



Maggio 2008

Adeguamenti della statistica medica ai bisogni del finanziamento ospedaliero in funzione delle prestazioni (SwissDRG)

Le modifiche in dettaglio

Controllo versioni:

Versione	Data	Nome o ruolo	Osservazioni
0.1	11.12.2007	PSC/MDI	Bozza
0.2	27.12.2007	MDI	Primo progetto
0.3	28.12.2007	MDI	Modifiche dettagliate
0.4	11.01.2008	PSC/MDI	Modifiche dettagliate
0.5	18.01.2008	MDI/PSC	Adeguamenti dopo le consultazioni preliminari
0.6	22.01.2008	MDI/PSC	Modifiche dettagliate
0.7	25.01.2008	MDI/PSC	Avvio della prima tornata di consultazione
0.8		MDI/PSC	Adeguamenti dopo la prima consultazione
0.9	29.4.2008	PSC/MDI	Adeguamenti dopo la seconda consultazione
1.0	15.5.2008	MDI/PSC	Documento definitivo

Autori: PSC = Patrick Schwab; MDI = Monika Diebold

1	Situazione iniziale	4
2	Introduzione: procedura e calendario	5
2.1	Organismi competenti per le modifiche e canali di comunicazione	5
2.2	Calendario	5
3	Elenco degli adeguamenti previsti	6
3.1	Separazione dei casi durante un ricovero	6
3.2	Raggruppamento dei casi in caso di ricoveri ripetuti	7
3.3	Registrazione di fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti	7
3.4	Ampliamento a 6 cifre dei campi della diagnosi per adottare la classificazione delle diagnosi ICD-10 GM	8
3.5	Ampliamento a 6 cifre dei campi del trattamento per adottare la classificazione completata dei trattamenti CHOP	8
3.6	Lateralità del trattamento o della diagnosi	8
3.7	Attività tumorale	9
3.8	Cure intense e ore di respirazione artificiale	10
3.9	Peso all'entrata dei lattanti	10
3.10	Trattamenti ambulatoriali esterni	11
3.11	Ubicazione dell'ospedale	11
3.12	Data del trattamento	12
3.13	Circonferenza cranica dei neonati	12
3.14	Numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato	13
3.15	Campi di riserva	13
4	Elenco delle richieste di modifica respinte	13
4.1	Centri di costo	13
4.2	Motivi del ricovero fuori Cantone	14
4.3	Farmaci e impianti	14
4.4	Luogo di soggiorno prima della riammissione (per i casi raggruppati)	14
	Allegato A – Direttiva di codifica per la separazione tra casi acuti e non acuti	15
	Allegato B – Codifica delle ore di respirazione artificiale per G-DRG	17
	Allegato C – File minimo della Società svizzera di medicina intensiva	20
	Allegato D – Specifiche della statistica medica a partire dal 2009	20

1 Situazione iniziale

La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, realizzata a cadenza annuale dall'Ufficio federale di statistica dal 1998, rileva dati su tutte le ospedalizzazioni in Svizzera (caratteristiche sociodemografiche, dati sulle degenze, codici delle diagnosi e delle operazioni). Ogni ospedale fornisce i dati necessari conformemente alle disposizioni dell'ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali ([RS 431.012.1](#)). La statistica medica degli stabilimenti ospedalieri è stata concepita in base ai seguenti obiettivi:

1. *Assicurazione del monitoraggio epidemiologico della popolazione residente in Svizzera. Devono essere rilevabili in particolare l'incidenza e la prevalenza delle principali malattie, ad esempio le malattie trasmissibili soggette a dichiarazione, il cancro o le malformazioni, nella popolazione residente nei Cantoni e in Svizzera nonché le modalità e i rischi del loro trattamento.*
2. *Creazione di basi unitarie per la registrazione medica delle prestazioni e il controllo della qualità negli stabilimenti ospedalieri ai sensi dell'art. 49 LAMal (statistica delle prestazioni). Adeguati sistemi di classificazione dei pazienti (ad esempio DRG) consentono di caratterizzare i casi di trattamento secondo criteri medici ai fini della tariffazione secondo i costi per caso o della determinazione di budget globali.*
3. *Elaborazione di dati medici di base per l'esame delle strutture intercantionali di assistenza ospedaliera. Ciò assume particolare importanza nell'ottica delle differenze cantionali nell'assistenza ospedaliera e della pianificazione ospedaliera cantonale chiesta dalla legge (cfr. art. 39 LAMal).*
4. *Approntamento di dati per statistiche di sintesi intercantionali e internazionali, per la ricerca scientifica e per il pubblico.*¹

L'introduzione di un finanziamento ospedaliero in funzione delle prestazioni mediante forfait per caso (punto 2 degli obiettivi), previsto nella revisione del 21.12.2007 della legge federale sull'assicurazione malattie LAMal ([RS 832.10](#)), presuppone degli adeguamenti della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri. In futuro, i dati rilevati dovranno essere impiegati sia per scopi statistici che per i bisogni del sistema di finanziamento ospedaliero SwissDRG, unitario sull'intero territorio della Svizzera. Per poter rispettare il termine stabilito dalla legge per l'introduzione dei forfait per caso, le principali modifiche dovranno essere realizzate già nel 2009.

