



Modifiche della struttura tariffaria SwissDRG versione 16.0 rispetto alla versione 15.0

- 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
2	Elaborazione dei dati	5
2.1	Dati di costo	5
2.2	Correzione in base alle componenti di costo.....	5
2.3	Controllo di plausibilità dei casi	5
2.4	Qualità dei dati della rilevazione dettagliata	6
3	Sviluppo del Grouper	7
3.1	Panoramica sui principali punti di sviluppo della versione 16.0.....	7
3.1.1	Politrauma	7
3.1.2	Ustioni gravi.....	8
3.1.3	Riabilitazione precoce	9
3.1.4	Pediatria	9
3.1.5	Terapia intensiva	10
3.1.6	Medicina palliativa	12
3.1.7	Matrice CC	13
3.1.8	Adeguamento della metodologia di calcolo.....	13
3.2	Revisione della classificazione DRG	14
3.2.1	Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC	14
3.2.2	Altre ristrutturazioni inter-MDC.....	14
3.2.3	Pre-MDC	17
3.2.4	MDC 01 Malattie e disturbi del sistema nervoso	18
3.2.5	MDC 02 Malattie e disturbi dell'occhio.....	19
3.2.6	MDC 03 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola.....	20
3.2.7	MDC 04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio.....	21
3.2.8	MDC 05 Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare.....	23
3.2.9	MDC 06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	28
3.2.10	MDC 07 Malattie e disturbi dell'apparato epatobiliare e del pancreas	31
3.2.11	MDC 08 Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo.....	32
3.2.12	MDC 09 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella.....	36
3.2.13	MDC 10 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	38
3.2.14	MDC 11 Malattie e disturbi dell'apparato urinario	39
3.2.15	MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile.....	39
3.2.16	MDC 13 Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile	40
3.2.17	MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio	41
3.2.18	MDC 15 Neonati	42
3.2.19	MDC 17 Neoplasie ematologiche e solide.....	42
3.2.20	MDC 19 Malattie e disturbi psichici	44
3.2.21	MDC 21A Politrauma	45
3.2.22	MDC 21B Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci.....	45
3.2.23	MDC 22 Ustioni.....	45
3.2.24	MDC 23 Fattori che influenzano lo stato di salute e altro ricorso a servizi sanitari.....	45
3.2.25	Rimunerazioni supplementari- correzione dei costi	45
3.2.26	Rimunerazioni supplementari- modifiche.....	45

4	Metodo di calcolo	49
4.1	Determinazione dei cost-weight.....	49
4.2	Calcolo del valore di riferimento	49
4.3	Calcolo di supplementi e riduzioni.....	49
	Allegato A cifre chiave per lo sviluppo del sistema.....	50
	Base di dati	50
	Numero di DRG.....	51
	Validità del sistema	52

Introduzione

Il presente documento illustra le modifiche apportate alla versione 16.0 (dati del 2024) rispetto alla versione 15.0 (dati del 2023) 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 16.0 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 2024.
- 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 2025*».

1.1 Adeguamento della codifica medica

Per l'anno a cui si riferiscono i dati (2024) è stato tenuto conto delle classificazioni seguenti:

- ICD-10-GM 2022
- CHOP 2024

1.2 Registrazione di medicinali e sostanze costosi

La «*Lista dei medicinali e delle sostanze rilevabili nella statistica medica*» per quanto riguarda i dati del 2024 è stata rivista 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 produzioni interne al fine di raccogliere dati, in particolare relativi ai prodotti realizzati internamente, come i TILs o i radioligandi.

Le remunerazioni supplementari sono state perfezionate sulla base dei dati di costo del 2024. Inoltre, i dati di prezzo dei medicinali sono stati plausibilizzati, tra l'altro, con l'ausilio degli elenchi delle specialità (ES) del 2025 e del 2026.

Per l'anno di dati 2024, nell'ambito dei medicinali costosi, un numero leggermente maggiore di ospedali ha trasmesso informazioni a SwissDRG SA. Il numero di ospedali che hanno trasmesso dati relativi a impianti e procedure costosi è invece diminuito leggermente, pur rimanendo superiore al livello dell'anno dei dati 2022. Per garantire un ulteriore sviluppo delle remunerazioni supplementari basato sui dati, SwissDRG SA necessita di queste informazioni dettagliate.

2 Elaborazione dei dati

Il processo di elaborazione dei dati è descritto nel documento «*Direttive per i dati 2024*», parte B. Il processo è stato leggermente rivisto rispetto alla versione precedente. Come negli anni precedenti, il controllo di plausibilità dei casi è stato adattato alle nuove classificazioni e ulteriormente sviluppato.

2.1 Dati di costo

Gli ospedali hanno potuto fornire i dati di costo 2024 analogamente all'anno precedente, nel formato con 80 colonne (file dei costi per caso) oppure nel formato SpiGes. Per l'ulteriore elaborazione, i dati nel formato SpiGes sono stati convertiti nel formato precedente. Questa soluzione transitoria è stata applicata esclusivamente per l'anno di dati 2024.

2.2 Correzione in base alle componenti di costo

Analogamente alla versione precedente, i costi nella versione 16.0 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. dosi dei medicinali, durata della dialisi continua). L'importo determinato è quindi detratto dalla rispettiva componente di costo. A tal fine, vengono utilizzate anche informazioni degli ospedali tratte dai questionari della fornitura dei dati. Si tratta di dati sulla contabilizzazione di costi per varie procedure con rilevanza per le remunerazioni supplementari.

Tutti gli ospedali utilizzati per lo sviluppo del sistema non hanno costi per la ricerca e l'insegnamento universitario (RIU) oppure regolano internamente i costi sostenuti prima di fornire i dati a SwissDRG SA. A questo proposito non è stato necessario alcun intervento da parte di SwissDRG SA.

2.3 Controllo di plausibilità dei casi

Nell'ambito della fornitura dei dati del 2025 (dati 2024), 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 erranei. 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 45'000 casi. SwissDRG SA cerca sempre una discussione periodica approfondita con i singoli ospedali, al fine di illustrare i problemi sistematici e sensibilizzare in merito alla qualità dei dati forniti.

2.4 Qualità dei dati della rilevazione dettagliata

In linea di principio, per poter utilizzare una rilevazione dettagliata fornita deve essere presente almeno un caso di questo ospedale, per tenere conto di questo importo nel calcolo. SwissDRG SA 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 15.0).

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 16.0

Per quanto riguarda i principali sviluppi vanno menzionati la verifica e la migliorata rappresentazione dei casi con assorbimento di risorse particolarmente elevati. Ciò riguarda in particolare costellazioni di casi con un «*Politrauma*», delle «*Ustioni gravi*» o una «*Riabilitazione precoce*».

È proseguito lo sviluppo nel campo della «*Pediatria*» ed è stata rivista anche l'assegnazione dei casi con «*Terapia intensiva complessa o trattamento complesso IMC*».

Inoltre, la rappresentazione dei pazienti con «*Trattamento complesso di medicina palliativa*» è stata nuovamente analizzata sulla base dei dati dell'anno 2024 e il metodo di calcolo per i «*DRG impliciti da un giorno di degenza*» è stato ulteriormente sviluppato dopo una verifica approfondita.

3.1.1 Politrauma

Nelle versioni precedenti, la MDC 21A «*Politrauma*» era già stata rivista in maniera approfondita. Le analisi dei dati del 2024 hanno tuttavia evidenziato che la funzione «*Politrauma*» non presentava più un grado di separazione sufficiente. Mentre alcuni casi risultavano chiaramente sottorimunerati, allo stesso tempo soddisfacevano la funzione anche casi privi di interventi significativi o con una degenza molto breve, che si sono rivelati sovrarimunerati.

È inoltre emerso che all'interno della funzione erano presenti, in parte, codici ICD non specifici oppure codici ICD sovrapposti nelle tabelle per le diagnosi secondarie traumatiche. Per questo motivo, la logica della funzione «*Politrauma*» è stata ampiamente rivista e le tabelle relative alle diagnosi principali e secondarie traumatiche sono state corrette. Complessivamente sono stati esaminati circa 1'000 codici ICD, di cui 813 sono stati rivalutati.

- Inoltre, è stata stabilita la nuova funzione «*Politrauma grave*». Per soddisfare questa funzione, i casi devono presentare, oltre a una diagnosi principale traumatica, più di tre diagnosi secondarie traumatiche in localizzazioni differenti.
- La nuova funzione è stata inclusa nel DRG di base A11 «*Terapia intensiva complessa > 196/552 punti risorse con costellazioni complesse o...politrauma grave*» e, come criterio di split, nel DRG A07A «*Interventi altamente complessi o terapia intensiva complessa > 2940/3680 punti risorse o...politrauma grave*».
- La funzione esistente «*Politrauma*» ha potuto essere rivalutata all'interno della pre-MDC nel DRG A07B, nel DRG di base A11 con condizioni supplementari e nel DRG di base A46 «*Trattamento paraplegiologico complesso*».
- Nella partizione operativa della MDC 21A, i casi con grande assorbimento di risorse con la funzione globale «*Procedure OR specifiche in più tempi*» sono stati rivalutati nel DRG W01E.
- Nella partizione medica della MDC 21A, i casi con più di un giorno di degenza e con una procedura medica hanno potuto essere rivalutati nel DRG W61B.
- A seguito della correzione delle tabelle, determinati casi non soddisfano più la funzione «*Politrauma*» e vengono ora rappresentati nelle corrispondenti MDC per organi. Gli spostamenti inappropriati dei casi sono stati compensati mediante ulteriori ristrutturazioni all'interno delle MDC interessate. Queste ristrutturazioni sono menzionate nelle MDC corrispondenti.

3.1.2 Ustioni gravi

A seguito delle richieste pervenute e di configurazioni di casi anomale, la rappresentazione dei casi con ustioni è stata esaminata approfonditamente, in particolare per quanto riguarda i casi altamente impegnativi nei centri per grandi ustionati in Svizzera.

Da un lato, le due funzioni globali «Ustioni gravissime» e «Ustioni gravi» sono state riviste per la versione 16.0.

- La funzione rivista «Ustioni gravissime» nel DRG di base A06 «Terapia intensiva complessa > 2352/2484 punti risorse con costellazioni altamente impegnative...» è stata ora collegata alla logica «and LOS >1». I casi con «Ustioni interessanti più del 40% della superficie corporea e più di un giorno di degenza» sono ora raggruppati nel DRG A06B. Grazie alla revisione della funzione, anche i casi, che in precedenza non soddisfacevano la condizione, vengono ora raggruppati nel DRG A06A.
- È stato possibile stabilire la funzione «Ustioni gravi» nel DRG di base A07 «Terapia intensiva complessa > 1470/2208 punti risorse o trattamento complesso IMC > 3430/3680 punti risorse...» in combinazione con un «PCCL > 5». I casi con una diagnosi «Ustioni di grado 2a, 2b, 3 con procedure OR specifiche in più tempi» sono rivalutati nel DRG A07A. Inoltre, per il DRG A07A «Terapia intensiva complessa > 1176/1380 punti risorse», la condizione «Procedure OR specifiche in quattro tempi» è stata sostituita dalla funzione «Procedure OR specifiche in più tempi».
- Le ustioni con «Terapia intensiva complessa > 784/828 punti risorse» sono ora raggruppate nel DRG di base A07. Anche i casi con «Terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse» vengono ora assegnati al DRG di base A36 «Terapia intensiva complessa > 392/552 punti risorse...». Grazie a queste ristrutturazioni, è stato possibile rappresentare in modo adeguato, sulla base dei dati, i casi altamente impegnativi e costosi.
- I lavori sull'insieme delle MDC ha riguardato la correzione delle tabelle con i codici CHOP 86.88.- «Copertura temporanea dei tessuti molli con..., ampia,...», 86.8A.- «Copertura dei tessuti molli e sostituzione di cute mediante..., ampia,...», 86.6C. – «Sostituzione permanente di cute con..., estesa,...». Queste procedure sono state equiparate nella struttura tariffaria. Il codice CHOP 86.A1.12 «Necrosectomia epifasciale o asportazione tangenziale su ustione/corrosione» è stato rivalutato in diverse tabelle.
- All'interno della MDC 22 è stato rivisto intensamente il DRG di base Y02 «Altre ustioni con trapianto di pelle o intervento specifico o interventi in quattro tempi...». Per i DRG Y02A e Y02B sono stati definiti ulteriori split per grado di gravità. Sono state inoltre introdotte nuove logiche per «Sbrigliamenti/coperture dei tessuti molli» eseguiti in più tempi durante lo stesso ricovero per i DRG Y02B/Y02C/Y02D.
- Nella partizione medica è stato possibile introdurre un nuovo DRG per il DRG Y63 da un giorno di degenza «Ustioni, un giorno di degenza». Nel DRG Y63A sono raggruppati casi con «Ustioni multiple» o «Copertura dei tessuti molli/sostituzione di cute estesa» o «Età < 2 anni» o «Terapia intensiva complessa > 65/59 punti risorse» o casi che sono stati «trasferiti».

Le conseguenze a lungo termine di un'ustione comportano spesso cicatrici ipertrofiche, che compaiono nel corso del tempo e vengono corrette chirurgicamente. Questi casi non erano rappresentati in modo adeguato nei dati del 2024.

- Di conseguenza, nell'ambito della MDC 09 «Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella», nel DRG di base J10 «Interventi plastici su...», sono state stabilite le condizioni «Trapianti cutanei» e «Sequela di ustioni...». Questi casi sono ora rappresentati nel DRG J10B in modo da coprire i costi.

3.1.3 Riabilitazione precoce

Durante lo sviluppo della versione 16.0, la rappresentazione dei casi con riabilitazione precoce è stata verificata per l'insieme delle MDC. A partire da gennaio 2024, la remunerazione della riabilitazione precoce avviene esclusivamente tramite la struttura tariffaria SwissDRG per gli ospedali e le cliniche di riabilitazione che dispongono di un mandato di prestazioni per la riabilitazione precoce. In questo modo, sulla base dei dati del 2024 è stato possibile effettuare per la prima volta un'analisi completa della rappresentazione.

- Nelle funzioni globali *«Riabilitazione precoce, da 7 giorni di trattamento»* e *«Riabilitazione precoce, da 14 giorni di trattamento»* sono rappresentati i codici CHOP 93.8C.1- *«Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica, secondo il numero di giorni di trattamento»*, nonché i codici CHOP 93.86.- *«Riabilitazione precoce interdisciplinare, secondo il numero di giorni di trattamento»*. È emerso che le risorse necessarie nella riabilitazione precoce interdisciplinare non differiscono sostanzialmente da quelle richieste per la riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica. Per questo motivo è stata verificata la rappresentazione di entrambe le forme di riabilitazione precoce nella pre-MDC, ma alla fine la *«Riabilitazione precoce interdisciplinare»* è stata equiparata, nel DRG di base A07, alla *«Riabilitazione precoce neurologica-neurochirurgica»* nelle condizioni di split già esistenti.
- Finora, i casi con una *«Riabilitazione precoce»* e un'assegnazione alla MDC 01 venivano esclusi nel DRG di base A90 e raggruppati nella MDC 01 nel DRG di base B90. Tale esclusione è stata eliminata, in modo tale che tutti i casi con una *«Riabilitazione precoce, da 7 giorni di trattamento»* sono ora rappresentati senza ulteriori condizioni nel DRG A90C. I casi con una *«Riabilitazione precoce, da 14 giorni di trattamento»* sono raggruppati senza ulteriori condizioni nel DRG A90B.
- Inoltre, è stato possibile effettuare le seguenti rivalutazioni:
 - *«Riabilitazione precoce, da 7 giorni di trattamento»*
 - DRG di base A11: con *«TIC > 392/552 punti risorse»* o *«Procedure OR specifiche in più tempi»* o *«Politrauma con procedure OR specifiche»*
 - DRG A11B: con *«TIC > 980/1380 punti risorse»*
 - DRG A90A: con *«TCIMC per adulti > 1104 punti risorse»*
 - DRG A90B: con *«Procedure OR specifiche»*
 - *«Riabilitazione precoce, da 14 giorni di trattamento»*
 - DRG A11B: con *«Procedura operativa»*
- Con queste ristrutturazioni si ottiene una rappresentazione adeguata della riabilitazione precoce, indipendentemente dal fatto che essa sia stata effettuata in seguito a un trattamento acuto oppure come trattamento isolato.

3.1.4 Pediatria

La rappresentazione della medicina pediatrica viene rivista sistematicamente ogni anno e modificata ove necessario. In molti gruppi di casi all'interno di 10 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 < 18 anni»* per garantire una delimitazione uniforme tra adulti e bambini.

- Pre-MDC:
 - DRG A15A → *«Età < 18 anni»*
- MDC 04:
 - DRG E77B → *«Età < 16 anni con diagnosi specifiche»*
 - DRG E05A → *«Età < 16 anni»*
- MDC 05:
 - DRG F03C → *«Età < 16 anni»*
 - DRG F06A → *«Età < 16 anni»*

- DRG F59C → «Età < 16 anni»
- MDC 06:
 - DRG G16B → «Età < 16 anni»
 - DRG G35A → «Età < 16 anni»
 - DRG G60B → «Età < 16 anni»
- MDC 08:
 - DRG I02B → «Età < 16 anni con diagnosi specifiche»
 - DRG I10B → «Età < 18 anni»
 - DRG I21B → «Età < 16 anni»
 - DRG I23A → «Età < 16 anni»
 - DRG I60B → «Età < 6 anni»
- MDC 11:
 - DRG L20A → «Età < 10 anni»
 - DRG L20B → «Età < 18 anni»
 - DRG L63A → «Età < 16 anni con diagnosi specifiche»
 - DRG L69A → «Età < 16 anni»
- MDC 17:
 - DRG R60A → «Età < 18 anni»
 - DRG R61C → «Età < 16 anni»
 - DRG R62A → «Età < 18 anni»
- MDC 19:
 - DRG U60B → «Età < 12 anni»
- MDC 21A:
 - DRG W61B → «Età < 16 anni»
- MDC 22:
 - DRG Y02B → «Età < 6 anni»
 - DRG Y63A → «Età < 2 anni»

3.1.5 Terapia intensiva

Sulla base dei dati del 2024 relativi a tutta la Svizzera, i casi con una breve degenza in unità di terapia intensiva e/o intermedia (Intermediate-Care Station) sono stati nuovamente analizzati e alcune costellazioni di casi sono state rivalutate. Inoltre, i casi con elevati punti risorse hanno potuto essere meglio collocati nei DRG di base B36 «*Malattie e disturbi del sistema nervoso...*» e P37 «*Neonato con terapia intensiva complessa...*». Nel complesso, è stato possibile ottenere una migliore rappresentazione sia per gli adulti sia per i neonati e i bambini in oltre 14 MDC.

Terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC in età neonatale e infantile

In seguito alle analisi già effettuate lo scorso anno per i neonati e i bambini, sono stati esaminati in modo approfondito i codici CHOP per la terapia intensiva complessa e il trattamento complesso IMC in età neonatale e infantile. Di conseguenza, è stato possibile adattare o aggiungere punti risorse per neonati e bambini nei seguenti MDC/DRG:

- MDC 01:
 - DRG B64A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG B20B → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 02:
 - DRG C86A → «TIC > 65 punti risorse»

- MDC 03:
 - DRG D24A → «TIC > 65 punti risorse»
- MDC 05:
 - DRG F49E → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
- MDC 06:
 - DRG G03A → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG G38A → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 08:
 - DRG I08A → «TIC > 65 punti risorse»
 - DRG I12A, I32A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
 - DRG I06B, I29A → «TIC/TCIMC > 65/190 punti risorse»
 - DRG I03A, I27A → «TIC > 130 punti risorse»
 - DRG di base I95, DRG I95A, DRG di base I87 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»
 - DRG I28A → «TIC/TCIMC > 130/196 punti risorse»
 - DRG I08B → «TCIMC > 130 punti risorse»
- MDC 15:
 - DRG di base P37 → «TIC > 3920 punti risorse»
- MDC 19:
 - DRG U60A → «TIC/TCIMC > 65 punti risorse»
- MDC 22:
 - DRG di base Y02, DRG Y02A, Y63A «TIC > 65 punti risorse»
- MDC 23:
 - DRG di base Z02 → «TIC/TCIMC > 130 punti risorse»

Terapia intensiva complessa e trattamento complesso IMC in età adulta

- MDC 01:
 - DRG di base B36, DRG B36C → «TIC > 184 punti risorse»
 - DRG B36A → «TIC > 828 punti risorse»
 - DRG B20B → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG B64A → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»
- MDC 02:
 - DRG C86A → «TIC > 59 punti risorse»
- MDC 03:
 - DRG D24A → «TIC > 119 punti risorse»
- MDC 04:
 - DRG E05A, E06A → «TIC > 119 punti risorse»
- MDC 05:
 - DRG F24A → «TIC > 119 punti risorse»
 - DRG F24B, F59B → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG F12B, F31C, F98D «TIC/TCIMC > 119/184 punti risorse»
 - DRG F98C → «TIC/TCIMC > 184/360 punti risorse»
- MDC 06:
 - DRG G35A → «TIC > 360 punti risorse»
 - DRG G21A → «TIC/TCIMC > 119/184 punti risorse»
- MDC 08:
 - DRG I06B, I08A, I10A, I23A, DRG di base I87 → «TIC > 119 punti risorse»
 - DRG I05B, I32B → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
 - DRG I29A, I32A → «TIC/TCIMC > 119/184 punti risorse»
 - DRG I03A, I27A, I15A → «TIC > 184 punti risorse»
 - DRG I05A → «TIC/TCIMC > 184 punti risorse»

- DRG I28A → «TIC/TCIMC > 184/360 punti risorse»
- DRG I66A → «TCIMC > 119 punti risorse»
- DRG I95A → «TCIMC > 360 punti risorse»
- MDC 11:
 - DRG L20A → «TIC > 119 punti risorse»
 - DRG L20B → «TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 17:
 - DRG R61C → «TIC/TCIMC > 119 punti risorse»
- MDC 19:
 - DRG U64A → «TIC/TCIMC > 59 punti risorse»
 - DRG U60A → «TCIMC > 59 punti risorse»
- MDC 21B:
 - DRG W61B → «TIC/TCIMC > 119/184 punti risorse»
- MDC 22:
 - DRG Y63A → «TIC > 59 punti risorse»

3.1.6 Medicina palliativa

La creazione di una remunerazione supplementare per il «Trattamento complesso di medicina palliativa» e per le «Cure palliative specializzate» è stata nuovamente esaminata sulla base dei dati relativi all'anno 2024. In totale, i dati hanno registrato 8'276 casi con un codice CHOP del gruppo 93.8A.2* (trattamento complesso di medicina palliativa) o un codice CHOP del gruppo 93.8B.2* (cure palliative specializzate). Il tasso di copertura di questi casi era in media del 98,32%. Tuttavia, 1'498 casi di cure palliative provenienti dagli ospedali universitari non sono stati rappresentati in modo da coprire i costi.

Le analisi dei dati del 2024 hanno dimostrato che una remunerazione supplementare differenziata per il «Trattamento complesso di medicina palliativa» e le «Cure palliative specializzate» è possibile.

Sulla base dei dati del 2024, è stata calcolata una remunerazione supplementare giornaliera sia per il «Trattamento complesso di medicina palliativa» che per le «Cure palliative specializzate». L'applicazione di questa remunerazione supplementare è stata testata in un ambiente di lavoro di simulazione in cui il DRG di base A97 è stato eliminato.

È stato così possibile confrontare la remunerazione secondo la struttura tariffaria (DRG A97) con la remunerazione supplementare. È emerso che l'attuale situazione in materia di remunerazione dei casi di cure palliative negli ospedali universitari peggiorerebbe ulteriormente con l'introduzione della remunerazione supplementare calcolata. La struttura dei costi dei casi di cure palliative esaminati non giustifica l'aumento significativo della remunerazione supplementare simulata. Inoltre, una remunerazione supplementare nettamente più elevata porterebbe a una sovrarimunerazione significativa della maggior parte dei casi di cure palliative. Ciò creerebbe notevoli incentivi inopportuni. Di conseguenza, SwissDRG SA giunge alla conclusione che la remunerazione tramite una remunerazione supplementare, anche facendo chiaramente distinzione tra «Cure palliative specializzate» e «Trattamento complesso di medicina palliativa», non migliora la rappresentazione dei casi universitari e quindi non è appropriata. Per questo motivo i casi di cure palliative continueranno, come finora, ad essere remunerati secondo la struttura tariffaria.

Nell'ambito delle analisi relative all'introduzione di una remunerazione supplementare, all'interno del DRG di base A97 sono stati inoltre individuati casi della MDC 17 con un trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento che risultavano sottorimunerati.

- I casi dei DRG R01A «Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide...» e R60A «Leucemia mieloide acuta,...» sono esclusi dal DRG di base A97 «Trattamento complesso di medicina palliativa da 7 giorni di trattamento» e sono raggruppati nella MDC 17.
- I casi con cure palliative del DRG R60B vengono rivalutati nel DRG A97A, quelli del DRG R01B nel DRG A97B e quelli del DRG R01C nel DRG A97D.

- Nel catalogo CHOP 2024 è stata effettuata un'ulteriore differenziazione dei codici 93.8A.2- «Trattamento complesso di medicina palliativa» e 93.8B.2- «Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare ...» per meno di 7 giorni di trattamento.
- Al di fuori del DRG di base A97, il codice CHOP 93.8B.27 «Cure palliative specializzate con somministrazione supplementare di terapie, da almeno 4 a 6 giorni di trattamento» è stato rivalutato nei DRG B66A, D60A, E71B, G60B, H61A, J62A.

3.1.7 Matrice CC

Per la versione 16.0 sono stati proseguiti in maniera coerente i lavori sulla matrice CC, sulle tabelle di esclusione e sugli split PCCL.

Già nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria per la versione 15.0 è stata rilevata una rappresentazione incoerente dei codici ICD per «*Neoplasie maligne*» e «*Neoplasie secondarie*» nella matrice CC. L'inclusione di tutti i codici ICD mancanti e la loro equiparazione nella matrice CC erano già state esaminate sulla base dei dati dell'anno 2023. Su questa base, tali lavori sono stati nuovamente verificati sulla base dei dati dell'anno 2024 e implementati in via definitiva. Ciò ha comportato numerose nuove inclusioni, nonché rivalutazioni e svalutazioni dei codici ICD all'interno della matrice CC.

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 229 codici ICD alla matrice CC, molti dei quali in più di tre DRG di base, mentre ne sono stati rimossi 19. Inoltre, 35 codici ICD sono stati rivalutati all'interno della matrice CC, 18 codici ICD sono stati svalutati e 96 codici ICD hanno subito una rivalutazione e una svalutazione DRG-specifica.

Anche la logica del grado di gravità è stata ulteriormente sviluppata. In totale sono stati istituiti o rivisti 29 split PCCL, di cui 15 nuovi split e 14 con adattamenti mirati. Tre split PCCL sono stati eliminati a causa della mancanza di separazione dei costi nei dati del 2024, al fine di aumentare ulteriormente il grado di separazione della logica. Non sono invece prese in considerazione le rimozioni degli split PCCL in relazione alla condensazione di DRG di base o DRG.

Nel corso della procedura di richiesta sono state presentate complessivamente 51 richieste di adeguamento della matrice CC. 23 domande sono state ampiamente implementate, mentre 22 hanno dovuto essere respinte. Sei domande sono state ritenute «*non computabili*», poiché da un lato riguardavano domande di svalutazione di codici ICD che non erano inclusi nella matrice CC oppure che erano già stati rimossi con la versione 15.0, e dall'altro riguardavano domande di rivalutazione di codici ICD che non potevano ancora essere considerate nella codifica per l'anno di dati 2024. Per la codifica dell'anno 2024 è stato utilizzato il catalogo ICD-10-GM versione 2022.

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

3.1.8 Adeguamento della metodologia di calcolo

Se la durata limite inferiore della degenza (DID) di uno specifico DRG è pari a due giorni e il set di dati di calcolo comprende almeno 25 casi di tale DRG con una durata di degenza di un giorno, si parla di «*DRG implicito di un solo giorno di degenza*».

In questi casi, finora la riduzione veniva calcolata sulla base della differenza tra i costi medi degli inlier e i costi mediani dei low-outlier. Il cost-weight effettivo dei casi con una durata di degenza di un giorno corrispondeva quindi alla mediana dei loro costi complessivi.

Nell'ambito della procedura annuale di richiesta, SwissDRG SA è stata informata in diverse occasioni della sottorimunerazione dei low-outlier in alcuni DRG da un giorno di degenza. Una simile costellazione può verificarsi, ad esempio, quando la ripartizione dei costi totali dei low-outlier all'interno di un determinato DRG è molto diseguale.

Al fine di attenuare il problema legato alle distribuzioni irregolari, senza tuttavia perdere i vantaggi legati all'uso della mediana in termini di robustezza nei confronti dei valori estremi, sono stati

esaminati diversi approcci. Alla fine è stato scelto un metodo che aggiusta la mediana in modo simmetrico verso l'alto e verso il basso, consentendo così di tenere meglio conto di una distribuzione asimmetrica.

A partire dalla versione 16.0, il cost-weight effettivo dei low-outlier di un DRG implicito di un giorno di degenza «i» viene determinato come segue:

$$effKGW_i^{CHF} = \frac{Med + Q20 + Q80}{3}$$

Dove:

Med = Mediana dei costi totali dei low – outlier del DRG i
Q20 = 20% Quantile dei costi totali dei low – outlier del DRG i
Q80 = 80% Quantile dei costi totali dei low – outlier del DRG i

Questa modifica della metodologia di calcolo ha comportato una riduzione dell'errore quadratico medio (MSE) sia dei casi interessati sia dell'insieme dei casi del set di dati di calcolo, rappresentando così un miglioramento dell'intero sistema.

3.2 Revisione della classificazione DRG

3.2.1 Ristrutturazioni inter-MDC pre-MDC

Trattamento geriatrico acuto

Un richiedente ha presentato la richiesta di verificare la rappresentazione di determinati casi della MDC 08 «*Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e tessuto connettivo*» e con un trattamento geriatrico acuto all'interno del DRG di base A95 «*Riabilitazione geriatrica acuta da 7 giorni di trattamento*». Come risultato, è stato possibile rivalutare i seguenti DRG nel DRG di base A95:

- DRG I12A «*Infezione/inflammatione di ossa e articolazioni con miscellanea di interventi su sistema muscoloscheletrico e...*» nel DRG A95B.
- DRG I12B, DRG I46A «*Impianto, sostituzione o revisione di una protesi dell'anca...*» e DRG I46B nel DRG A95E.

3.2.2 Altre ristrutturazioni inter-MDC

Trapianto di tessuti con anastomosi microvascolare

Nel contesto di una domanda, è stata effettuata un'analisi inter-MDC sulla rappresentazione dei «*Trapianti di tessuti con anastomosi microvascolare*» nella struttura tariffaria.

- Nel corso dell'analisi abbiamo individuato casi con grande assorbimento di risorse nelle MDC più disparate.
- Di conseguenza, è stato possibile introdurre la tabella «*Trapianto di tessuti con anastomosi microvascolare*» come nuovo criterio di split nei seguenti DRG:
 - MDC 01: DRG di base B09, DRG B01A
 - MDC 06: DRG G38A
 - MDC 08: DRG I02B con «*Terapia a pressione negativa complessa*»
 - MDC 13: DRG di base N11
 - MDC 17: DRG R01B con «*Dissezione del collo*»
 - MDC 21B: DRG di base X01

Misure di isolamento

Già per le precedenti versioni SwissDRG, la rappresentazione degli isolamenti è stata verificata in modo approfondito e per l'insieme delle MDC. Nell'ambito della procedura di richiesta 2025 sono state nuovamente presentate due domande per la verifica di una remunerazione supplementare o di una rivalutazione delle diverse misure di isolamento, in particolare dell'«*Isolamento da goccioline*».

- Abbiamo nuovamente effettuato analisi inter-MDC sulle diverse misure di isolamento.
- Di nuovo non è stato possibile introdurre una remunerazione supplementare.
- L'onere supplementare per il gruppo di codici CHOP 99.84.2- «*Isolamento da goccioline, secondo il numero di giorni di trattamento*» non era chiaramente visibile neppure nei dati dell'anno 2024. I casi presentavano in parte costi più elevati, che tuttavia erano riconducibili piuttosto alla maggiore durata della degenza.
- Al contrario, il dispendio di risorse del gruppo di codici CHOP 99.84.3- «*Isolamento da aerosol, secondo il numero di giorni di trattamento*» ha mostrato un incremento simile a quello del gruppo di codici CHOP 99.84.1- «*Isolamento da contatto, secondo il numero di giorni di trattamento*».
- Pertanto, l'«*Isolamento da aerosol*» è stato equiparato all'«*Isolamento da contatto*» nella struttura tariffaria in funzione dei giorni di trattamento ed è stato introdotto come nuovo criterio di split nei seguenti DRG:
 - «*Isolamento da contatto e da aerosol, da 7 giorni di trattamento*»
 - MDC 04: DRG E02A
 - MDC 06: DRG G67A, G70A
 - MDC 09: DRG J11A, J61B
 - MDC 16: DRG Q60A
 - MDC 17: DRG R60D, R61C
 - «*Isolamento da contatto e da aerosol, da 14 giorni di trattamento*»
 - MDC 04: DRG E76B, E77A
 - MDC 17: DRG R61B
- Nell'ambito di queste analisi è stato esaminato anche il gruppo di codici CHOP 99.84.5- «*Isolamento protettivo in stanza speciale, secondo il numero di giorni di trattamento*». Anche qui, in determinati DRG è emerso un consumo di risorse analogamente elevato rispetto agli altri isolamenti rilevanti per il raggruppamento.
- Pertanto, l'«*Isolamento protettivo in stanza speciale, secondo il numero di giorni di trattamento*» è stato equiparato all'«*Isolamento da contatto e da aerosol*» nella struttura tariffaria in funzione dei giorni di trattamento e, inoltre, è stato rivalutato nei seguenti DRG:
 - «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 14 giorni di trattamento*»
 - MDC 17: DRG di base R01, DRG R61B
 - «*Isolamento protettivo in stanza speciale, da 21 giorni di trattamento*»
 - Pre-MDC: DRG A15B con «*Chemioterapia di complessità moderata o elevata*»
- Con queste ristrutturazioni è possibile ottenere una rappresentazione adeguata dei casi con isolamenti specifici.

Costellazioni impegnative per neoplasia maligna

Nell'ambito della procedura di richiesta è stato segnalato che, nonostante la rivalutazione di determinate costellazioni e di un tumor board, negli ultimi anni alcuni casi continuano a essere sottorimunerati. È stato richiesto di verificare nuovamente la rappresentazione della funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*» come criterio di split ed, eventualmente, di includere il codice CHOP 89.93 «*Colloquio interdisciplinare per casi oncologici (tumor board)*» in altre funzioni globali.

Già nel corso degli ultimi due ulteriori sviluppi della struttura tariffaria è stata verificata la rappresentazione del tumor board per l'insieme delle MDC. Queste analisi sono state ora nuovamente effettuate anche sulla base dei dati dell'anno 2024.

- Le analisi hanno evidenziato gruppi di casi molto piccoli, ma con grande assorbimento di risorse.
- L'inclusione del codice CHOP 89.93 in ulteriori funzioni globali si è rivelata inadeguata.
- In compenso, è stato possibile rivalutare la funzione globale «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*» nei seguenti DRG:
 - Pre-MDC: DRG A97C
 - MDC 01: DRG B20A
 - MDC 03: DRG D02A
 - MDC 06: DRG G35A, G60A
 - MDC 07: DRG H01B, H12A
 - MDC 08: DRG I54A
 - MDC 09: DRG J61A
 - MDC 13: DRG N01C

Impianti personalizzati

Per la rappresentazione degli impianti personalizzati è stata richiesta l'introduzione di una remunerazione supplementare separata. La richiesta è stata motivata dalla discrepanza tra la remunerazione forfettaria basata sui DRG e gli effettivi costi degli impianti. Sono interessati diversi DRG in differenti MDC.

- L'introduzione di una remunerazione supplementare separata è stata esaminata, ma non si è rivelata appropriata.
- Il codice CHOP 00.9A.61 «*Utilizzo di impianti personalizzati fabbricati prima dell'intervento sulla base di ricostruzioni tridimensionali di immagini*» è stato incluso nel DRG B20B.
- All'interno del DRG di base D02 è stato introdotto un nuovo DRG D02A con valorizzazione superiore. In questo DRG sono raggruppati i casi in presenza dei 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.64 «*Utilizzo di impianti personalizzati predisposti prima dell'intervento tramite immagini 3D nonché stampanti 3D*»
 - 02.05.10 «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio senza interessamento dello splancnocranio, difetto semplice*»
 - 02.05.11 «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio senza interessamento dello splancnocranio, difetto maggiore o complesso*»
 - 02.05.20 «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio con interessamento di orbita, regione temporale o seno frontale, fino a 2 regioni*»
 - 02.05.30 «*Inserzione di impianto CAD nel neurocranio con interessamento di più regioni dello splancnocranio, da 3 regioni*»
 - 76.43.12 «*Inserzione di impianto CAD nella mandibola, per riparazione plastica di difetto grande o complesso*»
 - 76.92.20 «*Inserzione di impianto CAD nello splancnocranio senza interessamento del neurocranio, fino a 2 regioni*»
 - 76.92.21 «*Inserzione di impianto CAD nello splancnocranio senza interessamento del neurocranio, da 3 regioni in poi*»
 - 76.92.31 «*Inserzione di impianto CAD nella mascella, per riparazione plastica di difetto grande o complesso*»

- Inoltre, i casi sono raggruppati nel nuovo DRG D02A in presenza di una delle seguenti condizioni:
 - Funzione «*Procedure OR complesse in più tempi*»
 - Funzione «*Costellazioni impegnative per neoplasia maligna*»
 - Oppure in caso di soddisfacimento delle condizioni del DRG di base D01 in combinazione con un «*Trapianto di tessuti con anastomosi microvascolare*».

Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio

Per la rappresentazione di 00.94.31-33 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, da più di 4 ore fino a più di 12 ore*» è stata presentata una richiesta di verifica di rivalutazione che riguarda il DRG D24B «*Plastiche cutanee complesse e interventi maggiori sul capo e sul collo con intervento combinato o CC estremamente gravi*».

