

30.03.2021

Riassunto dei principali sviluppi della versione 11.0

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

Inoltre, l'attenzione è rimasta ancora concentrata sul perfezionamento nel campo della pediatria.

Il trattamento complesso di medicina palliativa è stato nuovamente sottoposto a verifica intensiva per quanto riguarda la classificazione esistente nella struttura tariffaria SwissDRG.

Software di sviluppo

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

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

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

Perfezionamento della matrice CCL

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

- Variazione della ponderazione delle diagnosi secondarie ($\alpha = 0,3$):

in tal modo possono essere meglio definiti in particolare i casi con molte diagnosi secondarie rilevanti (con CCL > 0). Ad esempio, l'ottava diagnosi secondaria con valore

CC è ora ponderata con il 12%, mentre nella V10.0 aveva ricevuto un peso del 6% con un α di 0,4.

- **Modifica della scala PCCL:**

la formula PCCL contiene ora uno spostamento che provoca un declassamento generale dell'intervallo di valori PCCL precedente. Inoltre, l'intervallo di valori PCCL viene ampliato dei valori 5 e 6. Ciò crea nuove possibilità di sviluppo nella differenziazione per i casi più complessi nel settore PCCL superiore.

- **Proseguimento lineare della formula PCCL:**

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

Le dipendenze tra i quattro principali strumenti CC (formula PCCL, matrice CCL, esclusioni e split PCCL nel Grouper) sono molto elevate. A seguito dello sviluppo della formula PCCL è stato necessario verificare gli split PCCL esistenti (principalmente a causa della traslazione della formula PCCL). Nella versione V11.0 è stato già possibile realizzare anche split PCCL, compresi split con limiti 5 e 6. È stato svolto un ampio lavoro sulla matrice CCL e sulle esclusioni, e questo lavoro proseguirà nello sviluppo della versione 12.0. Le pietre miliari di questi ulteriori sviluppi sono state poste nella presente versione 11.0.

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

Medicina intensiva

Analisi approfondite hanno mostrato deficit di rappresentazione per pochissimi casi con una degenza a lungo termine in UCI o IMCU per neonati. Una rivalutazione mirata di questa costellazione di casi al di fuori della MDC 15 ha migliorato notevolmente la qualità della rappresentazione. D'altra parte, i casi con una degenza breve in UCI o IMCU per bambini e neonati con meno di 197 punti risorse mostrano una copertura deficitaria. Problematica in questa costellazione è la soglia di ingresso dei corrispondenti codici CHOP per bambini e neonati da 1 a 196 punti risorse per la rappresentazione della terapia intensiva complessa e del trattamento complesso IMC. Al fine di poter migliorare significativamente la qualità della rappresentazione di questi casi, è opportuna una differenziazione più fine di questa soglia di ingresso similmente a quanto avviene con i codici per gli adulti.

Per ulteriori informazioni si veda la sezione «Rappresentazione di campi di prestazioni speciali», capitoli «Pediatria e neonatologia» e «Medicina intensiva in UCI / IMCU».

Paraplegiologia

Mentre i casi con una prima assistenza dopo lesioni del midollo spinale sono adeguatamente rappresentati nella struttura tariffaria SwissDRG, l'attuale sviluppo si è concentrato sulla rappresentazione dei casi paraplegiologici in combinazione con un trattamento paraplegiologico complesso. Questo campo di prestazioni è definito dal codice CHOP 93.87.* (Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici [CHOP], Indice sistematico – Versione 2019). Questi codici si differenziano primariamente in base al numero di giorni di trattamento, il che consente di avere nel sistema una rappresentazione adeguata alle risorse impiegate.