SwissDRG si basa sul modello tedesco dei forfait per caso G-DRG, che a sua volta trae spunto dal sistema australiano. G-DRG parte da informazioni molto dettagliate. Per raggiungere la necessaria compatibilità con il modello tedesco in Svizzera, devono quindi essere rilevate informazioni più dettagliate rispetto a quanto fatto finora. A tal fine sono introdotte da un lato nuove variabili e dall'altro ampie modifiche delle classificazioni utilizzate, la ICD-10 (edizione OMS) e la classificazione delle procedure CHOP. In alcuni settori, l'adozione del sistema tedesco richiede anche adeguamenti delle direttive di codifica. Il presente documento espone solo gli adeguamenti delle variabili con i necessari adeguamenti delle interfacce informatiche. Le modifiche delle classificazioni e delle direttive di codifica sono trattate in documenti separati.

Oltre agli adeguamenti della statistica indispensabili per introdurre i forfait per caso, da qualche tempo da vari partner sono giunte richieste di modifica della statistica medica. L'UST ha deciso di valutare anche la fattibilità di queste richieste prima di procedere all'adeguamento dell'interfaccia necessario in ogni caso. Il rapporto intermedio di uno studio di fattibilità realizzato su suo mandato mediante due sequenze di interviste strutturate presso partner selezionati è servito quale base per la scelta definitiva

¹ Estratto dal progetto dettagliato della statistica medica (last accessed 10/05/2008)

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.Document.90752.pdf

delle modifiche². I tempi serrati non hanno però permesso di realizzare una consultazione formale sulle proposte di modifica.

Tutti i partner interrogati dall'esperto incaricato, Dr. M. Spinatsch, hanno indicato che le modifiche proposte sono sostanzialmente realizzabili, benché siano anche stati espressi seri dubbi sulla tabella di marcia molto serrata prevista in origine. Tenendo conto di questi pareri, il calendario ha potuto essere leggermente adeguato, malgrado i requisiti molto restrittivi della legge: le modifiche tecniche dell'interfaccia devono quindi essere pronte già per i dati del 2009 solo per i cosiddetti ospedali della rete.³ Tutti gli altri ospedali hanno un anno di tempo in più per adeguare le interfacce.

2 Introduzione: procedura e calendario

Già qualche anno fa, all'avvio del progetto SwissDRG, l'UST aveva sostanzialmente deciso di cooperare con questa istituzione e di adeguare la statistica medica alle esigenze di tale progetto. Questa collaborazione, che permette di evitare di dover rilevare i dati in doppio, non è stata rimessa in questione. Nel corso dei lavori attuali sono invece stati chiariti i seguenti punti:

- organismi competenti per le modifiche e canali di comunicazione
- calendario
- elenco dettagliato delle modifiche previste (capitolo 3)

2.1 Organismi competenti per le modifiche e canali di comunicazione

La procedura di rilevazione non è toccata dalle attuali modifiche della statistica. Le competenze in materia di adeguamenti restano quelle abituali: l'UST elabora, decide e comunica le modifiche ai partner diretti (servizi di rilevazione cantonali e H+), che a loro volta trasmettono le informazioni ai servizi di rilevazione locali (ospedali). I servizi di rilevazione locali e cantonali sono responsabili, ciascuno al proprio livello, del rispetto delle condizioni tecniche e di personale necessarie per trasmettere i nuovi dati entro il termine. Presumibilmente saranno necessari adeguamenti tecnico-informatici degli strumenti di codifica e delle interfacce di trasmissione.

Nota: l'UST non può informare le società informatiche interessate direttamente, poiché ciò sarebbe contrario al principio della parità di trattamento.

2.2 Calendario

Lo studio di fattibilità menzionato al punto 1 ha rivelato che in linea di massima le modifiche possono essere introdotte, ma la tabella di marcia è stata giudicata perlopiù molto serrata. Alla luce di tale risultato è prevista la seguente introduzione:

- 1. Negli ospedali della rete le modifiche dovranno essere introdotte obbligatoriamente a partire dal 2009, come richiesto da SwissDRG.**
- 2. A partire dai dati del 2010, i nuovi formati delle interfacce saranno obbligatori per tutti gli ospedali⁴.** L'UST invita anche tutti gli ospedali non appartenenti alla rete a utilizzare i nuovi formati delle interfacce a partire dal 2009, nei limiti del possibile. Se ciò non dovesse essere possibile per motivi tecnici, i dati potranno essere forniti nel vecchio formato (!) ancora per un anno.

² Il rapporto intermedio è stato elaborato solo per uso interno dell'UST. Il rapporto finale, pubblicato nell'estate del 2008, sarà messo a disposizione del pubblico.

³ Gli ospedali della rete forniscono dati sui costi a SwissDRG su base volontaria.

⁴ Deroghe, vedasi sotto

3. **Le cliniche che si occupano unicamente di casi psichiatrici o di riabilitazione potranno continuare a inviare i dati nel vecchio formato.** Ciò vale fintanto che SwissDRG non emanerà dei requisiti per questo settore.
4. **Le direttive di codifica e le classificazioni modificate saranno introdotte per tutti i servizi di rilevazione secondo un calendario separato, indipendentemente da questi adeguamenti delle interfacce (anche per le cliniche di cui al punto 3).**

3 Elenco degli adeguamenti previsti

In questo capitolo è descritta individualmente ogni proposta inserita nella statistica. È presentata e motivata la decisione e sono fornite indicazioni sulle modifiche dell'interfaccia necessarie. Informazioni esatte sulla nuova interfaccia figurano nell'allegato D. Nel caso in cui in questo documento apparissero delle contraddizioni, fanno stato le indicazioni nell'allegato D.

