



Approfondimenti e casi esemplificativi

**sulle regole e le definizioni per la
fatturazione dei casi in conformità a
SwissDRG, TARPSY e ST Reha**

Versione 5.1 del 23 giugno 2026

Se necessario, saranno integrati e pubblicati regolarmente ulteriori approfondimenti e casi esemplificativi nelle versioni successive.

Sommario

1. OSSERVAZIONI PRELIMINARI	3
2. APPROFONDIMENTI.....	4
2.1 Approfondimenti validi per l'intero campo stazionario (SwissDRG, TARPSY e ST Reha)	4
2.2 Approfondimenti validi per SwissDRG	9
2.3 Approfondimenti validi per TARPSY.....	9
2.4 Approfondimenti validi per ST Reha.....	9
3. CASI ESEMPLIFICATIVI	10
3.1 Casi esemplificativi validi per l'intero campo stazionario (SwissDRG, TARPSY e ST Reha).....	10
3.1.1 Casi esemplificativi relativi al capitolo 3.1 Raggruppamento di casi (pubblicato il 20 marzo 2012)..	10
3.2 Casi esemplificativi validi per SwissDRG.....	14
3.2.1 Casi esemplificativi relativi al capitolo 4.5 "Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni" (pubblicato il 10 maggio 2012, modificato il 1° novembre 2016, modificato il 14 maggio 2024).....	14
3.2.2 Casi esemplificativi relativi al paragrafo 4.3.1: Regole delle riduzioni per trasferimento (pubblicato il 10 maggio 2012).....	21
3.3 Casi esemplificativi validi per TARPSY	25
3.3.1 Caso esemplificativo relativo al capitolo 5.4 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori siano obbligati a erogare prestazioni (pubblicato il 1° gennaio 2018)	25
3.3.2 Casi esemplificativi relativi al paragrafo 1.5.2: Determinazione dei giorni di cura imputabili in conformità a TARPSY e ST Reha (pubblicato il 1° luglio 2018, modificato il 26 giugno 2020).....	26
3.3.3 Caso esemplificativo relativo al capitolo 3.6 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione / cambio di assicurazione / cambio di residenza (pubblicato il 17 maggio 2022).....	32
3.4 Casi esemplificativi validi per ST Reha.....	32

1. Osservazioni preliminari

Questo documento si riferisce alla versione attuale delle "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha" e si basa sulla loro struttura. Include approfondimenti (capitolo 2) e casi esemplificativi (capitolo 3).

Il capitolo 2.1 contiene approfondimenti relativi all'intero campo stazionario (SwissDRG, TARPSY e ST Reha). Si riferiscono ai capitoli da 1 a 3 delle "Regole e definizioni", che riguardano tutte le strutture tariffarie. Dal capitolo 2.2 in poi, seguono approfondimenti specifici per la struttura tariffaria (capitolo 2.2 - SwissDRG, capitolo 2.3 - TARPSY e capitolo 2.4 - ST Reha). Essi fanno riferimento ai capitoli da 4 a 6 delle "Regole e definizioni" specifiche per la struttura tariffaria.

Il capitolo 3.1 presenta casi esemplificativi che riguardano l'intero campo stazionario. Dal capitolo 3.2 in poi, seguono casi esemplificativi specifici per la struttura tariffaria.



2. Approfondimenti

2.1 Approfondimenti validi per l'intero campo stazionario (SwissDRG, TARPSY e ST Reha)

Approfondimento n. 03 (pubblicato il 23 ottobre 2012, modificato il 1° gennaio 2016, modificato il 14 maggio 2024)

Capitolo 1.3 “Definizione e fatturazione del ricovero ospedaliero”. Durata della degenza inferiore a 24 ore

In caso di una serie di trasferimenti, il secondo ricovero non ha alcun influsso per valutare se il primo ricovero sia ospedaliero o ambulatoriale. Questo vale anche per serie di trasferimenti con durata della degenza inferiore a 24 ore.

<p>Ospedale A</p>  <p>Aufenthalt < 24 h</p>	<p>Trasferimento</p> <p>→</p>	<p>Ospedale B</p>  <p>2. Aufenthalt < 24 h</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo SwissDRG, se è avvenuto un trasferimento secondo i criteri sottoelencati.</p>		<p>Fatturazione ambulatoriale, salvo che non sia soddisfatto almeno uno dei criteri seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Decesso • Trasferimento in un altro ospedale (ad eccezione dei ritrasferimenti all'ospedale A) • Pernottamento con occupazione di un letto

L'ospedale A fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il capitolo 1.3 delle regole di applicazione oppure se sono soddisfatte cumulativamente le seguenti condizioni per il trasferimento:

- il trasporto all'ospedale B viene disposto dall'ospedale A;
- il trasporto all'ospedale B prevede l'accompagnamento di almeno un professionista in campo medico che non sia contemporaneamente il conducente del veicolo;
- il trasporto è necessario dal punto di vista medico e la scelta del mezzo di trasporto è adeguata al bisogno medico;
- il mezzo di trasporto è dotato come minimo di materiale di emergenza, materiale per le medicazioni e AED (defibrillatore automatico esterno);
- Il paziente resta sotto responsabilità medica dell'ospedale A, dell'azienda di trasporti o dell'ospedale B fino all'accettazione presso l'ospedale B.

Se l'ospedale A fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera, la remunerazione per il trasporto secondario si effettua secondo il capitolo 3.4. delle regole di applicazione.

Approfondimento n. 24 (pubblicato il 5 agosto 2013)**Capitolo 1.4 Attribuzione dei casi a un gruppo di casi. Obbligo di rimborso. Prestazioni non obbligatorie**

Se nell'ambito di un ricovero stazionario vengono fornite prestazioni non obbligatorie, bisogna procedere come segue:

- il caso viene codificato interamente come previsto al capitolo 1.2 e trasmesso all'Ufficio federale di statistica nell'ambito di SpiGes.
- I costi del caso vengono inseriti per intero secondo le direttive della SwissDRG SA e trasmessi alla SwissDRG SA nell'ambito della rilevazione dei dati.
- La quota obbligatoria del caso viene addebitata all'assicuratore sociale tenuto al pagamento secondo quanto previsto dalla legge.
- La quota non obbligatoria del caso viene fatturata al paziente da parte dell'ospedale. Deve essere rispettato l'obbligo di informazione.

Sulla base del raggruppamento dei casi in un DRG e della definizione di una remunerazione supplementare non è possibile dedurre un obbligo di erogare prestazioni da parte delle assicurazioni sociali (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie risp. assicurazione contro gli infortuni, di invalidità o militare). La SwissDRG non è un catalogo delle prestazioni obbligatorie AOMS, né per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, né per l'assicurazione contro gli infortuni, di invalidità o militare.

