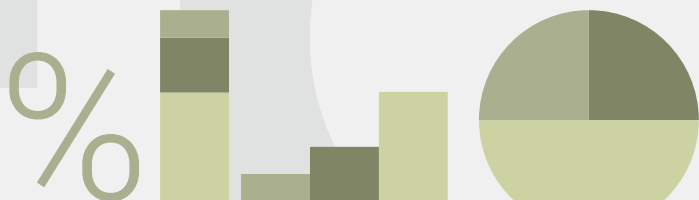


Attualità UST



14 Salute

Neuchâtel, giugno 2020

Statistiche ospedaliere

Psichiatria stazionaria dal punto di vista della TARPSY, 2018

Il 2018 è l'anno dell'introduzione della nuova struttura tariffaria per il finanziamento dei ricoveri stazionari in psichiatria (TARPSY). In questa occasione i dati relativi al settore ospedaliero raccolti dall'Ufficio federale di statistica (UST) sono stati elaborati allo scopo di presentare alcune peculiarità di questo nuovo sistema di fatturazione. È emerso che una giornata di cure ospedaliere in psichiatria su tre è associata alla tariffa relativa ai disturbi depressivi. L'81% dei costi della psichiatria stazionaria a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è stato generato all'interno di cliniche psichiatriche. L'introduzione della TARPSY è coincisa con un aumento del numero di informazioni registrate (codici diagnostici e di procedura) per caso e con un incremento della tariffa giornaliera media fatturabile rispetto ai due anni precedenti.

La nuova struttura tariffaria destinata alla psichiatria ospedaliera (TARPSY) è entrata in vigore il 1° gennaio 2018. Si tratta di un sistema tariffario identico in tutta la Svizzera e applicabile alla fatturazione delle prestazioni stazionarie di psichiatria. La sua introduzione fa seguito all'esigenza, iscritta nella legge sull'assicurazione malattie (LAMal), che le cure stazionarie siano finanziate da importi forfettari in base alla prestazione fornita. Prima di tale introduzione, i ricoveri in psichiatria in ambito ospedaliero venivano fatturati attraverso importi forfettari giornalieri. Per quanto riguarda invece le prestazioni mediche psichiatriche ambulatoriali fornite in ospedale, che non sono oggetto della presente pubblicazione, nel 2018 hanno continuato ad essere fatturate secondo il tariffario medico (TARMED) unitario a livello federale.

La presente pubblicazione illustra una serie di risultati relativi all'attività delle istituzioni che forniscono prestazioni di cure psichiatriche sia prima che dopo l'introduzione del nuovo sistema tariffario. L'accento è posto in particolare sugli elementi specifici alla struttura tariffaria TARPSY. Poiché questa struttura è destinata ai casi per i quali i costi sono assunti dall'assicurazione

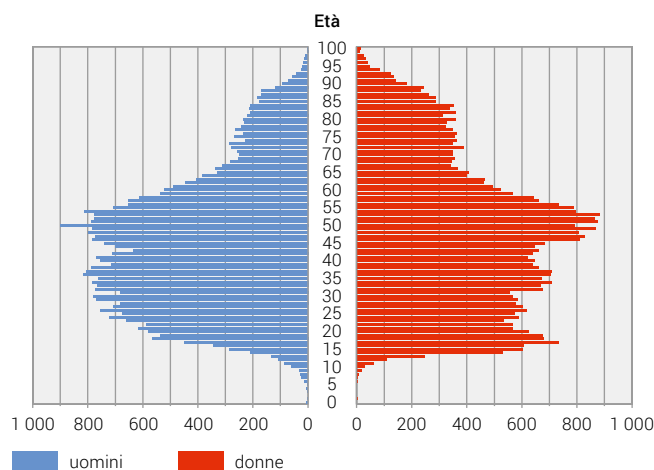
obbligatoria delle cure medico-sanitarie, per l'analisi si è tenuto conto solamente dei dati relativi alle prestazioni fornite nell'ambito della LAMal.

