaborazione dei dati, nonché il calcolo dei cost-weight e le rispettive cifre chiave. Il documento va inteso come un'armonizzazione a completamento dei documenti che sono stati presentati per l'autorizzazione tariffaria della versione 11.0 SwissDRG. Le informazioni dettagliate sui diversi punti possono essere consultate nei rispettivi documenti.

1. Raccolta dati

La raccolta dati e la relativa documentazione (vedere documento 03b: Direttive per i dati 2019, Parte A, Formato e contenuto dei dati originari) è stata adattata nei seguenti aspetti:

- adeguamento agli strumenti di codifica validi nel 2019;
- perfezionamento continuo della rilevazione dettagliata dei costi per medicinali costosi, impianti, procedimenti, emoderivati e altre procedure.

1.1. Adeguamento della codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2019) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD10 GM 2018
- CHOP 2019

1.2. Registrazione di medicinali e sostanze costose

L'elenco dei medicinali e delle sostanze che possono essere registrati nelle statistiche mediche per quanto riguarda i dati del 2019 è stato rivisto con aggiunta o rimozione di principi attivi.

1.3. Rilevazione dettagliata

L'elenco di medicinali costosi, impianti e procedure è stato adeguato alla rilevazione dettagliata. Sono stati necessari solo piccoli adeguamenti, come l'adattamento dei codici CHOP utilizzati alla nuova versione. In particolare, non sono state aggiunte nuove schede di registro.

2. Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto nel documento Direttive per i dati 2019, nella Parte B. Il processo è stato leggermente rivisto rispetto alla versione precedente. Come negli anni precedenti, il controllo di plausibilità dei casi è stato adattato alle nuove classificazioni e ulteriormente sviluppato.

2.1. File dei costi per caso

Gli ospedali hanno dovuto fornire i dati di costo 2019 analogamente all'anno precedente, nel formato con 80 colonne (vedi Allegato D della Parte A).

2.2. Aggiornamento in base alle componenti di costo

Analogamente alla versione precedente, i costi nella versione 11.0 sono stati aggiornati esclusivamente sulla base delle singole componenti di costo. Concretamente significa che non si detrae l'importo da aggiornare dai costi totali, ma si aggiornano i costi laddove sono stati effettivamente sostenuti. Poiché i costi totali sono costituiti dalla somma delle singole componenti di costo, anche questo aggiornamento incide sui costi totali. Ciò garantisce una migliore comparabilità delle componenti di costo, in quanto, ad esempio, i costi per le remunerazioni supplementari sono aggiornati direttamente sulla base delle stesse componenti di costo interessate (per es. medicinali, impianti).

Dopo individuazione dei casi aventi diritto a remunerazioni supplementari, viene determinato l'importo da aggiornare per ciascun caso. Questo importo si fonda sulla valutazione delle remunerazioni supplementari e delle informazioni indicate nel set di dati sulle prestazioni (per es. dose per medicinali, durata della dialisi continua). L'importo determinato è quindi detratto dalla rispettiva componente di costo. A tal fine, vengono utilizzate anche informazioni degli ospedali tratte dai questionari della fornitura dei dati. Si tratta di dati sulla contabilizzazione di costi per varie procedure con rilevanza per le remunerazioni supplementari.

Tutti gli ospedali non hanno costi per la ricerca e l'insegnamento universitario oppure regolano i costi sostenuti internamente prima di fornire i dati a SwissDRG SA. A questo proposito non è stato necessario alcun intervento da parte di SwissDRG SA.

2.3. Controllo di plausibilità dei casi

Dopo ricezione, verifica della struttura e importazione dei dati, i dati di ogni ospedale sono stati sottoposti a un controllo di plausibilità per rilevare errori sistematici nella registrazione dei dati e per identificare presunti casi erronei. I risultati dei test sono stati messi a disposizione degli ospedali tramite un'interfaccia sicura e specifica per ciascun ospedale. Il tempestivo riscontro inviato agli ospedali consente eventuali correzioni di casi e una nuova fornitura entro il termine regolare per la fornitura e contribuisce quindi a un miglioramento della qualità dei dati. Inoltre, tramite la funzione commento, gli ospedali sono in grado di dare spiegazioni sui casi evidenziati. SwissDRG SA cerca sempre una discussione periodica approfondita con i singoli ospedali, al fine di illustrare i problemi sistematici e sensibilizzare in merito alla qualità dei dati forniti.

Nell'elaborazione della struttura tariffaria SwissDRG versione 11.0 è stata perfezionata la logica d'esame del controllo di plausibilità. Analogamente, sono stati presi in considerazione anche i feedback degli ospedali dell'anno precedente e le esperienze maturate con lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG versione 10.0.

2.4. Qualità dei dati della rilevazione dettagliata

In linea di principio, per poter utilizzare una rilevazione dettagliata fornita deve essere presente anche almeno un caso di questo ospedale per tenere conto di questo importo nel calcolo. SwissDRG SA controllerà le rilevazioni dettagliate per quanto riguarda i medicinali già al momento della fornitura, al fine di assicurare che per tutti i casi con uso di medicinali siano presenti anche corrispondenti informazioni dettagliate e viceversa. Sfortunatamente ciò non è possibile con gli impianti, in quanto non possono essere assegnati in modo univoco ai codici CHOP. Si noti inoltre che alcune prestazioni sono offerte solo da pochissimi ospedali. Per le procedure è necessario in ospedale un calcolo dei costi complesso, la cui esecuzione nella qualità desiderata comporta difficoltà per molti ospedali.

Per quanto riguarda i medicinali va anche menzionato che molte remunerazioni supplementari corrispondono al prezzo dell'ES e che anche molti ospedali indicano questo prezzo. Queste sono ora esplicitamente indicate nel documento sui dati dettagliati delle remunerazioni supplementari. Inoltre, a causa del continuo adeguamento dell'ES, un prezzo valido nella raccolta dati in primavera non è più necessariamente attuale, se le remunerazioni supplementari vengono aggiornate in estate/autunno o anche se lo si confronta nuovamente con l'ES nel gennaio successivo. Un altro punto è che alcuni ospedali forniscono ancora prezzi che, a quanto pare, corrispondono al prezzo dell'ES senza IVA. SwissDRG SA lo segnala agli ospedali, ma questi prezzi non possono poi essere utilizzati. Lo stesso vale anche nel caso in cui al posto del prezzo della confezione viene registrato quello della singola compressa o flaconcino. Nell'ambito dei riscontri diretti sulla rilevazione dettagliata, gli ospedali vengono messi al corrente di prezzi troppo elevati (rispetto all'ES), di prezzi evidentemente bassi e anche se nell'anno precedente hanno indicato un prezzo sensibilmente diverso per la confezione in oggetto. Agli ospedali è data la possibilità di commentare di conseguenza. Nel successivo ulteriore sviluppo, gli ospedali vengono contattati in caso di anomalie nei vari settori e vengono informati dei punti corrispondenti, al fine di conseguire una migliore registrazione nella successiva rilevazione dettagliata.

Nell'ambito della fornitura dei dati, gli ospedali sono messi al corrente delle discrepanze come descritto sopra. Inoltre, la registrazione delle remunerazioni supplementari e la rilevazione dettagliata vengono tematizzate anche nel contesto delle visite ospedaliere. Nel 2020 si sono svolte 3 visite ospedaliere. Oltre a ciò, gli ospedali ricevono ora un riscontro motivato anche per ogni caso che non è stato utilizzato, e ciò riguarda in particolare i casi che non hanno potuto essere utilizzati per lo sviluppo delle remunerazioni supplementari.

3. Sviluppo del Grouper

3.1. Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 11.0

Per quanto riguarda i principali sviluppi va menzionato soprattutto il perfezionamento della formula PCCL. La condizione iniziale era la creazione di un nuovo software di sviluppo. Inoltre, è stata migliorata la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse. I casi deficitari sono stati sottoposti ripetutamente a un'ampia analisi. Inoltre, sulla base della considerazione dello scostamento dei costi e della remunerazione ipotetica per DRG individuali in rapporto alla dispersione dei costi, è stato possibile identificare casi che presentavano deficit di rappresentazione. Di conseguenza, sono state create migliori possibilità di rappresentazione soprattutto per pazienti con terapia intensiva a lungo termine, interventi chirurgici in più tempi e casi con riabilitazione precoce e terapie a pressione negativa.

L'attenzione è rimasta poi ancora concentrata sul perfezionamento nel campo della pediatria. Un altro aspetto tenuto in particolare considerazione è stato il miglioramento della rappresentazione di casi altamente complessi in paraplegiologia. Il trattamento complesso di medicina palliativa è stato nuovamente sottoposto a verifica intensiva per quanto riguarda la classificazione esistente nella struttura tariffaria SwissDRG.

3.1.1. Software di sviluppo

La versione V11.0 è stata elaborata con un software di sviluppo interno che sostituisce la precedente soluzione di InEK, adottata praticamente senza modifiche molti anni fa. Questo software è uno strumento autonomo altamente integrato. Non è più necessario usare come in passato diversi strumenti separati, per cui è possibile una maggiore cadenza di simulazione. Questo sviluppo interno consente un adattamento più flessibile del software alle esigenze di sviluppo del sistema. Ad esempio, è possibile modificare la lingua del Grouper in modo che le regole di raggruppamento possano essere formulate ed estese in modo più semplice e comprensibile.

Per quanto concerne l'ulteriore sviluppo della formula PCCL, da un lato hanno potuto essere rese possibili per la prima volta analisi approfondite e, dall'altro lato, il sistema risulta ben preparato per sviluppi futuri anche in questo settore. Un editor di CCL semplificato facilita l'elaborazione della matrice CCL.

Ulteriore attenzione è stata posta alla garanzia della qualità, cosicché ora i settori di lavoro vengono verificati e convalidati già nel corso dello sviluppo. In aggiunta, anche la documentazione del processo di sviluppo, parimenti integrata, supporta la qualità e la tracciabilità dello sviluppo.

3.1.2. Ulteriore sviluppo del PCCL

Il lavoro iniziato l'anno scorso sulla rappresentazione dei casi con complicanze e comorbidità (CC) mediante matrice CCL e PCCL è stato proseguito per la versione 11.0. Sulla base di simulazioni e analisi di scenari è stato possibile identificare sviluppi potenziali nella rappresentazione futura di casi complessi e con polimorbidità. L'associato adattamento della formula PCCL può essere descritto come segue.

- Variazione della ponderazione delle diagnosi secondarie ($\alpha = 0,3$):
in tal modo possono essere meglio definiti in particolare i casi con molte diagnosi secondarie rilevanti (con CCL > 0).
- Modifica della scala PCCL:
la formula PCCL contiene ora uno spostamento che provoca un declassamento generale dell'intervallo di valori PCCL precedente. Inoltre, l'intervallo di valori PCCL viene ampliato dei

valori 5 e 6. Ciò crea nuove possibilità di sviluppo nella differenziazione per i casi più complessi nel settore PCCL superiore.

- **Proseguimento lineare della formula PCCL:**

un proseguimento lineare (anziché logaritmico) della funzione nel settore dei casi più complessi (da PCCL=3) garantisce che in caso di diagnosi secondarie multiple un aumento della somma dei valori CCL ponderati abbia un effetto proporzionale sul PCCL e non sia ulteriormente ridotto dal logaritmo come è avvenuto finora.

Le dipendenze tra i quattro principali strumenti CC (formula PCCL, matrice CCL, esclusioni e split PCCL nel Grouper) sono molto elevate. A seguito dello sviluppo della formula PCCL sono stati verificati gli split PCCL esistenti. Nella versione V11.0 è stato già possibile realizzare split PCCL aggiuntivi, compresi split con limiti 5 e 6. È stato svolto un ampio lavoro sulla matrice CCL e sulle esclusioni, e questo lavoro proseguirà nello sviluppo della versione 12.0.

In sintesi, sono stati rivisti 58 split PCCL, sono stati creati 36 nuovi split PCCL e sono state rivalutate 272 diagnosi. Mentre nella versione SwissDRG 10.0 complessivamente 231 nodi decisionali contenevano una condizione PCCL nell'algoritmo di raggruppamento, nella versione SwissDRG 11.0 ora sviluppata questo si verifica per 244 nodi decisionali.

