



Markus Spinatsch, giugno 2008

Revisione parziale della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri

Risultati dell'indagine sul bisogno generale di
modifiche e sugli adeguamenti urgenti chiesti da
SwissDRG

Il rapporto è disponibile unicamente in forma elettronica in tedesco, francese e italiano:
<http://www.bfs.admin.ch>

Lingua originale: tedesco.

Traduzioni: Ufficio federale di statistica.

Autore:

Dr. Markus **Spinatsch**

Beratung für Politik und Verwaltung
Consultant en administration et politiques publiques
Consulting for Public Policies and Administration

Spitalgasse 14
3011 Bern
Tel. 031 312 13 24
Fax 031 312 13 25
info@m-spinatsch.ch
www.m-spinatsch.ch

La documentazione relativa alla revisione parziale della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri comprende i seguenti tre rapporti:

Revisione parziale della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri

Risultati dell'indagine sul bisogno generale di modifiche e sugli adeguamenti urgenti chiesti da SwissDRG

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

Variabili della statistica medica Specifiche valide a partire dal 2009 ("Piano dell'interfaccia")

I rapporti possono essere scaricati individualmente da:

Ufficio federale di statistica > Infoteca > Rilevazioni, fonti > 14.4. > Statistica medica degli stabilimenti ospedalieri > Concezione oppure

http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

Breve quadro generale

Il 21.12.2007, in occasione della revisione della legge sull'assicurazione malattie, le Camere federali hanno deciso di finanziare in futuro le prestazioni ospedaliere nell'ambito delle patologie somatiche acute mediante importi forfetari per singolo caso. L'ammontare di tali somme è definito sulla base di dati aggregati relativi alle diagnosi emesse e ai trattamenti effettuati. Poiché l'Ufficio federale di statistica (UST) già da tempo rileva, nel quadro della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, dati in questi due ambiti, è stato deciso di modificare questa statistica in modo tale da soddisfare anche le esigenze del sistema di forfait per caso di Swiss-DRG. L'UST ha colto le richieste di SwissDRG come occasione per sottoporre a revisione parziale la statistica medica e valutare eventuali altri adattamenti e integrazioni, già da tempo in sospeso.

In un primo momento, le modifiche proposte con la revisione parziale sono state analizzate nella loro fattibilità e ragionevolezza: sono state effettuate interviste con alcuni produttori e utilizzatori dei dati, informati per iscritto gli interlocutori principali e invitati a fornire il loro parere in merito. In seguito all'esito di queste consultazioni, per la statistica si sono imposte le modifiche seguenti:

Registrazione del caso

- I casi che a conclusione di un trattamento acuto rimangono nell'ospedale sono chiusi e riaperti come casi nuovi.
- I casi di pazienti che si sottopongono a cure ripetute presso lo stesso ospedale sono, in alcuni casi, (presumibilmente) raggruppati.
- Negli ospedali della rete è rilevato inoltre il numero del caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato.

Diagnosi e trattamenti

- Per singolo caso sono censiti fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti. È inoltre registrata la data di ciascun trattamento.
- Per la registrazione delle diagnosi e dei trattamenti sono a disposizione sei posizioni anziché cinque.
- I codici riguardanti i trattamenti (CHOP) in futuro presenteranno 6 posizioni.
- I nuovi codici delle diagnosi constano di cinque posizioni, conformemente all'ICD-10-GM. La sesta posizione è riservata ad ampliamenti futuri.
- Sono registrati inoltre il lato del corpo cui si riferisce la diagnosi o sul quale è effettuato il trattamento, l'attività tumorale nonché i trattamenti di medicina intensiva e le ore di respirazione artificiale.

Neonati/lattanti

- Per i lattanti è rilevato anche il peso all'entrata in ospedale, per i neonati la circonferenza cranica.

Luogo di trattamento

- Per tutti i casi stazionari nonché per i trattamenti ambulatoriali durante la degenza ospedaliera è rilevata anche l'ubicazione geografica dell'unità di trattamento.

Per gli ospedali della rete di SwissDRG tali modifiche entrano in vigore in via definitiva all'inizio del 2009, per gli altri ospedali con casi somatici acuti tali modifiche dovranno essere introdotte al più tardi entro l'inizio del 2010.

Überblick

Die eidgenössischen Räte haben bei der Revision des Krankenversicherungsgesetzes vom 21.12.2007 entschieden, dass die Spitäler in Zukunft für ihre Leistungen im akut-somatischen Bereich nach Fallpauschalen abgegolten werden. Die Bestimmung der Höhe dieser Fallpauschalen beruht auf aggregierten Daten über die gefällten Diagnosen und die durchgeführten Behandlungen. Da das Bundesamt für Statistik (BFS) bereits seit einiger Zeit mit der Medizinischen Statistik in den Schweizer Spitälern Diagnose- und Behandlungsdaten erfasst, wurde entschieden, diese Statistik so anzupassen, dass auch die Bedürfnisse des schweizerischen Fallpauschalensystems SwissDRG damit abgedeckt werden können. Das BFS hat die Anträge von SwissDRG zum Anlass genommen, die Medizinische Statistik einer Teilrevision zu unterziehen und dabei auch weitere Anpassungen und Ergänzungen zu prüfen, die seit einiger Zeit im Raum stehen.

Die mit dieser Teilrevision vorgesehenen Änderungen wurden in einem ersten Schritt auf ihre Sinnhaftigkeit und Machbarkeit hin überprüft. Dazu wurden mit einer Gruppe von ausgewählten Produzenten und Nutzern der Daten Interviews durchgeführt. Zusätzlich wurden wichtige Anspruchsgruppen schriftlich informiert und zur Stellungnahme eingeladen. Aufgrund der Ergebnisse dieser Konsultationen wurden schliesslich die folgenden Änderungen beschlossen:

Fallerfassung:

- Fälle, die nach Abschluss der Akutbehandlung weiterhin im gleichen Spital verweilen, werden für die Statistik abgeschlossen und wieder neu eröffnet
- Fälle von Patienten, die mehrfach im gleichen Spital behandelt werden, werden (voraussichtlich) unter bestimmten Bedingungen für die Statistik zusammen gefügt
- in Netzwerkspitälern wird zusätzlich die Fallnummer der Statistik diagnosebezogener Fallkosten erhoben.

Diagnose und Behandlung:

- neu werden pro Fall bis zu 50 Diagnosen und bis zu 100 Behandlungen sowie das Datum der Behandlungen erfasst
- für die Erfassung von Diagnosen und Behandlungen stehen neu sechs statt wie bis anhin fünf Stellen zur Verfügung
- die Behandlungskodes (CHOP) werden in Zukunft sechs Stellen umfassen
- die neuen Diagnosekodes bestehen nach ICD-10-GM aus fünf Stellen, die sechste Stelle bleibt künftigen Erweiterungen vorbehalten
- zusätzlich erhoben werden die Körperseite einer Diagnose oder Behandlung, die Tumoraktivität sowie die intensivmedizinische Behandlung und die Beatmungsstunden.

Neugeborene/Säuglinge:

- zusätzlich erfasst wird bei Säuglingen das Aufnahmegegewicht sowie bei Neugeborenen der Kopfumfang.

Behandlungsort:

- bei allen stationären Fällen sowie bei ambulanten Behandlungen während eines Spitalaufenthalts wird neu der geografische Standort der Behandlungseinheit erfasst.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern von SwissDRG definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern mit akutsomatischen Fällen sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Diese Anpassungen treten bei den Netzwerkspitälern definitiv auf Anfang 2009 in Kraft, bei allen übrigen Spitälern sind sie bis spätestens Anfang 2010 einzuführen.

Résumé

La loi révisée sur l'assurance-maladie (LAMal), approuvée le 21 décembre 2007 par l'Assemblée fédérale, prévoit que les prestations fournies par les hôpitaux dans le domaine des soins somatiques aigus seront rémunérées à l'avenir sous la forme de forfaits par cas. Le montant de ces forfaits sera déterminé sur la base de données agrégées relatives aux diagnostics et aux traitements. Comme l'Office fédéral de la statistique relève depuis plusieurs années de telles données dans sa statistique médicale, la décision a été prise d'adapter cette statistique pour qu'elle réponde aux besoins du système de forfaits par cas de SwissDRG. Les modifications demandées par SwissDRG ont conduit l'OFS à examiner l'opportunité d'inclure dans la révision partielle de cette statistique d'autres modifications qui étaient en suspens depuis un certain temps.

Dans une première phase, nous avons examiné la pertinence et la faisabilité des modifications prévues dans le cadre de cette révision partielle. Des interviews ont été réalisées dans ce but avec un certain nombre de fournisseurs et d'utilisateurs des données. En outre, les principaux groupes intéressés ont été informés par écrit et invités à se prononcer sur cette révision. Voici les décisions qui ont été finalement arrêtées, sur la base des résultats de la consultation :

Saisie des cas:

- *Patients dont le traitement en soins aigus est terminé mais dont le séjour se poursuit dans le même hôpital: les cas correspondants seront clos et un nouveau cas sera ouvert pour les patients qui poursuivent leur séjour hospitalier.*
- *Patients traités plusieurs fois dans un même hôpital : les cas correspondants seront désormais regroupés dans la statistique, à certaines conditions (décision à confirmer).*
- *Dans les hôpitaux du réseau, les numéros de cas de la statistique des données économiques par cas seront désormais relevés également dans la statistique médicale.*

Diagnostics et traitements:

- *Il sera désormais possible de relever jusqu'à 50 diagnostics et jusqu'à 100 traitements par cas, ainsi que la date des traitements.*
- *La saisie des diagnostics et des traitements pourra à l'avenir se faire sur six positions au lieu de cinq.*
- *Les codes de traitement (CHOP) compteront désormais six positions.*
- *Les nouveaux codes de diagnostic comptent cinq positions selon la CIM 10-GM ; la sixième position est une réserve pour des besoins futurs.*
- *De nouvelles variables sont relevées, à savoir la latéralité du diagnostic ou du traitement, l'activité tumorale ainsi que le traitement en soins intensifs et les heures de ventilation.*

Nouveau-nés/nourrissons:

- *Deux nouvelles variables sont relevées, à savoir le poids à l'admission pour les nourrissons et le périmètre crânien pour les nouveau-nés.*

Localisation du traitement:

- *La localisation géographique de l'unité traitante sera relevée pour tous les séjours hospitaliers ainsi que pour tous les traitements dispensés en ambulatoire pendant un séjour hospitalier.*

Ces modifications entreront en vigueur définitivement au début de 2009 pour tous les hôpitaux participant au réseau SwissDRG et d'ici au début de 2010 au plus tard pour les autres hôpitaux de soins somatiques aigus.