3.1 Separazione dei casi durante un ricovero

Descrizione

Finora, nella statistica medica i casi venivano delimitati dall'inizio e dalla fine del ricovero. SwissDRG opera con un'altra definizione, che nell'ambito di un ricovero in un ospedale acuto prevede una separazione in caso con assistenza medica acuta prima e senza assistenza medica acuta poi. È ora prevista l'adozione di questa definizione: i casi saranno così chiusi quando non è più necessaria un'assistenza medica acuta, anche se il paziente resta ricoverato. Per il periodo restante sarà aperto un secondo caso, indicando l'ora tra le 23.00 e le 0.00 quale periodo di trasferimento per la statistica. Si eviterà così di contare due volte lo stesso giorno (per i dettagli vedasi l'allegato A)

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

La separazione dei casi è necessaria per calcolare i forfait per caso SwissDRG. Il sistema SwissDRG considera innanzitutto i casi acuti in ambito somatico. Se per motivi organizzativi la durata del ricovero è prolungata al di là della necessità medica o allo stesso ricovero è associata una fase di riabilitazione, la durata media del ricovero di una determinata combinazione malattia-trattamento (DRG) è prolungata per motivi puramente amministrativi. Questo effetto va escluso.

La durata del ricovero necessario per motivi medici è stabilita dal responsabile medico⁵. L'UST propone che, in un futuro prossimo, SwissDRG in collaborazione con l'UST e con partner attivi sul terreno stili un elenco di criteri per definire i limiti, dal momento che una valutazione soggettiva può risultare molto variabile.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Nessuna

Vedasi anche allegato A: direttiva di codifica per la separazione tra casi acuti e non acuti

⁵ Deve ancora essere elaborata una definizione esatta della delimitazione tra "caso acuto" e "caso non acuto".

3.2 Raggruppamento dei casi in caso di ricoveri ripetuti

Descrizione

In un gruppo di lavoro, SwissDRG ha preparato altri adeguamenti della definizione di caso, che tuttavia per ora non sono ancora stati approvati dall'organo superiore. L'idea è di raggruppare, in determinate situazioni, più ricoveri nello stesso ospedale (oggi: più casi). Per poter continuare a confrontare i casi nella statistica medica, ad esempio per l'assicurazione della qualità, in caso di introduzione del raggruppamento dei casi dovranno essere rilevate separatamente informazioni che descrivano i singoli ricoveri, finora attribuite ai singoli casi, e cioè la data di entrata e uscita dei casi raggruppati nonché alcune caratteristiche all'entrata.

Decisione e motivazione

Queste modifiche saranno introdotte solo dopo che SwissDRG avrà deciso formalmente il raggruppamento dei casi. L'UST modifica tuttavia già l'interfaccia poiché presumibilmente la decisione sarà presa prossimamente.

I dati supplementari previsti assicurano che continueranno a essere disponibili le informazioni che altrimenti con il raggruppamento dei casi andrebbero perse. La codifica non risulta più complicata rispetto alla regolamentazione attuale con i singoli casi, poiché oggi sono chiesti più dati sui singoli casi di quanti non dovranno essere forniti in futuro per i casi raggruppati.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Aggiunta di campi per un massimo di cinque ricoveri raggruppati (per i dettagli vedasi l'allegato D).

- Otto campi di datazione supplementari per quattro date di entrata e quattro date di uscita (la prima data di entrata e l'ultima data di uscita sono già contenute nell'interfaccia).
- Aggiunta di un campo per l'indicazione dei motivi del ricovero per ognuna delle quattro "entrate intermedie" (le possibilità di risposta saranno stabilite in dettaglio dopo la decisione di SwissDRG).
- Aggiunta di un campo che può essere attivato (contrassegnato) se sono raggruppati più di cinque ricoveri.

3.3 Registrazione di fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti

Descrizione

Finora nella statistica medica era possibile indicare al massimo 30 diagnosi e 30 trattamenti per caso. Il modello G-DRG, a cui si ispira il sistema SwissDRG, utilizza fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti. La proposta di SwissDRG è di riprendere questa cifra.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

In singoli casi, con solo 30 indicazioni la fatturazione secondo il sistema SwissDRG non può differenziare abbastanza. La codifica è giudicata fattibile se è garantita l'attuazione in uno strumento di codifica adeguato.

Nota: conformemente alla ripartizione dei ruoli nella rilevazione, l'UST determina solo la grafica dell'interfaccia di trasmissione e non dà alle società informatiche istruzioni per l'attuazione negli strumenti di codifica. Spetta quindi agli ospedali chiedere alle società informatiche un'attuazione pratica (ad esempio visualizzazione delle diagnosi supplementari solo in caso di bisogno).

Modifica dell'interfaccia necessaria

Introduzione dei campi supplementari per le diagnosi e i trattamenti conformemente all'allegato D.

3.4 Ampliamento a 6 cifre dei campi della diagnosi per adottare la classificazione delle diagnosi ICD-10 GM

Descrizione

Finora la statistica medica era allestita in base all'edizione OMS della ICD-10. Nell'allegato dell'ordinanza sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali era richiesta una codifica fino a un grado di precisione di quattro cifre, una quinta cifra poteva essere codificata facoltativamente. L'edizione OMS della ICD-10 non è tuttavia stata creata per scopi di fatturazione e contiene dati troppo poco dettagliati a tal fine. SwissDRG chiede pertanto di adottare la classificazione tedesca ICD-10 GM, a cinque cifre. È prevista una cifra supplementare per disporre di abbastanza spazio per una specifica supplementare.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

Secondo lo studio di fattibilità e con il sostegno di SwissDRG, l'introduzione sembra possibile. È importante che gli ospedali siano consapevoli del fatto che l'informazione pertinente deve poter essere consultata dal servizio di codifica per codificare le diagnosi in modo più dettagliato.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Adeguamento a sei cifre di tutti i campi della diagnosi secondo l'allegato D.