1 Pazienti che hanno usufruito di cure psichiatriche stazionarie nel 2018

Nel 2018 il 51,6% dei pazienti ricoverati in psichiatria erano donne (G1). I pazienti di sesso maschile sono solitamente più giovani, con una media di 44,9 anni contro i 47,3 anni delle pazienti. La moda, ovvero il caso più frequente, a seconda del genere è una donna di 53 anni o un uomo di 50 anni.

Numero di degenze in psichiatria, per genere ed età, 2018

G1



Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

La struttura tariffaria TARPSY

La struttura tariffaria TARPSY (versione 1.0, 2018) è costituita da dieci categorie principali, i **gruppi di costi psichiatrici di base**, determinati dalla diagnosi principale. Tali categorie sono a loro volta suddivise in una o più sottocategorie, chiamate **gruppi di costi psichiatrici** (PCG, per Psychiatric Cost Groups). Ognuno di questi PCG corrisponde a un gruppo omogeneo di casi. All'interno di una categoria principale, i PCG si distinguono sulla base di criteri come le diagnosi secondarie, la gravità dei sintomi al momento del ricovero (misurato dal punteggio HoNOS/HoNOSCA) e l'età del paziente.

Ad ogni PCG corrisponde un codice di cinque caratteri, i primi quattro dei quali identificano il gruppo di costi psichiatrici di base. L'ultimo carattere (che può essere *A, B, C* o *Z*) permette, se necessario, di discriminare i casi in funzione del consumo di risorse in ordine decrescente (dove *A* corrisponde ai casi che richiedono più risorse e *Z* è riservato ai casi senza differenzamento del PCG di base). Ad esempio, i casi di disturbi della personalità e del comportamento corrispondono al gruppo

di costi psichiatrici di base *TP29*, che a sua volta si divide in *TP29A* e *TP29B* in base al fatto che il paziente sia minorenne o no, indicando un maggior bisogno di cure nel primo caso.

A ogni PCG è associata una sequenza di valori, i **cost-weight giornalieri**, che indicano la necessità di risorse specifiche a seconda della durata della degenza. Il prodotto del cost-weight giornaliero con la durata della degenza dà il **cost-weight effettivo**. Per la maggior parte dei PCG, i cost-weight giornalieri mostrano una tendenza alla diminuzione col passare del tempo, poiché più lunga è la durata della degenza, minori sono le risorse quotidiane necessarie. I cost-weight costituiscono il cuore della struttura tariffaria e permettono di arrivare a una remunerazione legata alla prestazione. In effetti, un cost-weight più elevato corrisponde a un caso che in media richiede maggiori risorse.

Infine, il prodotto del cost-weight effettivo associato a un caso con la tariffa di base (**base-rate**), negoziata dall'ospedale con le assicurazioni malattie, corrisponde all'importo fatturato per una degenza (esclusi eventuali costi supplementari).

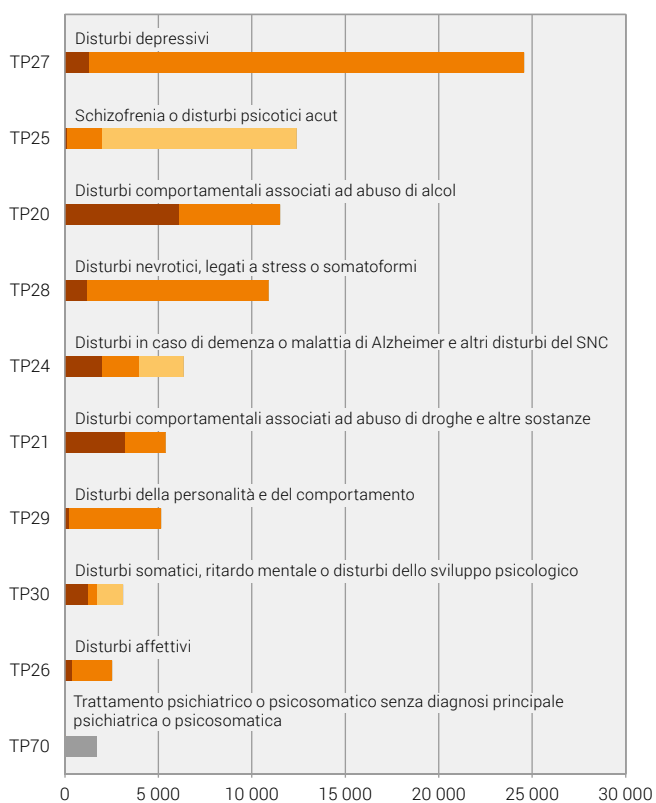
I gruppi di costi psichiatrici (TARPSY 1.0)

