



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 14.0 rispetto alla versione 13.0

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

Indice

INTRODUZIONE	3
1. RACCOLTA DATI	3
1.1. ADEGUAMENTO DELLA CODIFICA MEDICA.....	3
1.2. REGISTRAZIONE DI MEDICAMENTI E SOSTANZE COSTOSI.....	3
1.3. RILEVAZIONE DETTAGLIATA	3
1.4. RILEVAZIONE DOPPIA DEI COSTI DI UTILIZZAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI	4
2. ELABORAZIONE DEI DATI	4
2.1. FILE DEI COSTI PER CASO	4
2.2. CORREZIONE IN BASE ALLE COMPONENTI DI COSTO	4
2.3. CONTROLLO DI PLAUSIBILITÀ DEI CASI	5
2.4. QUALITÀ DEI DATI DELLA RILEVAZIONE DETTAGLIATA	5
3. SVILUPPO DEL GROUPER	6
3.1. PANORAMICA SUI PRINCIPALI PUNTI DI SVILUPPO DELLA VERSIONE 14.0.....	6
3.1.1. <i>Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse</i>	6
3.1.2. <i>Medicina pediatrica</i>	8
3.1.3. <i>Paraplegiologia</i>	10
3.1.4. <i>Medicina palliativa</i>	11
3.1.5. <i>Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile MDC 13</i>	12
3.1.6. <i>Matrice CC</i>	13
3.1.7. <i>Adeguamenti della metodologia di calcolo</i>	14
3.2. ULTERIORE REVISIONE DELLA CLASSIFICAZIONE DRG	14
3.2.1. <i>Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC</i>	14
3.2.2. <i>Altre ristrutturazioni inter-MDC</i>	16
3.2.3. <i>Pre-MDC</i>	21
3.2.4. <i>Malattie e disturbi del sistema nervoso MDC 01</i>	21
3.2.5. <i>Malattie e disturbi dell'occhio MDC 02</i>	23
3.2.6. <i>Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola MDC 03</i>	24
3.2.7. <i>Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio MDC 04</i>	24
3.2.8. <i>Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare MDC 05</i>	26
3.2.9. <i>Malattie e disturbi dell'apparato digerente MDC 06</i>	31
3.2.10. <i>Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07</i>	32
3.2.11. <i>Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo MDC 08</i>	33
3.2.12. <i>Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella MDC 09</i>	36
3.2.13. <i>Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10</i>	37
3.2.14. <i>Malattie e disturbi dell'apparato urinario MDC 11</i>	37
3.2.15. <i>Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile MDC 12</i>	38
3.2.16. <i>Gravidanza, parto e puerperio MDC 14</i>	38
3.2.17. <i>Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario MDC 16</i>	40
3.2.18. <i>Neoplasie ematologiche e solide MDC 17</i>	41
3.2.19. <i>Malattie infettive e parassitarie MDC 18B</i>	42
3.2.20. <i>Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci MDC 21B</i>	42
3.2.21. <i>Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi</i>	43
3.2.22. <i>Rimunerazioni supplementari – modifiche</i>	43
4. METODO DI CALCOLO	46
4.1. DETERMINAZIONE DEI COST-WEIGHT	46
4.2. CALCOLO DEL VALORE DI RIFERIMENTO	46
4.3. CALCOLO DI SUPPLEMENTI E RIDUZIONI.....	46



ALLEGATO A: CIFRE CHIAVE DELLO SVILUPPO DEL SISTEMA 47

INTRODUZIONE 47

BASE DI DATI 47

NUMERO DI DRG..... 48

VALIDITÀ DEL SISTEMA..... 49

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 14.0 (dati del 2022) rispetto alla versione 13.0 (dati del 2021) della struttura tariffaria nell'ambito del processo di revisione. Le modifiche riguardano la rilevazione 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 14.0 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 2022, Parte A, Formato e contenuto dei dati originari) sono state adattate nei seguenti aspetti:

- adeguamento agli strumenti di codifica validi nel 2022;
- perfezionamento continuo della rilevazione dettagliata dei costi per medicinali con costi elevati, impianti, procedimenti, emoderivati e altre procedure.

1.1. Adeguamento della codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2022) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD-10-GM 2022
- CHOP 2022

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 2022 è stato rivisto con aggiunta o rimozione di principi attivi.

1.3. Rilevazione dettagliata

L'elenco di medicinali, impianti e procedure con costi elevati della rilevazione dettagliata è stato adeguato. La maggior parte degli adeguamenti hanno interessato l'adattamento dei codici CHOP utilizzati alla nuova versione. A causa della procedura di richiesta, in singoli casi sono stati inseriti o rimossi nuovi codici CHOP nella rilevazione dettagliata. Non sono state aggiunte né eliminate schede di registro per il settore stazionario acuto, ma il foglio di lavoro «SIRT» è stato integrato con la profilazione del tumore.

Le remunerazioni supplementari sono state perfezionate sulla base dei dati di costo del 2022. Inoltre, i dati di prezzo dei medicinali sono stati plausibilizzati, tra l'altro, con l'ausilio degli elenchi delle specialità (ES) del 2023 e del 2024.

In occasione della fornitura dei dati del 2022 si è dovuto constatare con rammarico che il numero di ospedali che hanno messo a disposizione di SwissDRG SA informazioni dettagliate su procedure e impianti costosi è notevolmente diminuito rispetto agli anni precedenti. Per garantire un ulteriore sviluppo delle remunerazioni supplementari basato sui dati, SwissDRG SA necessita urgentemente di queste informazioni. In risposta a questo calo, questo argomento è stato affrontato più volte nella presentazione del sistema, ma anche nei confronti degli ospedali. Sia gli ospedali che le organizzazioni partner di SwissDRG SA sono stati nuovamente informati e sensibilizzati sull'importanza della rilevazione dettagliata per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Inoltre, nell'ambito di uno scambio bilaterale è stato possibile affinare la comprensione reciproca con singoli ospedali e chiarire problemi concreti durante la preparazione della rilevazione dettagliata. Per quanto riguarda le future

rilevazioni dettagliate, SwissDRG SA auspica non solo un aumento quantitativo delle informazioni dettagliate fornite, ma anche un aumento della qualità dei dati.

Per migliorare la rappresentazione dei radioligandi PSMA nella struttura tariffaria SwissDRG, agli ospedali è stata offerta, oltre alla rilevazione dettagliata, la possibilità di trasmettere a SwissDRG SA le prestazioni finanziate da terzi come fornitura di dati successiva. In questo modo è stato possibile garantire che i costi effettivi sostenuti per questa procedura siano presi in considerazione nel calcolo dei cost-weight e che i casi siano così rappresentati in modo adeguato.

1.4. Rilevazione doppia dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni

Nel corso delle procedure di approvazione delle precedenti versioni della struttura tariffaria, SwissDRG SA è stata informata che i costi di utilizzo delle immobilizzazioni (CUI) devono essere valutati in conformità con l'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre). In collaborazione con H+, SwissDRG SA effettua per i dati del 2023 una doppia rilevazione (rilevazione dei CUI sia secondo i principi di economia aziendale sia secondo la OCPre). Ciò consente un'analisi comparativa completa e fornisce quindi la base per la discussione sul tipo di valutazione dei CUI nell'ambito delle future rilevazioni di dati. L'analisi di cui sopra sarà effettuata nell'estate/autunno 2024. I risultati potranno quindi essere discussi con i partner di SwissDRG SA. Si intende presentare i risultati delle analisi comparative effettuate al Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA nel dicembre 2024. SwissDRG SA potrà quindi presentare all'UFSP informazioni su come procedere nel primo trimestre del 2025.

2. Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto in modo esaustivo nel documento «Direttive per i dati 2022», 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 2022 analogamente all'anno precedente, nel formato con 80 colonne (vedere Direttive per i dati 2022, Parte A, Allegato D).

2.2. Correzione in base alle componenti di costo

Analogamente alla versione precedente, i costi nella versione 14.0 sono stati rettificati esclusivamente sulla base delle singole componenti di costo. Concretamente significa che non si detrae l'importo da aggiornare dai costi totali, ma si correggono i costi laddove sono stati effettivamente sostenuti. Poiché i costi totali sono costituiti dalla somma delle singole componenti di costo, anche questa rettifica incide sui costi totali. Ciò garantisce una migliore comparabilità delle componenti di costo, in quanto, ad esempio, i costi per le remunerazioni supplementari sono corretti direttamente sulla base delle stesse componenti di costo interessate (ad es. medicinali, impianti).

Dopo individuazione dei casi aventi diritto a remunerazioni supplementari, viene determinato l'importo da correggere per ciascun caso. Questo importo si fonda sulla valutazione delle remunerazioni supplementari e delle informazioni indicate nel set di dati sulle prestazioni (ad es. dosi dei 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 utilizzati per lo sviluppo del sistema non hanno costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (RIU) oppure regolano internamente i costi sostenuti 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

Nell'ambito della fornitura dei dati del 2022, 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. La funzione di commento è stata utilizzata in oltre 40'000 casi. 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.

2.4. Qualità dei dati della rilevazione dettagliata

In linea di principio, per poter utilizzare una rilevazione dettagliata fornita deve essere presente 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, al fine di assicurare che per tutti i casi forniti in cui sono stati usati medicinali siano presenti anche corrispondenti informazioni dettagliate e viceversa. Sfortunatamente ciò non è possibile con gli impianti, in quanto non possono essere assegnati sempre 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 è per molti ospedali molto impegnativo.

Per quanto riguarda i medicinali va anche menzionato che la valutazione di determinate remunerazioni supplementari corrisponde al prezzo dell'elenco delle specialità (ES) e molti ospedali indicano proprio questo prezzo. Nel documento sui dati dettagliati delle remunerazioni supplementari viene fatto riferimento all'uso dei prezzi dell'ES. Inoltre, il documento sui dati dettagliati contiene ulteriori parametri di distribuzione statistici (quantili, valore medio, deviazione standard) relativi ai dati sui prezzi forniti. Grazie all'adeguamento regolare dell'elenco delle specialità, i prezzi validi al momento del rilevamento non sono più necessariamente attuali. I prezzi forniti vengono quindi confrontati più volte con l'elenco delle specialità. In singoli casi in cui erano disponibili solo pochi set di dati sono stati presi in considerazione nel calcolo i prezzi della versione precedente (versione 13.0).

Alcuni ospedali forniscono 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, troppo bassi o fortemente modificati (rispetto all'ES o all'anno precedente). Ciò consente agli ospedali di aumentare ulteriormente la qualità dei dati nella successiva rilevazione dettagliata.

3. Sviluppo del Grouper

3.1. Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 14.0

Per quanto riguarda i principali sviluppi va menzionata la verifica dei casi con assorbimento di risorse particolarmente elevato. Anche per casi specifici con terapia con cellule CAR-T è stato possibile associare i costi del prodotto a un importo forfettario per caso. Con l'introduzione della nuova funzione «*Costellazioni complesse con neoplasie maligne*» come criterio di split è migliorata la rappresentazione di casi altamente costosi nel trattamento delle neoplasie maligne. Durante lo sviluppo della versione 14.0 è stata effettuata un'analisi intensiva dei casi con una «*riabilitazione precoce*».

Ancora una volta è stato portato avanti l'ulteriore sviluppo nel settore della pediatria e, inoltre, è stata rivista la matrice CC. La MDC 13 «*Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile*» è stata ampiamente adattata con il sostegno della relativa società specialistica.

Inoltre, la rappresentazione dei pazienti con una «*paraplegiologia*» o un «*trattamento complesso di medicina palliativa*» è stata ripetutamente analizzata e ulteriormente differenziata sulla base dei dati del 2022.

Il metodo di calcolo è stato sottoposto a una verifica intensiva e perfezionato.

3.1.1. Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse

Terapia con cellule CAR-T

Per i principi attivi per la terapia con cellule CAR-T esistono da anni speciali contratti tariffari e di fornitura. SwissDRG SA è stata invitata dal Consiglio federale/Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a includere quanto prima i prodotti per la terapia con cellule CAR-T nella struttura tariffaria e quindi ad abrogare le disposizioni speciali.

A tal fine è stata implementata nel software di sviluppo la lista ATC delle sostanze e dei principi attivi. In una prima fase sono stati integrati nella struttura tariffaria solo i casi con la diagnosi «*linfoma diffuso a grandi cellule B (DLBCL)*» in combinazione con i principi attivi «*CH00102 lisocabtagene maraleucel; L01XX70 axicabtagene ciloleucel; L01XX71 tisagenlecleucel*» e il codice CHOP 41.0F.13 «*Trapianto di cellule CAR [chimeric antigen receptor]-T*», compresi i costi dei prodotti. Il risultato è stata la creazione del nuovo DRG di base A20 «*Terapia con cellule CAR-T in caso di DLBCL*» nella pre-MDC. Tutti gli altri principi attivi per le terapie con cellule CAR-T continueranno a essere remunerati nella versione 14.0 come remunerazioni supplementari e con il DRG A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo con intervento multiplo o terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o CC gravissime o chemioterapia di complessità elevata e costellazione impegnativa, età < 18 anni o terapia cellulare specifica*». Oltre alla terapia con cellule CAR-T, il codice CHOP per TILs 41.0F.14 «*Trapianto di TILs [tumor infiltrating lymphocytes]*» è stato incluso nel DRG A15A senza ulteriori condizioni.

Tumor board

I colloqui interdisciplinari per casi oncologici (tumor board) sono dispendiosi e costosi. La rappresentazione del tumor board nella struttura tariffaria è già stata verificata con i dati del 2021, accertando che il codice CHOP 89.93 «*Colloquio interdisciplinare per casi oncologici (tumor board)*» non è era un buon separatore dei costi. Queste analisi sono proseguite con i dati del 2022, che hanno portato a oltre 150 simulazioni e numerose analisi dei dati.

Le valutazioni hanno dimostrato che il tumor board da solo non è un buon separatore dei costi. Tuttavia, in combinazione con diverse costellazioni come biopsie specifiche, chemioterapie complesse, procedure chirurgiche (procedure OR) o metodi diagnostici impegnativi e costosi è stata possibile una rappresentazione differenziata. Si è constatato che talvolta le biopsie non sono rappresentate allo stesso modo, il che ha richiesto una rivalutazione e una rettifica delle biopsie nella logica del Grouper.

I codici CHOP per le biopsie con «*non specificato*» sono stati svalutati, mentre le biopsie aperte sono state definite come «*procedura OR*» e le biopsie chiuse come «*procedura NOR*» (procedura medica). I metodi diagnostici impegnativi come le PET-CT o i metodi di diagnostica genetica hanno acquisito una maggiore rilevanza per il raggruppamento.

Al fine di poter migliorare la rappresentazione del tumor board inter-MDC, è stata creata una nuova funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*». Questa funzione contiene le seguenti condizioni:

- «*colloquio interdisciplinare per casi oncologici (tumor board)*»
- in combinazione con una diagnosi di «*neoplasie maligne*»
- e «*chemioterapia di complessità moderata o elevata*» o «*PET-CT*» o «*diagnostica genetica specifica*»
- e «*procedura OR*» o «*biopsia medica*»

Questa nuova funzione è stata implementata nella versione 14.0 in 15 diversi DRG di base e porta a una migliore rappresentazione di casi impegnativi.

- A93 «*Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione*»
- B02 «*Craniotomia complessa o intervento alla colonna vertebrale*»
- E02 «*Altre procedure OR sull'apparato respiratorio o intervento impegnativo sul bronco*»
- E08 «*Radioterapia per malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, più di un giorno di degenza*»
- E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio*»
- H41 «*ERCP e terapia fotodinamica o interventi endoscopici sull'esofago*»
- H61 «*Neoplasia maligna dell'apparato epatobiliare e del pancreas o degenza di valutazione prima del trapianto di fegato*»
- L62 «*Neoplasie dell'apparato urinario*»
- M60 «*Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile*»
- N60 «*Neoplasia maligna dell'apparato genitale femminile*»
- R01 «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza o...*»
- R60 «*Leucemia mieloide acuta, più di un giorno di degenza o prelievo autologo di cellule staminali o graft versus host disease*»
- R61 «*Linfoma e leucemia non acuta, più di un giorno di degenza*»
- R62 «*Altre neoplasie ematologiche e solide, più di un giorno di degenza*»
- R63 «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza*»

Riabilitazione precoce

Per la versione 14.0, la rappresentazione dei casi con una «*riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica*» o con una «*riabilitazione precoce interdisciplinare*» è stata sottoposta ad analisi intensive sulla base dei dati del 2022. Sono stati esaminati con attenzione soprattutto i casi con un elevato numero di giorni di trattamento o con trattamenti complessi. Inoltre, riceviamo regolarmente segnalazioni sul fatto che i casi con episodi di trattamento più brevi non sono sufficientemente rappresentati.

- Con la rivalutazione della «*riabilitazione precoce da 7 giorni di trattamento*» nel DRG di base A90, invece che da 14 giorni di trattamento come in precedenza, vengono ora ben rappresentati anche episodi di trattamento brevi.
- Sulla base di uno split del DRG A90A è stato implementato un nuovo A90A con la funzione «*procedure OR specifiche in più tempi*». Ciò ha comportato una ridenominazione dei DRG successivi.
- La condizione di split per il DRG A90B (precedentemente A90A) è stata ridotta da PCCL > 5 a PCCL > 4.

3.1.2. Medicina pediatrica

Nei dati del 2022 sono stati trasmessi per la prima volta i costi per i nuovi codici CHOP con basso numero di punti risorse per neonati e bambini con degenza in unità di terapia intensiva e/o intermedia (Intermediate-Care Station). Sono stati analizzati sistematicamente i criteri di split esistenti con un basso numero di punti risorse per adulti, al fine di stabilire se i nuovi codici CHOP per neonati e bambini dovessero essere integrati con un numero di punti risorse comparabile.

Rappresentazione di numeri di punti risorse più bassi

È stato condotto un esame completo della rappresentazione di < 197 punti risorse per terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC nei neonati e nei bambini. In particolare è stata esaminata la necessità di adeguare i criteri di split esistenti con basso numero di punti risorse per gli adulti, al fine di tenere conto dei nuovi codici CHOP per neonati e bambini con simile numero di punti risorse.

