

28.03.2018

Principali sviluppi e rappresentazione di campi di prestazioni speciali nella versione SwissDRG 8.0 / 2019

Riassunto dei miglioramenti e dei principali sviluppi della versione 8.0 rispetto alla versione 7.0

Per quanto riguarda i principali sviluppi vanno menzionati soprattutto la rappresentazione di casi con grande assorbimento di risorse, l'ampia revisione delle MDC 05, 08, 16, 20 e 22, il perfezionamento a livello di medicina dell'infanzia e dell'adolescenza, nonché il miglioramento della rappresentazione dei casi di medicina intensiva in Intermediate-Care Unit (IM-CU) e in unità di cure intensive (UCI) per neonati, bambini e adulti.

1. Rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse

All'inizio di ogni sviluppo del sistema vengono analizzati prima i casi deficitari. In questo esame i casi plausibili hanno mostrato spesso un numero di punti risorse molto elevato per trattamenti complessi in unità di cure intensive / unità di cure intermedie o per interventi multipli in parte in associazione con terapia a pressione negativa complessa e costellazioni specifiche altamente impegnative.

Di conseguenza sono state portate a termine ampie ristrutturazioni in tutto il sistema per rappresentare questi casi in modo differenziato.

Numero molto elevato di punti risorse per trattamento complesso in unità di cure intensive / unità di cure intermedie

I casi molto costosi con numero elevato di punti risorse per terapia intensiva complessa sono distribuiti in diversi DRG di base nella MDC 15. Una rappresentazione adeguata dei casi in questione entro questi DRG non è possibile. Per questo motivo è stato creato il nuovo DRG P37Z indipendentemente dal peso all'ammissione o alla nascita.

Per i lattanti con un peso all'ammissione inferiore a 1500 g è stato dimostrato che i casi con terapia intensiva impegnativa hanno un costo pari a quello dei casi con respirazione assistita a lungo termine. Entro il DRG di base P03 sono stati rivalutati i casi con numero elevato di punti risorse per terapia intensiva complessa indipendentemente dalla durata della respirazione assistita.

Nel DRG A06Z sono stati analogamente rivalutati i casi con terapia intensiva molto impegnativa (trattamento complesso in unità di cure intensive / trattamento complesso in unità di cure intermedie) > 5520 punti risorse.

Interventi in più tempi

In aggiunta alla funzione esistente "terapia a pressione negativa complessa I e II" è stata creata una nuova funzione "terapia a pressione negativa" con uso della tabella "Procedure OR specifiche senza interventi moderatamente complessi" e della condizione "Operazioni

specifiche in più tempi in due giorni". È stata effettuata una rivalutazione di questi casi in associazione con interventi maggiori nei DRG F04Z, G38Z, H33Z, M37Z, N33Z e X33Z.

Le procedure OR specifiche in quattro tempi con terapia intensiva complessa > 1470 / 1380 punti risorse sono state classificate ora nel DRG A11A. Le procedure OR complesse in quattro tempi in associazione con costellazioni specifiche sono state rivalutate nel DRG A06Z, ed è stato possibile ottenere una migliore rappresentazione dei casi con procedure OR complesse in quattro tempi nella MDC 01 (DRG B36B).

Costellazioni altamente impegnative

Di frequente, i casi non sono rappresentabili con una caratteristica che li indichi come molto costosi. Analogamente alla funzione "procedure complicanti", è stato possibile creare la funzione "costellazioni altamente impegnative". La combinazione di diverse condizioni, per es. le trasfusioni in numero molto elevato e le dialisi a lungo termine o la necessità di trapianto d'organo con urgenza elevata (High Urgency) porta a una rivalutazione dei casi nel DRG A11A indipendentemente dalla diagnosi principale.

Queste e altre ristrutturazioni (vedere i paragrafi sulla medicina intensiva) garantiscono una rappresentazione dei casi con grande assorbimento di risorse che è più differenziata e rispecchia meglio le prestazioni nella versione 8.0 della struttura tariffaria rispetto alla versione 7.0.