- La creazione di nuovi split PCCL con la condizione PCCL 5 e 6 «CC gravissime» ha portato a una migliore differenziazione dei casi molto complessi; tali split sono stati implementati nei seguenti DRG.
 - A04A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, allogene, età < 18 anni o con trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 14 giorni di trattamento o terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o con CC gravissime*»
 - A07B «*Respirazione assistita > 499 ore con procedura OR complessa o politrauma o terapia a pressione negativa complessa, o età < 16 anni o terapia intensiva complessa > 1764/2484 punti risorse con CC gravissime*»
 - A11A «*Respirazione assistita > 249 ore con costellazioni complesse, o respirazione assistita > 95 ore con costellazioni specifiche altamente complesse, o età < 16 anni o con CC gravissime, o costellazioni altamente impegnative, o procedure OR impegnative con età < 16 anni*»
 - A11B «*Respirazione assistita > 249 ore con costellazioni complesse, o respirazione assistita > 95 ore con costellazioni specifiche complesse o ustioni gravissime, età > 15 anni o con CC gravi*»
 - A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo, età < 18 anni o con terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o intervento multiplo o con CC gravissime*»
 - A17A «*Trapianto di rene con insufficienza postoperatoria dell'organo trapiantato o età < 18 anni o trapianto AB0-incompatibile o con CC gravissime*»
 - A36A «*Terapia intensiva complessa > 980/1104 punti risorse per malattie e disturbi specifici, o procedura OR complessa, o più di 8 sedute di irradiazione, o con CC gravissime*»
 - A90A «*Trattamento complesso IMC > 1176/1104 punti risorse o procedura OR complessa o più di 8 sedute di irradiazione o riabilitazione precoce da 14 giorni di trattamento per malattie specifiche o con CC gravissime*»
 - A93A «*Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione con procedura OR complessa o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 184 punti risorse o con CC gravissime*»

- A94B «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti da 14 giorni di trattamento o età < 16 anni o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse o diagnosi specifiche o con CC gravissime»
 - A95B «Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento o trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto o con CC gravissime, con procedura OR specifica o terapia intensiva complessa > 184 punti risorse»
 - A95C «Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento o trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto o con CC gravissime, con grave limitazione funzionale motoria o intervento specifico»
 - A95D «Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento o trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto o con CC gravissime»
 - H63A «Malattie del fegato eccetto neoplasia maligna, cirrosi epatica ed epatiti non infettive specifiche o degenza di valutazione prima del trapianto di fegato con CC estremamente gravi o procedura complicante, e diagnosi complessa o CC gravissime, più di un giorno di degenza»
 - I08A «Altri interventi su anca e femore, CC estremamente gravi con intervento multiplo o procedura complessa o diagnosi complessa, o CC gravissime o età < 12 anni»
- Ulteriori condizioni di split PCCL 3 e 4 di nuova creazione sono state implementate nei seguenti DRG.
- A97A «Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento con procedura complessa o trattamento complesso di medicina palliativa da 21 giorni di trattamento con costellazioni complesse»
 - A97B «Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento con procedura complessa o procedura complicante e trattamento complesso di medicina palliativa da 14 giorni di trattamento o trattamento complesso da 21 giorni di trattamento con intervento chirurgico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse»
 - B69A «Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusione di vasi extracranici con trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto > 72 ore o trattamento neurologico complesso con CC estremamente gravi»
 - B69C «Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusione di vasi extracranici con altro trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto o diagnostica neurologica complessa o CC estremamente gravi»
 - D09A «Tonsillectomia per neoplasia maligna con CC gravi o miscelanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola con CC gravi»
 - D66A «Altre malattie di orecchio, naso, bocca e gola con CC gravi, più di un giorno di degenza»
 - E75A «Altre malattie dell'apparato respiratorio, età < 18 anni o con CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza»
 - F31D «Altri interventi cardiotoracici con CC estremamente gravi»
 - F51A «Inserzione endovascolare di stent complessi nell'aorta o inserzione di stent specifici o diagnosi specifica, e inserzione di almeno 3 stent o CC estremamente gravi»
 - G04A «Interventi minori su intestino tenue e crasso con CC estremamente gravi»
 - G13A «Altri interventi su intestino o enterostomia con CC estremamente gravi o diagnosi o procedura specifica»
 - G17A «Altra resezione rettale senza intervento specifico con CC gravi»
 - G21A «Intervento per aderenze con CC estremamente gravi»
 - G67C «Miscelanea di malattie dell'apparato digerente o emorragia gastrointestinale o ulcera peptica con CC gravi o disturbo della coagulazione»

- G71A «Altre malattie di gravità moderata dell'apparato digerente con CC gravi e più di un giorno di degenza»
 - H62A «Malattie del pancreas eccetto neoplasia maligna con CC estremamente gravi e più di un giorno di degenza, o CC gravi con diagnosi specifica»
 - H64B «Malattie della cistifellea e delle vie biliari con CC gravi»
 - I43A «Impianto di endoprotesi del ginocchio con CC estremamente gravi o sostituzione di protesi specifica»
 - I61A «Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con CC estremamente gravi o chemioterapia complessa, età < 16 anni e un giorno di degenza»
 - I87A «Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con CC estremamente gravi o respirazione assistita > 24 ore o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196 punti risorse o combinazione specifica di terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 184 punti risorse»
 - K09A «Altre procedure per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC estremamente gravi o diagnosi secondaria specifica o procedura OR complessa o irradiazione con CC gravi o età < 10 anni»
 - K62A «Miscellanea di disturbi del metabolismo su paraplegia/tetraplegia o esiti di trapianto o con CC gravi o età < 6 anni, più di un giorno di degenza»
 - DRG di base S61 «Malattie da HIV con CC estremamente gravi»
 - V02A «Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli con demenza o delirio e disturbo psichico a causa di disturbi della funzione cerebrale o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza»
- A causa della variazione dovuta alla formula per casi specifici con PCCL 1-4, gli split PCCL esistenti sono stati sottoposti a verifica. Nei seguenti DRG sono state adeguate le condizioni di split da PCCL 4 a PCCL 3.
- B04B «Interventi sui vasi extracranici, chiusura di ASD o pace-maker cardiaco con CC gravi o per infarto cerebrale»
 - B64A «Delirio con CC gravi e più di un giorno di degenza»
 - DRG di base D09 «Tonsillectomia per neoplasia maligna o miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola con CC gravi»
 - D60A «Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola, più di un giorno di degenza con CC gravi»
 - D62A «Epistassi od otite media o infezione delle vie aeree superiori ed età > 2 anni ed età < 12 anni o procedura complicante o diagnosi specifica o CC gravi, più di un giorno di degenza»
 - D67A «Malattie dei denti e del cavo orale senza estrazione e riparazione dei denti, su esiti di trapianto o CC gravi e più di un giorno di degenza»
 - E64B «Insufficienza respiratoria o embolia polmonare con CC gravi, più di un giorno di degenza»
 - E73A «Versamento pleurico con CC gravi, più di un giorno di degenza»
 - E75A «Altre malattie dell'apparato respiratorio, età < 18 anni o con CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza»
 - E75B «Altre malattie dell'apparato respiratorio con CC gravi, età > 17 anni, più di un giorno di degenza»
 - F41A «Diagnostica cardiologica invasiva per infarto miocardico acuto con CC gravi»
 - F60A «Infarto miocardico acuto senza diagnostica cardiologica invasiva con CC gravi»
 - F67A «Ipertensione con CC gravi»
 - F69A «Malattie valvolari cardiache con CC gravi»

- F70A «Grave aritmia e arresto cardiaco con CC gravi»
- F75A «Altre malattie del sistema cardiovascolare con trattamento complesso IMC > 184 punti risorse o trattamento complesso per amputazione da 14 giorni di trattamento o età < 18 anni con CC gravi»
- G12A «Altre procedure OR sull'apparato digerente con procedura OR complessa e CC gravi, o riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento o CC estremamente gravi»
- G18A «Interventi su intestino tenue e crasso o altro intervento su stomaco, esofago e duodeno senza radioterapia, con intervento altamente complesso o diagnosi o procedura complicante o CC gravi»
- G29A «Altra radioterapia per malattie e disturbi dell'apparato digerente con CC gravi, più di un giorno di degenza»
- G64A «Malattia infiammatoria intestinale con CC gravi e più di un giorno di degenza»
- H41A «ERCP con CC gravi o terapia fotodinamica»
- I69A «Malattie dell'osso e artropatie con CC gravi e più di un giorno di degenza»
- I73A «Trattamento ulteriore per malattie del tessuto connettivo con CC gravi o adattamento della protesi, più di un giorno di degenza»
- I75A «Traumatismi gravi agli arti con CC gravi, più di un giorno di degenza»
- I76A «Altre malattie del tessuto connettivo con CC gravi, più di un giorno di degenza»
- DRG di base J08 «Altro trapianto cutaneo o sbrigliamento con diagnosi complessa o con intervento supplementare su capo e collo o CC gravi»
- J08A «Altro trapianto cutaneo o sbrigliamento con diagnosi complessa o con intervento supplementare su capo e collo, con CC gravi»
- K64B «Malattie endocrine, età > 15 anni con diagnosi complessa o CC gravi o diagnostica con radioiodio complessa o procedura specifica, più di un giorno di degenza»
- L60A «Insufficienza renale, più di un giorno di degenza, con dialisi, insufficienza renale acuta e CC gravi o con dialisi e insufficienza renale acuta o CC gravi, età < 16 anni»
- L60B «Insufficienza renale, più di un giorno di degenza, con dialisi e insufficienza renale acuta o CC gravi, età > 15 anni»
- L60C «Insufficienza renale, più di un giorno di degenza, con dialisi o CC gravi»
- L63A «Infezioni dell'apparato urinario con CC gravi o limitazioni funzionali motorie gravi, e pionefrosi o età < 6 anni, più di un giorno di degenza»
- L63B «Infezioni dell'apparato urinario con CC gravi o limitazioni funzionali motorie gravi, età > 5 anni, più di un giorno di degenza»
- DRG di base M01 «Interventi maggiori sulla pelvi maschile o intervento specifico sulla pelvi maschile con CC gravi»
- N05A «Ovariectomia e interventi complessi sulle tube eccetto che per neoplasia maligna con CC gravi»
- N60A «Neoplasia maligna dell'apparato genitale femminile, età < 16 anni o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza»
- T61A «Infezioni postoperatorie e post-traumatiche con procedura complicante o diagnosi complicante o CC gravi, più di un giorno di degenza»
- T62A «Febbre di origine sconosciuta con CC gravi, più di un giorno di degenza»
- X60A «Traumatismi e reazioni allergiche con CC gravi, più di un giorno di degenza»

3.1.3. Paraplegiologia

Nel sistema SwissDRG ha potuto essere identificato un gruppo di casi ad alto impiego di risorse nella paraplegiologia. Mentre i casi con una prima assistenza dopo lesioni del midollo spinale sono adeguatamente rappresentati nella struttura tariffaria SwissDRG, l'attuale sviluppo si è concentrato sulla

rappresentazione dei casi paraplegiologici in combinazione con un trattamento paraplegiologico complesso. Per ulteriori informazioni e ristrutturazioni si veda il capoverso 3.2.2 «Paraplegiologia».

3.2. Revisione della classificazione DRG

3.2.1. Casi con grande assorbimento di risorse

Medicina intensiva

- Un'analisi intensiva ha rivelato una sottorimunerazione per i casi di terapia intensiva pediatrica con punti risorse di terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC nella MDC 15.
 - È stato realizzato uno spostamento dei casi pediatrici con > 9800 punti risorse di terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC nella pre-MDC, nel DRG di base A06 «*Respirazione assistita > 999 ore o > 499 ore e costellazioni altamente impegnative o costellazioni specifiche complesse o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 4410/4600 punti risorse o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse per trattamento complesso IMC*».
- I dati del 2019 hanno anche mostrato con evidenza casi estremamente costosi con punti risorse di terapia intensiva complessa nel DRG di base A11.
 - È stata effettuata una rivalutazione dei casi con terapia intensiva complessa > 1470/1656 punti risorse nel DRG di base A11 «*Respirazione assistita > 249 ore, o respirazione assistita > 95 ore o terapia intensiva complessa > 196/552 punti risorse con costellazioni specifiche, o costellazioni altamente impegnative, o ustioni gravi*»; in tal modo, questi casi vengono assegnati senza ulteriori condizioni al DRG A11A o A11C.

Terapia a pressione negativa

- Analisi di casi singoli effettuate per casi costosi con impiego multiplo di terapia a pressione negativa hanno mostrato che non soddisfano la condizione per la funzione «Terapia a pressione negativa». Questi casi presentano poche procedure operative o non ne presentano affatto.
 - Il codice CHOP 54.25 «*Lavaggio peritoneale*» è stato inserito come procedura OR e viene ora rappresentato nella funzione «*Terapia a pressione negativa*» e «*Procedura OR specifica in quattro tempi*». Ciò ha consentito di ottenere una remunerazione adeguata alle risorse impiegate.