Approfondimento n. 22 (pubblicato il 1° gennaio 2013)**Paragrafo 1.5.3 Definizione di congedo**

Il paziente è in congedo quando interrompe temporaneamente il trattamento ospedaliero in accordo con il medico curante ospedaliero, tale trattamento non è ancora concluso e durante l'assenza non viene richiesto un trattamento ospedaliero in un'altra istituzione. La prosecuzione del trattamento ospedaliero in regime di ricovero dopo un congedo non comporta una riammissione. Pertanto, si registra un congedo amministrativo e in questo caso i campi per le variabili di riammissione rimangono vuoti. Il congedo deve essere documentato.

In caso di raggruppamento dei casi in seguito a riammissione vengono compilati i campi relativi alle riammissioni. Il tempo dell'assenza tra la prima dimissione e la riammissione non viene contabilizzato come congedo amministrativo.

Approfondimento n. 30 (pubblicato il 14 maggio 2024)**Paragrafo 1.5.3 Definizione di congedo**

A partire dalla versione 13.0 (2024), una prova di reintegrazione nella vita quotidiana può essere inserita se le caratteristiche minime per la prova di reintegrazione nella vita quotidiana secondo la Classificazione svizzera delle procedure chirurgiche (CHOP) sono soddisfatte sia per TARPSY che per ST Reha.

Approfondimento n. 08 (pubblicato il 20 marzo 2012)

Capitolo 3.1 Raggruppamento di casi

Il calcolo di eventuali giorni di congedo avviene solo dopo il raggruppamento di casi (cfr. “Definizione di congedo” nel capitolo 1.5 “Durata della degenza” delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG, TARPSY e ST Reha).

In caso di raggruppamento di casi con diversi congedi amministrativi, nel raggruppamento di casi vengono sommati i singoli congedi amministrativi in ore. La somma di tutti i congedi amministrativi in ore viene successivamente convertita in giorni.

Esempio:

Caso 1: 36 ore di congedo

Caso 2: 36 ore di congedo

Dopo raggruppamento di casi: 72 ore = 3 giorni di congedo.

Questa regolamentazione rispecchia la registrazione delle ore di congedo nella rilevazione SpiGes dell'Ufficio Federale di Statistica (UST). Cfr. la lista delle variabili SpiGes:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spiges.html>

Approfondimento n. 27 (pubblicato il 20 luglio 2015)

Capitolo 3.1 Raggruppamento di casi

Se le date di dimissione dei rispettivi ricoveri sono relative a due anni diversi, non si procede ad alcun raggruppamento dei casi di anni diversi.

Scenario 1

<p>Ospedale A</p>  <p>1^a Degenza ospedaliera</p>		<p>Ospedale A</p>  <p>2^a Degenza ospedaliera Riammissione o ritrasferimento</p>
<p>Dimissione nell'anno T</p>		<p>Ammissione nell'anno T e dimissione nell'anno T+N</p>

Scenario 2

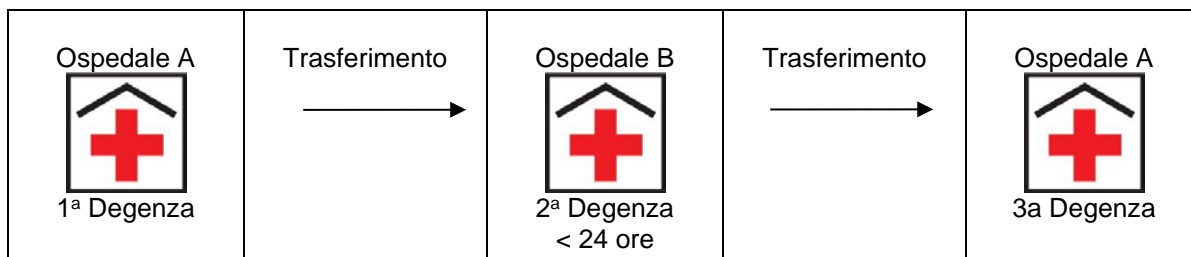
<p>Spital A</p>  <p>1^a Degenza ospedaliera</p>		<p>Spital A</p>  <p>2^a Degenza ospedaliera Riammissione o ritrasferimento</p>
<p>Dimissione nell'anno T</p>		<p>Ammissione nell'anno T+N e dimissione nell'anno T+N</p>

In entrambe le costellazioni di casi, la prima e la seconda degenza nell'ospedale A non vengono raggruppate, poiché le date di dimissione delle due degenze sono relative ad anni diversi.

Approfondimento n. 21 (pubblicato il 18 settembre 2014)

Capitolo 3.3 Prestazioni ambulatoriali esterne

Scenario 1

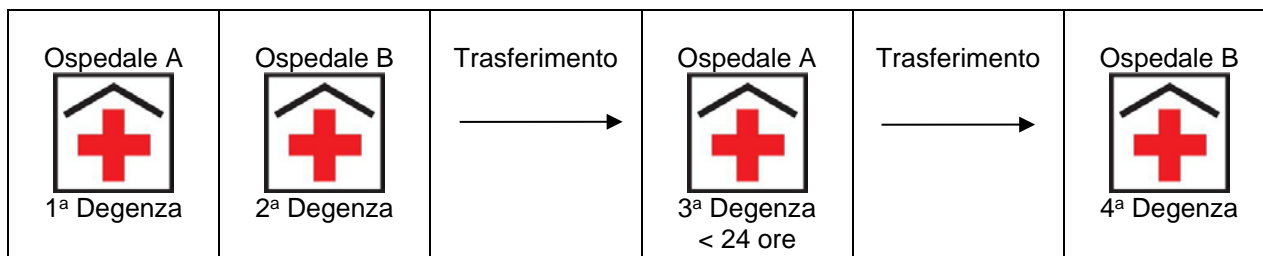


L'ospedale B fattura la degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il capitolo 1.3 delle regole di applicazione. Per tutte le altre degenze inferiori a 24 ore, l'ospedale B fattura all'ospedale A secondo il capitolo 3.3. delle regole di applicazione.

Non appena l'ospedale B fattura secondo la fatturazione ospedaliera e secondo i criteri indicati ai capitoli 4.2, 5.1 o 6.1 "Raggruppamento di casi" delle regole di applicazione, entrambi i casi (1a e 3a degenza) devono essere raggruppati nell'ospedale A.

Scenario 2

Termine per la verifica: 18 giorni civili dalla data di inserimento



L'ospedale A fattura la 3a degenza secondo la fatturazione ospedaliera se sono soddisfatte cumulativamente le condizioni 5 (censimento di mezzanotte) e 6 (occupazione di un letto) secondo il capitolo 1.3 delle regole di applicazione. Per tutte le altre degenze inferiori a 24 ore, l'ospedale A fattura all'ospedale B secondo il capitolo 3.3. delle regole di applicazione.