2. Terapia intensiva complessa (unità di cure intensive, UCI; Intermediate-Care Unit, IMCU, per neonati, bambini e adulti)

Indipendentemente dalla diagnosi principale, nella pre-MDC e nelle MDC per organi è stato verificato sistematicamente in che misura i punti risorse UCI o IMCU possono essere rivalutati come caratteristica distintiva ai fini del raggruppamento. In tal modo è stato possibile rappresentare in modo differenziato sia le degenze a lungo termine in UCI / IMCU sia le terapie a breve termine.

In molti DRG è stata ottenuta una migliore differenziazione dei costi sulla base dei punti risorse UCI, indipendentemente dalla durata della respirazione assistita (per es. rivalutazione della terapia intensiva altamente impegnativa a terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 5520 punti risorse nel DRG A06Z, indipendentemente dalla durata della respirazione assistita).

I casi con durata della respirazione assistita superiore a 95 ore sono classificati nel DRG di base A13, ma possono anche soddisfare la logica dei DRG di base A36, B36, F36 e T36 (indipendentemente dai punti risorse per terapia intensiva complessa).

Anche dopo gli ulteriori sviluppi apportati dalle ultime versioni SwissDRG, in costellazioni specifiche è possibile una remunerazione deficitaria in caso di prestazioni supplementari. È stata quindi condotta una revisione complessa della pre-MDC e dei DRG di cure intensive nelle altre MDC. Il DRG di base A13 è stato cancellato, e una serie di casi con respirazione assistita > 95 ore e con costellazione specifica impegnativa sono stati attribuiti al DRG di base A11. I casi con respirazione assistita > 95 ore sono stati rivalutati nei DRG di cure intensive specifici per organo.

Con ciò è possibile rappresentare meglio, mediante la versione 8.0 del sistema DRG, i casi complessi e con grande assorbimento di risorse.

3. Ampia revisione delle MDC 05, 08, 16, 20 e 22

MDC 05 "Malattie del sistema cardiovascolare"

La differenziazione del DRG di base F98 in F98A e F98B è stata finora effettuata sulla base di età, diagnostica complessa o interventi specifici (TAVI). La remunerazione degli interventi combinati non rispecchiava l'assorbimento di risorse. Pertanto, questo DRG è stato rivisto con identificazione di nuovi criteri di split:

F98A: impianto di protesi valvolare con bypass o terapia intensiva complessa > 196 / 360 punti risorse

F98B: impianto di protesi valvolare con pace-maker o innesto aortico o età < 16 anni

F98C: impianto di protesi valvolare

È stata proseguita la revisione dei diversi DRG con casi di contenuto simile iniziata l'anno scorso. I casi simili sono stati attribuiti allo stesso DRG di base, e le condizioni di split sono state verificate e adeguate in caso di bisogno (DRG di base F08, F34, F51, F38 e F59). Mediante creazione di DRG con numero di casi elevato è stato possibile rivalutare costellazioni di casi con grande assorbimento di risorse.

MDC 08 "Malattie dell'apparato locomotore"

Nella partizione operatoria sono stati condotti ampi adattamenti. Da una parte sono stati rafforzati i criteri di split e sono state rivalutate costellazioni di casi complessi, per es. nel DRG di base I32 (definizione di un "DRG da un giorno di degenza" puro, inclusione dei codici da 99.B6.22 a 99.B6.24 "Trattamento complesso della mano, da 8 e più giorni di trattamento..."), rivalutazione dei casi con diagnostica complessa "artrite, poliartrite od osteomielite, lesione dei tessuti molli dal II al III grado"). Entro i DRG per la rappresentazione delle revisioni di protesi di ginocchio e anca impiantate sono state rivalutate le sostituzioni di protesi complete. Nel DRG di base I18 "Artroscopia comprensiva di biopsia o altri interventi su ossa o articolazioni" sono stati finora raggruppati i casi con biopsie o artroscopie delle più diverse localizzazioni. Per aumentare la validità del sistema, gli interventi sono stati spostati in base alla loro localizzazione e, inoltre, sono stati condotti ampi aggiornamenti delle tabelle.