3.2.2. Paraplegiologia

La sfida della rappresentazione di casi con un trattamento paraplegiologico complesso consiste nella marcata eterogeneità di questo insieme di casi. A seconda dell'altezza e dell'entità della lesione del midollo spinale, si verifica una perdita di funzionalità fino a una completa incapacità di movimento di arti superiori e muscolatura respiratoria ausiliaria, muscolatura del tronco e degli arti inferiori, nonché una perdita delle funzioni vegetative. I pazienti necessitano di cure molto impegnative e di una riabilitazione intensiva, spesso in associazione a trattamenti/interventi chirurgici di medicina somatica acuta (per es. plastiche a lembo, impianto di neurostimolatori, trattamenti di infezioni). Ciò rende estremamente difficoltoso distinguere tra caso acuto e caso di riabilitazione.

Dopo la prima fase di una paraplegia, le degenze ospedaliere possono ripetersi, per es. per ulteriori interventi chirurgici o in caso di patologie acute che richiedono di nuovo una ulteriore riabilitazione.

In genere, il trattamento riabilitativo di pazienti paraplegici deve essere condotto con un approccio interdisciplinare (fisioterapia, ergoterapia, terapia fisica, assistenza psicologica, logopedia, lavoro sociale ecc.), affinché i pazienti possano recuperare la massima autonomia individuale e qualità di vita. Soprattutto nel contesto delle cure e delle necessarie misure di riabilitazione, le risorse consumate variano notevolmente da caso a caso.

L'eterogeneità di questo gruppo di casi qui illustrata può essere rappresentata in modo ottimale nel sistema SwissDRG utilizzando vari codici CHOP operatori e non operatori (eventualmente anche in combinazione con diagnosi specifiche). Pertanto, è stato creato nella pre-MDC il nuovo DRG di base A46 «*Trattamento paraplegiologico complesso*». I criteri di split per separare i costi sono il trattamento infermieristico complesso, le degenze in un'unità di cure intensive, gli interventi chirurgici complessi e specifici, la respirazione assistita invasiva all'interno e all'esterno di un'unità di terapia intensiva e altre procedure complicanti.

Riassumendo, la rappresentazione di questa branca altamente specializzata della riabilitazione nel sistema SwissDRG serve a differenziare e a remunerare, in funzione dei costi, questo insieme eterogeneo di casi e rispecchia adeguatamente il decorso clinico con trattamenti di medicina acuta che si rendono ripetutamente necessari. Per la demarcazione tra caso acuto e caso di riabilitazione con diversi split del caso non sono necessarie definizioni complesse.

3.2.3. Ristrutturazioni inter-MDC – pre-MDC

Trattamento complesso di medicina palliativa

Per i casi di medicina palliativa sono state nuovamente effettuate ampie analisi sulla base dei dati relativi all'anno 2019.

La cancellazione del DRG di base A97 nella pre-MDC e un'assegnazione dipendente dalla diagnosi principale di questi casi alle rispettive MDC non ha prodotto alcun risultato positivo considerando l'intero sistema. Inoltre, è stato verificato approfonditamente se sia possibile ottenere una migliore rappresentazione dei casi mediante differenziazione dei casi di medicina palliativa sulla base della caratteristica «procedura chirurgica» o «trattamento medico» in due diversi DRG di base e con corrispondenti criteri di split. Anche in questo caso le analisi hanno evidenziato una riduzione della qualità della rappresentazione per l'intero sistema.

- All'interno del DRG di base A97 esistente è stato infine possibile identificare singole costellazioni di casi che mostravano deficit di rappresentazione.
- I casi «da 28 e più giorni di trattamento» in combinazione con un «PCCL > 3» o un «trattamento infermieristico complesso da 51 punti risorse» sono stati rivalutati nel DRG A97B.
- D'altra parte, i casi con «trattamento infermieristico complesso da 51 punti risorse» o con un trattamento complesso di medicina palliativa «da 28 e più giorni di trattamento» e «procedure OR complesse» hanno un consumo di risorse più elevato e sono stati rivalutati nel DRG A97A.
- Inoltre, i casi con un trattamento complesso di medicina palliativa «da 28 giorni di trattamento» del DRG A97D hanno potuto essere rivalutati nel DRG A97C.

Trapianto di cuore/impianto di VAD

- Le analisi hanno mostrato che i casi con trapianto di cuore e un precedente impianto di VAD (*Ventricular Assist Device*) sono sottorimunerati.
- Questi casi vengono rivalutati nel DRG A05A «*Trapianto di cuore o di polmone o separazione di gemelli siamesi con respirazione assistita > 179 ore o trapianto di rene, età < 18 anni, o procedura specifica con respirazione assistita > 95 o < 500 ore o terapia intensiva complessa >*

196/552 punti risorse» in associazione con ore di respirazione assistita o punti risorse specifici di terapia intensiva complessa.

3.2.4. Altre ristrutturazioni inter-MDC

Trapianto

- È stata esaminata la richiesta di verifica dei casi con valutazione per trapianto di cuore o trapianto di cuore-polmone.
 - Le analisi hanno appurato che la valutazione completa e rivalutazione del trapianto di cuore-polmone sono adeguatamente rappresentate.
 - È stata condotta una valorizzazione dei casi con rivalutazione per il trapianto di fegato nel DRG H61A e nel DRG di base H63.
 - La valutazione completa per il trapianto di pancreas ha potuto essere valorizzata nel DRG K60A.
 - Ai DRG F49B e F69B sono stati assegnati i casi con valutazione completa o rivalutazione per il trapianto di cuore.

Trattamento del dolore acuto

- Nella procedura di richiesta ci è stato chiesto nuovamente di verificare la rappresentazione dei casi con un «trattamento complesso del dolore acuto» in tutte le «funzioni» e nel DRG di base.
- Dall'analisi dei dati è emersa una remunerazione adeguata del «trattamento complesso del dolore acuto > 48 ore fino a 6 giorni di trattamento».
 - Il codice CHOP 93.A3.32 «Trattamento complesso del dolore acuto, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento» è risultato essere sottorimunerato e ha potuto essere incluso anche nella funzione «procedure complicanti».
 - Inoltre, l'inserimento della funzione «procedure complicanti» come criterio di split nei DRG I06A ed E05A garantisce un'adeguata remunerazione dei casi.

Setticemia

- Sulla base della nuova regolamentazione di codifica della sepsi in base ai criteri SOFA validi dal 2019 sono stati verificati i dati dell'anno. È stato osservato un forte aumento dei casi con DP sepsi, in particolare si è distinta la diagnosi di setticemia A41.9 «Sepsi non specificata» codificata come DP o DS. Ciò ha portato a una falsificazione dei dati sui costi e sulle prestazioni per casi di setticemia gravi con grande assorbimento di risorse e casi di setticemia lievi meno impegnativi.
 - Come risultato è stato svalutato il codice ICD A41.9 «Sepsi non specificata».
 - SwissDRG SA ha proposto di verificare di nuovo le regole di codifica per la setticemia in un gruppo di lavoro congiunto con l'UST.

Trombolisi selettiva

- La richiesta di rivalutazione adeguata e commisurata alle risorse impiegate della trombolisi con assistenza ecografica bilaterale con codice CHOP 39.75.16 «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, trombolisi selettiva, assistita ecograficamente» è stata analizzata per tutte le MDC. Un numero rilevante di casi è stato registrato soprattutto nelle MDC 04 e 05.
- Dai dati del 2019 non sono emersi costi supplementari per gli interventi bilaterali.

- I casi con trombolisi selettiva sono stati rivalutati nella MDC 04, nel DRG E02A «*Altre procedure OR sull'apparato respiratorio con procedura specifica o età < 16 anni*».
- Inoltre, questi casi hanno potuto essere rivalutati anche nel DRG F59D «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi con intervento endovascolare specifico o trombolisi selettiva*» nella MDC 05.

Radioterapia intraoperatoria

- L'analisi dei dati ha mostrato che i casi con radioterapia intraoperatoria (IORT) con codice CHOP 92.29.24 «*Brachiterapia con impianto di emettitori rimovibili multiplanari, alto rateo di dose, intraoperatoria*» non sono sufficientemente rappresentati nel sistema SwissDRG. Questi casi si sono dimostrati altamente complessi, con necessità di assistenza da parte di un team terapeutico multidisciplinare.
- Una rivalutazione dei casi con il codice CHOP 92.27.40 «*Impianto o inserzione di elementi radioattivi (brachiterapia con radionuclidi chiusi), intraoperatoria*» o 92.29.24 «*Brachiterapia con impianto di emettitori rimovibili multiplanari, alto rateo di dose, intraoperatoria*» è stata effettuata nelle MDC seguenti.
- MDC 06 / G37Z «*Intervento multiviscerale per malattie e disturbi dell'apparato digerente o terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse o terapia intraoperatoria specifica*».
- MDC 09 / J06A «*Mastectomia bilaterale con impianto di protesi o chirurgia plastica per neoplasia maligna o terapia intraoperatoria specifica*».
- MDC13 / N33Z «*Interventi in più tempi o procedure complicanti o terapia a pressione negativa con intervento chirurgico specifico per malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile*».
- MDC 17 / R01B «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante o CC estremamente gravi, con procedura specifica o età < 18 anni*».

Pacemaker gastrico nella gastroparesi

- Nell'ambito della procedura di richiesta 2020 è stata proposta una remunerazione supplementare per l'impianto di un pacemaker gastrico.
- Questi casi sono stati finora remunerati all'interno della MDC 06, nel DRG G12C «*Altre procedure OR sull'apparato digerente*».
- I casi con il codice CHOP 44.99.80 «*Impianto e sostituzione di pacemaker gastrico (incl. sonde)*» vengono ora assegnati al DRG B21C «*Impianto di altro neurostimolatore o di elettrodi intracranici*» nella MDC 01.
- L'implementazione di una remunerazione supplementare si è rivelata inadeguata nei dati del 2019, mentre con il nuovo raggruppamento i casi sono adeguatamente remunerati.

3.2.5. Malattie del sistema nervoso MDC 01

- La complessa revisione della MDC 01, iniziata nello sviluppo della versione 10.0, è stata proseguita. Alcune tabelle avevano ancora una struttura non valida dal punto di vista medico ed erano presenti molte sovrapposizioni tra tabelle diverse.
- Ancora una volta, in una prima fase sono state ampiamente aggiornate molte tabelle. In particolare ci si è concentrati sulle tabelle dei DRG di base B17 «*Interventi su nervi periferici e nervi cranici o intervento complesso sulla pelle o rimozione di impianto*» e B20 «*Craniotomia o intervento maggiore alla colonna vertebrale*». In tal modo è stato possibile ridurre notevolmente il numero di codici nelle singole tabelle ed eliminare anche alcune tabelle. Di conseguenza, ci sono stati anche alcuni spostamenti di casi che hanno reso necessarie ulteriori ristrutturazioni.

- Nel DRG di base B17 sono stati semplificati gli split. Lo split per il DRG B17A non poteva più essere mantenuto a causa del basso numero di casi, motivo per cui sono stati condensati i precedenti DRG B17A e DRG B17B ed è stato creato un nuovo DRG B17A «*Interventi su nervi periferici e nervi cranici con intervento complesso*».
- Per quanto riguarda i DRG del DRG di base B09 «*Altri interventi sul cranio*» hanno potuto essere implementati i nuovi split «*terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse*» e «*trattamento infermieristico complesso > 30 punti risorse*» per un nuovo DRG B09A.
- Nel DRG di base B21 «*Impianto di neurostimolatore*» sono stati raggruppati nuovi casi in cui vengono impiantati solo elettrodi intracranici, per cui ha dovuto essere adattato lo split del DRG B21A.

La somma di queste ristrutturazioni ha migliorato la validità del sistema e garantisce una maggiore omogeneità medica all'interno dei DRG.