Se entrambe le degenze presso l'ospedale A sono ospedaliere e i criteri indicati ai capitoli 4.2, 5.1 o 6.1 "Raggruppamento di casi" delle regole di applicazione sono soddisfatti, entrambi i casi (1a e 3a degenza) devono essere raggruppati nell'ospedale A.

2.2 Approfondimenti validi per SwissDRG

Approfondimento n. 29 (pubblicato il 17 maggio 2022)

Capitolo 4.4 Neonati

Il passaggio:

«Inoltre, anche i neonati e i lattanti fino al 56° giorno dopo la nascita, indipendentemente dal fatto che una codifica corretta indichi il DRG P66D o P67D, sono considerati sani ai sensi dell'art. 29, cpv. 2, lett. d) LAMal e il caso viene fatturato all'ente assicuratore della madre, a condizione che soggiornino in ospedale esclusivamente come persone accompagnatrici della madre bisognosa di cure, malata o infortunata. A partire dal 57° giorno dopo la nascita termina l'obbligo di prestazione dell'AOMS per il lattante sano come «persona accompagnatrice». Il caso SwissDRG viene chiuso con questa data.» così come la nota a piè di pagina 26 «*Giurisprudenza del Tribunale amministrativo del Canton Berna (decisione del 30 aprile 2001)*» sono state aggiunte nelle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY (valide dal 01.01.2022).

La norma sulla fatturazione dei neonati potrà essere applicata in questa forma solo dopo che il legislatore competente (la Confederazione) avrà apportato una precisazione normativa. La regola per i neonati stabilita nelle regole di applicazione non è quindi giuridicamente vincolante. La regola può essere applicata nel senso della buona pratica, purché l'obbligo della prestazione sia stato verificato in ogni singolo caso e sia dato.

Approfondimento n. 09 (pubblicato il 20 marzo 2012, modificato il 22 ottobre 2012, modificato il 07.11.2018)

Paragrafo 4.3.1 Regole delle riduzioni per trasferimento

Sia il caso con trasferimento in uscita sia il caso con trasferimento in entrata devono ricadere nel campo di applicazione di SwissDRG, affinché sia possibile una riduzione per trasferimento. Ai fini della fatturazione il caso va indicato come ammissione o dimissione e non come trasferimento, nel caso in cui uno dei due ospedali coinvolti sia:

- un fornitore di prestazioni estero,
- una struttura di riabilitazione secondo il capitolo 2.2 oppure
- una struttura specializzata in psichiatria o nel trattamento delle dipendenze secondo il capitolo 2.2

Se la fatturazione nell'ospedale A rientra nel campo di applicazione di SwissDRG e viene effettuato un trasferimento nell'ospedale B per un trattamento ospedaliero, l'ospedale A deve applicare una riduzione per trasferimento, anche se il trattamento nell'ospedale B viene effettuato ambulatorialmente.

2.3 Approfondimenti validi per TARPSY

Al momento non ci sono approfondimenti specifici alla struttura tariffaria di TARPSY.

2.4 Approfondimenti validi per ST Reha

Al momento non ci sono approfondimenti specifici alla struttura tariffaria ST Reha.

3. Casi esemplificativi

3.1 Casi esemplificativi validi per l'intero campo stazionario (SwissDRG, TARPSY e ST Reha)

3.1.1 Casi esemplificativi relativi al capitolo 3.1 Raggruppamento di casi (pubblicato il 20 marzo 2012)

Nel testo seguente, i termini "giorni" e "giorni civili" hanno lo stesso significato.

Scenario 1:

Riammissione (capitolo 4.2.1) entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC¹ oppure allo stesso RCG di base.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



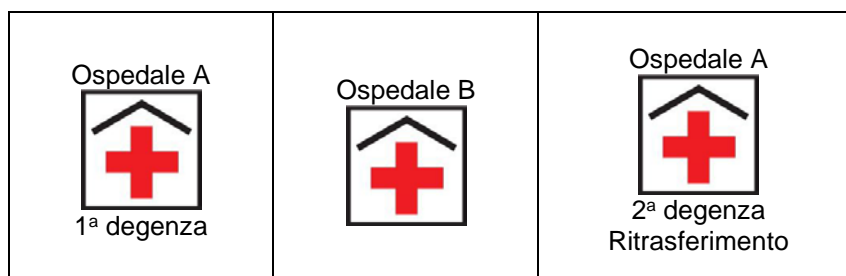
La prima e la seconda degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che,

- entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base
- la riammissione sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita
- né la prima, né la seconda degenza ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

Scenario 2:

Ritrasferimento (capitolo 4.2.2) entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC oppure nello stesso RCG di base.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima e la seconda degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che,

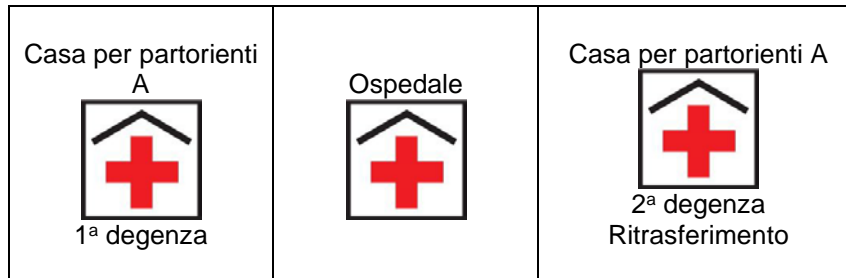
- entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base
- la riammissione in seguito a ritrasferimento sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita

¹ Tutti i casi TARPSY sono considerati come casi della stessa MDC.

Scenario 3:

Ritrasferimento in una casa per partorienti entro 18 giorni, attribuzione del caso alla stessa MDC

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima e la seconda degenza nella casa per partorienti A vengono raggruppate a condizione che,

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC
- b) la riammissione in seguito a ritrasferimento sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita

Scenario 4:

Raggruppamento di casi combinato

Ritrasferimento entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base, poi riammissione entro il periodo da considerare

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



Tutte e tre le degenze nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che

- a) la seconda e la terza degenza nell'ospedale A siano raggruppate nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base della prima degenza nell'ospedale A
- b) la riammissione in seguito a ritrasferimento per la seconda degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita
- c) anche la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita
- d) né la prima, né la seconda degenza, né la terza degenza ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

Scenario 5:

Raggruppamento di casi combinato

Riammissione entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base, poi ritrasferimento entro il periodo da considerare

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



Tutte e tre le degenze nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che,

- a) la seconda e la terza degenza nell'ospedale A siano raggruppate nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base della prima degenza nell'ospedale A
- b) la riammissione per la seconda degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita
- c) anche la riammissione in seguito a ritrasferimento per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dalla prima uscita
- d) né la prima, né la seconda degenza, né la terza degenza ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

Scenario 6:

Ritrasferimento (paragrafo 4.2.2), raggruppamento non nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base, poi riammissione (paragrafo 4.2.1) entro 18 giorni, raggruppamento nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base.