La ICD-10 GM è solo a cinque cifre – come menzionato sopra. La sesta cifra è tuttavia prevista quale cifra di riserva per eventuali esigenze future, in particolare per rilevare se al momento dell'entrata in ospedale era disponibile una diagnosi.

3.5 Ampliamento a 6 cifre dei campi del trattamento per adottare la classificazione completata dei trattamenti CHOP

Descrizione

Oggi la classificazione dei trattamenti CHOP è a quattro cifre. È troppo poco dettagliata per la fatturazione con i forfait per caso SwissDRG: deve quindi essere completata con codici supplementari. Siccome è praticamente impossibile ampliare ulteriormente la CHOP a quattro cifre, un ampliamento presuppone una modifica della struttura della classificazione. È stato deciso di ampliare i codici a sei cifre, in modo da creare spazio a sufficienza.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

L'ampliamento a sei cifre dei campi del trattamento permette l'iscrizione dei codici della CHOP completata.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Adeguamento a sei cifre di tutti i campi del trattamento secondo l'allegato D.

3.6 Lateralità del trattamento o della diagnosi

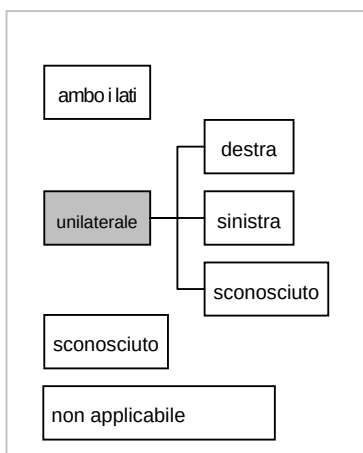
Descrizione

Questa variabile rappresenta una caratteristica supplementare dei trattamenti o delle diagnosi, che aiuta a distinguere tra destra e sinistra.

Per ogni diagnosi o trattamento – per cui esiste questa possibilità – è possibile immettere l'indicazione:

- **da ambo i lati**
- **unilaterale, a destra**
- **unilaterale, a sinistra**
- **unilaterale, ma lato sconosciuto**
- **sconosciuto (se da ambo i lati o unilaterale)**
- **non applicabile**

Il campo di codifica si presenterà presumibilmente come segue (possibilità di codificare i campi bianchi):



Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG, che simultaneamente risponde a un auspicio dell'UST.

Sia per la fatturazione in base ai forfait per caso che per esigenze di qualità è auspicabile sapere se un trattamento è stato effettuato due volte nello stesso punto del corpo o una volta a destra e una volta a sinistra. La questione della lateralità è importante anche per le diagnosi.

Modifica dell'interfaccia

Introduzione, dopo ogni diagnosi o trattamento, di un campo supplementare con sei possibili valori secondo l'allegato D.

Nota sul valore "non applicabile": in futuro, non appena con la plausibilizzazione vi sarà la possibilità di eliminare le diagnosi/i trattamenti per cui la lateralità non ha senso, questo valore non dovrà più poter essere utilizzato.

3.7 Attività tumorale

Descrizione

Si tratta di un'indicazione supplementare concernente le diagnosi dei tumori (codici ICD C00-D49), che fornisce informazioni sull'attività del tumore.

Definizione di attività: per principio, si presume che il tumore sia attivo. Il tumore è definito inattivo solo quando in base alla diagnostica corrente non risulta più nessuna attività tumorale.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento su proposta di SwissDRG e di alcuni esperti.

Le analisi epidemiologiche si basano spesso sulla caratteristica "attività tumorale" qui proposta. La caratteristica può assumere rilievo anche per il raggruppamento ai fini dei forfait per caso.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Introduzione di un campo supplementare dopo ogni diagnosi secondo l'allegato D.

3.8 Cure intense e ore di respirazione artificiale

Descrizione

Per differenziare i forfait per caso, bisogna poter far figurare le cure intense molto costose. A tal fine devono essere riportati dei valori estratti dal file della Società svizzera di medicina intensiva SSMI, e cioè la durata del ricovero, il grado di gravità (ad esempio SAPS, PIM2, CRIB) e il livello di assistenza (NEMS) nonché il numero di ore di respirazione artificiale. Per poter descrivere una respirazione artificiale, basta immettere il numero di ore nell'apposito campo. Il campo del trattamento è completato con un codice estratto dalla CHOP, che definisce il genere di respirazione artificiale.

Questi campi devono essere compilati solo se l'ospedale dispone di un reparto di cure intense riconosciuto dalla Società svizzera di medicina intensiva SSMI o di un reparto di cure intense neonatali.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

La ripresa delle definizioni della SSMI evita inutili doppie registrazioni, dato che il file SSMI è già introdotto in molti ospedali svizzeri.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Devono essere introdotti i campi descritti nell'elenco dell'allegato C (per dettagli vedasi allegato D)

Nota sulle ore di respirazione artificiale (vedasi anche allegato B): le ore di respirazione artificiale sono definite analogamente alle direttive di codifica tedesche, tenendo però presente che in questo campo occorre indicare solo il numero di ore e nessuna informazione sul genere di respirazione artificiale. L'informazione può essere calcolata in base al file SSMI (MDSi), moltiplicando il numero di turni con respirazione artificiale con le ore di durata di un turno. La definizione di un turno con respirazione artificiale è stabilita nel MDSi.

