



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 15.0 rispetto alla versione 14.0

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

Indice

1	Raccolta dati.....	4
1.1	Adeguamento della codifica medica.....	4
1.2	Registrazione di medicinali e sostanze costose	4
1.3	Rilevazione dettagliata.....	4
1.4	Rilevazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)	5
2	Elaborazione dei dati	6
2.1	File dei costi per caso.....	6
2.2	Correzione in base alle componenti di costo.....	6
2.3	Controllo di plausibilità dei casi	6
2.4	Qualità dei dati della rilevazione dettagliata	6
3	Sviluppo del Grouper	8
3.1	Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 15.0.....	8
3.1.1	Terapia intensiva	8
3.1.2	Pediatria	10
3.1.3	Rappresentazione di casi impegnativi.....	12
3.1.4	Medicina palliativa	13
3.1.5	Paraplegiologia	14
3.1.6	Matrice CC.....	15
3.2	Ulteriore revisione della classificazione DRG.....	16
3.2.1	Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC	16
3.2.2	Altre ristrutturazioni inter-MDC.....	17
3.2.3	MDC 01 Malattie e disturbi del sistema nervoso	21
3.2.4	MDC 02 Malattie e disturbi dell'occhio.....	25
3.2.5	MDC 03 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola.....	25
3.2.6	MDC 04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio.....	26
3.2.7	MDC 05 Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare.....	28
3.2.8	MDC 06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	33
3.2.9	MDC 07 Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas	34
3.2.10	MDC 08 Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo.....	35
3.2.11	MDC 09 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella.....	37
3.2.12	MDC 10 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	38
3.2.13	MDC 11 Malattie e disturbi dell'apparato urinario	38
3.2.14	MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile.....	39
3.2.15	MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio	39
3.2.16	MDC 15 Neonati	40
3.2.17	MDC 16 Malattie del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	41
3.2.18	MDC 17 Neoplasie ematologiche e solide.....	41
3.2.19	MDC 18 Malattie infettive e parassitarie	41
3.2.20	MDC 19 Malattie e disturbi psichici	42
3.2.21	MDC 20 Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe.....	42
3.2.22	MDC 23 Fattori che influenzano lo stato di salute e altro ricorso a servizi sanitari.....	42
3.2.23	Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi.....	42
3.2.24	Rimunerazioni supplementari – modifiche	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 per lo 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 15.0 (dati del 2023) rispetto alla versione 14.0 (dati del 2022) 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 15.0 SwissDRG. Le informazioni dettagliate sui diversi punti possono essere consultate nei rispettivi documenti.

1 Raccolta dati

La raccolta dati e la relativa documentazione sono state adattate nei seguenti aspetti:

- Adeguamento agli strumenti di codifica validi nel 2023

Perfezionamento continuo della rilevazione dettagliata dei costi per medicinali con costi elevati, impianti, procedimenti, emoderivati e altre procedure. Ulteriori informazioni sulla raccolta dati sono disponibili nel documento «*Documentazione SwissDRG per la rilevazione 2024*».

1.1 Adeguamento della codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2023) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD10 GM 2022
- CHOP 2023

1.2 Registrazione di medicinali e sostanze costosi

L'elenco dei medicinali e delle sostanze che possono essere registrati nelle statistiche mediche per quanto riguarda i dati del 2023 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. Per il settore stazionario acuto è stata aggiunta la scheda di registro terapia radiorecettoriale. Il foglio di lavoro SIRT/profilazione tumorale è stato rinominato profilazione tumorale perché le informazioni sulla SIRT non sono più necessarie.

Le remunerazioni supplementari sono state perfezionate sulla base dei dati di costo del 2023. Inoltre, i dati di prezzo dei medicinali sono stati plausibilizzati, tra l'altro, con l'ausilio degli elenchi delle specialità (ES) del 2024 e del 2025.

In occasione della fornitura dei dati del 2023 si è potuto constatare che il numero di ospedali che hanno messo a disposizione di SwissDRG SA informazioni dettagliate su procedure e impianti costosi è leggermente aumentato rispetto al 2022. Per garantire un ulteriore sviluppo delle remunerazioni supplementari basato sui dati, SwissDRG SA necessita urgentemente di queste informazioni ed è grata che l'appello lanciato l'anno scorso agli ospedali sia stato ascoltato.

1.4 Rilevazione dei costi di utilizzazione delle immobilizzazioni (CUI)

Nel corso delle procedure di approvazione delle precedenti versioni della struttura tariffaria, SwissDRG SA è stata informata che i CUI devono essere valutati in conformità con la OCPre. Nell'ambito della rilevazione dei dati 2024, SwissDRG SA, in collaborazione con H+, ha effettuato 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 dei dati. I potenziali effetti della futura rilevazione dei dati dei CUI secondo la OCPre sono stati discussi nel gruppo di specialisti REKOLE e nel Consiglio di amministrazione di SwissDRG SA. Per poter attuare il progetto è stata infine presentata una domanda alla commissione di specialisti SpiGes con la proposta di raccogliere i CUI nell'ambito SpiGes secondo la OCPre a partire dall'anno di dati 2027. La proposta è stata discussa il 13 maggio 2025 e approvata senza voti contrari. È quindi possibile rispondere alla richiesta dell'UFSP e garantire una valutazione dei CUI secondo la OCPre a partire dall'anno di dati 2027.

2 Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto nel documento Direttive per i dati 2023. 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 2023 analogamente all'anno precedente, nel formato con 80 colonne (vedere Documentazione SwissDRG per la rilevazione 2024).

2.2 Correzione in base alle componenti di costo

Analogamente alla versione precedente, i costi nella versione 15.0 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 l'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. dose 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 correggono 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 2023, 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 39'500 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 1 caso di questo ospedale, per tenere conto di questo importo nel calcolo. SwissDRG SA controlla 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 sempre assegnati in modo univoco ai codici CHOP. Si noti inoltre che alcune prestazioni sono offerte solo da pochissimi ospedali. Per le procedure è necessario un calcolo dei costi complesso in ospedale. L'esecuzione di tale calcolo 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 14.0).

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 15.0

3.1.1 Terapia intensiva

Nel corso dell'ulteriore sviluppo della versione 14.0, sono state effettuate analisi approfondite sui punti risorse per i neonati e i bambini con degenza in un'unità di terapia intensiva e/o Intermediate-Care Station. I dati dell'anno 2022 hanno permesso di registrare per la prima volta i punti risorse differenziati bassi «TIC/TCIMC neonati/bambini < 196 punti risorse» per neonati e bambini e di verificarne la rilevanza per il raggruppamento.

Come continuazione di queste simulazioni, i dati del 2023 hanno permesso di procedere a un ulteriore esame dettagliato dei casi con degenza breve in UCI/IMCU. Di conseguenza, è stata ottenuta una migliore rappresentazione di questi casi di trattamento in moltissimi DRG in più di 20 MDC.

Medicina intensiva in UCI/IMCU

In seguito alle analisi già effettuate lo scorso anno per i neonati e i bambini, i codici CHOP 99.B7.52/99.B7.42 «Terapia intensiva complessa in età neonatale/in età infantile (procedura di base), da 66 a 130 punti risorse», 99.B7.53/99.B7.43 «Terapia intensiva complessa in età neonatale/in età infantile (procedura di base), da 131 a 196 punti risorse» così come 99.B8.52/99.B8.42 «Trattamento complesso IMC in età neonatale/in età infantile, da 66 a 130 punti risorse» e 99.B8.53/99.B8.43 «Trattamento complesso IMC in età neonatale/in età infantile, da 131 a 196 punti risorse» sono stati oggetto di un esame approfondito. Di conseguenza, è stato possibile adattare o aggiungere punti risorse per neonati e bambini nei seguenti MDC/DRG:

- Pre-MDC: DRG A94B → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 01:
 - DRG B09A → «TIC/TCIMC > 65/130 punti risorse»
 - DRG B70H, B80A, B81B e B86A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG B09B → «TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG B20A, B20C e DRG di base B87 → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG B76C e B87A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG B36C → «TIC > 196 punti risorse»
- MDC 03: DRG di base D87 → «TIC/TCIMC > 65/130 punti risorse»
- MDC 04:
 - DRG di base E36 → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG di base E90 → «TIC > 130 punti risorse con TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 05:
 - DRG di base F36 e F37 → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG F86A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG F36B → «TIC > 588 punti risorse»
- MDC 06:
 - DRG G22A e G86B → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG G09A e DRG di base G87 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG G13A, DRG di base G38 e G87A → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG G03A → «TIC > 196 punti risorse»
 - DRG G38A e G38B → «TCIMC > 196 punti risorse»

- MDC 07:
 - DRG H07B e H87Z → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG di base H37 → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 08:
 - DRG I08A e I29A → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG I09B → «TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG I95A, I10A, I13A e I31A → «TIC/TCIMC > 196 punti risorse»
 - DRG I43A e I46A → «TIC > 196 punti risorse»
 - DRG I08B, I43B e I46B → «TCIMC > 196 punti risorse»
- MDC 09: DRG di base J33 → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 10:
 - DRG K06A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG di base K87 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG di base K37 → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 11: DRG di base L37 → «TIC/TCIMC > 130/196 punti risorse»
- MDC 12: DRG di base M38 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 13:
 - DRG N02A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse.»
 - DRG N01B e N04A → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 14: DRG O02A → «TIC > 65 punti risorse»
- MDC 16:
 - DRG di base Q37 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG Q37A → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 17: DRG R01A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 18B: DRG di base T60, T60A e T60F → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 21A: DRG W60B → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 21B: DRG di base X37 e DRG X37A e X86A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 22: DRG di base Y02 e DRG Y02A → «TIC > 130 punti risorse»
- MDC 23: DRG Z86A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»

Allo stesso tempo, anche i punti risorse per TIC/TCIMC per adulti sono stati oggetto di un altro esame approfondito e sono stati adattati con i dati del 2023:

- Pre-MDC: DRG A95D → «TIC/TCIMC > 119/184 punti risorse»
- MDC 01: DRG B70H, B77A, B78A, B80A e B86A → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»
- MDC 04:
 - DRG E02A → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG E87A → «TIC/TCIMC > 184 punti risorse»
- MDC 05:
 - DRG F36B → «TIC > 1104 punti risorse»
 - DRG F41A, F59E, F66A, F67A e F70A → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG F49E e F62C → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»
- MDC 06:
 - DRG G03A, G13A e DRG di base G38 → «TIC > 184 punti risorse»
 - DRG G38A e G38B → «TCIMC > 184 punti risorse»
 - DRG G22A → «TIC > 119 punti risorse»
 - DRG G46B e G86B → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»

- MDC 07:
 - DRG H07A e H41A → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG H07B → «TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 08:
 - DRG I95A, I10A, I13A e I31A → «TIC/TCIMC > 184 punti risorse»
 - DRG I08A, I43A, I46A e I29B → «TIC > 184 punti risorse»
 - DRG I08B, I43B e I46B → «TCIMC > 184 punti risorse»
 - DRG I10B → «TIC > 119 punti risorse»
- MDC 10: DRG K06A → «TIC > 119 punti risorse»
- MDC 11: DRG L18B → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 13: DRG N02A → «TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 14: DRG O02A → «TIC > 59 punti risorse»
- MDC 19: DRG U60A → «TIC > 59 punti risorse»
- MDC 20: DRG V02A → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 21B: DRG X86A → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 21B: DRG X86B → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»

3.1.2 Pediatria

La rappresentazione della medicina pediatrica viene rivista sistematicamente ogni anno e modificata ove necessario. In molti gruppi di casi all'interno di 13 MDC è stato creato un nuovo split pediatrico o uno split esistente è stato rivisto. Ove possibile, il limite di età per gli split pediatrici è stato fissato a «Età < 16 anni» per garantire una delimitazione uniforme tra adulti e bambini.

Pediatria e neonatologia

Nell'ambito degli esami, è emersa la necessità di un adattamento anche nella pre-MDC. Lì sono presenti due spostamenti verso la MDC 15 «Neonati». In entrambe le logiche, i casi con «*Terapie intensive complesse/TCIMC neonati/bambini > 9800 punti risorse*» erano finora esclusi dagli spostamenti ed erano raggruppati all'interno della pre-MDC nel DRG A06A. Altri casi con trattamenti complessi di terapia intensiva superiori a 4410 punti risorse o TCIMC superiori a 4900 punti risorse per neonati/bambini fino a 9800 punti sono stati finora rappresentati nel DRG P37Z.

Tuttavia, le analisi dei dati 2023 hanno dimostrato che alcuni casi altamente complessi non possono essere rappresentati adeguatamente nel DRG P37Z. Per questa ragione, nella versione 15.0 il numero di punti risorse è stato adattato per lo spostamento. Anche i casi con «*Terapie intensive complesse/TCIMC neonati/bambini > 7840 punti risorse*» e con «*Terapie intensive complesse neonati/bambini > 5880 punti risorse con procedura OR complessa*» sono ora esclusi dallo spostamento. Questi casi sono ora raggruppati all'interno della pre-MDC nel DRG di base A06 «*Terapia intensiva complessa > 2352/2484 punti risorse...*» e vi sono rappresentati in modo appropriato. Inoltre, con queste analisi dei dati del 2023, è stato possibile stabilire nuovi split e rivedere i limiti di età esistenti:

- Pre-MDC: DRG A90B → «Età < 16 anni»
- MDC 01: DRG B03A, B70B, B71A e B78A → «Età < 16 anni»
- MDC 03: DRG D62B → «Età < 16 anni»
- MDC 04: DRG E71B e E87A → «Età < 16 anni»
- MDC 05: DRG F12B, F24B, F62C, F67A e F70A → «Età < 16 anni»
- MDC 06: DRG G09F e G21A → «Età < 16 anni»
- MDC 07: DRG H86Z → «Età < 18 anni»
- MDC 08: DRG I09C e I09D → «Età < 16 anni»
- MDC 09: DRG J10A → «Età < 16 anni»

- MDC 11: DRG L60A → «Età < 16 anni»
- MDC 13: DRG N25Z → «Età < 18 anni»
- MDC 16: DRG Q61B → «Età < 16 anni»
- MDC 17: DRG R60C → «Età < 16 anni»

Malformazioni congenite o deformazioni

I casi con malformazioni congenite, ad esempio nell'area delle ossa facciali, sono raggruppati in MDC specifiche in base alla diagnosi principale. Poiché queste diagnosi sono spesso associate a interventi chirurgici, è stata verificata l'assegnazione alle MDC. Per promuovere l'omogeneità medica, le malformazioni o le deformità congenite sono state spostate nelle tabelle delle diagnosi principali delle MDC per organi corrispondenti. Lì sono rappresentate in modo appropriato, anche in combinazione con le procedure associate. I seguenti codici ICD sono ora inclusi nelle rispettive MDC:

- MDC 01:
 - Q67.2 «Dolicocefalia»
 - Q67.3 «Plagiocefalia»
 - Q75.0 «Craniosinostosi»
 - Q75.1 «Disostosi craniofacciale»
 - Q75.2 «Ipertelorismo»
 - Q75.3 «Macrocefalia»
 - Q75.8 «Altre malformazioni congenite specificate del cranio e di ossa del viso»
 - Q75.9 «Malformazione congenita del cranio e di ossa del viso non specificata»
- MDC 03:
 - Q75.4 «Disostosi mandibolofacciale»
 - Q75.5 «Disostosi oculo-mandibolo-facciale»
 - Q87.0 «Sindromi malformative congenite che alterano soprattutto l'aspetto facciale»
- MDC 04: Q67.8 «Altre deformazioni congenite del torace»
- MDC 05: Q87.4 «Sindrome di Marfan»
- MDC 08:
 - Q87.2 «Sindromi malformative congenite che interessano soprattutto gli arti»
 - Q87.5 «Altre sindromi malformative congenite con altre alterazioni scheletriche»

Inoltre, è stata effettuata una rivalutazione delle malformazioni/deformazioni della testa nel DRG B09C «Altri interventi sul cranio per neoplasie maligne del sistema nervoso o malformazioni congenite o procedura specifica o CC gravi».

Anomalie cromosomiche

I dati del 2023 hanno dimostrato che i bambini con anomalie cromosomiche sono sottorimunerati. I casi, ad esempio con sindrome di Down, sono più impegnativi nella pratica quotidiana in clinica e hanno anche una durata di degenza più lunga. Le analisi hanno mostrato che, oltre ai bambini, anche gli adulti hanno spesso un consumo di risorse più elevato nei DRG di base D30 «Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola...», E70 «Pertosse e bronchite acuta» ed E86 «Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio, un giorno di degenza» a causa di malattie secondarie o complicazioni di queste anomalie cromosomiche.

- Alcune anomalie cromosomiche sono state quindi incluse nelle condizioni di split per i DRG D30A, E70B e E86B con i seguenti gruppi di codici ICD:
 - Q90.- «Sindrome di Down»
 - Q91.- «Sindrome di Edwards e Sindrome di Patau»
 - Q92.- «Altre trisomie e...»
 - Q93.- «Monosomie e delezioni a carico di autosomi,...»