- È stato possibile implementare una rivalutazione di > 65 punti risorse per terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC nei neonati o nei bambini nei seguenti DRG di base e DRG:
 - DRG di base E87 «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 65/59 punti risorse*»
 - F73A «*Sincope e collasso con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 65/59 punti risorse o paraplegia/tetraplegia*»
 - X62B «*Avvelenamenti ed effetti tossici di droghe, farmaci e altre sostanze o conseguenze di trattamenti medici con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC da 66 a 130/da 60 a 119 punti risorse*»
 - X86A «*Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC da 66 a 130/da 60 a 119 punti risorse, un giorno di degenza*»
- Più di 130 punti risorse per terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC nei neonati o nei bambini sono stati rivalutati nei seguenti DRG di base e DRG:
 - B02A «*Craniotomia complessa o intervento alla colonna vertebrale, età < 6 anni o < 18 anni con intervento maggiore intracranico, con CC estremamente gravi, o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse o costellazioni impegnative per neoplasia maligna*»
 - B03A «*Interventi operatori per para- o tetraplegia, malattia cerebrale e interventi per paralisi cerebrale, distrofia muscolare, neuropatia o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale, e terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse*»
 - E87A «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse e più di un giorno di degenza o procedura specifica o CC estremamente gravi o...*»
 - G67A «*Ulcera peptica con emorragia gastrointestinale, più di un giorno di degenza e CC estremamente gravi, o diagnosi specifica con dialisi o età < 3 anni o paraplegia/tetraplegia, o terapia intensiva complessa > 130/119 punti risorse o...*»
 - DRG di base J87 «*Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse*»
 - DRG di base L87 «*Malattie e disturbi dell'apparato urinario con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse*»
 - P66B «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g o peso all'ammissione > 2499 g con costellazioni specifiche o con problema grave, o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130 punti risorse o...*»

- P67B «*Neonato, peso all'ammissione > 2499 g con problema grave o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130 punti risorse, o con altro problema più di un giorno di degenza o...*»
- DRG di base O38 «*Gravidanza, parto e puerperio con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse o procedure complesse o complicanti*»

Problema grave nei neonati

Durante l'esecuzione di analisi ci siamo imbattuti in casi sottorimunerati nel DRG di base P05 «*Neonato, peso all'ammissione > 1999 g con procedura OR significativa*».

- Nel DRG P05B abbiamo rilevato casi non adeguatamente rappresentati, ma non siamo stati in grado di identificare alcun separatore dei costi.
- Anche nel DRG P05C si sono riscontrati casi sottorimunerati che non soddisfacevano la condizione di split «*problemi gravi multipli nel neonato*» per il DRG P05B.
- Qui abbiamo tuttavia rilevato l'onere supplementare dovuto al trattamento intensivo con la condizione «*problema grave nel neonato*».
- Ampliando la condizione di split per il DRG P05B con «*problema grave nel neonato e terapia intensiva complessa > 588 punti risorse o trattamento complesso IMC > 980 punti risorse*» è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi con grande assorbimento di risorse.

Perforazione intestinale perinatale

Nel corso dello sviluppo del sistema sono stati esaminati anche casi di pazienti del DRG 963Z. Evidente è stata l'elevata frequenza della diagnosi principale P78.0 «*Perforazione intestinale perinatale*» con un peso all'ammissione superiore a 2500 g. Al fine di rappresentare comunque in modo appropriato tali casi, sono stati apportati adeguamenti.

- Il codice ICD P78.0 «*Perforazione intestinale perinatale*» è stato incluso nell'elenco delle diagnosi principali della MDC 06.
- L'inclusione di questo codice nel DRG di base G70 comporta il fatto che i casi con la costellazione descritta saranno in futuro raggruppati in un corrispondente DRG della MDC 06, mentre i casi con un peso all'ammissione inferiore a 2500 g o un'età inferiore a 28 giorni continueranno a essere raggruppati nella MDC 15.

Condensazione nella MDC 15

Nel DRG di base P04 «*Neonato, peso all'ammissione 1500-1999 g*», le analisi hanno rivelato la mancanza di differenze di costo tra il DRG P04B e il DRG P04C.

- Pertanto, i due DRG P04B e P04C sono stati condensati.

Split per bambini

La rappresentazione dei bambini costituisce ogni anno un punto focale nell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria. Per la versione 14.0, gli split per età esistenti sono stati analizzati e adeguati sulla base dei dati dell'anno 2022. Inoltre, è stato possibile implementare ulteriori split per età.

- Nei seguenti undici DRG sono stati rivisti gli split per bambini esistenti e/o sono stati creati nuovi split:
 - F31C: inserimento di «*età > 16 anni e procedure specifiche*»; uno puro split per bambini si è rivelato qui non adeguato
 - G71A: inserimento di «*età < 16 anni*»
 - H63C: modifica da «*età < 6 anni*» a «*età < 16 anni*»
 - I30B: modifica da «*età < 16 anni*» a «*età < 18 anni*»
 - I66B: inserimento di «*età < 16 anni*»
 - I76A: inserimento di «*età < 16 anni*»

- K62A: modifica da «età < 6 anni» a «età < 16 anni»
- K64A: inclusione di «età < 16 anni e diagnosi specifiche» e bambini con «età < 16 anni» senza altre condizioni sono adeguatamente rappresentati nel K64B
- L18A: inserimento di «età < 16 anni»
- L70A: inserimento di «età < 16 anni»
- R63C: inserimento di «età < 18 anni e chemioterapia complessa»
- Con queste ristrutturazioni è stato possibile migliorare notevolmente la rappresentazione dei bambini nella struttura tariffaria.

3.1.3. Paraplegiologia

Nella versione 14.0 si è presentata ancora una volta la difficoltà di rappresentare adeguatamente i casi con un trattamento paraplegiologico complesso, analogamente a quanto successo con le precedenti versioni 12.0 e 13.0. L'ulteriore sviluppo è stato portato avanti sulla base delle indicazioni degli utenti e di approfondite analisi interne. Gli adeguamenti, in particolare per quanto riguarda i DRG di base A46 e B61, sono stati effettuati sulla base delle richieste e delle segnalazioni ricevute, nonché di ampie analisi dei casi. Le ristrutturazioni nel DRG di base A46 hanno riguardato principalmente costellazioni di casi con degenza in terapia intensiva, con trattamento infermieristico complesso o con punti risorse specifici del trattamento paraplegiologico complesso. Inoltre, nelle analisi sono stati considerati anche i casi di trattamento chirurgico e conservativo senza un trattamento paraplegiologico complesso. Oltre a ciò, in diverse MDC per organi sono stati integrati split di DRG con una tabella di diagnosi secondarie del gruppo della paraplegia.

Per questo sono state effettuate le seguenti ristrutturazioni nel DRG A46:

- Inserimento nel DRG A46A:
 - Terapia intensiva complessa > 588/828 punti risorse (prima > 1176/1380)
 - Trattamento infermieristico complesso, da 226 giorni di trattamento
 - Trattamento paraplegiologico complesso, 140-195 punti risorse con diagnosi di piaga da decubito di stadio 3 e 4
 - Funzione «*Interventi su localizzazioni multiple*»
- Condensazione dei DRG A46D e A46E a causa dell'omogeneità dei costi.
- Inserimento nel DRG A46D:
 - Trattamento paraplegiologico complesso, 28-55 giorni di trattamento in combinazione con terapia intensiva complessa specifica o con punti risorse specifici per terapia intensiva complessa E trattamento complesso IMC
 - Inserimento di terapia intensiva complessa > 196/184
 - Trattamento paraplegiologico complesso, 28-55 giorni di trattamento ora solo in combinazione con piaga da decubito e procedura OR specifica nel DRG A46D
- Inserimento nel DRG A46E (in precedenza DRG A46F):
 - Trattamento paraplegiologico complesso, 28-55 giorni di trattamento
 - Trattamento complesso IMC > 784/828 punti risorse
- Il DRG A46G è stato cancellato in seguito alla condensazione

In una richiesta è stato descritto che i casi con paraplegia acuta di origine non traumatica vengono raggruppati nel DRG B61C e quindi distorcono la procedura in combinazione con una diagnosi principale di un'altra MDC. Sono stati elencati diversi DRG in cui sarebbero raggruppati casi senza la diagnosi secondaria descritta.

- Ad esempio, sono stati descritti casi di chirurgia vascolare con dissezione dell'aorta o aneurisma dell'aorta che presentano una paresi come complicanza. A causa della diagnosi secondaria G82.- «*Lesione midollare spinale completa acuta di origine non traumatica*», un caso del genere non è più raggruppato nel DRG F51A, ma nel DRG B61C.

- È stato dimostrato che le costellazioni di casi descritte richiedono un grande impiego di risorse. Per questo motivo, il gruppo di diagnosi G82 «*Lesione midollare spinale completa acuta di origine non traumatica*» è stato incluso nel DRG B61A in combinazione con la condizione per i DRG di base F51 e I06 e il DRG I95Z.
- Inoltre, alcune combinazioni di punti risorse per terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC nel DRG di base B61 sono state identificate come separatori di costi e sono state rivalutate nel DRG B61A:
 - Terapia intensiva complessa bambino > 197 punti risorse E trattamento complesso IMC bambino > 197 punti risorse
 - Terapia intensiva complessa adulto > 361 punti risorse E trattamento complesso IMC adulto > 185 punti risorse
 - Terapia intensiva complessa adulto > 185 punti risorse E trattamento complesso IMC adulto > 361 punti risorse
- Nei DRG B61B e B61C sono stati osservati casi molto onerosi a causa di interventi come la fusione vertebrale o la sostituzione di corpo vertebrale. Allo stesso tempo soddisfano la condizione del DRG di base I09 e senza la diagnosi secondaria di paraplegia sarebbero raggruppati in questo stesso DRG.
- Per rappresentare adeguatamente il dispendio di risorse è stato utilizzato come criterio di split il DRG di base I09 nel DRG di base B61:
 - Il DRG I09A è stato incluso nel DRG B61A, poiché a causa del loro intervento questi casi sono onerosi.
 - Sono stati stabiliti nuovi split dei DRG B61B e B61C con la condizione del DRG I09B (fusione vertebrale e sostituzione di corpo vertebrale)

Nei seguenti DRG sono stati rivalutati i casi con le diagnosi di paraplegia/tetraplegia:

- MDC 01: B68A, B81A
- MDC 04: E63A, E70B, E71A, E86B
- MDC 05: F36A
- MDC 07: H64A
- MDC 08: I71A
- MDC 18B: T60D
- MDC 21A: W02B

3.1.4. Medicina palliativa

Nella versione 14.0 è stata sottoposta a un esame approfondito e rielaborata anche la rappresentazione dei bambini con un «*trattamento complesso di medicina palliativa*». In questi lavori sono state ripetutamente analizzate la rappresentazione e la remunerazione dei casi con cure palliative sulla base dei dati delle diverse categorie di ospedali. È stato stabilito che i bambini con «*Prestazione di base Cure palliative specializzate, secondo il numero di giorni di trattamento*» o «*Cure palliative specializzate*» non sono contenuti nei dati. Secondo le indicazioni di un richiedente, non tutte le cliniche usano il codice «*trattamento complesso di medicina palliativa*» in caso di bambini.

- Nel DRG di base A97, il «*trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*» è stato incluso in logiche esistenti:
 - DRG A97A: «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 28 giorni di trattamento ed età < 16 anni...*»
 - DRG A97B: «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 21 giorni di trattamento ed età < 16 anni...*»
 - DRG A97C: «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 14 giorni di trattamento ed età < 16 anni...*»

- DRG A97D: «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento ed età < 16 anni...*»

- Ulteriori verifiche hanno dimostrato nel DRG di base A97 che i numeri di casi non sono sufficienti per ulteriori ristrutturazioni.

Inoltre, in una richiesta è stato descritto che costellazioni con grande assorbimento di risorse non raggiungono il DRG A97A a causa dell'incompletezza della tabella «*Procedura OR complessa*».

- Le costellazioni impegnative sono state rivalutate includendo i codici CHOP 01.24.2-/99 «*Approccio chirurgico attraverso la calotta,...*», 01.24.3- «*Approccio alla base del cranio,...*» nella funzione «*Procedura OR complessa*» nel DRG A97A.
- Con l'inclusione della condizione «*trattamento complesso di medicina palliativa da 28 giorni di trattamento e DRG di base (A93)*» per il DRG A97A e con il criterio di split «*DRG (R60A)*» per il DRG A97B e «*DRG (R60B)*» per il DRG A97D è stato possibile rappresentare correttamente altri casi con grande assorbimento di risorse.

Nell'ambito delle analisi e delle rivalutazioni è stato eliminato il DRG A97G.

3.1.5. Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile MDC 13

In collaborazione con la società specialistica è stato possibile verificare in modo approfondito e adattare le richieste e le indicazioni riguardanti la rappresentazione di casi con un intervento ginecologico di «*chirurgia del prolasso con o senza isterectomia*». Il risultato è stata una ristrutturazione complessa all'interno del DRG di base N04 «*Isterectomia o ovariectomia o interventi complessi sulle tube di Falloppio, eccetto che per neoplasia maligna*». Un'altra difficoltà è consistita nel fatto che con il catalogo CHOP 2024 la struttura per i codici CHOP «*Chirurgia del prolasso*» è stata completamente rivista. Questa situazione ha dovuto già essere tenuta in considerazione nell'ambito delle ristrutturazioni.

Interventi onerosi

A seguito di altre ristrutturazioni, nel DRG N01A «*Isterectomia con CC estremamente gravi o... per neoplasia maligna*» è stato identificato un gruppo di casi con grande assorbimento di risorse. Tutti questi casi sono stati sottoposti ad un ulteriore intervento, una resezione del retto. Questo intervento si è rivelato un fattore di incremento dei costi.

- È stato creato un nuovo split del DRG N01A. Come criterio di split valgono i codici CHOP 48.41-48.69 per i diversi tipi di intervento in caso di resezione del retto, tabella N01-6.
- Nel nuovo DRG N01C (in precedenza DRG N01B) è stata inoltre aggiunta la funzione globale «*Procedura OR specifica in più tempi*».
- Nel nuovo DRG N01D (in precedenza DRG N01C) sono stati inseriti, con la tabella N01-12, interventi specifici su intestino, uretere, vescica urinaria ecc. che erano stati identificati come procedure supplementari in grado di aumentare i costi.

Interventi di sospensione con isterectomia concomitante

Nella versione 13.0 erano già state apportate ristrutturazioni maggiori ai DRG di base N01 e N04 concernenti gli interventi di isterectomia. Successivamente, sono stati ricevuti riscontri e richieste e sono state individuate ulteriori esigenze di sviluppo anche nell'ambito di un confronto personale.

Pertanto, la valutazione degli interventi ricostruttivi e di sospensione per prolasso con isterectomia concomitante è stata criticata. In particolare, la costellazione sacrocolpopessi con isterectomia sopracervicale è stata descritta come molto onerosa. In questa vengono combinati due interventi: 70.78 «*Sospensione e fissazione della vagina con innesto o protesi*» e 68.31 «*Isterectomia subtotale, per via laparoscopica*». Molto in generale è stato dimostrato che l'isterectomia è spesso accompagnata da ulteriori interventi sugli organi genitali femminili.

- La costellazione descritta dei codici CHOP 70.78 e 68.31 è stata ora rappresentata nel DRG N04A e con ciò è stata adeguatamente rivalutata.
- Inoltre, all'interno del DRG di base N04 sono stati rivalutati i seguenti interventi nel DRG N04B:
 - Interventi ricostruttivi con trapianto e protesi, tabella N04-10
 - Isterectomia con lisi di aderenze peritoneali, tabelle N04-11 e N04-12
 - Interventi specifici per endometriosi, tabelle N04-13, N04-3 e N04-4
- Inoltre, l'esame e l'adeguamento accurati della sequenza di interrogazione dei DRG contribuiscono a un raggruppamento appropriato nel DRG previsto e quindi a una remunerazione adeguata ai costi.

Ristrutturazione all'interno del DRG di base N04

È stata dimostrata un'ulteriore combinazione di interventi su strutture parziali degli organi genitali femminili. Gli interventi sulle ovaie e sulle tube di Falloppio sono spesso accompagnati da un intervento di isterectomia.

- Per questo motivo, la separazione di questi interventi in DRG separati non era più appropriata.
- È seguita una fusione del DRG di base N05 «*Ovariectomia e interventi complessi sulle tube di Falloppio*» e del DRG di base N04 «*Isterectomia eccetto che per neoplasia maligna*».
- I codici CHOP del DRG di base N05 sono stati integrati nel DRG di base N04. Il precedente DRG di base N05 è stato eliminato.
- Successivamente è stato effettuato un nuovo split del DRG N04C nel quale sono stati rappresentati i seguenti tipi di intervento:
 - Isterectomia o intervento di ricostruzione con ovariectomia o
 - Intervento complesso su utero, annessi o ovaie
 - Aderenze peritoneali

Aderenze peritoneali

Già più volte sono stati citati i codici CHOP per le aderenze peritoneali. Nella MDC 13 sono stati identificati in vari punti come separatori dei costi.

- I codici CHOP per le aderenze peritoneali sono stati inclusi e rivalutati nelle condizioni di split del DRG N06B sulla base della tabella N06-8.

Condensazione dei DRG N13A e N13B

È stato dimostrato che le condizioni di split «*diagnosi specifiche o età < 16 anni*» per il DRG N13A non sono più una caratteristica in grado di separare i costi.

- I DRG N13A e N13B sono stati condensati nel DRG N13Z «*Interventi maggiori su vagina, cervice e vulva*».

Nuova valutazione di casi con grande assorbimento di risorse nel DRG N60A

Nel DRG N60A sono stati riscontrati casi sovrarimunerati che presentavano soprattutto un valore PCCL di 3.

- Con l'aumento dello split PCCL da > 2 a «*PCCL > 3*» è stato possibile rivalutare i casi costosi e impegnativi nel DRG N60A «*Neoplasia maligna dell'apparato genitale femminile, età < 16 anni o CC estremamente gravi o procedura specifica o costellazioni impegnative per neoplasia maligna*».