3.9 Peso all'entrata dei lattanti

Il peso all'entrata di un lattante (fino a un anno di età) è rilevato nella statistica medica quale caratteristica supplementare.

Nota: il peso all'entrata di un bambino nato nell'ospedale stesso corrisponde al peso alla nascita; in altre parole i valori delle due variabili 2.2.V04 "peso alla nascita" nel file supplementare per i neonati e 4.5.V01 "peso all'entrata" nel file supplementare per il gruppo di pazienti devono corrispondere.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

Il peso all'entrata è una caratteristica che differenzia i casi allo scopo di determinare l'onere necessario medio di un trattamento ospedaliero. Questa caratteristica è utilizzata per i calcoli secondo SwissDRG.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Introduzione di un campo per il peso secondo l'allegato D.

3.10 Trattamenti ambulatoriali esterni

Descrizione

Secondo le regole di SwissDRG, un ospedale che ospita un determinato paziente fattura anche i trattamenti ambulatoriali effettuati in un altro ospedale. Per evitare che questi trattamenti siano contati nello spettro di trattamenti del primo ospedale, si è cercato un modo per contrassegnare questi casi. A tal fine si propone di introdurre una variabile che distingua il proprio stabilimento da quello che eroga le cure ambulatoriali sia secondo la sede che secondo la forma giuridica.

Valori ammessi:

vuoto = propria sede, proprio stabilimento (default)

2 = propria sede, altro stabilimento (s. nota 1)

3 = altra sede, proprio stabilimento

4 = altra sede, altro stabilimento

9 = sconosciuto

Nota 1: i medici esterni che effettuano trattamenti indipendentemente dallo stabilimento sono considerati "altro stabilimento" dal punto di vista dell'ospedale ospitante.

Nota 2: la sede e lo stabilimento dovranno ancora essere definiti più in dettaglio prossimamente.

Decisione e motivazione

Questa novità è introdotta quale adeguamento della statistica alla nuova definizione di caso di SwissDRG per evitare che le informazioni già disponibili vadano perse. L'adeguamento impedisce in particolare che trattamenti non effettuati nell'ospedale stesso siano contati nel suo spettro di trattamento.

Un campo di riserva supplementare assicura la possibilità di aggiungere un'informazione supplementare sul luogo di destinazione/genere di ospedale per il trattamento.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Introduzione di un campo con i valori descritti sopra.

Introduzione di un campo di riserva.

Per dettagli vedasi allegato D.

3.11 Ubicazione dell'ospedale

Descrizione

Ultimamente sono stati costituiti sempre più ospedali sotto forma di persone giuridiche unitarie con una grande estensione geografica (fusioni). Siccome per ora la statistica medica rileva solo l'unità giuridica (attraverso il numero del registro delle imprese e degli stabilimenti RIS), nel caso descritto non è più possibile distinguere l'ubicazione geografica dello stabilimento ospedaliero in cui è stato trattato il paziente. È quindi necessario introdurre variabili sull'ubicazione. Dati i tempi serrati per gli adeguamenti non è stato possibile chiarire tempestivamente il concetto di ubicazione. Temporaneamente, quindi, la variabile conterrà il numero postale di avviamento dell'ospedale. Siccome tuttavia questo numero non differenzia in misura sufficiente, nell'interfaccia è creato anche un campo di riserva, che permetterà di rilevare altri criteri di delimitazione al termine dei lavori di definizione.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta su auspicio dell'UST e di alcuni utenti, per evitare che sulla scia dei cambiamenti attuali nel paesaggio ospedaliero vada persa la delimitazione geografica degli ospedali. L'ubicazione dell'ospedale assume rilievo in particolare per pianificare l'assistenza (accessibilità).

Modifica dell'interfaccia necessaria

Aggiunta di due campi supplementari (NPA, campo di riserva) secondo l'allegato D. Si raccomanda di inserire per ogni ospedale il NPA come valore default, in modo da evitare un onere supplementare per i codificatori.

3.12 Data del trattamento

Descrizione

La data del trattamento è utile per distinguere se i trattamenti sono stati effettuati simultaneamente o in successione. È una caratteristica di cui ha bisogno SwissDRG per distinguere i gruppi di casi.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. Si tratta di un adeguamento a favore di SwissDRG.

Oltre all'utilità per SwissDRG, la data del trattamento è una buona caratteristica anche per l'assicurazione della qualità: consente infatti di identificare le rioperazioni.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Ogni campo del trattamento è completato con un campo della data secondo l'allegato D.

3.13 Circonferenza cranica dei neonati

Descrizione

La circonferenza cranica è misurata alla nascita con il metro a nastro.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta. È un adeguamento deciso dall'UST su auspicio di alcuni utenti.

L'onere è contenuto, i dati sono disponibili e l'utilità per indagini epidemiologiche ed eventualmente anche per le delimitazioni DRG è ritenuta grande. Accanto al peso alla nascita e all'età gestazionale, la circonferenza cranica è il principale indicatore per prevedere il futuro sviluppo mentale del bambino o eventuali patologie. Può anche essere utilizzato quale caratteristica di separazione tra vari DRG.