PCG (di base)	Denominazione
TP20 Disturbi comportamentali associati ad abuso di alcol	
TP20A	con diagnosi secondaria complicante o età < 18 anni
TP20B	senza diagnosi secondaria complicante, età > 17 anni
TP21 Disturbi comportamentali associati ad abuso di droghe e altre sostanze	
TP21A	con diagnosi secondaria complicante o età > 75 anni
TP21B	senza diagnosi secondaria complicante, età < 76 anni
TP24 Disturbi in caso di demenza o malattia di Alzheimer e altri disturbi del SNC	
TP24A	con diagnosi secondaria complicante, con delirio o età < 18 anni
TP24B	con diagnosi secondaria complicante, senza delirio, > 17 anni
TP24C	senza diagnosi secondaria complicante
TP25 Schizofrenia o disturbi psicotici acuti	
TP25A	età < 18 anni
TP25B	età > 17 anni con diagnosi secondaria somatica complicante
TP25C	età > 17 anni senza diagnosi secondaria somatica complicante
TP26 Disturbi affettivi	
TP26A	con diagnosi secondaria somatica complicante o età < 18 anni
TP26B	senza diagnosi secondaria somatica complicante, età > 17 anni
TP27 Disturbi depressivi	
TP27A	età < 18 anni
TP27B	età > 17 anni
TP28 Disturbi nevrotici, legati a stress o somatoformi	
TP28A	età < 18 anni
TP28B	età > 17 anni
TP29 Disturbi della personalità e del comportamento	
TP29A	età < 18 anni
TP29B	età > 17 anni
TP30 Disturbi somatici, ritardo mentale o disturbi dello sviluppo psicologico	
TP30A	età < 18 anni
TP30B	età > 17 anni con ritardo mentale o disturbo del comportamento
TP30C	età > 17 anni senza ritardo mentale o disturbo del comportamento
TP70 Trattamento psichiatrico o psicosomatico senza diagnosi principale psichiatrica o psicosomatica	
TP70Z	idem

Tra le categorie principali delle patologie di cui soffrono le persone ricoverate, quella dei disturbi depressivi (TP27) è la più frequente, con il 29,4% dei casi. Al secondo e al terzo posto si trovano poi i casi di schizofrenia o disturbi psicotici acuti (TP25), con il 14,8% dei casi, e il gruppo dei disturbi comportamentali associati ad abuso di alcol (TP20), con il 13,8% dei casi (G2).

Numero di degenze, per PCG, 2018

G2



Classificazione all'interno del PCG di base

A B C Z

Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

La tabella T1 presenta in dettaglio il numero delle degenze nonché la loro durata totale e media per tutti i gruppi di costi psichiatrici (PCG) della struttura tariffaria. I pazienti adulti con disturbi depressivi (TP27B) rappresentano più di un quarto di tutte le degenze (27,8%), mentre quelli minorenni con lo stesso tipo di disturbi (TP27A) rappresentano solo l'1,6% delle degenze totali. I casi di schizofrenia o di disturbi psicotici acuti per pazienti adulti senza diagnosi secondaria somatica complicante (TP25C) sono in seconda posizione in termini di frequenza di ricovero, con il 12,5% dei casi. In terza posizione, sempre per i pazienti adulti, troviamo infine il PCG che comprende i disturbi nevrotici, legati a stress o somatoformi (TP28B: 11,6%).