3.1.3 Rappresentazione di casi impegnativi

Terapia cellulare CAR-T

I casi con terapia cellulare CAR-T o TILs hanno presentato una notevole eterogeneità in termini di costi e durata della degenza. Queste differenze sono dovute, tra l'altro, al fatto che la terapia di linfodeplezione è stata effettuata in regime di ricovero per alcuni pazienti e ambulatorialmente per altri. Da ciò derivano informazioni diverse nei dati.

- Le difficoltà riscontrate nel calcolo dei costi della terapia cellulare TILs sono state parzialmente risolte grazie a numerose domande di chiarimento presso gli utenti. Di conseguenza, è stata stabilita una remunerazione supplementare per la terapia cellulare TILs.
- I casi con terapia cellulare CAR-T/TILs in combinazione con una chemioterapia durante la stessa degenza presentano costi per caso e tempi di degenza particolarmente elevati.
- Il DRG A15A «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali,...*» è stato rivisto di conseguenza.
- I casi con una terapia cellulare CAR-T/TILs in associazione con una «*Chemioterapia di complessità da moderata a elevata o isolamento protettivo in stanza speciale da 28 giorni di trattamento*» sono raggruppati nel DRG A15A.

Trapianto di cellule staminali ematopoietiche

Ci è stato chiesto di verificare la rappresentazione dei casi nel DRG di base A04 «*Trapianto di midollo osseo o trasfusione di cellule staminali, allogeneico*». Raggruppando solo i casi con «*Età < 16 anni*» nel DRG A04A, i casi con età > 15 anni sono, secondo un richiedente, sottorimunerati.

- Le analisi hanno evidenziato casi con rigetto del trapianto e un elevato consumo di risorse nei DRG A04B e A04C.
- Il criterio di split per il DRG A04A è stato ampliato a «*PCCL > 5 e Graft-versus-host-disease*».
- È stata rivista la logica dei casi con una «*Graft-versus-host-disease*», precedentemente spostati dalla pre-MDC alla MDC 17 «*Neoplasie ematologiche e solide*».
- Per la versione 15.0, i casi che presentano «*Insufficienza e rigetto di un trapianto di cellule ematopoietiche, allogeneico*» sono ora esclusi dallo spostamento.
- Di conseguenza, e in base alla nuova logica del DRG A04A, i casi sono stati rivalutati dal DRG A04C al A04B o A04A.

Trapianti

Le analisi generali hanno evidenziato che l'insieme di casi nel DRG A05A «*Trapianto di cuore o di polmone o separazione di gemelli siamesi con terapia intensiva complessa > 1176/1380 punti risorse o età < 18 anni...*» era troppo basso per il calcolo, ma che i costi di questi pochi casi erano significativamente più alti che nel DRG A05B.

- I DRG A05A e A05B sono stati condensati nel DRG A05Z «*Trapianto di cuore o di polmone o separazione di gemelli siamesi, età > 17 anni*».
- La logica del DRG A05A è stata inclusa nel DRG di base A07 «*Terapia intensiva complessa > 1470/2208 punti risorse... o trapianto di cuore o di polmone o separazione di gemelli siamesi con costellazioni specifiche*».
- All'interno del DRG di base A07, i casi sono distribuiti in modo appropriato in base al numero di punti risorse per la terapia intensiva complessa e altre costellazioni impegnative.

È stato dimostrato che le condizioni di split «*Terapia intensiva complessa > 360 punti risorse o con rigetto del trapianto o con altro trapianto d'organo specifico o dialisi o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse per trattamento complesso IMC o età < 16 anni*» per il DRG A01A non sono più una caratteristica in grado di separare i costi.

- Per questo motivo, i DRG A01A e A01B sono stati condensati nel DRG A01Z «*Trapianto di cellule epatiche o di Langerhans*».

Inoltre, si è riscontrato che il criterio di split nel DRG A17A «*Trapianto di reni...*» non rappresentava più un elevato consumo di risorse.

- I DRG A17A e A17B sono stati condensati nel DRG A17Z «*Trapianto di reni*».

Terapia a pressione negativa complessa

All'interno del DRG di base A90 «*Trattamento complesso IMC > 392/552 punti risorse, o terapia intensiva complessa specifica con punti risorse per trattamento complesso IMC o riabilitazione precoce da 7 giorni di trattamento, per malattie specifiche*», le analisi hanno evidenziato casi sottorimunerati.

- L'inclusione del criterio di split «*Terapia a pressione negativa complessa [VAC I]*» nel DRG A90B «*Trattamento complesso IMC > 1104 punti risorse o procedura OR complessa o più di 8 sedute di irradiazione o riabilitazione precoce da 14 giorni di trattamento per malattie specifiche o con CC gravissime o terapia a pressione negativa complessa...*» ha permesso di ottenere una maggiore omogeneità dei costi all'interno del DRG di base A90.

Interventi in più tempi

Durante le analisi generali, è stato notato che nel DRG di base A36 «*Terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse per malattie e disturbi specifici*» i casi impegnativi sono sottorimunerati. Un esame più approfondito di questi casi ha rivelato che si trattava perlopiù di casi che prevedevano un intervento in più tempi.

- Questi casi saranno rivalutati in futuro con l'inclusione di un ulteriore criterio di split «*Procedure OR specifiche in quattro tempi*» per il DRG A36A.

3.1.4 Medicina palliativa

In generale, i casi di medicina palliativa sono remunerati adeguatamente tramite la struttura tariffaria SwissDRG. La rappresentazione di questi casi nelle cliniche universitarie, i quali costituiscono circa il 25% di tutti i casi stazionari di medicina palliativa nelle cure somatiche acute, rimane una sfida. I numerosi ulteriori sviluppi del Grouper negli ultimi anni non hanno portato a un effettivo miglioramento della rappresentazione di questo gruppo di casi.

Le analisi approfondite dei casi nel DRG di base A97 «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*», hanno evidenziato l'esistenza di un gruppo di casi sovrarimunerati in diversi DRG. Inoltre, abbiamo ricevuto la richiesta di esaminare la rappresentazione dei casi con un «*Trattamento infermieristico complesso*» all'interno del DRG di base A97.

- I casi con «*Trattamento infermieristico complesso*» sono sufficientemente remunerati con la remunerazione supplementare.
- Tutti i criteri di split con un «*Trattamento infermieristico complesso*» sono stati eliminati dal DRG di base A97.
- Nei dati del 2023, i DRG A97D e A97E presentavano costi e durate di degenza molto simili. Per la versione 15.0, questi due DRG sono stati condensati e il DRG A97F è stato eliminato.
- I casi con un «*Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento*» e con la logica del DRG di base R50 vengono ora spostati direttamente nella MDC 17 «*Neoplasie ematologiche e solide*» e vi sono remunerati in modo appropriato.

Per verificare il miglioramento della remunerazione, sono state effettuate simulazioni con una remunerazione supplementare per i trattamenti complessi specializzati in medicina palliativa. Allo stesso tempo, è stata esaminata la possibilità di eliminare il DRG di base A97 dalla logica del Grouper e di assegnare i casi in base alla diagnosi principale alle MDC per organi.

Tuttavia, questo approccio non si è dimostrato praticabile: la qualità della rappresentazione diminuirebbe con una remunerazione supplementare rispetto all'attuale raggruppamento dei casi nel

DRG di base A97. Ciò significa che i casi con trattamenti complessi di medicina palliativa (CHOP 93.8A.2* o 93.8B.2* da 7 giorni di trattamento) continueranno a rimanere nel DRG di base A97.

A partire dal 2024, anche gli episodi di trattamento breve possono essere registrati secondo CHOP 93.8A.2B «...fino a 3 giorni di trattamento» e 93.8A.2C «...da almeno 4 a 6 giorni di trattamento». Nell'ambito del futuro sviluppo del sistema, sarà possibile verificare in che misura questi casi potrebbero essere meglio rappresentati nella struttura tariffaria.

Inoltre, è stata presentata all'UST una richiesta per il catalogo CHOP 2026 per rappresentare i trattamenti complessi di medicina palliativa oltre i 28 giorni, con incrementi settimanali.

3.1.5 Paraplegiologia

Da diverse versioni, la paraplegiologia è sempre un punto focale nella revisione della nuova struttura tariffaria. Anche la versione 15.0 è stata oggetto di alcuni lavori in seguito a richieste e ad alcune nostre analisi. In una richiesta è stata descritta l'influenza che la spasticità prolungata degli arti superiori può avere nei casi con paraplegia e che gli interventi chirurgici permettono di ottenere un risultato migliore rispetto ad altre misure terapeutiche conservative. La maggior parte dei casi con un codice CHOP per «*Interventi multipli in un solo tempo operatorio...*» 00.9C.- e 00.9E sarebbero sottorimunerati, ed è stato richiesto di esaminare i codici CHOP al fine di rivalutarli.

- I casi con i codici CHOP 00.9C.1- «*Interventi multipli in un solo tempo operatorio sulla mano*» e 00.9E «*Interventi multipli in un solo tempo operatorio su muscoli e tendini*» si sono rivelati più impegnativi e i codici sono stati ora inclusi nel A46D all'interno del DRG A46.

Ciò ha permesso di rappresentare questi casi in modo adeguato. Inoltre, al fine di individuare altri criteri di separazione dei costi, sono state effettuate analisi all'interno del DRG di base A46. In questo contesto, è risultato che alcune misure adottate sul paziente presentano un grande assorbimento di risorse.

- È stato creato un nuovo split del DRG A46D, in modo tale che i casi che soddisfano i seguenti criteri siano raggruppati nel DRG A46C:
 - «*Terapia a pressione negativa*» o
 - «*TIC > 588/828 punti risorse*» o
 - «*Tattamento infermieristico complesso da 226 punti risorse*»

In una richiesta è stata descritta la diagnosi di sindrome della cauda equina. Tale diagnosi è stata oggetto di reclami a causa di un diverso raggruppamento a seconda che il codice fosse codificato come diagnosi principale o secondaria. In questo modo, un caso con G83.4 come diagnosi principale entra nel DRG B03, mentre un caso con G83.4 come diagnosi secondaria, a seconda dell'intervento, entra in un DRG della MDC 08. Sebbene questi casi collettivi rappresentino una risorsa operativa simile a quella di altre lesioni midollari spinali (G82), questi stessi casi con sindrome della cauda equina (G83.4-) sono remunerati in modo inappropriato. Inoltre, con riferimento all'inclusione nel catalogo ICD, è stato segnalato che una diagnosi del gruppo G83.- include la paralisi. Quindi, un'altra diagnosi dal G82 non può essere codificata in aggiunta. È stato richiesto che gli interventi alla colonna vertebrale per o con deficit neurologici siano rappresentati in modo omogeneo per gruppo di casi, come per altre patologie della colonna vertebrale.

- I codici ICD G83.40/G83.41 «*Sindrome della cauda equina completa/incompleta*» sono stati inclusi nel DRG di base B61, dove ora sono rivalutati in modo adeguato.

A seguito di analisi interne, è stata completata una tabella con diagnosi ICD per il campo della paraplegia/tetraplegia.

- I seguenti codici ICD sono stati inclusi nella tabella della paraplegia/tetraplegia cronica e raggruppano così tra gli altri nel DRG B61 (oltre che nel A94B, B71A o J61A):
 - G04.1 «*Mielopatia delle cellule T umane associata a virus linfotropo*»
 - G83.5 «*Sindrome Locked-in*»

- G93.80 «Sindrome apallica»
- P11.51 «Trauma da parto della colonna vertebrale e del midollo spinale: Con paraplegia cronica»
- P91.80 «Sindrome locked-in e sindrome apallica neonatale»

Due domande hanno descritto la situazione delle endoprotesi complesse nei casi paraplegici, in particolare le protesi del ginocchio e dell'anca. Queste sarebbero meglio remunerate in pazienti non paraplegici che in pazienti paraplegici (senza trattamento paraplegiologico complesso) nel DRG B61.

- Le analisi hanno dimostrato che una rivalutazione all'interno del DRG B61 è appropriata.
- I DRG I46A/B «Impianto di protesi dell'anca...» e I43A «Impianto di endoprotesi del ginocchio...» sono stati pertanto inclusi come condizioni di split nel DRG B61C e
- il I95Z «Endoprotesi tumorale...» come condizione di split nel DRG B61B.
- A causa di una struttura dei costi simile e della mancanza di separazione dei costi, i DRG B61E e B61F (split «Procedure specifiche o complicanti») sono stati condensati.

Allo stesso tempo, abbiamo ricevuto due richieste che indicano complicazioni che dovrebbero essere rivalutate nel DRG B61. Da un lato, è stato indicato che i decubiti presentano un grande assorbimento di risorse e, dall'altro, che le infezioni ossee e articolari dovrebbero essere verificate all'interno del DRG B61.

- Dopo la verifica, è stata possibile una rivalutazione dei codici ICD L89.2/.3 «Ulcera da decubito, stadio 3 e 4» nelle condizioni del DRG B61B.
- Il DRG I12A «Infezione/inflammatione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi...» è stato incluso come condizione per il DRG B61D.
- Inoltre, la funzione «Interventi su localizzazioni multiple» è stata rappresentata nel B61D.
- In questo modo, questi casi vengono adeguatamente rivalutati.

Anche quest'anno, oltre ai DRG specializzati per il trattamento paraplegiologico complesso o per gli interventi chirurgici in caso di paraplegia, sono stati esaminati i casi che presentavano una diagnosi secondaria di lesione del midollo spinale con metodi di trattamento puramente conservativi. Sono stati identificati casi in due DRG che sarebbe vantaggioso rivalutare in base alla tabella diagnostica «Paraplegia/tetraplegia»:

- Casi con diagnosi principale di ipertensione arteriosa: la tabella diagnostica «Paraplegia/tetraplegia» è stata utilizzata come criterio di split per il DRG F67A.
- Casi con infezioni dell'apparato urinario: è stata possibile una rivalutazione di questi casi, includendo la tabella diagnostica «Paraplegia/tetraplegia» come criterio di split nel DRG L63C.

3.1.6 Matrice CC

Per la versione 15.0 sono stati proseguiti in maniera coerente i lavori sulla matrice CC, sulle tabelle di esclusione e sugli split PCCL. Grazie ai nuovi dati e alle numerose indicazioni degli utenti è stata possibile una rappresentazione ancora più differenziata dei casi complessi. In tutto sono stati aggiunti 69 codici ICD alla matrice CC, molti dei quali in più di tre DRG di base, mentre ne sono stati rimossi 18. Inoltre 71 codici ICD hanno subito una rivalutazione o una svalutazione DRG-specifica. Nel dettaglio, risultano 88 svalutazioni e cinque rivalutazioni.

Anche la logica del grado di gravità è stata ulteriormente sviluppata. In totale sono stati istituiti o rivisti 21 split PCCL, di cui dodici nuovi split e sette con adattamenti mirati. Due split PCCL sono stati eliminati a causa della mancanza di separazione dei costi nei dati del 2023, al fine di aumentare ulteriormente il grado di separazione della logica.

Nel corso della procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 28 richieste di adeguamento della matrice CC. Di queste domande, dodici sono state ampiamente implementate e 16 respinte. Tra i motivi vi sono indicazioni contrastanti su codici ICD identici, richieste parallele di

rivalutazione e svalutazione e richieste di rivalutazione di codici ICD non specifici. Questi ultimi, come i codici con «...non specificato», non solo sono stati considerati poco rilevanti dal punto di vista medico, ma non sono stati nemmeno in grado di dimostrare una funzione di separazione dei costi sufficiente nelle simulazioni e nelle analisi.

Le modifiche dettagliate nella matrice CC sono riportate nell'«Elenco delle modifiche nella matrice CCL».

3.2 Ulteriore revisione della classificazione DRG

3.2.1 Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC

Radioterapia

I casi oncologici con irradiazioni multiple non sono rappresentati in modo appropriato nella pre-MDC nel DRG di base A93 «Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione». Per questo motivo, un richiedente ha richiesto una verifica della logica

- Le analisi confermano questa affermazione. Il DRG di base R50 «Chemioterapia altamente complessa, due schemi terapeutici o chemioterapia altamente complessa con isolamento protettivo da 14 giorni di trattamento o...» è stato quindi escluso dal DRG di base A93.
- La condizione «9 o più sedute di irradiazione» è stata integrata nel DRG R50A nella MDC 17 «Neoplasie ematologiche e solide».
- Inoltre, il DRG R60A «Leucemia mieloide acuta,...» è stato incluso nello split per il DRG A93A.

Terapia con radioligandi

Secondo un richiedente, l'attuale struttura tariffaria non tiene conto delle differenze di costo per la terapia con ligandi PSMA nel caso di un «medicamento pronto per l'uso» e di una «formula magistrale» nel DRG di base A50 «Terapia con radioligandi». È stata pertanto richiesta una verifica dei dati sui costi.