Nota sulla disponibilità dei dati: secondo quanto riferito da alcuni neonatologi, la circonferenza cranica è rilevata dalla levatrice (anche in caso di parto in casa) e dal 2007 è iscritta nel Libretto svizzero della salute. La circonferenza cranica è rilevata abitualmente anche negli altri Paesi europei.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Ampliamento del file di un campo secondo l'allegato D.

3.14 Numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato

Descrizione

La statistica dei costi economici per caso diagnosticato comprende la caratteristica “numero del caso”, che contraddistingue inequivocabilmente ogni caso per ogni ospedale. Il numero del caso della statistica può corrispondere al numero interno del caso dell'ospedale, ma può anche essere costituito da un'altra sequenza alfanumerica univoca. Questo numero del caso è ora rilevato anche nella statistica medica per consentire dei collegamenti. Il numero rilevato per la statistica medica deve corrispondere obbligatoriamente al numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato.

Decisione e motivazione

La novità è introdotta su iniziativa dell'UST, ma è rilevata solo negli ospedali della rete. L'adeguamento è necessario per collegare dati tra l'altro per SwissDRG. È così possibile evitare una doppia rilevazione dei dati.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Deve essere aggiunto un campo alfanumerico analogamente al campo nella statistica dei costi economici per caso diagnosticato, il cui contenuto è codificato per la trasmissione (secondo l'allegato D). Questo campo è compilato solo dagli ospedali che forniscono dati per la statistica dei costi economici per caso (ospedali della rete). Per gli altri dovrebbe essere impostato il valore default “nessun dato”.

3.15 Campi di riserva

Descrizione

Oltre alle modifiche menzionate sono previsti 20 campi di riserva, per poter reagire a innovazioni impreviste e urgenti senza dover adeguare ulteriormente l'interfaccia informatica. Cinque di questi campi sono codificati al momento della trasmissione.

Modifica dell'interfaccia necessaria

Introduzione di 20 campi alfanumerici secondo l'allegato D.

4 Elenco delle richieste di modifica respinte

4.1 Centri di costo

Descrizione

Oggi nella statistica è rilevato solo il centro di costo principale per ogni caso. È stato espresso il desiderio di ottenere un quadro più dettagliato rilevando altri centri di costo.

Decisione e motivazione

Questa modifica non è introdotta.

Dallo studio di fattibilità è emerso che soprattutto la gestione differente delle direttive attuali comporta già grandi disparità nella statistica. L'introduzione supplementare di più centri di costo sembra quindi inopportuna prima di riuscire a migliorare la qualità con altre misure. Siccome la statistica conterrà 20 campi di riserva, sarà eventualmente possibile utilizzarli in futuro per i centri di costo.

4.2 Motivi del ricovero fuori Cantone

Descrizione

Questa variabile dovrebbe chiarire se un ricovero fuori Cantone è dettato da motivi medici o meno.

Decisione e motivazione

Questa modifica non è introdotta.

Al momento si sta discutendo se questo dato non sia già rilevato attraverso un altro canale (processi amministrativi). Per evitare doppioni per il momento si rinuncia a questa indicazione. La modifica potrà benissimo essere introdotta in futuro se vi sarà ancora un interesse.

4.3 Farmaci e impianti

Descrizione

Il campo dovrebbe contenere dati estratti da un elenco di selezione di farmaci e mezzi ausiliari (impianti) costosi.

Decisione e motivazione

Non è introdotta nessuna modifica nei campi della statistica medica. È invece prevista un'introduzione attraverso la classificazione dei trattamenti CHOP.

4.4 Luogo di soggiorno prima della riammissione (per i casi raggruppati)

Descrizione

Questa variabile doveva contenere il luogo di soggiorno prima di ogni riammissione per i casi raggruppati.

Decisione e motivazione

L'UST rinuncia all'introduzione per non aumentare ulteriormente l'onere della codifica.

Allegato A – Direttiva di codifica per la separazione tra casi acuti e non acuti

I casi ospedalieri acuti sono ora separati dai casi non acuti. Questa separazione riguarda i cosiddetti pazienti in attesa⁶ nonché, all'interno degli ospedali, i pazienti trasferiti in un reparto di cure, e cioè in un reparto di riabilitazione o geriatria. In questi casi sono generati un caso acuto (caso di trattamento medico) e un caso non acuto (giorni di attesa o caso di cura).

Per giorni di attesa s'intendono i giorni che il paziente trascorre in ospedale per motivi organizzativi al termine di un ricovero medicalmente motivato in reparto acuto, benché il ricovero in reparto acuto non sia più necessario dal punto di vista medico.

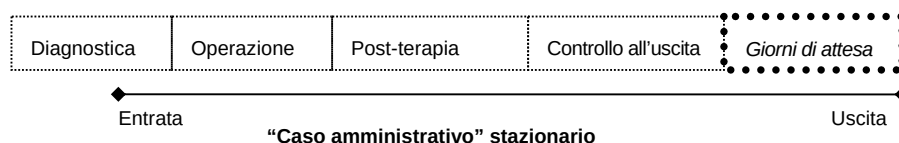
Il caso acuto è terminato con una decisione del responsabile medico del paziente (di norma il primario).

Non importa se durante questi giorni di attesa il paziente resta nello stesso reparto (acuto) (con lo stesso personale assistente) di prima o se è trasferito in un reparto di cura.