3.1.6. Matrice CC

Per la versione 14.0 sono stati proseguiti i lavori sulla matrice CC, sulle tabelle di esclusione e sugli split PCCL, portando a una rappresentazione ancora più differenziata dei casi complessi. Come risultato sono state aggiunte ora undici diagnosi ICD alla matrice CC, mentre ne sono state rimosse cinque. Tre

diagnosi ICD hanno subito una rivalutazione o una svalutazione DRG-specifica, per un totale di 51 svalutazioni DRG-specifiche. Inoltre, sono stati apportati adeguamenti a cinque split PCCL e sono stati istituiti sei nuovi split PCCL, il che garantisce una crescente differenziazione della logica del grado di gravità.

Nel corso della procedura di richiesta sono state presentate complessivamente otto richieste di adeguamento della matrice CC. Di queste domande, tre sono state ampiamente implementate e tre respinte. In due richieste è stata proposta una valutazione nella matrice CC a determinate condizioni, come ad esempio un certo numero di controlli di laboratorio. Tali richieste sono state ritenute non computabili, in quanto la matrice CC non consente alcun collegamento a condizioni. Le modifiche dettagliate nella matrice CC sono riportate nell'«*Elenco delle modifiche nella matrice CCL*».

3.1.7. Adeguamenti della metodologia di calcolo

Nel caso di un DRG con una durata media di degenza bassa e una deviazione standard della durata di degenza molto bassa, la precedente metodologia di calcolo delle soglie superiore e inferiore della degenza può comportare che la soglia superiore della degenza e la soglia inferiore della degenza abbiano entrambe esattamente un valore di due giorni. Questa situazione non soddisfa il carattere forfettario del sistema tariffario SwissDRG, in quanto il DRG interessato non presenta di fatto alcun intervallo di inlier. I casi con una durata della degenza di un giorno sono soggetti a una riduzione. A partire da una durata della degenza di tre giorni viene fatturato un supplemento al giorno. Sebbene per i casi con una durata della degenza di due giorni venga calcolato un cost-weight per inlier, questa struttura remunerativa corrisponde di fatto a un importo forfettario giornaliero.

Per la versione 14.0 la metodologia di calcolo è stata adattata in modo che in questi casi la soglia superiore della degenza venga aumentata di un giorno. L'intervallo per gli inlier è ora compreso tra due e tre giorni, e si fattura un supplemento solo a partire dal quarto giorno. Ciò garantisce anche in questi casi una remunerazione forfettaria per il periodo di un intervallo di inlier di diversi giorni.

3.2. Ulteriore revisione della classificazione DRG

3.2.1. Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC

Tracheostomia temporanea

Per lo sviluppo del sistema 13.0 dello scorso anno abbiamo ricevuto una richiesta relativa alla remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare. In questo contesto sono stati considerati i casi del DRG D15B con una diagnosi principale C32.8 «*Tumore maligno: lesione sconfinante a più zone contigue della laringe*» e una procedura 31.1 «*Tracheostomia temporanea*», che con la codifica supplementare di 93.59.51 «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti, da almeno 7 a 13 giorni di trattamento*» sono raggruppati nel DRG A94C con un cost-weight inferiore. Diverse ristrutturazioni sembravano molto promettenti, ma non avevano potuto essere implementate a causa di un numero di casi troppo basso, motivo per cui sono state ripetute per lo sviluppo del sistema 14.0 di quest'anno.

- La tabella D15-1 è stata inclusa nello split per il DRG A94B.
- In futuro, i casi con la presente costellazione saranno raggruppati nel DRG A94B con un cost-weight più elevato.

Trapianti di organi solidi

Oltre al trapianto di cellule CAR-T e linfociti infiltranti il tumore è stata verificata anche la rappresentazione dei trapianti di organi solidi. In questa verifica i DRG di base A01 «*Trapianto di*

fegato», A02 «*Trapianto di rene e pancreas o intestino*», A16 «*Trapianto di cellule di Langerhans*» e A17 «*Trapianto di rene*» presentavano una disomogeneità dei costi.

- Dal DRG di base A02 «*Trapianto di pancreas o intestino*» sono stati rimossi i trapianti simultanei di rene e cellule di Langerhans.
- I trapianti di cellule di Langerhans sono ora raggruppati nel DRG A01A «*Trapianto di cellule epatiche o di Langerhans...ecc.*».
- I trapianti di reni multipli sono stati integrati nel DRG A17A.
- Il DRG di base A16 è stato eliminato.

Trattamento epatico complesso

Un richiedente ci ha descritto casi che ricevono un trapianto dopo malattia epatica scompensata con peggioramento funzionale. Questi casi vengono raggruppati di frequente nel DRG A01B. Tuttavia, considerato il trattamento epatico complesso eseguito, l'onere non potrebbe essere remunerato in modo adeguato, per cui viene richiesta una verifica per la rivalutazione del trattamento epatico complesso.

- Un raggruppamento più elevato dei casi con un trattamento epatico complesso dal DRG A01B al DRG A01A si è dimostrato inadeguato a causa di un numero troppo basso di casi.
- È stata invece effettuata una rivalutazione dei casi con un «*trapianto di fegato*» con «*punti risorse specifici per terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC*» nel DRG A01A, in quanto nel DRG A01B non era garantita la copertura dei costi.
- I casi con una «*valutazione prima del trapianto di fegato*» non erano più rappresentati in modo appropriato nel DRG di base H63 «*Malattie del fegato eccetto neoplasia maligna, cirrosi epatica ed epatiti non infettive specifiche o degenza di valutazione prima del trapianto di fegato*». Per questo insieme di casi è stato possibile ottenere una rappresentazione migliore mediante rivalutazione nel DRG H63A.

Riabilitazione geriatrica acuta

Finora, MDC specifiche erano escluse nel DRG di base A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta*». La costellazione con esclusioni specifiche si è rivelata confusa.

- Tutte le esclusioni sono state rimosse dal DRG di base A95.
- Rivalutazione nel DRG A95A:
 - terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 184 punti risorse e riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento
 - o procedure OR complesse in più tempi
 - o procedure complicanti
 - o CC gravissime
- Rivalutazione nel DRG A95B:
 - intervento su localizzazioni multiple
 - o DRG (I03A)
 - o DRG (I04A)
 - o DRG (I95Z)
- Rivalutazione nel DRG A95C:
 - riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento
 - o CC gravissime
- Rivalutazione nel DRG A95D:
 - riabilitazione geriatrica acuta, da 14 giorni di trattamento e PCCL > 3
- Rivalutazione nel DRG A95E:
 - riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento
- Allo stesso tempo, la «*riabilitazione geriatrica acuta*» è stata rimossa da diversi DRG come criterio di split:

- DRG I06B: «*Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento*» rimossa
- DRG di base G38: «*Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento*» rimossa
- DRG G38B: «*Riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento*» rimossa
- DRG G12A: «*Riabilitazione geriatrica acuta da 21 giorni di trattamento*» rimossa

3.2.2. Altre ristrutturazioni inter-MDC

Aggiornamenti delle tabelle

Nell'ambito dello sviluppo del sistema 14.0 è stata eseguita una revisione e un'elaborazione complete delle tabelle in tutte le MDC. Sono state eliminate eventuali duplicità all'interno delle tabelle per garantire una struttura dei dati ottimale. Inoltre, sono stati creati o rimossi collegamenti rilevanti sia all'interno dei DRG che tra DRG e MDC, al fine di garantire una rappresentazione precisa. È stata condotta un'analisi approfondita della rappresentazione di numerosi codici, con conseguenti adeguamenti – mediante rivalutazione o svalutazione – al fine di migliorare l'accuratezza della codifica.

Paralisi cerebrale infantile

In occasione dell'analisi dei dati del 2022 si è constatato che una diagnosi secondaria del gruppo delle paralisi cerebrali infantili (G80) fungeva da importante fattore di costo inter-MDC. In particolare, la diagnosi G80.- «*Paralisi cerebrale infantile*» è stata utilizzata come criterio di split in diversi DRG, rivalutando adeguatamente i casi interessati. I DRG interessati comprendono:

- MDC 01: B17A
- MDC 02: C03A
- MDC 08: I06A, I20A
- MDC 18B: T01B

Inoltre, è stato osservato che i casi con diagnosi principale G80.9 «*Paralisi cerebrale infantile non specificata*» erano originariamente raggruppati nel DRG di base B81 «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso, più di un giorno di trattamento*». Per promuovere l'omogeneità medica, il codice ICD G80.9 è stato spostato nella tabella delle diagnosi principali del DRG di base B85 «*Malattie degenerative del sistema nervoso o paralisi cerebrali, più di un giorno di trattamento*», in modo che i casi siano qui rappresentati in modo appropriato.

Isolamento da contatto

Nel corso dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria V14.0 è stata verificata in tutte le MDC la rappresentazione del gruppo di codici CHOP 99.84.1- «*Isolamento da contatto, secondo il numero di giorni di trattamento*».

- Una rivalutazione in diversi DRG di base si è dimostrata appropriata.
- All'interno della MDC 04 è stato possibile rivalutare l'«*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» nei seguenti sei DRG:
 - E60A, E64A, E65A, E70A, E75A e E87A
- Al di fuori della MDC 04 l'«*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» è stato rivalutato nei seguenti DRG:
 - F62A «*Insufficienza cardiaca e shock con CC estremamente gravi e dialisi o rianimazione o procedura specifica o diagnosi complicante o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*»
 - P67A «*Neonato, peso all'ammissione > 2499 g con problemi gravi multipli o età gestazionale < 35 settimane o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196 punti risorse o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento, o...*»
 - T01C «*Procedura OR o ampio sbrigliamento per malattie infettive e parassitarie per sepsi o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*»

- T60C «Sepsi con procedura complicante o esiti di trapianto d'organo o trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 7 giorni di trattamento o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento, ed età > 15 anni, o...»
- T63A «Malattia di origine virale su esiti di trapianto d'organo o diagnosi aggravante o infezioni da citomegalovirus o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento»
- Nei DRG E77A e F62A è stata rimossa la tabella esistente con «agenti patogeni multiresistenti».
- Inoltre, la rappresentazione di «isolamento da contatto da 14 giorni di trattamento» è stata rivalutata nei seguenti DRG:
 - L63A «Infezioni dell'apparato urinario con CC gravi o limitazione funzionale motoria grave, e piodermite o età < 6 anni o paraplegia/tetraplegia o diagnosi aggravante o isolamento da contatto da 14 giorni di trattamento»
 - T60A «Sepsi con procedura complicante o su esiti di trapianto d'organo, con CC estremamente gravi, o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse o trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 14 giorni di trattamento o isolamento da contatto da 14 giorni di trattamento»

Funzione globale «intervento su localizzazioni multiple»

Abbiamo ricevuto il riscontro che la funzione «Intervento su localizzazioni multiple» al di fuori della MDC 08 «Apparato locomotore» non è sufficientemente considerata. Un'analisi inter-MDC ha dimostrato che si tratta di un numero ridotto di casi nei singoli DRG e che questi sono per lo più rappresentati in maniera appropriata. Solo nei DRG di base A46 e A95 era evidente una sottorimunerazione di diversi casi.

- Pertanto, la funzione «Intervento su localizzazioni multiple» è stata inclusa nelle condizioni di split per il DRG A46A «Trattamento paraplegiologico complesso da 196 giorni di trattamento o terapia intensiva complessa > 588/828 o intervento su localizzazioni multiple o ...» e per il DRG A95B «Riabilitazione geriatrica acuta da 7 giorni di trattamento con procedura complessa o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 360 punti risorse o... o intervento su localizzazioni multiple», rivalutando così questi casi.

Disturbi della coagulazione

Abbiamo anche ricevuto diverse richieste e riscontri con la proposta di una svalutazione di ICD specifici per disturbi della coagulazione nella struttura tariffaria.

Tra le altre cose è stata richiesta una svalutazione del gruppo di codici ICD D68.- «Altri difetti della coagulazione» e in particolare dei codici ICD D68.4 «Deficit acquisito di fattore della coagulazione» e D65.0 «Afibrinogenemia acquisita», soprattutto in combinazione con una macchina cuore-polmone. Secondo il richiedente, all'inizio di un intervento di cardiocirurgia con uso di una macchina cuore-polmone si esegue una riduzione/soppressione della coagulazione e al termine dell'intervento si somministrano 2 g di fibrinogeno come procedura standard, che deve essere considerata parte della gestione chirurgica della coagulazione. L'unica eccezione sarebbe la gestione della coagulazione nel contesto di un disturbo della coagulazione intravasale disseminata, che si traduce in una maggiore somministrazione di fibrinogeno in combinazione con altri fattori della coagulazione. È stato chiesto che il gruppo di codici ICD D68.-, e in particolare il codice ICD D68.4, non venga valutato quando si utilizza una macchina cuore-polmone, ad eccezione della somministrazione di diversi fattori della coagulazione.

- Una svalutazione generale nella matrice CC, nonché una svalutazione del gruppo di codici ICD D68.- o dei codici ICD D68.4 e D65.0 nella matrice CC dei DRG con una macchina cuore-polmone non si è dimostrata appropriata.
- Una valutazione CCL in combinazione con l'indicazione di una determinata quantità di medicinali non è possibile nella matrice CC.

- Solo la svalutazione del codice ICD D68.34 «*Diatesi emorragica da eparine*» nella matrice CC in tutti i DRG con una macchina cuore-polmone al livello 0 ha portato a una rappresentazione adeguata dei casi.
- Nell'ambito delle analisi e delle simulazioni intensive sono stati svalutati i seguenti codici ICD nella matrice CC:
 - D65.9 «*Sindrome da defibrinazione, non specificata*»
 - D68.38 «*Altra diatesi emorragica da altri e non specificati anticorpi*»
 - D68.9 «*Difetto della coagulazione non specificato*»
 - D69.9 «*Condizioni emorragiche non specificate*»
- Inoltre, i codici ICD D65.0 e D65.9 sono stati rimossi dalle tabelle come diagnosi aggravanti in diverse funzioni globali.
- I codici ICD non specifici del gruppo delle anemie e dei disturbi della coagulazione sono stati rimossi dalla tabella «*Diagnosi complicanti*» nel DRG A11C.

Queste ristrutturazioni hanno prodotto una rappresentazione più adeguata dei disturbi della coagulazione nella struttura tariffaria e, inoltre, sono state chiarite le linee guida di codifica per questo argomento.

Diastasi dei retti

Secondo un richiedente, il trattamento di una diastasi dei retti viene spesso eseguito insieme al trattamento di un'ernia ed è quindi sottorimunerato.

- Le nostre analisi hanno confermato una sottorimunerazione di interventi di ernia con contestuale ricostruzione in caso di diastasi dei retti.
- A seconda che l'ernia o la diastasi dei retti sia stata codificata come diagnosi principale, questi casi sono stati raggruppati nel DRG G09G della MDC 06 o nel DRG I27D della MDC 08.
- Poiché il codice ICD M62.08 «*Diastasi muscolare: altro*» e il codice CHOP 83.65.14 «*Altra sutura di muscoli o fasce, parete toracica, addome e dorso*» sono piuttosto aspecifici, non è stata possibile una semplice rivalutazione di questi codici.
- Con le seguenti logiche è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.
 - Per il DRG G09E: intervento di ernia concomitante CON il codice CHOP 83.65.14 «*Altra sutura di muscoli o fasce, parete toracica, addome e dorso*» E il codice ICD M62.08 «*Diastasi muscolare: altro*».
 - Per il DRG I27B: intervento di ernia concomitante CON il codice CHOP 83.65.14 «*Altra sutura di muscoli o fasce, parete toracica, addome e dorso*» E il codice ICD del gruppo ICD K40-46 «*Ernie*».

Interventi sugli organi genitali femminili

Erano stati notati codici che non erano ancora rappresentati adeguatamente nella MDC 13, ma solo nel DRG di base U01 «*Intervento di trasformazione del sesso*».

- È stata aggiunta una nuova tabella con 71.79 «*Ricostruzione della vulva e del perineo, altro*», 71.8 «*Altri interventi sulla vulva*», 71.9 «*Altri interventi sull'apparato genitale femminile*» nel DRG di base N23 «*Altri interventi ricostruttivi sull'apparato genitale femminile...*» e O02 «*Parto vaginale con intervento impegnativo o procedura specifica con diagnosi specifica*».

Verifica di svalutazione di codici CHOP specifici

Un'altra richiesta riguardava la verifica della svalutazione dei codici CHOP 86.7A.1- «*Plastica di allungamento, piccola...*», 86.7A.2- «*Plastica di allungamento, ampia...*» e 86.7A.9- «*Plastica con lembo locale su cute e tessuto sottocutaneo, altra...*», 51.04 «*Altra colecistotomia*», 39.95.B- «*Emodiafiltrazione: intermittente...*» in combinazione con 39.95.2- «*Emodialisi: intermittente...*»

nonché 54.12.10 «Laparotomia di second-look» al fine di ridurre al minimo le potenziali sopravvalutazioni o l'incentivo alla sovracodifica.

- Per 86.7A.1- «Plastica di allungamento, piccola...», 51.04 «Altra colecistotomia» e la combinazione di 39.95.B- «Emodiafiltrazione: intermittente...» e 39.95.2- «Emodialisi: intermittente» non sono state dimostrate sopravvalutazioni. I codici sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate, motivo per cui non vi è alcuna necessità di una svalutazione.
- Tuttavia, la sopravvalutazione è stata confermata per i due gruppi di codici 86.7A.2- «Plastica di allungamento, ampia...» e 86.7A.9- «Plastica con lembo locale su cute e tessuto sottocutaneo, altra...» nonché per il codice 54.12.10 «Laparotomia di second-look». Di conseguenza, per la versione 14.0 questi codici CHOP sono stati svalutati.