Sommario

1	Situazione iniziale, obiettivi e procedura	1
2	Modifiche previste	3
	2.1 Adeguamenti obbligatori (richieste di SwissDRG)	3
	2.2 Adeguamenti facoltativi	4
3	Risultati dell'indagine	5
	3.1 Risultati generali	5
	3.1.1 Disponibilità e accessibilità delle informazioni	6
	3.1.2 Possibilità e limiti degli adeguamenti informatici	7
	3.1.3 Attuazione degli adeguamenti	7
	3.2 Risultati specifici sui singoli adeguamenti obbligatori	9
	3.2.1 Definizione di caso	9
	3.2.2 Registrazione di fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti	11
	3.2.3 Ampliamento delle classificazioni delle diagnosi e dei trattamenti	11
	3.2.4 Indicazioni complementari su ogni diagnosi e trattamento	12
	3.2.5 Ore di respirazione artificiale	13
	3.2.6 Trattamenti complessi di medicina intensiva	13
	3.2.7 Peso all'entrata in ospedale dei lattanti	14
	3.3 Risultati specifici sui singoli adeguamenti facoltativi	15
	3.3.1 Luogo dell'intervento per i trattamenti ambulatoriali	15
	3.3.2 Ubicazione dello stabilimento	16
	3.3.3 Data del trattamento	17
	3.3.4 Centri di costo	17
	3.3.5 Motivi di ammissione fuori Cantone	18
	3.3.6 Impianti e farmaci	18
	3.3.7 Circonferenza cranica dei neonati	19
	3.4 Adeguamenti supplementari	19
	3.4.1 Modalità di conteggio: DRG o vecchio sistema	20
	3.4.2 Luogo di soggiorno prima delle riammissioni	20
	3.5 Altre proposte di modifica	20
	3.6 Altre reazioni sulla statistica medica	24
4	Modifiche definitive	27
	4.1 Adeguamenti da introdurre	27
	4.2 Richieste di adeguamento non considerate o rimandate	28
	4.3 Interrogativi e compiti in sospeso	28

5	Allegati	31
5.1	Istituzioni intervistate (interlocutori)	31
5.2	Pareri scritti indirizzati all'UST	32
5.3	Elenco degli adeguamenti previsti (traccia per le interviste)	33

Elenco delle abbreviazioni

<i>APDRG</i>	<i>All patients diagnosis related groups</i>
<i>UST</i>	<i>Ufficio federale di statistica</i>
<i>RIS</i>	<i>Registro svizzero delle imprese e degli stabilimenti</i>
<i>CHOP</i>	<i>Classificazione svizzera degli interventi chirurgici</i>
<i>CHUV</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</i>
<i>DRG</i>	<i>Diagnosis Related Group</i>
<i>EAN</i>	<i>Codice europeo dell'articolo</i>
<i>G-DRG</i>	<i>German Diagnosis Related Group (sistema di forfait per caso tedesco)</i>
<i>ICD</i>	<i>International Classification of Diseases</i>
<i>ICD-10-GM</i>	<i>International Classification of Diseases – German Modification (classificazione delle diagnosi per il G-DRG)</i>
<i>AI</i>	<i>Assicurazione invalidità</i>
<i>LAMal</i>	<i>Legge sull'assicurazione malattie</i>
<i>MedPlaus</i>	<i>Software di plausibilizzazione per la statistica medica</i>
<i>CTM</i>	<i>Commissione delle tariffe mediche LAINF</i>
<i>AM</i>	<i>Assicurazione militare</i>
<i>Pharma Code</i>	<i>Pharmaceutical Binary Code</i>
<i>SSMI</i>	<i>Società svizzera di medicina intensiva</i>
<i>SwissDRG</i>	<i>Società costituita dai partner tariffari e dai Cantoni per l'ulteriore sviluppo del sistema SwissDRG; anche l'organizzazione è spesso denominata SwissDRG</i>
<i>LAINF</i>	<i>Legge sull'assicurazione contro gli infortuni</i>

1 Situazione iniziale, obiettivi e procedura

Dal 1998, l'Ufficio federale di statistica (UST) produce e pubblica la statistica medica degli stabilimenti ospedalieri, una rilevazione totale annuale presso tutti gli stabilimenti ospedalieri della Svizzera. Nell'ambito di questa rilevazione sono raccolti dati sociodemografici, caratteristiche dell'ammissione, della degenza e dell'uscita nonché indicazioni sulle diagnosi e sui trattamenti per tutti i pazienti curati in ambito stazionario e semistazionario (l'unità di rilevazione è il caso trattato). Negli scorsi anni, la statistica ha risposto adeguatamente ai bisogni degli utilizzatori^{*}.

In occasione dell'ultima revisione della legge sull'assicurazione malattie (LAMal), le Camere federali hanno deciso che in futuro le prestazioni ospedaliere nell'ambito delle patologie somatiche acute saranno finanziate mediante importi forfaitari per ogni caso. L'ammontare di questi forfait per caso sarà stabilito in base alle diagnosi e ai trattamenti e le informazioni necessarie per calcolarlo saranno messe a disposizione dalla statistica medica. Come indicato sopra, oggi la statistica medica rileva già dati sulle diagnosi e sui trattamenti. Questi dati non soddisfano però i requisiti del sistema nazionale di forfait per caso (SwissDRG). Per questo motivo l'UST deve adeguare la statistica medica ai nuovi bisogni degli utilizzatori. Al centro di questa revisione parziale vi sono una modifica della definizione di caso nonché un ampliamento e un approfondimento delle informazioni sulle diagnosi e sui trattamenti.

Indipendentemente da questi sviluppi, da qualche tempo l'UST è confrontato con richieste e proposte di ampliamento della statistica medica. La Sezione salute dell'UST ha deciso di esaminare, nell'ambito dell'imminente revisione parziale, anche la necessità e l'urgenza di queste richieste e, se del caso, adeguare la statistica di conseguenza.

Il progetto "revisione parziale della statistica medica degli stabilimenti ospedalieri", descritto nel presente rapporto, mira pertanto a:

- chiarire l'impostazione degli adeguamenti della statistica medica necessari per registrare i forfait per caso secondo SwissDRG,
- esaminare l'adeguatezza di altri ampliamenti della statistica medica auspicabili, in discussione da un po' di tempo,
- chiarire la fattibilità di queste modifiche necessarie o auspicabili nonché
- stabilire i contenuti e i tempi degli adeguamenti definitivi.

Nella LAMal riveduta, il Parlamento ha stabilito che la versione definitiva del sistema nazionale di fatturazione mediante forfait per caso dovrà essere pronta entro il 31.12.2011. Per poter introdurre il sistema, sono necessari dati inviati secondo le nuove regole con qualche anno di anticipo, in modo da poter calcolare la struttura dei costi dei casi. SwissDRG ha pertanto chiesto che le corrispondenti modifiche della statistica medica siano introdotte il 1.1.2009. I tempi del progetto di revisione erano quindi estremamente stretti,

^{*} Qui e in seguito, per la terminologia in funzione del sesso per motivi pratici è sempre scelta la forma corrispondente alla maggioranza degli interessati. La minoranza è sempre inclusa a sua volta.

poiché anche gli stabilimenti ospedalieri interessati hanno bisogno di un po' di tempo di rodaggio per acquisire le informazioni e adeguare i software.

Il progetto di revisione è stato realizzato in quattro tappe tra settembre 2007 e giugno 2008.

In una **prima tappa**, l'UST ha stilato un elenco delle modifiche previste, facendo una distinzione tra adeguamenti obbligatori, imposti da SwissDRG e di conseguenza non negoziabili, e adeguamenti facoltativi, da includere nella revisione solo se possibile e opportuno (cfr. l'elenco nell'allegato a pagina 33).

In una **seconda tappa**, l'autore del presente rapporto ha realizzato, tra l'inizio di ottobre e la metà di novembre 2007, un totale di 18 interviste con utilizzatori e fornitori di dati della statistica medica (cfr. *l'elenco delle istituzioni e delle persone intervistate* nell'allegato a pagina 31). Le istituzioni da intervistare sono state scelte dall'UST. I responsabili di queste istituzioni sono stati preliminarmente informati del progetto per iscritto e successivamente hanno designato a loro volta la persona da intervistare all'interno dell'istituzione. Assieme alla conferma della data dell'intervista fissata telefonicamente, questa persona ha ricevuto per e-mail l'elenco delle modifiche obbligatorie e facoltative stilato dall'UST (cfr. allegato a pagina 33). Durante l'intervista si trattava di rispondere alle seguenti quattro domande per ciascuna delle 16 modifiche poste in discussione:

- a. L'informazione è disponibile?
- b. L'informazione è accessibile facilmente?
- c. Le modifiche sono realizzabili per l'informatica tra la metà del 2006 e la fine del 2008?
- d. Sono prevedibili altri problemi?

Successivamente, durante l'intervista gli intervistati potevano esprimere altre osservazioni sulla statistica medica.

Contemporaneamente, l'UST ha informato per iscritto e invitato a incontri sulla revisione parziale importanti stakeholder. Alcune istituzioni hanno poi preso posizione sul progetto indirizzando un parere scritto all'UST (cfr. *l'elenco dei pareri scritti* nell'allegato a pagina 32).

In base ai risultati di queste consultazioni, in una **terza tappa** l'UST ha elaborato un progetto completo con gli adeguamenti definitivi previsti. Da un lato, questo progetto conteneva una descrizione dettagliata di ogni variabile da adeguare o da introdurre. Dall'altro, in un piano dell'interfaccia sono state formulate tutte le specifiche concettuali e tecniche derivanti dalla revisione parziale.

In una **quarta tappa**, il progetto è stato trasmesso a tutti i partner presso gli stabilimenti ospedalieri intervistati durante la prima tornata e discusso in dettaglio assieme a loro durante un colloquio d'informazione, in modo da chiarire, nei limiti del possibile, eventuali punti rimasti in sospeso. Si voleva inoltre dare ai rappresentanti degli stabilimenti ospedalieri ancora un'occasione per esprimere le loro esigenze specifiche in relazione alle modifiche. Questi colloqui d'informazione si sono tenuti tra metà marzo e metà aprile 2008.

Durante lo stesso periodo, l'UST ha nuovamente informato importanti gruppi d'interesse dello stato dei lavori. Sulla scia di questa informazione sono ancora pervenuti alcuni pareri scritti.

2 Modifiche previste

Come già indicato, all'inizio del progetto l'UST ha stilato un elenco con tutti gli adeguamenti (obbligatori) chiesti da SwissDRG noti a quel momento nonché altri adeguamenti (facoltativi) (cfr. pagina 33). Il calendario prevedeva che entro la metà del 2008 tutti gli stabilimenti ospedalieri ricevessero un elenco vincolante con le modifiche definitive, in modo da disporre di sei mesi per gli adeguamenti organizzativi e informatici. A partire dal 1° gennaio 2009, tutti gli stabilimenti ospedalieri dovranno registrare i casi con il nuovo sistema.

2.1 Adeguamenti obbligatori (richieste di SwissDRG)

1. Definizione di caso: di norma un caso comprende il periodo tra l'ammissione e l'uscita dall'ospedale. In caso di trasferimenti interni e pazienti in attesa (riabilitazione, geriatria, casa di cura), i casi corrispondenti sono suddivisi in un caso acuto e un caso di cura, anche se il paziente resta nello stesso letto. Questa modifica non richiede alcun adeguamento a livello delle interfacce. Presuppone però che il caso sia chiuso inserendo i dati relativi all'uscita e contemporaneamente registrato come nuovo caso inserendo i dati relativi alla nuova ammissione.
2. Finora, per ogni caso potevano essere registrati 10 (rispettivamente 30 nel formato 2006) diagnosi e trattamenti. Per ogni caso devono ora poter essere immessi fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti.
3. La classificazione delle diagnosi secondo la ICD-10, finora a quattro cifre, diventa a cinque cifre in un campo a sei cifre (con una cifra di riserva).
4. La classificazione dei trattamenti secondo la CHOP, finora a quattro cifre, diventa a sei cifre.
5. Per ogni diagnosi e trattamento deve essere possibile registrare dati supplementari, ad esempio il grado di gravità, il lato del corpo (sinistra, destra, da ambo i lati) o lo stato dell'attività tumorale (attivo, passivo).
6. Per ogni caso sono ora registrate anche le ore di respirazione artificiale.
7. In caso di trattamento complesso di medicina intensiva sono rilevate informazioni di base con un record supplementare.
8. In caso di ammissione di un lattante di meno di 28 giorni è rilevato anche il peso all'entrata in ospedale.
(Nota dell'autore: all'inizio ciò è stato comunicato erroneamente e poi corretto. L'indicazione corretta è: lattanti fino a un anno)