- Per la versione 15.0, il codice CHOP 92.28.6C «Terapia radiorecettoriale con altri leganti PSMA» è stato rivalutato nel DRG A50C (medicamento pronto per l'uso).
- Il codice CHOP 92.28.6B «Terapia radiorecettoriale con 177Lu-PSMA I&T [177Lu-ITG-PSMA-1]» è raggruppato nel DRG A50D.

Inoltre, è stata eliminata l'esclusione dei casi con procedura chirurgica dal DRG di base A50. I dati hanno dimostrato che questi casi, con i costi della terapia nelle partizioni operatorie delle MDC per organi, non possono essere rappresentati in modo tale da coprire i costi.

Riabilitazione geriatrica acuta

Un richiedente ha chiesto di verificare i casi del DRG W61B «Politrauma con diagnosi complicante» in combinazione con una «Riabilitazione geriatrica acuta da 14 giorni di trattamento». A suo avviso, questi casi sarebbero meglio rappresentati nel DRG A95C.

- A seguito di ripetute richieste, tutte le eccezioni delle MDC sono state rimosse dal DRG di base A95 «Riabilitazione geriatrica acuta da 7 giorni di trattamento» già nella versione 14.0 e i casi sono stati rivalutati direttamente nel DRG di base A95.
- Una verifica dei dati ha mostrato che questa procedura è adeguata anche per i casi della MDC 21A «Politrauma».
- Il DRG di base A95 è stato escluso dallo spostamento dei casi con politrauma, pertanto, nella versione 15.0, questo gruppo di casi è raggruppato nel DRG di base A95.
- All'interno del DRG di base A95, il DRG di base W01 «Politrauma con procedura OR o trazione con dispositivo Halo o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 392/552

punti risorse o riabilitazione precoce da 14 giorni di trattamento» è stato rivalutato nel DRG A95A e il DRG W61B nel DRG A95C.

- Nelle analisi relative alla richiesta, è emerso che i casi con una «*Gastrosopia o colonscopia*» e una «*Riabilitazione geriatrica acuta, da 7 giorni di trattamento*» sono sovrarimunerati nel DRG A95D. Di conseguenza, la condizione «*OR ADRG (G46)*» è stata rimossa dalla logica per il DRG A95D.

3.2.2 Altre ristrutturazioni inter-MDC

Impianti personalizzati adattati

Già per lo sviluppo del sistema 14.0, sono state presentate richieste per la rivalutazione sistematica del gruppo di codici 00.9A.6* «*Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti*». Successivamente, sono stati rivalutati codici specifici di questo gruppo di codici per diversi DRG da diverse MDC.

Per lo sviluppo 15.0, un adattamento del genere è stato nuovamente richiesto. La sfida nella rappresentazione di questi codici risiede nella loro variabilità: a seconda del luogo di utilizzo, lo stesso codice in un altro DRG o in un'altra MDC può comportare costi significativamente più elevati.

Tramite analisi complete del sistema e ripetute simulazioni, altri codici sono stati infine rivalutati e inclusi nei seguenti DRG:

- Nei DRG B61D, D25A, R01A e U01A sono stati rivalutati i seguenti codici:
 - 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 (comprende: incisione, trapanazione, posizionamento)*»
 - 00.9A.64 «*Utilizzo di impianti personalizzati predisposti prima dell'intervento tramite immagini 3D nonché stampanti 3D*»
- Nel DRG I32 è stato creato un nuovo DRG di un giorno di degenza: I32E «*Interventi su polso e mano e procedure specifiche*», anch'esso con la condizione di split 00.9A.61-64.
- La rivalutazione del codice 00.9A.69 «*Utilizzo di impianti e modelli personalizzati predisposti, altro*» è stata esaminata più volte, ma non è stato possibile attuarla a causa di risultati insoddisfacenti.

Concentrati piastrinici

Abbiamo ricevuto una richiesta che indicava che il codice 99.05.44 «*Trasfusione di concentrati piastrinici, 4 concentrati*» potrebbe essere sopravvalutato. A seguito di questa richiesta, è stato esaminato l'intero gruppo di codici 99.05.4-, che ha portato alla svalutazione a livello di sistema dei seguenti codici CHOP:

- 99.05.41 «*Trasfusione di concentrati piastrinici, 1 concentrato*»
 - 99.05.42 «*Trasfusione di concentrati piastrinici, 2 concentrati*»
 - 99.05.43 «*Trasfusione di concentrati piastrinici, 3 concentrati*»
 - 99.05.44 «*Trasfusione di concentrati piastrinici, 4 concentrati*»
- Non sono state apportate modifiche alle trasfusioni di cinque o più concentrati, in quanto sono rappresentate in modo appropriato.

Impianto percutaneo transluminale di stents

Le analisi hanno evidenziato una discrepanza nella rappresentazione del gruppo di codici 39.B* «*Impianto (percutaneo) transluminale di stents...*» nel sistema tariffario. Alcuni codici 39.B*, a differenza di altri, non erano rappresentati nella funzione «*Procedure OR specifiche*».

- I codici 39.B* mancanti sono stati inclusi nella funzione «*Procedure OR specifiche*».
- Un'eccezione è stata fatta per i codici dei seguenti gruppi di codici, che altrimenti sarebbero stati sopravvalutati in questa funzione:
 - 39.B*.00 «*Impianto (percutaneo) transluminale di stents..., NAS*»
 - 39.B*.09 «*Impianto (percutaneo) transluminale di stents..., altro*»

Interventi endoscopici sul tratto gastrointestinale

In una richiesta, degli interventi specifici di drenaggio sul tratto gastrointestinale vengono descritti come sottorimunerati. I casi che richiedono una connessione transluminale tra la parete di un organo del tratto gastrointestinale e una cavità adiacente mediante endoscopia sono quindi sottorimunerati. È stata richiesta l'inclusione di specifiche procedure endoscopiche nella funzione «*Procedure complicanti*», in modo che i casi entrino in base al loro consumo di risorse nei DRG corretti.

- Dalle nostre analisi, le procedure sono risultate costose, ma l'inclusione richiesta nella funzione «*Procedure complicanti*» non era appropriata.
- Invece, i seguenti codici CHOP sono stati rivalutati sotto forma di una nuova tabella nei seguenti DRG:
 - 44.33 «*Gastroenterostomia senza gastrectomia, per via endoscopica*»
 - 44.99.60 «*Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nello stomaco, per via endoscopica*»
 - 46.99.60 «*Inserzione o sostituzione di una protesi autoespandente nell'intestino, per via endoscopica*»
 - 51.38.31 «*Anastomosi fra vie biliari e tratto gastrointestinale, per via endoscopica*»
 - 52.96.31 «*Anastomosi fra dotto pancreatico e tratto gastrointestinale, per via endoscopica*»
- nel G46B «*Gastroscopia/colonscopia...*»
- nel H64A «*Malattie della cistifellea e delle vie biliari...*» e
- nel H61A «*Neoplasia maligna dell'apparato epatobiliare...*».

Proteine plasmatiche

Nel caso di un'infezione non chiara, spesso non viene più codificato il codice ICD B99 «*Altre e non specificate malattie infettive*», ma il codice R77.88 «*Altri risultati anormali di proteine plasmatiche specificate*» quando il livello della CRP è elevato. Di conseguenza, è stata verificata la qualità della rappresentazione del gruppo di codici R77.- «*Altri risultati anormali di proteine plasmatiche*» nella MDC 17 e sono stati effettuati vari spostamenti per eliminare questo falso incentivo:

- Il codice ICD R77.80 «*Anormalità dell'antigene prostatico specifico [PSA]*» è stato spostato dalla MDC 17 alla MDC 12, dove è stato incluso nel DRG di base M64Z «*Altre malattie dell'apparato genitale maschile*».
- I seguenti codici ICD sono stati spostati nella MDC 23, DRG Z65 «*Disturbi, sintomi, altre anomalie, ecc.*»:
 - R77.0 «*Anormalità dell'albumina*»
 - R77.1 «*Anormalità delle globuline*»
 - R77.88 «*Altri risultati anormali di proteine plasmatiche specificate*»
 - R77.9 «*Risultato anormale, non specificato, delle proteine plasmatiche*»
- Il codice ICD R77.2 «*Anormalità delle alfafetoproteine*» è stato spostato dalla MDC 14 al DRG O65.

Sistema di cateteri

Un'altra richiesta è stata quella di una remunerazione supplementare per «*Impiego di sistemi di retriever, secondo il numero*» con il gruppo di codici CHOP 00.4F.1-, poiché in genere non sono remunerati in modo appropriato. Il vantaggio di questo metodo è che consente di rimuovere non solo i trombi recenti, ma anche quelli più vecchi.

- Con il catalogo CHOP 2024, il gruppo di codici CHOP 00.4F.1- «*Impiego di sistemi di retriever, secondo il numero*» sarà esteso a «*Impiego di sistemi di rimozione di trombi e corpi estranei catetere-guidati*», e il numero di sistemi sarà ora differenziato nel gruppo di elementi 00.4F.2-.
- Questo gruppo di codici CHOP non ha potuto qualificarsi per una remunerazione supplementare. Tuttavia, è stata effettuata una valutazione del consumo di risorse nell'utilizzo di questi sistemi per tutte le MDC. Le analisi hanno mostrato che un maggiore consumo di risorse era evidente soprattutto nelle MDC 04 e 05.
- Inoltre, nell'ambito di queste analisi è stato identificato un maggiore consumo di risorse per i gruppi di codici CHOP 00.4H.13-16 e 00.4H.33-36 «*Sistemi di microcateteri utilizzati in interventi transluminari su..., da 3 sistemi*».
- Di conseguenza, i «*Sistemi di rimozione di trombi e corpi estranei catetere-guidati*» e i «*Sistemi di microcateteri utilizzati in interventi transluminari su vasi toracici, addominali e periferici, da 3 sistemi*» in combinazione con interventi vascolari sono ora rappresentati in modo appropriato nel DRG E02A.
- All'interno del DRG di base F59 «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi*», i gruppi di codici CHOP 00.4F.1-, 00.4H.13-16 e 00.4H.33-36 sono stati rivalutati come segue:
 - in combinazione con «*CC estremamente gravi*» e «*Interventi vascolari*» nel DRG F59A
 - in combinazione con «*Trombectomie specifiche*» nel DRG F59D.
- E anche nel DRG di base F24 «*Angioplastica coronarica percutanea (PTCA)*», questi gruppi di codici CHOP, in combinazione con procedure specifiche con palloncino o stent, hanno potuto essere rivalutati nel DRG F24B.

Procedure di isolamento e trattamenti complessi per agenti multiresistenti

Inoltre, è stata richiesta una remunerazione supplementare per diverse procedure di isolamento da 7 giorni di trattamento, tra cui «*Isolamento da contatto*», «*Isolamento da goccioline*», «*Isolamento protettivo semplice*» e «*Isolamento protettivo in stanza speciale*».

- Poiché nessuno di questi tipi di isolamento si presta a ricevere una remunerazione supplementare, è stata esaminata una rivalutazione all'interno della struttura tariffaria.
- Per i gruppi di codici CHOP 99.84.2* «*Isolamento da goccioline*» e 99.84.4* «*Isolamento protettivo semplice*» non ci sarà nessuna rivalutazione. Il maggior consumo di risorse, così come in parte il motivo dell'isolamento, non era chiaramente visibile.
- Come l'anno scorso, è stata effettuata un'analisi inter-MDC per l'«*Isolamento da contatto, da 7 giorni di trattamento*» con i codici CHOP 99.84.16-1F ed è stato possibile rivalutarlo nei seguenti DRG di base:
 - Rivalutazione «*Isolamento da contatto, da 7 giorni di trattamento*»:
 - A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta da 7 giorni di trattamento*»
 - B70 «*Apoplessia*»
 - D62 «*Epistassi od otite media o infezioni...*»
 - E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio*»
 - J64 «*Infezione/infiammazione della pelle e del tessuto sottocutaneo*»
 - T61 «*Infezioni postoperatorie e post-traumatiche*»
 - T64 «*Altre malattie infettive e parassitarie*»
 - Y02 «*Altre ustioni con trapianto di pelle o...*»

- Rivalutazione «*Isolamento da contatto, da 14 giorni di trattamento*»:
 - F13 «*Amputazione per malattie circolatorie dell'...*»
- Anche il gruppo di codici CHOP 99.84.56-5F «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 7 giorni di trattamento*» è stato esaminato in tutte le MDC e rivalutato nei seguenti DRG di base:
 - Rivalutazione «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 7 giorni di trattamento*»:
 - E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio*»
 - Q60 «*Malattie del sistema reticoloendoteliale e immunitario e...*»
 - R60 «*Leucemia mieloide acuta...*»
 - Rivalutazione «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 14 giorni di trattamento*»:
 - E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio*»

Nel corso delle stesse analisi, sono stati identificati anche casi con il gruppo di codici CHOP 93.59.51-53 «*Trattamento complesso per agenti multiresistenti, da 7 giorni di trattamento*», che, a causa di procedure operatorie, non sono stati raggruppati nel DRG di base A94. Inoltre, abbiamo ricevuto una richiesta relativa al DRG di base A94, in cui veniva evidenziato che casi con il codice CHOP 93.8C.1- «*Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento*» erano sottorimunerati. Per questo motivo, è stata effettuata un'analisi inter-MDC per i trattamenti complessi e per il DRG A94:

- L'analisi dei dati del 2023 ha mostrato che i casi con 93.8C.1- nel DRG di base A94 sono remunerati in modo appropriato.
- Tuttavia, sono emersi casi con il codice CHOP 99.BA.1- «*Trattamento neurologico complesso dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Center [SC], almeno 24 ore e più*» - che non erano rappresentati in modo da coprire i costi.
- Questi casi hanno potuto essere rivalutati nel DRG A94C «*Trattamento complesso per colonizzazione o infezione da agenti multiresistenti da 14 giorni di trattamento o età < 16 anni o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/119 punti risorse o diagnosi specifiche o con CC gravissime*».
- Inoltre, sono state effettuate rivalutazioni del «*Trattamento complesso per agenti multiresistenti, da 7 giorni di trattamento*» per:
 - G35 «*Terapia a pressione negativa complessa per malattie e disturbi...*»
 - I08 «*Altri interventi su anca e femore...*»
 - Y02 «*Altre ustioni con trapianto di pelle o...*»
- e una rivalutazione del «*Trattamento complesso per agenti multiresistenti, da 14 giorni di trattamento*» nel DRG F13 «*Amputazione per malattie circolatorie dell'...*».

Crioterapia

Secondo un richiedente, la crioterapia (crioablazione) è un pilastro consolidato del trattamento dei tumori ed è codificata con il codice CHOP 00.99.A7 «*Criocoagulazione*». Viene utilizzata per trattare tumori benigni e maligni. Rispetto ad altre procedure ablative, la crioablazione offre una serie di vantaggi, come ad esempio la possibilità di un controllo preciso o l'utilizzo simultaneo di più aghi di ablazione per trattare tumori di grandi dimensioni o multipli. Per il codice CHOP 00.99.A7 «*Criocoagulazione*» è stata richiesta una remunerazione supplementare in base al numero di aghi.

- Non è stato possibile stabilire una remunerazione supplementare per il codice CHOP 00.97.A7 «*Criocoagulazione*». Ciò è dovuto in particolare alla mancanza di una differenziazione in base al numero di aghi e al fatto che esistono già codici CHOP che includono la criocoagulazione specifica per alcuni organi, ma non per tutti.
- Abbiamo esaminato la rappresentazione della crioterapia in tutte le MDC e abbiamo riscontrato un maggiore consumo di risorse, in particolare nei DRG di base E71 e L20. Inoltre, abbiamo verificato i codici CHOP che contengono già la crioterapia. Questi casi sono risultati

ben rappresentati nei DRG corrispondenti o con un numero di casi molto basso. Solo i casi con il codice CHOP 50.27.33 «Distruzione locale di lesione o tessuto del fegato, mediante crioterapia, percutanea» erano parzialmente sottorimunerati, ma questo numero di casi è talmente eterogeneo che non è stato possibile rivalutarli.

- Con l'inclusione dei gruppi di codici CHOP 32.01.* «Asportazione o distruzione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale» e 32.2A.* «Asportazione e distruzione locale di lesione o tessuto polmonare» nel DRG E71B «Neoplasie dell'apparato respiratorio con CC estremamente gravi o broncoscopia rigida o procedura specifica...» è stato possibile rivalutare indirettamente anche i casi con una crioterapia.
- Analogamente, i casi che prevedono la crioterapia sono stati rivalutati nel DRG L20C «Interventi transuretrali eccetto prostatectomia e ureterorenoscopia complesse con litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL), intervento specifico o...» e vi sono rappresentati in modo appropriato.