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché la seconda degenza non è stata raggruppata nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base della prima. La seconda e la terza degenza nell'ospedale A vengono raggruppate a condizione che,

- a) entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC oppure nello stesso RCG di base
- b) la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall'uscita dopo la seconda degenza
- c) né la seconda, né la terza degenza nell'ospedale A ricadano in un gruppo di casi "Eccezione di riammissione" secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

Scenario 7:

Riammissione, prima degenza in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione”. Poi nuova riammissione, raggruppamento nella stessa MDC, poi ritrasferimento, raggruppamento nella stessa MDC al di fuori del periodo da considerare

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La prima degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché è stata raggruppata in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso. La seconda e la terza degenza nell’ospedale A vengono raggruppate a condizione che

- entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC
- la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall’uscita dopo la seconda degenza
- né la seconda, né la terza degenza nell’ospedale A ricadano in un gruppo di casi “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

La quarta degenza nell’ospedale A non viene raggruppata con le precedenti degenze 2 e 3, poiché si situa al di fuori del periodo da considerare di 18 giorni.

Scenario 8:

Riammissioni, tre degenze tutte nella stessa MDC e la seconda e la terza riammissione avvengono entro 18 giorni dopo la prima dimissione, la seconda degenza ricade in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione”

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione



La seconda degenza viene fatturata con un DRG separatamente, poiché è stata raggruppata in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso. La prima e la terza degenza nell’ospedale A vengono raggruppate a condizione che,

- entrambe le degenze siano raggruppate nella stessa MDC
- la riammissione per la terza degenza sia avvenuta entro 18 giorni dall’uscita dopo la prima degenza
- né la prima, né la terza degenza nell’ospedale A ricadano in un gruppo diagnostico “Eccezione di riammissione” secondo la colonna 12 del catalogo degli importi forfettari per caso (SwissDRG).

3.2 Casi esemplificativi validi per SwissDRG

3.2.1 Casi esemplificativi relativi al capitolo 4.5 “Fatturazione nel caso in cui più assicuratori sociali siano obbligati a effettuare le prestazioni”² (pubblicato il 10 maggio 2012, modificato il 1° novembre 2016, modificato il 14 maggio 2024)

Paragrafo 4.5.1 Divisione di una fattura in presenza di una decisione dell’AI

I seguenti esempi sono forniti a scopo illustrativo e sono indipendenti dalla lista delle disabilità congenite attualmente in vigore.

1. Caso esemplificativo

Un neonato con peso alla nascita di 1600 grammi (infermità congenita 494) e sindrome di Down rimane 24 giorni in ospedale fino al raggiungimento del peso di 3000 grammi. Il DRG 2 corrisponde allora al DRG P65B (neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problema grave).

Successivamente il bambino contrae una polmonite e deve essere sottoposto a respirazione assistita per un breve periodo di tempo. Il DRG 3 corrisponde allora al DRG P67A (neonato, peso all’ammissione > 2499 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli). Rimane ancora altri 9 giorni in ospedale.

Il competente ufficio AI dispone l’obbligo ad effettuare le prestazioni per la durata di 24 giorni (raggiungimento del peso di 3000 grammi). Le prestazioni rimanenti sono quindi a carico dell’assicuratore malattia.

L’intero caso (DRG 1) ha una degenza di durata complessiva di 33 giorni e viene attribuito al DRG P65A (neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli.)

DRG	Denominazione	CW	Durata media di degenza	Soglia inferiore della degenza	Soglia superiore della degenza
P65A	Neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli	5.014	31.5	10	48
P65B	Neonato, peso all’ammissione 1500 - 1999 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problema grave	3.702	22.3	7	35
P67A	Neonato, peso all’ammissione > 2499 g senza procedura OR significativa, senza respirazione assistita > 95 ore, con problemi gravi multipli	2.263	13.6	5	30

² I DRG e le ponderazioni costi utilizzate nei casi esemplificativi sono tratti dalla struttura tariffale SwissDRG versione 0.3.

Determinazione della remunerazione:

- 1) DRG effettivamente computabile per l'intero caso: DRG 1 = DRG P65A, cw1 = 5,014;
- 2) DRG per il trattamento AI: DRG 2 = DRG P65B, cw2 = 3,702;
- 3) DRG per il trattamento coperto da altri assicuratori: DRG 3 = P67A; cw3 = 2,263;
- 4) Somma dei pesi relativi DRG 2 (3,702) + DRG 3 (2,263) = 5,965;
- 5) Percentuale del cost-weight dell'AI sul cost-weight dell'intero caso dell'esempio precedentemente illustrato: 62,1% (= 3,702 / 5,965); percentuale dell'AMal sul cost-weight dell'intero caso: 37,9% (= 2,263 / 5,965);
- 6) In tal modo per la percentuale dell'AI risulta un peso relativo di 3,114 (= 0,621*5,014) e per la percentuale dell'AMal un cost-weight di 1,900 (= 0,379*5,014).

L'ospedale fattura nel modo seguente:

- 1) Secondo la LAI vengono emesse due fatture per l'AI³:
 - a) All'AI una fattura con il 80% del prezzo base AI e cost-weight di 3,114;
 - b) Al cantone una fattura con il 20% del prezzo base AI e cost-weight di 3,114.
- 2) Secondo la ripartizione dei costi del nuovo finanziamento ospedaliero vengono emesse per l'AMal due fatture:
 - c) all'assicuratore malattia una fattura con il 45% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 1,900;
 - d) al cantone una fattura con il 55% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 1,900.

2. Caso esemplificativo

In un bambino piccolo è presente un'ernia inguinale laterale indiretta di origine congenita. Inoltre, sussiste anche una fimosi che genera disturbi. Entrambe le patologie vengono trattate chirurgicamente nel corso della stessa ospedalizzazione. In entrambi i casi si tratta di interventi elettivi. La durata complessiva della degenza ospedaliera è di 5 giorni.

L'ufficio AI competente dispone un obbligo ad effettuare le prestazioni per tutte le prestazioni correlate al trattamento dell'ernia inguinale indiretta congenita. Le prestazioni rimanenti sono quindi a carico dell'assicuratore malattia.

Per la codifica del caso complessivo (ernia inguinale e fimosi insieme) viene attribuito il DRG G25Z (interventi per ernia inguinale e femorale, età > 0 anni o interventi per altre ernie, età < 1 anno) con un cost-weight di 0,580.