Nella partizione medica sono state condotte ampie ristrutturazioni. Per la rappresentazione di casi impegnativi di cure intensive senza intervento chirurgico è stato creato il nuovo DRG I87Z "Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo con terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse".

Molti casi con uguale assorbimento di risorse e contenuto simile sono stati finora rappresentati in diversi DRG. In tal modo i casi con fratture femorali del DRG di base I66 "Altre malattie del tessuto connettivo, più di un giorno di degenza" sono stati spostati nel DRG di base I60 "Fratture del bacino, del collo del femore e del femore, più di un giorno di degenza", con revisione dei criteri di split.

I casi nel DRG di base I69 "Malattie dell'osso e artropatie, più di un giorno di degenza" sono stati estesi alle artropatie non specifiche. Visti i molti casi con un giorno di degenza, è stato creato il nuovo DRG di base I61 per rappresentarli.

MDC 16 "Malattie del sangue e del sistema immunitario"

In questa MDC, l'appropriata rappresentazione dei casi risulta difficoltosa. Finora non si è riusciti a ottenere una buona differenziazione dei costi sulla base delle diagnosi.

Con la creazione del nuovo DRG Q37Z (Degenze brevi in IMC / UCI) è stato possibile rappresentare bene i casi impegnativi.

Anche i criteri di split nel DRG di base Q61 non consentivano una sufficiente differenziazione dei costi. In questo DRG si è dimostrata efficace una nuova differenziazione sulla base delle malattie concomitanti estremamente gravi.

Queste ristrutturazioni hanno migliorato notevolmente la qualità della rappresentazione dei casi.

MDC 20 "Tossicodipendenze"

I casi in questa MDC hanno dimostrato una grande disomogeneità in termini di costi e durata di degenza. In poche procedure codificate la differenziazione dei casi in base al tipo di abuso di sostanza non ha consentito di separare primariamente i costi. È stata pertanto condotta un'ampia revisione dell'intera MDC. Per la rappresentazione dei casi impegnativi con degenza in terapia intensiva o IMC è stato creato il nuovo DRG V01Z "Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe, terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 196 / 184 punti risorse". I casi rimanenti sono stati inclusi nel nuovo DRG di base V02 "Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli", con i criteri di split "demenza o delirio e disturbi psichici a causa di disturbi della funzione cerebrale" e "dipendenza multipla o diagnosi complicante". Grazie a questa revisione si è riusciti a migliorare considerevolmente la qualità della rappresentazione dei casi.

MDC 22 "Ustioni"

Nella versione precedente era stata condotta un'ampia revisione della MDC "Ustioni". Sistemáticamente erano state rese più stringenti le condizioni di split ed erano state adattate le tabelle delle procedure. Era stato possibile rivalutare soprattutto le costellazioni impegnative, per es. gli interventi multipli, i ricoveri in reparto di terapia intensiva e i trapianti di cute impegnativi.

Le ustioni più gravi sono raggruppate in base alla durata della respirazione assistita nei DRG di base Y01, A11 e A18. Costellazioni specifiche non erano finora rappresentate in modo da coprire i costi. In collaborazione con i centri ustionati sono state condotte verifiche di singoli casi con correzioni riguardanti la classificazione dei costi in base al caso e la registrazione delle prestazioni. In questa procedura sono stati identificati casi particolarmente impegnativi con ustioni gravissime (dal 40% di SC o dal 20% di III grado) associati a setticemia o ustioni con interessamento di diverse regioni del corpo e terapia intensiva complessa > 2058 / 1932 punti risorse o bambini < 18 anni di età. Questi casi sono stati ora attribuiti al DRG A06Z.