- Due richieste hanno evidenziato una sottorimunerazione di diversi gruppi di casi con «*PCCL > 3*» nel DRG di base B69 «*Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusione di vasi extracranici*». Le nostre analisi hanno confermato questa osservazione.
 - I casi con «*trattamento neurologico complesso*» e «*PCCL > 3*» sono rivalutati nel DRG B69A. Inoltre, tutti i casi con solo «*PCCL > 3*» sono stati inclusi nel DRG B69C.
- Le analisi hanno mostrato che i codici CHOP 03.93.10 -.99 «*Impianto o sostituzione di elettrodo(i) di neurostimolatore epidurale/subdurale/spinale*» non sono rappresentati adeguatamente.
 - L'inclusione di questi codici nello spostamento «*Impianto di neurostimolatore*» nella pre-MDC consente di raggruppare tutti questi casi nella MDC 01.
 - Qui i casi sono raggruppati ora nel DRG di base B21 «*Impianto di neurostimolatore*», dove sono adeguatamente rappresentati.
- In una richiesta è stato proposto di rivalutare i casi con trattamento neurologico complesso in caso di colpo apoplettico.
 - Dopo l'analisi, i casi con trattamento neurologico complesso di almeno 24 ore del DRG B87B «*Malattie e disturbi del sistema nervoso con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 fino a 184 punti risorse*» sono stati rivalutati nel DRG B87A «*Malattie e disturbi del sistema nervoso con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse o trattamento neurologico complesso di almeno 24 ore*».
- Nella procedura di richiesta 2020 è stata proposta anche una rivalutazione dei casi con PCCL = 2 e con PCCL = 4 all'interno del DRG di base B73 «*Meningite virale, più di un giorno di degenza*». Secondo il richiedente, i casi con un PCCL 3 non mostravano deficit.
- SwissDRG SA non ha ritenuto opportuna una rivalutazione di due diversi valori di PCCL. Inoltre, non è stata rilevata una correlazione sufficiente tra l'entità del PCCL e l'aumento dei costi.
- In un'ulteriore analisi è stata riscontrata una sottorimunerazione di casi con «*età < 2 anni*» all'interno del DRG B73Z.
 - Nel DRG di base è stato inserito uno split con la condizione «*età < 2 anni*», che ha migliorato la validità del sistema.
- In un'ulteriore richiesta è stata proposta la rivalutazione di casi con almeno 14 giorni di trattamento complesso dell'epilessia all'interno del DRG B76A «*Crisi epilettiche e trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento o terapia intensiva complessa > 119 punti risorse*».

o trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse, più di un giorno di degenza». Nella richiesta è stata proposta una rivalutazione separata dei due gruppi di casi con 14-20 giorni di trattamento e con almeno 21 giorni di trattamento.

- Le nostre analisi hanno confermato la situazione di sottorimunerazione. Tuttavia, a causa del numero troppo basso di casi non è stato possibile rivalutare separatamente i gruppi di casi.
- Con i codici CHOP 99.B3.18 «*Trattamento complesso per epilessia refrattaria, da almeno 14 a 20 giorni di trattamento*» e 99.B3.1A «*..., 21 e più giorni di trattamento*» esiste ora uno split nel DRG B76A. In tal modo i casi vengono rivalutati con il codice CHOP 99.B3.18, garantendo una remunerazione adeguata.

- I casi nel DRG di base B76 con un elevato numero di ore di «*diagnostica video-EEG intensiva non invasiva*» hanno mostrato una sottorimunerazione.
- Una rivalutazione di questi casi è apparsa necessaria e così vengono raggruppati nel nuovo DRG B76C con i codici CHOP 89.19.14 «*Diagnostica video-EEG intensiva non invasiva, durata di registrazione da più di 72 ore fino a 120 ore*» e 89.19.15 «*...da più di 120 ore*».

- Ulteriori analisi hanno analogamente evidenziato una sottorimunerazione dei casi nel DRG B86Z da un giorno di degenza «*Malattie e disturbi del sistema nervoso, un giorno di degenza*».
- Inoltre, si è aggiunta una sottorimunerazione dei casi con diagnosi principale «*Neoplasia maligna*».
- Attraverso le diagnosi principali G40*, G41* e neoplasia maligna è stato inserito uno split nel DRG di base B86. Di conseguenza, queste diagnosi principali sono state rivalutate all'interno del DRG di base B86.

- Nella base di dati, il DRG B84Z «*Mielopatie vascolari*» mostrava un numero di casi troppo basso.
- Mediante inclusione del codice ICD G95.10 «*Emorragia spinale non traumatica*» o G95.18 «*Altre mielopatie vascolari*» nel DRG di base B81, nella versione 11.0 questi casi sono ora raggruppati nel DRG B81B «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso con diagnosi complessa o diagnostica neurologica complessa, più di un giorno di degenza, età > 15 anni*».
- Il DRG B84Z è stato cancellato.

- Anche nei DRG B72A e B72B la base di dati conteneva un numero molto limitato di casi. L'analisi ha inoltre dimostrato che le condizioni di split non possono più essere considerate come separatori di costi.
- I DRG B72A e B72B sono stati condensati nel DRG B72A «*Infezione del sistema nervoso eccetto meningite virale, età < 16 anni o diagnostica neurologica complessa o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza*».

- Un richiedente ha proposto la rivalutazione di casi che comportano l'uso di microcateteri. Questi casi non sarebbero remunerati in modo da coprire i costi. Gli elevati costi per impianti e materiale medico non sarebbero completamente coperti.
- Tuttavia, le analisi basate sui dati hanno potuto confermare solo in parte questa situazione. Erano infatti interessati solo i casi con impiego di almeno 3 microcateteri. Per questo motivo, questo gruppo di casi è ora rappresentato entro il DRG di base B20, nel DRG B20B, dove è garantita una remunerazione in funzione dei costi.

3.2.6. Malattie dell'occhio MDC 02

- Un'analisi della MDC 02 ha mostrato sovrapposizioni nella partizione operativa dei DRG di base.
- A seconda della ripartizione, questa situazione ha causato grandi spostamenti di casi.
- Per conseguire un aggiornamento di tutti i DRG di base nella partizione chirurgica della MDC 02, abbiamo utilizzato la suddivisione anatomica analogamente alla struttura del catalogo CHOP.
- Fondamentalmente, a ogni singolo DRG di base è stata ora assegnata una specifica regione anatomica dell'occhio ed è stata aggiornata la base di tutti gli altri codici. In una fase successiva, è stata effettuata una ricerca dei corrispondenti separatori di costi, che hanno reso possibile un'ulteriore suddivisione in base all'insieme di casi.
 - Il DRG di base C15 «Altri interventi sulla retina» è stato integrato nel DRG di base C03 «Interventi su retina, coroide, corpo vitreo e camera posteriore dell'occhio» e poi eliminato.
 - Tutti i codici CHOP del gruppo di codici 14* «Interventi sulla retina, sulla coroide, sul corpo vitreo e sulla camera posteriore» conducono ora al DRG di base 03.
 - Creazione del nuovo DRG C29Z «Interventi in più tempi o bilaterali specifici sulla cornea o protesi iridea, o neoplasia maligna con procedura specifica» all'inizio della MDC 02. Questo DRG rende possibile una rappresentazione ottimale di procedure molto impegnative e costose.
 - Il nuovo DRG di base C04 «Interventi sulla cornea» contiene tutti i codici dei gruppi di codici 11* «Interventi sulla cornea» e 11.6* «Trapianto di cornea». I casi con «trapianto di cornea» con più grande assorbimento di risorse vengono raggruppati nel nuovo DRG C29Z.
 - Il DRG di base C02 è stato ristrutturato e ora solo i codici CHOP del gruppo di codici 16* «Interventi sull'orbita e sul globo oculare» portano a questo DRG di base. Il risultato è quindi un nuovo DRG di base C02 «Interventi sull'orbita e sul bulbo oculare».
 - A causa della ristrutturazione del DRG di base C02, ha dovuto essere rimossa la radioterapia per neoplasia maligna. Questa è stata inserita nel nuovo DRG di base C29 «Interventi in più tempi o bilaterali specifici sulla cornea o protesi iridea, o neoplasia maligna con procedura specifica».
 - Nell'ambito della revisione generale della partizione operatoria nella MDC 02, tutti i codici del gruppo di codici 12* «Interventi sull'iride, sul corpo ciliare, sulla sclera e sulla camera anteriore» sono inclusi ora nel nuovo DRG di base C06 «Interventi su iride, corpo ciliare, sclera e camera anteriore dell'occhio». Poiché non era visibile alcun separatore di costi per il DRG C06C, il precedente DRG C06B è stato condensato con il DRG C06C in un nuovo DRG C06B. Ciò ha reso necessari nuovi criteri di split per il C06A.
 - Tutti i codici del gruppo di codici 15* «Interventi sui muscoli extraoculari» vengono inclusi nel nuovo DRG di base C10 «Interventi sui muscoli extraoculari». Lo split per età per il DRG C10A «Interventi sui muscoli extraoculari, età < 12 anni» ha dimostrato di non essere più in grado di separare i costi ed è stato eliminato. Ciò ha comportato la condensazione dei DRG C06A e C06B nel DRG C06Z «Interventi sui muscoli extraoculari».
 - Tutti i codici del gruppo di codici 09* «Interventi sull'apparato lacrimale» portano ora al DRG di base C13. Al fine di ottenere una corretta rappresentazione in questo DRG, il criterio di split per il DRG C13A è stato esteso mediante la condizione «interventi in più tempi».
- In sintesi, si può affermare che grazie a queste ristrutturazioni, la partizione chirurgica della MDC 02 è divenuta molto più chiara e anche più comprensibile. Le tabelle dei singoli DRG di base – ora senza sovrapposizioni – consentono una assegnazione univoca dei casi con contemporaneo miglioramento della validità del sistema.

3.2.7. Malattie otorinolaringoiatriche MDC 03

- È stata presentata domanda di riesame di uno split PCCL nel D09Z «*Tonsillectomia per neoplasia maligna o miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola con CC estremamente gravi*».
 - Sulla base della nuova formula PCCL si sono rivelate opportune due modifiche:
 - Adeguamento del DRG di base D09 con aggiornamento della condizione «*miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola con CC estremamente gravi*» da un PCCL > 3 a un PCCL > 2.
 - Uno split PCCL del DRG D09Z nei DRG D09A e D09B con PCCL > 2 consente una remunerazione adeguata alle risorse impiegate per tutti i casi.

- In una ulteriore richiesta è stata proposta la rivalutazione dei casi con laringectomia totale o radicale (30.3X.10-.11 o 30.4X.11) o parotidectomia totale (26.32.20) del DRG D24C «*Plastiche cutanee complesse e interventi maggiori sul capo e sul collo*».
 - Sulla base dei dati di costo è stato possibile includere nello split per i DRG D24A e D24B i seguenti codici:
 - 30.3X.10 -.19 «*Laringectomia totale (senza/con ricostruzione)*»
 - 30.4X.10 -.29 «*Laringectomia radicale, con faringectomia (e tiroidectomia, senza/con ricostruzione)*»
 - 26.32.10 -.20 «*Parotidectomia totale con risparmio del nervo facciale o ricostruzione del nervo facciale*»

3.2.8. Malattie dell'apparato respiratorio MDC 04

- Nel DRG E33Z «*Procedure OR complesse in più tempi*» sono stati evidenziati lungodegenti con grande assorbimento di risorse. È stato osservato che questi casi sono spesso associati a una degenza in UCI o IMC.
 - Grazie a un nuovo split del DRG E33Z con «*terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC da 184 punti risorse*», questi casi vengono ora inclusi nel DRG E33A, dove sono adeguatamente remunerati.

- Secondo una richiesta, i casi di mesotelioma pleurico hanno costi molto più elevati rispetto ad altri casi nel DRG di base E05 «*Altri interventi maggiori al torace o circolazione extracorporea*».
- La verifica di questi casi ha mostrato che in realtà generano un elevato consumo di risorse.
 - Casi con la diagnosi C45.0 «*Mesotelioma delle pleura*» in connessione con un intervento chirurgico con codice da 34.51.13 a 34.51.15 «*Pleurectomia e decorticazione radicale del polmone e della parete toracica..., chirurgica a cielo aperto*» o 34.59.20 «*Altra asportazione della pleura, pleurectomia chirurgica a cielo aperto*» hanno potuto essere rivalutati in modo appropriato nel DRG di base E33 «*Procedure OR complesse in più tempi o pleurectomia per mesotelioma pleurico maligno*».
- Nei DRG del DRG di base E65 «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva, più di un giorno di degenza*» sono stati rilevati insieme di casi disomogenei durante la verifica dei dati.
 - I criteri di split sono stati rivisti sulla base dei dati di costo. I casi con una «*broncoscopia rigida*» vengono raggruppati ora nel DRG E65C e i bambini con «*età < 16 anni*» nel DRG E65D.

- All'interno del DRG di base E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio, più di un giorno di degenza*», è stato notato un gruppo di casi disomogeneo.