Immunoterapia

Ci è stato anche chiesto di esaminare il raggruppamento dell'immunoterapia nella pre-MDC, analogamente alla radioterapia. Abbiamo quindi effettuato un'analisi inter-MDC.

- È emerso che solo alcuni codici del gruppo CHOP 99.28.1- «Altre immunoterapie» generano un evidente maggiore consumo di risorse.
- Pertanto, solo i codici CHOP 99.28.11-13 «Altre immunoterapie...» sono stati inclusi come «Procedura non operatoria» e stabiliti come condizione di split nei seguenti DRG:
 - MDC 01: DRG B71B con «PCCL > 2»
 - MDC 01: DRG B72A
 - MDC 04: DRG E71A
 - MDC 09: DRG J61B
 - MDC 10: DRG K64A
 - MDC 10: DRG K86A
- Ciò ha permesso di ottenere una rappresentazione adeguata delle immunoterapie con anticorpi o immunomodulatori.

Tumori secondari

Nell'ambito di varie analisi, sono stati identificati casi con tumori maligni secondari che finora erano stati rappresentati nella MDC 17. Ciò non sembrava avere senso dal punto di vista medico a causa delle rispettive procedure.

- I seguenti codici ICD sono stati spostati nelle tabelle delle diagnosi principali delle MDC per organi:
 - C79.83 «Tumore maligno secondario del pericardio» nella MDC 05
 - C79.85 «Tumore maligno secondario del tessuto connettivo e di altri tessuti molli del collo» nella MDC 03
 - C79.86 «Tumore maligno secondario del tessuto connettivo e di altri tessuti molli degli arti» nella MDC 08.
- All'interno delle MDC, questi codici ICD sono ora rappresentati in modo appropriato.

3.2.3 MDC 01 Malattie e disturbi del sistema nervoso

Nel corso dell'elaborazione delle richieste, è emerso che alcuni casi non erano adeguatamente rappresentati nel DRG B01B.

- Le analisi hanno mostrato che si trattava di casi con procedure OR complesse in più tempi e, inoltre, con interventi intracranici complessi o interventi importanti alla colonna vertebrale.

- Queste combinazioni sono state incluse come una nuova condizione di split per il DRG B01A «*Procedure OR complesse in più tempi o interventi extracranici e intracranici per malattie e disturbi del sistema nervoso,...*».
- Anche i bambini con «*Età < 16 anni*» sono stati rivalutati nel DRG B01A.

Secondo un richiedente, i casi con problemi neurologici, compresi gli interventi al midollo spinale, non sono adeguatamente rappresentati. È stata chiesta una rivalutazione del gruppo di codici CHOP 00.94.3- «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, > 4 ore*» e del codice ICD D36. 1 «*Tumore benigno: Nervi periferici e sistema nervoso autonomo*» nel DRG B03A «*Interventi operatori per malattia cerebrale o distrofia muscolare, o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale, e...*», in modo da rappresentare meglio gli interventi lunghi e costosi.

- Il codice ICD D36.1 non si è dimostrato un separatore di costi appropriato.
- Una rivalutazione del gruppo di codici CHOP 00.94.3- nel DRG B03A si è rivelata appropriata ed è stata quindi attuata.
- Nell'ambito delle analisi è emerso che i casi nei DRG B03A e B03B erano molto eterogenei. Si è quindi ritenuta opportuna una condensazione dei due DRG.
- I DRG B03A e B03B sono stati condensati nel DRG B03A «*Interventi operatori per malattia cerebrale o distrofia muscolare, o interventi alla colonna vertebrale e al midollo spinale, e terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC dell'adulto > 119 punti risorse o età < 16 anni o monitoraggio intraoperatorio*».

Durante l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, sono stati identificati casi sottorimunerati all'interno del DRG B09D e del DRG B20D con un PCCL di 3.

- Oltre alla rivalutazione delle terapie intensive complesse e dei trattamenti complessi IMC e delle malformazioni/deformità congenite della testa all'interno del DRG di base B09, è stato stabilito un nuovo split PCCL > 2 per il DRG B09C.
- Anche per il DRG B20C è stato stabilito uno split PCCL > 2.

In due richieste è stato segnalato che la differenza di costo tra neurostimolatori ricaricabili e non ricaricabili non era rappresentata nel sistema. Secondo i richiedenti, ciò porta a una sottorimunerazione dei casi con stimolatori ricaricabili e costituisce un falso incentivo all'impianto di stimolatori non ricaricabili (migliore copertura dei costi, trattamenti ospedalieri ripetuti con un aumento del numero di casi).

- I dati del 2023 di tutta la Svizzera hanno confermato che i costi dei sistemi multielettrodi ricaricabili, in particolare dei neurostimolatori intracranici, sono superiori a quelli dei sistemi non ricaricabili.
- È stato creato un nuovo DRG B21A che raggruppa i casi con un impianto/sostituzione di elettrodi per la neurostimolazione intracranica e con i codici CHOP 02.97.14 «*Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione intracranica, sistema a più elettrodi, ricaricabile, omnidirezionale*» o 02.97.15 «*Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione intracranica, sistema a più elettrodi, ricaricabile, bidirezionale*».
- Nel nuovo DRG B21C, tutti gli impianti/le sostituzioni di neurostimolatori con un sistema multielettrodo ricaricabile sono ora rappresentati in modo appropriato.

Le condizioni di split «*Trattamento neurologico complesso > 72 ore e procedura OR specifica o terapia intensiva complessa > 119 punti risorse*» per il DRG B39B non sono più una caratteristica in grado di separare i costi.

- I DRG B39B e B39C sono stati condensati nel DRG B39B «*Trattamento neurologico complesso del colpo apoplettico acuto con intervento chirurgico*».

In una richiesta ci è stato segnalato che determinati gruppi di casi sono sottorimunerati nel DRG di base B66 «*Neoplasie del sistema nervoso o stato stuporoso e coma, di origine non traumatica*». Il richiedente ha identificato diagnosi principali che dovevano essere attribuite principalmente a neoplasie del sistema nervoso e ad altre malattie dell'encefalo.

- L'aggiunta della funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*» per il DRG B66A ha permesso di rivalutare i casi costosi di neoplasia maligna del sistema nervoso.
- Anche i casi sottorimunerati all'interno del DRG di base B66 hanno beneficiato della rivalutazione dei seguenti codici ICD nella matrice CC e nello split PCCL esistente per il DRG B66A:
 - G93.0 «*Cisti cerebrali*»
 - G93.2 «*Ipertensione endocranica benigna [Pseudotumore cerebrale]*»
 - G93.5 «*Compressione dell'encefalo*»
 - G93.6 «*Edema cerebrale*»
 - G93.7 «*Sindrome di Reye*»
- Nelle analisi abbiamo osservato anche casi con le diagnosi principali R40.0 «*Sonnolenza*» e R40.1 «*Stupor*» che, a differenza delle altre diagnosi principali, erano sovrarimunerate, portando a falsi incentivi nella codifica. Queste diagnosi sono state spostate nella tabella delle diagnosi principali del DRG di base B64 «*Delirio*», dove sono ora rappresentate adeguatamente.

I dati del 2023 hanno mostrato molti casi sovrarimunerati nel DRG di base B67 «*Morbo di Parkinson o trattamento complesso per malattie motorie extrapiramidali...*» con il codice CHOP 89.1A.11 «*Regolazione neurologica dei parametri di stimolazione, più di 5 giorni*», ma anche casi sottorimunerati nei DRG B67B e B67C. Le analisi hanno permesso di identificare l'impostazione iniziale del trattamento del morbo di Parkinson in stadio avanzato con pompa per infusione di medicinali con apomorfina come un chiaro separatore di costi.

- Il codice CHOP 89.1A.11 «*Regolazione neurologica dei parametri di stimolazione, più di 5 giorni*» è ora raggruppato nel DRG B67B solo in combinazione con il morbo di Parkinson con disabilità da moderata a molto grave.
- Inoltre, il codice CHOP 99.2B.11 «*Impostazione iniziale del trattamento del morbo di Parkinson in stadio avanzato con pompa per infusione di medicinali con apomorfina*» è stato incluso come condizione di split per il DRG B67B.

Le analisi hanno evidenziato un'elevata dispersione dei costi nei DRG B70C e B70D. È stata presentata anche una domanda per il DRG di base B70 «*Apoplessia*», in cui viene richiesta la riduzione degli split PCCL all'interno del DRG di base, poiché i casi con un PCCL di 3 sono sottorimunerati.

- La riduzione degli split PCCL non si è rivelata appropriata e non è stato possibile identificare altri separatori di costo, a parte le terapie intensive o i trattamenti complessi IMC e l'isolamento da contatto > 7 giorni di trattamento, già menzionati in precedenza.
- Tuttavia, le analisi approfondite hanno dimostrato che un gruppo di casi all'interno del DRG B70C aveva costi simili a quelli dei casi nel DRG B70B. Di conseguenza, anche i casi con «*altro trattamento neurologico complesso > 72 ore o CC estremamente gravi e più di un giorno di degenza*» sono ora raggruppati nel DRG B70B.
- Lo stesso vale per un gruppo di casi del DRG B70D con «*altro trattamento neurologico complesso < 73 ore o diagnostica neurologica complessa e più di un giorno di degenza*»; questo gruppo di casi è ora rappresentato in modo appropriato nel DRG B70C.

In una richiesta sono stati elencati diversi codici ICD e CHOP e uno split PCCL > 2, che avremmo dovuto esaminare come condizioni di split nel DRG di base B71 «*Malattie dei nervi cranici e periferici*». Alla

fine, le seguenti costellazioni si sono rivelate dei chiari separatori di costi e sono state incluse nelle condizioni di split per il DRG B71A:

- funzione globale «*Procedure complicanti*»
- «*Diagnostica neurologica complessa con CC gravi*»
- «*Immunoterapia con anticorpi/immunomodulatori specifici e CC gravi*»
- «*Età < 16 anni*».

Secondo un richiedente, ci sono casi sottorimunerati nel DRG di base B72 «*Infezione del sistema nervoso eccetto meningite virale*» con determinati codici ICD o CHOP o un PCCL di 3, motivo per cui ci è stato chiesto di esaminare queste costellazioni.

- I codici ICD elencati non si sono rivelati dei separatori di costo adeguati.
- Nel caso dell'immunoterapia con anticorpi/immunomodulatori specifici, il consumo di risorse più elevato era chiaramente visibile ed è stato aggiunto come condizione di split per il DRG B72A.
- La riduzione dello split PCCL a «*PCCL > 2*» per il DRG B72A si è rivelato appropriato ed è stato implementato di conseguenza.

Abbiamo ricevuto due richieste di verifica dei criteri di split all'interno del DRG di base B76 «*Crisi epilettiche o video-EEG o trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento,...*». Nella prima richiesta, la terapia intensiva complessa o il trattamento complesso IMC in combinazione con la diagnostica video-EEG intensiva non invasiva < 120 ore doveva essere rivalutato nel DRG B76A. Nella seconda domanda, il richiedente ha sottolineato che i casi con la diagnostica video-EEG intensiva non invasiva fino a 48 ore hanno un cost-weight più elevato nel DRG B76F rispetto ai casi con più di 48 ore nel DRG B76E e che ciò rappresenta una remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare.

- I casi nel DRG B76F presentano costi più elevati, ma la durata media della degenza è più lunga.
- I casi nel DRG B76E ricevono prima un supplemento per gli high-outlier.
- Inoltre, nel DRG B76F sono rappresentati casi con diagnostiche specifiche o diagnosi che non sono state necessariamente oggetto di diagnostica video-EEG intensiva non invasiva. I gruppi di casi nei DRG B76E e B76F si distinguono non solo per i costi, ma anche per il trattamento medico. Non si tratta di una remunerazione deficitaria in caso di prestazione supplementare.
- Tuttavia, le analisi hanno permesso di identificare un separatore di costi e così il gruppo di codici CHOP 99.A3.11-13 «*Diagnostica neuropediatrica complessa, con...*» è stato rivalutato nel DRG B76C.

Inoltre, è stata richiesta la rivalutazione del codice ICD G92.0 «*Encefalopatia tossica sotto immunoterapia*» come diagnosi complessa nel DRG B81A «*Mielopatie vascolari o altre malattie del sistema nervoso con diagnosi complessa o...*» e la riduzione dello split PCCL esistente da > 3 a PCCL > 2.

- Nei dati del 2023, solo un piccolo numero di casi di encefalopatia tossica era visibile nel DRG di base B81 ed è rappresentato in modo adeguato alle risorse impiegate nel DRG B81B.
- La riduzione dello split PCCL a > 2 si è rivelata non essere appropriata.
- Nelle analisi, tuttavia, abbiamo visto altri casi sottorimunerati nel DRG B81C.
- L'inclusione di un numero inferiore di punti risorse per le terapie intensive complesse e trattamenti complessi IMC per neonati e bambini nelle condizioni di split per il DRG B81A/B ha permesso di rivalutare questi casi.

In un'altra richiesta è stata chiesta la rivalutazione di alcuni codici ICD e CHOP all'interno del DRG di base B85 «*Malattie degenerative del sistema nervoso o paralisi cerebrali*» e la verifica di uno split PCCL.

- Sono stati verificati tutti i codici ICD e le procedure elencati.

- Solo i codici ICD G23.3 «*Atrofia sistemica multipla di tipo cerebellare [MSA-C]*» e G72.4 «*Miopatia infiammatoria non classificata altrove*» sono risultati essere separatori di costi appropriati.
- Così è stata effettuata una rivalutazione di questi codici ICD come diagnosi complicante nel DRG B85A «*Malattie degenerative del sistema nervoso con CC estremamente gravi o diagnosi complicanti o diagnostica neurologica complessa, o...*».
- I casi con un PCCL di 3 nel DRG B85B hanno costi molto eterogenei e quindi non è stato possibile implementare la riduzione dello split PCCL a > 2 per il DRG B85A.

Un richiedente ha indicato che i casi con terapia intensiva complessa con un giorno di degenza nel DRG B86B «*Malattie e disturbi del sistema nervoso, un giorno di degenza*» avevano costi più elevati rispetto ai casi senza terapia intensiva complessa e ha chiesto di verificare le condizioni di split. Un'altra richiesta ha sottolineato i costi eterogenei nel DRG B86B in relazione alle diagnosi principali. In questa richiesta sono state elencate diverse diagnosi.

- Le analisi hanno evidenziato che un altro gruppo di casi aveva lo stesso elevato consumo di risorse come la terapia intensiva complessa e il trattamento complesso IMC. È stato quindi creato un nuovo DRG B86A, in cui sono rappresentati i casi con terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC > 65/59 punti risorse o con una diagnostica video-EEG intensiva non invasiva da 24 a 48 ore.
- Le diagnosi elencate nella seconda richiesta non si sono rivelate tutte dei separatori di costi appropriati. Tuttavia, è stato possibile rivalutare i casi con fratture del cranio o traumatismi intracranici nel DRG B86B. Anche i casi che hanno ricevuto un primo soccorso e sono stati successivamente trasferiti sono raggruppati in questo DRG.
- Inoltre, le neoplasie benigne del sistema nervoso sono state rivalutate nel DRG B86B, poiché non erano rappresentate in modo adeguato nel DRG B86C.

3.2.4 MDC 02 Malattie e disturbi dell'occhio

I dati del 2023 di tutta la Svizzera hanno mostrato che le condizioni di split «*Interventi sul cristallino o sul corpo vitreo*» per il DRG C03B non si sono più rivelate chiare caratteristiche in grado di separare i costi.

- I DRG C03B e C03C sono stati condensati nel DRG C03B «*Interventi su retina, coroide e camera posteriore dell'occhio con intervento sul cristallino o sul corpo vitreo*».

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

Le analisi hanno dimostrato che il codice CHOP 21.86.10 «*Rinoplastica delle parti molli, naso esterno*» non è sufficientemente remunerato.

- Il codice è stato incluso nel DRG D38A «*Interventi molto complessi sul naso*».
- In questo modo, i casi in questione, altamente costosi, hanno ricevuto una remunerazione più elevata.

I DRG D62 «*Epistassi od otite media o infezioni delle vie aeree superiori ed età > 2 anni*» e D63Z «*Otite media o infezioni delle vie aeree superiori, età < 3 anni*» sono DRG ibridi che, secondo una richiesta, hanno tassi di copertura bassi. È stato quindi proposto di separare i casi dei pazienti in base alla diagnosi principale e di attribuirli alla MDC 03 del DRG D62 e alla MDC 04 del DRG E70. Allo stesso tempo, il DRG D63Z dovrebbe essere completamente eliminato.