Questa consistente rivalutazione dei casi ha tuttavia comportato che nel DRG Y01Z rimanesse ancora solo un numero molto limitato di casi con ustioni gravi. Per questo motivo il DRG Y01Z è stato cancellato, raggruppando i casi rimanenti in base all'età nei DRG A11A (età < 16 anni) o A11B.

Queste ristrutturazioni hanno portato a un miglioramento sostanziale della validità della rappresentazione e, contemporaneamente, sono stati ridotti al minimo i falsi incentivi relativi alla codifica e al raggruppamento dei casi.

Rappresentazione di campi di prestazioni speciali nella versione SwissDRG 8.0 / 2019

La struttura tariffaria SwissDRG nella versione 8.0 contiene sviluppi rilevanti dal punto di vista medico per nuove prestazioni, differenziazioni di prestazioni e altri compensi supplementari.

In generale, i casi dei campi speciali sotto menzionati in ospedali e cliniche di degenza acuta sono contemplati dalla versione 8.0 SwissDRG e possono essere tariffati con le regole di fatturazione ad essi conformi.

1. Pediatria e neonatologia

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi da anni a SwissDRG SA. Tuttavia, non tutti gli ospedali codificano i punti risorse per la terapia intensiva complessa nei neonati in unità di terapia intensiva / Intermediate Care Station.

Rappresentazione attuale:

oltre alle ristrutturazioni illustrate sopra e riguardanti la terapia intensiva, le ustioni gravissime e i casi con grande assorbimento di risorse, sono stati riesaminati a livello di sistema tutti i casi con un preesistente split pediatrico e sono stati osservati i casi per individuare eventuali altri split pediatrici. È stato possibile creare ex novo 14 split pediatrici, adeguare 10 split ed eliminare 8 split pediatrici a causa di una differenziazione insufficiente dei costi.

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG possono essere rappresentati adeguatamente i casi del campo specialistico pediatria e neonatologia (inclusi i casi in terapia intensiva).

2. Palliative care

Definizione:

il campo di prestazioni della medicina palliativa e della medicina palliativa specializzata è rappresentabile in modo chiaro attraverso i codici CHOP.

Situazione dei dati:

con i dati del 2015 sono state fornite per la prima volta informazioni di costo per i trattamenti complessi di medicina palliativa specializzata. Mediante numerosi calcoli analitici è stata condotta una verifica sistematica riguardante la medicina palliativa specializzata e le informazioni di costo nei confronti della medicina palliativa e del suo assorbimento di risorse.

Rappresentazione attuale:

l'equiparazione dei casi di medicina palliativa e di medicina palliativa specializzata, indipendentemente dalla diagnosi principale nella pre-MDC, si è nuovamente dimostrata appropriata in seguito alle simulazioni con i dati dell'anno 2016. Le analisi non hanno evidenziato alcuna differenza di costi significativa tra i due trattamenti complessi.

I casi con trattamenti complessi specifici di medicina palliativa in associazione con terapie intensive sono distribuiti in diverse DRG, e la loro rappresentazione non rispecchia l'assorbimento di risorse. Questi casi con trattamenti complessi di medicina palliativa e "> 95 ore di respirazione assistita" e "terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse" sono stati rivalutati nel DRG di base A11.

Ulteriori verifiche dei casi con trattamento complesso di medicina palliativa hanno indicato una remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare e concomitante intervento endoscopico. Coerentemente queste costellazioni di casi sono state rivalutate nei DRG A97C e A97F.

Inoltre, sono state rappresentate meglio ulteriori costellazioni impegnative, per es. "procedure complicanti", "interventi in più tempi" e "diagnosi secondarie complesse" entro il DRG di base A97.

Valutazione:

nella versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG, la rappresentazione dei casi con trattamento complesso di medicina palliativa o medicina palliativa specializzata rispecchia meglio le prestazioni fornite.

3. Paraplegiologia

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

rimane problematico il fatto che SwissDRG SA non abbia informazioni sugli ospedali in cui la paraplegiologia viene remunerata al di fuori della struttura tariffaria SwissDRG e riceva questi dati solo con determinate limitazioni. Inoltre, l'interfaccia con la riabilitazione non è definita inequivocabilmente.