- Come separatori di costi hanno potuto essere identificati i codici CHOP 99.25.52 «*Chemioterapia di complessità e intensità moderata*» e 99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*».
- Includendo questi casi nel DRG E71A «*Neoplasie dell'apparato respiratorio con CC estremamente gravi o broncoscopia rigida, con chemioterapia di complessità moderata o elevata, più di un giorno di degenza*» è stato possibile raggiungere una rivalutazione di questi casi.

3.2.9. Malattie del sistema cardiovascolare MDC 05

- Un richiedente ha proposto di esaminare la rivalutazione dei casi che prevedono l'utilizzo di palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa all'interno del DRG di base F59 «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi*». Un'altra richiesta ha analogamente proposto la rivalutazione di casi con impiego di palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa all'interno del DRG di base F24 «*Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)*».
- Analisi approfondite non hanno mostrato sottorimunerazioni sistematiche di casi nel DRG di base F59 in cui sono stati utilizzati palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa. Pertanto, non è stata condotta alcuna rivalutazione entro questo DRG di base.
- Tuttavia, ulteriori analisi nell'intera MDC 05 hanno rivelato la presenza di caratteristiche di separazione dei costi per una condizione all'interno del DRG di base F13 «*Amputazione per malattie circolatorie dell'arto superiore e delle dita del piede o miscelanea di interventi per diabete mellito con complicazioni*» e del DRG di base F24 «*Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)*».
- Per questo motivo, i casi con impiego di almeno 3 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa all'interno del DRG di base F13 sono ora inclusi nello split per i due DRG F13A e F13B con valutazione più alta. All'interno del DRG di base F24, le stesse procedure sono state incluse nello split per i DRG F24C e F24D.
- La definizione di un numero minimo specifico di palloncini ha potuto essere ottenuta mediante la corrispondente divisione per numero esistente nella struttura dei corrispondenti codici CHOP 00.4C.11-00.4C.14 «*Inserzione di xx palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*».
- Un richiedente ha segnalato la sottorimunerazione di casi con il codice CHOP 00.66.30 «*Angioplastica coronarica (PTCA) per rotablazione*» all'interno del DRG di base F24 «*Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)*» e ha proposto l'inclusione di questa procedura nello split per il DRG F24A.
- Le nostre analisi hanno potuto confermare questa osservazione, per cui è stata implementata la rivalutazione proposta nel DRG F24A.
- A causa di un maggiore consumo di risorse rispetto a una terapia puramente chirurgica o puramente endovascolare, è stata richiesta una rivalutazione della terapia ibrida all'interno del DRG di base F59 «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi*».
- Le nostre analisi hanno effettivamente mostrato costi aggiuntivi per questi casi. In questa revisione è stato possibile confermare il codice CHOP 00.99.80 «*Terapia ibrida*» come separatore di costi. I casi con il codice CHOP 00.99.80 «*Terapia ibrida*» sono ora raggruppati nel DRG F59C. Questa rivalutazione entro il DRG di base F59 porta a una corretta remunerazione.
- Su richiesta di un richiedente, è stato verificato il DRG F61B «*Endocardite*» per quanto riguarda l'eventuale inclusione di un nuovo split PCCL.
- Ciò ha rivelato costi supplementari per casi con diagnosi secondarie estremamente gravi. Uno split del DRG F61B con «*PCCL > 3*» ha mostrato un miglioramento della validità del sistema, per cui è stato inserito di conseguenza.

- Un richiedente ha notato una sottorimunerazione di alcuni insiemi di casi entro il DRG F86Z «*Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare, un giorno di degenza*».
 - Dopo analisi approfondite, abbiamo potuto confermare che una rivalutazione dei casi con «*terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC adulti > 119 punti risorse*» migliora la validità del sistema. Per questo motivo, utilizzando questi criteri il DRG di base F86 è ora suddiviso nei nuovi DRG F86A e F86B.

- Nella procedura di richiesta 2020 è stata proposta la rivalutazione di casi con un intervento combinato quale «*occlusione dell'orecchietta sinistra*» con contestuale intervento sulle valvole cardiache.
 - I casi con la procedura «*chiusura di ASD od occlusione dell'orecchietta sinistra*» della tabella F98-9 sono rivalutati nel DRG F98B «*Intervento endovascolare sulle valvole cardiache con impianto di un pace-maker cardiaco/trapianto o chiusura di ASD od occlusione dell'orecchietta sinistra o età < 16 anni*».

- Nei DRG di base F31 «*Altri interventi cardiovascolari con macchina cuore-polmone*» e F35 «*Altri interventi cardiotoracici o ricostruzioni plastiche della parete toracica o circolazione extracorporea*» sono state rilevate sovrapposizioni che ci hanno indotto a riorganizzare e, quindi, a semplificare queste logiche.
 - I DRG di base F31 e F35 sono stati condensati. Tutte le tabelle di entrambi i DRG sono mostrate qui separatamente, senza ulteriori condizioni. Ciò significa che i casi con un codice da queste tabelle vengono assegnati a questi DRG senza condizioni aggiuntive.
 - Solo gli ulteriori split sono stati leggermente rivisti.
 - Il DRG F31A è stato ora suddiviso mediante «*procedure complesse in più tempi*».
 - Gli split dei DRG F31B e F31C corrispondono a quelli dei precedenti DRG F31A e F31B.
 - I DRG F31B e F31D sono definiti soprattutto attraverso il «*PCCL > 3*».
 - I DRG F31E e F31F corrispondono ai precedenti DRG F35A e F35B.
 - Nell'ambito di questa ristrutturazione, i DRG di base F35 e F33 «*Interventi maggiori di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone, con intervento multilivello o sull'aorta o reintervento chirurgico*» e il DRG di base F34 «*Altri interventi maggiori di ricostruzione vascolare senza macchina cuore-polmone*» hanno potuto essere eliminati, in quanto anche in questo caso erano presenti sovrapposizioni.

- Le analisi hanno mostrato che i casi con i codici CHOP 00.47 e 00.48 «*Inserzione di tre e più stent vascolari*» all'interno del DRG di base F51 «*Inserzione endovascolare di stent nell'aorta*» non sono rappresentati in modo da tenere in considerazione i costi.
 - Con la creazione di un nuovo DRG F51A «*Inserzione endovascolare di stent complessi nell'aorta o inserzione di stent specifici o diagnosi specifica, e inserzione di almeno 3 stent o CC estremamente gravi*» è stato possibile ottenere una rappresentazione in funzione dei costi.

- È stata ricevuta una richiesta di verifica della rappresentazione dei casi di insufficienza globale (*combinazione di insufficienza cardiaca destra e sinistra*) in tutti i DRG cardiologici.
 - Le combinazioni dei codici ICD:
 - I50.01 «*Insufficienza ventricolare destra secondaria*» e I50.13 «*Insufficienza ventricolare sinistra: con disturbi su sforzo lieve (NYHA III)*» e
 - I50.13 «*Insufficienza ventricolare sinistra: con disturbi su sforzo lieve (NYHA III)*» o
 - I50.14 «*Insufficienza ventricolare sinistra: con disturbi a riposo (NYHA IV)*»sono state incluse come criterio di split nei DRG di base F03, F06, F21 e F24.

- In questi DRG di base hanno potuto essere rivalutati i casi con una «*insufficienza globale; gravità NYHA III e IV*».
- Le analisi all'interno della MDC 05 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
- Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - F39A e F39B → F39A «*Legatura e stripping di vene con intervento bilaterale specifico*»
 - F49C e F49D → F49C «*Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto con intervento complesso o con diagnosi complicante o con età > 13 anni*»
 - F50A e F50B → F50A «*Misure ablative per tachiaritmia con ablazione specifica, età < 16 anni*»
 - F68A e F68B → F68Z «*Malattia cardiaca congenita*»

3.2.10. Malattie dell'apparato digerente MDC 06

- Una richiesta indicava una remunerazione deficitaria in caso di oneri supplementari nella codifica di adesiolisi. Nell'esempio, è stato menzionato il codice CHOP 54.52 «*Lisi di aderenze peritoneali, chirurgico a cielo aperto*». Alcune costellazioni specifiche venivano raggruppate con questo codice nel DRG G04Z, e senza questo codice nel DRG G12B di valore superiore.
- Dalla verifica sono emerse alcune sovrapposizioni di tabelle tra i DRG che hanno richiesto una ristrutturazione più articolata.
- In totale, le tabelle sono state riviste e adeguate in quattro DRG.
- Il DRG di base G21 rappresenta ora tutti i casi con adesiolisi. Uno split con «*CC estremamente gravi*» porta al DRG G21A, mentre la condizione «*età < 16 anni*» porta al DRG G21B.
- È stato rivisto l'insieme di casi presenti nel DRG di base G04 «*Interventi minori su intestino tenue e crasso*».
- Altre procedure complesse vengono raggruppate nel DRG di base G13 «*Altri interventi su intestino o enterostomia*». La revisione dei criteri di split entro il DRG di base porta ad una rappresentazione clinicamente omogenea e appropriata.
- È stato eliminato il precedente DRG G07Z «*Interventi minori su intestino tenue e crasso*».
- La revisione all'interno di questi DRG di base porta a una rappresentazione degli insiemi di casi adeguata alle risorse impiegate e ha consentito l'eliminazione delle sovrapposizioni di tabelle sulla base dei dati.
- Nelle analisi, i casi con un codice CHOP 99.25.21 «*Chemioipertermia intraperitoneale (HIPEC)*» risultavano sottorimunerati in tutti i DRG.
- Includendo questa procedura intraoperatoria nel DRG G37Z «*Intervento multiviscerale per malattie e disturbi dell'apparato digerente o terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse o terapia intraoperatoria specifica*», i casi vengono remunerati in modo appropriato.
- Nel DRG G09A «*Interventi per ernia con CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza*», i casi con una terapia a pressione negativa sono risultati sottorimunerati.
- Includendo il DRG G09A nella logica del DRG di base G38 «*Procedure complicanti o riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento, o terapia a pressione negativa, con intervento chirurgico specifico per malattie e disturbi dell'apparato digerente*» è stato possibile eliminare tale sottorimunerazione.

- Ci sono pervenute due richieste in cui erano stati osservati casi deficitari nel DRG G22B «*Appendicectomia su peritonite o CC estremamente gravi*». In particolare si è fatto riferimento ai bambini.
 - Le analisi hanno dimostrato che vi è un onere aggiuntivo nei bambini con le seguenti diagnosi:
 - K35.2 «*Appendicite acuta con peritonite generalizzata*»
 - K35.31 «*Appendicite acuta con peritonite localizzata con perforazione o rottura*»
 - K35.32 «*Appendicite acuta con ascesso peritoneale*»
 - Queste diagnosi sono state rivalutate in combinazione con «*età < 16 anni*» nel DRG G22B.

- Le analisi hanno evidenziato una sottorimunerazione di casi con emofilie nel DRG di base G67.
 - Includendo il criterio di split di una diagnosi ICD per «*emofilie*» nel DRG G67C «*Miscellanea di malattie dell'apparato digerente o emorragia gastrointestinale o ulcera peptica, più di un giorno di degenza*», questi casi risultano ora adeguatamente remunerati.

- Il DRG di base G48 «*Colonscopia con CC gravi o intervento complicante o età < 16 anni, con diagnosi complicante*» mostra disomogeneità dei costi nelle analisi dei dati.
 - Un'assegnazione basata sui dati degli insiemi di casi e la formazione di nuovi criteri di split per i DRG G48A e G48B ha permesso di ottenere una rappresentazione adeguata.

- Un richiedente ha sottolineato che l'ernia da trocar come possibile complicanza dopo un intervento bariatrico entro 18 giorni non porta a un raggruppamento dei casi, sebbene sia codificata la stessa malattia primaria «*obesità*» come diagnosi principale.
 - Gli interventi bariatrici vengono spostati dalla MDC 10 alla MDC 06, ma i codici CHOP 53.51.XX «*Riparazione di ernia da incisione*» per il trattamento dell'ernia da trocar non vengono spostati. I casi vengono raggruppati nel DRG 901D.
 - Includendo i codici CHOP nello spostamento per la MDC 06, questi casi vengono raggruppati correttamente ed eventualmente deve essere eseguito un ricongiungimento di casi.

- Casi con un «*impianto minimamente invasivo di un sistema antireflusso*» entro il DRG di base G19 «*Altri interventi su stomaco, esofago e duodeno*» presentavano una sottorimunerazione a causa degli elevati costi del materiale per la sonda.
 - Il codice CHOP 42.99.38 «*Impianto di sonda di sistema antireflusso di assistenza alla funzione dello sfintere esofageo inferiore, per via laparoscopica*» è stato rivalutato nello split per il DRG G19A.