- L'esame completo della separazione dei casi e della loro riattribuzione alle MDC 03 e 04, sia nel DRG E70 sia in altri DRG appropriati, non ha dato risultati positivi in nessuna delle simulazioni effettuate. Pertanto questo approccio non è stato portato avanti.
- I DRG D63Z e D62 sono stati condensati nel DRG D62 e le condizioni di split sono state ridefinite all'interno di questo DRG:
 - La condizione di split «*Età > 2 anni*» è stata rimossa dal DRG D62 di base.
 - Lo split pediatrico «*Età < 12 anni*» è stato rimosso dallo split per il DRG D62A e, al suo posto, sono stati inclusi gli isolamenti da contatto da sette giorni di trattamento.
 - È stato creato un nuovo DRG D62B in cui sono raggruppati i bambini sotto i 16 anni.
 - Il DRG D62B esistente è stato trasformato in un nuovo DRG D62C con le stesse condizioni.

3.2.6 MDC 04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio

Nell'ambito dell'analisi di una richiesta, il codice CHOP 32.01.13 «*Asportazione o distruzione endoscopica di lesione o tessuto bronchiale, termoplastica della muscolatura bronchiale*» è risultato sopravvalutato nel DRG di base E02.

- Questo codice CHOP è stato eliminato dal DRG di base E02 «*Altre procedure OR sull'apparato respiratorio o intervento impegnativo sul bronco*».

Durante l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, è emerso che alcuni codici CHOP per le pleurectomie non sono rappresentati nel DRG di base E33 «*Procedure OR complesse in più tempi o pleurectomia per mesotelioma pleurico maligno*».

- I seguenti codici CHOP sono stati inclusi nel DRG di base E33:
 - 34.51.11 «*Pleurectomia e decorticazione radicale del polmone e della parete toracica senza resezione del pericardio o del diaframma, chirurgica a cielo aperto*»
 - 34.51.12 «*Pleurectomia e decorticazione radicale del polmone e della parete toracica con resezione del pericardio, chirurgica a cielo aperto*»
 - 34.51.16 «*Pleurectomia e decorticazione subtotale, chirurgica a cielo aperto*»
 - 34.51.99 «*Pleurectomia e decorticazione del polmone, chirurgica a cielo aperto, altro*»
- Ciò ha comportato una rappresentazione adeguata dei casi di mesotelioma pleurico e di pleurectomia nella MDC 04.

Nell'ambito della procedura di richiesta, ci è stato chiesto di effettuare una verifica dell'omogeneità del DRG di base E36 «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa > 130/184 punti risorse o procedura OR specifica in quattro tempi*» al fine di ridurre o creare nuovi split PCCL.

- Una riduzione dello split PCCL > 5 esistente per il DRG E36A non si è rivelata appropriata.

- Per il DRG E36C, invece, è stato possibile creare un nuovo split PCCL > 4. In questo modo, i casi che richiedono un maggior dispendio di risorse sono stati rivalutati.

Un richiedente ha indicato nella sua domanda che la codifica dell'assistenza respiratoria con cannule nasali ad alto flusso (DRG E65A) e un basso numero di punti risorse per la terapia intensiva complessa o il trattamento complesso IMC (DRG E87B) ridurrebbe il cost-weight e che si tratta di una svalutazione in caso di prestazione supplementare.

- Ciò è dovuto alla sequenza di consultazione. Il DRG di base E87 con un basso numero di punti risorse per la terapia intensiva complessa o il trattamento complesso IMC viene consultato prima del DRG di base E65.
- I DRG del DRG di base E87 «*Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 65/59 punti risorse*» hanno tuttavia una durata di degenza più breve e i casi beneficiano quindi prima di un supplemento per high-outlier. Una modifica della sequenza di consultazione non si è rivelata appropriata.
- I dati del 2023 hanno inoltre mostrato che la maggior parte dei casi con assistenza respiratoria con cannule nasali ad alto flusso e terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC sono ben rappresentati nei DRG corrispondenti.
- Nell'ambito delle analisi, tuttavia, sono stati riscontrati gruppi di casi molto eterogenei all'interno del DRG di base E65 «*Broncopneumopatia cronica ostruttiva*» e di conseguenza sono state effettuate le seguenti ristrutturazioni appropriate all'interno del DRG di base E65:
 - Spostamento dell'isolamento da contatto, da 7 giorni di trattamento nel DRG E65A.
 - Rimozione della funzione «*Procedure complicanti*» dal DRG E65A.
 - Collegamento delle restanti condizioni di split per il DRG E65A con «*più di un giorno di degenza*».
 - Rivalutazione delle broncoscopie nel DRG E65A (in precedenza solo broncoscopia rigida).
 - Rimozione dello split PCCL per il DRG E65B.

A seguito dell'analisi di una richiesta di rivalutazione di alcune malattie da tubercolosi nella matrice CC, abbiamo notato casi sottorimunerati nel DRG E76B «*Tubercolosi, più di 14 giorni di degenza, età > 15 anni*», che hanno ricevuto un intervento chirurgico.

- Mediante inclusione della condizione split «*o procedura OR*» per il DRG E76A è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.

Durante le analisi relative alla rivalutazione degli isolamenti, delle asportazioni polmonari e dell'immunoterapia all'interno del DRG di base E71 «*Neoplasie dell'apparato respiratorio*», già menzionati nel capitolo 3.2.2, sono stati notati altri casi sottorimunerati.

- La funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*» è stata incusa nella condizione di split per il DRG E71B.
- Analogamente, per il DRG E71B è stato aggiunto uno split pediatrico «*Età < 16 anni*».

Nel DRG di base E86 con un giorno di degenza sono stati rilevati gruppi eterogenei di casi. Nel DRG E86A, soprattutto i casi con chemioterapia non complessa erano chiaramente sovrarimunerati. Nel DRG E86C, invece, abbiamo identificato casi sottorimunerati, che presentavano principalmente alcune anomalie cromosomiche già menzionate nel capitolo 3.1.2.

- D'ora in poi, solo la chemioterapia di complessità moderata sarà raggruppata nel DRG E86A con il codice CHOP 99.25.52 «*Chemioterapia di complessità e intensità moderata*».
- Le anomalie cromosomiche specifiche sono state rivalutate nel DRG E86B e sono state equiparate alla paraplegia/tetraplegia.

- Nelle analisi, abbiamo notato anche casi sottorimunerati nel DRG E86C con embolia polmonare che sono stati sorvegliati o trasferiti il giorno successivo in un altro ospedale. Questo gruppo di casi è ora raggruppato nel DRG E86B.
- Queste ristrutturazioni hanno portato a un miglioramento della qualità complessiva del DRG di base E86.

Nei dati del 2023, erano visibili casi sovrarimunerati nel DRG E87A *«Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC dell'adulto > 119 punti risorse o età < 16 anni o...»*.

- Si trattava di low-outlier con *«CC estremamente gravi»* che, nonostante la riduzione per i low-outlier, erano ancora sovrarimunerati.
- Con il collegamento dello split PCCL > 3 e *«più di un giorno di degenza»*, il problema è stato risolto.
- Nell'ambito di queste ristrutturazioni, la prestazione di base *«Cure palliative specializzate, da 7 giorni di trattamento»* è stata eliminata dal DRG E87A.

3.2.7 MDC 05 Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare

In seguito allo sviluppo del sistema 14.0, per lo sviluppo della versione 15.0 avevamo previsto di verificare la rappresentazione dei codici 39.56.3* *«Riparazione di vasi toracici con patch tissutale»* nel sistema. Ciò ha comportato diverse modifiche:

- Il gruppo di codici 39.56.3- è stato rimosso dal DRG di base F59 e dal DRG F59F ad esso assegnato.
- Il gruppo di codici è stato incluso nel DRG di base F31, nel DRG F31C e nel DRG F90A.
- Inoltre, con la sua inclusione nel DRG F06B, il codice 39.56.31 *«Riparazione dell'aorta toracica con patch tissutale»* è stato equiparato agli altri codici del gruppo 39.56.3-.

In una domanda è stato descritto che, nel contesto della chirurgia a cuore aperto, viene eseguita sempre più spesso contemporaneamente l'ablazione a cielo aperto per tachiaritmia. Tuttavia, l'uso aggiuntivo di risorse intraoperatorie dovuto a questa misura ablativa supplementare non verrebbe preso in considerazione nella logica del DRG. Al fine di rappresentare adeguatamente le ablazioni durante la chirurgia a cuore aperto, occorre pertanto verificare l'inclusione dei codici 37.33.10, 37.33.11 e 37.33.19 *«Asportazione o distruzione del sistema di conduzione del cuore, a cielo aperto,...»* nella tabella F03-17.

- Dopo un attento esame, i due codici CHOP 37.33.11 *«Asportazione o distruzione del sistema di conduzione del cuore, a cielo aperto, misure ablativo per tachiaritmia»* e 37.33.19 *«Asportazione o distruzione del sistema di conduzione del cuore, a cielo aperto, altro»* sono stati inclusi nella tabella F03-17.
- L'inclusione del codice 37.33.10 *«Asportazione o distruzione del sistema di conduzione del cuore, a cielo aperto, NAS»* è stata verificata ma a causa dei risultati insufficienti non è stata inclusa nella tabella.

Secondo un richiedente, i pazienti con piede diabetico per i quali vengono eseguite misure angiologiche e chirurgiche combinate durante una degenza non sono remunerati in modo appropriato. Un intervento chirurgico, come l'amputazione, è spesso preceduto da un intervento angiologico, come l'angioplastica percutanea transluminale o lo stenting, per migliorare la perfusione.

Una possibile soluzione per verificare l'omogeneità del DRG F13C sarebbe quella di tenere conto degli interventi in più tempi esaminando almeno due trattamenti a una distanza minima di un giorno. Se il numero di casi non fosse sufficiente per un nuovo DRG, la sequenza di consultazione potrebbe essere adattata in modo che gli interventi in più tempi siano esaminati prima della condizione *«PCCL > 3»*, al fine di garantire una distribuzione più equa dei costi.

- L'esame dell'omogeneità del DRG F13C relativo alla separazione dei costi per gli interventi di riparazione o revisione in più tempi ha dimostrato che l'introduzione di un nuovo DRG non era attuabile a causa del numero insufficiente di casi.
- Tuttavia, l'adeguamento della sequenza di consultazione, che tiene conto degli interventi in più tempi prima dello split PCCL, ha permesso di migliorare la remunerazione dei casi interessati ed è stato quindi implementato.

Abbiamo ricevuto diverse richieste riguardanti la rappresentazione dei Drug Coated Ballons (DCB), Drug Eluting Stents (DES), nonché la considerazione di una remunerazione supplementare per gli stent biorassorbibili (BRS) nel DRG F24. Inoltre, le richieste esterne relative alla logica del F24 hanno evidenziato alcune imprecisioni e confusioni.

Le analisi interne dei casi del F24 hanno evidenziato che il gruppo di codici 39.C1* «Numero di stents impiantati» è stato erroneamente codificato in combinazione con 36.08.2- «Impianto percutaneo transluminale di stents con liberazione di sostanza medicamentosa in arterie coronarie» (DES) per indicare il numero di stents, invece di codificare più volte il 36.08.2-. Nella CHOP, al punto 9.C1* è presente un'esclusione che esclude la codifica supplementare di un codice 36.08*. Questa codifica errata ha portato alla classificazione in DRG che, all'interno del F24, sono meglio valutati, e quindi a una rivalutazione inappropriata dei casi codificati in modo errato.

Poiché vi sono casi combinati in cui vi è sia l'impianto di DES sia l'impianto di stent in vasi periferici, e sarebbe quindi necessario codificare 39.C1*, questi codici sono stati finora inclusi nel DRG F24. Per ridurre in futuro al minimo i falsi incentivi e rendere la rappresentazione del DRG F24 più comprensibile, per lo sviluppo del sistema 15.0 si è deciso di eliminare tutti i codici 39.C1* dal DRG F24 e di ottimizzare la logica all'interno del DRG F24 attraverso vari adattamenti:

- Il F24B inferiore esistente e i due F24C sono stati fusi nel F24B.
- I due F24D esistenti sono stati riuniti nel nuovo F24C.
- I DRG F24E e F24F sono stati fusi nel nuovo DRG F24D.
- I casi con insufficienza totale NYHA III/IV continuano a essere raggruppati nei DRG F24B o F24C, ma non più nel nuovo DRG F24D.
- Il codice 00.66.3A «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie attraverso le collaterali del vaso interessato» è stato incluso nel DRG F24C.
- Il codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» è stato incluso nella tabella F24-10 affinché sia equiparato al codice 00.66.38 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie, trombolisi selettiva».
- I casi combinati da 00.66.21 «Angioplastica coronarica [PTCA] mediante palloncino a rilascio di sostanza medicamentosa», 00.4C.1- «Inserzione di palloncini a rilascio di sostanza medicamentosa, numero» (DCB) e DES sono stati rivalutati nel DRG F24.
- Sono stati analizzati gli stents biorassorbibili codificati con 36.08.2- per i DES, più il codice supplementare per il materiale 39.C2.11 «Stent biorassorbibile». Le analisi hanno dimostrato che la maggior parte dei casi è remunerata in modo appropriato, ma che i casi con codifica multipla di 36.08.2- beneficerebbero di una rivalutazione. Per questo motivo, la codifica multipla dei DES nel DRG F24 è stata rivista e adattata contemporaneamente alle fusioni, ma non è stata stabilita alcuna remunerazione supplementare.
- In questo contesto, anche il numero di DCB utilizzati è stato nuovamente esaminato e rivalutato di conseguenza.

A causa dei costi per caso particolarmente elevati dell'Ospedale Pediatrico di Zurigo nel DRG F36 e di una logica di consultazione complessa, l'intero DRG è stato rivisto:

- Nel DRG di base F36, i casi con punti di terapia intensiva bassa «Terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse» sono stati inclusi in combinazione con una procedura OR.

Di conseguenza, tali casi sono inclusi nel DRG F36 a partire da una bassa intensità e in caso di intervento contemporaneo.

- La condizione di split del punto nodale per i precedenti DRG superiori F36A e F36B è stata spostata al punto nodale per i DRG inferiori F36A, F36B e F36C. Il punto nodale originale e i DRG F36A e F36B sono stati quindi eliminati.
- Nel punto nodale rimanente per i DRG F36A, F36B e F36C, i punti di terapia intensiva per bambini e adulti sono stati ridotti al fine di rivalutare i casi con punti di terapia intensiva bassi nel F36B.
- La condizione di split «*Paraplegia/tetraplegia*» non è più stata considerata un elemento di differenziazione dei costi, per cui è stata eliminata e anche il DRG F36A così creato è stato eliminato.
- Il DRG F36 ha ora un solo DRG F36A e un DRG F36B, oltre ai restanti DRG F36C, F36D e F36E, ciò ha semplificato la logica di consultazione.

Durante lo sviluppo del sistema 15.0, siamo venuti a conoscenza di un problema nella rappresentazione dell'impianto, della revisione o della rimozione dei sistemi di assistenza cardiocircolatoria e respiratoria. In particolare, si trattava di codici identici con le forme di accesso «*percutanea*» e «*chirurgica a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso)*», che generava confusione nella pratica. Per la CHOP 2026, si è quindi deciso di raggruppare questi codici. Al fine di facilitare questo raggruppamento per gli sviluppi futuri, la rappresentazione di ciascun codice nel sistema è stata verificata e adattata sulla base di simulazioni positive.

- I codici identici con i percorsi di accesso descritti sono ora rappresentati in modo uniforme.
- Inoltre, nel DRG F37A è stato incluso un gruppo di codici equivalente. Con la codifica dei seguenti codici, è stata effettuata la rivalutazione del DRG F37A:
 - 37.6A.42 «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo destro, percutaneo*»
 - 37.6A.44 «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, percutaneo, con forza pulsante potenziale fino a massimo 2,5 l/min*»
 - 37.6A.45 «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, percutaneo, con forza pulsante potenziale da più di 2,5 l/min fino a meno di 5,0 l/min*»
 - 37.6A.46 «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, percutaneo, con forza pulsante potenziale da almeno 5,0 l/min fino a meno di 5,5 l/min*»
 - 37.6A.47 «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, percutaneo, con forza pulsante potenziale di 5,5 l/min e più*»
 - 37.6A.4F «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo destro, chirurgico a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso)*»
 - 37.6A.4H «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, chirurgico a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso), con forza pulsante potenziale fino a massimo 2,5 l/min*»

- 37.6A.4I «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, chirurgico a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso), con forza pulsante potenziale da più di 2,5 l/min fino a meno di 5,0 l/min*»
- 37.6A.4J «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, chirurgico a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso), con forza pulsante potenziale da almeno 5,0 l/min fino a meno di 5,5 l/min*»
- 37.6A.4K «*Impianto di sistema di assistenza cardiocircolatoria, con pompa, senza funzione di scambio gassoso, endovasale (intracardiaco incluso), del ventricolo sinistro, chirurgico a cielo aperto per via extratoracica (es. denudamento di vaso), con forza pulsante potenziale di 5,5 l/min e più*»
- Anche due codici non interessati dal raggruppamento sono stati rivalutati nel DRG F37A:
 - 37.6A.81 «*Impianto di contropulsatore aortico [IABP], chirurgico a cielo aperto*»
 - 37.6A.82 «*Impianto di contropulsatore aortico [IABP], percutaneo*»

Abbiamo ricevuto diverse richieste per una rivalutazione del DRG F50, in particolare per quanto riguarda i pazienti con il trattamento principale 37.34.12 «*Ablazione per tachiaritmia, ablazione a radiofrequenza con punta raffreddata*», che, soprattutto in relazione alla diagnosi principale fibrillazione atriale (I48*), sono stati considerati altamente deficitari. Inoltre, ci è stato chiesto di creare una remunerazione supplementare per 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca [EIC]*», oppure di implementarlo all'interno del DRG F50 come criterio di split.