Rappresentazione attuale:

si potrebbe ottenere un ulteriore miglioramento della validità della rappresentazione, se si considerassero i codici a disposizione per la rappresentazione differenziata delle prestazioni, per es. i codici per la riabilitazione neurologica-neurochirurgica precoce e i punti risorse per l'assistenza in IMCU. La struttura tariffaria è stata ulteriormente differenziata per migliorare la rappresentazione dei casi con riabilitazione precoce e terapia intensiva in UCI e IMCU.

Misure:

miglioramento della qualità dei dati.

Valutazione:

con la versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG i casi del campo specialistico della paraplegiologia sono rappresentati adeguatamente.

4. Riabilitazione precoce

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

SwissDRG SA ha ricevuto finora soprattutto dati da cliniche di medicina somatica acuta. Con la decisione del Consiglio d'amministrazione per una futura uniformazione della tariffazione a livello svizzero dovrebbero essere messi a disposizione di SwissDRG SA ulteriori dati relativi a prestazioni e costi.

Rappresentazione attuale:

i casi con trattamenti riabilitativi precoci complessi specifici in associazione con terapie intensive sono distribuiti in diverse DRG e la loro rappresentazione non rispecchia l'assorbimento di risorse. Questi casi con trattamenti riabilitativi precoci complessi e "> 95 ore di respirazione assistita" e "terapia intensiva complessa > 392 / 552 punti risorse" sono stati rivalutati nel DRG di base A11.

Allo stesso modo, i casi con riabilitazione neurologica precoce, codice 93.89.10 "riabilitazione neurologica-neurochirurgica precoce, da minimo 7 a massimo 13 giorni di trattamento, nel DRG di base B90 non hanno avuto finora alcun impatto in termini di remunerazione. Questi codici hanno potuto essere integrati nel DRG di base B90, consentendo di remunerare in modo appropriato anche i casi di riabilitazione precoce con breve durata del trattamento.

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG possono essere rappresentati adeguatamente tutti i casi del campo di prestazioni dei trattamenti complessi di riabilitazione precoce.

Con gli sviluppi futuri basati su ulteriori dati trasmessi a SwissDRG SA dalle cliniche di riabilitazione sarà possibile migliorare la validità della rappresentazione.

5. Medicina intensiva in UCI / IMCU

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

un punto centrale del perfezionamento del sistema di quest'anno è stata l'adeguata rappresentazione dei trattamenti di medicina intensiva in considerazione delle diverse costellazioni di casi, per es. l'assistenza principalmente in UCI o IMCU, l'assistenza in IMCU e in UCI e le degenze brevi in UCI o IMCU. In funzione del numero di casi sono stati a volte creati nuovi DRG, per es. il DRG P37Z "Terapia intensiva complessa / trattamento complesso IMC > 4900 punti risorse".

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 8.0 della struttura tariffaria SwissDRG si possono rappresentare i casi del campo specialistico medicina intensiva (UCI e IMCU) in modo adeguato alle risorse impiegate. Queste ristrutturazioni hanno comportato una considerevole riduzione dei casi deficitari (vedi anche le spiegazioni precedenti).

6. Trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

hanno potuto essere identificati casi con trapianti e un determinato numero di ore di respirazione assistita o punti per terapia intensiva complessa la cui rappresentazione finora non rispecchiava l'effettivo assorbimento di risorse. Questi casi con trapianti sono attribuiti ai rispettivi DRG specifici per organo della pre-MDC. I trapianti con "> 95 ore di respirazione assistita" o "terapia intensiva complessa > 196 / 552 punti risorse" vengono ora raggruppati nel DRG A11A.