Anche per la codifica della sola ernia inguinale viene attribuito il DRG G25Z e il cost-weight di 0,580.

Per la sola codifica della fimosi (intervento elettivo) viene attribuito il DRG M05Z (circoncisione e altri interventi sul pene) e un cost-weight di 0,479.

Dal momento che cw2 = cw1, l'ospedale emette solo una fattura all'AI (prezzo di base AI e cost-weight di 0,580).

³ Secondo l'art. 14^{bis} della LAI, fatto entrare in vigore dal Consiglio federale il 01.01.2013.

3. Caso esemplificativo

La durata della degenza degli split viene calcolata conformemente al capitolo 1.5 delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY. Questo comporta che la somma della durata della degenza di entrambi gli split non coincide con la durata totale della degenza.

Degenza totale

Degenza: dal 15 febbraio al 23 febbraio (= 8 giorni)
 DRG_{TOTALE}: P66B
 CW_{TOTALE}: 2.173

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza: dal 15.2. al 19.2. (= 4 giorni)
 DRG_{AI}: P66B
 CW_{AI}: 2.173

Degenza secondo l'AMal

Degenza: dal 20.2. al 23.2. (= 3 giorni)
 DRG_{AMal}: P66D
 CW_{AMal}: 0.422

$CW_{AI} = CW_{TOTALE}$ -> nessuno split della fattura

4. Caso esemplificativo

Il calcolo dei giorni di degenza secondo il capitolo 1.5 delle regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a SwissDRG e TARPSY implica che nel calcolo dei pesi dei costi si debbano attuare riduzioni per i low outlier e supplementi per gli high outlier, sia per la degenza totale sia per gli split.

Degenza totale

Degenza dal 2 aprile al 13 aprile (= 11 giorni)
 DRG_{TOTALE}: P66D
 CW_{TOTALE}: 0.473 (0.422 + 0.051 supplemento per superamento della durata massima di degenza)

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza: dal 2.4. al 9.4. (= 7 giorni)
 DRG_{AI}: P66D
 CW_{AI}: 0.422

Degenza secondo l'AMal

Degenza: dal 10.4. al 13.4. (= 3 giorni)
 DRG_{AMal}: P66D
 CW_{AMal}: 0.422

$CW_{AI} < CW_{TOTALE}$ -> split della fattura

Peso dei costi per la fattura all'AI: $0.473 * (0.422 / (0.422 + 0.422)) = 0.473 * 0.500\% = 0.2365$

Peso dei costi per la fattura all'AMal: $0.473 * (0.422 / (0.422 + 0.422)) = 0.473 * 0.500\% = 0.2365$

5. Caso esemplificativo

Se il peso dei costi di entrambi gli split coincide con il peso dei costi della degenza totale, la fattura non viene suddivisa e l'ospedale fattura all'AI l'intera durata della degenza.

Degenza totale

DRG_{TOTALE}: M04B

CW_{TOTALE}: 0.705

Degenza secondo la decisione dell'AI

DRG_{AI}: M04B

CW_{AI}: 0.705

Degenza secondo l'AMal

DRG_{AMal}: M04B

CW_{AMal}: 0.705

$CW_{AI} = CW_{TOTALE}$ -> nessuno split della fattura

Peso dei costi per la fattura all'AI: 0,705

6. Caso esemplificativo

Per gli split DRG_{AI} (corrisponde a DRG 2 secondo il paragrafo 4.5.1) e DRG_{AMal} (corrisponde a DRG 3 secondo il paragrafo 4.5.1) vengono impiegate le seguenti caratteristiche amministrative del caso originale:

- degenza prima dell'ammissione
- tipo di ammissione
- decisione per la dimissione
- degenza dopo la dimissione
- sistema
- versione del catalogo delle procedure
- versione del catalogo delle diagnosi

mentre per i due split DRG_{AI} e DRG_{AMal} valgono le seguenti caratteristiche amministrative:

- data di ammissione
- data di dimissione
- giorni di congedo
- durata di degenza
- età
- ore della respirazione assistita⁴
- peso all'ammissione

Degenza totale

Degenza dal 9 gennaio al 26 gennaio (= 17 giorni)

DRG_{TOTALE}: P66C

CW_{TOTALE}: 1.057

Degenza prima dell'ammissione:	6 – altro ospedale
Tipo di ammissione	5 – trasferimento entro 24 h
Istanza di ricovero	3 – medico
Decisione di dimissione	1 – iniziativa del medico curante
Degenza dopo la dimissione	6 – altro ospedale
Trattamento dopo la dimissione	4 – cure in regime di ricovero

Degenza secondo la decisione dell'AI

Degenza dal 9.1. al 10.1. (= 1 giorno)

DRG_{AI}: P60C

CW_{AI}: 0.248

Degenza secondo l'AMal

Degenza dal 11.1. al 26.1. (= 15 giorni)

DRG_{AMal}: P66C

CW_{AMal}: 1.057

⁴ Dalla versione SwissDRG 13.0 2024, non è più determinante per il raggruppamento.

7. Caso esemplificativo

Descrizione del caso: Il 10.05.2022, il parto avviene nell'ospedale A. Lo stesso giorno, il neonato viene trasferito all'ospedale pediatrico B. Il 13.05.2022, il neonato sano viene trasferito nell'ospedale A. La madre e il bambino vengono dimessi dall'ospedale A il 16.05.2022. Esiste una decisione dell' AI per la degenza nell'ospedale pediatrico B e per la degenza 1 nell'ospedale A.

Le due degenze del neonato nell'ospedale A vengono raggruppate (ritrasferimento dall'ospedale B). Viene effettuato uno split della fattura. Il soggiorno 1 nell'ospedale A è a carico dell'assicurazione per l'invalidità. Il soggiorno 2 nell'ospedale A è a carico dell'assicurazione sanitaria.

Ospedale A, caso intero raggruppato, DRG 1

P67C Neonato, peso all'ammissione > 2499 g con un altro problema, più di un giorno di degenza o con procedura OR non significativa, con situazione particolare

DD=4

CW1 0.46

Ospedale A, Degenza 1, DRG 2, Degenza secondo la decisione dell'AI

Tipo di dimissione : trasferimento in un ospedale acuto

P60C Neonato, trasferito < 5 giorni dopo l'ammissione o altre situazioni nella casa per partorienti

DD=1

CW2 = 0.359

Ospedale A, Degenza 2, DRG3 Degenza a carico dell'AMal

P67D Neonato, peso all'ammissione > 2499 g

Tipo di ammissione: trasferito da un ospedale acuto

DD=3

CW3 = 0.212

CW 2 < CW 1 -> Split

Parte dell'AI:

$CW 2 / (CW2 + CW 3) = 0.359 / (0.359+0.212) = 0.629$, parte dell'AI 62.9% -> cw 0.29

Parte dell'AMal:

$CW3 / (CW2 + CW3) = 0.212 / (0.359+0.212) = 0.371$, parte dell'AMal 37.1% -> cw 0.17

Per il calcolo dei DRG dei singoli casi, vengono utilizzate le caratteristiche iniziali di entrata e di uscita dei singoli casi.