- Le analisi all'interno della MDC 06 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
 - Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - G12A e G12B → G12A «*Altre procedure OR sull'apparato digerente con procedura OR complessa e CC gravi o riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento o CC estremamente gravi*»
 - G48A e G48B → G48A «*Colonscopia con CC gravi o intervento complicante o età < 16 anni con diagnosi specifica o procedura complicante o esiti di trapianto d'organo*»

3.2.11. Malattie dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07

- I casi di bambini con anastomosi a livello di cistifellea e fegato non sono adeguatamente remunerati nella versione 10.0.
 - I codici CHOP 51.31; 51.32; 51.34; 51.36 e 51.37 «*Anastomosi tra colecisti e dotti epatici/intestino/stomaco*» sono stati inclusi nel DRG di base H01 «*Interventi su pancreas e fegato e shunt*»

portosistemici con intervento maggiore o radioterapia o terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse o età < 12 anni» in associazione con la condizione «età < 12 anni».

- Un richiedente ha chiesto la revisione degli insiemi di casi nel DRG di base H64 «*Malattie della cistifellea e delle vie biliari*» a causa della disomogeneità dei costi nei suoi dati.
 - Sulla base dei dati è stato possibile suddividere ulteriormente il DRG H64A.
 - Le condizioni di split per il nuovo H64A sono «*età < 16 anni*» o «*procedure complicanti*». Inoltre, ha potuto essere creato un nuovo DRG H64C.

- Mediante procedura di richiesta ci è stata segnalata una remunerazione deficitaria in caso di oneri supplementari nella codifica dei codici CHOP 39.79.35 «*Embolizzazione selettiva con liquidi embolizzanti di vasi viscerali*» e 39.79.65 «*Embolizzazione selettiva con particelle di vasi viscerali*».
 - I casi con questi codici sono raggruppati nel DRG H06Z, ma senza i codici nel DRG H87A con remunerazione più elevata.
 - Tuttavia, i casi estremamente costosi presentavano punti risorse specifici di terapia intensiva o trattamento IMC.
 - Di conseguenza, all'inizio della MDC 07 è stato introdotto un nuovo DRG di base H37 «*Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*» in cui i casi con una procedura OR vengono raggruppati nel DRG H37A.

- In una richiesta è stato proposto tra l'altro di rivedere nel DRG H62B «*Malattie del pancreas eccetto neoplasia maligna*» la rappresentazione di casi con un codice ICD K85.00/-20/-20/-80 «*Pancreatite... senza menzione di complicazioni d'organo*».
 - Nel DRG H62A è stato possibile includere e quindi rivalutare i casi con «*CC gravi*» in associazione con diagnosi ICD K85.xx «*Pancreatite con complicanze d'organo*».

- Le analisi all'interno della MDC 07 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
 - Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - H87A e H87B → H87Z «*Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse o trattamento epatico complesso da 7 giorni di trattamento*»

3.2.12. Malattie del sistema muscoloscheletrico MDC 08

- Nel catalogo CHOP 2019 è stata effettuata una revisione e riclassificazione completa dei codici CHOP per gli interventi sulla colonna vertebrale. Con la fornitura dei dati 2019, SwissDRG SA è stata in grado per la prima volta di verificare questa nuova rappresentazione sulla base dei dati di costo.
- Tuttavia, analisi approfondite dei dati hanno mostrato un quadro molto eterogeneo di questi casi. La nuova codifica è risultata ancora di difficile implementazione per molte cliniche e le rilevazioni dei costi spesso non corrispondevano al caso rappresentato.
- A causa della situazione incerta dei dati, per l'ulteriore sviluppo della versione 11.0 della struttura tariffaria sulla base dei dati del 2019 si è rinunciato a una revisione completa dei DRG riguardanti la colonna vertebrale.
 - Sono stati condotti primi lavori preparatori per quanto riguarda gli aggiornamenti delle sovrapposizioni di tabelle e gli adeguamenti delle denominazioni delle tabelle.

- I DRG di base I06, I09 e I10 per la colonna vertebrale sono stati suddivisi in ordine decrescente in base alla complessità degli interventi.
 - DRG di base I06: «*Interventi complessi alla colonna vertebrale con sostituzione di corpo vertebrale da 2 impianti o CC estremamente gravi o paraplegia/tetraplegia o VEPTR o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*»
 - DRG di base I09: «*Fusione vertebrale o sostituzione di corpo vertebrale da 2 impianti*»
 - DRG di base I11: «*Altri interventi sulla colonna vertebrale o trazione con dispositivo halo*»

- Le revisioni nel DRG di base I31 hanno mostrato che i casi con un intervento complesso in giorni diversi sul gomito e sull'avambraccio non sono rappresentati in modo appropriato nel DRG I31B.
- Nello split per il DRG I31A ha potuto essere inclusa la condizione di un «*...intervento in più tempi...*», consentendo di realizzare una rappresentazione appropriata di questo insieme di casi.
- Nel DRG di base I12 sono stati rilevati casi con un intervento per «*infezioni di ossa e articolazioni*», nonché con una degenza breve in UCI/IMC, che presentavano un elevato consumo di risorse ed erano sottorimunerati.
- I corrispondenti codici CHOP per «*terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 120 - 184 punti risorse*» per gli adulti sono stati inclusi nello split per il DRG I12A.
- Inoltre, nel DRG di base I12 sono stati effettuati ampi aggiornamenti delle tabelle, con eliminazione di interventi meno specifici in caso di infezioni di ossa e articolazioni.

- Nel DRG di base I13 «*Interventi su omero, tibia, perone e caviglia*» è stato rilevato un insieme di casi disomogeneo.
- Nell'ambito degli aggiornamenti delle tabelle sono state rimosse le ridondanze.
- Il criterio di split «*intervento complicante*» per i DRG I13D e I13C si è dimostrato non più un separatore di costi ed è stato eliminato. Il DRG I13E ha quindi potuto essere cancellato.
- I casi con le procedure da 79.36.10 a 79.36.14 «*Riduzione aperta di frattura semplice della tibia prossimale, con fissazione interna...*» sono raggruppati ora in associazione con ulteriori criteri nel DRG I13A, nel quale vengono rivalutati.

- Un richiedente ha sottolineato che le procedure con i codici CHOP 83.73.15 «*Reinserzione di tendini, regione inguinale...*» e 83.74.15 «*Reinserzione di muscoli, regione inguinale...*» rappresentano interventi impegnativi, ma sono raggruppate in DRG diversi.
- Con la rivalutazione dei casi con un codice CHOP del gruppo di codici da 83.74.13 a 83.74.16 «*Reinserzione di muscoli, ...*» nel DRG I27C, i gruppi di casi sono ora rappresentati in modo identico e appropriato.

- In una richiesta è stata descritta una rappresentazione che non copriva i costi di impianti e strumentario tridimensionali (3D) personalizzati dei codici CHOP da 00.9A.61 a 00.9A.63 ed è stata quindi proposta una nuova verifica sistematica in tutti i DRG.
- Nella versione 10.0, i codici CHOP erano risultati buoni separatori di costi in diversi DRG ed erano stati inclusi come criterio di split. Una nuova verifica ha dimostrato che con i dati 2019 le procedure risultavano appropriate come ulteriore criterio di split per il DRG I13D. Al contrario, per il DRG I43A non erano più idonee come separatore di costi e sono state eliminate.

- In un'altra richiesta è stata proposta una verifica dell'omogeneità dei casi nel DRG I87Z «*Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*».

- Le analisi hanno mostrato un maggiore insieme di casi sottorimunerati. Il DRG I87Z è stato suddiviso nei DRG I87A e I87B mediante le condizioni «*respirazione assistita > 24 ore*» o «*PCCL > 3*» o «*terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC bambini > 196 punti*» o «*combinazione specifica di terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 184 punti risorse*».
- Un'analisi nella MDC 08 ha mostrato che il DRG I77Z «*Traumatismi moderati dell'arto superiore o inferiore, più di un giorno di degenza*» e il DRG I78Z «*Traumatismi da lievi a moderati dell'arto superiore o inferiore, più di un giorno di degenza*» non hanno quasi nessuna differenza di costo.
 - I DRG I77Z e I78Z sono stati condensati nel DRG di base I77 «*Traumatismi da lievi a moderati degli arti, più di un giorno di degenza*».
 - Uno split del DRG con le condizioni «*età < 16 anni*» o una diagnosi di «*paraplegia/tetraplegia*» raggruppa i casi più impegnativi nel DRG I77A. In tal modo è stato possibile ottenere una rappresentazione omogenea dal punto di vista medico ed economico.
- Nel DRG di base I61 «*Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, un giorno di degenza*», le analisi hanno evidenziato un insieme di casi con sottorimunerazione.
 - Anche in questo caso – come già nel DRG di base E71 – hanno potuto essere identificati come separatori di costi i codici CHOP 99.25.52 «*Chemioterapia di complessità e intensità moderata*» e 99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*».
 - Includendo queste procedure nel DRG I61A «*Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con CC estremamente gravi o chemioterapia complessa, età < 16 anni e un giorno di degenza*» è stato possibile realizzare una rivalutazione di questi casi.
- Le analisi all'interno della MDC 08 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
 - Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - I03A e I03B → I03Z «*Revisione o sostituzione dell'anca con diagnosi complicante o artrodesi o età < 16 anni o interventi bilaterali o interventi maggiori multipli su articolazioni degli arti inferiori con intervento complesso*»
 - I04A e I04B → I04A «*Revisione o sostituzione del ginocchio con diagnosi complicante o artrodesi e sostituzione di protesi specifica*»
 - I64A e I64B → I64A «*Osteomielite, età < 16 anni e più di un giorno di degenza*»

3.2.13. Malattie della pelle e della mammella MDC 09

- Una verifica delle plastiche con lembo nella MDC 09 ha indicato una rappresentazione incoerente nelle ricostruzioni mammarie mediante plastica con lembo TRAM.
 - Tutte le plastiche con lembo in più tempi sono state rivalutate nel nuovo DRG J33Z «*Procedura OR complessa in più tempi o procedura chirurgica con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/360 punti risorse*».
- Secondo una richiesta, le plastiche miocutanee con lembo muscolo-cutaneo con anastomosi sono interventi chirurgici altamente complessi e non sono rappresentate in modo adeguato e commisurato alle risorse impiegate. È stata proposta la verifica del codice CHOP 85.89.23 «*Plastica muscolocutanea con lembo di gracile*».
 - Il codice CHOP è stato incluso nella tabella inter-MDC «*Trapianto di tessuto con anastomosi microvascolare*».

- Inclusione della tabella nella condizione di split per il DRG J01A «*Trapianto di tessuto con anastomosi microvascolare per neoplasie maligne della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella con procedura bilaterale o intervento complesso*» con rivalutazione di questi casi.
- Le analisi all'interno della MDC 09 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
- Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - J22A e J22B → J22Z «*Altro trapianto cutaneo o sbrigliamento senza intervento complesso, senza diagnosi complessa*»
 - J67A e J67B → J67Z «*Malattie della mammella eccetto che per neoplasia maligna o malattie da lievi a moderate della pelle, più di un giorno di degenza*»
 - J87A e J87B → J87Z «*Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse*»
- Nei DRG di base J22 e J67 è stato rilevato un basso numero di casi o criteri di split non più in grado di separare i costi.
- I DRG J67A e J67B sono stati condensati nel DRG J67Z «*Malattie della mammella eccetto che per neoplasia maligna o malattie da lievi a moderate della pelle, più di un giorno di degenza*»

3.2.14. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10

- Nella MDC 10 è stata osservata una remunerazione deficitaria dovuta a prestazioni supplementari nei casi con neoplasia maligna della tiroide per cui è stata eseguita una «*tiroidectomia completa (totale) senza/con paratiroidectomia*» con codice CHOP 06.4X.10 o 06.4X.11 e contemporaneamente una «*dissezione del collo*».
- Inclusione dei codici CHOP 06.4X.10 e 06.4X.11 in combinazione con i codici CHOP 40.41.xx «*Dissezione del collo*» nel DRG K06A. In questo modo è stato possibile eliminare la remunerazione deficitaria in presenza di prestazione supplementare e rappresentare i casi in modo adeguato alle risorse impiegate.
- Due richieste si sono riferite al DRG di base K62 «*Miscellanea di disturbi del metabolismo, più di un giorno di degenza*». In esse è stato richiesto uno split PCCL e la verifica di alcune costellazioni di casi specifiche sulla base di diagnosi ICD.
- Come separatori di costo per il DRG K62A si è dimostrata efficace, oltre a un valore di PCCL > 2, anche la condizione «*età < 6 anni*». Al contrario, la condizione «*diagnosi complicanti*» non ha mostrato alcun aumento del consumo di risorse ed è stata rimossa dallo split per il DRG K62A.
- Le analisi dei dati hanno mostrato disomogeneità dei costi nel DRG di base K09 «*Altre procedure per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche*».
- Le condizioni di split per il DRG K09A sono state riviste. I casi con un codice ICD «*diabete mellito con complicanze*» o «*procedura OR complessa*» o «*PCCL >2*» in combinazione con un «*Impianto o sostituzione di sistema per terapia a pressione negativa in anestesia regionale o generale,...*» sono raggruppati nel DRG K09A.
- Le analisi all'interno della MDC 10 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
- Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:

- K64A e K64B → K64A «*Malattie endocrine, età < 16 anni o procedura specifica, più di un giorno di degenza*»

3.2.15. Malattie dell'apparato urinario MDC 11

- Secondo un richiedente, i casi con appendicovescicostomia (stoma di Mitrofanoff), codice CHOP 57.23.11, non sono rappresentati in modo appropriato nella MDC 11.
 - L'esame di questi casi ha confermato la sottorimunerazione. Includendo la procedura nel DRG L03Z «*Interventi su rene e uretere e interventi maggiori sulla vescica per neoplasia, età < 19 anni o con CC estremamente gravi o eccetto che per neoplasia, con CC estremamente gravi o intervento combinato*», questi casi vengono rappresentati in modo da rispecchiare il loro consumo di risorse.
- In un'ulteriore richiesta è stata proposta la verifica di omogeneità nel DRG L13B «*Interventi su rene e uretere e interventi maggiori sulla vescica per neoplasia o interventi complessi con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL)*».
 - Nella versione 11.0, i casi con una nefrectomia/nefroureterectomia con codice CHOP 55.51.- e una asportazione radicale o regionale di linfonodi con codice CHOP 40.5- / 40.3X.2- sono ora inclusi nello split per il DRG L13A «*Interventi su rene e uretere e interventi maggiori sulla vescica per neoplasia o interventi complessi con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL) e CC gravi o nefroureterectomia con asportazione di linfonodi*».
 - Nel DRG L13B «*Interventi su rene e uretere e interventi maggiori sulla vescica per neoplasia o interventi complessi con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL) e nefroureterectomia o asportazione radicale di linfonodi*» vengono raggruppati i casi con nefrectomia/nefroureterectomia o con asportazione radicale o regionale di linfonodi.
- Sulla base di una richiesta sulla CHOP pervenuta all'UST è stato dimostrato che i codici CHOP 57.91 «*Sfinterotomia vescicale*» e 58.5x.10 / -.20 «*Trattamento della stenosi uretrale,...*», incl. sezione di sfintere uretrale, riproducono la stessa procedura. Tuttavia, questi interventi sono raggruppati in diversi DRG.
 - Gli interventi sono stati equiparati.
 - Il codice CHOP 57.91 è stato rimosso dal DRG di base L06 «*Interventi minori sulla vescica*» e ora porta analogamente al DRG di base L17 «*Altri interventi sull'uretra o sulla vescica*».
- Ci è stata indicata una remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare nella MDC 11. I casi con un codice ICD D59.3 «*Sindrome emolitica-uremica*» sono raggruppati nel DRG L72Z. In combinazione con un intervento chirurgico, per es. con un codice CHOP 54.93 «*Creazione di fistola cutaneoperitoneale*», i casi vengono raggruppati nel DRG L02Z meno valorizzato.
 - A causa dell'esclusione del DRG L72Z nella logica del DRG L02Z, i casi in questione sono ora raggruppati anche nel L72Z, dove sono remunerati in modo adeguato alle risorse impiegate.
- Un'ulteriore remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare è stata rilevata nelle infezioni delle vie urinarie con il codice CHOP 57.0X.99 «*Drenaggio transuretrale della vescica, altro*».
- I casi in questione erano raggruppati con questo codice nel DRG L17A, e senza il codice nel DRG L63B con valorizzazione superiore.
 - Le condizioni di split nel DRG di base L63 «*Infezioni dell'apparato urinario, più di un giorno di degenza*» sono state riviste. I casi con «*pionefrosi*» hanno mostrato un elevato consumo di risorse e sono stati rivalutati nel DRG L63A.

- Le condizioni di split «età < 12 anni» o «catetere/drenaggio» portano ora al DRG L63C. Oltre a ciò, hanno potuto essere cancellati i DRG L63E e L63F.
- Grazie alla revisione delle tabelle entro il DRG di base L63 è stato possibile correggere in modo appropriato la remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare.
- In una richiesta è stato evidenziato che nel DRG L70B «*Malattie e disturbi dell'apparato urinario, un giorno di degenza, età > 15 anni o insufficienza renale*», i casi con il codice di procedura CHOP 59.8X.10 «*Cateterizzazione ureterale, inserzione, transuretrale*» sono deficitari.
- Uno split del DRG L70B esistente nei DRG L70B e L70C con la condizione «*cateterizzazione ureterale*» ha consentito una rappresentazione appropriata.

3.2.16. Apparato genitale maschile MDC 12

- Per la MDC 12 abbiamo ricevuto la richiesta di verificare la remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare nella codifica di interventi specifici come per es. la circoncisione o interventi sul testicolo. Con questi codici, i casi del DRG M06Z «*Altre procedure OR sull'apparato genitale maschile*» vengono raggruppati rispettivamente nei DRG meno valorizzati M05Z e M06Z.
- Il problema ha potuto essere risolto grazie a un adeguamento della sequenza di interrogazione dei DRG corrispondente ai costi sulla base dei dati 2019.
- I DRG di base M02 «*Prostatectomia transuretrale*» e M11 «*Distruzione laser della prostata*» hanno dimostrato di avere un basso numero di casi.
- Una condensazione dei DRG di base M02 e M11 si è dimostrata opportuna dal punto di vista medico e dei costi. Sono stati creati nuovi DRG:
 - M11A «*Distruzione laser della prostata o prostatectomia transuretrale con CC estremamente gravi*»
 - M11B «*Distruzione laser della prostata*»
 - M11C «*Prostatectomia transuretrale*»
- Il DRG di base M02 è stato cancellato.
- Le analisi all'interno della MDC 11 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
- Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - M01A e M01B → M01Z «*Interventi maggiori sulla pelvi maschile o intervento specifico sulla pelvi maschile con CC gravi*»
 - M04A e M04B → M04A «*Interventi sul testicolo, età < 3 anni*»

3.2.17. Apparato genitale femminile MDC 13

- In sede di revisione del DRG di base N13 «*Interventi maggiori su vagina, cervice e vulva*» è stata rilevata una sottorimunerazione nel trattamento dei bambini.
- Inclusione della condizione «*età < 16 anni*» per il DRG N13A «*Interventi maggiori su vagina, cervice e vulva con diagnosi specifica o età < 16 anni*».
- Un richiedente ha chiesto di verificare la rappresentazione dei casi con una diagnosi N81.6 «*Rettocele*» e l'intervento 48.75.21 «*Proctopessia addominale, per via laparoscopica*» nel DRG di base N06 «*Interventi ricostruttivi complessi sull'apparato genitale femminile*». L'identico intervento in caso di «*Prolasso rettale*» porta al DRG G18B con maggiore valorizzazione nella MDC 06.

- Alla revisione dei dati, i casi nella MDC 13 mostravano una sottorimunerazione.
- Grazie alla rivalutazione del gruppo di codici 48.75.- «*Proctopessia addominale,...*» nel DRG N06A, questi casi vengono remunerati in futuro in modo adeguato alle risorse impiegate, similmente ai casi nel DRG G18B.

3.2.18. Gravidanza, parto e puerperio MDC 14

- Secondo un richiedente, vi è una remunerazione deficitaria per i casi con un parto ritardato entro il DRG di base O60 «*Parto vaginale*».
- Le analisi sulla totalità dei dati svizzeri non hanno mostrato alcuna sottorimunerazione sistematica di questi casi nel DRG di base O60. Tuttavia, nel DRG di base O02 «*Parto vaginale con intervento impegnativo o procedura specifica con diagnosi specifica*» è stato notato un gruppo di casi che aveva un elevato consumo di risorse.
- I codici ICD O63.0, O63.1 o O63.2 «*Travaglio prolungato*» sono stati inclusi nello split per il DRG O02A e quindi rivalutati.

3.2.19. Neonati MDC 15

- La revisione della MDC 15 ha rivelato una rappresentazione inappropriata di casi impegnativi con «*età gestazionale < 35 settimane*» nel DRG P66C «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g con altro problema*».
- Attraverso un nuovo raggruppamento di questi casi nel DRG P66B «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g o peso all'ammissione > 2499 g con costellazioni specifiche, con respirazione assistita > 24 ore e < 96 ore o con problema grave, o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196 punti risorse*» è stato possibile ottenere una rappresentazione appropriata.

3.2.20. Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16

- Le analisi all'interno della MDC 16 hanno mostrato che alcuni DRG avevano bassi numeri di casi o che le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi.
- Sono stati quindi condensati i seguenti DRG:
 - Q60B e Q60C → Q60B «*Malattie del sistema reticoloendoteliale e immunitario e disturbi della coagulazione, più di un giorno di degenza*»

3.2.21. Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

- Nel DRG di base R01 «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza*» sono stati rilevati casi impegnativi.
- Tutti i casi con degenza breve in UCI/IMCU sono ora rivalutati nel DRG R01A «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante e CC estremamente gravi, o intervento specifico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse*».

3.2.22. HIV MDC 18A

- La MDC 18A continua a mostrare da anni problemi di numero di casi nei singoli DRG.
- È stata necessaria una revisione completa delle condizioni, nella quale i DRG S63A e S63B sono stati condensati nel DRG S63Z «*Infezione su malattia da HIV*».
- È stato creato un nuovo DRG S61Z «*Malattie da HIV con CC estremamente gravi*».

- Il DRG S65Z è stato eliminato.

3.2.23. Malattie infettive e parassitarie MDC 18B

- Nel contesto della procedura di richiesta 2020 è stato sottolineato che i bambini con degenza in Intermediate Care da 393-588 punti risorse e una procedura OR complessa vengono raggruppati nel DRG A90A, mentre con una degenza in terapia intensiva da 393-588 punti risorse e una procedura OR complessa sono raggruppati nel DRG T36B meno valorizzato.
- Per il DRG T36A è stata verificata e rivista la condizione di split. La condizione «respirazione assistita > 95 ore» è stata rimossa. In tal modo, i casi con i punti risorse di terapia intensiva complessa e una procedura OR complessa vengono raggruppati nel DRG con maggiore valorizzazione, risolvendo l'anomala situazione illustrata.

3.2.24. Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

Per identificare i casi da correggere contenenti prestazioni che possono comportare remunerazioni supplementari, sono stati usati i codici CHOP o ATC della definizione delle remunerazioni supplementari. I casi per i quali non era possibile una correzione appropriata sono stati esclusi dal calcolo.

Complessivamente è stata condotta una correzione dei costi nelle componenti di costo con un importo totale di 113'501'228.30 CHF per 22'685 casi dei dati di calcolo.