Impianti paziente-specifici

Un richiedente ha sottolineato che la progettazione e la fabbricazione di impianti personalizzati per pazienti sono altamente impegnative e associate a costi preoperatori elevati, che differiscono da quelli per gli impianti standard. In particolare, sono interessati gli impianti nella zona della testa, come il terzo medio della faccia, la mandibola e l'articolazione temporomandibolare. A causa del basso numero di casi distribuiti tra diversi DRG e MDC, si propone di prendere in considerazione una remunerazione dei seguenti codici CHOP tramite una remunerazione supplementare:

- 00.9A.6- «Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti...»
- 02.05.10-30 «Inserzione di impianto CAD nel neurocranio...»
- 76.43.11-12 «Inserzione di impianto CAD nella mandibola, per riparazione plastica...»
- 76.5X.71 «Impianto di endoprotesi totale dell'articolazione temporomandibolare con componenti preparati con sistema CAD-CAM»
- 76.92.20-31 «Inserzione di impianto CAD nello splancnocranio...»
- 81.47.26 «Impianto di sostituto cartilagineo metallico personalizzato nel ginocchio»

Le analisi dei codici CHOP elencati hanno dimostrato che in media i casi possono essere remunerati tramite il sistema DRG. Inoltre, le analisi hanno dimostrato che in particolare il gruppo di codici 00.9A.6- «Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti», 02.05.10-11 «Inserzione di impianto CAD nel neurocranio senza interessamento dello splancnocranio...» e 76.92.20 «Inserzione di impianto CAD nello splancnocranio senza interessamento del neurocranio, fino a 2 regioni» beneficiano di una rivalutazione. Sebbene la presente dispersione dei costi degli impianti nel sistema DRG abbia reso difficile la rivalutazione, sono state implementate le seguenti ristrutturazioni:

- I codici CHOP 00.9A.61 «Utilizzo di impianti personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini», 00.9A.62 «Utilizzo di impianti personalizzati adattati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini», 00.9A.63 «Utilizzo di modelli personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini per navigazione» e 00.9A.64 «Utilizzo di impianti personalizzati predisposti prima dell'intervento tramite immagini 3D nonché stampanti 3D» sono stati rivalutati nel DRG D24A.
- Il codice CHOP 02.05.10 «Inserzione di impianto CAD nel neurocranio senza interessamento dello splancnocranio, difetto semplice» è stato rivalutato con l'inclusione nelle tabelle B20-9, D25-4 e I15-2.
- I codici 02.05.10-30 «Inserzione di impianto CAD nel neurocranio...», 76.43.12 «Inserzione di impianto CAD nella mandibola, per riparazione plastica di difetto grande o complesso» e 76.92.20-31 «Inserzione di impianto CAD nello splancnocranio...» sono stati inclusi nello split per il DRG D02A e in un DRG B09B appositamente creato.

Ulteriori tentativi di rivalutazione hanno portato a un risultato sfavorevole per numerosi casi a causa della disomogeneità e quindi non hanno potuto essere implementati.

Incisione della regione tiroidea

Ci è pervenuta l'indicazione che il codice CHOP 06.09.12 «*Incisione della regione tiroidea, esplorazione*» non è rappresentato in modo equivalente ai restanti codici del gruppo di codici 06.09* «*Altra incisione della regione tiroidea...*». Ciò è stato confermato nell'ambito di analisi.

- Il codice 06.09.12 «*Incisione della regione tiroidea, esplorazione*» è stato equiparato al gruppo di codici 06.09* «*Altra incisione della regione tiroidea...*».
- Inoltre, il gruppo di codici 06.09* «*Altra incisione della regione tiroidea...*» è stato rimosso dalla condizione di split per il DRG D30A, soprattutto perché è stata rilevata una sopravvalutazione.

Conflitto di sesso

Poiché dal 2022 è possibile una semplice modifica del sesso iscritto nel registro dello stato civile, sotto questo aspetto le tabelle «*Conflitto di sesso – Diagnosi/Procedure per l'uomo/per la donna*» sono diventate prive di significato come logica di esame nella struttura tariffaria.

- Gli esami sul conflitto di sesso sono stati rimossi dalla logica. Le tabelle corrispondenti sono state cancellate, così come gli spostamenti «*conflitto di sesso*» nel DRG 960Z dalle MDC 12, 13 e 14.
- Inoltre, non vengono più esaminati i conflitti di età legati al sesso: «*Conflitto di età – Procedure/Diagnosi in età fertile*», età > 12 anni e < 55 anni, sono stati rimossi.

Terapia a pressione negativa

Su richiesta e sulla base di analisi globali abbiamo ricevuto sempre più prove che in alcuni punti le terapie a pressione negativa non sono adeguatamente rappresentate. A seguito della verifica mirata della meccanica tariffaria al momento della registrazione di una terapia a pressione negativa sono stati effettuati adeguamenti in diversi punti della struttura tariffaria:

- La funzione «*Terapia a pressione negativa complessa*» è stata inclusa nel DRG F31A e i casi sono stati così rivalutati.
- Tuttavia, è stato anche possibile constatare che il criterio di split «*Terapia a pressione negativa complessa ed età < 16 anni*» nel DRG di base A43 «*Riabilitazione precoce per coma vigile e sindrome locked-in con riabilitazione precoce...*» è sopravvalutato. Di conseguenza, questa costellazione di casi è stata rimossa dal DRG di base A43. Tuttavia, per tener conto dei casi spostati, la costellazione «*età < 16 anni con terapia a pressione negativa complessa*» è stata inclusa nel DRG G35A.
- Un'altra integrazione è stata attuata nelle condizioni di split del DRG J11A. Queste sono state ampliate con la funzione «*Terapia a pressione negativa*».

Linfoadenectomia

In diverse MDC è stata notata una rappresentazione non omogenea dei codici per la linfoadenectomia e la linfoadenectomia del linfonodo sentinella. La ripetuta revisione dei corrispondenti codici CHOP ha reso più difficile l'aggiornamento delle tabelle e, di conseguenza, ha portato a tabelle incoerenti.

- Sono state create nuove tabelle: «*Asportazione di linfonodi sentinella*» con codici 40.2*.11 e «*Asportazione di linfonodi*» con codici 40.2*.
- Tutte le vecchie tabelle sono state rimosse e sostituite con le tabelle di nuova creazione.

Adsorbimento extracorporeo

Un richiedente ha sottolineato che i casi con il codice CHOP 99.76.31 «*Assorbimento extracorporeo di sostanze idrofobe, piccolo e medio-molecolari*» e un intervento chirurgico supplementare con un giorno di degenza sono raggruppati nel DRG A91Z. Tuttavia, non è appropriato assegnare a questo DRG anche casi con trattamento chirurgico.

- La logica nel DRG A91Z è stata adeguata, aggiungendo alla tabella A91-1 la condizione che tutte le procedure operatorie siano escluse. Ciò serve a prevenire eventuali future remunerazioni deficitarie a causa di prestazioni aggiuntive.

Pelle del donatore

I pazienti con lesioni cutanee estese (ad es. in caso di ustioni gravi) sono molto complessi. La pelle del donatore può essere autologa (dal paziente stesso), allogenica (da altri donatori umani) o xenogenica (da esseri viventi estranei alla specie). I casi sono eterogenei nei costi. Un elevato numero di casi è raggruppato nella pre-MDC e numerosi casi si distribuiscono su molti DRG.

- Sono state create nuove tabelle per «Sostituzione permanente di cute, piccola» e «Sostituzione permanente di cute, ampia» e inserite in DRG di base come il DRG X06 e il DRG F21.
- Nella funzione «Ustione grave/gravissima» sono stati inseriti ulteriori codici ICD con ustioni di 3° grado.
- Nel DRG di base Y02 «Altre ustioni con trapianto cutaneo...» è stata creata una nuova tabella «Ustioni gravissime (dal 20% di superficie corporea e 3° grado)» e i punti risorse per terapia intensiva complessa sono stati ridotti a > 119 punti.

3.2.3. Pre-MDC

Un richiedente ci ha chiesto una verifica dell'omogeneità dei costi per il DRG A94C. Inoltre, si dovrebbe verificare se lo split PCCL per il DRG A94B possa essere ridotto a > 3 o > 2, poiché un PCCL > 4 è estremamente difficile da raggiungere.

- La riduzione dello split PCCL a > 3 non si è dimostrata appropriata e non ha potuto essere implementata.
- Tuttavia, è stato dimostrato che un «trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 21 giorni di trattamento» in combinazione con una degenza in UCI o IMCU è chiaramente riconoscibile come separatore dei costi.
- Così è stato creato un nuovo DRG A94A «Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti da 21 giorni di trattamento e terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse».

3.2.4. Malattie e disturbi del sistema nervoso MDC 01

Siamo stati informati che il DRG B09C presenta una notevole eterogeneità dei costi e un basso grado di copertura dei costi. Soprattutto i casi con il codice CHOP 02.34 «Shunt fra ventricolo, cavità addominale e i suoi organi» comporterebbero costi maggiori rispetto ad altri casi. Pertanto, è stata richiesta una verifica di omogeneità e una verifica di uno split CHOP-dipendente.

- Nei dati nazionali svizzeri relativi all'anno 2022 è emerso un onere supplementare per l'inserzione o la sostituzione di shunt ventricolare.
- Ad esempio, i codici CHOP 02.31-35 «Shunt ventricolare verso...» e 02.42.10-99 «Sostituzione di shunt ventricolare,...» sono stati inclusi nella condizione di split per il DRG B09C «Altri interventi sul cranio per neoplasie maligne del sistema nervoso o procedura specifica».
- Ciò ha permesso di aumentare l'omogeneità dei costi e di ottenere una rappresentazione corretta e adeguata alle risorse impiegate dei casi all'interno del DRG di base B09 «Altri interventi sul cranio».

Le analisi hanno mostrato casi sottorimunerati nel DRG di base B76 «Crisi epilettiche o video-EEG o trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento, più di un giorno di degenza».

- Quali separatori dei costi si sono dimostrati validi i codici CHOP 89.19.21 «Diagnostica video-EEG intensiva invasiva per epilessia» e 89.19.15 «Diagnostica video-EEG intensiva non invasiva, durata di registrazione da più di 120 ore».

- Grazie alla rappresentazione di questi due codici CHOP in un nuovo DRG B76A è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate e corretta di determinati metodi di diagnostica video-EEG intensiva.

Un richiedente ha chiesto un'analisi di omogeneità del DRG B20C con particolare attenzione al codice CHOP 00.94.30 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, fino a 4 ore*» in qualità di possibile split supplementare.

- Il codice CHOP 00.94.30 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, fino a 4 ore*» non ha un numero minimo e quindi non può essere preso in considerazione.
- Nelle analisi non è stato possibile individuare un separatore di costi nel DRG B20C.
- Nell'ambito di queste analisi, tuttavia, è emersa una sopravvalutazione dei codici CHOP 39.77.00 «*Intervento percutaneo transluminale endovascolare su vaso(i) intracranico(i), NAS*» e 39.77.09 «*Intervento endovascolare percutaneo transluminale su vaso(i) intracranico(i), altro*» nel DRG di base B20.
- Abbiamo svalutato questi codici CHOP cancellandoli dalle funzioni globali e dalla tabella «*Interventi endovascolari intracranici*» all'interno del DRG di base B20 «*Interventi intracranici specifici o complessi o intervento maggiore alla colonna vertebrale*».

Con i dati del 2022 è stato possibile verificare per la prima volta la rappresentazione del codice CHOP 99.2B.12 «*Impostazione iniziale del trattamento del morbo di Parkinson in stadio avanzato con pompa per infusione di medicinali con levodopa/carbidopa*».

- Nei dati era riconoscibile un chiaro onere supplementare all'interno del DRG di base B67.
- Il codice CHOP 99.2B.12 è stato incluso come «*procedura NOR*» nel DRG di base B67.
- Poiché il codice CHOP è un chiaro separatore dei costi, il precedente DRG B67A è stato splittato ed è stato creato un nuovo DRG B67A «*Morbo di Parkinson con gravissima limitazione o impostazione iniziale di pompa per infusione di medicinali con levodopa*».

La condizione di split «*trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto fino a 72 ore*» nel DRG di base B69 «*Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusioni di vasi extracranici*» non si è più rivelata una caratteristica in grado di separare i costi per il DRG B69B.

- I DRG B69B e B69C sono stati condensati nel DRG B69B «*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*».

Un richiedente ci ha segnalato una possibile incoerenza tra ciò che è stato codificato e il DRG risultante. Ha fatto riferimento alla codifica del codice ICD I67.7 «*Arterite cerebrale, non classificata altrove*», che finora raggruppava nel DRG di base B76 «*Crisi epilettiche o video-EEG o trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento...*».

- Per promuovere l'omogeneità medica, il codice ICD I67.7 è stato rimosso dal DRG di base B76 e incluso nel DRG di base B81 «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso*».
- I dati nazionali svizzeri del 2022 hanno dimostrato che questi casi sono qui adeguatamente rappresentati.

In occasione dell'elaborazione di una indicazione di un utente è stato notato che la rappresentazione del codice ICD C41.01 «*Tumore maligno dell'osso e della cartilagine articolare: craniofacciale*» non ha senso dal punto di vista medico come diagnosi principale nella MDC 03, soprattutto a causa delle procedure.

- Il codice ICD C41.01 è stato spostato dalla tabella delle diagnosi principali della MDC 03 alla tabella delle diagnosi principali della MDC 01 e incluso nel DRG di base B66 «*Neoplasie del sistema nervoso o stato stuporoso e coma, di origine non traumatica*».

- Ciò ha consentito di ottenere una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate e corretta del codice ICD C41.0 all'interno della MDC 01.

La condizione di split *«riabilitazione neurologica precoce da 21 giorni di trattamento»* nel DRG di base B90 non si è più dimostrata una caratteristica in grado di separare chiaramente i costi.

- I DRG B90A e B90B sono stati condensati nel DRG B90A *«Malattie e disturbi del sistema nervoso con riabilitazione neurologica precoce da 21 giorni di trattamento o trattamento complesso IMC > 1176/1104 punti risorse o procedura OR complessa»*.

Nel DRG di base B17 sono stati notati casi impegnativi con linfadenectomie.

Questi casi vengono ora correttamente rivalutati con l'inclusione del codice CHOP 40.2- *«Asportazione semplice e distruzione di strutture linfatiche»* nei criteri di split per il DRG B17A.

3.2.5. Malattie e disturbi dell'occhio MDC 02

È emerso che il codice CHOP 38.12 *«Endarteriectomia di altri vasi della testa e del collo»* non è stato finora rappresentato nella MDC 02.

- Con l'inclusione del codice CHOP 38.12 nella tabella per il DRG C14Z *«Interventi sulla congiuntiva o altre procedure»* è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata del codice CHOP all'interno della MDC 02.

In una richiesta ci sono stati indicati casi in cui, oltre a un intervento sul cristallino, viene eseguita anche una vitrectomia via pars plana. Secondo il richiedente, la combinazione dei due interventi nel DRG di base C03 *«Interventi su retina, coroide, corpo vitreo e camera posteriore dell'occhio»* è rappresentata solo in modo insufficiente, motivo per cui è stato richiesto un DRG separato per questi casi.

- Le nostre analisi hanno confermato una leggera sottorimunerazione di casi con il codice CHOP 14.73.10 *«Vitrectomia meccanica anteriore via pars plana»* nel DRG C03C.
- Includendo questo codice CHOP nella condizione di split per il DRG C03B è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.
- La differenza di costo rispetto al DRG C03B era troppo piccola per un DRG separato con la combinazione di interventi sul cristallino e una vitrectomia via pars plana all'interno del DRG di base C03.

In un'altra richiesta è stata chiesta la rivalutazione degli interventi per glaucoma in combinazione con una vitrectomia via pars plana o la presenza di un impianto di cristallino con il codice ICD Z96.1. Secondo il richiedente, questi interventi sono più complessi e, di conseguenza, anche più costosi rispetto al semplice intervento per glaucoma. All'interno del DRG di base C06 *«Interventi su iride, corpo ciliare, sclera e camera anteriore dell'occhio»* questi casi sono sottorimunerati.

- I dati nazionali svizzeri del 2022 hanno confermato una sottorimunerazione di casi con impianto di un drenaggio per glaucoma e una vitrectomia via pars plana nel DRG C06A.
- Per un DRG separato all'interno del DRG di base C06, come proposto dal richiedente, il numero di casi era troppo basso.
- Per rappresentare questi casi in modo corretto e adeguato alle risorse impiegate, il codice CHOP 12.79.20 *«Impianto di drenaggio di glaucoma»*, in combinazione con il codice CHOP 14.73.10 *«Vitrectomia meccanica anteriore via pars plana»*, raggruppa ora nel DRG C03A, che viene rivalutato di conseguenza.

Nell'ambito delle analisi sul tumor board e sulle rivalutazioni e svalutazioni delle biopsie abbiamo notato anche casi sottovalutati all'interno della MDC 02.

- È stato dimostrato che questi casi richiedevano un onere supplementare a causa di biopsie dell'occhio.

- Ora i casi con una biopsia chiusa dell'occhio sono rappresentati adeguatamente nel DRG C14Z «*Interventi sulla congiuntiva o altre procedure*».

3.2.6. Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola MDC 03

All'interno della MDC 03 era riconoscibile una rappresentazione inappropriata di casi con interventi in più tempi.

- L'inclusione della funzione «*Procedure OR specifiche in più tempi*» nel DRG D12A «*Altri interventi impegnativi o radioterapia o procedure OR specifiche in più tempi per malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola*» ha permesso di rivalutare questi casi e di ottenere una loro rappresentazione adeguata.

In una precedente richiesta è stato chiesto di verificare la condizione di split «*emostasi dopo tonsillectomia o adenectomia o tonsillectomia per ascesso*» per il DRG D13B «*Emostasi dopo tonsillectomia o adenectomia o tonsillectomia per ascesso, eccetto che per neoplasia maligna, età < 16 anni*» anche negli anni di dati successivi. La ristrutturazione è stata effettuata nell'anno di dati 2017 per la versione 9.0.

- La verifica della vecchia richiesta sui dati del 2022 ha dimostrato che le emorragie successive alle tonsillectomie continuano a dimostrare di essere un separatore di costi e sono adeguatamente rappresentate nel DRG D13B.

La rappresentazione dei trapianti di tessuto mediante anastomosi microvascolare è stata verificata all'interno della MDC 03 nel corso dello sviluppo del sistema e modificata di conseguenza.