- A seguito di diverse verifiche, è stato possibile rivalutare i seguenti codici CHOP nel DRG D24B, conformemente alla richiesta:
 - 00.94.31 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, da più di 4 ore fino a 8 ore*»
 - 00.94.32 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, da più di 8 ore fino a 12 ore*»
 - E 00.94.33 «*Monitoraggio neurofisiologico intraoperatorio, da più di 12 ore*»
- Inoltre, i codici CHOP hanno potuto essere rappresentati anche all'interno della MDC 01 nei seguenti DRG:
 - DRG B01A «*Procedure OR complesse in più tempi o interventi extracranici e intracranici per malattie e disturbi del sistema nervoso, con terapia intensiva complessa dell'adulto > 184 punti risorse o età < 16 anni*»
 - DRG B20A «*Interventi intracranici specifici o complessi o intervento maggiore alla colonna vertebrale con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 130/119 punti risorse o CC gravi, età > 15 anni*»
 - E DRG B36C «*Malattie e disturbi del sistema nervoso con terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse*», qui in combinazione con un basso numero di punti risorse per la terapia intensiva per gli adulti (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

3.2.3 Pre-MDC

Paraplegiologia

Nonostante gli adeguamenti già apportati nelle versioni precedenti per migliorare la rappresentazione dei casi paraplegiologici, all'interno del DRG di base A46 sono stati nuovamente individuati casi complessi con una lunga durata della degenza e costi elevati, il cui dispendio di risorse non era ancora sufficientemente considerato nell'attuale struttura tariffaria. Tra questi rientrano i casi in cui sono stati eseguiti differenti interventi operatori in tempi diversi. Inoltre, sono stati identificati anche casi con un politrauma con trattamento paraplegiologico complesso. Sulla base dei risultati dell'analisi è stato possibile procedere a un ulteriore sviluppo per la versione 16.0.

- Nella versione 16.0, la funzione «*Procedure OR specifiche in quattro tempi*» è stata inclusa come condizione di split nel DRG A46B.
- La funzione «*Politrauma*» è stata inclusa nelle condizioni di split dei DRG A46B (in costellazioni specifiche) e A46E.
- Inoltre, la diagnosi T83.5 «*Infezione e reazione infiammatoria da dispositivo protesico, impianto ed innesto dell'apparato urinario*» rappresenta una complicazione frequente nei casi paraplegiologici. Questa diagnosi secondaria comporta un maggiore dispendio di risorse. Pertanto, in combinazione con «*Procedure OR specifiche*», è stata inserita nelle condizioni di split del DRG A46D, in maniera equivalente alle diagnosi di ulcera da decubito.

3.2.4 MDC 01 Malattie e disturbi del sistema nervoso

Le condizioni di split «*CC gravi o infarto cerebrale*» per il DRG B04B non sono più una caratteristica chiara in grado di separare i costi.

- I DRG B04B e B04C sono stati condensati nel DRG B04B «*Interventi sui vasi extracranici, chiusura di ASD o pace-maker cardiaco con CC gravi o per infarto cerebrale*».

Nel corso dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria abbiamo notato casi sottorimunerati nel DRG B09D «*Altri interventi sul cranio*».

- Con la rivalutazione del codice CHOP per «*Biopsia stereotassica del cervello, delle meningi cerebrali o dei vasi sanguigni intracranici*» nel DRG B09B è stato possibile rivalutare questi casi.
- Tuttavia, è stato dimostrato che le restanti condizioni di split del DRG B09B non rappresentano più una caratteristica in grado di separare i costi rispetto al DRG B09C.
- I DRG B09B e B09C sono stati condensati nel DRG B09B.

Nel corso delle analisi è emerso che le condizioni di split del DRG B20A non rappresentavano più una caratteristica appropriata in grado di separare i costi.

- Il precedente DRG B20A è stato rimosso e la condizione di split «*TIC/TCIMC > 196/184 punti risorse*» è stata inserita nel nuovo DRG B20A.
- Ulteriori ristrutturazioni nella struttura del DRG di base B20 sono menzionate nel capitolo 3.2.2.

Secondo un richiedente, i casi con stimolazione del nervo ipoglosso per apnea del sonno risultano sottorimunerati nel DRG di base B21 «*Impianto di neurostimolatore o elettrodi*». Le nuove condizioni di split introdotte con la versione 15.0 per i neurostimolatori ricaricabili non si applicano a questa tipologia di terapia; per questo motivo è stata richiesta una rivalutazione all'interno del DRG di base B21.

- La sottorimunerazione di questi casi era chiaramente visibile.
- È stata introdotta una nuova condizione di split per il DRG B21C con il gruppo di codici ICD G47.3- «*Sindrome da apnea del sonno*» e i codici CHOP 03.9A.1- «*Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione epidurale, ...*» e 04.95.1- «*Impianto o sostituzione di neurostimolatore per la neurostimolazione periferica, ...*».
- In questo modo, questi casi vengono rivalutati.

Nell'ambito delle analisi sono stati identificati casi con grande assorbimento di risorse nei DRG di base B01 e B02, che non erano remunerati in modo adeguato.

- Con l'inserimento della funzione globale «*Procedure OR complesse*» per il DRG B36C è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.

Nel corso delle analisi abbiamo identificato gruppi di casi non omogenei nel DRG di base B63 «*Demenza e altri disturbi cronici della funzione cerebrale*».

- Lo split PCCL e la diagnostica neurologica complessa non si sono più dimostrati separatori di costi adeguati.
- Pertanto, i DRG B63A e B63B sono stati condensati nel DRG B63Z.
- In questo modo, il cost-weight di questo DRG diminuisce, ma i casi ricevono prima un supplemento per gli high-outlier.

All'interno del DRG di base B69 «*Ischemia cerebrale transitoria (TIA) ed occlusioni di vasi extracranici*», il DRG B69A presentava nei dati del 2024 un numero di casi molto basso.

- I DRG B69A e B69B sono stati condensati nel DRG B69A.

Un richiedente ci ha segnalato una disomogeneità nel DRG di base B70 «*Apoplessia*» e ha richiesto la verifica di ulteriori split PCCL, in particolare «*PCCL > 2*» e «*PCCL > 3*».

- I dati hanno confermato la presenza di una disomogeneità dei casi nel DRG di base B70. Tuttavia, nuovi split PCCL, anche in combinazione con altre condizioni, non si sono rivelati appropriati.
- Per contro, in diverse analisi è emerso che determinate condizioni di split all'interno del DRG di base B70 non rappresentavano più una caratteristica in grado di separare i costi; per questo motivo, i DRG B70B e B70C sono stati condensati nel DRG B70B.
- In questo modo è stato possibile migliorare la qualità della rappresentazione dei casi all'interno del DRG di base B70.

Nel DRG di base B72 «*Infezione del sistema nervoso eccetto meningite virale*» è emerso che lo split PCCL > 2 non costituisce più un separatore di costi adeguato.

- Lo split PCCL è stato rimosso.

Nei dati dell'anno 2024 si sono evidenziate disomogeneità nel DRG di base B76 «*Crisi epilettiche o video-EEG o trattamento complesso dell'epilessia da 7 giorni di trattamento...*».

- Alcune condizioni di split non sono più una caratteristica in grado di separare i costi e pertanto, i seguenti DRG sono stati condensati:
 - I DRG B76A e B76B nel DRG B76A
 - Il DRG B76F e il DRG B76G superiore nel DRG B76D
 - Il DRG B76G inferiore e il DRG B76H nel DRG B76E
- Con queste condensazioni è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata dei casi nel DRG di base B76.

Nel corso dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria, abbiamo notato casi costosi nel DRG B85B.

- Con la riduzione dello split PCCL a «*PCCL > 2*» è stato possibile rivalutare questi casi.

Un richiedente ha segnalato la sottorimunerazione dei casi con il codice CHOP 99.A7 «*Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore*» nel DRG B86 da un giorno di degenza «*Malattie e disturbi del sistema nervoso, un giorno di degenza*».

- Le analisi hanno dimostrato che anche i casi con una diagnostica neurologica complessa risultano sottorimunerati in questo DRG di base.
- Pertanto, i codici CHOP 99.A7 «*Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore*» e 99.A6.1* «*Diagnostica neurologica complessa, con...*» sono stati inseriti come nuova condizione di split per il DRG B86A.

3.2.5 MDC 02 Malattie e disturbi dell'occhio

Nel DRG C86Z da un giorno di degenza «*Malattie e disturbi dell'occhio, un giorno di degenza*» ci è stata inoltre segnalata una sottorimunerazione di Stroke Mimics associati al codice CHOP 99.A7 «*Diagnostica complessa dell'ictus cerebrale acuto in Stroke Unit o Stroke Center, fino a un massimo di 24 ore*».

- Le analisi hanno confermato la sottorimunerazione di questi casi; ma, a causa del ridotto numero di casi, sono stati ricercati ulteriori possibili separatori di costi.
- Infine, il DRG C86Z è stato splittato con le seguenti condizioni e rappresentato in modo adeguato nel DRG C86A:
 - «*Diagnostica neurologica complessa*»
 - «*Trattamento neurologico complesso 24-48 ore*»
 - «*Chemioterapia*»

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

La sistemática tariffaria è concepita per una procedura in più tempi per il trattamento delle cheilognatopalatoschisi (Q35–Q37). Con l'evoluzione delle tecniche chirurgiche viene tuttavia sempre più spesso adottata una procedura in un solo tempo operatorio, ad esempio mediante la chiusura combinata del palato duro e del palato molle oppure mediante la chiusura completa del labbro con rinoplastica primaria e ricostruzione del palato duro e del palato molle.

L'intervento in un solo tempo operatorio è associato a una maggiore durata dell'intervento chirurgico e dell'anestesia e comporta pertanto costi più elevati, senza tuttavia modificare la durata della degenza. Si crea così, nei DRG D03A–C, uno squilibrio tra i costi e la remunerazione. È stata pertanto proposta l'introduzione di uno split DRG specifico per rappresentare il trattamento in un solo tempo operatorio sulla base di definite combinazioni di codici ICD e CHOP.

- Sono state valutate diverse simulazioni di rivalutazione nonché differenti combinazioni di codifica.
- Nel DRG D03A vengono ora raggruppate le pazienti e i pazienti di età inferiore a due anni con la diagnosi principale Q37.5 «*Schisi del palato duro e del palato molle con cheiloschisi unilaterale*» in combinazione con uno dei seguenti interventi 27.54.10 «*Labioplastica per schisi (congenita) del labbro*», 27.62.10 «*Ricostruzione plastica primaria del palato osseo senza innesto osseo*» oppure 27.62.12 «*Ricostruzione plastica primaria del palato molle*».
- Nel DRG D03B vengono ora raggruppati i casi con la diagnosi principale Q35.5 «*Schisi del palato duro con schisi del palato molle*» in combinazione con gli interventi 27.62.10 oppure 27.62.12 oppure, come finora, in caso di età inferiore a due anni.

Gli interventi sui seni paranasali sono di norma raggruppati nel DRG di base D06 «*Interventi impegnativi su seni paranasali,...*». In caso di polipectomia aggiuntiva con 21.31.10 «*Asportazione locale di lesione endonasale, approccio endonasale*» oppure 21.31.12 «*Distruzione di lesione endonasale*», i casi vengono tuttavia raggruppati nel DRG D38A «*Interventi molto complessi sul naso*» con un cost-weight più elevato. Secondo il richiedente, questi casi non sono rappresentati in modo adeguato e influenzano l'omogeneità degli altri casi nel DRG D38A. È stata pertanto proposta la rimozione di questi codici dalla tabella D38-2 e il loro inserimento nella tabella D12-1.

- Sono stati analizzati gli effetti della rimozione dei codici 21.31.10 «*Asportazione locale di lesione endonasale, approccio endonasale*» e 21.31.12 «*Distruzione di lesione endonasale*» dalla tabella D38-2 nonché del loro inserimento nella tabella D12-1.
- Nelle analisi, i casi trasferiti hanno mostrato una struttura dei costi più omogenea all'interno dei DRG interessati; pertanto, la ristrutturazione proposta è stata implementata.

Le rinosettoplastiche possono essere eseguite sia con innesti di cartilagine locali sia con innesti di cartilagine periferici. In particolare, secondo l'utente, i casi con il codice CHOP 21.83.11 «*Rinosettoplastica con correzione di cartilagine o osso, con innesti autologhi distali, trapianti allogenici o xenogenici*» all'interno del DRG D38A «*Interventi molto complessi sul naso*» presentano costi più elevati rispetto al restante gruppo di casi e comportano pertanto una sottorimunerazione. Per questi motivi è stata richiesta l'introduzione del codice CHOP come condizione di split all'interno del DRG di base D38, rispettivamente un'analisi di omogeneità del DRG di base D38.

- La struttura dei costi del DRG D38A è stata analizzata e il codice CHOP 21.83.11 è stato sottoposto a un esame approfondito.
- Sulla base di queste analisi è stato introdotto un nuovo DRG D38A, nel quale vengono raggruppati i casi con la codifica supplementare dei seguenti codici CHOP:
 - 21.83.11 «*Rinosettoplastica con correzione di cartilagine o osso, con innesti autologhi distali, trapianti allogenici o xenogenici*» oppure
 - 21.83.20 «*Ricostruzione totale del naso con impianto di materiale alloplastico*».

- Il precedente DRG D38A è diventato il nuovo DRG D38B a condizioni invariate, mentre il precedente DRG D38B è diventato il nuovo DRG D38C.

Secondo il richiedente, il DRG di base D60 «*Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola*» presenta una sottorimunerazione nei pazienti ammessi in urgenza. Inoltre, a partire dallo sviluppo del sistema dell'anno scorso, alcuni casi dal DRG di base D60 vengono raggruppati nel DRG di base D86 «*Malattie e disturbi di orecchio, naso, bocca e gola, un giorno di degenza*» e subiscono pertanto una svalutazione supplementare; motivo per cui sarebbe auspicabile una nuova valutazione del DRG di base D60.

- Il DRG di base D60 è stato analizzato in relazione alla struttura dei costi e alla quota di casi in urgenza. Sebbene sia stata rilevata una quota maggiore di pazienti in urgenza, questi casi risultano nella maggior parte dei casi coperti dai costi a livello nazionale. Un deficit rilevante è stato riscontrato unicamente presso un singolo ospedale, per cui i casi in urgenza non si sono dimostrati separatori di costi adeguati.
- Inoltre, le analisi hanno dimostrato che singoli casi nel DRG D60A risultano sovrarimunerati. Mediante un adeguamento dello split PCCL da «PCCL > 2» a «PCCL > 3» è stato possibile rappresentare in modo appropriato i casi interessati.
- In relazione al nuovo raggruppamento menzionato di alcuni casi dal DRG di base D60 al DRG di base D86, sono state inoltre effettuate analisi approfondite all'interno del DRG di base D86. Di conseguenza, le seguenti procedure sono state rivalutate dal DRG D86B al DRG D86A al fine di ottenere una rappresentazione adeguata:
 - 43.11 «*Gastrostomia percutanea [endoscopica] [PEG]*»
 - 99.25.52 «*Chemioterapia di complessità e intensità moderata*»
 - 99.25.53 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata*»
 - 99.25.54 «*Chemioterapia di complessità e intensità elevata: due chemioterapie nel corso di una degenza stazionaria*»

3.2.7 MDC 04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio

Il DRG E06B presentava un numero ridotto di casi e si differenziava solo marginalmente dai costi medi del DRG E06A.

- I DRG E06A ed E06B sono stati condensati nel DRG E06A «*Altra resezione polmonare, biopsia di organi toracici e interventi sulla parete toracica con CC estremamente gravi o riduzione chirurgica del volume polmonare o intervento specifico*».

Nei dati del 2024, i casi del DRG E64C «*Insufficienza respiratoria o embolia polmonare*» con un «PCCL = 3» presentavano costi simili a quelli dei casi del DRG E64B.

- I DRG E64B e E64C sono stati condensati nel DRG E64B.

Nell'ambito dell'elaborazione di una richiesta di rivalutazione dei codici CHOP 93.9E.1- «*Ventilazione non invasiva [NIV] fuori da un'unità di cure intensive, da...*» nelle MDC 04 e MDC 05, è emersa una sopravvalutazione dei casi nel DRG E70A «*Pertosse e bronchite acuta...*».

- La relativa condizione di split per il DRG E70A è stata rimossa e inserita nella condizione di split per il DRG E70B.
- Di conseguenza, anche i casi con «*Ventilazione non invasiva [NIV] fuori da un'unità di cure intensive, da 3 giorni di trattamento/cannule nasali ad alto flusso*» dal DRG E70C vengono rivalutati nel DRG E70B.

Nel corso dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria è stata inoltre riscontrata una sopravvalutazione dei casi con «PCCL = 3» nel DRG E73A.

- Lo split PCCL è stato pertanto aumentato a «PCCL > 3».

Abbiamo ricevuto diverse richieste riguardanti il DRG di base E77 *«Altre infezioni e infiammazioni dell'apparato respiratorio»*. In una delle richieste, determinate polmoniti o un pitorace sono stati menzionati come possibili separatori di costi.

- Le analisi hanno evidenziato che le polmoniti gravi erano rappresentate in modo appropriato all'interno del DRG di base E77.
- È tuttavia emersa un'eterogeneità dei costi nel DRG E77B, motivo per cui tale DRG è stato splittato ed è stato possibile stabilire un nuovo DRG E77B con i seguenti criteri di split:
 - *«CC estremamente gravi»*
 - *«Età < 16 anni»* e *«Ascesso torace»*
- Il gruppo di casi descritto in un'ulteriore richiesta con il codice CHOP 93.9E.1- *«Ventilazione non invasiva [NIV] fuori da un'unità di cure intensive, da 4 giorni»*, ha potuto essere rivalutato nel DRG E77A.
- L' *«Isolamento da contatto, da 7 giorni di trattamento»* per il DRG E77A è stato aumentato a *«Isolamenti specifici, da 14 giorni di trattamento»*. In questo modo, i casi con *«Isolamenti specifici, da 7 giorni di trattamento»* sono rappresentati nel DRG E77C.
- Anche le *«Anomalie cromosomiche specifiche»* sono state rivalutate nel DRG E77C e sono pertanto equiparate alle *«Malformazioni congenite»*.

Con queste ristrutturazioni è stato possibile migliorare la rappresentazione dei casi nel DRG di base E77.

Secondo un utente, i pazienti affetti da tubercolosi non sono rappresentati in modo adeguato. Il trattamento dei pazienti con tubercolosi sarebbero impegnativi, indipendentemente dal motivo principale del ricovero. L'utente ha proposto l'inserimento dei codici ICD per la tubercolosi nella matrice CC.