Per quanto riguarda il numero di giorni di cura, nel 2018 i due PCG del gruppo di base dei disturbi depressivi (TP27A et TP27B) coprono insieme il 33,0% delle giornate di cure ospedaliere totali. La durata di degenza media più lunga riguarda i pazienti afflitti

da disturbi somatici, ritardo mentale o disturbi dello sviluppo psicologico di età inferiore ai 18 anni (TP30A), con una media di 47,1 giorni. In termini di durata seguono poi i casi di schizofrenia o disturbi psicotici acuti sempre per pazienti di meno di 18 anni (TP25A), con una media di 43,4 giorni. Le degenze più corte, invece, sono di una durata media di 21,0 giorni e riguardano i casi di disturbi comportamentali associati ad abuso di alcol senza diagnosi secondaria complicante tra i pazienti adulti (TP20B). Sempre in termini di brevità della degenza, al secondo posto si registrano i disturbi nevrotici, legati a stress o somatoformi per i pazienti adulti (TP28B) con una media di 21,1 giorni. Occorre notare che i PCG che implicano un consumo minimo di risorse (PCG di tipo B o C) sono generalmente associati anche a una durata di degenza media inferiore (fatta eccezione per i gruppi TP24 e TP30).

2 Fornitori di cure psichiatriche nel 2018

2.1 Dal raggruppamento per tipologia...

Diversi tipi di ospedali prestano cure psichiatriche stazionarie. Nel 2018, dei 77 ospedali che forniscono tali cure, 50 sono cliniche psichiatriche, 12 sono istituzioni con presa in carico centralizzata, 8 istituzioni che prestano cure di base e 7 cliniche di riabilitazione o altre cliniche specializzate (tabella T2). Per quanto riguarda le degenze, la maggior parte è avvenuta in cliniche psichiatriche (72,6%), mentre un quarto in istituzioni di cure generali (presa in carico centralizzata o cure di base). Stessa cosa per le giornate di cure: l'ampia maggioranza delle giornate di cure psichiatriche sono avvenute in cliniche psichiatriche (circa l'81,0%), mentre quelle avvenute in istituzioni di cure generali sono state il 16,3%. Dal punto di vista della durata delle cure, quella media più corta è stata registrata negli ospedali di cure generali, con 19,8 giorni. Per le cliniche psichiatriche la durata media è invece di 33,8 giorni.

Costi

Le informazioni relative ai costi per gli ospedali generati da cure psichiatriche stazionarie e fornite nel quadro della LAMal sono disponibili per 74 delle 77 istituzioni attive nel settore.¹ Nel 2018 le degenze in psichiatria coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie hanno generato costi agli ospedali per un totale di circa 1,793 miliardi di franchi. Di questi, l'81% è stato assunto dalle cliniche psichiatriche e il 17% dagli ospedali di cure generali. Per quanto riguarda i costi per degenza, un trattamento stazionario in clinica psichiatrica è notevolmente più oneroso di uno ricevuto in altri tipi di ospedali. La media per caso è di 24 032 franchi nelle cliniche psichiatriche contro 14 625 franchi per le degenze in psichiatria negli ospedali di cure generali. La differenza di durata media della degenza, doppiamente più lunga nelle cliniche psichiatriche, spiega in parte tali costi. Considerando invece i costi per giornata di cure, questi

¹ I 74 ospedali che hanno trasmesso informazioni sui costi della psichiatria si sono occupati del 99,1% delle degenze e del 99,7% delle giornate di cure.