Paragrafo 4.5.2 Divisione della fattura tra AMal e AINF/AM

1. Caso esemplificativo (SwissDRG V.5.0)

Un uomo subisce una frattura della diafisi femorale. Questa viene ridotta a cielo aperto e stabilizzata con osteosintesi. Durante la stessa ospedalizzazione viene trattata chirurgicamente anche una fimosi, che da lungo tempo causa disturbi crescenti. La degenza ospedaliera dura 15 giorni.

La codifica dell'intero caso (frattura femorale e fimosi) rientra nel DRG I08D (altri interventi su anca e femore) con un peso dei costi di 1,4890.

Anche per la codifica della sola frattura femorale viene attribuito il DRG I08D.

Per la sola codifica della fimosi (intervento elettivo) viene attribuito il DRG M05Z (circoncisione e altri interventi sul pene) e un peso dei costi di 0,589.

L'ospedale fattura l'intero caso all'assicuratore AINF (prezzo di base AINF e peso dei costi di 1,489).⁵ Dal momento che cw2 = cw1, l'assicuratore AINF si fa carico di tutta la fattura.

2. Caso esemplificativo (SwissDRG V.5.0)

Sei mesi dopo il trattamento mediante placca di una frattura della caviglia sinistra, la paziente lamenta un'irritazione alla fibula. Contemporaneamente soffre di dolori all'alluce valgo destro.

La rimozione dei mezzi di osteosintesi all'arto sinistro e la correzione dell'alluce valgo al piede destro vengono praticate nell'ambito dello stesso intervento. La degenza ospedaliera dura 2 giorni. In entrambi i casi si tratta di interventi elettivi.

La codifica dell'intero caso (gamba e piede) rientra nel DRG I20F (interventi al piede, età > 15 anni), con un peso dei costi di 0,629.

La codifica del solo intervento alla gamba rientra nella DRG I23B (interventi specifici eccetto che su anca e femore, età > 9 anni), con un peso dei costi di 0,535.

La codifica del solo intervento al piede rientra nel DRG I20F analogamente all'intero caso.

L'ospedale fattura l'intero caso all'assicuratore AINF (prezzo di base AINF e peso dei costi di 0,629). L'assicuratore AINF accerta che per una parte delle prestazioni fornite non è soggetto all'obbligo di remunerazione e procede a una divisione della fattura in base al capitolo 4.5.2. La fattura viene rispedita all'ospedale con la richiesta di annullarla e di emettere nuove fatture sulla base delle indicazioni dell'assicuratore AINF secondo il capitolo 4.5.2:

- all'assicuratore infortuni: $0,460 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AINF}$
- all'assicuratore malattie: $0,540 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AMal} \cdot \text{quota parte AMal}$
- al cantone: $0,540 \cdot 0,629 \cdot \text{prezzo base AMal} \cdot \text{quota parte cantone}$


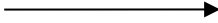

⁵ Nel presente esempio si tratta di un assicuratore contro gli infortuni secondo la LAINF. Naturalmente, un assicuratore contro gli infortuni secondo la LAMal fatturerebbe con la tariffa dell'assicurazione malattie.

3.2.2 Casi esemplificativi relativi al paragrafo 4.3.1: Regole delle riduzioni per trasferimento (pubblicato il 10 maggio 2012)

Sia l'ospedale che trasferisce sia l'ospedale che accetta il caso sono soggetti a una riduzione se la durata del ricovero del paziente nell'ospedale coinvolto si situa di più di un giorno al di sotto della durata media di degenza (DMD) del gruppo diagnostico fatturato conformemente al catalogo dei forfait per caso.




Nei seguenti casi non si applicano le regole di riduzione per trasferimento:

Scenario 1: forfait per caso di trasferimento






Ospedale A  1. Aufenthalt	Trasferimento 	Ospedale B  2. Aufenthalt
Nessuna riduzione per trasferimento se il caso rientra in un forfait per caso di trasferimento secondo il catalogo dei forfait per caso.		Nessuna riduzione per trasferimento se il caso rientra in un forfait per caso di trasferimento secondo il catalogo dei forfait per caso.

Se il caso viene rimborsato con un forfait per caso di trasferimento, trovano applicazione le regole delle riduzioni e dei supplementi per outlier secondo il capitolo 4.1.




Scenario 2: trasferimento entro 24 ore

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento < 24 h 	Ospedale B  2 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1		Nessuna riduzione per trasferimento Riduzioni e supplementi secondo il capitolo 4.1




Scenario 3a: trasferimento entro 24 ore, ulteriore trasferimento in < 24 ore

Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento < 24h 	Ospedale B  2 ^a degenza	Trasferimento < 24 h 	Ospedale C  3 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1		Nessuna riduzione per trasferimento Riduzioni e supplementi secondo il capitolo 4.1

Scenario 3b: trasferimento entro 24 ore, ulteriore trasferimento in > 24 ore




Ospedale A  1 ^a degenza	Trasferimento < 24 h →	Ospedale B  2 ^a degenza	Trasferimento > 24 h →	Ospedale C  3 ^a degenza
Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1		Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1

Scenario 3c: trasferimento entro 24 ore dopo la riammissione

Ospedale A  1 ^a degenza	Riammissione entro 18 giorni nella stessa MDC →	Ospedale A  2 ^a degenza < 24 h	Trasferimento < 24 h →	Ospedale B  3 ^a degenza
Raggruppamento dei casi del 1° e del 2° ricovero secondo il capitolo 4.2 Riduzione per trasferimento per il caso raggruppato secondo il paragrafo 4.3.1				Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1

Scenario 4: trasferimento con ritrasferimento (paragrafo 4.2.2), raggruppamento nella stessa MDC, raggruppamento dei casi

Periodo da considerare: 18 giorni civili dalla data di dimissione

<p>Ospedale A</p>  <p>1^a degenza</p>	<p>Trasferimento</p> <p>→</p>	<p>Ospedale B</p>  <p>2^a degenza</p>	<p>Ritrasferimento</p> <p>→</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>3^a degenza</p>
<p>Raggruppamento dei casi con la 3^a degenza secondo il capitolo 4.2</p> <p>Luogo di dimora prima dell'ammissione: domicilio</p>		<p>Riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1</p>		<p>Raggruppamento dei casi con la 1^a degenza secondo il capitolo 4.2</p> <p>Luogo di dimora prima dell'ammissione: domicilio</p>

Per il caso raggruppato nell'ospedale A non viene applicata una riduzione per trasferimento, dal momento che nel caso raggruppato viene riportato come "normale" sia il tipo di ammissione sia il tipo di dimissione.