- I codici ICD elencati nella richiesta sono già inclusi nella matrice CC, oppure sono stati inseriti o rivalutati per la versione SwissDRG 15.0.
- Secondo il riscontro della Società svizzera di pneumologia, tuttavia, sono soprattutto i casi con tubercolosi nel DRG di base E86 da un giorno di degenza e nel DRG di base E02 *«Altre procedure OR sull'apparato respiratorio o intervento impegnativo sul bronco»* a essere sottorimunerati.
- In questi DRG si tratta di piccoli gruppi di casi; ciononostante è stato possibile procedere a una rivalutazione.
- Nel DRG di base E86, i codici ICD per la tubercolosi sono stati inseriti come criterio di split per il DRG E86B *«Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio per neoplasia maligna o ..., un giorno di degenza»* e sono stati pertanto rivalutati.
- Nel DRG di base E02, i casi con tubercolosi beneficiano indirettamente di una rivalutazione grazie all'inserimento di *«Isolamenti specifici, da 7 giorni di trattamento»*.
- Nell'ambito delle analisi relative a questa richiesta, è emersa un'eterogeneità dei costi nel DRG di base E76, nel quale finora erano raggruppati i casi con una tubercolosi o uno pneumotorace.
- I codici ICD per uno pneumotorace o un enfisema interstiziale sono stati rimossi dal DRG di base E76 e inseriti in un nuovo DRG di base E79 *«Pneumotorace»*. Di conseguenza, è stata effettuata una rimozione dei DRG all'interno del DRG di base E76 *«Tubercolosi»*, permettendo così di migliorare l'eterogeneità dei costi.
- I casi con un consumo di risorse maggiore sono rappresentati in modo adeguato nel nuovo DRG di base E79, con uno split PCCL > 3 nel DRG E79A.

A seguito della ristrutturazione della funzione *«Politrauma»*, si sono verificati casi con lesioni traumatiche del polmone che non soddisfacevano più tale funzione e che venivano quindi raggruppati nel DRG di base E86 da un giorno di degenza.

- Grazie alla nuova condizione di split *«Lesioni traumatiche del polmone»* per il DRG E86B, è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi.

3.2.8 MDC 05 Malattie e disturbi del sistema cardiovascolare

All'interno del DRG di base F01 sono state apportate delle ristrutturazioni, dopo che le analisi hanno evidenziato che diversi criteri di split non si sono più dimostrati come separatori di costi adeguati.

- I due DRG F01A sono stati condensati per formare un unico DRG F01A. Le condizioni del DRG F01E «PCCL > 3» e «LOS > 1» sono state trasferite al DRG F01A e successivamente il DRG F01E è stato rimosso.
- Anche i DRG F01C e F01B sono stati condensati per formare il nuovo DRG F01B.
- Di conseguenza, il precedente DRG F01D è stato riclassificato come nuovo DRG F01C a condizioni invariate, mentre l'attuale DRG F01F è diventato il nuovo DRG F01E.

I casi con sostituzione di una valvola aortica o polmonare oppure di una protesi valvolare aortica o polmonare mediante un alloinnesto decellularizzato sono attualmente raggruppati nei DRG F03D e F03E. Secondo il richiedente, questi casi presentano una sottorimunerazione dovuta agli elevati costi degli impianti, che potrebbe essere compensato mediante una rivalutazione nel DRG F03B.

- I relativi codici CHOP sono stati sottoposti a un'analisi approfondita, che ha confermato la sottorimunerazione.
- Un nuovo raggruppamento nel DRG F03B si è rivelato insufficiente.
- Le seguenti procedure sono quindi state rivalutate nel DRG F03A:
 - 35.F1.81 «Sostituzione della valvola aortica con alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante sternotomia completa»
 - 35.F1.82 «Sostituzione della valvola aortica con alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
 - 35.F3.81 «Sostituzione della valvola polmonare con alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante sternotomia completa»
 - 35.F3.82 «Sostituzione della valvola polmonare con alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
 - 35.H1.81 «Rimozione di protesi di valvola aortica nonché impianto di alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante sternotomia completa»
 - 35.H1.82 «Rimozione di protesi di valvola aortica nonché impianto di alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»
 - 35.H3.81 «Rimozione di protesi di valvola polmonare nonché impianto di alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante sternotomia completa»
 - 35.H3.82 «Rimozione di protesi di valvola polmonare nonché impianto di alloinnesto [omoinnesto] decellularizzato, mediante toracotomia mini-invasiva (sternotomia parziale superiore, toracotomia laterale)»

Per la rappresentazione dei pacemaker senza sonda è stata richiesta una nuova verifica del DRG F12B. Il richiedente ha evidenziato che sia il codice CHOP 37.8A.42 «Impianto di pacemaker senza sonda, transvenoso, stimolazione a camera singola» sia il codice CHOP 37.8A.43 «Impianto di pacemaker senza sonda, transvenoso, stimolazione a camera doppia» attualmente raggruppano nel DRG F12B, sebbene i sistemi a camera doppia siano associati a costi di impianto significativamente più elevati.

- La struttura dei costi all'interno del DRG di base F12 è stata analizzata, in particolare per quanto riguarda i casi con il codice CHOP 37.8A.43 «Impianto di pacemaker senza sonda, transvenoso, stimolazione a camera doppia». È stata identificata la necessità di una rivalutazione rispetto ai casi con sistemi a camera singola senza sonda.
- Il codice CHOP 37.8A.43 «Impianto di pacemaker senza sonda, transvenoso, stimolazione a camera doppia» è stato rivalutato dal DRG F12B al DRG F12A. I casi con il codice CHOP 37.8A.42

«Impianto di pacemaker senza sonda, transvenoso, stimolazione a camera singola» continuano a essere raggruppati nel DRG F12B.

- La funzione globale «Procedure OR complesse in più tempi» è stata inserita come criterio di split supplementare nel DRG F12A.
- I casi con i codici CHOP 37.8A.21 «Impianto di pacemaker a camera doppia, senza stimolazione antitachicardica» oppure 37.8A.22 «Impianto di pacemaker a camera doppia, con stimolazione antitachicardica» vengono inoltre ora raggruppati nel DRG F12B, a condizione che siano presenti anche un impianto di elettrodi cardiaci e procedure OR specifiche in più tempi.

Nell'ambito della procedura di richiesta, abbiamo ricevuto una domanda relativa al DRG F19Z «Altro intervento transluminale percutaneo su cuore, aorta e vasi polmonari o procedure specifiche», riguardante casi specifici con il codice CHOP 37.90.10 «Occlusione percutanea dell'orecchietta sinistra», che non sono rappresentati in modo adeguato all'interno di questo DRG a causa dei maggiori costi degli impianti. È stata proposta una rivalutazione all'interno del DRG F19Z mediante l'introduzione di uno split F19 più elevato.

- La struttura dei costi del DRG F19Z è stata analizzata, in particolare per quanto riguarda i casi con il codice CHOP 37.90.10 «Occlusione percutanea dell'orecchietta sinistra».
- Al di sopra dell'attuale DRG F19Z è stato introdotto un nuovo DRG F19A. In questo DRG vengono raggruppati i casi che presentano il codice CHOP 37.90.10.
- Il DRG F19Z esistente è diventato il nuovo DRG F19B con le stesse condizioni.

È stata richiesta una verifica del codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» all'interno del gruppo DRG F24. Secondo il richiedente, questi interventi non sono rappresentati in modo sufficientemente adeguato all'interno degli attuali DRG a causa dei maggiori costi dei materiali e del maggiore impegno in termini di tempo. È stata proposta l'equiparazione al codice CHOP 00.66.30 «Angioplastica coronarica [PTCA] per rotablazione» con l'inserimento nella tabella F24-10 nel DRG F24B.

- La struttura dei costi all'interno del DRG di base F24 è stata analizzata, in particolare per quanto riguarda i casi con il codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia». È stata confermata la necessità di una rivalutazione per questi casi.
- L'inserimento richiesto del codice CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» nella tabella F24-10 è stato esaminato, ma si è rivelato non adeguato sulla base dei risultati delle analisi e della struttura logica esistente del DRG di base F24.
- All'interno del DRG F24A è stata introdotta una logica di combinazione supplementare. I casi vengono ora rivalutati nel DRG F24A se soddisfano le condizioni del DRG F24B e presentano inoltre uno dei codici CHOP 00.66.37 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante litotripsia» oppure 00.66.36 «Intervento vascolare percutaneo transluminale sulle coronarie mediante trombectomia», nonché un codice CHOP del gruppo di codici CHOP 36.08.2- «Impianto percutaneo transluminale di stents in arterie coronarie».

Le analisi del DRG di base F36 hanno evidenziato che i DRG F36A e F36B si differenziano poco in termini di struttura dei costi e durata della degenza. Allo stesso tempo, i casi nel DRG F36C che durante il ricovero ricevono più interventi specifici eseguiti in giorni diversi presentano una sottorimunerazione.

- La funzione «Procedure OR specifiche in più tempi» è stata pertanto inserita come ulteriore condizione di split nel DRG F36B, al fine di rivalutare i casi corrispondenti dal DRG F36C.
- Successivamente, gli attuali DRG F36A e F36B sono stati raggruppati nel nuovo DRG F36A.
- I DRG successivi sono stati rinominati mantenendo le stesse condizioni:

- Il DRG F36C esistente è diventato il nuovo DRG F36B,
- Il DRG F36D è diventato il nuovo DRG F36C
- E il DRG F36E è diventato il nuovo DRG F36D

Nell'ambito delle analisi del DRG di base F39 «*Legatura e stripping di vene o terapia specifica*» è emerso che la condizione di split «*Intervento bilaterale*» non garantiva più una separazione sufficiente dei costi.

- La condizione di split «*Intervento bilaterale*» è stata pertanto rimossa dal DRG F39A.
- Di conseguenza, gli attuali DRG F39A e F39B sono stati raggruppati nel nuovo DRG F39Z.

Ulteriori verifiche interne hanno evidenziato che gli attuali criteri di split dei DRG di base F41 «*Diagnostica cardiologica invasiva per infarto miocardico acuto*» e F49 «*Diagnostica cardiologica invasiva eccetto che per infarto miocardico acuto*» non garantivano più una sufficiente separazione dei costi.

- Il raggruppamento dei due DRG di base è stato verificato mediante diverse simulazioni e successivamente implementato.
- Ne risulta il nuovo DRG di base F49 «*Diagnostica cardiologica invasiva*».
- Inoltre, nel DRG F49E sono stati inseriti i punti risorse bassi per la TIC/TCIMC per bambini (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

Attualmente, i casi con ablazione complessa vengono raggruppati in un DRG del DRG di base F50 «*Procedure ablativo per tachiaritmia*», indipendentemente dalla realizzazione supplementare di un'ecocardiografia intracardiaca con il codice CHOP 37.28. Secondo il richiedente, l'impiego di questa procedura costosa comporta una sottorimunerazione all'interno degli attuali DRG; pertanto è stata proposta una rivalutazione all'interno del DRG oppure l'introduzione di una remunerazione supplementare.

- La rappresentazione del codice CHOP 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca (EIC)*» all'interno del DRG di base F50 è stata nuovamente analizzata.
- Sulla base di tali analisi, il codice CHOP 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca (EIC)*» è stato inserito come ulteriore criterio di split nel DRG F50A. I casi con la relativa codifica vengono ora raggruppati nel DRG F50A qualora soddisfino un criterio di split del DRG F50B e sia inoltre presente il codice CHOP 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca (EIC)*».
- L'introduzione di una remunerazione supplementare separata per il codice CHOP 37.28 «*Ecocardiografia intracardiaca (EIC)*» è stata verificata, ma si è rivelata svantaggiosa.

Nel corso delle analisi relative agli impianti di stent sono stati apportati adeguamenti strutturali all'interno del DRG di base F51.

- È stato introdotto un nuovo DRG F51A al di sopra dell'attuale DRG F51A, nel quale vengono raggruppati i casi con impianto di almeno cinque stent vascolari.
- Nell'attuale DRG F51A, ora DRG F51B, continuano a essere raggruppati i casi con impianto di almeno tre stent vascolari, mentre il nuovo DRG F51C (precedentemente DRG F51B) comprende i casi con impianto di almeno due stent vascolari.

Nel DRG di base F59 «*Interventi vascolari complessi o moderatamente complessi*» sono stati apportati diversi adeguamenti sulla base delle richieste pervenute e delle analisi interne. Le analisi hanno evidenziato che alcuni criteri di split non si sono più dimostrati separatori di costi adeguati, poiché comportavano problemi del grado di gravità all'interno della struttura del DRG. Inoltre, nell'ambito di una richiesta è stata verificata una rivalutazione del gruppo di codici ICD I74.* «*Embolia e trombosi delle arterie*» nonché del gruppo di codici CHOP 38.0* «*Incisioni di vasi*». Un'altra richiesta,

proveniente dallo sviluppo dell'anno precedente, relativa alla rivalutazione della diagnostica per immagine endovascolare (IVUS), è stata nuovamente analizzata sulla base dei dati aggiornati.

Gli adeguamenti hanno portato alle seguenti modifiche strutturali all'interno del DRG di base F59:

- DRG F59A:
 - La logica rimane invariata.
- DRG F59B:
 - Gli attuali DRG F59B e F59C sono stati raggruppati nel nuovo DRG F59B.
 - Con il raggruppamento la precedente logica del DRG F59C è stata integrata nel nuovo DRG F59B.
 - Inoltre, le trasposizioni di arterie sono state incluse nel DRG di base F59 e nel DRG F59B:
 - Codici CHOP 39.59.11-19 *«Trasposizione di arterie»*
 - Anche i punti di risorse bassi per TIC/TCIMC per adulti sono stati inclusi nel DRG F59B (capitolo 3.1.5 *«Medicina intensiva»*).
- DRG F59C:
 - Gli attuali DRG F59D e F59E sono stati raggruppati nel nuovo DRG F59C.
 - La logica dell'attuale DRG F59D è stata mantenuta e ampliata con i criteri di split del precedente DRG F59E.
 - Con l'inserimento del gruppo di codici 39.B* *«Impianto (percutaneo) transluminale di stents in vasi sanguigni»*, i casi vengono inoltre raggruppati nel DRG F59C qualora siano presenti almeno due procedure del gruppo di codici CHOP 39.B*.
 - Anche i casi con embolia delle arterie o trombosi (gruppo di codici ICD I74*) in combinazione con le seguenti incisioni di vasi arteriosi sono stati inclusi nel DRG F59C:
 - 38.03.11-21 e 38.03.41 *«Incisione di vasi dell'arto superiore»*
 - 38.04.10-40 *«Incisione dell'aorta»*
 - 38.05.10 e 38.05.31 *«Incisione di altri vasi toracici»*
 - 38.06.11-15 *«Incisione di arterie addominali»*
 - 38.08.10-21 *«Incisione di vasi degli arti inferiori»*
 - Inoltre, per il DRG F59C è stato stabilito uno split pediatrico (capitolo 3.1.5 *«Terapia intensiva»*).
 - Quindi i casi con diagnostica per immagine endovascolare sono stati inclusi nel DRG F59C con i seguenti codici CHOP:
 - 00.2- *«Diagnostica per immagine endovascolare di vasi sanguigni»*
 - 37.23 *«Cateterismo cardiaco combinato del cuore destro e sinistro»*
 - 37.24.10 *«Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del pericardio»*
 - 37.24.99 *«Biopsia del pericardio, altro»*
 - 37.25.10 *«Biopsia chiusa [percutanea] [agobiopsia] del miocardio»*
 - 37.25.99 *«Biopsia del cuore, altro»*
 - 37.26 *«Test elettrofisiologico invasivo tramite catetere»*
 - 37.2A.1- *«Diagnostica per immagini endovascolari di vasi coronarici»*
 - 37.2A.21 *«Diagnostica coronarica endovascolare invasiva tramite catetere, misurazione di pressione»*
 - 37.9C.1- *«Cateterismo transsettale del cuore»*
 - 37.9C.2- *«Intervento transsettale sul cuore mediante cateterismo»*
 - 92.05.0- *«Scintigrafia cardiovascolare ed ematopoietica e studio funzionale radioisotopico»*
- DRG F59D:
 - Gli attuali DRG F59F e F59G sono stati raggruppati nel nuovo DRG F59D.

Attualmente, i casi con i codici CHOP 93.9E.1- *«Ventilazione non invasiva fuori da un'unità di cure intensive»* vengono raggruppati nel DRG di base F62 *«Insufficienza cardiaca e shock»*, senza che questo

trattamento costoso sia considerato in modo differenziato. Secondo il richiedente, ciò comporta una sottorimunerazione, in particolare nel DRG F62D.

- La rappresentazione del gruppo di codici CHOP 93.9E.1- «*Ventilazione non invasiva fuori da un'unità di cure intensive*» all'interno del DRG di base F62 è stata analizzata.
- Sono emersi casi con ventilazione non invasiva fuori da un'unità di cure intensive da 4 giorni di trattamento che non sono rappresentati in modo adeguato.
- I casi con i codici CHOP 93.9E.1- «*Ventilazione non invasiva fuori da un'unità di cure intensive*» da quattro giorni di trattamento sono stati pertanto rivalutati nel DRG F62B.

Nel corso delle analisi è stata riscontrata una sovrarimunerazione di determinati casi all'interno del DRG F63A.

- Analisi più approfondite hanno evidenziato che si trattava di casi con un PCCL pari a 3 all'interno del DRG F63A.
- Lo split PCCL per il DRG F63A è stato pertanto aumentato da «PCCL > 2» a «PCCL > 3».

Di norma, le degenze ospedaliere con chemioterapia sono escluse dal raggruppamento dei casi in caso di riammissione. Attualmente, tale eccezione non è prevista per i tumori del cuore. I casi con chemioterapia e neoplasia del cuore vengono raggruppati nel DRG F75D, con conseguente raggruppamento dei casi in caso di riammissione. È stata pertanto richiesta la creazione di un DRG specifico per le neoplasie del cuore all'interno del DRG di base F75 «*Altre malattie del sistema cardiovascolare*», con le diagnosi principali D48.7 «*Tumori di comportamento incerto o sconosciuto: Altre sedi specificate*» e C38.0 «*Tumore Maligno: Cuore*».

- La rappresentazione del codice ICD D48.7 è stata verificata e non ha evidenziato alcuna necessità di adeguamento.
- All'interno del DRG di base F75 sono state effettuate ulteriori analisi, che hanno portato alla condensazione dei DRG F75B e F75C nel nuovo DRG F75B. Di conseguenza, il DRG F75D è diventato il nuovo DRG F75C. Il DRG F75A è rimasto invariato.
- Nel nuovo DRG F75B sono stati inclusi i casi con diagnosi principale di specifiche neoplasie maligne del cuore:
 - C38.0 «*Tumore Maligno: Cuore*»,
 - C45.2 «*Mesotelioma del pericardio*»,
 - C79.83 «*Tumore maligno secondario del pericardio*» e
 - C79.84 «*Altro tumore maligno secondario del cuore*»
- Inoltre, i DRG F75A e F75B sono ora contrassegnati con l'indicazione «*Eccezione in caso di riammissione*».

Per la rappresentazione della sostituzione endovascolare della valvola tricuspidale è stata richiesta una verifica del codice CHOP 35.F4.23 «*Sostituzione della valvola tricuspidale con xenoinnesto (bioprotesi), per via endovascolare*» in combinazione con i codici ICD I07.1 «*Insufficienza tricuspidale*» oppure I36.1 «*Insufficienza non reumatica della valvola tricuspidale*» all'interno del DRG di base F98. Secondo l'utente, l'attuale raggruppamento di questi casi nel DRG F98B comporta una sottorimunerazione.