- La logica per la tabella D24-3, che contiene i codici per i trapianti di tessuti con anastomosi microvascolare, è stata adattata nel DRG di base D24 in modo da raggruppare i casi nel DRG di base D24 senza dover soddisfare ulteriori condizioni.

Il codice ICD D21.0 «*Tumore benigno: connettivo ed altri tessuti molli della testa, faccia e collo*» è stato finora rappresentato nella MDC 08.

- Per promuovere l'omogeneità medica, questo codice ICD è stato spostato dalla tabella delle diagnosi principali della MDC 08 alla tabella delle diagnosi principali della MDC 03.
- Nel DRG di base D66 «*Altre malattie di orecchio, naso, bocca e gola*», i casi con il codice ICD D21.0 sono rappresentati adeguatamente senza ulteriore procedura.

Nel corso delle analisi sul tumor board e su rivalutazioni e svalutazioni di biopsie abbiamo notato casi sottorimunerati nel DRG D86Z da un giorno di degenza.

- Il DRG D86Z è stato splittato ed è stato creato un nuovo DRG con biopsie chiuse o altre biopsie, vale a dire il DRG D86A «*Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola con procedura specifica, un giorno di degenza*».

3.2.7. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio MDC 04

Nell'ambito dell'elaborazione di una richiesta sono emersi casi di sovrarimunerazione nel DRG E87A.

- Le analisi hanno dimostrato che questi casi sovrarimunerati avevano un valore di PCCL di 3.
- Con l'aumento dello split PCCL da > 2 a «*PCCL > 3*» sono stati rivalutati casi impegnativi.

In una richiesta è stata sollecitata la svalutazione del codice ICD E87.1 «*Ipoosmolarità e iponatremia*» nella matrice CC.

- Una svalutazione del codice ICD nella matrice CC non si è dimostrata appropriata.

- Tuttavia, nell'ambito delle analisi per questa richiesta sono stati rilevati casi fortemente sotto-rimunerati nei DRG di base E77, E71 ed E75.
- In tutti questi casi è stato riscontrato un onere supplementare dovuto a interventi endoscopici sull'apparato digerente.
- È stata istituita una nuova tabella con interventi endoscopici sull'apparato digerente all'interno della MDC 04.
- Per i seguenti DRG è stata inserita questa nuova tabella come criterio di split:
 - E71B «*Neoplasie dell'apparato respiratorio con CC estremamente gravi o broncoscopia rigida o procedura specifica o paraplegia/tetraplegia o interventi endoscopici specifici*»
 - E75A «*Altre malattie dell'apparato respiratorio, età < 18 anni o con CC estremamente gravi o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento con diagnosi specifica o intervento specifico*»
 - E77A «*Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio con diagnosi complicante su esiti di trapianto d'organo o con CC estremamente gravi, o procedura complicante o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento o procedure endoscopiche specifiche o CC gravissime o paraplegia/tetraplegia*»
- All'interno del DRG di base E75 è stato possibile identificare un altro separatore di costi e quindi nel DRG E75A sono state rivalutate anche le «*broncoscopie*».

A causa delle precedenti ristrutturazioni nel DRG di base E77 «*Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio*» con rivalutazione di «*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» e «*interventi endoscopici specifici sull'apparato digerente*» nel DRG E77A, le condizioni di split per il DRG E77C e il DRG E77D non si sono più dimostrate caratteristiche in grado di separare chiaramente i costi.

- I DRG E77C, E77D e E77E sono stati condensati nel DRG E77C «*Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio*».

In occasione di ulteriori analisi è emerso che i codici ICD con «*sintomi o segni anomali che interessano l'apparato respiratorio*» non erano rappresentati in modo equivalente e finora erano stati raggruppati nel DRG di base E65 «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva*» o nel DRG di base E75 «*Altre malattie dell'apparato respiratorio*».

- Per promuovere l'omogeneità medica, i codici ICD dei gruppi di codici ICD da R04.- a R09.- «*sintomi che interessano l'apparato respiratorio*» e il codice ICD R91 «*Risultati anormali di diagnostica per immagini del polmone*» sono ora raggruppati nel DRG di base E75 «*Altre malattie dell'apparato respiratorio*», dove sono rappresentati in modo clinicamente sensato e appropriato.

Nelle analisi per la rappresentazione dell'«*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» nella struttura tariffaria abbiamo osservato un'ampia dispersione dei costi e casi non adeguatamente rappresentati all'interno del DRG di base E64 «*Insufficienza respiratoria o embolia polmonare*».

- Oltre all'«*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» è stato possibile identificare altri separatori di costi.
- È stato istituito un nuovo DRG E64A con le seguenti condizioni di split:
 - «*isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» o
 - «*broncoscopia*» o
 - «*PCCL > 3*»

È emerso che i codici CHOP del gruppo di codici 33.79 «*Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanza nel(i) bronco(hi)*» nel DRG di base E65 «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva*», rispetto al gruppo di codici 33.72 «*Inserzione o sostituzione endoscopica di spirali dei bronchi o del polmone*», generano costi inferiori e sono sovrarimunerati.

- Il gruppo di codici 33.79 «*Inserzione endoscopica di altro dispositivo o sostanza nel(i) bronco(hi)*» è stato svalutato nella struttura tariffaria.

Ciò ha comportato una rivalutazione dei casi nel DRG E65A «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva con esiti di trapianto o intervento specifico o procedura complicante o con CC estremamente gravi o procedura specifica*».

3.2.8. Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare MDC 05

Sulla base di analisi è stato appurato che il codice CHOP 37.8E.31 «*Impianto di sistema di defibrillazione sottocutaneo*» nel DRG di base F01 è sottorimunerato.

- Includendo il codice CHOP nello split per il DRG F01C, è stato rivalutato il codice CHOP 37.8E.31 «*Impianto di sistema di defibrillazione sottocutaneo*» dal DRG F01D al DRG F01C ed è stata migliorata la rappresentazione.

In futuro, una parte rilevante dei pace-maker attualmente impiantati dovrà essere eseguita mediante Conduction System Pacing secondo il codice 39.A1.21 «*Posizionamento di elettrodo per la stimolazione diretta del sistema di conduzione intracardiaca (His Bundle Pacing)*». Il più delle volte vengono utilizzati pace-maker con elettrodi per stimolazione bicamerale. La procedura causa costi più elevati a causa dell'uso di sonde e cateteri speciali e di un complesso processo di mappatura nel posizionamento degli elettrodi di conduzione, che devono essere rappresentati di conseguenza.

- Dopo numerose analisi, il codice CHOP 39.A1.21 «*Posizionamento di elettrodo per la stimolazione diretta del sistema di conduzione intracardiaca (His Bundle Pacing)*» è stato implementato nelle seguenti tabelle: F01-2, F02-2, F03-8, F06-6, F12-2, F17-2, F18-1 e F98-6.
- Poiché tutte queste tabelle sono rappresentate in una combinazione aggiuntiva, i casi con il codice CHOP 39.A1.21 sono raggruppati nei rispettivi DRG solo in combinazione con altre procedure, come ad esempio l'impianto di un defibrillatore o l'impianto di pace-maker mono-, bi- o tricamerale.
- Il codice è stato inoltre aggiunto alle funzioni «*Procedura OR specifica*».

I DRG F02A e F02B hanno richiamato l'attenzione a causa dell'omogeneità dei dati di costi e prestazioni dei due insiemi di casi, per cui le condizioni di split non soddisfacevano più il loro scopo.

- Le simulazioni di una condensazione di questi due DRG si sono dimostrate vantaggiose, tanto che ora da questi due DRG è stato creato un nuovo DRG F02Z.

In un'altra richiesta è stato indicato che casi con impianto minimamente invasivo di una valvola cardiaca protesica nel DRG F03E sono sottorimunerati. Finora, solo il codice CHOP 35.F1.B2 «*Sostituzione della valvola aortica con xenoinnesto calcio-repellente, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)*» conduceva al DRG F03C, in cui questi casi erano remunerati adeguatamente. Si presume che nel caso del codice CHOP 35.F1.B2 l'onere supplementare che giustifica il raggruppamento nel DRG F03C non sia dovuto al tipo di valvola, ma principalmente all'accesso minimamente invasivo, poiché questo richiede molto più tempo rispetto all'accesso aperto. Pertanto si è dovuta verificare la rivalutazione dei seguenti codici CHOP dal DRG F03E al DRG F03C:

- 35.F1.32 «*Sostituzione della valvola aortica con xenoinnesto, stentless, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)*»
- 35.F1.62 «*Sostituzione della valvola aortica con protesi vascolare valvolata, di tipo biologico, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)*»
- 35.F2.22 «*Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)*»

- 35.F2.32 «Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto, stentless, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
- 35.F3.22 «Sostituzione della valvola polmonare con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
- 35.F3.32 «Sostituzione della valvola polmonare con xenoinnesto, stentless, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
- 35.F3.62 «Sostituzione della valvola polmonare con protesi vascolare valvolata, di tipo biologico, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
- 35.F4.22 «Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
- 35.F4.32 «Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto, stentless, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»

Le analisi hanno dimostrato che sia il codice CHOP 35.F1.B2 «Sostituzione della valvola aortica con xenoinnesto calcio-repellente, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)» che gli altri codici elencati nel DRG F03C sono sovrarimunerati, anche se alcuni trarrebbero vantaggio da una rivalutazione.

- La tabella delle procedure F03-19, che contiene il codice CHOP 35.F1.B2 «Sostituzione della valvola aortica con xenoinnesto calcio-repellente, tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)», è stata svalutata dal DRG F03C allo split per il DRG F03D.
- Inoltre, i codici CHOP 35.F1.22 «Sostituzione della valvola aortica con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)», 35.F2.22 «Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)», 35.F3.22 «Sostituzione della valvola polmonare con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)» e 35.F4.22 «Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto (bioprotesi), tramite toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)» sono stati inclusi nella tabella delle procedure F03-19.
- Mediante svalutazione della tabella F03-19 e contemporanea inclusione delle procedure, questi codici raggruppano ora nel DRG F03D.

Secondo un richiedente, l'inserzione di un dispositivo a clip per la chiusura dell'atrio sinistro nei DRG di base F03, F06 e F31 sarebbe sottorimunerato. È stata quindi richiesta una verifica della rappresentazione dei codici CHOP 37.90.09 «Inserzione di dispositivo nell'orecchietta sinistra, altro» e 37.99.30 «Legatura di orecchietta cardiaca», valutando in particolare l'inserimento del codice CHOP 37.90.09 «Inserzione di dispositivo nell'orecchietta sinistra, altro» nelle tabelle F03-22, F06-14 e F31-1.

- Le analisi hanno dimostrato che sia 37.90.09 «Inserzione di dispositivo nell'orecchietta sinistra, altro» che 37.99.30 «Legatura di orecchietta cardiaca» sono rappresentati adeguatamente.
- Tuttavia, è stata verificata mediante varie simulazioni l'integrazione dei codici CHOP nelle tabelle F03-22, F06-14 e F31-1, dopo di che il codice 37.90.09 «Inserzione di dispositivo nell'orecchietta sinistra, altro» è stato incluso nella tabella F31-1 per equipararlo al codice 37.99.30 «Legatura di orecchietta cardiaca», già presente in questa tabella.
- L'inclusione in altre tabelle non era attuabile a causa di risultati non buoni.

Durante l'elaborazione di una richiesta abbiamo notato casi all'interno del DRG di base F12 «Impianto di pace-maker cardiaco» che erano sottorimunerati. Come separatori di costi si sono dimostrati validi un PCCL > 3 e l'impianto di un pace-maker tricamerale in combinazione con la funzione globale «Procedure OR specifiche in più tempi» nel DRG F12C.

- Questa combinazione è stata implementata come condizione di split per il DRG F12B.
- Lo split PCCL > 3 è stato spostato dal DRG F12B al DRG F12A.
- Tuttavia, a causa di queste ristrutturazioni, le condizioni di split non erano più in grado di separare i costi per il DRG F12A, motivo per cui i DRG F12A e F12B sono stati condensati nel DRG F12A «*Impianto di pace-maker cardiaco con CC estremamente gravi o stimolazione bicamerale o tricamerale con intervento complesso o età < 16 anni o procedura specifica, o stimolazione tricamerale con procedura OR specifica in più tempi*».
- In seguito a ciò è stato dimostrato che anche le condizioni di split per il precedente DRG F12C non erano più in grado di separare i costi rispetto al precedente DRG F12D. Pertanto, anche questi due DRG sono stati condensati nel DRG F12C «*Impianto di pace-maker cardiaco con stimolazione bicamerale*».

I codici CHOP 39.99.31 -38 «*Intervento di occlusione mediante catetere del dotto arterioso di Botallo, con...*» erano finora rappresentati nel DRG di base F59. Per promuovere l'omogeneità medica è stata esaminata una rappresentazione di questi codici CHOP nel DRG di base F19 «*Altro intervento transluminale percutaneo su cuore, aorta e vasi polmonari o procedure specifiche*». È stato dimostrato che con questa ristrutturazione è possibile ottenere una rappresentazione più appropriata e più sensata dal punto di vista medico di questi codici CHOP, motivo per cui la modifica è stata implementata.

Secondo diversi richiedenti, i codici con palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa 00.4C.11-14 «*Inserzione di 1-4 e più palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*» e stent secondo il numero 39.C1.11-1M «*1-20 e più stent impiantati*» non sono rappresentati in modo appropriato nella MDC 05. È stata richiesta una rivalutazione all'interno dei DRG di base F24 e F59 e, se necessario, di altri DRG o di una funzione come «*Procedure complicanti*».

- Rispetto all'anno precedente, i casi sono raggruppati nel DRG F13B già a partire dall'utilizzo di due palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa (00.4C.12 «*Inserzione di 2 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*») e non solo a partire da almeno tre (00.4C.13 «*Inserzione di 3 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*»).
- Con l'integrazione di 00.4C.13-14 «*Inserzione di 3-4 e più palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*» nello split per il DRG F59E, i codici CHOP corrispondenti sono stati rivalutati per l'intero DRG di base F59.
- Nel DRG F24A, gli stent sono stati rivalutati a partire da un numero di almeno due stent 39.C1.12 «*2 stents impiantati*».
- Nel DRG F24C è stata effettuata una rivalutazione a partire da almeno tre palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa (00.4C.13 «*Inserzione di 3 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*») o di una combinazione di stent e palloncini, già a partire da 39.C1.11 «*1 stent impiantato*» e 00.4C.11 «*Inserzione di 1 palloncino a rilascio di sostanza medicamentosa*».
- La rivalutazione di 00.4C.11-12 «*Inserzione di 1-2 palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa*» è stata effettuata nel DRG F24D.

In una richiesta sono stati segnalati stent aortici in costellazioni specifiche che dovrebbero essere esaminati per una rivalutazione.

Il gruppo di codici 39.7- «*Impianto di stent*» è stato rivalutato nel DRG F31A e incluso nella funzione «*Procedura OR complessa*».

Un altro richiedente ha sottolineato che in tutto il DRG di base F31 i classici interventi aperti di chirurgia vascolare, come 38.44.- «*Resezione dell'aorta addominale con sostituzione...*» e 39.29.- «*Altri shunt o bypass vascolari (periferici)...*», non sono rappresentati in modo da coprire i costi. Per tenere conto di tali codici in modo adeguato, ha chiesto una rivalutazione mediante loro integrazione nella tabella F59-6 o l'introduzione di un nuovo criterio di split nel DRG di base F31.

- I tentativi di rivalutazione del gruppo di codici 39.29.- «Altri shunt o bypass vascolari (periferici)...» si sono rivelati svantaggiosi in entrambi i DRG di base F31 e F59.
- Anche l'inclusione del gruppo di codici 38.44.- «Resezione dell'aorta addominale con sostituzione» nella tabella F59-6 e altri tentativi di rivalutazione nel DRG di base F59 hanno portato a risultati insoddisfacenti.
- Nel DRG di base F31, tuttavia, è stata creata una nuova tabella con 38.44.- «Resezione dell'aorta addominale con sostituzione...», che è stata integrata nello split per il DRG F31D.

I codici CHOP 38.48.- «Resezione di arterie dell'arto inferiore con sostituzione», 39.79.7 «Occlusione mediante cateterismo con laser di arterie», 39.79.8 «Occlusione mediante cateterismo con radiofrequenza di arterie», precedentemente rappresentati nel DRG di base F31 «Altri interventi cardiotoracici o interventi vascolari specifici», dovrebbero ricevere una nuova e appropriata assegnazione medica.

- I codici CHOP sono stati trasferiti dal DRG di base F31 al DRG di base F59 «Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi».

In una richiesta è stato chiesto di precisare la remunerazione supplementare per la posizione di 39.7A.11-16 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1-6 e più protesi stent, senza diramazione». Sebbene esista una remunerazione supplementare, questa non viene adeguata in base al numero di stent.

- Una precisazione della remunerazione supplementare per 39.7A.11-16 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 1-6 e più protesi stent, senza diramazione» in base al numero di protesi stent iliache utilizzate si è rivelata inefficace a causa delle costellazioni di casi nei dati disponibili.
- Dopo una ulteriore verifica della rappresentazione dei codici all'interno del sistema DRG, 39.7A.13-16 «Impianto endovascolare, livello iliaco, 3-6 e più protesi stent, senza diramazione» sono state inserite nello split per il DRG F51B e quindi rivalutate in base al loro numero nel DRG di base F51.

A seguito di simulazioni e adattamenti sono stati notati i due codici CHOP 39.56.31/32 «Riparazione dell'aorta toracica/della vena polmonare con patch tissutale», in quanto non risultano più adeguatamente rappresentati nel DRG di base F51.

- I due codici CHOP sono stati quindi rimossi dal DRG di base F51 e rimangono come prima nel DRG di base F59.

Un richiedente ha sottolineato che, secondo la logica prevalente nel DRG F59C, sono raggruppati nel DRG solo i casi che in due giorni diversi presentano praticamente lo stesso intervento della stessa tabella. È stato proposto un nuovo criterio di split per il DRG F59C, in base al quale, sebbene debbano essere raggiunti due trattamenti separati tra loro da almeno un giorno di trattamento, questi possono provenire dalle tre diverse tabelle F59-3, F59-4 e F59-5 e quindi possono essere costituiti da interventi diversi.