Una riduzione per trasferimento secondo il paragrafo 4.3.1 troverebbe eventualmente applicazione per il caso raggruppato nell'ospedale A, nel caso in cui avesse luogo un trasferimento da un altro ospedale all'ospedale A (1^a degenza) o un trasferimento di dimissione dall'ospedale A (3^a degenza).

3.3 Casi esemplificativi validi per TARPSY

3.3.1 Caso esemplificativo relativo al capitolo 5.4 Fatturazione nel caso in cui più assicuratori siano obbligati a erogare prestazioni⁶ (pubblicato il 1° gennaio 2018)

Paragrafo 5.4.1 Suddivisione di una fattura in conformità a TARPSY, in presenza di una decisione dell'AI

Caso esemplificativo:

Una terapia psichiatrica acuta dura 20 giorni. Il competente ufficio AI dispone un obbligo di erogare prestazioni per una durata di 5 giorni. Le restanti prestazioni sono a carico dell'assicuratore malattia. L'intero caso ha una durata del ricovero complessiva di 20 giorni e ne risulta il PCG TP25C "Schizofrenia o disturbi psicotici acuti, età > 17 anni senza diagnosi secondaria somatica complicante (TARPSY versione 1.0, 2018). Il cost-weight giornaliero è di 0.996. I cost-weight dell'intero caso è di 19.92.

Determinazione della remunerazione:

1. PCG effettivamente computabile per l'intero caso: TP25C, cost-weight dell'intero caso 19.92;
2. percentuale pro rata del cost-weight AI sul cost-weight dell'intero caso dell'esempio sopraindicato: 25% (5 giorni su 20 = $5/20 = 0.25$);
percentuale dell'AMal sul cost-weight dell'intero caso: 75% (15 giorni su 20 = $15/20 = 0.75$)
3. percentuale del cost-weight dell'AI: 4.98 (= $19.92 * 0.25$);
percentuale del cost-weight dell'AMal: 14.94 (= $19.92 * 0.75$)

L'ospedale fattura nel modo seguente:



1. Secondo la LAI vengono emesse due fatture per l'AI:
 - a. all'AI una fattura con il 80% del prezzo base AI e cost-weight di 4.98;
 - b. al cantone una fattura con il 20% del prezzo base AI e cost-weight di 4.98.
2. Secondo la ripartizione dei costi del nuovo finanziamento ospedaliero per l'AMal vengono emesse due fatture:
 - a. all'assicuratore malattia una fattura con il 45% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 14.94;
 - b. al cantone una fattura con il 55% (o con la ripartizione dei costi applicabile) del prezzo di base AMal e cost-weight di 14.94.

Ai fini della separazione dei costi che eccedono il trattamento AM/AI o se per altri motivi sussiste un obbligo di erogare prestazioni temporalmente limitato di un sostenitore dei costi oppure un obbligo di erogare prestazioni di diverse assicurazioni sociali, si applica una procedura analoga.



⁶ I PCG utilizzati e i cost-weight degli esempi di casi sono presi dalla struttura tariffaria TARPSY versione 1.0.

3.3.2 Casi esemplificativi relativi al paragrafo 1.5.2: Determinazione dei giorni di cura imputabili in conformità a TARPSY e ST Reha (pubblicato il 1° luglio 2018, modificato il 26 giugno 2020)


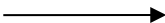

Scenario 1a: prestazioni ambulatoriali durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana, valido fino al 31.12.2019

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018, ore 08.00 – 10.01.2018, ore 10.00</p>	<p>Prova di reintegrazione nella vita quotidiana</p> <p>→</p> <p>71.5 ore = 2.98 giorni = 2 giorni</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01.2018, ore 09.30 – 18.01.2018, ore 11.00</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Le prestazioni ambulatoriali durante il congedo amministrativo confluiscono nella codifica ospedaliera	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>non trasferito</u>
<p>1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 / 18 giorni: 18 giorni – 2 giorni prova di reintegrazione nella vita quotidiana = 16 giorni + 1 giorno di cura secondo il contratto relativo alla struttura tariffaria = 17 giorni di cura conteggiabili</p>		


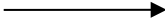

Scenario 1b: prestazioni ambulatoriali durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana, valido fino al 31.12.2019

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018, ore 08.00– 10.01.2018, ore 10.00</p>	<p>Prova di reintegrazione nella vita quotidiana</p> <p>→</p> <p>71.5 ore = 2.98 giorni = 2 giorni</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>13.01.2018, ore 09.30 – 18.01.2018, ore 11.00</p>
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Le prestazioni ambulatoriali durante il congedo amministrativo confluiscono nella codifica ospedaliera	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
<p>1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 / 17 giorni: 17 giorni – 2 giorni prova di reintegrazione nella vita quotidiana = 15 giorni + 1 giorno di cura secondo il contratto relativo alla struttura tariffaria = 16 giorni di cura conteggiabili</p>		




Scenario 2a: raggruppamento di casi

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Dimissione con ritorno a casa  72 ore	Spital A  13.01. – 18.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>non trasferito</u>	Prestazioni ambulatoriali a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) 13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) = 15 giorni di cura conteggiabili		



Scenario 2b: raggruppamento di casi

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Ospedale B  72 ore	Ospedale A  13.01. – 18.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>trasferito</u>	Fatturazione ospedaliera secondo la struttura tariffaria applicata	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: <u>trasferito</u>
Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) 13.01.2018 – 18.01.2018 = 5 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) = 14 giorni di cura conteggiabili		


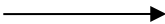

Scenario 3: arresto della prova di reintegrazione nella vita quotidiana

<p>Ospedale A</p>  <p>01.01.2018 –</p>	<p>03.01.2018 prova di reintegrazione nella vita quotidiana a partire dalle ore 8.00</p> <p style="text-align: center;">—————></p> <p style="text-align: center;">5 ore</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>Ricovero breve (ad es. per unità terapeutica)</p>	<p>03.01.2018 prova di reintegrazione nella vita quotidiana a partire dalle ore 15.00</p> <p style="text-align: center;">—————></p> <p style="text-align: center;">20 ore</p>	<p>Ospedale A</p>  <p>04.01. – 18.01.2018</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY</p>				<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: trasferito</p>
<p>1 fattura 01.01.2018 – 18.01.2018 = 17 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)</p> <p>Se il paziente, durante la prova di reintegrazione nella vita quotidiana rientra nella clinica A, lo si considera un arresto della prova di reintegrazione nella vita quotidiana. In caso di arresto della prova di reintegrazione nella vita quotidiana, devono essere soddisfatte le seguenti condizioni: l'arresto deve essere indicato dal punto di vista medico e deve avere luogo un contatto con un professionista sanitario in ambito medico o psicologico. Nell'esempio si tratta di 2 prove di reintegrazione nella vita quotidiana separate, purché siano soddisfatte le condizioni sopra indicate. Nessuna di queste due assenze dura più di 24 ore e pertanto entrambe non devono essere prese in considerazione nel calcolo della durata del ricovero.</p>				