3.2.25. Nuove remunerazioni supplementari

Sono state ora stabilite le remunerazioni supplementari CHOP seguenti:

- Durata del trattamento con sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso:
 - endovasale (incl. intracardiaco)
 - extracorporeo, monoventricolare
 - extracorporeo, biventricolare
 - intracorporeo, monoventricolare e biventricolare
- Terapia radiorecettoriale con l'analogo della somatostatina DOTA-coniugato TATE (octreotate)

Le remunerazioni supplementari per le spirali sono ora rappresentate come segue:

- Inserzione di spirali, intracraniche ed extracraniche (testa, collo), spinali
- Inserzione di spirali extralunghe, intracraniche ed extracraniche (testa, collo), spinali
- Inserzione di plugs vascolari, intracranici ed extracranici (testa, collo), spinali
- Inserzione di spirali, periferiche
- Inserzione di spirali extralunghe, periferiche
- Inserzione di plugs e filtri vascolari, periferici

Sono state ora stabilite le remunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Iloprost (per via inalatoria e per via endovenosa)
- Treprostinil
- Foscarnet
- Inotuzumab
- Atezolizumab
- Ruxolitinib
- Thiotepa
- Sofosbuvir, velpatasvir e voxilaprevir
- Glecaprevir e pibrentasvir

- Palbociclib
- Venetoclax
- Elotuzumab
- Ocrelizumab
- Carmustina
- Voretigene neparvovec
- Onasemnogene abeparvovec

Sono state soppresse le remunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Ombitasvir, paritaprevir e ritonavir

Per la seguente remunerazione supplementare ha potuto essere definito un nuovo modo di somministrazione:

- Terlipressina (per via inalatoria)

Per 23 remunerazioni supplementari è stato introdotto un ampliamento verso l'alto delle classi di dosi:

- Anidulafungina
- Tocilizumab (per via endovenosa)
- Bortezomib
- Rituximab (per via endovenosa)
- Rituximab (per via sottocutanea)
- Posaconazolo
- Immunoglobulina antilinfocitaria (equino)
- Lenalidomide
- Immunoglobulina antitimocitaria (coniglio)
- Terlipressina
- Pertuzumab
- Palivizumab
- Decitabina
- Vedolizumab
- Pomalidomide
- Carfilzomib
- Defibrotide
- Isavuconazolo (per via orale)
- Asparaginasi
- Trametinib
- Abiraterone
- Sofosbuvir e velpatasvir
- Midostaurina

Per 6 remunerazioni supplementari è stato introdotto un ampliamento verso il basso delle classi di dosi:

- Trastuzumab emtansine
- Dabrafenib
- Macitentan
- Riociguat
- Romiplostim
- Trametinib

Per 2 remunerazioni supplementari sono state spostate le classi di dose:

- Abatacept (per via endovenosa)

➤ Dabrafenib

Per la seguente remunerazione supplementare sono state create verso il basso nuove classi di dosi pediatriche:

➤ Immunoglobulina antitimocitaria (coniglio)

Per la seguente remunerazione supplementare sono state adeguate classi di dosi per adulti a classi pediatriche:

➤ Bortezomib

Classi di dosi pediatriche sono state approvate per gli adulti per la seguente remunerazione supplementare:

➤ Cetuximab

Sono state eliminate singole classi di dosi pediatriche per la seguente remunerazione supplementare:

➤ Bortezomib

3.3. Visione d'insieme sulla procedura di richiesta 2020

Nel 2020, mediante la procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 188 domande per il perfezionamento del sistema degli importi forfettari per caso SwissDRG. Di queste domande ne sono state implementate 111. Questo corrisponde a un tasso di implementazione del 59%.

3.4. Conclusioni

Con lo sviluppo della versione 11.0 SwissDRG è stata elaborata una struttura tariffaria differenziata il cui uso consente una remunerazione appropriata e commisurata alle prestazioni in funzione della gravità dei casi per tutte le categorie ospedaliere.

Ampie ristrutturazioni, finalizzate a migliorare la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse e di casi con degenza prolungata in una unità di cure intensive o Intermediate Care, conseguono complessivamente una validità notevolmente superiore della rappresentazione di casi di trattamento specializzato e altamente specializzato. Va sottolineato l'ulteriore sviluppo della formula PCCL e della associata possibilità di estendere la matrice CCL a un «PCCL 5 o 6», che apporta un notevole contributo per incrementare la validità della rappresentazione dei casi con diagnosi secondarie gravi. Inoltre, è necessario notare che per la prima volta sono stati considerati i casi paraplegiologici come caratteristica distintiva ai fini del raggruppamento nella struttura tariffaria SwissDRG. Nuovi adeguamenti nel campo della neonatologia e della medicina pediatrica ne hanno migliorato considerevolmente la rappresentazione differenziata. I casi delle cliniche pediatriche indipendenti sono remunerati in modo adeguato alle risorse impiegate.

Per riuscire a ottenere ulteriori miglioramenti sostanziali nel perfezionamento della struttura tariffaria, occorre concentrarsi maggiormente sul miglioramento della qualità dei dati. Nella determinazione dei costi per singolo caso sussiste in genere una necessità di miglioramento per tutte le tipologie ospedaliere. Ciò riguarda sia il calcolo dei costi per singolo caso in considerazione della differenziazione del file dei costi per caso secondo l'estratto dell'unità finale di imputazione REKOLE® sia la codifica delle prestazioni. Le misure elencate ai punti 2.3 «Controllo di plausibilità dei casi» e 2.4 «Qualità dei dati della rilevazione dettagliata» hanno già determinato un significativo miglioramento della qualità dei dati. Queste misure saranno portate avanti per sostenere gli ospedali nel calcolo dei costi e nella registrazione delle prestazioni. Inoltre, dal punto di vista di SwissDRG SA, nell'ulteriore sviluppo del catalogo CHOP si dovrebbe prestare maggiore attenzione affinché:

- il contenuto dei nuovi codici di procedura sia ugualmente comprensibile per tutti gli utenti e vengano ridotte al minimo le possibilità di interpretazione;
- vi siano distinzioni nette rispetto ad altri codici, il che significa una formulazione chiara dei codici CHOP;
- venga messa in discussione una rappresentazione troppo differenziata di singole prestazioni;
- i codici CHOP esistenti vengano controllati regolarmente e, se necessario, adeguati.

Continua a non essere realizzata una distinzione uniforme delle prestazioni di servizio pubblico su tutto il territorio nazionale, e ciò ha un influsso diretto sull'entità assoluta dei costi d'esercizio nell'ospedale.

4. Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dettagliato è descritto nel documento «Metodo di calcolo». Il metodo di calcolo della versione 11.0 rimane invariato rispetto a quello usato per la versione 10.0.

4.1. Determinazione dei cost-weight

Per la versione 11.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1059 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 19 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno precedente a causa del basso numero di casi. Per 7 altri DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2019/2018/2017). I casi degli anni precedenti hanno potuto essere utilizzati solo a condizione che fosse possibile operare una netta distinzione nei dati dell'anno precedente. Questa condizione è soddisfatta soprattutto se non è stata effettuata alcuna ristrutturazione nei DRG interessati.

4.2. Calcolo del valore di riferimento

Il numero di casi del rilevamento dati SwissDRG (il rilevamento 2020 dei dati del 2019 comprende il 92,4% dei casi di tutta la Svizzera compresi nell'ambito di applicazione di SwissDRG) rende possibile il calcolo del valore di riferimento mediante i dati SwissDRG. A questo proposito vengono tenuti in considerazione i casi relativi al campo di applicazione.

Il valore di riferimento è stato scelto in modo che con lo stesso anno di dati la somma dei cost-weight effettivi (case mix) dei casi raggruppati con la versione 11.0 corrisponda alla somma dei cost-weight effettivi di questi casi raggruppati con la versione 10.0:

$$\text{Casemix}_{\text{Versione 11.0}}^{\text{Dati 2019}} = \text{Casemix}_{\text{Versione 10.0}}^{\text{Dati 2019}}$$

Il valore di riferimento per la versione 11.0 SwissDRG è pari a 10'275 CHF. Per la versione 10.0 era stato calcolato un valore di riferimento di 10'320 CHF.

4.3. Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni per la versione 11.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 10.0.

Per 499 DRG il metodo di calcolo dei supplementi per gli high outlier si differenzia da quello abituale. In questi DRG, il supplemento per high outlier è stato aumentato mediante adeguamento del fattore dei costi marginali o calcolato sulla base della mediana dei costi giornalieri medi degli high outlier. Nell'aumentare il fattore dei costi marginali vengono considerati i costi differenziali complessivi per il calcolo del supplemento (il fattore dei costi marginali viene aumentato da 0,7 a 1,0).

Per la versione 11.0 risultano 189 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 197 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 10.0.

Allegato A: cifre chiave per lo sviluppo del sistema

Introduzione

Nel seguente allegato vengono riportate le più importanti cifre chiave, ad es. l'erosione dei dati per lo sviluppo del sistema della versione 11.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 182 ospedali somatici acuti rispetto ai 176 dell'anno precedente. Nello stesso periodo di tempo è aumentato il campione degli ospedali della rete SwissDRG da 131 a 141 ospedali acuti.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
Ospedali della rete	141	131
Dati complessivi	182	176

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'182'252 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti al 92,4% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'190'448	1'176'405
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'182'252	1'172'590
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'279'234	1'339'647
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'278'953	1'278'241

Per la versione 11.0 sono stati esclusi 24'933 casi privati o semiprivati da quelli forniti. Per questi casi non è stato possibile un adeguamento dei costi supplementari dovuti alla classe assicurativa, oppure i casi non soddisfacevano le condizioni menzionate, che potrebbero impedire un'esclusione. Per la versione 10.0 erano stati esclusi 23'875 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 85'553 casi (7,4% dell'insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l'altro sono stati esclusi completamente 6 ospedali/cliniche. Inoltre, in vari ospedali sono state effettuate esclusioni parziali chiaramente distinguibili. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 11.0. Ciò ha consentito di utilizzare il 90,0% dei casi inviati a SwissDRG SA per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 11.0 è stato basato su 1'071'040 casi dell'anno 2019 oltre a 846 casi dell'anno 2018 e a 154 casi dell'anno 2017.

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG	
1'279'234	1'190'448	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'278'953	1'182'252	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'156'593	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 6 ospedali)
	1'071'040	Casi plausibili 2019 (dati di calcolo)
		+ 846 casi dai dati 2018 + 154 casi dai dati 2017

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018
DRG totali	1063	1068
DRG fatturabili	1059	1064
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	156	135
Rimunerazioni supplementari non valutate, allegato 3	1	1

Validità del sistema

La validità della struttura tariffaria SwissDRG viene misurata sulla base della riduzione della varianza (R^2). La R^2 è una misura della parte della dispersione dei costi per caso, che viene spiegata dalla classificazione. Quanto maggiore è R^2 tanto migliore è la validità del sistema.

La dispersione complessiva dei costi può essere suddivisa in due componenti:

- la dispersione dovuta al raggruppamento DRG, ossia la varianza tra i DRG;
- la dispersione non dichiarata, ossia la varianza dei costi entro un DRG.

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x})^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p n_i (\bar{x}_i - \bar{x})^2 + \frac{1}{n} \sum_{i=1}^p \sum_{j=1}^{n_i} (x_{ij} - \bar{x}_i)^2$$

Dispersione totale

Dispersione dichiarata

Dispersione non dichiarata

Con:

x_{ij} : costi del caso j nel DRG i

\bar{x}_i : costi medi nel DRG i

n_i : numero di casi nel DRG i

\bar{x} : costi medi su tutti i casi

n : numero di casi

p : numero di DRG

Il coefficiente R^2 viene calcolato dividendo la dispersione dichiarata per la dispersione complessiva:

$$R^2 = \frac{\text{dispersione dichiarata}}{\text{dispersione complessiva}}$$

Il coefficiente R^2 è compreso tra 0 e 1. Un R^2 uguale a 1 significa che tutti i casi entro un DRG mostrano gli stessi costi. Lo scostamento complessivo viene spiegato soltanto dalle differenze di costo tra i DRG. Un R^2 uguale a 0 significa che il valore medio dei costi di tutti i DRG è identico e che la varianza dipende unicamente dalle differenze di costo entro i DRG.

La tabella 5 mostra gli R^2 dei dati di calcolo e degli inlier per le versioni SwissDRG 10.0 e 11.0, basati sui dati che vengono considerati per lo sviluppo. Poiché non è stata utilizzata la stessa base di dati, la variazione in R^2 contiene non solo l'effetto dello sviluppo del Grouper, ma anche un effetto dei dati (dai dati del 2018 a quelli del 2019).

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2019 e 2018 (incl. CUI)

	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2018	Delta
Tutti i casi	0,757	0,733	3,2%
Inlier	0,854	0,847	0,9%

La tabella 6 mostra la stessa analisi basata sui dati del 2019, sia per la versione 11.0 che per la versione 10.0. La tabella 6 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 . La quantità di inlier

viene qui delimitata secondo la versione 11.0 e la stessa quantità viene utilizzata anche per le analisi secondo la versione 10.0. Questo approccio è stato già usato in analisi passate per mantenere la confrontabilità tra le versioni.

Tabella 6: coefficiente R^2 – effetto dello sviluppo del Grouper (dati di calcolo del 2019, incl. CUI)

	Versione 11.0 Dati 2019	Versione 10.0 Dati 2019	Delta
Tutti i casi	0,757	0,720	5,1%
Inlier (in base a 11.0)	0,854	0817	4,5%

Nota:

R^2 è un parametro tecnico che viene considerato per il miglioramento e l'ulteriore sviluppo del raggruppamento. Si tratta di un'indicazione statistica sulla qualità del raggruppamento, ma non sulla qualità della remunerazione basata su di esso. Non vi è alcun rapporto diretto tra questo valore e la correttezza della remunerazione.