I casi con insufficienza e rigetto di trapianto di cellule ematopoietiche sono stati finora attribuiti al DRG A61Z. Il numero di casi è tuttavia molto eterogeneo in termini di assorbimento di risorse (durata di degenza, trattamenti), per cui le diagnosi consentono solo una minima differenziazione dei costi. Per questo motivo è stato cancellato il DRG di base A61, e una parte dei casi del precedente DRG A61 è stata ora raggruppata nel DRG di base A91 "Fotoferesi e aferesi, un giorno di degenza". I casi rimanenti vengono dirottati nella MDC 17 con attribuzione al DRG di base R60 "Leucemia mieloide acuta, più di un giorno di degenza o prelievo autologo di cellule staminali o Graft versus Host Disease". In tal modo è stato possibile rivalutare come diagnosi principale i casi con Graft versus Host Disease acuta di grado 3 o 4 o con il coinvolgimento di almeno due organi nei DRG R60A e R60B.

I casi di bambini con insufficienza e rigetto di trapianto d'organo non erano remunerati in

modo appropriato nel DRG di base A60. Per tale motivo, la condizione di split nel DRG A60A è stata ampliata con "età < 16 anni".

Valutazione:

i trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche vengono rappresentati appropriatamente nella versione 8.0 SwissDRG.

7. Casi con demenza / delirio

SwissDRG SA è stata incaricata di controllare che la rappresentazione di pazienti con demenza / delirio tenesse in debita considerazione l'assorbimento di risorse.

Definizione:

il campo di prestazioni è rappresentabile in modo chiaro e differenziato attraverso i codici CHOP e ICD.

Situazione dei dati:

i dati vengono trasmessi a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

sono stati eseguiti ampi calcoli analitici dei casi di demenza o delirio come diagnosi principale o supplementare in tutte le MDC, sia nei DRG medici sia in quelli operatori. Sono state verificate diagnosi specifiche (per es. il codice ICD F02.3 "Demenza nel morbo di Parkinson"), ma anche diagnosi meno specifiche (per es. il codice ICD F03 "Demenza non specificata"), nonché limitazioni funzionali cognitive codificabili (U51.0-, U51.1-, U51.2-).

È stato dimostrato che molto spesso vengono codificate diagnosi aspecifiche (ca. 70%).

Ulteriori rilevamenti (indice di Barthel, FIM cognitivo, MMSE) per la descrizione della limitazione funzionale cognitiva vengono codificati solo nel 22% dei casi con diagnosi di demenza o delirio. Le differenze di costi per i casi con demenza o delirio come diagnosi secondaria sono state piuttosto minime entro i DRG, sia in senso negativo che positivo.

Le diagnosi secondarie demenza e delirio o la gravità della limitazione funzionale cognitiva non sono state finora un separatore di costi appropriato. Solo nel DRG di base V02 "Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli" della MDC 20 "Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe" completamente revisionata queste diagnosi si sono dimostrate criteri di split appropriati per la rivalutazione di questi casi nel DRG V02A.

Per quanto riguarda la matrice CCL è stato possibile aggiungere i seguenti codici per la demenza e altri codici supplementari:

F02.8 "Demenza in altre malattie specificate classificate altrove"

U51.20 "Grave limitazione funzionale cognitiva: indice di Barthel allargato: 0-15 punti"

U51.20 "Grave limitazione funzionale cognitiva: FIM cognitiva: 5-10 punti"

U51.22 "Grave limitazione funzionale cognitiva: MMSE: 0-16 punti"

È stata effettuata una rivalutazione dei codici nella matrice CCL:

F11.4-F19.4 "Tossicodipendenze con delirio"

F11.6-F19.6 "Tossicodipendenze con sindrome amnesica"

È stata cancellata la diagnosi F05.9 "Delirio non specificato".

In aggiunta sono stati verificati casi con demenza e delirio come diagnosi principali. È stato quindi possibile realizzare una differenziazione entro il DRG di base B64 "Delirio" per degenze brevi in IMC / terapia intensiva con un basso numero di punti risorse.

Valutazione:

nella versione SwissDRG 8.0 vengono rappresentati adeguatamente i casi con diagnosi di demenza o delirio (diagnosi principale e secondaria).