- L'introduzione di una remunerazione supplementare per 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca [EIC]*» è stata esaminata, ma non è stata ritenuta ragionevole a causa della composizione dei casi. Inoltre, il numero insufficiente di casi non ha permesso di utilizzare il 37.28 come criterio di split.
- L'analisi del DRG F50 nel suo complesso ha mostrato un buon tasso di copertura in tutta la Svizzera, motivo per cui le osservazioni descritte non hanno potuto essere confermate.
- Tuttavia, analisi più dettagliate hanno rivelato una rappresentazione deficitaria dei casi con 37.34.1.- «*Procedura di ablazione per tachiaritmia*».
- È stato introdotto un nuovo DRG F50A sopra al DRG F50A esistente a scopo di ottimizzazione. Si tratta di casi che comprendono:
 - almeno due ablazioni per tachiaritmia (37.34.1 e 37.34.31) in giorni diversi o
 - occlusione percutanea dell'orecchietta sinistra (37.90.10) in combinazione con un'ablazione per tachiaritmia (37.34.1) e una sede dell'ablazione per tachiaritmia, atrio sinistro o ventricolo sinistro (37.34.24 e 37.34.25).
- I casi altamente costosi con queste costellazioni sono ora raggruppati nel nuovo DRG F50A, ciò aumenta la remunerazione del nuovo F50A.
- Il vecchio DRG F50A è stato rinominato nel nuovo DRG F50B, pur mantenendo le condizioni attuali.
- Il vecchio F50B sarà ora trattato come un nuovo F50C.

Abbiamo inoltre ricevuto una serie di richieste relative al DRG F59, tra cui la richiesta di assegnare il codice 39.75.15 «*Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, trombolisi selettiva*» al DRG F59D, includendolo nelle tabelle F59-3 e F59-10 ed equiparandolo al codice 39.75.16 «*Intervento vascolare percutaneo transluminale, altri vasi, trombolisi selettiva, assistita ecograficamente*».

Inoltre, è stato richiesto di includere le diagnosi I81 «*Trombosi della vena porta*» e I87* «*Altre complicanze venose*» nell'elenco delle diagnosi F59-1, in modo che i casi con un intervento vascolare specifico contemporaneo da 39.B-J- dall'elenco delle procedure con determinati codici 39.B* possano essere raggruppati nel DRG F59D.

- Durante la verifica delle osservazioni, si è constatato che il codice 39.75.15 era già incluso nella tabella F59-3.
- L'inclusione aggiuntiva nella tabella F59-10 è stata considerata ragionevole e supportata da un risultato di calcolo positivo, per cui sia il 39.75.15 che il 39.75.16 sono ora inclusi nelle tabelle F59-3 e F59-10.
- L'inclusione di I81 e I87* nel DRG F59 e la loro assegnazione al DRG F59D sono state riviste. Il codice diagnostico I81 «*Trombosi della vena porta*» è rappresentato in modo soddisfacente nella MDC 07, dove riteniamo debba rimanere.
- Tuttavia, dopo varie simulazioni, si è deciso, sulla base dei risultati, di includere le seguenti complicanze venose in combinazione con specifici interventi vascolari percutanei transluminali dalla tabella F59-11 nel DRG F59E:
 - I87.00 «*Sindrome post-trombotica senza ulcera*»
 - I87.01 «*Sindrome post-trombotica con ulcera*»
 - I87.1 «*Compressione venosa*»
 - I87.20 «*Insufficienza venosa (cronica) (periferica) senza ulcera*»
 - I87.21 «*Insufficienza venosa (cronica) (periferica) con ulcera*»
 - I87.8 «*Altri disturbi specificati delle vene*»

Per quanto riguarda il DRG F62 «*Insufficienza cardiaca e shock*», abbiamo ricevuto una richiesta che evidenziava dei deficit all'interno del DRG nel suo complesso, ma in particolare nei DRG F62A, F62B e F62D. È stato proposto di adattare gli split PCCL per i DRG F62A e F62B, abbassandoli o dissociandoli da altri criteri. Inoltre, è stato richiesto l'esame di un elenco di codici di diagnosi specifici per lo split tra F62C e F62D allegato alla richiesta.

- Diverse analisi del tasso di copertura non hanno evidenziato significative coperture insufficienti dei costi.
- Dopo numerose simulazioni di diverse varianti di split PCCL, lo split per il DRG F62A è stato completato con il criterio «*PCCL > 4*».
- Sono stati esaminati tutti i codici di diagnosi proposti, ma nessuno è risultato adatto come criterio di split, motivo per cui non è stato effettuato alcun adattamento.

Diversi richiedenti hanno chiesto di esaminare l'equiparazione dei codici 35.F4.23 «*Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto (bioprotesi), per via endovascolare*» e 35.F2.26 «*Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale, per via transapicale*» con il codice CHOP 35.F2.25 «*Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), transapicale mediante sistema percutaneo apicale di accesso e chiusura*». L'obiettivo era quello di valutare se questi codici potessero essere inclusi nella tabella F98-10 e quindi essere rivalutati passando dal DRG F98C al DRG F98B.

È stata inoltre richiesta la rivalutazione delle valvuloplastiche mini-invasive della valvola mitrale e tricuspide, in particolare in relazione al numero di clip utilizzate secondo 35.J1.- «*Numero di clip applicati in una ricostruzione di valvole cardiache*», sempre con l'obiettivo di ottenere una potenziale riclassificazione di queste procedure dal DRG F98C al DRG F98B.

In seguito a simulazioni complete, sono stati infine implementati i seguenti adattamenti:

- I codici citati sono stati inclusi nella tabella F98-10 contemporaneamente ad altre sostituzioni mini-invasive della valvola mitrale o tricuspide con bioprotesi. I nuovi codici aggiunti sono i seguenti:

- 35.F2.24 «Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto (bioprotesi), transapicale»
 - 35.F2.26 «Sostituzione della valvola mitrale mediante xenoinnesto (bioprotesi) con ancoraggio transapicale, per via transapicale»
 - 35.F2.33 «Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto, stentless, per via endovascolare»
 - 35.F2.34 «Sostituzione della valvola mitrale con xenoinnesto, stentless, transapicale»
 - 35.F4.23 «Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto (bioprotesi), per via endovascolare»
 - 35.F4.24 «Sostituzione della valvola tricuspide con xenoinnesto (bioprotesi), transapicale»
- È stato creato un nuovo DRG F98C specificamente per le valvuloplastiche mini-invasive della valvola mitrale e tricuspide. Questo include ora, senza ulteriori condizioni, i seguenti codici CHOP:
- 35.E2.13 «Valvuloplastica della valvola mitrale, per via endovascolare, transarteriosa»
 - 35.E2.14 «Valvuloplastica della valvola mitrale, per via endovascolare, transvenosa»
 - 35.E2.15 «Valvuloplastica della valvola mitrale catetere-guidata, transapicale»
 - 35.E4.14 «Valvuloplastica della valvola tricuspide catetere-guidata, transapicale»
 - 35.E4.15 «Valvuloplastica della valvola tricuspide, per via endovascolare, transarteriosa»
 - 35.E4.16 «Valvuloplastica della valvola tricuspide, per via endovascolare, transvenosa»
- Il DRG F98C esistente è stato rinominato senza variazioni nel nuovo DRG F98D.

3.2.8 MDC 06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente

Abbiamo ricevuto una richiesta via e-mail in cui si descriveva che, per un'incisione dell'intestino tenue (45.02), era stata codificata in aggiunta una laparotomia al fine di raggiungere un DRG con valorizzazione superiore. Ciò è stato giustificato da una codifica per analogia che era valida per la versione 12.0.

Tuttavia, questa codifica per analogia poteva essere utilizzata solo per l'intervento specifico 43.42.11 «Asportazione locale di lesione o tessuto dello stomaco, chirurgica a cielo aperto» e non era quindi trasferibile a codici CHOP simili.

- Abbiamo quindi verificato la qualità della rappresentazione dei codici CHOP 45.01-.03. Fino ad ora, questi non erano rilevanti per il raggruppamento. Tuttavia, è emerso che la rappresentazione nel sistema era adeguata.
- È stato possibile creare una nuova tabella e includere i codici nel DRG G04.

In una richiesta si evidenziava come l'enterocolite da *Clostridium difficile* possa prolungare la degenza ospedaliera e comportare costi maggiori, ad esempio a causa di misure igieniche aggiuntive. È stata avanzata la richiesta di rivalutare questi costi aggiuntivi all'interno della matrice CC.

- In seguito alle nostre analisi, i codici ICD A04.7* «Enterocolite da *Clostridium difficile*» sono stati inclusi nel DRG G67C.
- La logica del DRG G67A è stata rafforzata in modo che tutti i casi di enterocolite debbano soddisfare la condizione LOS > 1.

- L'ADRG G46 è stato escluso, in modo da potervi continuare a rappresentare i casi con endoscopia in modo appropriato.

Nell'ambito della procedura di richiesta, è stata presentata una richiesta per le resezioni rettali. È stato descritto che la presenza di lesioni endometrioidiche nell'intestino, asportate durante lo stesso intervento, comportava un ulteriore e maggiore impiego operatorio. È stata richiesta una rivalutazione della diagnosi nel DRG G17B.

- Le analisi hanno confermato questa costellazione impegnativa.
- In seguito a tale verifica, la diagnosi N80.5 «*Endometriosi dell'intestino*» è stata inclusa nel DRG G17B e i casi sono stati quindi rivalutati in modo appropriato.

In un'altra richiesta, ci è stato fatto notare che il codice CHOP 42.99.39 «*Altro intervento all'esofago, sistema antireflusso di assistenza alla funzione dello sfintere esofageo inferiore, altro*» non è rilevante per il raggruppamento e che un caso del genere era stato raggruppato nel DRG medico G72.

- Le nostre analisi hanno confermato che, a causa della struttura dei costi, era appropriato rappresentare questo intervento chirurgico nella logica di consultazione.
- Il codice CHOP 42.99.39 «*Altro intervento all'esofago, sistema antireflusso di assistenza alla funzione dello sfintere esofageo inferiore, altro*» è stato quindi incluso come procedura OR nel DRG di base G19.

Un richiedente ci ha chiesto di esaminare i casi con interventi e il codice CHOP 47.11 «*Appendicectomia incidentale, nel corso di laparoscopia per altre ragioni*» nel DRG di base G22 «*Appendicectomia*».

- È stato effettuato un rafforzamento della logica nel DRG di base G22
- e il codice CHOP 47.11 «*Appendicectomia incidentale, nel corso di laparoscopia per altre ragioni*» è stato eliminato dalla funzione «*Procedure specifiche*».

Nell'ambito della revisione dei casi, sono state esaminate tutte le richieste ed è emerso che la remunerazione di alcuni casi all'interno del DRG G86 non copriva i costi. Questi casi avevano il codice CHOP 96.3A «*Trapianto fecale*», che finora non era rilevante per il raggruppamento.

- È stato quindi possibile implementare un nuovo split «*Procedura specifica per malattie infiammatorie intestinali*» con il codice CHOP 96.3A «*Trapianto fecale*» per un nuovo G86A.

3.2.9 MDC 07 Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas

Un utente ha richiesto una verifica della copertura dei costi nel DRG H01. Inoltre, il richiedente ha notato che i casi con pancreatemie (52.5- e 52.6-) sono raggruppati nel DRG H33 in caso di complicazioni specifiche. Questi casi dovrebbero essere rappresentati insieme nel DRG di base H01 e differenziati con gli split corrispondenti.

- A seguito della richiesta e delle nostre analisi, è stata creata una nuova tabella con i codici CHOP 52.5/.6- e questa è stata inclusa nella base H01.
- È stato creato un nuovo split all'interno del DRG H01 e quindi un nuovo H01A sulla base dei seguenti criteri di split:
 - «*Terapia a pressione negativa*» o
 - «*TIC > 196/360 punti risorse*» o
 - «*TIC > 185 e TCIMC > 185 punti risorse*»
- Ciò consente di avere una remunerazione adeguata per questi casi.

Un altro utente ha chiesto di esaminare la svalutazione di 51.02 «*Colecistostomia con tre quarti*». La richiesta di tale esame è stata giustificata dal fatto che la puntura della cistifellea è inclusa in una colecistostomia eseguita contemporaneamente e non rappresenta un impiego supplementare di risorse significativo, poiché dura due minuti e la cannula per la puntura è già inclusa nel set operatorio.

- Le nostre analisi hanno potuto confermare che i casi con questo codice CHOP sono raggruppati in un DRG con valorizzazione superiore, sebbene non siano identificabili costi aggiuntivi rilevanti.
- Di conseguenza, questi codici CHOP sono stati spostati dal DRG di base H05 al H06:
 - 51.02 «Colecistostomia con tre quarti»
 - 51.03 «Altra colecistostomia»
 - 51.04 «Altra colecistotomia»
- Ciò è accompagnato da una svalutazione, i casi con colecistectomia sono ora raggruppati in modo appropriato nel DRG di base H07, in base alla sequenza di consultazione, mentre i casi con una colecistostomia eseguita singolarmente sono raggruppati nel H06.

Secondo un'altra richiesta, alcune complicazioni come le perdite biliari, il delirio o il trattamento complesso IMC comportano una degenza ospedaliera più lunga all'interno del DRG di base H07 «Colecistectomia». Secondo il richiedente, tali complicazioni non sono remunerate in modo adeguato.

- Le nostre analisi non hanno confermato questa tesi. Sono stati invece identificati e rivalutati altri criteri di split nel DRG H07A:
 - Nuovo criterio di split «PCCL > 3»
 - «TIC/TCIMC per adulti > 119»
- Il criterio di split «Trombocitopenia», invece, è stato rimosso dal DRG H07B, poiché non vi si sono verificati casi.

Un'altra richiesta riguardava il DRG H41 «ERCP e terapia fotodinamica o interventi endoscopici sull'esofago». In particolare, i costi sarebbero significativamente più elevati per i casi di morte, che sarebbero quindi fortemente sottorimunerati. Secondo il richiedente, i casi dovrebbero essere raggruppati nel DRG H37.

- Questa proposta non si è rivelata appropriata.
- Tuttavia, l'analisi del numero di casi menzionati ha permesso di identificare altri criteri.
- È stato creato un nuovo H41A con i seguenti criteri:
 - «ERCP e PCCL > 3» o
 - «Costellazioni impegnative per neoplasia maligna»
 - «TIC/TCIMC per adulti > 119 punti risorse»

Nell'ambito delle analisi di tutte le richieste, sono stati rilevati casi impegnativi all'interno del DRG H62. È stato quindi possibile identificare e rivalutare i seguenti criteri di split:

- La tabella diagnostica «Paralisi cerebrale» è stata inclusa nel DRG H62A.
- Uno split con «Età < 16 anni» e il gruppo di codici S36.2- «Traumatismo del pancreas» sono stati inclusi nel DRG H62B.

3.2.10 MDC 08 Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo

I dati del 2023 hanno evidenziato che nel DRG di base I02 «Trapianti di tessuto o cute altamente impegnativi, eccetto che nella mano o procedure OR specifiche in quattro tempi o intervento microvascolare» erano presenti casi molto costosi che non erano adeguatamente rappresentati. Inoltre, il DRG I12A «Infezione/infiammazione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC estremamente gravi o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC dell'adulto > 119 punti risorse» conteneva casi con trapianto di cute che vi erano sottorimunerati.

- Il «DRG I12A» è stato incluso nel DRG di base I02, con l'associazione della «Procedura OR specifica in quattro tempi».
- Rivalutazione degli interventi con «Procedura OR specifica in quattro tempi» nel DRG I02B.
- Creazione di un nuovo DRG I02A con la condizione «PCCL > 4».

La nuova verifica dei dati del 2023 sul consumo di risorse per le «*Fusioni di vertebre con stabilizzazione della colonna vertebrale, da 12 segmenti e più*» all'interno dell'ADRG I09 «*Fusione vertebrale o sostituzione di corpo vertebrale da 2 impianti*» ha dimostrato che questi casi sono sottorimunerati nel I09B.

- Nella versione 15.0, i casi di fusione per la stabilizzazione da 12 segmenti sono ora raggruppati nel DRG I09A «*Fusione vertebrale complessa di una correzione della postura o stabilizzazione da 12 segmenti o terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse*».