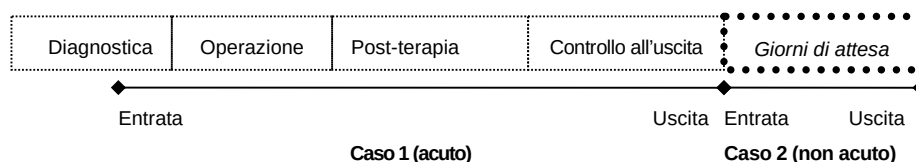
Codifica

Quando il caso acuto è terminato, si procede a un'uscita amministrativa e si genera un nuovo caso. Per la statistica, questa uscita amministrativa (caso acuto) deve avvenire per mezzanotte (23:59 o 23:00) e l'entrata (caso non acuto) alle 0:00 del giorno seguente. Questa soluzione evita che il giorno di uscita ed entrata sia contato due volte.

Finora:



Nuovo:



Caso 1 (acuto)

- 1.5.V01 "Data-ora di uscita" = 23 (ad esempio 2008120123)
 - 1.5.V02 "Decisione di uscita" = 4 (trasferimento interno*)
 - 1.5.V03 "Ricovero dopo l'uscita" = 8 (altro) [anche: geriatria]
- In caso di trasferimento interno in riabilitazione o psichiatria indicare i corrispondenti valori "4" o "5"

Caso 2 (non acuto)

- 1.2.V01 "Data-ora di entrata" = 00 (ad esempio 2008120200)
- 1.2.V02 "Luogo di soggiorno prima dell'entrata" = 8 (altro)
- 1.2.V03 "Genere di entrata" = 4 (trasferimento interno*)

⁶ Pazienti che aspettano un posto libero in un altro stabilimento stazionario non acuto

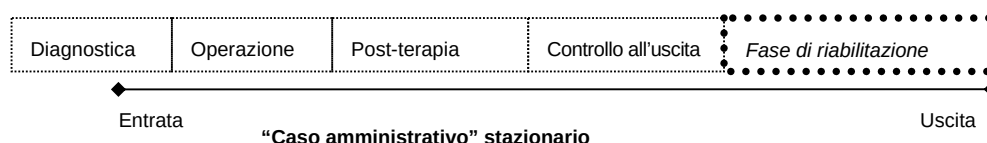
- 1.6.V01 "Diagnosi principale"

= Z75.8 (problemi legati alle possibilità di trattamento medico o altra assistenza: altri problemi legati alle possibilità di trattamento medico o altra assistenza) [solo per i pazienti in attesa; i trasferimenti interni in riabilitazione, geriatria o psichiatria sono codificati con le consuete diagnosi principali (secondo il caso 2)]

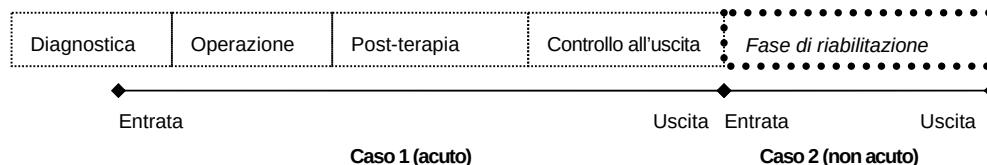
Con questa codifica resta garantita la possibilità di identificare in qualsiasi momento per ogni caso acuto (caso 1) il corrispondente caso non acuto (caso 2). Un'altra caratteristica d'identificazione è il codice anonimo di collegamento, che deve essere identico nei due casi.

La stessa regolamentazione, con piccole deroghe per le caratteristiche relative all'uscita (vedasi sopra), si applica al **trasferimento interno da un reparto acuto a un reparto non acuto (fase di riabilitazione o geriatria) dello stesso stabilimento**:

Finora:



Nuovo:



Il valore "Trasferimento interno" (variabili 1.5.V03 e 1.2.V04) non può essere utilizzato in nessun'altra situazione.

Allegato B – Codifica delle ore di respirazione artificiale per G-DRG

Estratto dalle

DIRETTIVE DI CODIFICA TEDESCHE, direttive generali e speciali per la codifica delle malattie e delle procedure, versione 2008

– Spezielle Kodierrichtlinien Krankheiten des Atmungssystems

1001

• KRANKHEITEN DES ATMUNGSSYSTEMS

1001g Maschinelle Beatmung

Definition

Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Kodierung

Wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfüllt, ist

- 1) zunächst die **Dauer** der künstlichen Beatmung zu erfassen. Hierfür steht ein separates Datenfeld im Datensatz nach § 301 SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) sowie § 21 KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Verfügung.
- 2) Dann ist **zusätzlich**:
 - 2a) einer der folgenden Codes
 - 8-701 *Einfache endotracheale Intubation*
 - 8-704 *Intubation mit Doppellumentubus*
 - 8-706 *Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung*
 - und/oder
 - 2b) der zutreffende Kode aus
 - 5-311 *Temporäre Tracheostomie* oder
 - 5-312 *Permanente Tracheostomie*anzugeben, wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein **Tracheostoma** angelegt wurde.
- 3) Bei **Neugeborenen und Säuglingen** ist **zusätzlich** ein Kode aus
 - 8-711 *Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen*anzugeben.

Anmerkung: Bei Neugeborenen sind darüber hinaus auch andere atmungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. Sauerstoffzufuhr (8-720) zu verschlüsseln, soweit nicht eine maschinelle Beatmung erfolgt. Hier ist die Beatmungsdauer nicht zu kodieren.

Berechnung der Dauer der Beatmung

Eine maschinelle Beatmung (siehe Definition, Abs. 1), die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und die **nicht länger als 24 Stunden** dauert, **zählt nicht** zur Gesamtbeatmungszeit. Die maschinelle Beatmung während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der

während einer Operation im Rahmen der Anästhesie wird als integraler Bestandteil des chirurgischen Eingriffs angesehen.