2.2 Adeguamenti facoltativi

9. Per ogni trattamento ambulatoriale bisognerebbe anche rilevare se è stato dispensato internamente o meno. Questa proposta è motivata dal fatto che, con la nuova definizione di caso di SwissDRG, in caso di trasferimento o ritrasferimento le informazioni su eventuali trattamenti ambulatoriali esterni sono integrate nel dossier dello stabilimento curante e quindi attribuite ad esso. Il benchmarking e altri confronti tra gli stabilimenti sarebbero così falsati.
10. Introduzione di una variabile supplementare sull'ubicazione dello stabilimento (numero postale di avviamento o sigla). Dovrebbe così essere possibile identificare il luogo in cui sono fornite le prestazioni anche per gli stabilimenti multisito. Questa informazione assume rilievo in particolare per la pianificazione ospedaliera cantonale.
11. Per ogni trattamento bisognerebbe registrare anche la data. Questa richiesta facoltativa è stata presentata da SwissDRG.
(Nota dell'autore: nel corso dell'indagine, questa richiesta facoltativa è poi stata definita obbligatoria da SwissDRG).
12. Oggi, un caso può essere attribuito a un unico centro di costo dello stabilimento, anche in caso di trattamento multiplo in vari reparti. Pur essendo chiare, le regole di codifica di questi casi non sono applicate correttamente da tutti gli stabilimenti ospedalieri, di modo che è impossibile fare dei confronti. Si propone di prevedere la possibilità di registrare più centri di costo per ogni caso. Ciò dovrebbe permettere una descrizione più precisa della degenza e confronti tra gli stabilimenti.
13. Con la libera scelta dell'ospedale inserita nell'ultima revisione della LAMal, in caso di ammissione di casi provenienti da fuori Cantone bisognerebbe rilevare se il ricovero è stato ordinato da un medico o è il frutto di una libera scelta dell'ospedale del paziente. Questa informazione supplementare è stata auspicata in particolare da vari Cantoni.
14. Per ogni caso bisognerebbe registrare gli impianti e i farmaci utilizzati.
15. Il record supplementare neonati andrebbe completato con la variabile "circonferenza cranica dei neonati". Negli ultimi anni, in ambito specialistico, tra l'altro negli studi epidemiologici, questa variabile si è rivelata più rappresentativa delle variabili "peso" e "lunghezza" utilizzate finora.

3 Risultati dell'indagine

Qui di seguito sono riassunti e completati, se del caso, con commenti dell'UST (*in corsivo*) i risultati di vari accertamenti – interviste, colloqui d'informazione, pareri scritti/elettronici.

3.1 Risultati generali

Durante le **interviste** nell'autunno del 2007, molti degli intervistati hanno apprezzato il fatto l'UST volesse sondare le loro opinioni ed esperienze in un colloquio personale. Anche la promessa data al termine dell'intervista che all'inizio dell'anno seguente avrebbero potuto esprimersi nuovamente sulle modifiche concrete nell'ambito di un colloquio d'informazione è stata accolta molto favorevolmente. Tutte le persone intervistate si sono mostrate comprensive e cooperative durante il colloquio e gli adeguamenti perseguiti trovano l'adesione di tutti, malgrado il prevedibile maggior onere per gli stabilimenti ospedalieri. Il fatto che l'adozione del sistema SwissDRG comporti anche un adeguamento della rilevazione dei dati per la statistica medica era noto ai più, alcuni si sono però lamentati del fatto che l'informazione era stata insufficiente. Parecchi degli intervistati si sono rivelati grandi conoscitori del sistema SwissDRG e hanno pertanto potuto fornire preziose indicazioni per ottimizzare l'adeguamento. Queste indicazioni, tuttavia, non erano sempre prive di contraddizioni.

Per circa la metà delle istituzioni intervistate, i **colloqui d'informazione** nella primavera del 2008 hanno ricalcato le interviste precedenti in termini di partecipanti, intensità e durata. Alcuni stabilimenti ospedalieri hanno attribuito grande importanza a questi colloqui: il numero di partecipanti è stato in parte ampliato sensibilmente – in particolare con il coinvolgimento di responsabili dell'informatica e codificatori – e i partecipanti erano molto preparati, di modo che su singoli punti vi è stata una discussione lunga e approfondita. Questi colloqui sono durati nettamente di più delle interviste. Per altri stabilimenti ospedalieri, per svariati motivi i colloqui d'informazione hanno suscitato scarso interesse, sono stati meno intensi e sono durati meno delle interviste precedenti.

Sostanzialmente, in base alle interviste si può concludere che tutte le modifiche proposte sono fattibili e che gli adeguamenti obbligatori non sono stati rimessi in questione. Le informazioni nuove o da rilevare in modo differenziato sono disponibili ovunque. Alcuni stabilimenti ospedalieri le rilevano già oggi, perlomeno in parte, con i loro sistemi interni di gestione dell'informazione. In tutti gli altri casi, le informazioni corrispondenti possono essere acquisite con un onere più o meno importante. Anche gli adeguamenti dell'interfaccia sono fattibili, sono tuttavia state espresse grandi riserve sulle scadenze.

Nei colloqui d'informazione, alcuni intervistati hanno deplorato che non tutti gli adeguamenti previsti inizialmente fossero stati ripresi e che nessuna delle proposte di ulteriore ampliamento avanzate durante le interviste fosse stata accolta. Altri si sono rallegrati di ciò o avrebbero voluto che si tagliasse ancora di più.

Le principali **reazioni critiche generali** sono le seguenti:

- È stato espresso il timore che l'UST e SwissDRG non si concertassero e coordinassero abbastanza, di modo che alla fine gli stabilimenti ospedalieri dovrebbero rispondere a due profili di requisiti differenti.
- Parecchi hanno sottolineato che i tempi per i pareri scritti sul progetto di revisione erano troppo stretti e che la cerchia dei servizi intervistati era insufficiente. Da un lato in molti avrebbero auspicato più tempo per svolgere un'analisi più completa all'interno dello stabilimento o dell'amministrazione e farla confluire nel progetto. Dall'altro si sarebbe dovuto intervistare più servizi, soprattutto tra gli utilizzatori e in relazione agli adeguamenti dell'informatica.
- Parecchi hanno fatto notare che benché i requisiti di SwissDRG non siano contestati, per questi adeguamenti, come per altri, bisogna prestare attenzione al fatto che l'ampliamento si limiti allo stretto necessario e rinunci a ogni elemento superfluo. In particolare il massiccio aumento dei dati sulle diagnosi e sui trattamenti, ma anche l'aggiunta di variabili supplementari hanno suscitato il timore che si finisca con l'ammucchiare una montagna di dati (devono essere rilevati 50 diagnosi e 100 trattamenti a sei cifre e con vari campi supplementari per 1,5 milioni di ospedalizzazioni all'anno) difficile da gestire e molto soggetta a errori.
- Molti stabilimenti ospedalieri hanno fatto notare che questi adeguamenti sono associati a ingenti costi per loro: da un lato vi sono costi unici per l'adeguamento del sistema e dall'altro costi continui per la rilevazione e l'analisi dei dati. Gli ospedali privati hanno inoltre criticato il fatto che, a differenza degli stabilimenti pubblici, devono accollarsi loro stessi le maggiori spese.
- Su questo sfondo è anche stato fatto notare che soprattutto per gli ampliamenti dettati da motivi epidemiologici deve essere visibile un'utilità chiara, comprensibile, per tutti gli interessati, che giustifichi le maggiori spese. Gli adeguamenti a SwissDRG necessari non sono stati contestati in quest'ottica.

3.1.1 Disponibilità e accessibilità delle informazioni

Per la statistica medica sono necessarie sia informazioni amministrative che informazioni mediche. In alcuni stabilimenti ospedalieri le informazioni sono registrate direttamente alla fonte e trasferite nella statistica medica attraverso delle interfacce. In questi casi ai codificatori spetta prevalentemente il compito di completare i dati e controllarne la qualità. Nella maggior parte degli stabilimenti ospedalieri, invece, i dati amministrativi – registrati elettronicamente – sono accessibili attraverso delle interfacce, mentre le informazioni mediche sono inserite dai codificatori al momento dell'uscita in base ai rapporti medici scritti perlopiù a mano. In alcuni stabilimenti ospedalieri, infine, mancano queste interfacce, di modo che i codificatori devono registrare separatamente anche i dati amministrativi. Soprattutto questi ultimi hanno sottolineato che l'utilizzazione simultanea di dati amministrativi e medici nella statistica medica richiede molto tempo ed è soggetta a errori, un aspetto da tener presente in caso di ampliamento della statistica medica.

Benché tutti gli intervistati ritenessero che le nuove informazioni necessarie sono sostanzialmente disponibili, nelle interviste alcuni hanno fatto notare che sarebbe stato possibile rispondere solo una volta disponibili le domande concrete. Ciò vale segnatamente per le domande piuttosto generiche, ad esempio sugli impianti, i farmaci o i trattamenti di medicina intensiva. Questa problematica ha poi potuto essere sostanzialmente risolta con il progetto differenziato, di modo che nei colloqui d'informazione sono stati segnalati solo singoli punti non chiari.

La qualità dei rapporti dei medici è la maggior lacuna individuata a livello dell'accessibilità delle informazioni. Se ora con la revisione parziale per la statistica medica sono necessarie informazioni più numerose e più dettagliate, per gli stabilimenti ospedalieri sarà molto importante dare indicazioni concrete ai medici, motivarli a redigere i rapporti in modo coscienzioso e, se del caso, anche esercitare pressione con un controllo rigoroso della qualità.

3.1.2 Possibilità e limiti degli adeguamenti informatici

Molti intervistati hanno sottolineato che l'UST dovrebbe interpellare direttamente anche i fornitori di software, dal momento che la gran parte dei lavori riguarda loro. Tanto più che tre fornitori di software forniscono la maggior parte degli stabilimenti ospedalieri. Bisogna tener conto del fatto che per ogni singolo stabilimento sono necessari adeguamenti specifici delle interfacce con gli altri sistemi informatici interni. Questa operazione è considerata nettamente più complessa degli adeguamenti diretti del sistema per la statistica medica. Da un lato vi è un forte rischio che in caso di conversione su grande scala le ditte di software siano confrontate a difficoltà a rispettare i tempi. Dall'altro a più riprese è stato auspicato che queste ditte siano informate degli adeguamenti direttamente dall'UST e non da tutti i singoli clienti. È inoltre stato proposto che l'UST istituisca una hotline (telefono, e-mail), a cui rivolgersi in caso di domande.

Commento dell'UST: per motivi di parità di trattamento, per l'UST non è possibile informare in modo privilegiato singoli fornitori di software. Questo compito spetta quindi agli stabilimenti ospedalieri. Purtroppo, l'UST non ha le capacità per istituire una vera e propria hotline. È tuttavia disposto a rispondere alle domande degli interessati attraverso i consueti canali d'informazione.

3.1.3 Attuazione degli adeguamenti

La maggioranza degli intervistati ritiene che gli adeguamenti informatici siano possibili nei tempi previsti. Una minoranza ha indicato che i tempi sono troppo stretti e che gli adeguamenti potranno essere apportati solo per l'inizio del 2010. Vari intervistati hanno inoltre fatto notare che oltre agli adeguamenti informatici saranno necessari altri sforzi, ad esempio a livello di adeguamento dei manuali, test di plausibilizzazione (anche al di là di MedPlaus), modifica delle procedure, formazione e aggiornamento dei collaboratori interessati. Il tempo necessario (solo per l'aggiornamento dei codificatori sono stati stimati 2 – 3 mesi) non va sottovalutato, altrimenti si rischia il caos a livello di statistica, fatturazione e finanziamento degli ospedali. Nella Svizzera romanda e in Ticino è stato fatto notare con insistenza che tutti i documenti devono essere tradotti anche in francese e in italiano e che l'introduzione tempestiva degli adeguamenti in queste regioni dipende anche dalla disponibilità delle versioni linguistiche corrispondenti per tempo. In proposito è stato criticato segnata-

mente il fatto che il calendario della pubblicazione dei documenti non dà nessuna indicazione sulle versioni in italiano nonché sulle direttive di codifica (in tutte le lingue).