- Diverse simulazioni hanno dimostrato che l'attuale logica per la tabella F59-4 è ragionevole: i casi con due trattamenti separati da almeno un giorno di trattamento provengono da questa tabella.
- Tuttavia, per le tabelle F59-3 e F59-5 la logica è stata adattata in modo che ora i casi devono sempre presentare due trattamenti in almeno due diversi giorni di trattamento, ma tali trattamenti possono provenire dalla tabella F59-3 o dalla tabella F59-5.

Secondo un richiedente, gli interventi per trombosi venose sono considerati procedure con un elevato consumo di risorse che sono generalmente sottorimunerate. È stato quindi proposto di rivalutare i casi con una diagnosi principale di ICD I80.- «Trombosi, flebite e tromboflebite», I81 «Trombosi della vena porta» e I82.- «Altre forme di embolia e trombosi venose» nonché un intervento di 39.75.15

«Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, trombolisi selettiva», 39.50.21 «Angioplastica con trombectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i)» o 39.B* «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni» nel DRG F59C.

- I casi con una diagnosi principale di I80.- «Trombosi, flebite e tromboflebite» o I82.- «Altre forme di embolia e trombosi venose», ad eccezione di I82.0 «Sindrome di Budd-Chiari», nonché una procedura da 39.75.15 «Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, trombolisi selettiva» o 39.B* «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni», ad eccezione di tutti i codici 39.B* non specifici con un'estensione .09, sono stati rivalutati nel DRG F59D.

Secondo un richiedente, i seguenti codici CHOP dovrebbero essere rivalutati dal DRG F59G al DRG F59F mediante loro integrazione nella tabella F59-17, al fine di rappresentarli correttamente.

- 39.B3.C1/C3/D1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents ricoperti senza liberazione di sostanza medicamentosa, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]/vasi viscerali»
- 39.B4.C1/C3/D1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents ricoperti con liberazione di sostanza medicamentosa, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]/vasi viscerali»
- 39.B5.C1/C3/D1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents Cheatham Platinum non ricoperti, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]/vasi viscerali»
- 39.B6.C1/C3/D1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents Cheatham Platinum ricoperti, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]/vasi viscerali»
- 39.B8.C1/C3/D1 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents di grande diametro ricoperti, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]/vasi viscerali»
- 39.BG.C1/C3 «Impianto (percutaneo) transluminale di stents in nitinol a filo singolo, altre arterie addominali e pelviche [L]/arteria iliaca [L]»

Dopo un attento esame dei codici elencati nel sistema SwissDRG, nel DRG F59 è stato modificato quanto segue:

- L'inclusione di tutti i codici elencati nella tabella F59-17 ha portato alla loro rivalutazione dal DRG F59G al DRG F59F.
- Inoltre, la tabella F59-17 è stata aggiunta allo split per il DRG F59C con la condizione di multitemporalità. I casi corrispondenti vengono quindi rivalutati nel DRG F59C.

Diversi richiedenti hanno richiamato la nostra attenzione su una remunerazione inappropriata del codice 39.50.15 «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i) mediante litotripsia» nel DRG F59G. Sarebbe necessaria una verifica della rappresentazione del codice e, se necessario, una sua rivalutazione nel DRG F59E.

- Il codice CHOP 39.50.15 «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i) mediante litotripsia» è stato incluso nella condizione di split per il DRG F59F e quindi rivalutato dal DRG F59G al DRG F59F.
- Con una codifica supplementare di 00.4C.11-14 «Inserzione di 1-4 e più palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa», in futuro i casi con il codice 39.50.15 «Angioplastica o aterectomia di altro(i) vaso(i) non coronarico(i) mediante litotripsia» saranno raggruppati nel DRG F59E.

Secondo un richiedente, nel DRG F90A vengono individuati casi estremamente deficitari che, nonostante presentino procedure complesse in più tempi, hanno un basso numero di punti risorse per trattamento complesso IMC. I casi interessati dovrebbero quindi essere raggruppati nel DRG F36A o nel DRG F36B includendoli nella tabella F36-5, oppure dovrebbe essere introdotto un nuovo criterio di split nel DRG di base F90 che tenga conto della natura complessa e della dimensione temporale degli

interventi e, allo stesso tempo, presenti un basso numero di punti risorse per trattamento complesso IMC.

- Dopo un esame approfondito, l'assegnazione ai DRG F36A e F36B e l'introduzione di un nuovo criterio di split nel DRG di base F90 che tenga conto di interventi complessi in più tempi in combinazione con un basso numero di punti risorse per trattamento complesso IMC non sono state ritenute efficaci.
- Tuttavia, al fine di consentire una migliore rappresentazione dei casi con procedure complesse in più tempi, è stato introdotto un nuovo DRG F90A con il criterio di split «*Procedure OR complessa in più tempi*» al di sopra del DRG F90A già esistente. Il precedente DRG F90A mantiene le sue condizioni di split, diventando ora il nuovo DRG F90B; lo stesso vale per il precedente DRG F90B, che ora funge da DRG F90C.

Secondo un richiedente, la sostituzione della valvola mitrale con Tendyne del codice 35.F2.25 «*Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), transapicale mediante sistema percutaneo apicale di accesso e chiusura*» è attualmente sottorimunerata nel DRG F98C e dovrebbe essere classificata in uno split più elevato per il DRG di base F98. Lo stesso vale anche per il codice CHOP 35.F2.26 «*Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale*».

- Il codice 35.F2.26 «*Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale*» è stato incluso nella CHOP 2023. Poiché lo sviluppo del sistema 14.0 si basa sui dati del 2022 e sui codici ICD e CHOP dello stesso anno, non è stato possibile eseguire analisi relative a tale codice.
- Dopo aver verificato la rappresentazione del codice 35.F2.25 «*Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), transapicale mediante sistema percutaneo apicale di accesso e chiusura*» è stato possibile confermare una sottorimunerazione, motivo per cui il codice è stato incluso nello split superiore per il DRG F98B.
- È stata verificata anche una rivalutazione nel DRG F98A, che però non è stata implementata a causa di risultati scarsi.

3.2.9. Malattie e disturbi dell'apparato digerente MDC 06

Per i casi nel DRG di base G12 è stata presentata una richiesta di rivalutazione delle degenze di terapia intensiva o intermedia.

- A seguito delle analisi è stato possibile rivalutare punti risorse per terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC nel DRG G12A: terapia intensiva complessa >130/119, trattamento complesso IMC >130/184.

Abbiamo ricevuto da un fornitore di servizi un'indicazione dettagliata di una particolare costellazione di casi nella MDC 06. Sono state eseguite una colonscopia e un'ileoscopia, ciascuna con una biopsia. Per questo sono stati indicati i codici CHOP 45.25 «*Biopsia chiusa [endoscopica] dell'intestino crasso*» e 45.14 «*Biopsia chiusa [endoscopica] dell'intestino tenue*». Tuttavia, secondo una regola nel manuale di codifica, può essere codificata solo l'area esaminata più ampiamente, in questo caso 45.14. Nella versione 13.0 si raggiunge quindi il DRG G46C. Tuttavia, se si utilizza il codice 45.25, il caso è raggruppato nel DRG G48A con valorizzazione superiore (se esiste una diagnosi specifica o un'età < 16 anni).

- Dopo varie analisi e simulazioni è stato dimostrato che una rigorosa separazione degli interventi endoscopici sullo stomaco o sul tratto intestinale non è più efficace, poiché spesso vengono eseguiti interventi multipli. La condensazione dei due DRG di base G46 e G48 si è dimostrata appropriata.
- Lo splitting sulla base dei criteri esistenti è stato in gran parte mantenuto e integrato.

- Sono state equiparate le due tabelle per la colonscopia terapeutica complessa e la gastroscopia terapeutica complessa nei DRG G46A e G46B (con procedura supplementare o valore PCCL). In questo modo è stata rivalutata la colonscopia terapeutica complessa
- Nel DRG G46A sono state rivalutate le condizioni «*malattia infiammatoria intestinale ed età < 16 anni*» e «*interventi in più tempi di gastroscopia e colonscopia terapeutica complessa*».
- Nel G46B è stata rimossa la condizione supplementare «*malattia grave dell'apparato digerente*», in modo che ora raggruppa nel DRG G46B solo la condizione «*età < 16 anni*».
- Il precedente DRG G48A è diventato G46C, e sono state riprese le condizioni come, ad esempio, le malattie intestinali gravi o infiammatorie o le procedure complicanti. Anche la condizione «*interventi in più tempi in gastroscopia e colonscopia terapeutica complessa*» è stata ora inclusa nel DRG G46C.
- In questo modo si ottiene una rappresentazione dei casi corretta e adeguata alle risorse impiegate, anche con diverse gastroscopie e colonscopie.

A seguito delle ampie ristrutturazioni nei DRG di base G46 e G48 è stato anche dimostrato che esistono costellazioni impegnative tra i casi con un giorno di degenza.

- È stato dimostrato che i casi con interventi endoscopici a livello gastrico o intestinale comportano un impegno maggiore.
- Con l'inclusione della tabella G86-4 nello split del DRG G86A vengono rivalutati i casi corrispondenti.

3.2.10. Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas MDC 07

In una richiesta è stato descritto che i casi nel DRG H07C con una colecistite acuta sono sottorimunerati nella diagnosi principale. In un'altra richiesta sono stati descritti costi più elevati per i casi nel DRG H07C con ricovero d'urgenza.

- Le simulazioni hanno dimostrato che i casi con la diagnosi «*Colecistite acuta*» (K80.00/K80.01 e K81.0) comportano un maggiore dispendio di risorse.
- Le diagnosi si sono dimostrate un criterio di split. In questo modo è stato possibile splittare il DRG H07C sulla base delle diagnosi descritte e della corrispondente tabella H07-3.

Inoltre, ci è giunta una richiesta sul DRG H07C, per il quale sono state notate diagnosi e complicanze gravi, nonché la presenza di aderenze con grande assorbimento di risorse.

- È stato confermato che la lisi di aderenze comporta un aumento dei costi. Così anche le procedure per lisi di aderenze hanno potuto essere rivalutate nel nuovo DRG H07C sulla base della tabella H07-7.

La fistola pancreatica è stata nuovamente verificata come complicanza a seguito di una pancreatectomia, per la quale era già stato richiesto l'inserimento come criterio di split. Nel DRG di base H09 tali casi non sono rappresentati in modo adeguato. Una diagnostica estesa e una maggiore durata della degenza rendono questi casi costosi.

- Il gruppo di codici K86.8- «*Altre malattie specificate del pancreas*» è stato rivalutato come tabella diagnostica nel DRG H09A.

I casi con CC gravi e solo un giorno di degenza erano sovrarimunerati nel DRG H60A «*Cirrosi epatica con CC estremamente gravi o età < 16 anni*».

- Combinando lo split PCCL > 3 con la condizione «*e più di un giorno di degenza*» è stato possibile eliminare questa sovrarimunerazione.

Avevamo programmato di verificare le proprietà di separazione dei costi nel DRG H61B. In una richiesta dell'anno precedente è stato indicato che alcune procedure terapeutiche avevano un grande assorbimento di risorse. Tuttavia, per la versione 13.0 non è stato ancora possibile implementare la richiesta.

- La nuova verifica dei dati del 2022 ha ora dimostrato che alcuni interventi endoscopici intestinali come colonscopia, biopsia ecc. costituiscono fattori di incremento dei costi nella MDC 07.
- È stata effettuata una rivalutazione dei codici 44.43 «Controllo endoscopico di sanguinamento gastrico o duodenale», di alcuni codici del gruppo 45.2* «Procedure diagnostiche sull'intestino crasso» e di altri codici sulla base della tabella H61-3 nel DRG H61A.
- Inoltre, come già descritto, la nuova funzione «Costellazione impegnativa per neoplasie maligne» è stata inclusa nel DRG H61A.

Le malattie del fegato senza neoplasie maligne che hanno ricevuto una valutazione prima del trapianto di fegato non erano rappresentate in modo appropriato nel DRG H63B «Malattie del fegato eccetto neoplasia maligna, cirrosi epatica ed epatiti non infettive specifiche più di un giorno di degenza con...».

- Le valutazioni complete o le rivalutazioni prima del trapianto di fegato senza neoplasie maligne raggruppano ora nel DRG H63A «Malattie del fegato eccetto neoplasia maligna, cirrosi epatica ed epatiti specifiche non infettive più di un giorno di degenza con procedura complicante o CC estremamente gravi con degenza di valutazione prima del trapianto di fegato o CC gravissime o diagnosi complesse» e con ciò sono state rivalutate.

Abbiamo ricevuto una richiesta di effettuare un'analisi di omogeneità del DRG H63D. Un'indicazione riguardava la verifica di degenze di terapia intensiva o intermedia.

- In seguito a verifica è stato possibile effettuare una rivalutazione di «terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC 60-119 punti risorse» negli adulti nel DRG H63C.
- Inoltre, è stato possibile aumentare lo split per età da «età < 6 anni» a «età < 16 anni», poiché si sono rivelati più impegnativi anche i casi con bambini un po' più grandi.

3.2.11. Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo MDC 08

Un richiedente ci ha chiesto di svalutare i trapianti ossei con anastomosi microvascolare. Secondo il richiedente, per l'esecuzione dell'anastomosi microvascolare durante l'intervento chirurgico sono necessari solo occhiali a lente o un microscopio. Non sarebbero necessari ulteriori misure, investimenti o materiali.

- I dati del 2022 hanno confermato che i costi per un «innesto osseo con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare» non sono identici rispetto a quelli per «innesti tissutali con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare».
- I codici CHOP 78.01.10-78.09.90 «Innesto osseo della..., con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare» e 7A.51.12 «Innesto osseo della colonna vertebrale, con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare» sono stati rimossi dalle tabelle per «Innesto tissutale, con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare» ed è stata creata una tabella separata con «Innesto osseo, con peduncolo vascolare con anastomosi microvascolare».
- Includendo questa tabella nel DRG I08A è stato possibile ottenere una rappresentazione dei codici CHOP corretta e adeguata alle risorse impiegate.
- Nell'ambito dell'elaborazione della domanda è stata inoltre rilevata una sopravvalutazione dei codici CHOP 78.01.00 e 78.01.09 «Innesto e trasposizione ossei della scapola e della clavicola, NAS/altro». Sono stati svalutati.

Secondo un altro richiedente, nei pazienti con polimialgia (codice ICD M35.3) e terapia con steroidi a lungo termine, ricoverati in ospedale a causa di un'altra malattia, viene eseguito raramente un aggiustamento del medicamento o un altro intervento per la gestione del paziente. Il codice ICD M35.3 «*Polimialgia reumatica*» è valutato eccessivamente come diagnosi secondaria.

- Nella matrice CC, il codice ICD M35.3 non è valutato.
- Le analisi hanno confermato una valutazione troppo elevata dell'ICD M35.3 come diagnosi secondaria nella MDC 08.
- Rimuovendo il codice ICD M35.3 dalle tabelle nei DRG di base I08 e I12 è stato possibile ottenere una corretta rappresentazione del codice ICD come diagnosi secondaria.

L'intero DRG I09A «*Fusione vertebrale con CC estremamente gravi o intervento complesso o sostituzione di corpo vertebrale da 4 impianti con intervento specifico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*» viene descritto come deficitario. In particolare, i casi a partire da 12 segmenti necessitano di una rivalutazione.

- Il precedente DRG I09A è stato splittato. Nel nuovo DRG I09A, nella versione 14.0, i casi sono raggruppati con una «*fusione di vertebre per correzione della postura, da 12 e più segmenti*» o con «*terapia intensiva complessa neonati/bambini da 131 a 196 punti risorse*».
- Inoltre, è stato possibile stabilire un ulteriore criterio di split nel DRG I09D o I09C (età < 18 anni). I casi con una diagnosi M41.0/M41.1 o Q67.5 del gruppo «*deformazione congenita della colonna vertebrale*» sono rivalutati in questi DRG. Anche queste diagnosi hanno potuto essere rivalutate nel DRG I06B.
- Con questi adeguamenti è stato possibile migliorare l'omogeneità dei casi e l'intero sistema.

In una richiesta ci è stato fatto notare che i casi con ricovero d'urgenza che sono raggruppati nel DRG I10C presentano costi significativamente più elevati. La durata di degenza di questi casi è due volte più lunga rispetto a quella degli ingressi regolari e programmati. Inoltre, nei casi elettivi non sarebbero presenti i costi per il pronto soccorso e la diagnostica, motivo per cui dovrebbe essere verificata come separatore di costi la variabile «*tipo di ammissione*».

- Le analisi effettuate successivamente non hanno potuto confermare questa tesi. Gli scostamenti sono stati minimi.
- Differenze nei costi sono state invece riscontrate nella frequenza degli interventi. In questo modo è stato possibile includere nel DRG I10B il criterio di split «*procedure OR specifiche in più tempi*» e quindi rivalutare i casi.

Per quanto riguarda la procedura di richiesta, ci è stato segnalato che i costi per gli interventi di revisione con sostituzione di protesi della spalla e del gomito non sono coperti, quando sono presenti complicanze dei codici ICD T84.0 e T84.5.

- I codici CHOP 81.80.21 «*Impianto di endoprotesi totale della spalla, anatomica, in caso di sostituzione di protesi*», 81.80.22 «*Impianto di endoprotesi totale della spalla, inversa, in caso di sostituzione di protesi*», 81.80.23 «*Impianto di endoprotesi totale della spalla, protesi speciale, in caso di sostituzione di protesi*» sono stati rivalutati nel DRG I12B.

Abbiamo dovuto constatare che l'intervento di «*Osteotomia complessa (pluridimensionale) (con correzione assiale)...*» nel DRG di base I13 «*Interventi su omero, tibia, perone e caviglia...*» non era adeguatamente remunerato.