- La rappresentazione del codice CHOP 35.F4.23- «*Sostituzione della valvola tricuspidale con xenoinnesto (bioprotesi), per via endovascolare*» all'interno del DRG di base F98 è stata analizzata.
- Sulla base delle analisi è stato introdotto un nuovo DRG F98B al di sopra dell'attuale DRG F98B. In questo DRG sono raggruppati i casi con i seguenti codici CHOP:
 - 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.F4.23 «Sostituzione della valvola tricuspidale con xenoinnesto (bioprotesi), per via endovascolare»
- Un'ulteriore combinazione con i codici ICD I07.1 «Insufficienza tricuspidale» oppure I36.1 «Insufficienza non reumatica della valvola tricuspidale» non si è rivelata appropriata.
- Il DRG F98B esistente è diventato il nuovo DRG F98C. I DRG successivi vengono di conseguenza spostati.

3.2.9 MDC 06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente

In una richiesta ci è stato chiesto di verificare il DRG di base G09 «Interventi per ernia» al fine di introdurre ulteriori split PCCL. L'obiettivo era rappresentare meglio le diagnosi secondarie gravi all'interno di questo DRG operatorio. Sulla base delle analisi è stato possibile implementare criteri di split basati sul PCCL.

- È stato introdotto un nuovo split del DRG G09A con un «PCCL > 3».
- Nel DRG G09C è stato inserito un nuovo split PCCL con «PCCL > 2».
- Sono state inoltre effettuate delle condensazioni: la differenziazione tra i DRG G09B e G09C (interventi per ernie inguinali o interventi per ernia in più tempi) non svolgeva più una funzione di separazione dei costi. Di conseguenza, questi due DRG sono stati raggruppati.
- Anche i DRG G09F e G09G sono stati condensati.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria è stato deciso di rappresentare in un unico DRG di base gli interventi di resezione del retto, che finora erano distribuiti tra i diversi DRG di base G16 e G17.

- I due DRG di base G16 e G17 sono stati condensati mediante l'inclusione di tutti gli interventi di resezione del retto nel DRG di base G16.
- A seguito del nuovo gruppo di casi acquisito, è stato implementato un nuovo split del DRG G16B. I seguenti criteri di split sono stati identificati come separatori di costi:
 - «Procedure complesse alla milza»
 - «Età < 16 anni»
 - «PCCL > 3»
 - e la logica del precedente DRG di base G16
- Di conseguenza, i casi con una singola resezione del retto senza ulteriori condizioni vengono raggruppati nel DRG G16C.

Un utente ha chiesto una nuova valutazione del DRG di base G60 «Neoplasia maligna dell'apparato digerente». Nella richiesta è stato segnalato che, in particolare, i casi ricoverati in urgenza presentano un elevato consumo di risorse a causa delle misure diagnostiche.

- Nelle analisi sono state identificate altre costellazioni impegnative. Di conseguenza, la funzione «Costellazione impegnativa per neoplasia maligna» è stata inclusa nello split del nuovo DRG G60A.
- Anche le diagnosi di sepsi si sono rivelate impegnative e sono state rivalutate nel DRG G60A.
- Inoltre, lo split del DRG G60B è stato ampliato ai bambini con «Età < 16 anni».
- I casi descritti vengono pertanto rivalutati.

Un'ulteriore richiesta pervenuta segnalava che, nei pazienti con enterocolite da Clostridium difficile, le specifiche misure igieniche e le degenze prolungate comportano un elevato dispendio di risorse. È stata pertanto richiesta una rivalutazione delle diagnosi A04.7- nei DRG di base G67, G86 e G46.

- Già nella versione 15.0 le diagnosi nei DRG G86A e G67C erano state rivalutate in modo adeguato.

- Per la versione 16.0 è stata effettuata una rivalutazione del gruppo di codici ICD A04.7- «*Enterocolite da Clostridium difficile*» all'interno del DRG di base G46 «*Gastrosopia o colonscopia...*» nel DRG G46C.

Nell'ambito delle analisi è emerso che i casi con protesi (non autoespandente/autoespandente) all'esofago o all'intestino all'interno del DRG di base G46 comportano un grande assorbimento di risorse, che non è rappresentato in modo adeguato.

- Il DRG G46A è stato splittato sulla base dei codici CHOP 46.99.50-63 per «*Protesi non autoespandente/autoespandente nell'intestino, per via endoscopica*» oppure 42.81.10-42 per «*Protesi non autoespandibile/autoespandibile nell'esofago, per via endoscopica*».
- I casi vengono pertanto rivalutati in modo adeguato.

È pervenuta un'ulteriore richiesta riguardante il DRG di base G46. In essa veniva descritto che nel DRG di base G46 rimangono casi eterogenei con un'elevata quota di ricoveri d'urgenza, in particolare in presenza di perforazione, emorragia od occlusione.

- La verifica ha evidenziato che questi casi sono costosi e che una rivalutazione è giustificata.
- I seguenti gruppi di diagnosi hanno potuto essere inclusi nel DRG G46C. Questa rivalutazione contribuirà a garantire una remunerazione adeguata dei casi interessati.
 - Codici ICD K22.2 «*Ostruzione esofagea*» e K22.3 «*Perforazione dell'esofago*»
 - Codice ICD K25.0-2 «*Ulcera gastrica: Acuta: con emorragia/con perforazione/con emorragia e perforazione*»
 - Codice ICD K26.0-2 «*Ulcera duodenale: Acuta: con emorragia/con perforazione/con emorragia e perforazione*»
 - Codice ICD K31.82 «*Angiodisplasia dello stomaco e del duodeno con emorragia*»
 - Codici ICD K55.22 «*Angiodisplasia del colon: con emorragia*» e K55.32 «*Angiodisplasia dell'intestino tenue con emorragia*»

È pervenuta un'ulteriore richiesta anche in relazione al DRG di base G67. È stato richiesto di verificare, ai fini di una rivalutazione, determinate diagnosi relative a malattie perforanti del tratto gastrointestinale.

- A seguito delle analisi, determinate diagnosi del gruppo di codici ICD K57.- «*Diverticolite con perforazione*» hanno potuto essere incluse nel DRG G67A, consentendo così la rivalutazione dei casi interessati.
- Nei DRG G67C e G67D, i casi con ulteriori diagnosi si sono rivelati più impegnativi. I DRG G67C e G67D sono stati splittati sulla base dei seguenti codici ICD:
 - K22.3 «*Perforazione dell'esofago*»
 - K25.1-6 «*Ulcera gastrica: con emorragia/perforazione*»
 - K26.1-6 «*Ulcera duodenale: con emorragia/perforazione*»

Un'indicazione riguardava la diagnosi «*Sepsi*» nei casi all'interno della MDC 06. I casi interessati sarebbero sottorimunerati in diversi DRG.

- A seguito delle analisi, la tabella delle diagnosi di sepsi è stata introdotta come nuovo criterio di split in quattro DRG:
 - DRG G21A «*Intervento per aderenze con CC estremamente gravi o età < 16 anni o diagnosi specifica...*»
 - DRG G46B «*Gastrosopia complessa o colonscopia con CC estremamente gravi o procedura complicante per malattia grave...*»
 - DRG G60A «*Neoplasia maligna dell'apparato digerente con costellazione impegnativa per neoplasia maligna o...*»
 - DRG G86C «*Malattie e disturbi dell'apparato digerente con diagnosi complicante o...*»

- In questo modo, l'impiego supplementare di risorse dei casi interessati sarà in futuro adeguatamente considerato, consentendone la rivalutazione.

In un'altra domanda è stato chiesto di rivedere i DRG di base G70, G71 e G72. A tal fine sono state proposte alcune diagnosi principali come criteri di split. I risultati delle simulazioni, tuttavia, non hanno supportato questa proposta. Le analisi hanno invece portato ad altre revisioni all'interno di questi DRG.

- È emerso che i casi nei DRG di base G71 e G72 presentano una struttura dei costi simile. Per questo motivo, i due DRG di base sono stati raggruppati. Ora esiste solo il DRG di base G71. Le condizioni del DRG di base G72 sono state incluse.
- Inoltre, è stato possibile introdurre nuovi criteri di split. Un nuovo split PCCL nel nuovo DRG G71A consentirà in futuro la rivalutazione dei casi con un «PCCL > 3».
- Un ulteriore split con la condizione «Due giorni di degenza» permette di rappresentare numerosi casi con una particolare struttura dei costi. Questo split va a beneficio di tutti i casi all'interno del DRG di base G71.

Un utente ha richiesto di verificare ulteriori criteri di split nel DRG di base G86 «*Malattie e disturbi dell'apparato digerente, un giorno di degenza*». Come possibile soluzione sono stati proposti uno split PCCL nonché diagnosi quali neoplasie maligne oppure enteriti e altre malattie dell'apparato digerente. Tuttavia, né tali diagnosi né lo split PCCL si sono rivelati idonei come separatori di costi.

- Nel corso delle analisi è invece emerso un gruppo di casi con un intervento specifico.
- Di conseguenza, il gruppo di codici CHOP 42.33.2- «*Asportazione o distruzione endoscopica di lesione o tessuto esofageo*» ha potuto essere rivalutato mediante uno split del DRG G86C, poiché tali interventi comportano rilevanti costi aggiuntivi.

Nell'ambito dell'insieme delle analisi sono stati individuati nel DRG G86B casi con costi eccezionalmente elevati. Si tratta di casi con diagnosi principale T18.2 «*Corpo estraneo nello stomaco*» e diagnosi secondaria X84.9 «*Autolesionismo intenzionale*». Un'ulteriore causa degli elevati costi aggiuntivi è rappresentata dai trasferimenti con grande assorbimento di risorse, riscontrati in un numero considerevole di casi.

- La costellazione del codice ICD X84.9 «*Autolesionismo intenzionale*» e la variabile «*Trasferimento*» sono state inserite nel DRG G86A.
- In questo modo, tali casi saranno in futuro rivalutati in modo adeguato.

Nel corso dei lavori di sviluppo del sistema è emerso che l'attuale split PCCL del DRG G19A «*Altri interventi su stomaco, esofago e duodeno...con CC gravi*» (PCCL > 3) non assicurava più un'adeguata separazione dei costi.

- Lo split PCCL è stato pertanto rafforzato. D'ora in poi, per essere raggruppati nel DRG G19A sarà necessario un «PCCL > 4».
- I casi con un «PCCL > 3» vengono ora raggruppati nel DRG G19B.

È stata inoltre individuata una struttura dei costi omogenea nei DRG G21A e G21B.

- I DRG G21A e G21B sono stati raggruppati con la rimozione dello split basato sui punti risorse per TIC/TCIMC.

A seguito delle nostre analisi sono stati individuati casi altamente costosi nel DRG G35B «*Terapia a pressione negativa complessa per malattie e disturbi dell'apparato digerente o diagnosi complessa con intervento complesso*».

- È stato pertanto possibile apportare adeguamenti allo split del DRG G35A.

- La condizione supplementare «*Terapia a pressione negativa*» per il DRG G35A è stata rimossa; di conseguenza, i casi con «*Età < 16 anni*» vengono raggruppati in questo DRG senza ulteriori condizioni.
- Inoltre, nel DRG G35A è stata inclusa la condizione «*TIC per adulti > 360 punti risorse*» in combinazione con «*Procedure OR specifiche in quattro tempi*», nonché la funzione «*Costellazione impegnativa per neoplasia maligna*».

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

In una richiesta ci è stato segnalato che nella MDC 07 vi sono casi che, a causa di una diagnosi di sepsi (gruppo di codici ICD A41.-), sono più impegnativi e presentano una struttura dei costi eterogenea rispetto agli altri casi.

- La tabella con le diagnosi di sepsi è stata inserita come criterio di rivalutazione nei seguenti DRG:
 - DRG H01A «*Interventi su pancreas con terapia a pressione negativa o terapia intensiva complessa > 196/360 punti risorse...*»
 - DRG H07B «*Colecistectomia specifica con età > 11 anni o terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC neonati/bambini > 130 punti risorse...*»
 - DRG H37A «*Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas con terapia intensiva complessa/trattamento complesso IMC > 196/360 punti risorse...*»

Un utente ci ha segnalato che, negli interventi sulle vie biliari, come ad esempio le biopsie, viene utilizzato un colangioscopio monouso. Ciò comporta elevati costi per il materiale. Questi costi supplementari non sono coperti dagli attuali DRG.

- L'intervento viene codificato con il codice CHOP 51.17 «*Endoscopia diretta delle vie biliari*».
- Le analisi hanno permesso di dimostrare i costi supplementari del materiale nel DRG di base H41.
- Il codice CHOP 51.17 è stato inserito nelle condizioni di split dei DRG H41A e H41C, consentendo così una rivalutazione adeguata dei casi.

È pervenuta un'ulteriore richiesta, nella quale è stato segnalato che nei DRG di base H01 e H09 sono inclusi interventi sugli organi fegato e pancreas, sebbene questi si differenzino in termini di costi. Secondo il richiedente, mentre nelle resezioni epatiche vengono utilizzate prevalentemente tecniche mininvasive, le pancreatectomie vengono ancora eseguite a cielo aperto. Questa procedura comporta una degenza più lunga e costi più elevati. È stato richiesto di distinguere i tipi di intervento in base al sistema d'organo, nonché tra interventi invasivi e mininvasivi.

- Nell'ambito delle analisi non è stato possibile confermare l'eterogeneità dei costi di base descritta tra gli interventi al pancreas e al fegato.
- Soltanto i casi con il codice CHOP 52.52.11 «*Pancreatectomia distale, chirurgica a cielo aperto*» risultano associati a costi significativamente più elevati.
- Per questo motivo, il codice CHOP 52.52.11 è stato incluso nel DRG di base H01, ciò equivale a una rivalutazione.

In questo contesto è stato identificato un ulteriore gruppo di casi con grande impiego di risorse, che ha potuto essere rivalutato. La condizione «*Intervento multiviscerale*» in combinazione con una diagnosi «*Neoplasia maligna dell'apparato digerente*» è stata inserita nello split per il DRG H01B; di conseguenza i casi interessati saranno rivalutati in futuro.

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

Nelle analisi interne è emerso che i casi con una *«Dissezione del collo»* risultavano sottorimunerati 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»*.

- L'inclusione della tabella *«Dissezione del collo»*, con i codici CHOP 40.4- *«Dissezione selettiva (funzionale)/radicale del collo, ...»*, nel DRG I02A ha consentito di ottenere una rappresentazione adeguata di questo gruppo di casi.

Durante un'analisi è emerso che il criterio di split *«Protesi a stelo lungo»* (codice CHOP 81.A1.13) non è più adeguato in diversi punti del sistema come separatore dei costi.

- Di conseguenza, il codice CHOP 81.A1.13 *«Protesi a stelo lungo»* è stato svalutato nel DRG di base I04 *«Revisione o sostituzione del ginocchio con diagnosi complicante o artrodesi»*, nel DRG di base I43 *«Impianto o sostituzione completa di endoprotesi del ginocchio»* e nel DRG di base I46 *«Impianto, sostituzione o revisione di protesi dell'anca»*.
- Inoltre, nel DRG di base I04 è stato svalutato anche il codice CHOP 81.A1.12 *«Protesi modulare»*, poiché anche questo criterio si è rivelato non più idoneo a separare i costi.
- Nel corso delle analisi sono stati individuati anche casi nel DRG di base I46 che risultavano sottorimunerati. L'introduzione della funzione globale *«Procedure OR specifiche in più tempi»* ha consentito di rivalutare questi casi nel DRG I46A e di rappresentarli in modo adeguato.

Abbiamo ricevuto una richiesta nella quale si segnalava che gli interventi di sostituzione della protesi della spalla, in particolare con l'impiego di protesi a stelo lungo o modulari, risultavano sottorimunerati nel DRG I05B *«Sostituzione articolare o revisione agli arti superiori con intervento complesso»*. È stato pertanto richiesto di rivalutare il gruppo di codici CHOP 81.80.2- *«Impianto di endoprotesi totale della spalla in caso di sostituzione di protesi»*.

- L'osservazione relativa all'impiego di *«Protesi a stelo lungo»* (codice CHOP 81.A1.13) o di *«Protesi modulare»* (codice CHOP 81.A1.12) non ha potuto essere confermata sulla base dei dati a nostra disposizione.
- Anche i casi con un codice CHOP 81.80.2- *«Impianto di endoprotesi totale della spalla in caso di sostituzione di protesi»* risultano adeguatamente rappresentati nel DRG I05B e non è stato riscontrato alcun maggiore consumo di risorse rispetto al *«Primo impianto di endoprotesi totale della spalla»* (codice CHOP 81.80.1-).
- Nell'ambito delle analisi effettuate sono tuttavia emersi casi di sostituzione di protesi eseguita in giorni diversi, associati a un maggiore consumo di risorse. Di conseguenza, grazie alla funzione globale *«Procedure OR specifiche in più tempi»*, è stato possibile creare un nuovo DRG I05B al di sopra del vecchio I05B.
- Il vecchio DRG I05B, mantenendo invariata la condizione di split, è diventato il nuovo DRG I05C, mentre il vecchio DRG I05C è diventato il nuovo DRG I05D.
- Inoltre, a seguito di test approfonditi, lo split per grado di gravità per il DRG I05A è stato rafforzato, passando da *«PCCL > 3»* a *«PCCL > 4»*. Il criterio di split permette di identificare un gruppo di casi appropriato per il nuovo DRG I05B e, di conseguenza, è stato nuovamente introdotto.
- A seguito delle ristrutturazioni menzionate, i costi dei casi dei DRG I05C e I05D si sono avvicinati al punto da rendere non più opportuna una suddivisione in due DRG distinti. La condensazione dei due DRG ha consentito di creare un gruppo di casi omogeneo, che costituisce il nuovo DRG I05C.
- Nei DRG I05A e I05B sono stati introdotti punti risorse per TIC/TCIMC per adulti con soglie differenziate (capitolo 3.1.5 *«Medicina intensiva»*).

Abbiamo ricevuto diverse richieste riguardanti la rappresentazione della chirurgia della colonna vertebrale. È stato richiesto di valutare i casi in modo più differenziato in base al livello del segmento

interessato e alla via di accesso dell'intervento, dorsale o ventrale. Da diversi anni gli utilizzatori manifestano una ricorrente incertezza riguardo alla codifica degli interventi alla colonna vertebrale. Già nel corso dell'anno sono emerse divergenze relative ai codici CHOP, nonché alle definizioni e alle raccomandazioni di codifica. Le analisi dei dati hanno evidenziato un quadro estremamente eterogeneo. SwissDRG SA ha raccomandato alle società specialistiche di rivedere i codici CHOP al fine di garantire una codifica uniforme. Per la versione 16.0 è stato possibile effettuare le seguenti ristrutturazioni:

- Gli interventi di «*Stabilizzazione non dinamica della colonna vertebrale tramite osteosintesi senza fusione di vertebre, ...*» sono stati equiparati agli interventi di «*Stabilizzazione dinamica della colonna vertebrale, ...*».
- Per il DRG I06B «*Interventi complessi alla colonna vertebrale...*», gli interventi combinati «*dorsale*» e «*ventrale*» sono stati inclusi già a partire dal primo segmento.
- All'interno del DRG di base I09 «*Fusione vertebrale...*» è stato possibile stabilire un «*PCCL > 4*» per il DRG I09B e un «*PCCL > 3*» per il DRG I09C.
- Nel DRG I09C è stato inserito il criterio di split «*Neoformazione alla colonna vertebrale/al midollo spinale*».
- I casi con un intervento combinato «*dorsale*» e «*ventrale*» a partire da un segmento vengono raggruppati nel DRG I09D.
- Una «*Decompressione della colonna vertebrale, 3 e più segmenti*» è stata rivalutata nel DRG I09E.
- Lo split PCCL per il DRG I10A è stato rafforzato, passando da «*PCCL > 3*» a «*PCCL > 4*».
- I casi con «*TIC per adulti > 119 punti risorse*» sono stati svalutati nel DRG I10C.