Non da ultimo pensando ai costi generati dalla conversione a più riprese è stato auspicato che le modifiche siano introdotte tutte simultaneamente e che poi ci siano alcuni anni di tranquillità e stabilità in relazione alla statistica medica.

Questa proposta non ha tuttavia suscitato consensi ovunque. Quale alternativa è stata proposta una procedura a tappe, in cui debbano adottare il nuovo sistema dapprima e al più presto solo i circa 30 ospedali della rete, visto che sono necessari con urgenza soprattutto i loro dati e che oltretutto questi stabilimenti hanno familiarità con il progetto e quindi sono più motivati. A tutti gli altri stabilimenti ospedalieri potrebbe essere concesso più tempo per la conversione.

Una seconda proposta mira ad adeguare in una prima tappa, al 1.1.2009, solo i codici dei trattamenti CHOP, in modo da tener conto dei bisogni più urgenti a livello di dati. Se malgrado l'ampliamento e l'adeguamento della classificazione CHOP sussistessero altri bisogni urgenti per SwissDRG, queste informazioni potrebbero essere rilevate presso gli ospedali della rete e inviate direttamente a SwissDRG, in modo da essere disponibili per elaborare il gruppo per SwissDRG. Tutti gli altri bisogni di dati dovrebbero essere preparati accuratamente e attuati solo in una seconda revisione, più ampia, della statistica medica (ad esempio nel 2010 o nel 2011). Questa procedura offre la possibilità di preparare accuratamente i temi, confrontarli con altre statistiche ed esaminare, nell'ambito di una consultazione, anche la fattibilità materiale e tecnica. Questa seconda revisione potrebbe includere ad esempio l'introduzione di nuove variabili o una revisione della definizione di caso (SwissDRG, revisione LAMal).

Parallelamente alla procedura a tappe è inoltre stato proposto di inserire nel record 20 campi vuoti ("campi liberi"), che potrebbero servire quale riserva per ulteriori ampliamenti (ad esempio a livello delle diagnosi e dei trattamenti, su cui negli Stati Uniti già oggi sono rilevati più dati che in Svizzera), in modo tale che in futuro gli adeguamenti informatici sarebbero più semplici. Contemporaneamente, in questo modo si creerebbe anche un potenziale flessibile ad esempio per l'inserimento temporaneo di dati e rilevazioni limitate a pochi stabilimenti o di durata limitata ai fini di uno studio.

Queste reazioni generali portano a concludere che benché il progetto susciti forti dubbi e obiezioni critiche in relazione ai tempi, si può partire dal presupposto che tutti gli adeguamenti posti in discussione sono realizzabili e che non sussistono problemi insormontabili. La proroga di un anno per gli ospedali non appartenenti alla rete, decisa in base ai risultati delle interviste, è stata accolta con sollievo in vari colloqui d'informazione. Tutti gli ospedali della rete intervistati hanno confermato di poter rispettare la scadenza del 1. 1. 2009 (a condizione che anche l'UST rispetti le sue scadenze).

Nei seguenti capitoli, a questa opinione generale sono contrapposti singoli aspetti problematici emersi dalle interviste, dai colloqui d'informazione e dai pareri scritti. In alcuni casi si tratta di problemi menzionati solo in un'unica o in poche interviste. Non si può tuttavia concludere che non riguardino anche altri degli stabilimenti ospedalieri intervistati, non essendo stati affrontati espressamente nelle interviste, impostate in modo libero.

3.2 Risultati specifici sui singoli adeguamenti obbligatori

3.2.1 Definizione di caso

Contenuto: in caso di trasferimenti interni e pazienti in attesa (riabilitazione; geriatria) il caso (che di norma dura dall'ammissione all'uscita) è suddiviso in un caso acuto e un caso di cura, anche se il paziente resta nello stesso letto.

Interfacce: nessuna modifica necessaria; adeguamento attraverso la codifica

Vari intervistati hanno fatto notare che il punto debole è il medico curante. In genere, i medici si sono abituati a prendere queste decisioni di natura tecnico-assicurativa. Occorrono quindi dei criteri di definizione chiari e vincolanti, a cui i medici possano e debbano orientarsi: quando termina la fase acuta, quando inizio la fase di cura. Bisogna inoltre tener presente che sin dal primo giorno di degenza la cura in ospedali acuti è sempre anche una componente della terapia e che il passaggio da una fase all'altra non è sempre evidente.

Il rispetto di questa nuova definizione di caso dipenderà essenzialmente da come lo stabilimento comunicherà e introdurrà la modifica e dalla pressione esercitata dalle assicurazioni. Anche per questo adeguamento occorre inoltre prevedere tempo a sufficienza per la formazione o la riqualifica degli interessati.

Bisogna anche tener presenti i seguenti interrogativi e precisazioni:

- Negli stabilimenti ospedalieri che collaborano con medici accreditati, questa novità può creare problemi poiché i medici accreditati non sono in ospedale tutti i giorni. Potrebbe così verificarsi una situazione in cui il lunedì un paziente sarebbe pronto per uscire o essere trasferito in una riabilitazione. Siccome però il medico accreditato sarà nuovamente presente e potrà decidere solo il mercoledì, bisogna chiedersi se un caso del genere debba essere registrato nuovamente con effetto retroattivo come paziente in attesa per due giorni o se questo periodo di attesa faccia ancora parte del trattamento iniziale.

Commento dell'UST: il medico accreditato può indicare in anticipo i criteri in base a cui il paziente può essere "trasferito" quando il medico non è presente. Applicando questi criteri, il caso può essere chiuso anche in assenza del medico.

- In relazione alla riabilitazione geriatrica acuta è stato chiesto se essa rientri nell'assistenza acuta o nella riabilitazione e come gestire questi casi in stabilimenti ospedalieri organizzati diversamente (stabilimenti ospedalieri con un proprio reparto di geriatria e stabilimenti ospedalieri che hanno integrato la geriatria in altri reparti, ad esempio la medicina interna o la reumatologia).

Commento dell'UST: oggi i casi fatturabili mediante DRG vanno attribuiti all'assistenza acuta. Questa direttiva potrà mutare se anche i casi di riabilitazione dovessero essere inseriti nel sistema DRG.

- Un Cantone ha inoltre auspicato che la definizione di caso in ambito ambulatoriale e semistazionario sia armonizzata a questa nuova disposizione in ambito stazionario. È un nuovo caso anche ogni contatto di trattamento a una nuova data? Come sono definiti i casi trattati a più riprese lo stesso giorno ad esempio con consulto, MRT e fisioterapia?
- Bisogna assicurarsi che i pazienti in attesa registrati come nuovi casi non figurino come riospedalizzazioni nelle misurazioni Outcome.

Commento dell'UST: i casi devono assolutamente essere codificati correttamente e poi identificati come pazienti in attesa.

- Vari stabilimenti ospedalieri ricordano che con l'introduzione della nuova definizione di caso per i pazienti in attesa per l'inizio del 2009 si profila un'incoerenza tra la statistica medica e il conteggio delle prestazioni, dato che il conteggio in base ai forfait per caso sarà introdotto non prima del 2010. In un caso è quindi stato fatto notare che il vecchio sistema, in base al quale si continuerà a conteggiare, per il momento va mantenuto e nel periodo transitorio l'informatica va completata con due variabili supplementari data di uscita/data di riammissione per i bisogni della statistica medica, in modo da poter generare due casi per la statistica medica.
- Bisogna inoltre tener presente che se in base alla nuova definizione di caso la data di uscita dal trattamento acuto è identica alla data di ammissione nella cura, il giorno del trasferimento è registrato (e conteggiato) due volte. Qui è auspicata una regola generale, ad esempio uscita il giorno 1 alle 23.59, ammissione il giorno 2 alle 0.01.

Commento dell'UST: è introdotta una soluzione sulla falsariga dell'osservazione, con l'uscita il giorno 1 alle 23 e ammissione il giorno 2 alle 0 (nella statistica medica sono registrate solo ore intere).

- L'operationalizzazione della nuova definizione di caso proposta nel progetto suscita critiche: la prevista attribuzione della risposta "modifica della diagnosi principale" alla domanda "decisione dell'uscita" o "genere di ricovero" non è corretta, poiché dal punto di vista medico non si tratta di una modifica della diagnosi principale.

Commento dell'UST: la formulazione è stata corretta sulla falsariga dell'osservazione in "trasferimento interno".

- Già oggi il CHUV lavora con una definizione di caso simile, distinguendo tra pazienti A (acuti), B (riabilitazione) e C (lungodegenti). Il passaggio da A a B o C avviene in base a un elenco di criteri seguito dai medici. Il sistema si è rivelato efficace, ciononostante non esiste (non ancora) un controllo della qualità, di modo che talvolta il passaggio non avviene.

3.2.2 Registrazione di fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti

Contenuto: possibilità di codificare fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti

Interfacce: ampliamento del record minimo dell'UST con campi supplementari: fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti

Il previsto massiccio ampliamento del record suscita incomprensione tra alcuni. I rappresentanti degli ospedali universitari riferiscono che oggi con APDRG con un'ottima codifica si registrano mediamente solo circa sei diagnosi e tre procedure per ogni caso, di modo che non si capisce a cosa servano tutti questi campi. Il medico responsabile della codifica di un piccolo ospedale regionale indica che in passato per ogni caso si poteva registrare una sola diagnosi e che oggi sono comunque mediamente tre, benché in alcuni casi ciò non soddisfi ancora i requisiti della statistica medica. Fa notare che, con le risorse attuali, anche con un massiccio ampliamento dei campi di registrazione difficilmente i medici saranno in grado di registrare i dati in modo ancora più differenziato di oggi: di conseguenza, questo ampliamento dei campi di registrazione non avrà presumibilmente alcun effetto.

Dal punto di vista epidemiologico è stato chiesto se questi dati saranno mai analizzati e quante sono le analisi disponibili attualmente delle informazioni sulle diagnosi e sui trattamenti rilevate finora.

La fattibilità tecnica di questo ampliamento non è stata messa in dubbio. È tuttavia stato criticato il fatto che l'indicazione "50 diagnosi" è imprecisa: si tratta di una diagnosi principale, una diagnosi complementare e 48 diagnosi secondarie oppure di una diagnosi principale con una diagnosi complementare e 49 diagnosi secondarie?

Commento dell'UST: si tratta di una diagnosi principale, una diagnosi complementare alla diagnosi principale e 49 diagnosi secondarie.

3.2.3 Ampliamento delle classificazioni delle diagnosi e dei trattamenti

Contenuto: ampliamento a cinque cifre della classificazione delle diagnosi ICD-10 e a sei cifre della classificazione dei trattamenti CHOP

Interfacce: adeguamento a sei cifre di tutti i campi delle diagnosi e dei trattamenti

Anche questo ampliamento non è considerato un problema dal punto di vista tecnico. È stato però chiesto se la nuova classificazione ICD sia veramente a sei cifre e non solo a cinque cifre come in Germania e se il punto contenuto nei codici rappresenta una cifra.

Commento dell'UST: effettivamente, all'inizio dell'indagine vi era confusione poiché la ICD-10-GM è solo a cinque cifre e in Germania la sesta cifra è utilizzata per la codifica del lato del corpo. In Svizzera si prevede di conservare la sesta cifra solo quale campo di riserva (ad esempio per introdurre un flag per

caratterizzare le diagnosi formulate in ospedale). Il lato del corpo è rilevato, per le diagnosi e i trattamenti, in un campo separato.

Non è chiaro neanche se le prime quattro cifre della ICD-10-GM e della nuova CHOP corrispondano alle prime quattro cifre dei codici ICD e CHOP in vigore. In caso negativo, tutti gli stabilimenti ospedalieri che conteggiano con APDRG sarebbero costretti a rilevare le diagnosi in doppio.