La sfida della rappresentazione di casi con un trattamento paraplegiologico complesso consiste nella marcata eterogeneità di questo insieme di casi. A seconda dell'altezza e dell'entità

della lesione del midollo spinale, si verifica una perdita di funzionalità fino a una completa incapacità di movimento di arti superiori e muscolatura respiratoria ausiliaria, muscolatura del tronco e degli arti inferiori, nonché una perdita delle funzioni vegetative. In primo luogo sono interessati i casi con paraplegia acuta che, dopo la prima fase acuta successiva all'evento, sono sottoposti a una prima riabilitazione, che in genere comporta un grande assorbimento di risorse e una lunga durata. Spesso, questa riabilitazione si svolge in alternanza con misure di medicina acuta (per es. plastiche con lembo, impianto di neurostimolatori, trattamenti di infezioni) che rendono estremamente difficoltoso distinguere tra caso acuto e caso di riabilitazione.

In secondo luogo, una paraplegia richiede ricoveri ospedalieri ripetuti anche dopo la prima fase. Pertanto, interventi chirurgici ortopedici, interventi o trattamenti dovuti a ulcere da decubito o anche affezioni acute possono comportare nuove degenze ospedaliere con successiva riabilitazione. Ciò che questi casi hanno in comune è il fatto che la paraplegia e le sue comorbidità, indipendentemente da eventuali interventi, comportano un aumento delle cure infermieristiche. Inoltre, i pazienti paraplegici devono essere spesso sottoposti di nuovo a un trattamento riabilitativo con un approccio interdisciplinare (fisioterapia, ergoterapia, terapia fisica, assistenza psicologica, logopedia, lavoro sociale ecc.), affinché possano recuperare la massima autonomia individuale e qualità di vita.

Le risorse consumate variano notevolmente da caso a caso, in particolare nel contesto delle cure e delle necessarie misure di riabilitazione.

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

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

Rappresentazione di campi di prestazioni speciali nella versione SwissDRG 11.0 / 2022

La struttura tariffaria SwissDRG nella versione 11.0 contiene sviluppi rilevanti dal punto di vista medico per nuove prestazioni, differenziazioni di prestazioni e altre remunerazioni supplementari.

In generale, i casi dei campi speciali sotto menzionati in ospedali e cliniche di degenza acuta sono ben rappresentati mediante la versione 11.0 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 a SwissDRG SA.

Rappresentazione attuale:

come descritto in precedenza, in varie analisi è stato riscontrato che casi con grande assorbimento di risorse con un numero molto elevato di punti risorse di terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC non sono adeguatamente rappresentati nella MDC 15. A causa del loro basso numero, questi casi non possono essere rivalutati all'interno della MDC 15. Poiché per quanto riguarda la durata di degenza e il consumo di risorse i casi sono paragonabili a quelli del DRG di base A06 «*Respirazione assistita > 1499 ore o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 5880/5520 punti risorse...*», i casi con più di 9800 punti risorse di terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC sono ora assegnati a questo DRG di base.

È stata di nuovo verificata l'utilità di includere l'età gestazionale nel processo di assegnazione a un DRG. Di conseguenza, è stata creata la condizione di split «*età gestazionale < 35 settimane*» nel DRG P66B «*Neonato, peso all'ammissione 2000 - 2499 g o peso all'ammissione > 2499 g con costellazioni specifiche, con respirazione assistita > 24 ore e < 96 ore o con problema grave, o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196 punti risorse*».

Nel contesto di verifiche di singoli casi sono stati osservati casi specifici con un elevato consumo di risorse in bambini di età inferiore a 1 anno. Alcuni di questi bambini sono stati trattati per malformazioni o disfunzioni d'organo.

Poiché i bambini di età superiore a 27 giorni e inferiore a 366 giorni con un peso all'ammissione pari o superiore a 2500 g non sono più assegnati alla MDC 15, è stato verificato se la qualità della rappresentazione di questi casi possa essere migliorata tenendo conto dell'età gestazionale. È stato verificato, mediante simulazione, se sia possibile aumentare la validità del sistema raggruppando i casi in funzione dell'età gestazionale nella MDC 15 o nelle MDC specifiche per organo. Tuttavia, a causa dell'eterogeneità di questi casi, non è stato possibile ottenere alcun miglioramento della rappresentazione sulla base dei dati attuali.