- È stato necessario rimuovere i codici CHOP dalla logica «*intervento multiplo*» nel DRG I13A:
 - 77.37.13 «*Osteotomia complessa (pluridimensionale) (con correzione assiale) della tibia*»
 - 77.37.22 «*Osteotomia complessa (pluridimensionale) (con correzione assiale) della fibula*»
- In sostituzione è stato effettuato uno spostamento nel DRG I13B, senza ulteriori condizioni.

- I casi con codici CHOP 00.9A.6- «Utilizzo di... personalizzati... prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini» avevano una valutazione eccessiva nel DRG I13A. La tabella è stata rimossa.

Sono stati descritti casi con interventi multipli che sono sottorimunerati a causa della loro malattia neurologica di base. Possono essere identificati sulla base di una diagnosi G80/G82 «Paralisi» o Q90-Q99 «Anomalie dei cromosomi non classificate altrove» e di almeno due codici CHOP da 81.1* «Artrodesi e artrorisi del piede e della caviglia,...», 77* «Osteotomia...», 83* «Trasferimento di tendini». I casi sono sottorimunerati nei DRG I20B e I20C. La richiesta consisteva nella rivalutazione di questa costellazione sulla base di uno split dei DRG I20B e I20C o di una rivalutazione nel DRG I20A.

- I codici sono stati rimossi dalla logica multipla per i DRG I20B e I20C: 81.1* «Artrodesi e artrorisi del piede e della caviglia,...», 79.17.10-19 «Riduzione chiusa di frattura del calcagno mediante, con fissazione interna», 78.38.10-99 «Allungamento del calcagno, tarso e del metatarso».
- A tal fine è stata avviata l'inclusione di questi codici nella tabella senza ulteriori condizioni per i DRG I20B e I20C.
- Di conseguenza, con una diagnosi specifica alcuni casi vengono raggruppati nel DRG I20A. Ora anche i casi con «paralisi cerebrale» sono raggruppati nel DRG I20A.
- La tabella con i codici ICD «Artrite/osteomielite» è stata invece rimossa dal DRG I20A.

A seguito dell'elaborazione di un'indicazione di un utente è stata notata una sopravvalutazione dei codici CHOP per «Incisione di capsula articolare, legamenti o cartilagine del ...» in determinate DRG di base della MDC 08.

- I codici CHOP 80.47* «Incisione di capsula articolare... della caviglia», 80.41* «Incisione di capsula articolare... della spalla» e 80.49.10 «Incisione di capsula articolare... articolazione sterno-clavicolare..., articolazione sternoclavicolare» raggruppano nel DRG di base I59 «Altri interventi sugli arti inferiori e sull'omero, o interventi moderatamente complessi su gomito e avambraccio».
- Nel DRG di base I21 «Interventi specifici su anca e femore» sono ora rappresentati correttamente anche i codici CHOP 80.45 «Incisione di capsula articolare... dell'anca», 80.49.20 «Incisione di capsula articolare..., articolazione sacroiliaca» e 80.49.30 «Incisione di capsula articolare..., sinfisi pubica».
- I codici CHOP di questi gruppi di codici CHOP con «non specificato» sono stati svalutati e non hanno alcuna rilevanza per il raggruppamento.

In occasione di un confronto è stato dimostrato che i casi con una neoplasia maligna della spalla nel DRG I29C «Interventi complessi su scapola, clavicola, coste o spalla» erano sottorimunerati. In particolare, si riflette nei costi la lunga durata dell'intervento chirurgico.

- A seguito delle simulazioni effettuate, la tabella diagnostica «Neoplasie maligne del tessuto connettivo» è stata inclusa nello split per il DRG I29B. In questo modo i casi vengono rivalutati.

Sulla base dei dati del 2022, alcune condizioni di split nel DRG di base I30 «Interventi complessi sul ginocchio» non si sono più dimostrate una caratteristica in grado di separare i costi.

- Ad esempio, la condizione di split «interventi specifici o procedure specifiche» per il DRG I30B è stata rimossa ed «età < 16 anni» è stata aumentata a «età < 18 anni».
- Ciò ha permesso di ottenere una rappresentazione adeguata di interventi complessi sul ginocchio nel DRG di base I30.

Anche nel DRG di base I31 «Interventi complessi su gomito e avambraccio» le condizioni di split non erano più chiare caratteristiche in grado di separare i costi.

- I DRG I31A e I31B sono stati condensati nel DRG I31A «*Interventi complessi su gomito e avambraccio con intervento bilaterale o in più tempi o intervento su localizzazioni multiple o intervento specifico o procedure specifiche*».

Inoltre, i dati del 2022 hanno mostrato che i DRG I68B e I68C presentavano costi simili e che la condizione di split «*diagnosi complessa o paraplegia/tetraplegia o CC estremamente gravi*» non era più una caratteristica di separazione dei costi.

- I DRG I68B e I68C sono stati condensati nel DRG I68B «*Malattie e traumatismi della regione della colonna vertebrale non trattati chirurgicamente con CC gravi o paraplegia/tetraplegia*».

Nell'ambito di un confronto nel corso dell'anno abbiamo ricevuto l'indicazione che nella partizione medica ci sono casi di alluce valgo che nel DRG di base I76 «*Altre malattie del tessuto connettivo...*» hanno una valorizzazione più elevata rispetto ai casi con intervento chirurgico nel DRG di base I20 «*Interventi sul piede...*».

- Mediante spostamento dei codici ICD M20.- «*Alluce; altre deformità del piede*» e M21.- «*Valgismo o deformità in flessione; deformità acquisite*» nel DRG di base I69 «*Malattie dell'osso e artropatie...*» si ottiene una remunerazione adeguata per i casi con e senza intervento.

3.2.12. Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella MDC 09

Un richiedente ci ha fatto notare che in caso di interventi correttivi postbariatrici viene eseguita sempre più spesso una plastica riduttiva su localizzazioni multiple o bilaterale, e questo non è rappresentato correttamente nel DRG J10A.

- Nei dati del 2022, le plastiche riduttive su localizzazioni multiple o bilaterali erano chiaramente riconoscibili come separatori di costi.
- La condizione di split per il DRG J10A è stata modificata in modo che solo le plastiche riduttive bilaterali o su localizzazioni multiple raggruppino in questo DRG.
- Le plastiche riduttive unilaterali sono rappresentate nel DRG J10B in modo corretto e adeguato alle risorse impiegate.

È stato riscontrato che due codici ICD della MDC 09 non sono correttamente rappresentati e richiedono un adattamento.

- Di conseguenza, il codice ICD Z42.1 «*Cure di controllo richiedenti l'impiego di chirurgia plastica alla mammella*» è stato rimosso dalla tabella delle diagnosi principali J01-1 per neoplasie maligne del DRG di base J01, in quanto non gli può essere attribuita la stessa rilevanza di altre diagnosi di neoplasie maligne.
- Il codice ICD C79.2 «*Tumore maligno secondario della cute*» è stato rimosso dalla tabella AND NOT J24-1 del DRG di base J24 «*Interventi sulla mammella eccetto che per neoplasia maligna*».

Per quanto riguarda l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, sono emersi casi che non sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate nel DRG di base J61 «*Malattie gravi o moderatamente gravi della pelle o ulcera cutanea per paraplegia o tetraplegia cronica*».

- Le analisi hanno dimostrato che i casi con paraplegia o tetraplegia o con CC estremamente gravi sono adeguatamente rappresentati nel DRG J61A.
- I casi di epidermolisi gravissima sono stati finora raggruppati solo in combinazione con altre condizioni nel DRG J61A.
- Questa condizione di split è stata adattata e ora le epidermolisi gravissime o le CC estremamente gravi senza ulteriori condizioni raggruppano nel DRG J61A.
- Nel DRG J61B sono raggruppati i casi con malattie della pelle gravi.

- Con queste ristrutturazioni è stato possibile migliorare la rappresentazione dei casi entro il DRG di base J61.

3.2.13. Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche MDC 10

Nel corso di analisi sono stati notati casi con una combinazione di una diagnosi principale nell'area E02-E05.- «Ipertiroidismo» o E06.3 «Tiroidite autoimmune» e della procedura 16.98.20 «Decompressione ossea dell'orbita». Questi casi sono stati classificati erroneamente nel DRG di base 901.

- Le costellazioni di casi descritte sono state incluse come nuova condizione nel DRG di base K09, per cui i casi sono ora raggruppati nel DRG K09A o nel DRG K09B a seconda della loro codifica.

I DRG K60B e K60C presentavano costi simili sulla base dei dati del 2022. È stato dimostrato che le condizioni di split non sono più una caratteristica in grado di separare chiaramente i costi.

- Pertanto, i DRG K60B e K60C sono stati condensati nel DRG K60B «Diabete mellito o disturbi nutrizionali gravi con CC estremamente gravi, o diabete mellito con diagnosi complicante o con valutazione per il trapianto o età < 6 anni o età < 16 anni con CC gravi o diagnosi specifica o paraplegia/tetraplegia».

Un richiedente ha sottolineato che i due codici di diagnosi principali E87.1 «Ipoosmolarità e iponatremia» e E22.2 «Sindrome da inadeguata secrezione di ormone antidiuretico» (SIADH) portano a due DRG diversi, vale a dire i DRG di base K62 e K64. A causa della complessità clinica nel distinguere queste due diagnosi e le loro possibili forme miste, la codifica non è chiara.

È stato chiesto di adattare la logica di base in modo che le due diagnosi conducano allo stesso DRG di base.

- Le analisi hanno dimostrato che i casi con E87.1 «Ipoosmolarità e iponatremia», precedentemente assegnati al DRG di base K62, sono adeguatamente rappresentati nel DRG di base K64.
- Di conseguenza, il codice E87.1 «Ipoosmolarità e iponatremia» è stato ora assegnato al DRG di base K64, per cui entrambi i codici ICD raggruppano ora nel DRG di base K64.

3.2.14. Malattie e disturbi dell'apparato urinario MDC 11

Un richiedente ha chiesto una verifica di omogeneità nel DRG L18B «Interventi complessi transuretrali, percutanei-transrenali e altri interventi retroperitoneali complessi senza litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL)». Come separatore dei costi è stato proposto uno split PCCL o la nefrostomia percutanea.

- Nel risultato è stato possibile splittare il DRG L18B sulla base della nuova tabella L18-4 con i codici CHOP 55.02-55.04 «Nefrostomia».
- Inoltre, è stato identificato come impegnativo un altro gruppo di casi. I bambini con «età < 18 anni» vengono quindi raggruppati ora nel DRG L18A.

Abbiamo anche ricevuto una richiesta di eccezione di riammissione del DRG di base L20 «Interventi transuretrali...». Si trattava della rimozione di calcoli renali per mezzo di stent ureterali, che viene eseguita in due degenze. In un primo intervento viene inserito uno stent ureterale nella pelvi renale e in un secondo intervento è possibile rimuovere chirurgicamente i calcoli renali. A causa dei due ricoveri viene effettuato un raggruppamento dei casi con conseguente riduzione della remunerazione.

- L'inserzione dello stent ureterale è rappresentata con il codice CHOP 59.8X.10 «Cateterizzazione ureterale, inserzione, transuretrale». La rimozione del calcolo renale è codificata con il codice CHOP 56.0X.10 «Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale, rimozione di calcolo».

- Invece di un'eccezione di riammissione è stato implementato un nuovo DRG che rappresenta entrambi gli interventi.
- Un nuovo split del DRG L20B con la condizione «*multitemporalità degli interventi transuretrali*» con i gruppi di codici CHOP 59.8X* «*Cateterizzazione ureterale*» e 56.0X* «*Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale*» consente una rappresentazione di questi casi corretta e adeguata alle risorse impiegate.

In una richiesta è stato descritto che nel DRG L70C vi sono casi sottorimunerati che contengono il codice CHOP 55.23 «*Biopsia renale chiusa [percutanea] [agobiopsia]*».

- Le nostre analisi hanno confermato questa conclusione e hanno anche portato alla luce altri codici CHOP anomali.
- Sulla base della tabella delle procedure L70-2 sono stati rivalutati nel DRG L70B gli interventi di moderata gravità sull'apparato urinario. In questo DRG sono contenuti alcuni codici CHOP dei gruppi 55* «*Interventi sul rene*», 57* «*Interventi sulla vescica*» e 59* «*Altri interventi sulle vie urinarie*».
- Inoltre, lo split pediatrico «*età < 16 anni*» è stato rivalutato dal DRG L70B al DRG L70A, poiché questi casi comportano un consumo di risorse ancora maggiore. Ciò consegue una rappresentazione adeguata di tutti i casi.

3.2.15. Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile MDC 12

I codici CHOP per le biopsie dello scroto e della tunica vaginale sono stati finora rappresentati solo nella MDC 10.

- Per promuovere l'omogeneità medica e la rappresentazione corretta, queste biopsie sono state incluse anche nella MDC 12 e nel DRG di base M04 «*Interventi sul testicolo*».

3.2.16. Gravidanza, parto e puerperio MDC 14

Nell'ambito della procedura di richiesta è stata chiesta una svalutazione del codice ICD O63.1 «*Prolungamento del secondo stadio [periodo espulsivo] del travaglio*», poiché, secondo il richiedente, in molti casi non è comprensibile un impegno aggiuntivo (solo di poco superiore a 60 minuti o in caso di PDA).

- Una svalutazione del gruppo di codici ICD O63* «*Travaglio prolungato*» nella struttura tariffaria non si è dimostrata appropriata.
- Tuttavia, era riconoscibile una sopravvalutazione dei codici CHOP del gruppo di codici 66* «*Interventi sulle tube di Falloppio*» con le denominazioni aggiuntive «*non specificato*». Questi codici CHOP sono stati svalutati.
- Inoltre, nell'ambito delle analisi è emerso che il codice CHOP 75.62 «*Riparazione di lacerazione ostetrica recente del retto e sfintere anale*» non è valutato allo stesso modo di altri codici CHOP di questo gruppo di codici. È stato quindi equiparato agli altri codici CHOP e così rivalutato.
- SwissDRG SA ha inoltre presentato una richiesta al gruppo di lavoro Manuale di codifica per la definizione di determinate caratteristiche minime per la codifica del gruppo di codici ICD O63* «*Travaglio prolungato*».

Un altro richiedente ci ha chiesto invece di valorizzare il gruppo di codici ICD O68 «*Travaglio e parto complicati da sofferenza [distress] fetale*», poiché casi con queste diagnosi nel DRG O60D sono sottorimunerati.

- Le nostre analisi basate sui dati del 2022 lo hanno confermato.

- Mediante inclusione dei codici ICD O68.0-O68.8 nella matrice CC al livello 1 e un nuovo split PCCL > 2 per il DRG O60C è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi sottorimunerati.

Finora gli interventi chirurgici sulla vulva o sul perineo con i codici CHOP 71.79-71.9 erano riportati solo nella MDC 13 «*Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile*».

- Per promuovere l'omogeneità medica, questi codici CHOP sono stati ora inclusi anche nella MDC 14 per il DRG di base O02 «*Parto vaginale con intervento impegnativo o procedura specifica con diagnosi specifica*».

Come risultato delle numerose analisi sul tumor board è emerso tra l'altro che i codici CHOP per «*procedure sul feto*» non sono rappresentati in modo uniforme.

- Sono state effettuate numerose analisi e simulazioni. È stato dimostrato che alcune procedure impegnative non erano rilevanti per il raggruppamento e altre procedure avevano una valutazione troppo elevata. Ciò ha richiesto un aggiornamento delle tabelle:
- I codici CHOP con la designazione aggiuntiva «*non specificato*» e il codice CHOP 69.93 «*Inserzione di laminaria*» sono stati svalutati.
- I seguenti codici CHOP sono stati inclusi anche nella tabella per «*Procedure intrauterine*» e sono rappresentati nel DRG O02A:
 - 75.B1.12 «*Amniocentesi eco-guidata*»
 - 75.B1.14 «*Villocentesi eco-guidata*»
 - 75.B1.99 «*Interventi diagnostici sul feto e sull'amnios ecoguidati, altro*»
 - 75.C1.99 «*Somministrazione fetale sistemica di medicinali, altro*»
 - 75.C7 «*Feticidio selettivo di gemello monocoriale ecoguidato*»
 - 75.D3 «*Feticidio selettivo di gemello monocoriale in fetoscopia*»
 - 75.F1 «*Iniezione intra-amniotica per interruzione di gravidanza*»
 - 75.F2 «*Feticidio mediante iniezione intracardiaca guidata da ecografia*»
 - 75.F9 «*Interventi fetici, altro*»
- I seguenti codici CHOP sono stati rivalutati nel DRG di base O01:
 - 75.B1.13 «*Puntura del feto eco-guidata*»
 - 75.B1.15 «*Cistoscopia fetale eco-guidata*»
 - 75.B2.11 «*Endoscopia diagnostica del feto*»
 - 75.B2.12 «*Laringoscopia e tracheoscopia del feto*»
 - 75.B2.21 «*Biopsia fetoscopica del feto*»
 - 75.B2.99 «*Interventi diagnostici sul feto in fetoscopia, altro*»
 - 75.C5 «*Instillazione locale di medicinali nel feto ecoguidata*»
 - 75.E1 «*Intervento chirurgico a utero aperto di asportazione di tessuto dal feto*»
 - 75.E2 «*Intervento chirurgico a utero aperto di riparazione plastica del feto*»
 - 75.E9 «*Interventi fetali chirurgici a cielo aperto, altro*»

Nei dati del 2022 era evidente che il DRG O04Z conteneva ancora solo pochi casi e che i costi corrispondevano a quelli del DRG O40Z.

- La logica del DRG di base O40 è stata spostata nella logica del DRG di base O04 e quindi questi due DRG di base sono stati condensati nel DRG di base O04 «*Ricovero dopo parto o aborto con procedura OR*».
- Il DRG di base O40 «*Aborto o isterectomia, raschiamento*» è stato eliminato.

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

In una richiesta ci sono stati indicati casi con il codice ICD U10.9 «*Sindrome infiammatoria multisistemica associata a COVID-19, non specificata*» come diagnosi principale che nella maggior parte delle cliniche sono remunerati in modo deficitario. È stato richiesto di verificare una rivalutazione all'interno della MDC 16, nel DRG Q60A.