Un utente ha chiesto una verifica di tutti i casi con codici ICD per insufficienza renale cronica e/o acuta, con tutti gli stadi.

- Di conseguenza, i codici ICD N17.3 per insufficienza renale acuta, stadio 3 sono stati inclusi nella matrice CC.
- È stato anche possibile rivalutare i casi con il codice ICD N18.3 «*Malattia renale cronica, stadio 3*» nel DRG I13B «*Interventi su omero, tibia, perone e caviglia, ...*» e i casi con malattie renali croniche a partire dallo stadio 4 (codici ICD N18.4 / N18.5) nel DRG I13A.
- I casi con malattia renale cronica a partire dallo stadio 3 sono stati inoltre introdotti come criterio di split nel DRG I08B «*Altri interventi su anca e femore con intervento multiplo...*».

A seguito della revisione completa della funzione globale «*Politrauma*», nuovi casi sono stati raggruppati nella MDC 08 e non vi erano rappresentati in modo da coprire i costi. Attraverso le seguenti ristrutturazioni è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata di questi casi:

- Inclusione della condizione «*Procedure OR specifiche in più tempi*» nel DRG I08A «*Altri interventi su anca e femore con CC estremamente gravi e intervento multiplo o procedura complessa...*»,
- Nel DRG I21B «*Interventi specifici su anca e femore, età < 16 anni...*» è stato inserito il criterio di split «*Intervento su localizzazioni multiple*».

Secondo una richiesta, i casi con una diagnosi «*Arterite a cellule giganti*» e diagnosi secondarie gravi, sottoposti a biopsia dell'arteria temporale, sono sottorimunerati nel DRG di base I28 «*Altri interventi su ossa o tessuto connettivo*». È stata richiesta una verifica del criterio di split PCCL.

- I dati hanno evidenziato che uno split per grado di gravità non risulta appropriato e che, nel complesso, i casi sono adeguatamente rappresentati nella struttura tariffaria.
- Le analisi hanno tuttavia evidenziato che le condizioni di split tra i DRG I28B e I28C non sono più caratteristiche in grado di separare i costi. Di conseguenza, questi due DRG sono stati condensati in un nuovo DRG I28B.

Abbiamo ricevuto il riscontro secondo cui i casi che, nell'ambito di «*Lesioni della cuffia dei rotatori*» (codice ICD M75.1) o di un «*Traumatismo dei muscoli e dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla*» (codice ICD S46.0), necessitano di una «*Reinserzione di tendini, spalla e ascella*» (codice CHOP 83.73.11), risultano sottorimunerati nel DRG I29C «*Interventi complessi su scapola, clavicola, coste o spalla*».

- Con l'inserimento delle diagnosi di una lesione della cuffia dei rotatori (codici ICD M75.1 o S46.0), come diagnosi principale o secondaria, in combinazione con un intervento sui tendini della spalla (codici CHOP 83.64.11, 83.73.11, 83.88.41 o 83.88.91), quale criterio di split per un nuovo DRG I29C al di sopra del vecchio DRG I29C, questi casi risultano ora rappresentati in modo adeguato.
- Inoltre, i punti risorse per TIC/TCIMC nel DRG I29A sono stati ridotti oppure introdotti (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

Nel corso dello sviluppo della struttura tariffaria abbiamo notato casi nel DRG di base I30 che risultavano sottorimunerati.

- La tabella I30-1 è stata completata con i codici CHOP 81.43 «*Riparazione della triade del ginocchio*» e 81.45.10-29 «*Altra riparazione dei legamenti crociati del ginocchio*».

Un richiedente ci ha fatto notare che i casi con la procedura «*Impianto di endoprotesi dell'articolazione della base del pollice*» (codice CHOP 81.74.10) risultano sottorimunerati sia nel DRG I32F «*Interventi su polso e mano, un giorno di degenza*» sia nel DRG I32C «*Interventi su polso e mano... più di un giorno di degenza*».

- Di conseguenza, è stato creato un nuovo DRG I32F da un giorno di degenza al di sopra del vecchio DRG I32F. Come criterio di split è stata utilizzata la tabella I32-10 già esistente, che comprende, tra l'altro, l'impianto di endoprotesi dell'articolazione della base del pollice.
- Un'analisi più approfondita dei codici CHOP contenuti nella tabella sopra menzionata ha evidenziato che i casi con interventi quali «*Sostituzione totale del polso, inclusa revisione/sostituzione*» (codici CHOP 81.73, 81.97.15), «*Trasferimento di dita*» (codici CHOP 82.81, 82.61, 82.89.16) o «*Correzione di sindattilia della mano*» (codici CHOP 86.85.30, 86.85.50, 86.85.70, 86.85.99) presentano un consumo di risorse significativamente maggiore. Questi casi sono ora rivalutati nel DRG I32E.
- Anche in caso di degenza superiore a un giorno, gli interventi «*Trasferimento di dita*» presentano un grande assorbimento di risorse e sono stati pertanto rivalutati nel DRG I32B. I criteri di split del DRG I32B sono stati inoltre completati con la diagnosi principale o secondaria «*Fascite necrotizzante: Mano/Avambraccio*» (codici ICD M72.63-64) e con la funzione «*Procedure OR specifiche in più tempi*».
- Come nuovo criterio di split per il DRG I32A si è inoltre dimostrato appropriato un «*PCCL > 3*» ed è stato pertanto introdotto.
- Nel DRG I32C, la situazione descritta nella richiesta non ha potuto essere confermata a livello nazionale svizzero. Di conseguenza, i casi con «*Impianto o revisione/sostituzione di un endoprotesi dell'articolazione della base del pollice*» con più di un giorno di degenza presentano complessivamente un buon grado di copertura.
- Da un'analisi più dettagliata dei casi nel DRG I32C è emerso che gli interventi come l'«*Artroplastica con impianto*» (codici CHOP 81.71.99, 81.74.21, 81.74.99), l'«*Innesto, trasposizione o sutura dei nervi periferici della mano*» (codici CHOP 04.3X.4, 04.51.12, 04.6X.60, 04.6X.73, 04.74.99, 04.75, 04.76, 04.79.13, 04.79.24) o la «*Correzione di sindattilia della mano*», sono interventi particolarmente impegnativi. Questi interventi sono stati utilizzati per la creazione di un nuovo DRG I32C, per cui il DRG I32C (v15.0) corrisponde ora al DRG I32D (v16.0).

- Nell'ambito della ristrutturazione sopra descritta, la numerazione dei DRG è stata spostata di una posizione anche per i DRG da un giorno di degenza. Di conseguenza, il DRG I32E (v15.0) corrisponde al DRG I32F (v16.0), il nuovo DRG I32F corrisponde al DRG I32G (v16.0) e il DRG I32F (v15.0) corrisponde al DRG I32H (v16.0).
- I punti risorse per TIC/TCIMC sono stati ora inclusi nei DRG I32A e I32B, con soglie differenziate (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

Secondo un utente, le «*Fratture del femore*» trattate conservativamente (codici ICD S72*) risultano sottorimunerate nel DRG I60B «*Fratture del bacino, del collo del femore e del femore, età > 2 anni*», poiché comportano un assorbimento di risorse significativamente maggiore in particolare rispetto alle fratture del bacino trattate conservativamente. Inoltre, è stato segnalato che i casi con un «*PCCL > 2*» nel DRG I60B non sono rappresentati in modo adeguato.

- Nelle nostre analisi, le fratture trattate conservativamente sono risultate complessivamente rappresentate in modo adeguato. Solo la procedura «*Riduzione chiusa di frattura del femore senza fissazione interna*» con il codice CHOP 79.05 è risultata associata a un maggiore dispendio di risorse ed è stata pertanto rivalutata nel nuovo DRG I60B.
- Il nuovo DRG I60B è stato completato con il criterio di split «*PCCL > 2*» oppure «*Età < 6 anni*». I casi con «*Età < 3 anni*», invece, continuano a essere raggruppati invariati nel DRG I60A.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della MDC 21A «*Politrauma*», alcuni casi sono stati svalutati nel DRG I61B da un giorno di degenza «*Malattie e disturbi del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo, età > 15 anni e un giorno di degenza*», dove sono sottorimunerati.

- Per rappresentare nuovamente in modo adeguato questi casi, le tabelle esistenti PTR-7, PTR-8 e PTR-9 (che comprendono lesioni traumatiche della colonna cervicale, toracica e lombare nonché del bacino) della funzione «*Politrauma*» sono state utilizzate come criterio di split per il DRG I61A.

Un'ulteriore richiesta riguardava la verifica della corretta rappresentazione dei casi con una «*Polimialgia reumatica*» (codice ICD M35.3) come diagnosi principale nel DRG di base I66 «*Malattie del tessuto connettivo o artrite specifica*».

- Sulla base dei dati relativi a tutta la Svizzera, si tratta di un piccolo gruppo di casi con la diagnosi principale «*Polimialgia reumatica*», che risulta rappresentato in modo adeguato nel DRG di base I66.
- Tuttavia, nelle analisi è emersa una sopravvalutazione dei codici ICD M35.8 «*Altro interessamento sistemico, specificato, del tessuto connettivo*» e M35.9 «*Interessamento sistemico del tessuto connettivo, non specificato*» nel DRG di base I66. Questi codici sono stati spostati nel DRG di base I76 «*Altre malattie del tessuto connettivo*».
- Al contrario, nel DRG di base I76 è emerso una sottorimunerazione dei codici ICD M00 «*Artrite piogenica*», A54.4 «*Infezione gonococcica del sistema osteomuscolare*» e A66.6 «*Lesioni delle ossa e delle articolazioni da framboesia*» come diagnosi principale. Per questo motivo, tali codici ICD sono stati spostati nel DRG di base I66.
- I punti risorse per TIC/TCIMC per adulti sono stati ora inclusi nel DRG I66A (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

Secondo il richiedente, le patologie della colonna vertebrale confermate mediante esami meccanici, quali i codici ICD M51.1 «*Disturbi di disco intervertebrale lombare e di altra sede associati a radicolopatia*» o M48.0- «*Stenosi del canale midollare*», risultano sottorimunerate nel DRG I68D «*Malattie e traumatismi della regione della colonna vertebrale non trattati chirurgicamente, età > 15 anni*». Lo stesso varrebbe per i casi con i codici ICD M46.4- «*Discite, non specificata*» e «*PCCL < 3*».

- La differenziazione proposta nella richiesta tra patologie della colonna vertebrale confermate mediante esami meccanici (ICD-10 M51.1 e M48.0-) e lombalgie non specifiche si è tuttavia rivelata non appropriata sulla base dei nostri dati.
- Al contrario, è stato possibile confermare la sottorimunerazione dei casi con «*Discite, non specificata*» e «*PCCL > 3*», per cui i casi con discite o spondilopatia infettiva (codici ICD M46.40-48 e M46.50-58) vengono ora rivalutati nel DRG I68B indipendentemente dal grado di gravità. In combinazione con un «*PCCL > 3*» tali casi vengono raggruppati nel DRG I68A.

Abbiamo anche ricevuto una richiesta di verificare la diagnosi M80.0- «*Osteoporosi con frattura patologica*» come criterio di split nel DRG di base I69 «*Malattie dell'osso e artropatie*». È stato inoltre richiesto di esaminare la soglia dello split PCCL.

- Secondo la nostra analisi, i casi con «*Osteoporosi con frattura patologica*» (codice ICD M80.0-) sono rappresentati in modo adeguato nel DRG I69C.
- Nell'ambito della verifica degli split PCCL, i casi con «*PCCL > 3*» presentano un consumo di risorse particolarmente elevato. Di conseguenza, questa condizione di split è stata utilizzata per la creazione di un nuovo DRG I69A al di sopra del vecchio DRG I69A.
- Il precedente DRG I69A è diventato il nuovo DRG I69B con le stesse condizioni; il precedente DRG I69B è diventato il DRG I69C e il precedente DRG I69C è diventato il DRG I69D.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del sistema abbiamo notato casi sottorimunerati nel DRG di base I95 «*Impianto di endoprotesi tumorale o procedure complesse in più tempi...*».

- Con l'introduzione del criterio di split «*PCCL > 3*», tali casi vengono ora raggruppati nel DRG I95A, nel quale risultano rappresentati in modo adeguato.
- I punti risorse per TIC/TCIMC sono stati ridotti oppure introdotti nel DRG I95A (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*»).

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

Abbiamo ricevuto una segnalazione secondo cui i codici ICD per «*...complicanze di dispositivo protesico ed impianto mammari*» sono rappresentati in modo differente nella struttura tariffaria.

- Il codice ICD T85.83 «*Altre complicanze di dispositivo protesico ed impianto mammari*» è stato spostato dalla MDC 21B alla MDC 09 ed equiparato al codice ICD T85.4 «*Complicanza meccanica di dispositivo protesico ed impianto mammari*».

Nell'ambito delle analisi nella MDC 09 sono emersi casi sottorimunerati nel DRG J11A con una terapia a pressione negativa. Finora la funzione «*Terapia a pressione negativa*» nella MDC 09 era rappresentata unicamente nel DRG di base J11.

- Ora la funzione «*Terapia a pressione negativa*» è stata rivalutata nei seguenti DRG:
 - DRG J02A «*Trapianto di cute, plastica con lembo, linfadenectomia estesa, trapianto di tessuti con anastomosi microvascolare con...terapia a pressione negativa*».
 - DRG di base J03 e DRG J03A «*Interventi sulla pelle... con CC estremamente gravi o terapia a pressione negativa*».
- Ciò ha consentito di migliorare la rappresentazione di questi casi e di rimuovere la funzione «*Terapia a pressione negativa*» dal DRG di base J11.

Secondo la richiesta presentata, nei pazienti, ad esempio con melanoma maligno, dopo un'asportazione iniziale eseguita in regime di ricovero dermatologico, il ricovero successivo per la copertura plastica del difetto avviene di norma dopo circa una settimana. Questa procedura clinica indicata in due tempi, anche nei casi in cui sia necessaria una nuova asportazione, comporta il raggruppamento dei casi e una rappresentazione non adeguata degli stessi.

- Con l'introduzione della funzione globale «*Procedure OR specifiche in più tempi*» nel DRG J10A «*Interventi plastici su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con intervento specifico o su localizzazioni multiple o procedure OR specifiche in più tempi, età < 16 anni*», questi casi hanno potuto essere rivalutati e sono ora rappresentati in modo adeguato.

A seguito di una segnalazione è stato riscontrato che il codice ICD E88.29 «*Altra lipomatosi, non classificata altrove*» come diagnosi principale viene raggruppato nella MDC 10, mentre gli altri codici ICD dello stesso gruppo sono rappresentati nella MDC 23. È stato inoltre segnalato che, nei casi di lipedema, vengono frequentemente eseguiti interventi di riduzione dei tessuti o liposuzioni, che comportano un maggiore dispendio di risorse.

- I dati hanno confermato che le diagnosi e le procedure presentano un dispendio di risorse simile.
- I seguenti codici ICD sono stati spostati dalla tabella delle diagnosi principali della MDC 23 alla tabella delle diagnosi principali della MDC 10 e al DRG di base K62:
 - E88.20 «*Lipedema, stadio I*»
 - E88.21 «*Lipedema, stadio II*»
 - E88.22 «*Lipedema, stadio III*»
 - E88.28 «*Altro lipedema o lipedema non specificato*»
- I codici CHOP 86.83.09 «*Intervento di plastica riduttiva e liposuzione, altro*» e 86.83.21 «*Aspirazione di tessuto adiposo*» sono stati rivalutati come procedure mediche e inclusi nello spostamento «*Altri interventi per obesità/lipomatosi*» verso la MDC 09.
- Inoltre, questi due codici CHOP sono rappresentati nel DRG di base J11 «*Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella*».
- Grazie allo spostamento già esistente verso la MDC 09 e all'inclusione dei codici CHOP come procedure rilevanti per il raggruppamento, è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata dei casi di lipedema trattati con liposuzione all'interno della MDC 09.

Per quanto riguarda il DRG di base J11, abbiamo anche riscontrato una rappresentazione non adeguata di determinati gruppi di casi.

- In particolare, la condizione di split «*Ulcera/erisipela*» per il DRG J11A si è rivelata sopravvalutata ed è stata pertanto rimossa.
- In compenso, è stato possibile rivalutare nel DRG J11A i casi con le seguenti condizioni:
 - «*Malattia renale cronica, dallo stadio III*» con i codici ICD N18.3–N18.5
 - «*Procedure complicanti*» e
 - gli isolamenti già menzionati in precedenza (capitolo 3.2.2 «*Misure d'isolamento*»).
- Nel DRG di base J11 sono stati inclusi codici CHOP relativi a interventi specifici sulle vie urinarie, consentendo così la rivalutazione di casi sottorimunerati della partizione medica.

In una richiesta è stato segnalato che gli interventi multipli in un solo tempo operatorio non sono sufficientemente differenziati nel sistema tariffario. In particolare, la richiesta riguardava le mastectomie in cui, nel corso dello stesso intervento, vengono eseguite rimozioni di linfonodi e interventi di chirurgia plastica o impianti di protesi. Secondo il richiedente, l'inadeguata rappresentazione di questi interventi in un solo tempo operatorio crea un incentivo indesiderato all'aumento dei volumi e comporta per i pazienti interventi multipli gravosi.

- Le nostre analisi hanno evidenziato una lieve sottorimunerazione dei casi con le costellazioni sopra descritte nella MDC 09.
- I casi che soddisfano le seguenti condizioni vengono ora raggruppati nel DRG J14Z, nel quale risultano rappresentati in modo adeguato:
 - «*Neoplasia maligna della mammella*» e
 - «*Mastectomia*» e

- «Asportazione di linfonodi sentinella» e
- «Interventi specifici di chirurgia plastica» oppure «Impianto di protesi».

Per una rivalutazione nel DRG J06 i casi erano troppo poco costosi.

Nell'ambito delle analisi abbiamo riscontrato una sopravvalutazione del codice CHOP 85.D1 «Iniezione mammoplastica di ingrandimento».

- Il codice CHOP è stato rimosso da tutte le funzioni globali e svalutato all'interno della MDC 09.
- Questo codice CHOP è ora adeguatamente rappresentato nei DRG di base J24 «Interventi sulla mammella eccetto che per neoplasia maligna» e J25 «Interventi minori sulla mammella per neoplasia maligna».

Un utente ha richiesto la rivalutazione del gruppo di codici CHOP 93.59.7- «Trattamento dermatologico complesso multimodale: Dermatoterapia total body» nella struttura tariffaria. Secondo il richiedente, la balneoterapia dermatologica è una modalità terapeutica ben consolidata e, se indicata correttamente ed eseguita in modo appropriato, è altamente efficace. Essa comporta tuttavia un elevato consumo di risorse e, a seconda del quadro clinico, delle condizioni generali del paziente e delle comorbidità presenti, può essere effettuata esclusivamente in regime di ricovero; attualmente non è rappresentata in modo adeguato nella struttura tariffaria.