Per ulteriori informazioni si veda la sezione «Sviluppi principali» e «Rappresentazione di campi di prestazioni speciali», capitolo «Medicina intensiva in UCI / IMCU».

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 11.0 della struttura tariffaria SwissDRG possono essere rappresentati adeguatamente i casi del campo specialistico pediatria e neonatologia.

2. Cure palliative

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:

oltre agli ospedali acuti con casi palliativi e ai reparti di medicina palliativa, hanno trasmesso i dati due ospizi con status ospedaliero su cinque.

Rappresentazione attuale:

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

La cancellazione del DRG A97 di base nella pre-MDC e un'assegnazione dipendente dalla diagnosi principale di questi casi alle rispettive MDC non ha prodotto alcun risultato positivo considerando l'intero sistema.

Inoltre, è stato verificato approfonditamente se sia possibile ottenere una migliore rappresentazione dei casi mediante differenziazione dei casi di medicina palliativa sulla base della caratteristica «procedura chirurgica» o «trattamento medico» in due diversi DRG di base e con corrispondenti criteri di split. Anche in questo caso le analisi hanno evidenziato una riduzione della qualità della rappresentazione per l'intero sistema.

All'interno del DRG di base A97 esistente è stato infine possibile identificare singole costellazioni di casi che mostravano deficit di rappresentazione. I casi da «28 e più giorni di trattamento» in combinazione con un «PCCL > 3» o un «trattamento infermieristico complesso da 51 punti risorse» sono stati rivalutati nel DRG A97B.

D'altra parte, i casi con «trattamento infermieristico complesso da 51 punti risorse» o con un trattamento complesso di medicina palliativa da «28 e più giorni di trattamento» e «procedure OR complesse» hanno un consumo di risorse più elevato e sono stati rivalutati nel DRG A97A. Inoltre, i casi con un trattamento complesso di medicina palliativa da 28 giorni di trattamento del DRG A97D hanno potuto essere rivalutati nel DRG A97C.

Valutazione:

nella versione 11.0 della struttura tariffaria SwissDRG, la rappresentazione dei casi con trattamento complesso di medicina palliativa o medicina palliativa specializzata rispecchia adeguatamente 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:

SwissDRG SA ha ricevuto di nuovo dati relativi a casi con un trattamento paraplegiologico complesso dai campi di applicazione medicina somatica acuta e ST Reha. Sono proseguite le analisi avviate sui dati del 2018 per rappresentare questi casi.

Rappresentazione attuale:

i casi con malattie e traumatismi del midollo spinale senza un trattamento paraplegiologico complesso sono rappresentati senza variazioni rispetto alla precedente versione 10.0. Per i casi con un trattamento paraplegiologico complesso è stato possibile creare ora una rappresentazione differenziata sia in associazione a trattamenti di medicina somatica acuta sia senza ulteriori misure di medicina somatica acuta.

Per ulteriori dettagli si veda la sezione «Sviluppi principali».

Valutazione:

con la versione 11.0 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:

oltre ai dati provenienti dagli ospedali acuti, anche le cliniche di riabilitazione hanno trasmesso i dati dei casi per lo sviluppo del sistema. Questo ha consentito di riscontrare, in alcune cliniche di riabilitazione, problemi di demarcazione sia in termini di costi che di prestazioni.

Rappresentazione attuale:

nell'ambito della verifica dei casi deficitari sono state identificate costellazioni di casi con riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica da 21 giorni all'interno del DRG B90A «Malattie e disturbi del sistema nervoso con trattamento complesso IMC...». È stato condotto uno split del DRG B90A con rivalutazione dei casi nel DRG di nuova creazione B90A «*Malattie e disturbi del sistema nervoso con riabilitazione neurologica precoce da 21 giorni di trattamento*».

Valutazione:

con la versione 11.0 della struttura tariffaria SwissDRG sono rappresentati adeguatamente i casi del campo di prestazioni dei trattamenti complessi di riabilitazione precoce.