Commento dell'UST: le prime quattro cifre non sono sempre identiche. È tuttavia in preparazione una soluzione transitoria (transcodifica).

Un ospedale fa notare che sarà possibile rispondere alla domanda sulla disponibilità delle informazioni solo una volta che sarà chiaro quali informazioni vanno registrate con quale grado di dettaglio. A seconda delle informazioni potrebbero infatti esserci ampie ripercussioni sulla prassi dei medici in materia di rapporti.

3.2.4 Indicazioni complementari su ogni diagnosi e trattamento

Contenuto: dati complementari su ogni diagnosi e trattamento (ad esempio sinistra/destra, gravità,...)

Interfacce: introduzione di un campo supplementare polivalente dopo ogni diagnosi e trattamento, ad esempio sinistra/destra/da ambo i lati o tumore maligno acuto/inattivo/asportato, ecc.

Molti partono dal presupposto che in questo campo sarà disponibile un menu pop up con una selezione limitata di caratteristiche, a seconda del codice ICD o CHOP. Un campo aperto con risposte libere è considerato molto problematico.

Commento dell'UST: i menu degli strumenti di codifica sono sviluppati dalle ditte informatiche. L'UST può tutt'al più dare dei suggerimenti.

La registrazione di sinistra/destra/da ambo i lati è considerata perlopiù non problematica. Singoli intervistati mettono tuttavia in dubbio la necessità di un campo di registrazione specifico, dato che nel sistema di codifica ICD-10-GM la sesta cifra può essere utilizzata per indicare la localizzazione.

La registrazione dell'attività tumorale solleva invece degli interrogativi. È criticata la mancanza di una definizione delle espressioni "attività tumorale" nonché "attivo" e "inattivo". Siccome oggi non esiste una classificazione vincolante per tutta la Svizzera, i singoli stabilimenti ospedalieri procedono ciascuno a modo suo. Per altri, per i tumori asportati chirurgicamente lo stato di attività è chiaro, in caso di chemioterapia o radioterapia, invece, è più difficile stabilire se il tumore sia ancora attivo o meno. Le opzioni a scelta del menu pop up dovrebbero tener conto di queste realtà a livello di definizione.

Commento dell'UST: la definizione sarà ancora chiarita.

3.2.5 Ore di respirazione artificiale

Contenuto: registrazione delle ore di respirazione artificiale

Interfacce: ampliamento del record minimo dell'UST con un campo supplementare

Vari intervistati lamentano la mancanza di una definizione chiara di respirazione artificiale nonché di regole di registrazione adeguate e le chiedono. La maggior parte degli stabilimenti ospedalieri interessati rileva questa informazione già oggi. Alcuni chiedono se non sarebbe sufficiente rilevare le ore di respirazione artificiale solo in un questionario supplementare per i trattamenti intensivi. Molti ritengono che la definizione di G-DRG è ancora in sospeso e va precisata. È manifestato un bisogno di precisazione in particolare per quanto riguarda la distinzione tra la durata in caso di respirazione artificiale ininterrotta e interrotta.

In un ospedale cantonale è registrata già oggi la variabile “durata dell'anestesia”. In caso di anestesia totale ciò equivale alla “durata della respirazione artificiale”. Il sistema di rilevazione attuale non consente tuttavia una differenziazione tra anestesia totale e parziale, ma ciò potrebbe essere introdotto abbastanza facilmente nel tool di registrazione.

Tra coloro che già oggi rilevano le ore di respirazione artificiale, alcuni fanno notare che pur essendo tecnicamente fattibile sarebbe molto costoso e lungo trasferire i dati dall'attuale sistema d'informazione nella statistica medica attraverso un'interfaccia da creare appositamente.

3.2.6 Trattamenti complessi di medicina intensiva

Contenuto: registrazione dei trattamenti complessi di medicina intensiva

Interfacce: creazione di un record supplementare (completamento del record minimo)

La maggior parte degli stabilimenti ospedalieri interessati rileva già oggi dati sui trattamenti complessi di medicina intensiva, tuttavia con modalità e sistemi differenti. In varie interviste sono stati menzionati SAPS, TISS, TRIPS, NEMS, PDMS, PIM2 (bambini), CRIB (lattanti). Tutti gli stabilimenti ospedalieri interessati sperano e auspicano che il nuovo questionario supplementare sarà compatibile con la rilevazione svolta finora, in modo da dover creare unicamente un'interfaccia. In caso contrario, molti temono notevoli problemi di adeguamento (tempo e costi).

Vari stabilimenti ospedalieri che già oggi utilizzano il questionario della Società svizzera di medicina intensiva (SSMI) auspicano che il questionario da applicare sia scelto assieme alla SSMI, in modo da poter trovare una soluzione accettabile per tutti.

Commento dell'UST: sono state riprese le definizioni della SSMI.

Due stabilimenti ospedalieri ritengono che la CHOP, che contiene già informazioni sui trattamenti complessi di medicina intensiva, dovrebbe essere sufficiente – tutt'al più con degli adeguamenti. Un ospedale che per il momento non rileva ancora dati nel reparto cure intense auspica non solo che il contenuto dell'informazione da rilevare sia definito chiaramente, bensì anche che sia prescritto in modo vincolante chi fornisce quale contributo alla rilevazione: il medico competente, il personale paramedico, la segretaria, il codificatore formato.

Singoli segnalano un problema materiale ancora da risolvere: come procedere in caso di trattamento intensivo multiplo dello stesso caso? È sufficiente un unico questionario o bisogna compilare un nuovo questionario per ogni trattamento intensivo?

Commento dell'UST: va indicata solo la somma dei trattamenti intensivi.

3.2.7 Peso all'entrata in ospedale dei lattanti

Contenuto: registrazione del peso all'entrata in ospedale dei lattanti (di età <28 giorni)

Interfacce: ampliamento del record minimo dell'UST con un campo supplementare

Vari intervistati segnalano incongruenze terminologiche: per i bambini piccoli si parla di *neonati* nei primi 28 giorni e poi di *lattanti* fino a un anno.

Commento dell'UST: l'osservazione è corretta. Bisognerebbe dire "lattanti fino a un anno". La definizione è quindi stata modificata.

Non è chiaro di quale informazione si tratti esattamente. La formulazione dell'UST è messa in dubbio da due fronti, in modo contraddittorio:

- per gli uni si tratta del peso all'entrata in ospedale (e non del peso alla nascita) per i neonati e i lattanti fino a 12 mesi (e non per i neonati fino a 28 giorni),
- per altri dovrebbe essere registrato il peso alla nascita e non il peso all'entrata in ospedale.

Commento dell'UST: si tratta del peso all'entrata in ospedale. Se un bambino è nato nell'ospedale interessato, nel campo "peso all'entrata in ospedale" è immesso il peso alla nascita. Per i bambini piccoli ricoverati in ospedale dopo la nascita è invece immesso il peso al momento dell'ammissione.

3.3 Risultati specifici sui singoli adeguamenti facoltativi

3.3.1 Luogo dell'intervento per i trattamenti ambulatoriali

Contenuto: caratterizzazione del luogo in cui è dispensato un trattamento ambulatoriale nell'ambito di una degenza stazionaria (nello stabilimento o altrove) (secondo SwissDRG, i trattamenti ambulatoriali devono essere integrati nella cartella clinica, compresi i codici ICD-10/CHOP)

Interfacce: introduzione di un "flag" per ogni trattamento (ad esempio 1 = nello stabilimento, 2 = all'esterno)

Le opinioni sulla pertinenza di questa informazione sono divergenti. Per alcuni, l'informazione è interessante anche per il proprio stabilimento, altri non vedono il senso e l'utilità di questa variabile. Di conseguenza sottolineano anche il grande onere che comporterebbe questo ampliamento.

È inoltre stato fatto notare che vi è il rischio che gli stabilimenti ospedalieri utilizzino dei "default", e cioè compilino automaticamente i campi con valori validi (ma in parte scorretti), di modo che sarà praticamente impossibile un'analisi rappresentativa.

Varie persone hanno fatto notare che l'espressione "luogo del trattamento ambulatoriale" è vaga o non meglio definita. Sollevano i seguenti interrogativi:

- Si tratta del luogo geografico (stesse coordinate) o istituzionale (stesso soggetto di diritto)?

Nel caso del luogo geografico:

- Nella maggior parte dei grandi stabilimenti ospedalieri, ad esempio, le operazioni, le radiografie o le radioterapie non sono effettuate nello stesso edificio. "All'esterno" significa al di fuori dell'edificio i cui è curato il caso o al di fuori dell'area dell'ospedale?
- Quanto può essere grande quest'area o a partire da quanti metri/chilometri inizia "all'esterno"?
- Che ne è dei casi indirizzati per un trattamento ambulatoriale verso un medico accreditato che lavora per conto proprio all'interno dello stesso edificio?

Nel caso del luogo istituzionale:

- Che ne è dei trattamenti ambulatoriali dispensati dallo stesso ospedale (istituzione), ma in un luogo al di fuori dell'area unita?

Un ospedale già confrontato in passato con questa mancanza di chiarezza propone di registrare entrambi gli aspetti dei trattamenti esterni: default = propria area, 1 = al di fuori della propria area, stesso stabilimento, 2 = al di fuori della propria area, altro stabilimento.

Commento dell'UST: è stata apportata una correzione nel senso di questa osservazione. È ora possibile la distinzione supplementare "proprio" o "altro" stabilimento.

3.3.2 Ubicazione dello stabilimento

Contenuto: registrazione dell'ubicazione dello stabilimento (per ogni caso trattato) attraverso il numero postale di avviamento o tutt'al più una sigla dello stabilimento

Interfacce: creazione di un campo supplementare

Questo ampliamento è auspicato in particolare dai Cantoni con stabilimenti ospedalieri multisito. Anche singoli stabilimenti ospedalieri hanno manifestato un interesse per questa informazione. La maggioranza degli intervistati non si sente invece coinvolta da questa domanda. Per loro non comporterebbe praticamente neanche un maggior onere, poiché inserirebbero semplicemente nel sistema un valore default per l'ubicazione dello stabilimento. Qualcuno ha fatto notare che questa informazione non ha alcuna importanza a livello nazionale. Se solo singoli utilizzatori hanno un interesse nei suoi confronti, sarebbe più sensato rilevare i dati corrispondenti in campi liberi supplementari.

Analogamente al trattamento ambulatoriale all'esterno dello stabilimento si pone anche qui l'interrogativo fondamentale: cosa s'intende per stessa ubicazione dello stabilimento. Il caso non suscita dubbi per gli stabilimenti ospedalieri multisito noti, ad esempio nei Cantoni di Berna, Lucerna e Vallese. In questi Cantoni, gli esercizi degli stabilimenti ospedalieri uniti istituzionalmente sono separati fisicamente e questa separazione è espressa chiaramente dal numero postale di avviamento. La questione è più delicata negli altri casi, ad esempio a Lugano o Sciaffusa. In entrambi i casi, gli esercizi sono separati fisicamente in un raggio di 2 – 3 chilometri e hanno indirizzi postali differenti, ma lo stesso numero postale di avviamento. Vari grandi stabilimenti ospedalieri hanno numero postale di avviamento proprio, che vale anche per gli esercizi appartenenti allo stabilimento, ma non situati direttamente sull'area dello stabilimento. Un'altra questione in sospeso è come rilevare i casi trasferiti durante il trattamento stazionario all'interno dello stesso gruppo, ad esempio da Burgdorf a Langnau (stesso numero RIS, ma numero postale di avviamento differente).

Accanto a questi aspetti riguardanti la localizzazione è anche stato chiesto a quale momento o tipo di trattamento bisogna fare riferimento: al momento dell'ammissione, al momento dell'uscita, luogo del trattamento principale?