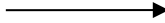

Scenario 4: interruzione di una prova di reintegrazione nella vita quotidiana

<p>Ospedale A</p>  <p>10.01.2027, ore 09:00</p>	<p>prova di reintegrazione nella vita quotidiana pianificata per più di 24 ore</p> <p style="text-align: center;">—————></p>	<p>Ospedale A</p>  <p>11.01.2027, ore 20:00</p>
<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY</p>		<p>Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY</p>
<p>Se, nel corso di una prova di reintegrazione nella vita quotidiana, il paziente torna in ospedale esclusivamente per ritirare dei medicinali, consumare un pasto o per una ragione simile, ciò non è considerato un arresto della prova di reintegrazione nella vita quotidiana.</p>		


Scenario 5: prova di reintegrazione nella vita quotidiana senza riammissione

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Prova di reintegrazione nella vita quotidiana pianificata per 72 ore 	Ospedale A 
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Prestazioni ambulatoriali dopo l'inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana programmata a carico del sostenitore dei costi	Il paziente non rientra dalla prova di reintegrazione nella vita quotidiana
1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di ammissione = Inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana		




Scenario 6: prova di reintegrazione nella vita quotidiana e ammissione nell'ospedale B

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Prova di reintegrazione nella vita quotidiana pianificata per 72 ore 	Ospedale B  12.01.2018 – 20.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY	Prestazioni ambulatoriali dopo l'inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana programmata a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: trasferito
Ospedale A: 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = Inizio della prova di reintegrazione nella vita quotidiana Ospedale B: 1 fattura 12.01.2018 – 20.01.2018 = 8 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)		

Scenario 7a: evasione⁷ senza riammissione




Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Evasione 	Ospedale A 
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto		Il paziente non ritorna
1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1) Data di dimissione = data dell'evasione		

Scenario 7b: evasione dalla psichiatria ricovero in cure somatiche acute nello stesso giorno civile


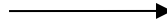

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Evasione 	Ospedale B  10.01.2018 – 13.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY, la durata del soggiorno, calcolata in base alla regola "1.5.2 Determinazione dei giorni di cura imputabili", dev'essere ridotta di un giorno. Tipo di dimissione: sconosciuto	Se viene fornito un trasporto verso un ospedale acuto, si tratta di un trasporto primario	Fatturazione ospedaliera secondo SwissDRG
Ospedale A: 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018 = 9 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo) Data di dimissione = data dell'evasione Ospedale B: 1 fattura 10.01.2018 – 13.01.2018 = 3 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo)		

⁷ In caso di evasione, un'uscita deve essere registrata solo dopo un'assenza di 24 ore

Scenario 7c: evasione con riammissione e raggruppamento di casi

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Evasione 	Ospedale A  15.01.2018 – 30.01.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto	Prestazioni ambulatoriali durante l'evasione a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: non trasferito
<p>Raggruppamento di casi: 1 fattura 01.01.2018 – 30.01.2018</p> <p>01.01.2018 – 10.01.2018 = 10 10 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1)</p> <p>Data di dimissione = data dell'evasione</p> <p>15.01.2018 – 30.01.2018 = 16 giorni (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1)</p> <p>= 26 giorni di cura conteggiabili</p>		

Scenario 7d: evasione con riammissione

Ospedale A  01.01.2018 – 10.01.2018	Evasione 	Ospedale A  20.03.2018 – 30.03.2018
Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY Tipo di dimissione: sconosciuto	Prestazioni ambulatoriali durante l'evasione a carico del sostenitore dei costi	Fatturazione ospedaliera secondo TARPSY; Tipo di dimissione: non trasferito
<p>Ospedale A: 1 fattura 01.01.2018 – 10.01.2018</p> <p>= 10 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo + 1)</p> <p>Data di dimissione = data dell'evasione</p> <p>Ospedale A: 1 fattura 20.03.2018 – 30.03.2018</p> <p>= 11 giorni di cura conteggiabili (numero di giorni di cura = data di dimissione ./ data di ammissione ./ giorni di congedo+1)</p>		

3.3.3 Caso esemplificativo relativo al capitolo 3.6 Ricoveri che si estendono su due o più periodi di fatturazione / cambio di assicurazione / cambio di residenza (pubblicato il 17 maggio 2022)

Eccezione dei pazienti forensi di lunga durata

Caso esemplificativo 1:

Un paziente entra in psichiatria forense il 1° luglio 2021 e ne esce il 26 febbraio 2025:

- Prima fattura dal 1° luglio 2021 (ammissione) al 31 dicembre 2022: Per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° luglio 2021 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° luglio 2021 al 31 dicembre 2022. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2022 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2022)
- Seconda fattura dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2023 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2023 al 31 dicembre 2023. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2023 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2023)
- Terza fattura dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2024 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2024 al 31 dicembre 2024. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2024 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura di fine anno 2024)
- Quarta fattura dal 1° gennaio 2025 al 26 febbraio 2025: per il raggruppamento del caso, si tiene conto del valore HoNOS del 1° gennaio 2025 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) nel periodo dal 1° gennaio 2025 al 26 febbraio 2025. Il prezzo base valido il 26 febbraio 2025 sarà utilizzato per la fatturazione. (fattura d'uscita 2025).

I dati relativi alle prestazioni ed ai costi del caso per il periodo dal 1° luglio 2021 (ammissione) al 26 febbraio 2025 (dimissione) sono trasmessi alla SwissDRG SA e all'Ufficio federale di statistica con il valore HoNOS del 1° luglio 2021 e le prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) e i costi per il periodo dal 1° luglio 2021 al 26 febbraio 2025.

Caso esemplificativo 2:

Un paziente entra in psichiatria forense il 1° luglio 2021 e ne esce il 31 dicembre 2022:

In questo caso, sarà emessa un'unica fattura per un caso verificatosi tra il 1° luglio 2021 e il 31 dicembre 2022: ai fini del raggruppamento del caso, si terrà conto del valore HoNOS del 1° luglio 2021 e delle prestazioni (CHOP, ICD-10, ecc.) durante il periodo dal 1° luglio 2021 al 31 dicembre 2022. Il prezzo base valido al 31 dicembre 2022 sarà utilizzato per la fatturazione. (Fattura di uscita 2022)

3.4 Casi esemplificativi validi per ST Reha

Al momento non esistono casi esemplificativi specifici validi solo per la struttura tariffaria ST Reha.