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:

analisi approfondite hanno mostrato remunerazioni deficitarie per i casi con degenza prolungata in una UCI nella pre-MDC. Miglioramenti mirati di queste costellazioni di casi con terapia intensiva complessa > 1470/1656 punti risorse nel DRG di base A11 «*Respirazione assistita > 249 ore, o respirazione assistita > 95 ore o terapia intensiva complessa > 196/552 punti risorse con costellazioni specifiche,...* o *terapia intensiva complessa > 1470/1656 punti risorse*» senza ulteriori condizioni hanno migliorato notevolmente la qualità della rappresentazione. Ulteriori verifiche hanno fatto emergere deficit di rappresentazione per i casi con una degenza breve in UCI o IMCU. Pertanto, questi casi sono stati rivalutati nei DRG elencati di seguito.

- Split del DRG E33Z con «*Terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC > 184 punti risorse*»
- Split del DRG di base F86 nel DRG F86A con la condizione «*Terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse*»
- Creazione del nuovo DRG di base H37 «*Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*»

- Rivalutazione dei casi con un intervento in caso di *«Infezione/infiammazione di ossa e articolazioni»* nonché degenza breve in unità di cure intensive/Intermediate Care nel DRG I12A
- Split del DRG I87Z con la condizione *«durata della respirazione assistita > 24 ore o PCCL > 3 o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC, bambini > 196 punti risorse»*
- Rivalutazione delle procedure chirurgiche in associazione a una degenza breve in UCI o IMCU nel DRG J33Z di nuova creazione *«Procedura OR complessa in più tempi o procedura chirurgica con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/360 punti risorse»*
- Rivalutazione dei casi con una degenza breve in UCI/IMCU nel DRG R01A *«Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide e più di un giorno di degenza con procedura complessa o complicante e CC estremamente gravi, o intervento specifico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 119 punti risorse»*

Valutazione:

dal punto di vista di SwissDRG SA, con la versione 11.0 della struttura tariffaria SwissDRG i casi del campo specialistico medicina intensiva (UCI e IMCU) sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

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:

con l'ulteriore sviluppo della matrice CCL e, quindi, con la possibilità di creare split PCCL > 4 per la rappresentazione differenziata di casi altamente complessi è stata raggiunta una maggiore validità del sistema anche nel campo di prestazioni «trapianti». I casi con comorbidità gravissime sono stati rivalutati nei seguenti DRG:

- A04A *«Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, allogeneico, età < 18 anni o con trattamento complesso per agenti patogeni multiresistenti da 14 giorni di trattamento o terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o con CC gravissime»*
- A15A *«Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, autologo, età < 18 anni o con terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o intervento multiplo o con CC gravissime»*
- A17A *«Trapianto di rene con insufficienza postoperatoria dell'organo trapiantato o età < 18 anni o trapianto AB0-incompatibile o con CC gravissime»*

Inoltre, i casi con trapianto di cuore dopo precedente impianto di VAD (*ventricular assist device*) sono stati rivalutati nel DRG A05A *«Trapianto di cuore o di polmone... »* in combinazione con ore di respirazione assistita o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse.

Inoltre, sono stati sottoposti a verifica casi con una valutazione positiva per l'inclusione nella lista d'attesa per il trapianto. Nella verifica è stato riscontrato che i casi con valutazione completa e rivalutazione per il trapianto di cuore e di polmone sono adeguatamente rappresentati. Sono state create migliori possibilità di rappresentazione per i casi con valutazione per l'inclusione nella lista d'attesa per il trapianto di fegato, rivalutazione nel DRG H61A e nel DRG

di base H63, per i trapianti di pancreas, valutazione completa nel DRG K60A, e per i trapianti di cuore, valutazione completa e rivalutazione nei DRG F49B e F69B.

Valutazione:

i trapianti di organi solidi e di cellule staminali ematopoietiche vengono rappresentati appropriatamente nella versione 11.0 SwissDRG.