Wenn die maschinelle Beatmung jedoch zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird und **länger als 24 Stunden** dauert, dann **zählt** sie zur Gesamtbeatmungszeit. Die Berechnung der Dauer beginnt in diesem Fall mit der Intubation; die Intubation ist in diesem Fall zu kodieren, obwohl sie zur Operation durchgeführt wurde.

Eine Beatmung, die nicht zum Zweck einer Operation begonnen wurde, z.B. in der Intensivbehandlung nach einer Kopfverletzung oder einer Verbrennung, zählt unabhängig von der Dauer immer zur Gesamtbeatmungszeit. Werden bereits beatmete Patienten operiert, so zählt die Operationszeit zur Gesamtbeatmungszeit.

Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. (s.a. DKR P012 *Prozeduren, unterschieden auf der Basis von Größe, Zeit oder Anzahl* (Seite 49) und DKR P005 *Multiple/Bilaterale Prozeduren* (Seite 44)).

Beginn

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Endotracheale Intubation**

Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Gelegentlich muss die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle sind in diesem Fall als Teil der Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer wird fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- **Maskenbeatmung**

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Tracheotomie**

(mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten**

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Ende

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit **einem der folgenden Ereignisse**:

- **Extubation**

- **Beendigung der Beatmung** nach einer Periode der Entwöhnung.

Anmerkung:

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gilt:

Bei beatmeten Patienten wird die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer ist in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt wird.

- **Entlassung, Tod oder Verlegung** eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält (s.a. „Verlegte Patienten“, unten).

Die **Methode der Entwöhnung** (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert.

Die **Dauer der Entwöhnung** wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen.

Verlegte Patienten

Beatmete und/oder intubierte Patienten

Wenn ein **beatmeter** Patient verlegt wird, finden die folgenden Grundregeln Anwendung: Das verlegende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung und gibt die zutreffenden Codes an:

- für den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70),
- für die Tracheostomie (5-311; 5-312),
- für maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen (8-711),

wenn diese Maßnahmen von der verlegenden Einrichtung durchgeführt worden sind.

Das aufnehmende Krankenhaus erfasst die Dauer der dort durchgeführten Beatmung, bei Neugeborenen wird zusätzlich ein Kode aus 8-711 zugewiesen. Ein Kode für die Einleitung der Beatmung wird nicht angegeben, da diese Maßnahmen vom verlegenden Krankenhaus durchgeführt wurden.

Wenn ein **nicht beatmeter** intubierter Patient verlegt wird, kodiert das verlegende Krankenhaus den Zugang bei maschineller Beatmung (8-70) sowie ggf. die Tracheostomie (5-311; 5-312). Das aufnehmende Krankenhaus kodiert diese bereits geleisteten Prozeduren nicht noch einmal.

Intubation ohne maschinelle Beatmung

Eine Intubation kann auch durchgeführt werden, wenn keine künstliche Beatmung erforderlich ist, z.B. wenn es notwendig ist, den Luftweg offen zu halten. Kinder können bei Diagnosen wie Asthma, Krupp oder Epilepsie intubiert werden, und Erwachsene können in Fällen von Verbrennungen oder schwerem Trauma intubiert werden.

Eine Intubation ist in diesen Fällen mit einem Kode aus

8-700 *Offenhalten der oberen Atemwege*

8-701 *Einfache endotracheale Intubation*

zu verschlüsseln.

Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)

Kodes aus

Allegato C – File minimo della Società svizzera di medicina intensiva

Il file minimo della Società svizzera di medicina intensiva SSMI può essere scaricato al seguente indirizzo:

http://www.sgi-ssmi.ch/fileadmin/user_upload/Qualitaet/PDF/MDSi_22_1_dt1.pdf

(last accessed 10/05/2008)

Elementi da riportare nella statistica medica:

Elemento SSMI da esportare nella banca dati centrale	Contenuto	Convalida SSMI	Riporto in un file supplementare della statistica medica SM (un solo file per ricovero)
LOS (durata del ricovero in giorni)	[nnn.nn]	Non zero: intervallo 0.00 - 999.99, somma (Cat1-3)/3 > LOS	Sì, inserito però come ricovero in ore (come finora) ⁷
Gravità della malattia acuta	[nnn]	Non zero: 0 – 200 (punteggio)	Sì Somma dei punteggi dei ricoveri IPS
Genere di punteggio	[S/P/C]	Non zero: S o P o C (se AGE < 16: P o C)	Sì
NEMS, totale dei turni*	[nnnnnn]	Non zero	Sì
NEMS respirazione artificiale (numero di turni)	[nnn]		Sì, ma come numero di ore (conversione dei turni in ore)
2 campi di riserva	2 x [nnnnnn]		Previsti soprattutto per la possibilità di utilizzare più punteggi o nuovi punteggi parallelamente

* In caso di turni di 8 ore sono sommati i punti NEMS.
In caso di turni di 12 ore, il punteggio NEMS per ogni turno è moltiplicato per 1.5 e successivamente è calcolata la somma totale dei NEMS.

Allegato D – Specifiche della statistica medica a partire dal 2009

Il documento supplementare "Variabili della statistica medica

Specifiche valide a partire dal 2009 ("Piano dell'interfaccia", versione 1.0)" si trova al termine del presente documento.

⁷ Cfr. variabile 1.3.V03 "Ricovero in reparto cure intense"