Un utente ci ha chiesto di verificare l'omogeneità all'interno del DRG I10B «*Altri interventi sulla colonna vertebrale con intervento specifico o trazione con dispositivo Halo o età < 16 anni o diagnosi complessa o procedura OR specifica in più tempi o terapia intensiva complessa dell'adulto > 119 punti risorse*».

- Le analisi hanno mostrato che i casi con un codice CHOP da 7A.73.13 a -.1F /7A.73.23 a -.2F «*Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre, approccio dorsale e dorsolaterale, 3 segmenti e più*» non sono adeguatamente remunerati nel DRG I10B.
- Questo gruppo di casi è stato incluso nello split per il DRG I10A «*Altri interventi sulla colonna vertebrale o trazione con dispositivo Halo con CC estremamente gravi o intervento su localizzazioni multiple o intervento specifico o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/184 punti risorse*».

L'analisi dei casi nel DRG di base I11 «*Ricostruzione per malformazione o allungamento di arti (testo vecchio)*» ha evidenziato casi costosi che non sono stati remunerati in modo adeguato.

- I DRG I11A e I11B sono stati condensati nel DRG I11Z «*Osteotomia di arti o intervento specifico per malformazione*».
- È stato creato un nuovo DRG I19Z «*Impianto di dispositivo interno di allungamento di ossa degli arti*».
- Alcuni casi nei DRG di base I08 e I13 sono stati rivalutati. I casi con «*Allungamento*» o una diagnosi principale «*Malformazione di arti*» e «*Osteotomia*» con «*dispositivo di fissazione esterna*» sono ora raggruppati nei DRG I08B e I13A.

Un utente ci ha fatto notare che il posizionamento di dispositivi di fissazione esterna mediante sistema ad anello in combinazione con altri dispositivi di fissazione esterna non ha senso nella logica dal punto di vista medico. Ci è stato dunque chiesto di verificare questa logica.

- Di conseguenza, la logica di combinazione è stata rimossa.
- I casi con un codice CHOP 84.72 «*Applicazione di dispositivo di fissazione esterna, sistema ad anello*» sono ora raggruppati senza ulteriori condizioni nel DRG I13B «*Interventi su omero, tibia, perone e caviglia, con intervento multiplo, intervento bilaterale specifico o procedura/diagnosi complessa*».
- Inoltre, si è potuta stabilire la logica anche nei DRG I07A «*Amputazione con CC estremamente gravi o procedura specifica*» e I12A «*Infezione/inflammatione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo con CC estremamente gravi o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC dell'adulto > 119 puni risorse*».

Un'altra richiesta riguardava la rivalutazione del codice aggiuntivo CHOP 00.90.32 «*Impianto alloplastico*», con la motivazione che i materiali alloplastici sono utilizzati per il rinforzo, la plastica sostitutiva o la ricostruzione del tendine della spalla e che, tra l'altro, questi materiali sono notevolmente più costosi rispetto, ad esempio, a una sutura o un'ancora di sutura.

- Nelle analisi, il codice CHOP 00.90.32 non si è rivelato appropriato per una maggiore valutazione delle prestazioni elencate.

- Tuttavia, i codici CHOP 83.88.11 e -.12 «*Rinforzo di tendine, Spalla e ascella/braccio e gomito*» e 83.88.21 e -.22 «*Tenoplastica sostitutiva, Spalla e ascella/braccio e gomito*» hanno evidenziato un elevato consumo di risorse.
- Questi codici CHOP sono stati inclusi nello split per il DRG I29A «*Interventi complessi su scapola, clavicola, coste o spalla con intervento specifico o terapia intensiva complessa neonati/bambini > 130 punti risorse*». Così questi interventi sono stati rivalutati nella versione 15.0.

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

I dati del 2023 di tutta la Svizzera hanno mostrato che lo split PCCL > 2 per il DRG J08A non è più una caratteristica chiara in grado di separare i costi.

- I DRG J08A e J08B sono stati condensati nel DRG J08Z «*Altro trapianto cutaneo o sbrigliamento con diagnosi complessa o con intervento supplementare su capo e collo*».

Il codice CHOP 86.83.1C «*Intervento di plastica riduttiva sincrono su addome, fianchi nonché schiena*» è incluso nella logica bilaterale/localizzazioni multiple per il DRG J10A. Tuttavia, poiché il codice CHOP contiene già diverse localizzazioni è stato rivalutato come unica condizione di split per il DRG J10A «*Interventi plastici su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con intervento specifico o su localizzazioni multiple*».

- Inoltre, per il DRG J10A è stato aggiunto uno split pediatrico «*Età < 16 anni*», che ha migliorato anche la qualità della rappresentazione nel DRG di base J10.

Siamo stati informati che il raggruppamento del codice ICD Z80.3 «*Tumore maligno della mammella nell'anamnesi familiare*» ha sollevato domande a livello applicativo.

- Finora, questo codice ICD è stato rappresentato nei DRG di base con tumori maligni.
- Nell'ambito della verifica, sono emersi altri codici ICD.
- Quindi, i seguenti codici ICD sono stati eliminati dalle tabelle per i tumori maligni della mammella J06-1, J14-1, J23-1, J25-1 e J62-1:
 - D48.6 «*Tumori di comportamento incerto o sconosciuto: Mammella*»
 - N60.1 «*Mastopatia cistica diffusa*»
 - Z80.3 «*Tumore maligno della mammella nell'anamnesi familiare*»
- Inoltre, le logiche dei DRG di base J06, J14, J23 e J25 sono state adattate in modo tale che i tumori maligni della mammella siano ora raggruppati in questi DRG di base solo come diagnosi principale e sono così rivalutati.

Nell'ambito della MDC 09, abbiamo notato casi sottorimunerati con interventi multipli che finora non soddisfacevano le condizioni «*Procedure OR complesse in più tempi o TIC/TCIMC > 196/360 punti risorse*» per il DRG di base J33.

- Con l'integrazione della funzione globale «*Procedure OR specifiche in più tempi*» in combinazione con «*TIC/TCIMC per adulti > 184 punti risorse*», nelle condizioni per il DRG di base J33, questi casi sono ora adeguatamente rappresentati.

Finora, l'esecuzione di un tumor board non era rappresentata nella MDC 09. Nei dati del 2023, abbiamo trovato ancora un numero di casi molto basso con questa costellazione. Tuttavia, questi casi erano significativamente sottorimunerati e ora, con l'inclusione della funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoformazione maligna*» nella condizione di split per il DRG J62A, sono rappresentati in modo adeguato.

Secondo un richiedente, i casi con una terapia antibiotica endovenosa della durata superiore a 7 giorni comportano costi più elevati all'interno del DRG J64D «*Infezione/inflammatione della pelle e del*

tessuto sottocutaneo ed età > 15 anni». Ci è stato chiesto di rivalutare il gruppo di codici CHOP 99.22.18-1B «*Iniezione o infusione di sostanza antiinfettiva, da 7 giorni di trattamento*» nel DRG J64C.

- Riteniamo che una semplice rivalutazione del gruppo di codici CHOP 99.22.18-1B non sia opportuna in quanto comporterebbe falsi incentivi.
- Tuttavia, siamo stati in grado di identificare casi costosi che, a causa dell'erisipela o della cellulite flemmonosa in combinazione con la terapia antibiotica, presentavano un consumo maggiore di risorse.
- Pertanto, i casi con erisipela o cellulite flemmonosa come diagnosi principale e terapia antibiotica endovenosa della durata di almeno 14 giorni sono stati rivalutati nel DRG J64A.
- Analogamente, i casi con un PCCL > 2 e una terapia antibiotica endovenosa della durata di almeno 14 giorni sono stati rivalutati nel DRG J64A.

3.2.12 MDC 10 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Un utente ci ha chiesto di esaminare i casi con la diagnosi principale tumori ghiandole surrenali C74. Ci è stato fatto notare che questi casi sono attualmente raggruppati nel DRG K64 «*Malattie endocrine*», che non riflette il reale costo terapeutico. In particolare, i casi di neuroblastoma, feocromocitoma/paraganglioma maligno e carcinoma corteccia surrenale hanno una durata di degenza significativamente più lunga e costi più elevati a causa delle immunoterapie.

- È stato creato un nuovo DRG K86A sopra al vecchio DRG K86A, con uno split pediatrico di età < 16 anni in combinazione con:
 - C74 «*Tumore maligno della ghiandola surrenale*» o C75 «*Tumore maligno di altre ghiandole endocrine e strutture correlate*»
 - o 99.28.11-13 «*Altra immunoterapia...*»
- Il vecchio DRG K86A è diventato il nuovo DRG K86B con la stessa condizione di età < 16 anni.
- Il vecchio DRG K86B è diventato il nuovo K86C.

3.2.13 MDC 11 Malattie e disturbi dell'apparato urinario

Nell'ambito della procedura di richiesta, è emerso che i DRG L04A e L04B hanno una struttura dei costi e costi medi simili. Il criterio di split con il codice CHOP 58.93.11 «*Impianto di protesi di sfintere vescicale*» non può quindi più essere distinto dallo split pediatrico «*Età < 16 anni*» nel DRG L04B.

- I due DRG L04A e L04B sono stati quindi riuniti e rappresentati in un unico DRG (L04A), mentre il DRG L04C è stato eliminato in quanto obsoleto.

Un richiedente ha descritto che la nefrectomia parziale è sottorimunerata rispetto alla nefrectomia totale. La motivazione fornita è che la nefrectomia parziale viene utilizzata per preservare gli organi ed è quindi più costosa a causa della maggiore durata dell'intervento e dei costi più elevati dei materiali.

- Le nostre analisi hanno potuto dimostrare dei costi più elevati.
- Di conseguenza, il codice CHOP 55.4 «*Nefrectomia parziale*» è stato incluso nel DRG L13B.
- In questo modo numerosi casi sono stati rivalutati e adeguatamente remunerati.

Un utente ci ha chiesto di esaminare se la distinzione tra infezioni dell'apparato urinario con o senza ostruzione sia appropriata. Importanza è stata data principalmente al DRG L63.

Tuttavia, le nostre analisi hanno dimostrato che una distinzione non è appropriata nel DRG L63, ma lo sarebbe nel DRG L42.

- Di conseguenza, nel DRG L42 «*ESWL per calcolosi urinaria*», la tabella delle diagnosi «*Calcoli all'apparato urinario*» è stata corretta in modo da includere solo i codici con calcoli delle vie urinarie. Sono stati eliminati i seguenti codici:
 - K66.2 «*Fibrosi retroperitoneale*»
 - N13.- «*Idronefrosi...*»
 - N13.5 «*Inginocchiamento e stenosi dell'uretere senza idronefrosi*»
 - N23 «*Colica renale non specificata*»

Nell'ambito delle nostre analisi, i criteri di split sono stati perfezionati nel DRG L60:

- Oltre alla cateterizzazione ureterale già menzionata, nel DRG L60A sono stati rivalutati gli interventi di moderata gravità sull'apparato urinario.
- La cateterizzazione ureterale (in combinazione con l'insufficienza renale acuta) è stata inclusa nel DRG L60C e anche la tabella con interventi di moderata gravità sull'apparato urinario è stata rivalutata.

Abbiamo ricevuto la richiesta di includere il gruppo di codici CHOP 59.8X.- «*Cateterizzazione ureterale*» nel DRG operatorio L20, per metterlo sullo stesso piano dei codici CHOP 56.0X «*Rimozione di ostruzione ureterale e di pelvi renale per via transuretrale*».

- Un'inclusione nel DRG L20 si è rivelata inadeguata: le simulazioni hanno rivelato un numero molto elevato di spostamenti di casi da altri DRG, nei quali i casi sono meglio rappresentati.
- I codici CHOP sono stati invece rivalutati in diverse costellazioni nei DRG L60/L63:
 - nel L60A (in combinazione con la dialisi e l'insufficienza renale acuta)
 - nel L60C (in combinazione con l'insufficienza renale acuta)
 - nel L63A

Un'altra richiesta riguardava un gruppo eterogeneo di casi all'interno del DRG L63 «*Infezioni dell'apparato urinario*», senza fornire indicazioni concrete. Dopo numerose analisi e simulazioni, sono stati definiti nuovi criteri di split:

Nel DRG L63A raggruppano ora casi con:

- «*Isolamento da contatto da 14 giorni di trattamento*» o
- «*PCCL > 3*» o
- «*Interventi di moderata gravità sull'apparato urinario*» o
- «*Biopsia renale*» o
- «*Cateterizzazione ureterale*»

Inoltre, nell'ambito delle analisi, alcuni interventi diagnostici specifici sull'apparato urinario si sono rivelati dispendiosi.

- I codici CHOP 55.01.10 «*Nefrotomia, percutanea transrenale*», 55.01.99 «*Nefrotomia, altro*», 55.11 «*Pielotomia*», 55.21 «*Nefroscopia*», 55.22 «*Pieloscopia*», 55.92 «*Aspirazione percutanea renale (pelvi)*» e 56.31 «*Ureterosopia*» sono stati inclusi nei seguenti DRG:
 - L63B
 - L64A
 - L68A

3.2.14 MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile

Fino ad ora, i trapianti di tessuto con anastomosi microvascolare non erano rappresentati nella MDC 12. Ora, nei dati del 2023 sono emersi casi costosi nella MDC 12 che presentano questo codice.

- Nella versione 15.0, i codici CHOP per «*Trapianti di tessuto con anastomosi microvascolare*» sono stati pertanto inclusi nel DRG M37Z.

3.2.15 MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio

Nel DRG O02B «*Parto vaginale con intervento impegnativo o procedura specifica con diagnosi specifica*», sono emersi casi che non sono rappresentati in modo adeguato alle risorse impiegate.

- Le analisi hanno permesso di identificare la terapia intensiva complessa e il trattamento complesso IMC come un chiaro separatore di costi.

- La terapia intensiva complessa e il trattamento complesso IMC con più di 119 punti risorse sono già rappresentati nel DRG di base O38.
- Tuttavia, i casi nel DRG O02B presentavano punti risorse inferiori e pertanto è stata stabilita un'ulteriore condizione di split per il DRG O02A con «TIC/TCIMC per adulti > 59 punti risorse».

Nell'ambito delle nuove analisi sul travaglio prolungato, è stata rilevata una sopravvalutazione del codice ICD O63.9 «*Travaglio prolungato non specificato*» nei DRG O02A e O60C.

- Il codice ICD O63.9 è stato eliminato dalle corrispondenti condizioni di split per i DRG O02A e O60C.

Secondo un richiedente, i parti vaginali con induzione del travaglio, rappresentati dal gruppo di codici CHOP 73.* «*Altri interventi di induzione e di assistenza al parto*», sono significativamente sottorimunerati nei DRG O60C e O60D. È stato pertanto richiesto che questo gruppo di codici CHOP venga rivalutato come unica condizione di split nel DRG O60B «*Parto vaginale con diagnosi complicanti multiple o diagnosi specifica con procedura specifica...*».

- Nessuna delle procedure del gruppo di codici CHOP 73.* era adatta a essere rivalutata nel DRG O60B.
- Tuttavia, nell'ambito delle analisi, è stato possibile identificare un'altra caratteristica in grado di separare i costi adatta come criterio di split.

Il codice ICD D62 «*Anemia acuta post-emorragica*» in combinazione con il gruppo di codici CHOP 99.04.1- «*Trasfusione di concentrato di eritrociti, secondo il numero di unità*» è stato quindi incluso come condizione di split nel DRG O60B.

3.2.16 MDC 15 Neonati

Un richiedente ci ha fatto notare che i neonati non sani non erano rappresentati in modo appropriato nei DRG P66D e P67D rispetto ai neonati sani. La richiesta si è rivelata particolarmente difficile da elaborare a causa della definizione poco chiara di neonato «*non sano*», ma dopo molte analisi la richiesta è stata elaborata come segue:

- I punti risorse per TIC/TCIMC neonati/bambini sono stati ridotti o nuovamente inclusi nei DRG P66A, P66B, P66C, P67A e P67B (vedi capitolo 3.1.1 «*Medicina intensiva*»).
- Inoltre, la variabile «*trasferito*» è stata aggiunta allo split per il DRG P66B per rappresentare meglio i neonati che devono essere trasferiti per motivi specifici, come ad esempio una malattia.

Un altro richiedente ci ha segnalato una possibile sopravvalutazione del codice CHOP 93.9F.11 «*Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti*».

- Le analisi hanno mostrato che era possibile migliorare la rappresentazione spostando la tabella P67-4 dallo split per il DRG P67B allo split per il DRG P67C.
- In seguito a questa ristrutturazione, i neonati di peso superiore a 2499 g e con uno dei seguenti codici sono ora inclusi nel P67C senza ulteriori condizioni:
 - 93.9F.11 «*Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti*»
 - 93.9G.21 «*Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, fino a 3 giorni*»
 - 93.9G.22 «*Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, CPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, più di 3 giorni*»
 - 93.9G.41 «*Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, fino a 3 giorni*»

- 93.9G.42 «Ventilazione a pressione positiva tramite maschera, BiPAP, controllo e ottimizzazione di un'impostazione in essere, più di 3 giorni»

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

Durante la revisione della qualità della rappresentazione dei casi all'interno del DRG di base Q61 «*Malattie dei globuli rossi*», è emerso che alcuni casi nei DRG Q61B e Q61C non venivano remunerati in modo appropriato.