- Dalle analisi non è emerso un maggiore consumo di risorse attribuibile alla balneoterapia dermatologica.
- Grazie alle condizioni di split già esistenti, questi casi risultano adeguatamente rappresentati nei rispettivi DRG.
- Nelle analisi sono stati tuttavia identificati, nel DRG J61D, casi altamente costosi dovuti all'esecuzione di una biopsia non chirurgica. Pertanto, la tabella J61-6 è stata introdotta come nuovo criterio di split per il DRG J61B.
- Sono stati inoltre rivalutati casi con tumor board grazie all'introduzione, già sopra descritta (capitolo 3.2.2 «Costellazioni impegnative»), della funzione globale «Costellazioni impegnative per neoplasia maligna» nel DRG J61A. Una semplice rivalutazione delle neoplasie maligne non era appropriata.

Abbiamo ricevuto una richiesta per una rivalutazione dei gruppi di codici ICD L02.- «Ascesso cutaneo, foruncolo o favo» e L08.- «Altre infezioni locali della cute e del tessuto sottocutaneo» all'interno del DRG di base J64 «Infezione/inflammatione della pelle e del tessuto sottocutaneo».

- I codici ICD elencati non si sono rivelati dei separatori di costi adeguati. Nelle analisi sono invece emersi casi con incisioni cutanee con drenaggio o incisioni di ascesso che risultavano leggermente sottorimunerati.
- Pertanto, i gruppi di codici CHOP 08.04.1- «Incisione con drenaggio della cute e del tessuto sottocutaneo» e 86.0A.0- «Incisione della cute e del tessuto sottocutaneo» (a causa dell'inclusione dell'«Incisione di ascesso») sono stati inseriti come procedure mediche e come criterio di split per il DRG J64B «Infezione/inflammatione della pelle e del tessuto sottocutaneo con intervento specifico o età < 16 anni».
- Nel corso di queste analisi è emerso inoltre che i casi nel DRG J64C presentavano costi simili a quelli dei casi nel DRG J64A. Di conseguenza, questi due DRG sono stati condensati nel DRG J64A «Infezione/inflammatione della pelle e del tessuto sottocutaneo con CC gravi o malattie specifiche con procedura specifica o isolamento specifico da 7 giorni di trattamento».

3.2.13 MDC 10 Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche

Le analisi effettuate nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del sistema tariffario hanno evidenziato che entrambi i DRG K06A e K06B presentavano una struttura dei costi molto simile.

- I DRG K06A e K06B sono stati condensati in un nuovo DRG K06A.
- Il DRG K06C è diventato il nuovo DRG K06B con le stesse condizioni.

Secondo l'utente, i casi con diagnosi principale C74.- «*Tumore maligno del surrene*» presentano, all'interno di diversi DRG, costi significativamente più elevati rispetto al restante gruppo di casi. In particolare, viene descritta una rappresentazione insufficiente di questi casi nel DRG di base K64 e nel DRG K86A.

- La rappresentazione del gruppo di codici ICD C74.- «*Tumore maligno del surrene*» è stata analizzata ed è stato inserito nella matrice CC.
- Nel DRG K86A, i casi con neoplasia maligna sono risultati già sufficientemente differenziati e pertanto non è emersa la necessità di ulteriori adeguamenti.
- All'interno del DRG di base K64 il gruppo di diagnosi è stato valutato come criterio di split, ma non si è rivelato appropriato.
- Nel DRG K64A è stato inoltre inserito il criterio di split «*PCCL > 3*». In questo modo, i casi con un grado di gravità più elevato vengono raggruppati più frequentemente nel DRG K64A.

Le analisi interne hanno inoltre evidenziato casi altamente costosi nel DRG K86B, non correlati al gruppo di codici ICD C74.-. Con l'introduzione dei criteri di split «*trasferito*» e «*trasferito all'ammissione*», questi casi vengono ora rivalutati nel DRG K86A e sono adeguatamente rappresentati.

3.2.14 MDC 11 Malattie e disturbi dell'apparato urinario

Le analisi dei dati del 2024 hanno evidenziato una disomogeneità dei costi all'interno del DRG di base L42 «*Litotripsia extracorporea con onde d'urto (ESWL) per calcolosi urinaria*». Le condizioni di split «*Interventi di moderata gravità sull'apparato urinario*» e le diagnosi secondarie «*Paraplegia/tetraplegia*» non si sono più dimostrate separatori di costi univoci.

- I DRG L42A e L42B sono stati pertanto condensati nel nuovo DRG L42Z.

Nell'ambito dell'insieme delle analisi è emerso che, nel DRG di base L63, le condizioni di split finora utilizzate non consentivano più di ottenere la separazione dei costi desiderata. Pertanto è stata effettuata una revisione.

- Poiché i casi in età pediatrica < 16 anni si sono rivelati impegnativi, lo split per età è stato modificato nel DRG L63A. Lo split è stato ampliato da «*Età < 6 anni*» a «*Età < 16 anni*».
- La tabella «*Biopsia renale*» non si è più dimostrata adeguata come separatore di costi ed è stata pertanto rimossa dalla condizione di split per il DRG L63A.
- I DRG L63B e L63C sono stati condensati a causa della loro struttura dei costi simile.

3.2.15 MDC 12 Malattie e disturbi dell'apparato genitale maschile

Un richiedente ha descritto una situazione relativa al carcinoma del pene, nella quale la prognosi dipende in modo determinante dallo stato dei linfonodi. In particolare, negli stadi tumorali avanzati a partire da cN1, una linfadenectomia inguinale risulta indicata. Il richiedente ha evidenziato che le amputazioni del pene (codici CHOP 64.3X.10-12) associate a linfadenectomia inguinale (codici CHOP 40.24.11 o 40.3X.25) comportano costi significativamente più elevati rispetto al restante gruppo di casi del DRG M03B.

- Abbiamo potuto simulare questa proposta di rivalutazione di determinati codici CHOP e confermare i maggiori costi.
- Per il DRG M03A sono state introdotte nuove condizioni di split:
 - La combinazione dei codici CHOP 64.3X.10-12 «*Amputazione del pene*» con 40.24.- «*Asportazione di linfonodi inguinali*» oppure «*PCCL > 2*» è stata rivalutata nel DRG M03A.

3.2.16 MDC 13 Malattie e disturbi dell'apparato genitale femminile

Nell'ambito di una richiesta, il DRG di base N01 «*Isterectomia per neoplasia maligna*» è stato analizzato in relazione alla copertura dei costi. L'attenzione si è concentrata in particolare sui casi con il codice ICD C56 «*Tumore maligno dell'ovaio*» in combinazione con il codice CHOP 65.42 «*Salpingo-ovariectomia, chirurgica a cielo aperto*». Secondo il richiedente, per queste costellazioni di casi si evidenziava una remunerazione insufficiente all'interno dell'attuale struttura tariffaria.

- Questi casi sono stati verificati nel corso dell'ulteriore sviluppo del sistema; tuttavia, non sono emersi elementi indicativi di una sottorimunerazione.
- Nel corso delle analisi, un'altra costellazione di casi è risultata non adeguatamente rappresentata.
- La combinazione delle procedure 68.6- «*Isterectomia radicale*», 65.3-, 65.4-, 66.4- e 66.7- «*Salpingo-ovariectomia*» nonché 40.5- «*Asportazione radicale dei linfonodi*» è caratterizzata da un consumo di risorse particolarmente elevato. Gli elevati costi hanno comportato la rivalutazione di questa costellazione di casi nel DRG N01B.

Nel contesto dell'introduzione di nuovi codici CHOP per la rappresentazione della chirurgia del prolasso, è stata presentata una domanda di ulteriore sviluppo. Ci è stato fatto notare che la chirurgia del prolasso con impianto di rete è associata a un consumo di risorse particolarmente elevato. In particolare, gli interventi laparoscopici in questo ambito non sono adeguatamente rappresentati nell'attuale sistema DRG. Per questo motivo è stata proposta l'introduzione di uno split differenziato all'interno dei DRG N04 e N06. Questo split dovrebbe tenere conto in particolare dell'accesso operatorio, al fine di rappresentare in modo adeguato il diverso assorbimento di risorse tra le procedure a cielo aperto e quelle laparoscopiche.

Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo del DRG di base N06 «*Interventi ricostruttivi complessi sull'apparato genitale femminile*» è stata effettuata una revisione dei criteri di split:

- Il DRG N06B comprende ora i codici CHOP 70.A1/A2.22 «*Chirurgia del prolasso, per via laparoscopica, con rete*».
- Nel DRG N06C sono raggruppati gli interventi a cielo aperto (codici CHOP 70.A1/A2.12) e gli interventi vaginali con rete (codici CHOP 70.A1/A2.32) così come gli interventi laparoscopici senza rete (codici CHOP 70.A1/A2.21).
- Il DRG N06D comprende infine gli interventi per prolasso a cielo aperto o per via vaginale senza impianto di rete (codici CHOP 70.A1.11/31 e 70.A2.11/31).
- Inoltre, lo split PCCL per il DRG N06A è stato rafforzato, passando da «*PCCL > 2*» a «*PCCL > 3*».

Anche nel DRG di base N04 «*Isterectomia o ovariectomia o interventi complessi sulle tube di Falloppio, eccetto che per neoplasia maligna*» è stato possibile apportare adeguamenti relativi alla chirurgia del prolasso.

- A tal fine, gli interventi laparoscopici per prolasso con impianto di rete (codici CHOP 70.A1/A2.22), nonché gli interventi a cielo aperto con impianto di rete a due o tre compartimenti (codice CHOP 70.A2.12), sono stati rivalutati nel DRG N04B.
- Questa distinzione in base alla via di accesso e all'estensione dell'intervento consente una remunerazione più precisa e adeguata alle prestazioni effettuate.

Abbiamo ricevuto una richiesta nella quale si evidenziava che il trattamento dell'endometriosi (profondamente infiltrante), a causa degli interventi chirurgici spesso complessi, rappresenta una sfida particolare. Sono infatti frequentemente necessari interventi complessi su diversi organi, associati a una durata operatoria considerevole. In questo contesto è stata proposta l'introduzione di un DRG di base con diversi gradi di gravità. L'obiettivo è consentire una rappresentazione più differenziata della realtà dei trattamenti, in particolare tenendo conto del numero e della localizzazione degli interventi eseguiti.

- Sulla base delle simulazioni effettuate, abbiamo ritenuto appropriata la proposta di soluzione e introdotto un nuovo DRG di base N17.
- L'assegnazione ai rispettivi gradi di gravità avviene in funzione del numero e della combinazione delle procedure eseguite in diverse localizzazioni, quali ovaio, utero, parete addominale, intestino o uretere.
- Nel DRG N17A vengono pertanto raggruppati i casi con almeno cinque procedure eseguite in localizzazioni differenti.
- Il DRG N17B comprende i casi con quattro procedure eseguite in localizzazioni differenti oppure con almeno due procedure in localizzazioni differenti con adesiolisi.

Nell'ambito di un'ulteriore richiesta, l'attenzione è stata rivolta al DRG di base N23 *«Altri interventi ricostruttivi sull'apparato genitale femminile o enucleazione di mioma»* e al gruppo di casi di pazienti di giovane età. Secondo il richiedente, si tratta in particolare di casi nei quali viene eseguita un'asportazione o distruzione per via laparoscopica di uno o più miomi dall'utero (codice CHOP 68.29.48). Questi interventi hanno spesso l'obiettivo di evitare un'isterectomia e di preservare quindi l'utero. Secondo l'utente, tali casi risultano deficitari.

- Nell'ambito dell'ulteriore sviluppo della struttura tariffaria è stato possibile introdurre un nuovo split del DRG N23A.
- Di conseguenza, i casi con i codici CHOP 68.29.4- *«Asportazione e distruzione di uno o più miomi dall'utero»* vengono ora rivalutati in modo appropriato all'interno del loro gruppo omogeneo di casi.

3.2.17 MDC 14 Gravidanza, parto e puerperio

Nell'ambito della procedura di richiesta sono pervenute diverse domande relative alla rappresentazione dei parti. Da un lato è stata richiesta una rivalutazione generale del DRG di base O60. Un altro utente ha richiesto che i parti vaginali, con o senza complicazione o trattamento specifico, non siano remunerati in misura inferiore rispetto ai tagli cesarei pianificati su richiesta materna o ai tagli cesarei pianificati dopo un precedente taglio cesareo. A tal fine è stato proposto di rivalutare nel DRG di base O60 i parti con codici di induzione del gruppo di codici CHOP 73.* *«Altri interventi di induzione e di assistenza al parto»* oppure, in alternativa, di esaminare i codici CHOP 73.7X.1- *«Trattamento ospedaliero (durata del trattamento preparto) prima del parto nella stessa degenza ospedaliera, secondo il numero di giorni di trattamento»* nel DRG di base O60. Infine, un ulteriore utente ha proposto che il codice CHOP 73.7X.11 *«Trattamento ospedaliero prima del parto nella stessa degenza ospedaliera, da almeno 3 a 6 giorni di trattamento»* venga rappresentato nei DRG di base O01, O02 e O60 oppure, in alternativa, nel DRG di base O50.

- Nel corso delle analisi è stata confermata la diversa valutazione delle varie procedure ostetriche.
- I codici CHOP 73.7X.1- *«Trattamento ospedaliero (durata del trattamento preparto) prima del parto nella stessa degenza ospedaliera, secondo il numero di giorni di trattamento»*, ad eccezione del livello più basso, vengono già raggruppati nel DRG di base O50, dove sono valutati più favorevolmente. Il livello più basso con il codice CHOP 73.7X.11 *«Trattamento ospedaliero prima del parto nella stessa degenza ospedaliera, da almeno 3 a 6 giorni di trattamento»*, viene invece ora rivalutato nel DRG O60B. Una rivalutazione all'interno dei DRG di base O01 o O02, oppure un'inclusione nel DRG di base O50, non hanno mostrato alcun potenziale positivo.
- I codici di induzione del gruppo CHOP 73.* *«Altri interventi di induzione e di assistenza al parto»* non si sono tuttavia rivelati criteri di split adeguati.
- La nostra analisi ha invece evidenziato che alcuni codici CHOP del gruppo 72.* *«Parto con forcipe, ventosa e parto podalico»* sono associati a costi rilevanti. I seguenti codici CHOP vengono ora raggruppati nel DRG O60C:

- 72.01 «Parto con forcipe basso effettuato a livello del piano pelvico con episiotomia»
- 72.09 «Parto con forcipe basso effettuato a livello del piano pelvico, altro»
- 72.11 «Parto con forcipe basso profondo con episiotomia»
- 72.19 «Parto con forcipe basso profondo, altro»
- 72.21 «Parto con forcipe medio con episiotomia»
- 72.29 «Parto con forcipe medio, altro»
- 72.31 «Parto con forcipe alto con episiotomia»
- 72.39 «Parto con forcipe alto, altro»
- 72.51 «Applicazione del forcipe su testa postica dopo parziale estrazione podalica»
- 72.52 «Altra estrazione podalica parziale»
- 72.53 «Applicazione del forcipe su testa postica dopo estrazione podalica totale»
- 72.54 «Altra estrazione podalica totale»
- 72.6 «Applicazione di forcipe su testa postica»
- 72.71 «Estrazione mediante ventosa con episiotomia»
- 72.79 «Estrazione mediante ventosa, altro»

3.2.18 MDC 15 Neonati

È emersa una codifica non uniforme in relazione alla ventilazione meccanica e all'assistenza respiratoria con pressione positiva continua (CPAP) nei neonati. Erano interessati in particolare i codici CHOP 93.9F.11 «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti» e 99.65 «Trattamento acuto di disturbo dell'adattamento neonatale (rianimazione primaria)».

Le analisi hanno evidenziato una diversa rappresentazione di queste prestazioni all'interno del sistema tariffario, che ha comportato una prassi di codifica non omogenea.

- I codici CHOP 93.9F.11 «Ventilazione meccanica e assistenza respiratoria con pressione positiva continua [CPAP] di neonati e lattanti» e 99.65 «Trattamento acuto di disturbo dell'adattamento neonatale (rianimazione primaria)» sono stati equiparati nel sistema tariffario al fine di garantire una rappresentazione uniforme.

3.2.19 MDC 17 Neoplasie ematologiche e solide

Nell'ambito delle analisi sono emersi casi sottorimunerati nel DRG di base R01 «Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide...» e nel DRG di base R61 «Linfoma e leucemia non acuta...».

- Le procedure in più tempi sono state identificate come separatori di costi.
- La funzione globale «Procedure OR specifiche in più tempi» è stata rivalutata nel DRG R01A «Interventi chirurgici per neoplasie ematologiche e solide... e procedure OR specifiche in più tempi».
- Una rivalutazione dei casi con «Procedure OR complesse in più tempi» è stata effettuata nel DRG di base R50 «Chemioterapia altamente complessa due schemi terapeutici o chemioterapia altamente complessa con...».

Un richiedente ha segnalato dei casi non rappresentati adeguatamente nel DRG di base R60 «Leucemia mieloide acuta, ...o prelievo autologo di cellule staminali o graft versus host disease» e, in particolare, i casi con diagnosi principale C92.00 «Leucemia mieloblastica acuta [LMA]: senza menzione di remissione completa» sarebbero interessati da una sottorimunerazione a livello nazionale. Come ulteriori possibili separatori di costi, il richiedente ha indicato l'aplasia associata a conseguenti infezioni oppure una possibile tempesta di citochine con il codice ICD D76.4.

- Una rivalutazione del gruppo di codici ICD C92* «Leucemia mieloide» come diagnosi principale all'interno del DRG di base R60 non si è rivelata appropriata.

- Anche l'introduzione di nuovi split PCCL o la rivalutazione delle chemioterapie avrebbe comportato spostamenti di casi non appropriati.
- Nell'ambito delle analisi sono tuttavia emersi gruppi di casi molto eterogenei nel DRG R60B con chemioterapie specifiche.
- Di conseguenza sono state apportate le seguenti ristrutturazioni:
 - Il DRG R60A è stato splittato e i casi con costellazioni specifiche e con il codice ICD D76.4 «*Sindrome da rilascio di citochine [cytokine release syndrome]*» oppure con «*Età < 18 anni*» vengono ora raggruppati nel nuovo DRG R60A.
 - La condizione «*Chemioterapia complessa*» per il nuovo R60C è stata rafforzata con la funzione globale «*Procedure complicanti*».
 - Anche la condizione «*Procedure OR non complesse o di complessità media e PCCL > 3*» è stata rafforzata. Le «*Chemioterapie di complessità media o elevata e PCCL > 3*» vengono ora raggruppati nel DRG R60C.
 - Le «*Chemioterapie complesse*» senza ulteriori condizioni sono ora rappresentate nel DRG R60D.
- Con queste ristrutturazioni è stato possibile rivalutare i casi complessi e migliorare notevolmente l'omogeneità dei costi all'interno del DRG di base R60.

Lo stesso utente ha descritto, in un'ulteriore richiesta, una sottorimunerazione dei casi con linfoma a cellule B nel DRG di base R61 «*Linfoma e leucemia non acuta, più di un giorno di degenza*».