Indipendentemente da questi interrogativi in sospeso sull'oggetto da rilevare, a più riprese è stata messa in dubbio l'operazionalizzazione proposta "ubicazione = numero postale di avviamento". La sigla dello stabilimento posta facoltativamente in discussione dall'UST non è stata ritenuta adatta da nessuno, quali alternative sono state proposte una soluzione legata al SIG nonché una differenziazione del numero RIS.

3.3.3 Data del trattamento

Contenuto: indicazione della data di ogni trattamento

Interfacce: introduzione di un campo della data dopo ogni campo del trattamento

La proposta di inserire la data di ogni trattamento è stata giudicata in modo controverso – anche da profondi conoscitori del sistema DRG. Per gli uni si tratta di un'informazione non facoltativa, bensì necessaria, che deve obbligatoriamente essere rilevata da tutti. È inoltre stato proposto di indicare non solo la data, bensì anche l'ora del trattamento. Altri ritengono che la data e l'ora del trattamento siano irrilevanti nei sistemi DRG.

Commento dell'UST: nel corso dell'indagine è emerso che SwissDRG deve assolutamente disporre di questa informazione. Si tratta quindi di un adeguamento obbligatorio e non facoltativo.

Gli stabilimenti ospedalieri zurighesi e alcuni altri stabilimenti dispongono già oggi di questa informazione e potrebbero inserirla nella statistica medica senza un grande onere. La maggior parte degli altri stabilimenti ospedalieri si è mostrata molto scettica o contraria nei confronti di questa richiesta. Molti ritengono che un ampliamento del genere comporterebbe un'enorme mole di lavoro (con corrispondenti conseguenze sui costi) e porterebbe a un aumento delle raccolte di dati senza nessuna utilità visibile. È inoltre fatto notare il rischio che i trattamenti sarebbero rilevati in modo molto differenziato: ogni cambiamento quotidiano della medicazione dovrebbe ad esempio essere registrato come un nuovo trattamento. Quale alternativa, un ospedale ha proposto che l'UST stili un elenco dei CHOP per cui la data è assolutamente necessaria, in modo da limitare l'indicazione della data a questi codici.

3.3.4 Centri di costo

Contenuto: vari centri di costo per ogni caso (descrizione esatta della degenza)

Interfacce: campi supplementari per i centri di costo supplementari (ad esempio cinque possibili centri di costo)

Pur suscitando un certo interesse, alla fine la proposta di ampliare la registrazione dei centri di costo ha mietuto pochi consensi – soprattutto per motivi di fattibilità. Alcuni stabilimenti ospedalieri hanno sottolineato che dispongono già oggi di una registrazione più differenziata dei centri di costo e che i dati corrispondenti potrebbero essere trasferiti nella statistica medica attraverso un'interfaccia con un onere relativamente contenuto. Altri temono che questo ampliamento sarebbe associato a un onere molto grande, dato che bisognerebbe adattare non solo i codici dei centri di costo, bensì anche la definizione dei casi e di conseguenza l'intera gestione dei casi.

Un rappresentante di un ospedale universitario ritiene che una revisione del genere sarebbe molto complessa e onerosa, dal momento che gli interessi in

gioco sono moltissimi e la realtà nei piccoli e medi stabilimenti ospedalieri – quelli a cui corrisponde maggiormente la nomenclatura attuale – è diversa rispetto a quella dei grandi stabilimenti e degli ospedali universitari, che utilizzano fino a 50 centri di costo. Per questi ultimi, un ampliamento a soli cinque campi per i centri di costo non sarebbe sufficiente. Si fa inoltre notare che gli eventuali nuovi centri di costo da concepire devono essere compatibili con il sistema attuale.

A prescindere dalla questione del numero di centri di costo rilevati, è stato criticato il fatto che i codici del centro di costo principale non corrispondono ai codici del trattamento e che sarebbe auspicabile una registrazione maggiormente improntata sui bisogni economico-aziendali.

3.3.5 Motivi di ammissione fuori Cantone

Contenuto: possibilità di distinguere tra “su indicazione medica” e “libera scelta dell’ospedale” in caso di ammissione fuori Cantone

Interfacce: nessuna, ma ad esempio adeguamento dei valori della variabile 1.4.V02 con “6 = assicurazione malattie, altro Cantone con contributo cantonale” e “7 = assicurazione malattie, altro Cantone senza contributo cantonale”

Un complemento del genere sarebbe fattibile per tutti gli stabilimenti ospedalieri, per la maggior parte però solo con un onere non indifferente. La proposta di modifica concreta – completamento della variabile “ammissione” con i valori 6 e 7 – è contestata. Alcuni stabilimenti ospedalieri vogliono sapere perché è stato attribuito il caso e chi paga per tutti i pazienti da fuori Cantone, e quindi non solo per gli assicurati LAMal, bensì anche per i casi pagati dalla LAINF, dall’Al, dall’AM, ecc. In base a questa riflessione occorre una soluzione che evidenzi per tutti i casi di ricovero fuori Cantone se il ricovero sia stato necessario per motivi medici o se sia il frutto di una libera scelta dell’ospedale. Altri hanno dei dubbi in proposito e chiedono che l’UST chiarisca assieme alla CTM in che misura la distinzione tra “su indicazione medica” e “libera scelta dell’ospedale” assuma rilievo anche per i casi non LAMal.

In alternativa è stato proposto di rilevare l’esistenza di una garanzia dell’assunzione delle spese quale indicatore delle ospedalizzazioni fuori Cantone su indicazione medica, dato che l’informazione corrispondente è già disponibile negli stabilimenti ospedalieri.

3.3.6 Impianti e farmaci

Contenuto: registrazione degli impianti e dei farmaci

Interfacce: nessuna; il dato dovrebbe poter essere registrato con la classificazione dei trattamenti

I Cantoni e vari ospedali cantonali sottolineano che una registrazione degli impianti e dei farmaci è molto importante per loro. Per la maggior parte degli stabilimenti ospedalieri ciò è sostanzialmente fattibile, sussistono tuttavia

grandi dubbi sull'onere generato. È quindi stato proposto di limitare il numero di impianti e farmaci a quelli menzionati in un elenco esaustivo nella CHOP. Gli impianti e i farmaci da rilevare dovrebbero ancora essere specificati, non devono però essere i più costosi. Potrebbero essere rilevati ad esempio ad esempio con il codice EAN a 13 cifre (impianti) e il codice farmaceutico (farmaci).

Questa proposta – registrazione di un numero limitato di impianti o farmaci nell'ambito della classificazione dei trattamenti – sarebbe accettabile per la maggior parte degli stabilimenti ospedalieri. Soluzioni che prevedono che queste informazioni siano rilevate in modo completo e dettagliato (prodotto, dosaggio, durata) o ripresi dalla registrazione delle prestazioni attraverso un'interfaccia, sono respinte essendo troppo onerose e differenziate. Anche l'introduzione di variabili o campi supplementari al di fuori della CHOP è ritenuta inadeguata.

Un intervistato ha espresso grandi riserve di fondo, facendo notare che già oggi la statistica medica è molto dettagliata. Bisognerebbe quindi evitare un maggior grado di dettaglio con variabili o campi supplementari, ad esempio nell'ambito degli impianti o dei farmaci, tanto più che queste variabili richiederebbero adeguamenti annualmente o addirittura a ritmo più frequente a causa della loro vita breve (vedi ad esempio gli adeguamenti dell'elenco delle specialità), il che potrebbe portare a un maggior onere per tutti gli interessati e a una minor qualità dei dati a causa della complessità. Ciò non gioverebbe a nessuno. Nel caso in cui SwissDRG dovesse aver bisogno di dati su impianti o farmaci particolarmente costosi, si potrebbe procedere a un ampliamento della CHOP senza variabili supplementari.

3.3.7 Circonferenza cranica dei neonati

Contenuto: registrazione della circonferenza cranica dei neonati

Interfacce: ampliamento del record neonati dell'UST con un campo supplementare

Questa proposta di ampliamento è attuabile ovunque e ha suscitato un'eco scarsa – ad eccezione di un ospedale universitario, che ha osservato che la rappresentatività di questa variabile è estremamente dubbia e che tutt'al più bisognerebbe esaminare l'opportunità di includere migliori indicatori, ad esempio il punteggio Apgar. Date le circostanze e la grande pressione delle scadenze per tutti gli interessati, i rappresentanti di questo ospedale hanno chiesto di rinunciare all'introduzione di questa variabile.

3.4 Adeguamenti supplementari

Nel corso dell'indagine, l'UST è stato confrontato con altre esigenze e desideri di adeguamento da parte di Swiss DRG nonché di singoli Cantoni. Dopo un esame preliminare da parte dell'UST anche queste richieste sono state inserite nel progetto, nei limiti del possibile, e poste in discussione nelle consultazioni e nei colloqui d'informazione.

3.4.1 Modalità di conteggio: DRG o vecchio sistema

Era prevista una variabile supplementare destinata a rilevare per ogni caso se dopo l'introduzione di SwissDRG il caso andasse conteggiato in base alla nuova modalità con un forfait per caso o in base al vecchio sistema in funzione dei costi. È stato chiesto in particolare se le persone incaricate di rilevare i dati della statistica medica hanno in realtà accesso a questa informazione – disponibile di norma solo nell'amministrazione.

Negli ospedali universitari, la domanda e l'interesse alla base dell'informazione sono capiti. All'unanimità, questi stabilimenti sono dell'opinione che le informazioni corrispondenti siano disponibili e che una rilevazione abbia senso. Per molti altri, al momento del colloquio non era chiaro in che misura dopo l'introduzione definitiva di DRG il proprio stabilimento avrebbe ancora conteggiato casi secondo il vecchio sistema. In un parere scritto è stato proposto di non chiedere le modalità di conteggio nell'ambito della rilevazione, ma di rilevare direttamente il DRG conteggiato.

Commento dell'UST: questa variabile, nel frattempo esaminata, è stata poi nuovamente abbandonata, dato che non era abbastanza chiaro se gli stabilimenti ospedalieri disponessero delle informazioni al momento giusto e se l'informazione avrebbe ancora assunto rilievo dopo l'introduzione di Swiss-DRG. Potrebbe essere eventualmente ripresa utilizzando un campo di riserva.

3.4.2 Luogo di soggiorno prima delle riammissioni

La prevista rilevazione supplementare del soggiorno prima delle riammissioni non è considerata né sensata né necessaria da alcuni. Vari intervistati osservano inoltre che le informazioni rilevate sono incomplete. Da un lato non è possibile registrare riammissioni ripetute e dall'altro in caso di riammissione manca l'informazione sul luogo di soggiorno dopo la (prima) uscita.

Commento dell'UST: a seconda dell'evoluzione della definizione dei raggruppamenti di casi (vedi sopra), dovranno essere rilevate certe informazioni sulle riammissioni. Al momento non si sa ancora di quali informazioni si tratti esattamente. Per il momento, i campi vanno quindi previsti come riserva (cfr. piano dell'interfaccia).

3.5 Altre proposte di modifica

Molti intervistati hanno colto l'opportunità per far notare, nelle interviste e nei colloqui d'informazione, altri punti deboli e lacune della statistica medica e formulare suggerimenti non direttamente legati all'introduzione dei forfait per caso, che però dovrebbero essere esaminati a loro volta nell'ambito di una revisione più ampia della statistica medica.

Formato di invio

Per motivi pratici la variabile "genere di record" dovrebbe essere ridefinita in modo da poter distinguere sin dall'inizio del record se l'invio è avvenuto nel vecchio o nel nuovo formato. Esempio: MB1 (vecchio formato); MB2 (nuovo formato).

Commento dell'UST: l'UST si è sforzato di non modificare il formato di invio originale, poiché solo così può essere garantita un'introduzione a tappe.