- Finora, i casi con questa diagnosi principale erano raggruppati nel DRG Q60A solo con determinate condizioni.
- La condizione di split nel DRG Q60A è stata adattata. In tal modo, i casi con «*diagnosi principale U10.9 e più di un giorno di degenza*» sono raggruppati in questo DRG, ricevendo quindi una remunerazione adeguata.

Secondo un'altra richiesta, i casi nel DRG Q61B sarebbero deficitari, motivo per cui si dovrebbe verificare se per le diagnosi del capitolo III dell'ICD-10-GM e Z94.81 «*Stato dopo trapianto di cellule staminali ematopoietiche con attuale immunosoppressione*» sia necessaria una valutazione più elevata.

- I codici ICD Z94.80 «*Stato dopo trapianto di cellule staminali ematopoietiche senza attuale immunosoppressione*» e Z94.81 «*Stato dopo trapianto di cellule staminali ematopoietiche con attuale immunosoppressione*» sono stati rivalutati come diagnosi secondarie in combinazione con più di un giorno di degenza nel DRG Q61A.
- Dopo aver analizzato le diagnosi del capitolo III dell'ICD-10-GM, il DRG Q61B è stato splittato. Nel nuovo DRG Q61B raggruppano i seguenti codici ICD:
 - D69.0 «*Porpora allergica*»
 - D69.1 «*Difetti qualitativi delle piastrine*»
 - D69.3 «*Porpora trombocitopenica idiopatica*»
 - D69.40 «*Altra trombocitopenia primitiva, specificata come refrattaria alla trasfusione*»
 - D69.57 «*Altra trombocitopenia secondaria, specificata come refrattaria alla trasfusione*»
 - D70.0 «*Agranulocitosi e neutropenia congenita*»
 - D70.11 «*Agranulocitosi indotta da farmaci: fase critica da 10 a meno di 20 giorni*»
 - D70.12 «*Agranulocitosi indotta da farmaci: fase critica 20 e più giorni*»
 - D70.13 «*Agranulocitosi indotta da farmaci: fase critica da 4 a meno di 7 giorni*»
 - D70.14 «*Agranulocitosi indotta da farmaci: fase critica da 7 a meno di 10 giorni*»
 - D70.6 «*Altra neutropenia*»
 - D71 «*Disturbi funzionali dei neutrofili polimorfonucleati*»
 - D72.0 «*Anomalie genetiche dei leucociti*»
 - D73.0 «*Iposplenismo*»
 - D73.1 «*Ipersplenismo*»
 - D73.2 «*Splenomegalia congestizia cronica*»
 - D73.3 «*Ascesso splenico*»
 - D73.5 «*Infarto splenico*»
 - D74.0 «*Metaemoglobinemia congenita*»
- A causa dello split del DRG Q61B, il precedente Q61B diventa ora il DRG Q61C.

Nell'ambito delle analisi sul tumor board e delle rivalutazioni e svalutazioni di biopsie abbiamo notato altri casi sottorimunerati nel DRG Q86B da un giorno di degenza.

- Questi casi presentavano un onere supplementare dovuto alle biopsie chiuse.
- L'esecuzione di una biopsia chiusa è stata rivalutata da una condizione di split supplementare per il DRG Q86A «*Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario con intervento specifico o età < 16 anni, un giorno di degenza*».

- In questo modo è stato possibile ottenere una rappresentazione più appropriata dei casi all'interno del DRG di base Q86 «*Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario, un giorno di degenza*».

3.2.18. Neoplasie ematologiche e solide MDC 17

Un richiedente ha chiesto la svalutazione del codice ICD C92.01 «*Leucemia mieloblastica acuta [LMA]: in remissione completa*» nella matrice CC, poiché l'impegno per una remissione completa della malattia non è plausibile.

- Una svalutazione generale del codice ICD C92.01 nella matrice CC non si è dimostrata appropriata.
- Tuttavia, le analisi hanno dimostrato che l'unificazione del livello CC del codice ICD C92.01 nella partizione operativa al livello 2 e nella partizione medica/altra al livello 1 porta a una rappresentazione più appropriata dei casi.
- Le analisi hanno anche rivelato che i gruppi ICD J12 «*Polmonite virale non classificata altrove*» e B20-23 «*Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV]*» non sono definiti come «*diagnosi complessa*» nella leucemia.
- Mediante rivalutazione di questi codici ICD nella condizione per lo spostamento dalla pre-MDC alla MDC 17 è stato possibile rivalutare casi sottorimunerati.
- A causa della rilevanza di raggruppamento del gruppo di codici ICD C92-C95 «*Leucemie*» nella MDC 17, questi codici ICD sono stati svalutati nella matrice CC della MDC 17.

Nel corso della procedura di richiesta ci è stato inoltre indicato che esiste una disomogeneità di costi nel DRG di base R01 «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide...*» e in particolare nel DRG R01C. Il richiedente ha elencato diagnosi principali, procedure specifiche e la chemioterapia come caratteristiche in grado di separare i costi.

- È stato dimostrato che le diagnosi e le procedure elencate dal richiedente non sono gli unici separatori di costi.
- Nelle analisi è stato infatti possibile identificare, come separatori di costi, procedure OR specifiche in più tempi e chemioterapie.
- In questo modo i casi con «*procedure OR specifiche in più tempi*» vengono raggruppati ora nel DRG R01A.
- Le chemioterapie di complessità media o elevata sono state rivalutate nel DRG R01B.
- La rivalutazione delle chemioterapie nel DRG R01A non era appropriata e il numero di casi era troppo basso per un DRG separato.
- In seguito è stato dimostrato che le condizioni di split per il DRG R01B non sono più in grado di separare i costi e quindi i DRG R01B e R01C sono stati condensati nel DRG R01B «*Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante o CC estremamente gravi o linfadenectomia o chemioterapia complessa o età < 18 anni*».

In un'altra richiesta è stato chiesto di verificare la rappresentazione della terapia intensiva nel DRG R61A.

- Nelle analisi abbiamo riscontrato una sottorimunerazione di casi con un trattamento complesso di medicina intensiva > 184 punti risorse o con un PCCL > 3.
- Pertanto, il precedente DRG R61A è stato splittato ed è stato creato un nuovo DRG R61A «*Linfoma e leucemia non acuta con dialisi o isolamento protettivo da 7 giorni di trattamento o diagnostica complessa o età < 8 anni, e procedura complicante o diagnosi complicante, e terapia intensiva complessa > 184 punti risorse o CC estremamente gravi, più di un giorno di degenza*».

Sulla base dei dati nazionali svizzeri del 2022, i DRG R62B e DRG R62C presentavano costi simili. È stato dimostrato che le condizioni di split esistenti non sono più una caratteristica in grado di separare i costi.

- I DRG R62B e R62C sono stati condensati nel DRG R62B «*Altre neoplasie ematologiche e solide, più di un giorno di degenza*».
- Inoltre, i casi con una paraplegia/tetraplegia senza ulteriori condizioni sono ora raggruppati nel DRG R62A «*Altre neoplasie ematologiche e solide con diagnosi complicante o procedura complicante o costellazioni impegnative per neoplasia maligna o età < 18 anni e osteolisi o CC estremamente gravi, o paraplegia/tetraplegia, più di un giorno di degenza*».

Sulla base dei dati del 2022, i DRG R63C e R63D nel DRG di base R63 «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza*» avevano un numero di casi inferiore.

- I DRG R63C e R63D sono stati quindi condensati nel DRG R63C «*Altra leucemia acuta, più di un giorno di degenza con CC estremamente gravi o dialisi o diagnostica complessa o diagnosi complessa o età < 1 anno o età < 18 anni con chemioterapia complessa*».
- In tal modo sono stati rivalutati i bambini sottoposti a chemioterapia.

3.2.19. Malattie infettive e parassitarie MDC 18B

Un richiedente ci ha fatto notare che nel DRG di base T36 «*Malattie infettive e parassitarie con terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse o ...*» vengono considerati solo i ricoveri in UCI, mentre i ricoveri in UCI e IMCU con la cosiddetta logica step down/step up non sono rappresentati in modo appropriato.

- Le nostre analisi hanno confermato una sottorimunerazione di casi con una terapia intensiva complessa da 784/828 punti risorse e di casi assistiti in un reparto UCI e IMCU.
- Pertanto, il numero minimo di punti risorse per terapia intensiva complessa per il DRG T36B è stato ridotto a > 784/828 punti e ora è stata stabilita una logica con la logica step down/step up di terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse con trattamento complesso IMC > 197-392/185-552 per il DRG T36B.
- I casi con soli punti risorse per terapia intensiva complessa > 980/1104 sono ora raggruppati nel DRG T36A.

A seguito delle ristrutturazioni nel DRG di base A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta da 7 giorni di trattamento*» i criteri di split per il DRG T63A non si sono più dimostrati in grado di separare i costi.

- Pertanto, i DRG T63A e T63B sono stati condensati nel DRG T63A «*Malattia di origine virale su esiti di trapianto d'organo o diagnosi aggravante o infezioni da citomegalovirus o isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*».

3.2.20. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci MDC 21B

Nei dati del 2022 era evidente che il DRG X07A conteneva ancora solo pochi casi e che i costi corrispondevano a quelli del DRG X33Z.

- Pertanto, le condizioni per il DRG di base X33 sono state spostate nel DRG di base X07 e nella condizione di split per il DRG X07A. In questi DRG i casi sono rappresentati in modo corretto e adeguato alle risorse impiegate.
- Il DRG di base X33 «*Procedure OR complesse in più tempi per traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci*» è stato eliminato.
- Il DRG X07A è denominato ora «*Reimpianto per amputazione traumatica con reimpianto di più di un dito del piede o della mano o procedure OR complesse in più tempi o terapia a pressione negativa complessa o terapia a pressione negativa con intervento specifico*».

3.2.21. Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

Per identificare i casi da correggere contenenti prestazioni che possono comportare rimunerazioni supplementari, sono stati usati i codici CHOP o ATC della definizione delle rimunerazioni 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 CHF 136'010'101.84 per 28'609 casi dei dati di calcolo.

3.2.22. Rimunerazioni supplementari – modifiche

Sono state ora incluse le rimunerazioni supplementari CHOP seguenti:

- Dialisi peritoneale, intermittente
- Impiego di un dispositivo per la fissazione di stentgraft
- Impianto o sostituzione di pompa di infusione totalmente impiantabile per infusione intratecale ed epidurale

Ora viene fatta una distinzione tra le rimunerazioni supplementari per le pompe endovasali del ventricolo sinistro in base alla forza pulsante potenziale. Inoltre, la remunerazione supplementare ZE-2025-73 è stata ampliata verso il basso. Adesso già a partire da 26 punti risorse viene applicata una remunerazione supplementare per trattamento infermieristico complesso.

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

- Andexanet alfa, per via endovenosa
- Bezlotoxumab, per via endovenosa
- Capmatinib, per via orale
- Delandistrogene moxeparvovec, per via endovenosa
- Durvalumab, per via endovenosa
- Elexacaftor, tezacaftor e ivacaftor, per via orale
- Emicizumab, per via sottocutanea
- Etranacogene dezaparvovec, per via endovenosa
- Exagamglogene autotemcel, per via endovenosa
- Gilteritinib, per via orale
- Glofitamab, per via endovenosa
- Idarucizumab, per via endovenosa
- Imlifidasi, per via endovenosa
- Mosunetuzumab, per via endovenosa
- Nirsevimab, per via intramuscolare (con riserva OPre e inclusione nell'ES)
- Pemigatinib, per via orale
- Polatuzumab vedotin, per via endovenosa
- Ponatinib, per via orale
- Tabelecleucel, per via endovenosa
- Tafamidis, per via orale
- Tagraxofusp, per via endovenosa
- Talquetamab, per via endovenosa
- Tebentafusp, per via endovenosa

Sono state cancellate le rimunerazioni supplementari per i medicinali seguenti:

- Iloprost, CVT, per via inalatoria
- Posaconazolo, sospensione, per via orale
- Rituximab, per via sottocutanea

Contemporaneamente sono stati modificati i modi di somministrazione o le informazioni supplementari per i seguenti medicinali:

- Iloprost (ora anche per via inalatoria oltre alla modalità di somministrazione per via endovenosa e cancellazione di entrambe le informazioni supplementari)
- Posaconazolo (le informazioni supplementari compressa/capsula e sospensione sono state cancellate con il modo di somministrazione orale)
- Rituximab (ora anche per via sottocutanea oltre al modo di somministrazione per via endovenosa)

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

- Abatacept, per via sottocutanea
- Adalimumab, per via sottocutanea/endovenosa
- Argatroban, per via endovenosa
- Caplacizumab, per via endovenosa/sottocutanea
- Dabrafenib, per via orale
- Daratumumab, per via sottocutanea
- Eculizumab, per via endovenosa
- Emina, per via endovenosa
- Immunoglobulina anti-epatite B, per via endovenosa/sottocutanea/intramuscolare
- Iloprost, per via endovenosa/inalatoria
- Infliximab, per via endovenosa/sottocutanea
- Macitentan, per via orale
- Osimertinib, per via orale
- Palbociclib, per via orale
- Riociguat, per via orale
- Sofosbuvir e velpatasvir, CEP, per via orale
- Tocilizumab, per via sottocutanea
- Trametinib, per via orale
- Ustekinumab, per via sottocutanea
- Vemurafenib, per via orale
- Fattore di Von Willebrand, per via endovena

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state modificate le classi di dosi inferiori:

- Argatroban, per via endovenosa
- Azacitidina, per via sottocutanea/endovenosa
- Decitabina, per via endovenosa
- Ibrutinib, per via orale
- Isavuconazolo, per via orale
- Lenalidomide, per via orale
- Letemovir, per via endovenosa/orale
- Osimertinib, per via orale
- Palbociclib, per via orale
- Pemetrexed, per via endovenosa
- Riociguat, per via orale
- Tiotepa, per via endovenosa
- Venetoclax, per via orale
- Fattore di Von Willebrand, per via endovena
- Voriconazolo, per via orale

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state modificate le classi di dosi pediatriche:

- Fattore della coagulazione IX, CAI, per via endovenosa (classe di dosi pediatrica aggiunta)
- Fattore della coagulazione XIII, per via endovenosa (classe di dose per bambini inserita con un'ulteriore età)
- Letemovir, per via endovenosa/orale (classe di dose pediatrica inserita)
- Posaconazolo, per via orale (limite inferiore della classe di dosi pediatriche aumentato)
- Venetoclax, per via orale (classi di dosi pediatriche inserite)
- Voriconazolo, per via orale (classi di dosi pediatriche cancellate)

Per le seguenti remunerazioni supplementari sono state modificate le classi di dosi medie:

- Infliximab, per via endovenosa/sottocutanea
- Palbociclib, per via orale
- Fattore di Von Willebrand, per via endovena

4. Metodo di calcolo

Rispetto alla versione 13.0, la metodologia di calcolo per la versione 14.0 è stata leggermente adattata. Se la soglia inferiore e superiore della degenza coincidono con due giorni, la soglia superiore della degenza calcolata viene ora aumentata di un giorno. Ciò consente di garantire una remunerazione forfettaria entro un intervallo di inlier di diversi giorni per tutti i DRG interessati.

4.1. Determinazione dei cost-weight

Per la versione 14.0 SwissDRG sono stati calcolati nel risultato finale 1071 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 17 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno di dati 2021 a causa del basso numero di casi. Per altri 8 DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2022/2021/2019). 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

La rilevazione 2023 dei dati del 2022 comprende il 96,0% dei casi di tutta la Svizzera compresi nell'ambito di applicazione di SwissDRG. Il numero di casi di questa rilevazione di dati 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 14.0, e la somma dei cost-weight effettivi di questi casi, raggruppati con la versione 13.0, siano identiche:

$$\text{Case mix}_{\text{Versione 14.0}}^{\text{Dati 2022}} = \text{Case mix}_{\text{Versione 13.0}}^{\text{Dati 2022}}$$

Il valore di riferimento per la versione 14.0 SwissDRG è pari a CHF 10'715. Per la versione 13.0 è stato calcolato un valore di riferimento di CHF 10'617.

4.3. Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni per la versione 14.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 13.0.

Per 722 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 14.0 risultano 186 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 184 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 13.0.

Allegato A: cifre chiave dello 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 14.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

Per la versione 14.0 sono stati utilizzati i dati del 2022. I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 187 ospedali somatici acuti. Il campione degli ospedali della rete SwissDRG è di 152.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 14.0 Dati 2022	Versione 13.0 Dati 2021
Ospedali della rete	152	149
Dati complessivi	187	189

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'235'163 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti al 96,0% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 14.0 Dati 2022	Versione 13.0 Dati 2021
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'243'232	1'201'565
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'235'163	1'197'531
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'287'973	1'258'124
	<i>Campo di applicazione SwissDRG</i>	1'287'215	1'257'147

Per la versione 14.0 sono stati esclusi 24'709 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 condizioni specifiche che potrebbero impedire un'esclusione. Per la versione 13.0 erano stati esclusi 23'264 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 102'898 casi (8,5% dell'insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l'altro sono stati esclusi completamente 14 ospedali/cliniche. Inoltre, per un ospedale è stata effettuata un'esclusione parziale chiaramente distinguibile. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 14.0. Ciò ha consentito di utilizzare l'89,0% dei casi inviati a SwissDRG SA per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 14.0 è stato basato su 1'107'072 casi dell'anno 2022, oltre a 601 casi dell'anno 2021 e a 163 casi dell'anno 2019.

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG	
1'287'973	1'243'232	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'287'215	1'235'163	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'209'970	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 14 ospedali)
	1'107'072	Casi plausibili 2022 (dati di calcolo)
		+ 601 casi dai dati 2021 + 163 casi dai dati 2019

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 14.0 Dati 2022	Versione 13.0 Dati 2021
DRG totali	1071	1082
DRG fatturabili	1067	1078
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	189	165
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 totale 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 totale:

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

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 12.0, 13.0 e 14.0, basati sui dati del 2022. La tabella 5 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 .

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2022

Versione del Grouper	Anno di dati	Tutti i casi	Inlier (in base a V14.0)
V14.0	2022	0,763	0,861
V13.0	2022	0,753	0,842
V12.0	2022	0,742	0,825

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.