- La sottorimunerazione descritta dei casi con linfoma a cellule B non ha potuto essere confermata sulla base dei dati del 2024 e una rivalutazione di queste diagnosi non si è rivelata appropriata.
- Le analisi hanno tuttavia consentito di identificare altri separatori di costi e di rivalutare gli isolamenti e i bambini già descritti nel capitolo 3.2.2.
- Inoltre, all'interno dell'attuale DRG R61E è stato individuato un gruppo di casi con un maggiore consumo di risorse, riconducibile principalmente all'esecuzione di biopsie non operatorie. Di conseguenza, l'attuale DRG R61E è stato splittato in funzione di questi interventi minori, in modo tale che tali casi fossero rappresentati in modo adeguato nel nuovo DRG R61E.
- Nell'ambito di queste ristrutturazioni abbiamo inoltre individuato casi chiaramente sovrarimunerati nel DRG R61D. Per questo motivo, lo split PCCL > 2 con l'esecuzione di interventi minori per il DRG R61D è stato reso più restrittivo, permettendo così di rivalutare i casi con un maggiore consumo di risorse.
- Grazie a queste ristrutturazioni è stato possibile migliorare la qualità della rappresentazione dei casi nel DRG di base R61 e aumentarne l'omogeneità dei costi.

Nell'ambito delle ristrutturazioni nella MDC 17 sopra descritte, è emerso che la qualità della rappresentazione di determinati casi della MDC 17 nella pre-MDC sarebbe risultata inferiore rispetto ad alcuni DRG della MDC 17 a causa di una radioterapia aggiuntiva o di un trattamento complesso di medicina palliativa.

- Per questo motivo, per il DRG di base A93 «*Radioterapia, più di 8 sedute di irradiazione*» sono stati esclusi i seguenti DRG:
 - DRG R60A e R60B
 - DRG R50A e R50B
- Anche in relazione al trattamento complesso di medicina palliativa sono state adattate le esclusioni. Le relative ristrutturazioni sono menzionate nel capitolo 3.1.6 «*Medicina palliativa*».

Con queste esclusioni è stato possibile ottenere una rappresentazione adeguata dei casi interessati.

3.2.20 MDC 19 Malattie e disturbi psichici

Nell'ambito delle nostre analisi, i criteri di split sono stati perfezionati nel DRG di base U60:

- I punti risorse per il TCIMC per gli adulti, nonché i punti risorse per TIC/TCIMC per neonati e bambini (capitolo 3.1.5 «*Medicina intensiva*») sono stati ora inclusi nel DRG U60A.
- I codici CHOP 94.35.1- e 94.35.2- «*Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico nel campo della psichiatria dell'adulto/infantile e adolescenziale, > 4 ore al giorno*» sono stati rivalutati nel DRG U60B.
- I seguenti codici ICD sono stati rivalutati nel DRG U60B:
 - F31.2 «*Disturbo affettivo bipolare, episodio maniacale con sintomi psicotici in atto*»
 - F31.5 «*Disturbo affettivo bipolare, episodio depressivo grave con sintomi psicotici in atto*»
 - F32.3 «*Episodio depressivo grave con sintomi psicotici*»
 - F33.3 «*Disturbo depressivo ricorrente, episodio grave con sintomi psicotici in atto*»
- È stato creato un nuovo DRG U60C «*Malattie e disturbi psichici, età > 11 anni e trasferito, un giorno di degenza*» per i casi con trasferimento.

In una richiesta ci è stato fatto notare che i casi con diagnosi principale anoressia nervosa risultano sottorimunerati in diversi punti. In particolare, ciò riguarda i seguenti DRG: A36A, A36B, A90C, A96B, U60A U60B, U66A.

- Le analisi hanno evidenziato che una rivalutazione nei DRG della pre-MDC non è efficace. Invece, i codici ICD F50.0- e F50.1 hanno potuto essere rivalutati nel DRG U60B.
- Nel DRG di base U66 sono state necessarie diverse ristrutturazioni, che hanno portato, tra l'altro, a una migliore rappresentazione di diverse costellazioni di casi con anoressia nervosa:
 - Svalutazione dei codici CHOP 94.3G.14 e 94.3G.15 «*Trattamento psichiatrico complesso per disturbo alimentare, da almeno 28/42 giorni di trattamento*» e 99.BD.1E e 99.BD.1F «*Trattamento complesso integrato per disturbo alimentare grave, da almeno 28/42 giorni di trattamento*» nel DRG U66B.
 - Svalutazione dell'anoressia nervosa (codici ICD F50.0- e F50.1) nel DRG U66C.
 - Rimozione della bulimia e degli altri disturbi alimentari (codici ICD F50.*) dal DRG U66C.
 - Rivalutazione dei codici CHOP 94.3G.12-1F «*Trattamento psichiatrico complesso per disturbo alimentare, da almeno 7 a 238 e più giorni di trattamento*» e 99.BD.1C-1P «*Trattamento complesso integrato per disturbo alimentare grave, da almeno 7 a 238 e più giorni di trattamento*» nel DRG U66C.

Nel corso dell'ulteriore sviluppo del sistema è emerso che anche i trattamenti complessi che finora venivano raggruppati nel DRG U66B, non vi risultano più rappresentati in modo appropriato. In tale contesto, i seguenti codici CHOP sono stati svalutati nel DRG U66C:

- 94.35.1- «*Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico nel campo della psichiatria e della psicosomatica dell'adulto, ...*»
- 94.35.2- «*Intervento di crisi psichiatrico-psicoterapeutico nel campo della psichiatria infantile e adolescenziale, ...*»
- 94.3A.1- «*Trattamento psicoterapeutico e psicosomatico complesso, ...*»
- 94.3A.2- «*Trattamento integrato clinico-psicosomatico complesso, ...*»
- 94.3B.1- «*Trattamento complesso del paziente psichiatrico geriatrico polimorbido acuto, ...*»
- 94.3C.1- «*Trattamento complesso in caso di demenza con complicazioni psichiatriche e psico-organiche, ...*»
- 94.3H.1- «*Trattamento complesso del paziente neuropsichiatrico polimorbido acuto con disturbo dello sviluppo intellettuale, ...*»

Ulteriori analisi hanno inoltre evidenziato che i punti risorse per TIC/TCIMC per adulti rappresentano un criterio di split adeguato nel DRG U64A. Pertanto sono stati inclusi (capitolo 3.1.5 [«Medicina intensiva»](#)).

3.2.21 MDC 21A Politrauma

Tutte le ristrutturazioni relative a questa MDC sono riportate nel capitolo 3.1.1 «*Politrauma*».

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

Nell'ambito delle analisi e delle ristrutturazioni relative al «*Politrauma*» sono emersi casi sottorimunerati nel DRG X06B «*Altri interventi per altri traumatismi con CC gravi o con intervento complesso*».

- Con l'introduzione della funzione globale «*Procedure OR complesse*» nel DRG X37A «*Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici di droghe e farmaci con ...*» è stato possibile rivalutare questi casi con grande assorbimento di risorse.
- Una rivalutazione di questa funzione nel DRG X06A non era appropriata.

3.2.23 MDC 22 Ustioni

Tutte le ristrutturazioni relative a questa MDC sono riportate nel capitolo 3.1.2 «*Ustioni gravi*».

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

Già nell'anno precedente avevamo ricevuto una richiesta di verifica dell'omogeneità del DRG Z02Z. Il richiedente aveva evidenziato che i gruppi di casi inclusi relativi alla donazione da vivente di fegato e rene presentano una marcata eterogeneità. In particolare, i donatori di fegato presenterebbero, rispetto ai donatori di rene, una durata della degenza più lunga e un ricorso più frequente al soggiorno in unità di cure intensive (UCI).

- Abbiamo potuto confermare questa situazione sulla base dei dati. A causa del ridotto numero di casi, nella versione 15.0 non è stato ancora possibile trovare una soluzione.
- Con la versione 16.0 è stato tuttavia possibile splittare il DRG Z02Z. Sulla base del codice ICD Z52.6 «*Donatore di fegato*», i casi interessati vengono ora raggruppati nel nuovo DRG Z02A. I donatori di rene, invece, vengono raggruppati nel DRG Z02B, consentendo così una differenziazione adeguata di questi casi complessi.
- A causa del ridotto numero di casi, il calcolo è stato effettuato sulla base di quattro anni di dati.

3.2.25 Rimunerazioni supplementari- correzione dei costi

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

Complessivamente è stata condotta una correzione dei costi con un importo totale di 157'738'270.95 CHF per 35'977 casi dei dati di calcolo.

3.2.26 Rimunerazioni supplementari- modifiche

Non ci sono nuove rimunerazioni supplementari basate sui codici CHOP.

La remunerazione supplementare «*Emodialisi per la rimozione di proteine con massa molecolare fino a 60000*» è stata soppressa a causa del basso numero di casi registrati negli ultimi cinque anni ed è stata integrata nella remunerazione supplementare «*Emodialisi, emofiltrazione, emodiafiltrazione intermittente*».

Sono stati apportati adattamenti strutturali o precisazioni alle seguenti remunerazioni supplementari basate sui codici CHOP:

- «*Emodialisi, emofiltrazione, emodiafiltrazione intermittente*»: inclusione dei codici CHOP della remunerazione supplementare cancellata «*Emodialisi per la rimozione di proteine con massa molecolare fino a 60000*».
- «*Ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO)*»: l'eccezione relativa all'impiego intraoperatorio come macchina cuore-polmone durante gli interventi cardiocirurgici è stata estesa anche agli interventi chirurgici sul polmone.
- «*Tipo di protesi endovascolari impiantate in vasi pelvici*»: questa remunerazione supplementare è stata ulteriormente differenziata. D'ora in poi, le protesi endovascolari impiantate nei vasi pelvici sono remunerate mediante un importo forfettario per ogni protesi endovascolare.

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

- Alemtuzumab, per via endovenosa
- Amivantamab, per via sottocutanea
- Bélantamab mafodotina, per via endovenosa
- Bromélaïne, per via topica
- Capivasertib, per via orale
- Ceftazidime e Avibactam, per via endovenosa, CZC
- Cladribine, per via orale
- Clesrovimab, per via intramuscolare
- Cultured Epidermal Autograft, per via topica, CHUV (limitata all'anno 2027)
- Edaravon, per via endovenosa e orale
- Fidaxomicin, per via orale
- Copertura cutanea, alloplastica, per via topica, HNB (limitata all'anno 2027)
- Copertura cutanea, allogenica, per via topica, HPS/HEB (limitata all'anno 2027)
- Copertura cutanea, xenogenica, per via topica, HKR (limitata all'anno 2027)
- Icatibant, per via sottocutanea
- Immunoglobuline, umane normali, per somministrazione extravascolare, per via sottocutanea
- Iptacopan, per via orale
- Ivosidenib, per via orale
- Lazertinib, per via orale
- Lebrikizumab, per via sottocutanea
- Lisocabtagene Maraleucel, terapia cellulare autologa CAR-T per il linfoma a cellule del mantello, per via endovenosa, MCL
- Lurbinectédine, per via endovenosa
- Maribavir, per via orale
- Mirvetuximab Soravtansin, per via endovenosa
- Nirmatrelvir e Ritonavir, per via orale
- Nivolumab e Relatimab, per via endovenosa
- Patisiran, per via endovenosa
- Pegaspargase, per via endovenosa/intramuscolare
- Pegcétacoplan, per via sottocutanea
- Quizartinib, per via orale

- Remdesivir, per via endovenosa
- Ribociclib, per via orale
- Risankizumab, per via endovenosa/sottocutanea
- Sarilumab, per via sottocutanea
- Tafasitamab, per via endovenosa
- Vutrisiran, per via sottocutanea

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

- Pemetrexed, per via endovenosa

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

- Binimetinib, per via orale
- Dabrafenib, per via orale
- Dinutuximab bêta, per via endovenosa, CQZ
- Elranatamab, per via sottocutanea
- Nivolumab, per via endovenosa
- Pemigatinib, per via orale
- Rasburicase, per via endovenosa
- Trametinib, per via orale

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

- Adalimumab, per via sottocutanea/endovenosa
- Bevacizumab, per via endovenosa
- Bortezomib, per via endovenosa/sottocutanea
- Caspofungina, per via endovenosa
- Pegfilgrastim, per via sottocutanea
- Posaconazolo, per via orale
- Rituximab, per via endovenosa/sottocutanea

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 2024:

- Amivantamab, per via endovenosa
- Bortezomib, per via endovenosa/sottocutanea
- Inibitore C1, ottenuto da plasma, per via endovenosa
- Caplacizumab, per via endovenosa/sottocutanea
- Céfidérol, per via endovenosa
- Cytarabine e Daunorubicine, per via endovenosa
- Durvalumab, per via endovenosa
- Elranatamab, per via sottocutanea
- Enfortumab védotine, per via endovenosa
- Enzalutamide, per via orale
- Gilteritinib, per via orale
- Glecaprevir e Pibrentasvir, per via orale, CMA
- Ipilimumab, per via endovenosa
- Osimertinib, per via orale
- Posaconazolo, per via endovenosa
- Ruxolitinib, per via orale
- Sacituzumab govitecan, per via endovenosa

- Talquetamab, per via sottocutanea
- Terlipressin, per via endovenosa

Per le seguenti rimunerazioni supplementari basate sul codice ATC, le classi di dosi sono state ristrutturare:

- Andexanet alfa, per via endovenosa
- Rasburicase, per via endovenosa

Per le seguenti rimunerazioni supplementari basate sui codici ATC, i modi di somministrazione sono stati modificati:

- Natalizumab, per via sottocutanea è stata aggiunta
- Onasemnogen abeparvovec, per via intratecale è stata aggiunta
- Terlipressin, per via endotracheopolmonare/inalatoria è stata cancellata

4 Metodo di calcolo

Il metodo di calcolo dettagliato è descritto nel documento «*Metodo di calcolo*».

Nell'ambito della procedura annuale di richiesta, SwissDRG SA è stata informata in diverse occasioni della sottorimunerazione dei low-outlier in alcuni DRG da un giorno di degenza. Una simile costellazione può verificarsi, ad esempio, quando la ripartizione dei costi totali dei low-outlier all'interno di un determinato DRG è molto diseguale.

Per una migliore rappresentazione dei casi interessati, senza tuttavia rinunciare ai vantaggi dell'utilizzo della mediana in relazione ai casi estremi degli outlier, il metodo di calcolo della riduzione per i DRG impliciti da un giorno di degenza è stato adeguato. D'ora in poi, nel calcolo del cost-weight effettivo di questi casi, oltre alla mediana dei costi totali dei low-outlier, vengono considerati anche il quantile del 20% e il quantile dell'80% dei costi totali dei low-outlier.

4.1 Determinazione dei cost-weight

Per la versione 16.0 SwissDRG sono stati elaborati nel risultato finale 1'081 DRG sulla base dei dati svizzeri.

Per 18 DRG si è ricorso anche ai dati dell'anno 2023 a causa del basso numero di casi. Per altri tre DRG sono stati considerati i casi di tre anni di dati (2022-2024). Inoltre, per un DRG sono stati utilizzati quattro anni di dati per il calcolo dei cost-weight (2021-2024). I casi degli anni precedenti hanno potuto essere inclusi soltanto se nei dati degli anni precedenti era possibile effettuare una delimitazione univoca. Questa condizione era soddisfatta quando nei DRG interessati non erano state effettuate ristrutturazioni.

4.2 Calcolo del valore di riferimento

Per il calcolo del valore di riferimento vengono considerati tutti i casi che rientrano nel campo di applicazione SwissDRG. 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 16.0 è stata confrontata con la remunerazione per questa quantità di prestazioni secondo la versione 15.0.

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 16.0, e la somma dei cost-weight effettivi di questi casi, raggruppati con la versione 15.0, siano identiche:

$$Casemix_{Versione\ 16.0}^{Dati\ 2024} = Casemix_{Versione\ 15.0}^{Dati\ 2024}$$

Il valore di riferimento per la versione 16.0 SwissDRG è pari a 11'104 CHF. Per la versione 15.0 è stato calcolato un valore di riferimento di 11'097 CHF.

4.3 Calcolo di supplementi e riduzioni

Il calcolo di supplementi e riduzioni per la versione 16.0 viene effettuato secondo lo stesso metodo usato per la versione 15.0.



Per 740 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 16.0 risultano 192 DRG impliciti da un giorno di degenza, rispetto a 185 DRG impliciti da un giorno di degenza per la versione 15.0.

Allegato A cifre chiave per lo sviluppo del sistema

Base di dati

Per la versione 16.0 sono stati utilizzati i dati del 2024. 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 151.

Tabella 1: numero di ospedali

	Versione 16.0 Dati 2024	Versione 15.0 Dati 2023
Ospedali della rete	151	153
Dati complessivi	185	185

Con la fornitura dei dati degli ospedali della rete sono stati trasmessi complessivamente 1’234’879 casi rilevanti per SwissDRG.

Tabella 2: numero di casi forniti

		Versione 16.0 Dati 2024	Versione 15.0 Dati 2023
Ospedali della rete	Forniti	1’236’012	1’243’232
	Campo di applicazione SwissDRG	1’234’879	1’235’163

Per la versione 16.0 sono stati esclusi 24’106 casi privati e semiprivati. 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 15.0 sono stati esclusi 25’129 casi privati e semiprivati.

Durante la fase di plausibilizzazione sono stati identificati come non plausibili 100’116 casi (8.3% dell’insieme dei dati di calcolo prima della plausibilizzazione). Tra l’altro sono stati esclusi completamente dieci cliniche. I dati plausibilizzati corrispondono alla base di dati per lo sviluppo della struttura tariffaria SwissDRG 16.0. Ciò ha consentito di utilizzare l’89,8% dei casi inviati a SwissDRG SA per l’ulteriore sviluppo della struttura tariffaria.

Il calcolo dei cost-weight per la versione 16.0 è stato basato su 1’110’387 casi dell’anno 2024, oltre a 584 casi dell’anno 2023, 107 casi dell’anno 2022 e due casi dell’anno 2021.

Tabella 3: erosione dei dati

Rilevamento SwissDRG	
1'236'012	Casi forniti
↓	- Psichiatria/riabilitazione - Casi ambulatoriali - Dimissioni al di fuori del periodo del rilevamento
1'234'879	Casi nel campo di applicazione (incl. case per partorienti)
↓	- Casi privati, non utilizzabili - Casi senza costi completi
1'210'503	Record di dati prima della plausibilizzazione
↓	- Plausibilisation des cas (incl. suppression totale de 10 hôpitaux)
1'110'387	Casi plausibili 2024 (dati di calcolo)
	+ 584 casi dai dati 2023 + 107 casi dai dati 2022 + 2 casi dai dati 2021

} Sviluppo del sistema

Numero di DRG

Tabella 4: numero di DRG e remunerazioni supplementari

	Versione 16.0 Dati 2024	Versione 15.0 Dati 2023
DRG totali	1081	1081
DRG fatturabili	1077	1077
DRG per case per partorienti	8	8
DRG non valutati, allegato 1	0	0
Rimunerazioni supplementari valutate, allegato 2	270	230
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 del 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 14.0, 15.0 e 16.0, basati sui dati del 2024. La tabella 5 mostra quindi il puro effetto dello sviluppo del Grouper su R^2 .

Tabella 5: coefficiente R^2 dei dati di calcolo 2024

Versione del Grouper	Anno di dati	Tutti i casi	Inlier (in base a V16.0)
V16.0	2024	0.788	0.871
V15.0	2024	0.786	0.862
V14.0	2024	0.783	0.858

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.