Identificazione dello stabilimento

Per motivi di pianificazione, un Cantone vorrebbe poter identificare nella statistica medica gli stabilimenti ospedalieri extracantionali che figurano sul suo elenco di stabilimenti. Oggi ciò non è possibile.

Commento dell'UST: non è possibile per motivi di protezione dei dati.

Iscrizione del numero di caso interno

Un Cantone propone di inserire nel record di base della statistica medica quale caratteristica supplementare il numero di paziente/caso utilizzato internamente dallo stabilimento (non codificato). Siccome l'UST non ha bisogno di questo numero nell'invio dei dati, i servizi di rilevazione cantonali potrebbero esportare questo campo vuoto al momento dell'esportazione dei dati per l'UST oppure l'UST potrebbe ignorare questo campo nell'ambito dell'importazione nella propria banca dati.

Commento dell'UST: per l'UST, ciò non è possibile per motivi di protezione dei dati, i Cantoni sono tuttavia liberi di rilevare anche questi (e altri) dati sul loro territorio.

Record supplementari

La registrazione dei neonati dovrebbe essere completa. Oggi è lacunosa e inadeguata per le nascite fuori dagli ospedali e i parti precoci.

Per le nascite dovrebbe essere possibile identificare la madre (record minimo) e il bambino (dati supplementari sul neonato).

I due record supplementari sulla psichiatria e sui neonati dovrebbero essere obbligatori per tutti gli stabilimenti ospedalieri.

Dati sociodemografici

Il codice utilizzato per il domicilio è problematico, perché aggrega i luoghi ordinandoli secondo il numero postale di avviamento. Si propone di rilevare direttamente il numero postale di avviamento (come fanno già oggi molti codificatori) e in più il numero UST del Comune (dal punto di vista dell'informatica ciò dovrebbe essere fattibile, a differenza del passato), in modo da poter formare aggregati coerenti per le pubblicazioni.

Commento dell'UST: di norma, il numero postale di avviamento può essere indicato. I codici aggregati del domicilio sono utilizzati per motivi di protezione dei dati.

Caratteristiche dell'ammissione

Da un confronto del questionario della statistica medica con quello del G-DRG emerge che per il genere di ammissione manca il valore "prelievo di organi".

Commento dell'UST: oggi i generi di ammissione sono "emergenza", "ammissione pianificata", "parto", "trasferimento interno" "altro" e "sconosciuto". Un prelievo di organi rientra di norma tra le ammissioni pianificate.

Genere di trattamento

La prassi e le interpretazioni di ciò che s'intende per stazionario, semistazionario e ambulatoriale varia tra gli stabilimenti ospedalieri. Inoltre con l'attuale revisione della LAMal, la categoria "semistazionario" è abolita. Questa variabile dovrebbe essere aggiornata, semplificata e definita in modo più unitario, per consentire paragoni tra gli stabilimenti ospedalieri.

Commento dell'UST: la variante "semistazionario" è eliminata.

Soggiorno dopo l'uscita

Il contenuto delle due risposte "altro" (codice 8) e "sconosciuto" (codice 9) è identico?

Commento dell'UST: di norma no. "Altro" è utilizzato per codificare una variante nota, ma che non rientra nello schema. "Sconosciuto" è codificato quando l'informazione non è disponibile.

Caratteristiche della degenza

In caso di trasferimento di un paziente in un altro stabilimento, un Cantone vorrebbe conoscere gli stabilimenti ospedalieri coinvolti (ad esempio ammissione nell'ospedale A, trasferimento nell'ospedale B per la formulazione della diagnosi, ritorno all'ospedale A per la cura).

Commento dell'UST: si tratta di un'informazione auspicabile per consentire il rintracciamento dei casi. L'UST cercherà di trovare un compromesso tra l'onere della codifica e l'informazione auspicabile. Campi provvisori nell'interfaccia dovranno consentire di elaborare le definizioni corrispondenti e successivamente introdurre le variabili.

Diagnosi

Da più parti sono stati proposti ampliamenti nell'ambito della registrazione di informazioni sulla diagnosi.

- Data della diagnosi (e non solo del trattamento)

Commento dell'UST: la data della diagnosi è difficile da stabilire e onerosa da codificare – la proposta non è quindi stata accolta.

- Onere della diagnosi (ad esempio se un paziente è ricoverato con sintomi diffusi, per alcuni giorni sono valutate senza risultato varie diagnosi e alla fine il paziente è dimesso senza essere stato curato).

Commento dell'UST: se necessario, l'onere della diagnosi può essere introdotto attraverso dei codici CHOP.

- Introduzione di un flag supplementare, che consenta di distinguere, per le diagnosi registrate, se il codice della diagnosi corrisponde ai bisogni economico-aziendali dello stabilimento (registrazione delle prestazioni) o a bisogni epidemiologici della ricerca.

Commento dell'UST: un flag epidemiologico ha senso soprattutto quando i DRG sono "forzati", e cioè quando una diagnosi, di per sé disponibile, non deve essere utilizzata per il conteggio. Con SwissDRG, in questi casi è meglio adattare il grouper che introdurre il flag.

- Introduzione di un campo supplementare, con cui oltre alla diagnosi principale è registrata anche la diagnosi al momento dell'ammissione.
- Introduzione di un flag supplementare, che consenta di distinguere tra diagnosi al momento dell'ammissione e diagnosi aggiuntasi nel corso della degenza. Sarebbe così possibile calcolare un tasso di complicanze evitabili.

Commento dell'UST: per la questione delle diagnosi al momento dell'ammissione e durante la degenza, in futuro potrebbe essere utilizzata come "flag" la sesta cifra della ICD-10. Dovrà ancora essere elaborata una definizione esatta.

Trattamenti

Nel capitolo 90, il manuale CHOP contiene dei codici facoltativi, che l'UST non insiste nel voler rilevare. Il responsabile delle finanze di un ospedale riferisce che queste informazioni facoltative sarebbero interessanti di per sé, ma la direzione dell'ospedale chiede ai codificatori di rinunciare alla loro registrazione poiché ritiene che si dedichi già troppo tempo alla statistica. Propone quindi che in futuro l'UST rinunci alla categoria "facoltativo" e menzioni nel manuale solo ciò che deve essere rilevato obbligatoriamente.

Per la registrazione degli interventi innovativi, non ancora considerati in misura sufficiente nelle classificazioni, bisognerebbe esaminare la possibilità di creare una caratterizzazione speciale. Concretamente, si potrebbe offrire la possibilità di indicare che il codice scelto non corrisponde esattamente al trattamento da codificare e che bisognerebbe creare un nuovo codice. Eventualmente, ciò può avvenire contrassegnando con una crocetta una casella corrispondente. Un'altra possibilità consisterebbe nel creare una variabile supplementare "nuova procedura" nei casi in cui per un intervento codificato è utilizzata una nuova tecnica.

Commento dell'UST: le domande relative alla codifica CHOP dovranno comunque essere rivedute in vista dell'introduzione di SwissDRG. Devono essere introdotte solo le modifiche che resteranno valide nel nuovo sistema.

Centro di costo principale

L'espressione "centro di costo" utilizzato nella statistica medica non è corretta. In alternativa sono proposti "indirizzo" o "centro di prestazioni".

Unità d'imputazione principale

L'espressione "unità d'imputazione principale" è sbagliata. Quale soluzione corretta, per evitare confusione, è proposta l'espressione "garante principale".

Caratteristiche dell'uscita

Al valore "8", un Cantone propone di inserire il Cantone di domicilio al posto di "altro".

Proposta di aggiunta di nuove informazioni

Mancano informazioni sulle riospedalizzazioni. Una possibile domanda supplementare sarebbe se negli ultimi 30 giorni il paziente è stato in cura in un altro stabilimento.

Le informazioni sui casi di riabilitazione contenute nella statistica medica attuale sono insufficienti per la pianificazione ospedaliera cantonale. Un Cantone auspica quindi che in futuro le riabilitazioni siano rilevate in modo differenziato.

Per misurare la qualità negli stabilimenti ospedalieri andrebbero rilevate sistematicamente le complicanze, ad esempio la mortalità, le riospedalizzazioni e le rioperazioni (non pianificate), il tasso di infezioni, le cadute, i decubiti, le perdite di peso, l'autonomia, il bisogno di cure al momento dell'ammissione e dell'uscita.

Dovrebbe essere possibile statisticamente classificare i casi in cure di base, cure centralizzate, cure specializzate ed eventualmente cure altamente specializzate. A tal fine è determinante la descrizione delle competenze e delle strutture necessarie per il trattamento. Si potrebbe eventualmente creare un indicatore combinando la diagnosi e il grado di gravità.

Commento dell'UST: la discussione delle proposte precedenti ha dovuto essere rimandata per motivi di tempo. Si è anche rinunciato consapevolmente a richiedere altre informazioni, benché fossero auspicabili.

3.6 Altre reazioni sulla statistica medica

Problemi legati alla registrazione dei neonati

Quando è ricoverato il giorno della nascita un bambino nato altrove, secondo la definizione dell'UST non deve essere compilato il record supplementare per i neonati. Si deplora che in questo modo si creano delle lacune nella registrazione dei neonati.

Come sono registrati i lattanti ricoverati (o ricoverati nuovamente) perché la madre è ospedalizzata e non c'è nessuno che possa occuparsi di loro? Come sono registrati questi casi a livello di diagnosi e trattamento?

Problemi di qualità dei dati

Il controllo della qualità dei dati dovrebbe essere migliorato e intensificato. Dovrebbero essere effettuati ad esempio confronti trasversali analitici della durata degli stessi trattamenti o del numero di trattamenti semistazionari.

Secondo il rappresentante di un Cantone, il maggior difetto di qualità sta negli stabilimenti ospedalieri. Spesso occorre molto tempo prima che gli stabilimenti rilevino i dati. Inoltre non eseguono i loro controlli interni della plausibilità o lo fanno troppo tardi. Se poi il Cantone riscontra degli errori durante i suoi controlli e chiede una correzione, ci vuole ancora molto tempo. Spesso gli stabilimenti ospedalieri hanno difficoltà a rispettare le scadenze.

Il rappresentante di un Cantone ha definito la qualità dei dati degli stabilimenti ospedalieri privati peggiore di quella degli stabilimenti pubblici: i loro record contengono parecchi errori e ci vuole molto tempo per le correzioni.

Contatti con l'UST

Vi è un problema di codifica al momento del passaggio da un anno all'altro. Se ad esempio un paziente è ricoverato nel reparto acuto fino al 28.12 e poi in riabilitazione fino a metà gennaio, al 31.12 l'anamnesi del paziente non è ancora terminata. In altre parole, i codificatori, che per la fine dell'anno devono inviare tutti i casi all'UST, non possono ancora codificare la diagnosi e il trattamento, non avendo accesso alle informazioni. Di conseguenza, i campi restano vuoti e successivamente MedPlaus stampa un avviso. Un ospedale riferisce di avere un problema di legittimazione con il Cantone a questo proposito, poiché anche il Cantone riceve gli stessi stampati con gli avvisi e chiede dei chiarimenti. Sempre in quest'ambito, un altro ospedale ha un problema con l'UST, che non capisce la problematica e quindi ogni anno chiede chiarimenti per casi del genere.

Passa sempre molto tempo prima che l'ufficio di codifica dell'UST risponda alle domande, spesso più di sei mesi. L'UST dovrebbe potenziare questo servizio.

Un ospedale si considera un fornitore di dati coscienzioso, ma critica il fatto che l'UST non restituisca informazioni adeguate. Un feedback, ad esempio un confronto del proprio stabilimento con dei benchmark, lo motiverebbe e avrebbe indubbiamente delle ripercussioni sulla qualità dei dati forniti.