- La logica per il DRG Q61A «*Malattie dei globuli rossi più di un giorno di degenza con CC gravissime o diagnosi specifica complessa, o procedure complicanti*» è stata rivista in modo che lo split PCCL esistente sia aumentato da > 3 a > 4. Inoltre, si è potuta stabilire la condizione «*Procedura OR complicante*».
- Lo split PCCL > 3 è stato ora incluso per il DRG Q61B «*Malattie dei globuli rossi con diagnosi specifica complessa o CC estremamente gravi o età < 16 anni*».

3.2.18 MDC 17 Neoplasie ematologiche e solide

Secondo un utente, i casi con una chemioterapia altamente complessa e isolamento protettivo in stanza speciale da 28 giorni di trattamento, nonché i casi con un PCCL > 4, sono chiaramente sottorimunerati nel DRG R50B. È stata richiesta una rivalutazione nel DRG R50A.

- Per una rivalutazione nel DRG R50A i casi erano troppo poco costosi. Tuttavia, una sottorimunerazione dei casi nel DRG R50B era chiaramente visibile e le costellazioni menzionate dal richiedente si sono rivelate dei chiari separatori di costi.
- È stato quindi creato un nuovo DRG R50B. I casi con il codice CHOP 99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*» e il gruppo di codici CHOP 99.84.5B-5F «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 28 giorni di trattamento*» o i casi con un PCCL > 4 sono ora raggruppati in questo nuovo DRG e vi sono rappresentati in modo appropriato.

Nell'ambito della procedura di richiesta, ci è stata chiesta una svalutazione del codice ICD E88.3 «*Sindrome da lisi tumorale*» nella matrice CC della MDC 17. Secondo il richiedente, il trattamento viene spesso effettuato con soluzioni o liquidi non specifici o con sostituzioni di elettroliti e influisce quindi in modo eccessivo sul raggruppamento.

- Il codice ICD è rappresentato come diagnosi complessa all'interno della MDC 17 nei DRG di base R60, R61 e R63.
- I dati del 2023 hanno confermato una sopravvalutazione nei suddetti DRG di base.
- Tuttavia, la svalutazione del codice ICD nella matrice CC della MDC 17 non si è rivelata appropriata.
- Con l'eliminazione del codice ICD dalle condizioni di split per i DRG R60A, R61C e R63B è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata nella MDC 17.

3.2.19 MDC 18B Malattie infettive e parassitarie

Un richiedente ci ha fatto notare che i casi con R57.2 «*Shock settico*» e degenza in un'unità di terapia intensiva erano sottorimunerati nel DRG T60B. Per ovviare a questa situazione, è stato proposto di integrare la condizione di split nel punto nodale per i DRG T60A/T60B e T60B/T60C con il criterio dello «*Shock settico*», in modo che questi casi vengano raggruppati nel DRG T60A. Inoltre, ci è stato chiesto di verificare se i punti risorse per TIC/TCIMC all'interno del DRG T60 siano appropriati come criteri di split. Nell'ambito di un'altra richiesta, è stato chiesto l'aumento della remunerazione dei casi nel DRG T64, ad esempio implementando uno split PCCL nel DRG T64C.

- Dopo numerose analisi, i punti risorse per la terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC per bambini sono stati ridotti nel DRG di base T60 e nei DRG T60A e T60F (vedi capitolo 3.1.1 «*Medicina intensiva*»).
- R57.2 «*Shock settico*» è stato incluso nel punto nodale senza alcuna condizione aggiuntiva, il che significa che i casi interessati possono essere raggruppati nel DRG T60B o rivalutati nel DRG T60A se sono soddisfatti i corrispondenti criteri di split.
- Nell'ambito dell'elaborazione della richiesta di rivalutazione del DRG T64, il codice R57.2 come diagnosi secondaria e 99.84.16-1F «*Isolamento da contatto da 7 giorni di trattamento*» sono stati inclusi nello split per il DRG T64A, in modo che siano rivalutati anche qui i casi interessati.

3.2.20 MDC 19 Malattie e disturbi psichici

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, abbiamo notato casi nel DRG di base U60 da un giorno di degenza «*Malattie e disturbi psichici, un giorno di degenza*», che hanno avuto una breve degenza in un'unità di terapia intensiva e sono stati poi trasferiti per lo più in una clinica psichiatrica. Un onere supplementare dovuto al trattamento complesso di medicina intensiva era chiaramente visibile.

- È stato creato un nuovo DRG U60A, in cui sono ora raggruppati gli adulti con trattamento complesso di medicina intensiva con più di 59 punti risorse.

3.2.21 MDC 20 Uso di alcool e droghe e disturbi psichici indotti da alcool e droghe

Un utente ha richiesto la verifica di uno split con PCCL > 2 nel DRG V02A «*Dipendenza, intossicazione, disturbi comportamentali multipli...*».

- La richiesta si è rivelata inappropriata.
- Invece, i casi con sindrome da astinenza con delirio (F1*.4) e i casi con TIC/TCIMC > 65/119 punti risorse hanno potuto essere rivalutati nel DRG V02A e il numero di casi in questione con un valore PCCL di 3 è stato stabilito come criterio di split tra V02B e V02C.
- Anche i «*Disturbi di personalità emotivamente instabile*» (F60.30 e F60.31) si sono rivelati essere diagnosi principali adatte per un'ulteriore differenziazione.
- Allo stesso tempo, il criterio della «*Dipendenza multipla*» è stato rafforzato, passando da due a tre diagnosi.

3.2.22 MDC 23 Fattori che influenzano lo stato di salute e altro ricorso a servizi sanitari

Secondo un richiedente, le donazioni di fegato da parte di una persona vivente sono deficitarie nel DRG Z02Z «*Donazione di fegato o di rene (donazione da vivente)...*». I donatori di fegato hanno una durata di degenza più lunga, mentre i donatori di reni tendono a essere dei low-outlier. La richiesta mirava a una separazione dei due gruppi di casi.

- A questo proposito, abbiamo esaminato i dati del 2023 e abbiamo constatato che vi era solo un caso con il codice ICD Z52.6 «*Donatore di fegato*» e che il numero di casi era così basso anche nell'anno precedente che non era possibile effettuare un calcolo.
- In questo caso è necessario un calcolo su più anni di dati e si è quindi deciso di effettuare un nuovo esame con l'anno di dati 2024.

3.2.23 Rimunerazioni supplementari – correzione dei costi

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

Complessivamente è stata condotta una correzione dei costi con un importo totale di 147'996'993.05 CHF per 30'501 casi dei dati di calcolo.

3.2.24 Rimunerazioni supplementari – modifiche

Sono state stabilite le seguenti remunerazioni supplementari, basate sui codici CHOP:

- Inserimento di palloncini embolizzanti, intracranica e extracranico (testa, collo), della colonna vertebrale
- Inserimento di palloncini embolizzanti, toracico, addominale e periferico
- Trapianto di TILs [tumor infiltrating lymphocytes]

Per la remunerazione supplementare «*Embolizzazione selettiva di vasi intracranici mediante deviatori di flusso*», non viene più preso in considerazione solo il codice CHOP 39.BH.11 «*Impianto (percutaneo) transluminale di stents per flusso laminare in caso di aneurismi, vasi intracranici*», ma l'intero gruppo 39.BH.*.

Sono state ora stabilite le seguenti remunerazioni supplementari basate sui codici ATC:

- Alfa1-Antitrypsina, per via endovenosa
- Amivantamab, per via endovenosa
- Asparaginase, per via endovenosa/intramuscolare, ACY
- Atezolizumab, per via sottocutanea
- Benralizumab, per via sottocutanea
- Binimetinib, per via orale
- Cabozantinib, per via orale
- Céfidéocol, per via endovenosa
- Cytarabine e Daunorubicine, per via endovenosa
- Dupilumab, per via sottocutanea
- Elranatamab, per via sottocutanea
- Encorafenib, per via orale
- Enfortumab védotine, per via endovenosa
- Epcoritamab, per via sottocutanea
- Gemtuzumab ozogamicine, per via endovenosa
- Hydroxocobalamine, per via endovenosa
- Irinotecan, per via endovenosa
- Marstacimab, per via sottocutanea
- Natalizumab, per via endovenosa
- Ocrelizumab, per via sottocutanea
- Sacituzumab govitecan, per via endovenosa
- Satralizumab, per via sottocutanea
- Selpercatinib, per via orale
- Tepotinib, per via orale
- Trastuzumab deruxtecan, per via endovenosa
- Vedolizumab, per via sottocutanea

È stata cancellata la seguente remunerazione supplementare basata sul codice ATC:

- Sofosbuvir, Velpatasvir e Voxilaprevir, per via orale

Per le seguenti remunerazioni supplementari basate sui codici ATC, le classi di dosi sono state ampliate verso il basso:

- Emostasi IX, II, VII e X in combinazione, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Emostasi VIIa, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Blinatumomab, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Capmatinib, per via orale
- Dinutuximab bêta, per via endovenosa, CQZ
- Durvalumab, per via endovenosa
- Foscarnet, per via endovenosa
- Fibrinogeno, umano, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Gilteritinib, per via orale
- Ivacaftor, Tezacaftor e Elexacaftor, per via orale, CTK
- Nivolumab, per via endovenosa
- Obinutuzumab, per via endovenosa
- Teclistamab, per via sottocutanea
- Tocilizumab, per via sottocutanea
- Tréosulfan, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)

Per le seguenti remunerazioni supplementari basate sui codici ATC, le classi di dosi inferiori sono state cancellate:

- Abiraterone, per via orale
- Anidulafungina, per via endovenosa
- Bevacizumab, per via endovenosa (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Bortezomib, per via endovenosa/sottocutanea (riguarda anche classi di dosi pediatriche)
- Caspofungina, per via endovenosa
- Decitabina, per via endovenosa
- Infliximab, per via endovenosa/sottocutanea (riguarda una classe di dose pediatrica)
- Lenalidomide, per via orale
- Pemetrexed, per via endovenosa
- Voriconazolo, per via orale
- Voriconazolo, per via endovenosa (riguarda anche classi di dosi pediatriche)

Per le seguenti remunerazioni supplementari basate sui codici ATC, le classi di dosi sono state ampliate verso l'alto, sulla base delle dosi fornite dai dati di tutti gli ospedali della rete 2023:

- Andexanet alfa, per via endovenosa
- Bezlotoxumab, per via endovenosa
- Emostasi VIII, per via endovenosa, Ric
- Durvalumab, per via endovenosa
- Emicizumab, per via sottocutanea
- Gilteritinib, per via orale
- Golimumab, per via sottocutanea/endovenosa
- Immunoglobulina umana antiapatite B, per via endovenosa/sottocutanea/intramuscolare
- Iloprost, per via endovenosa/inalatoria
- Isavuconazolo, per via endovenosa
- Midostaurin, per via orale
- Treprostinil, per via endovenosa/sottocutanea

- Polatuzumab vedotin, per via endovenosa
- Pomalidomide, per via orale
- Romiplostim, per via sottocutanea
- Tafamidis, per via orale
- Venetoclax, per via orale
- Von-Willebrand-Fattore e Fattore VIII in combinazione, per via endovenosa

Per la seguente remunerazione supplementare basata sul codice ATC, le classi di dosi sono state ristrutturare:

- Ponatinib, per via orale

4 Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dettagliato è descritto nel documento «Metodo di calcolo». A parte un adeguamento tecnico nella determinazione del valore di riferimento, il metodo di calcolo dei cost-weight effettivi nella versione 15.0 rispetto alla versione 14.0 rimane invariato.

4.1 Determinazione dei cost-weight

Per la versione 15.0 SwissDRG sono stati elaborati nel risultato finale 1081 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 12 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno 2022 a causa del basso numero di casi. Per altri 6 DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2023/2022/2021). 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 2024 dei dati del 2023 comprende il 96,2% 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. I cost-weight effettivi utilizzati nel calcolo del casemix per determinare il valore di riferimento sono stati corretti per tener conto delle eventuali variazioni della quantità delle prestazioni rispetto all'anno precedente. In questo modo, la remunerazione per una determinata quantità di prestazioni secondo la versione 15.0 è stata confrontata con la remunerazione per questa quantità di prestazioni secondo la versione 14.0.

Il valore di riferimento è stato quindi scelto in modo che con lo stesso anno di dati la somma dei cost-weight effettivi (case mix) dei casi, raggruppati con la versione 15.0, e la somma dei cost-weight effettivi di questi casi, raggruppati con la versione 14.0, siano identiche:

$$Case\ mix_{Versione\ 15.0}^{Dati\ 2023} = Case\ mix_{Versione\ 14.0}^{Dati\ 2023}$$

Il valore di riferimento per la versione 15.0 SwissDRG è pari a 11'097 CHF. Per la versione 14.0 è stato calcolato un valore di riferimento di 10'715 CHF.

4.3 Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni per la versione 15.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 14.0.

Per 780 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 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 15.0 risultano 185 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 186 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 14.0.

Allegato A cifre chiave per lo sviluppo del sistema

Introduzione

Nel seguente allegato vengono riportate le più importanti cifre chiave, ad es. l'erosione dei dati per lo sviluppo del sistema della versione 15.0 della struttura tariffaria SwissDRG.

Base di dati

Per la versione 15.0 sono stati utilizzati i dati del 2023. I dati complessivi della statistica medica dell'Ufficio federale di statistica contenevano i dati di 185 ospedali somatici acuti. I campione degli ospedali della rete SwissDRG è di 153.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 15.0 Dati 2023	Versione 14.0 Dati 2022
Ospedali della rete	153	152
Dati complessivi	185	187

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1'248'647 casi rilevanti per SwissDRG, corrispondenti al 96,2% dei casi somatici acuti in Svizzera.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 15.0 Dati 2023	Versione 14.0 Dati 2022
Ospedali della rete	<i>Forniti</i>	1'253'994	1'243'232
	<i>Campo applicazione SwissDRG</i>	1'248'647	1'235'163
Dati complessivi	<i>Forniti</i>	1'297'983	1'287'973
	<i>Campo applicazione SwissDRG</i>	1'297'432	1'287'215

Per la versione 15.0 sono stati esclusi 25'129 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 determinate condizioni, che potrebbero impedire un'esclusione. Per la versione 14.0 erano stati esclusi 24'709 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 96'275 casi (7,9% dell'insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l'altro sono stati esclusi completamente 17 ospedali/cliniche. Gli ospedali cancellati presentano spesso irregolarità sistematiche nei loro dati di costo. Anche aumenti dei costi inaspettati e poco plausibili e una quota significativamente sproporzionata di CUI suggeriscono che i dati sono sistematicamente errati. Inoltre, alcuni degli ospedali che hanno inviato i dati a SwissDRG SA per la prima volta nell'anno in questione sono stati cancellati. In linea di principio, dato l'elevato numero di casi, vengono eliminati anche i casi potenzialmente errati, per garantire un'elevata qualità dei dati. I dati plausibilizzati corrispondono alla

base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 15.0. Ciò ha consentito di utilizzare l'89,9% dei casi inviati a SwissDRG SA per l'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 15.0 è stato basato su 1'127'018 casi dell'anno 2023 oltre a 477 casi dell'anno 2022 e a 81 casi dell'anno 2021.

Tabella 3: erosione dei dati

Dati complessivi	Rilevamento SwissDRG	
1'297'983	1'253'994	Casi forniti
↓	↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'297'432	1'248'647	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
	↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
	1'223'293	Record di dati prima della plausibilizzazione
	↓	- Plausibilizzazione dei casi (incl. cancellazione complessiva di 14 ospedali)
	1'127'018	Casi plausibili 2022 (dati di calcolo)
		+ 477 casi dai dati 2022 + 81 casi dai dati 2021

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 15.0 Dati 2023	Versione 14.0 Dati 2022
DRG totali	1081	1071
DRG fatturabili	1077	1067
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	230	189
Rimunerazioni supplementari non valutate, allegato 3	1	1

Validità del sistema

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

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

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

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

Dispersione totale

Dispersione dichiarata

Dispersione non dichiarata

Con:

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

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

n_i : numero di casi nel DRG i

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

n : numero di casi

p : numero di DRG

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

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

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 13.0, 14.0 e 15.0, basati sui dati del 2023. La tabella 5 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 .

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2023

Versione del Grouper	Anno di dati	Tutti i casi	Inlier (in base a V15.0)
V15.0	2023	0,788	0,866
V14.0	2023	0,787	0,861
V13.0	2023	0,777	0,843

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.