Problemi di utilizzazione

Ci vuole troppo tempo prima che i dati dell'UST ritornino al Cantone. Questi rileva i dati presso gli stabilimenti ospedalieri ogni tre mesi e li trasmette all'UST entro il giugno dell'anno successivo. L'UST ha poi bisogno di più di sei mesi prima di disporre dei dati definitivi per il Cantone. Ne risulta così (dal gennaio dell'anno della rilevazione alla disponibilità dei dati definitivi) un intervallo di più di due anni. È troppo. In particolare è incomprensibile lo scopo per cui l'UST, che riceve dati già controllati e plausibilizzati, abbia ancora bisogno di tutto questo tempo.

I dati dell'UST ritornano troppo tardi anche per uno degli stabilimenti ospedalieri interessati. Dall'UST ha bisogno soprattutto di cifre di benchmarking, che dovrebbero ancora essere abbastanza attuali. Propone quindi che l'UST raccolga i dati ad esempio semestralmente o trimestralmente e poi reagisca più rapidamente.

Il comfort d'impiego del sistema informatico dell'UST via Internet è insoddisfacente. Con i molti filtri integrati si perde rapidamente la visione d'insieme.

In futuro dovrebbe essere possibile identificare le persone nella statistica medica e nella statistica ospedaliera.

L'identificazione delle persone è molto importante per stabilire gli iter di trattamento e va assolutamente mantenuta. In futuro, analisi corrispondenti, che evidenziano l'andamento di determinati trattamenti e la dispersione, dovrebbero assumere maggior rilievo e interesse, sia dal punto di vista epidemiologico che da quello delle indennità. Per queste analisi dell'andamento, con il sistema attuale è però molto faticoso anche per i collaboratori con esperienza muoversi tra le persone e i casi trattati.

La definizione dei casi in caso di trattamenti ambulatoriali, semistazionari o stazionari andrebbe impostata in modo unitario.

Conflitti d'interessi tra indennità ed epidemiologia

Il collegamento tra dati economico-aziendali ed epidemiologici disponibile nella statistica medica è definito problematico da vari interpellati. A seconda che i dati siano rilevati ai fini dell'epidemiologia o della fatturazione, si ottengono risultati differenti. Da più parti si teme che i requisiti rilevanti ai fini delle indennità a cui deve rispondere la statistica medica potrebbero compromettere il valore epidemiologico dei dati. All'UST sono pertanto chieste contromisure decise per garantire le analisi epidemiologiche future. Soprattutto vari ospedali universitari lamentano che nell'ambito dell'adeguamento attuale non si debba verificare e adeguare simultaneamente anche gli aspetti epidemiologici della statistica medica. Si fa notare tra l'altro che si rinuncia alle diagnosi non trattate e che la statistica medica registra solo le diagnosi ospedaliere, che da sole non permettono conclusioni sulla diffusione delle malattie in Svizzera.

Commento dell'UST sul capitolo 3.6: l'UST ringrazia tutti i partecipanti per le reazioni costruttive. Non è sempre facile rispondere alle esigenze, ai suggerimenti e alle critiche espressi dagli interessati in una statistica nazionale. L'UST però si sforza continuamente di tener conto di questi auspici, nei limiti del possibile, per migliorare costantemente la qualità e la rappresentatività della statistica.

4 Modifiche definitive

Al termine delle estese consultazioni, l'UST ha nuovamente sottoposto il suo progetto a un'ultima revisione completa e ha preso una decisione definitiva sulle modifiche da apportare, tenendo conto, nei limiti del possibile, degli interrogativi e delle osservazioni espressi nei colloqui d'informazione e nei pareri.

Il calendario riveduto prevede che le modifiche siano introdotte obbligatoriamente in tutti gli ospedali della rete per l'inizio del 2009. Anche tutti gli altri stabilimenti ospedalieri sono tenuti a introdurre le modifiche nei limiti del possibile per la stessa data, in ogni caso entro l'inizio del 2010.

Gli adeguamenti necessari riguardano solo i casi acuti. Le cliniche che si occupano unicamente di casi psichiatrici o di riabilitazione possono continuare a registrare e inviare i loro dati nel vecchio formato.

Qui di seguito sono presentate sommariamente le modifiche. Il rapporto dettagliato dell'UST con i singoli adeguamenti, illustrati in dettaglio, nonché il corrispondente piano dell'interfaccia sono consultabili sul sito Internet dell'UST sotto forma di documenti separati.*

4.1 Adeguamenti da introdurre

Dovranno essere modificate definitivamente o introdotte le seguenti variabili:

- separazione dei casi durante la degenza
- raggruppamento di casi in caso di degenze ripetute (campi solo provvisori, in attesa della definizione di SwissDRG)
- registrazione di fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti
- ampliamento a sei cifre dei campi della diagnosi per adottare la classificazione delle diagnosi ICD-10-GM (compresa una posizione di riserva, dato che la ICD-10-GM ha solo cinque cifre)
- ampliamento a sei cifre dei campi del trattamento per adottare la classificazione dei trattamenti CHOP completata
- lato del corpo della diagnosi o del trattamento
- attività tumorale
- trattamenti di medicina intensiva e ore di respirazione artificiale
- peso all'entrata in ospedale dei lattanti
- ubicazione in caso di trattamenti ambulatoriali
- ubicazione dello stabilimento

* http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/mkh/02.html

- data del trattamento
- circonferenza cranica dei neonati
- numero di caso della statistica dei costi economici per caso diagnosticato
- campi di riserva

4.2 Richieste di adeguamento non considerate o rimandate

I seguenti adeguamenti, posti anch'essi in discussione durante la consultazione, non sono stati considerati o sono stati rimandati a un'eventuale revisione futura:

- rilevazione di altri centri di costo
- motivi dei ricoveri fuori Cantone
- registrazione dei farmaci e degli impianti
- luogo di soggiorno prima della riammissione (in caso di raggruppamento di casi)

4.3 Interrogativi e compiti in sospeso

Dati i tempi stretti e le altre trattative con SwissDRG in corso parallelamente agli accertamenti non è stato possibile definire in modo inequivocabile e definitivo tutte le modifiche da apportare. I seguenti interrogativi e compiti in sospeso dovranno quindi ancora essere chiariti prossimamente:

- **Separazione di casi durante una degenza:** la delimitazione tra casi acuti e non acuti per i pazienti in attesa nonché i pazienti che, dopo un trattamento acuto, sono destinati a una riabilitazione o lungodegenza nello stesso stabilimento, richiede ancora una definizione esatta. L'UST propone che nel futuro prossimo SwissDRG in collaborazione con l'UST e partner del settore stili un elenco di criteri per definire i limiti.
- **Raggruppamento di casi in caso di più degenze nello stesso stabilimento:** la registrazione di informazioni supplementari per identificare i raggruppamenti di casi è stata elaborata da una gruppo di lavoro di SwissDRG. Per ora, però, gli adeguamenti non sono ancora stati approvati. Saranno introdotte modifiche della statistica medica solo una volta disponibile la decisione definitiva di SwissDRG.
- **Ubicazione in caso di trattamenti ambulatoriali:** per localizzare i trattamenti ambulatoriali esterni sono previste le possibilità di risposta propria/altra area, stesso/altro stabilimento. Questi concetti devono ancora essere precisati. L'UST ha avviato i lavori necessari a tal fine, i risultati definitivi sono attesi entro la primavera del 2009.
- **Ubicazione dello stabilimento:** l'ubicazione dello stabilimento ospedaliero curante è registrata con il numero postale di avviamento. Questa soluzione non può però essere soddisfacente in tutti i casi. L'UST sta

quindi svolgendo degli accertamenti, anche questi risultati sono attesi entro la primavera del 2009.

- **Farmaci e impianti:** la proposta di registrare i farmaci e gli impianti con una variabile separata non è stata accolta. Al suo posto è previsto un adeguamento della classificazione dei trattamenti CHOP.

5 Allegati

5.1 Istituzioni intervistate (interlocutori)

CHUV - Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Véronique Koehn)

CHYC - Centre Hospitalier Yverdon-Chamblon (Dr. Bertrand Vuilleumier)

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (Dr. Thomas Spuhler)

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Dr. Constanze Hergeth)

Hôpital de la Tour, Meyrin (Hervé Imesch)

H+ Gli Ospedali Svizzeri, Berna (Dr. Bernhard Wegmüller)

HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève (Dr. François Borst)

ISB - Inselspital Bern (Dr. Frank Laukhuf)

KSA - Kantonsspital Aarau (Dr. Thomas Holler)

KSL - Kantonsspital Luzern (Dr. Karl-Friederich Hanselmann)

KSSH - Kantonsspital Schaffhausen (Jürg Rahm)

KSW - Kantonsspital Winterthur (Dr. Martina Gantar)

OKS - Ostschweizer Kinderspital St. Gallen (Marco Fischer)

Ospedale Regionale di Lugano (Pierluigi Lurà)

Salem Spital Bern (Andreas Kohli)

DGSE-VS - Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie des Kantons Wallis (Yves Martignoni)

UHBS - Universitätsspital Basel (Markus Scherer)

USZ - Universitätsspital Zürich (Dr. Alfred Bollinger)

5.2 Pareri scritti indirizzati all'UST

APDRG Suisse

COPIL - Comité de pilotage de la révision du codage dans les hôpitaux des cantons de Genève, Neuchâtel, Valais et Vaud.

CDS - Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.

GD-ZH - Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Finanzen und Tarife, Tarife und Statistik.

GEF-BE - Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Generalsekretariat, Abteilung für wissenschaftliche Auswertung.

H+ Gli Ospedali Svizzeri

INSELSPITAL Universitätsspital Bern, Fachstelle statistica medica ProCod

LUSTAT STATISTIK LUZERN

Repubblica e Cantone Ticino, Dipartimento delle finanze e dell'economia, Divisione delle risorse, Ufficio Statistica, Unità delle statistiche sanitarie.

Statistisches Amt des Kantons Basel-Landschaft

5.3 Elenco degli adeguamenti previsti (traccia per le interviste)

Adeguamenti richiesti (obbligatori)

- 1 Definizione di caso: in caso di trasferimenti interni e pazienti in attesa (riabilitazione, geriatria), il caso (che di norma dura dall'ammissione all'uscita) è suddiviso in un caso acuto e un caso di cura, anche se il paziente resta nello stesso letto.
- 2 Campi supplementari: possibilità di codificare fino a 50 diagnosi e 100 trattamenti
- 3 Ampliamento della classificazione delle diagnosi ICD-10 da 4 a 6 cifre
- 4 Ampliamento della classificazione dei trattamenti CHOP da 4 a 6 cifre
- 5 Dati complementari su ogni diagnosi e trattamento (ad esempio sinistra, destra, gravità, ...)
- 6 Ore di respirazione artificiale
- 7 Trattamenti complessi di medicina intensiva
- 8 Campo supplementare: peso all'entrata dei lattanti (<28 giorni)

Adeguamenti possibili (facoltativi)

- 9 Caratterizzazione del trattamento (interno o esterno)
- 10 Introduzione di una variabile (per ogni caso di trattamento): sede(NPA) (alternativa: sigla dello stabilimento)?
- 11 Indicazione della data di ogni trattamento
- 12 Più centri di costo per caso (descrizione esatta della degenza del paziente)
- 13 Ammissione extracantonale: possibilità di distinguere tra "indicazione medica" e "libera scelta dell'ospedale"
- 14 Registrazione degli impianti
- 15 Registrazione dei farmaci
- 16 Circonferenza cranica dei neonati

Domande su ciascun adeguamento previsto:

- a. L'informazione è disponibile?
- b. L'informazione è accessibile facilmente?
- c. Le modifiche sono realizzabili per l'informatica tra la metà del 2006 e la fine del 2008?
- d. Sono prevedibili altri problemi?

Domanda supplementare

- e. Nella versione attuale della statistica medica vi sono dei problemi da esaminare ed eventualmente eliminare nell'ambito della revisione?