Degenze per PCG

T1

PCG	Denominazione	Degenze		Durata della degenza		
		Totale	%	Totale	%	Media
TP20A	Disturbi comportamentali associati ad abuso di alcol con diagnosi secondaria complicante o età < 18 anni	6 150	7,35	160 753	6,34	26,14
TP20B	Disturbi comportamentali associati ad abuso di alcol, senza diagnosi secondaria complicante, età > 17 anni	5 359	6,41	112 745	4,45	21,04
TP21A	Disturbi comportamentali associati ad abuso di droghe e altre sostanze con diagnosi secondaria complicante o età > 75 anni	3 246	3,88	90 234	3,56	27,80
TP21B	Disturbi comportamentali associati ad abuso di droghe e altre sostanze senza diagnosi secondaria complicante, età < 76 anni	2 135	2,55	56 886	2,24	26,64
TP24A	Disturbi in caso di demenza o malattia di Alzheimer e altri disturbi del SNC con diagnosi secondaria complicante, con delirio o età < 18 anni	1 991	2,38	66 283	2,61	33,29
TP24B	Disturbi in caso di demenza o malattia di Alzheimer e altri disturbi del SNC con diagnosi secondaria complicante, senza delirio, > 17 anni	1 974	2,36	79 829	3,15	40,44
TP24C	Disturbi in caso di demenza o malattia di Alzheimer e altri disturbi del SNC senza diagnosi secondaria complicante	2 387	2,85	50 954	2,01	21,35
TP25A	Schizofrenia o disturbi psicotici acuti, età < 18 anni	156	0,19	6 762	0,27	43,35
TP25B	Schizofrenia o disturbi psicotici acuti, età > 17 anni con diagnosi secondaria somatica complicante	1 839	2,20	77 302	3,05	42,03
TP25C	Schizofrenia o disturbi psicotici acuti, età > 17 anni senza diagnosi secondaria somatica complicante	10 412	12,45	350 717	13,83	33,68
TP26A	Disturbi affettivi con diagnosi secondaria somatica complicante o età < 18 anni	407	0,49	17 040	0,67	41,87
TP26B	Disturbi affettivi senza diagnosi secondaria somatica complicante, età > 17 anni	2 122	2,54	65 652	2,59	30,94
TP27A	Disturbi depressivi, età < 18 anni	1 299	1,55	45 431	1,79	34,97
TP27B	Disturbi depressivi, età > 17 anni	23 266	27,81	792 097	31,23	34,05
TP28A	Disturbi nevrotici, legati a stress o somatoformi, età < 18 anni	1 201	1,44	32 302	1,27	26,90
TP28B	Disturbi nevrotici, legati a stress o somatoformi, età > 17 anni	9 689	11,58	204 425	8,06	21,10
TP29A	Disturbi della personalità e del comportamento, età < 18 anni	241	0,29	8 311	0,33	34,49
TP29B	Disturbi della personalità e del comportamento, età > 17 anni	4 901	5,86	140 330	5,53	28,63
TP30A	Disturbi somatici, ritardo mentale o disturbi dello sviluppo psicologico, età < 18 anni	1 235	1,48	58 141	2,29	47,08
TP30B	Disturbi somatici, ritardo mentale o disturbi dello sviluppo psicologico, età > 17 anni con ritardo mentale o disturbo del comportamento	519	0,62	16 840	0,66	32,45
TP30C	Disturbi somatici, ritardo mentale o disturbi dello sviluppo psicologico, età > 17 anni senza ritardo mentale o disturbo del comportamento	1 358	1,62	50 272	1,98	37,02
TP70Z	Trattamento psichiatrico o psicosomatico senza diagnosi principale psichiatrica o psicosomatica	1 696	2,03	48 850	1,93	28,80
TP96Z	PCG d'errore	72	0,09	3 839	0,15	53,32
Totale		83 655	100,00	2 535 995	100,00	30,31

Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

Degenze per tipologia di ospedale

T2

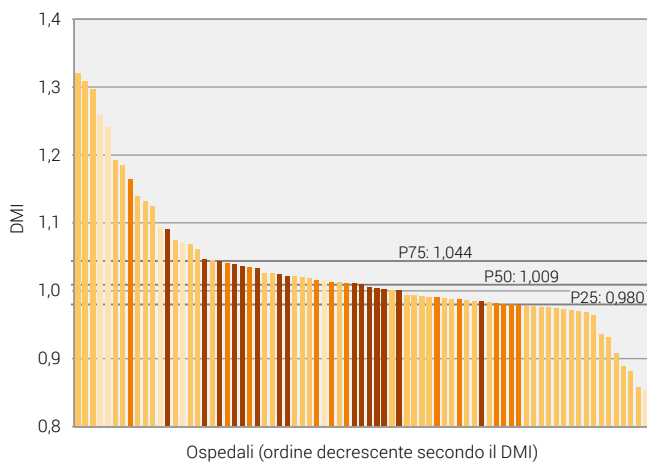
Tipologia	Ospedali	Degenze		Durata della degenza			Costi (franchi)		
		Totale	%	Totale	%	Media	Totale (milioni)	Per degenza	Per giorno
Presa in carico centralizzata	12	17 151	20,50	335 097	13,21	19,54	245 093 738	14 637	734
Cure di base	8	3 772	4,51	78 147	3,08	20,72	54 472 405	14 573	700
Cliniche psichiatriche	50	60 751	72,62	2 054 956	81,03	33,83	1 459 984 554	24 032	710
Cliniche di riabilitazione	3	1 401	1,67	50 385	1,99	35,96	27 062 521	19 317	537
Altre cliniche specializzate	4	580	0,69	17 410	0,69	30,02	6 540 678	21 949	615
Totale	77	83 655	100,00	2 535 995	100,00	30,31	1 793 153 896	21 622	709

Fonti: UST – Statistica ospedaliera (KS) e statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

Ripartizione del DMI, secondo la dimensione dell'ospedale, 2018

G3a



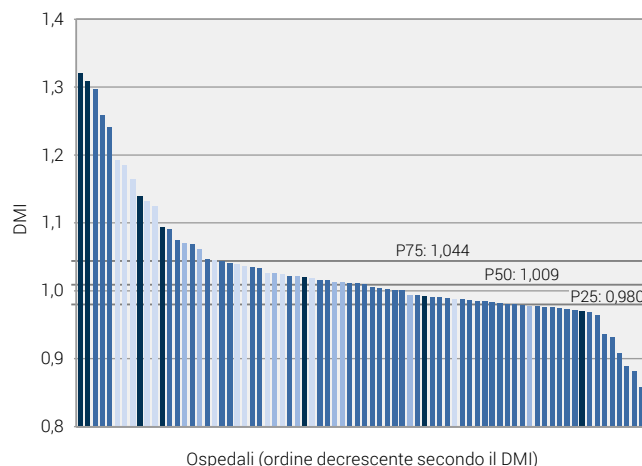
Numero di casi per ospedale



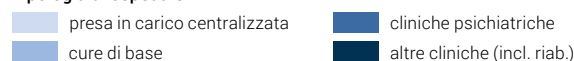
Fonti: UST – Statistica ospedaliera (KS) e statistica medica ospedaliera (MS) © UST 2020

Ripartizione del DMI, secondo la tipologia dell'ospedale, 2018

G3b



Tipologia di ospedale



Fonti: UST – Statistica ospedaliera (KS) e statistica medica ospedaliera (MS) © UST 2020

Metodo e dati

Fonte dei dati

I dati sono ricavati dalla statistica ospedaliera (KS) e dalla statistica medica ospedaliera (MS).

Selezione degli ospedali per la KS

Sono inclusi nella statistica tutti gli ospedali che dichiarano di svolgere attività nell'ambito delle cure psichiatriche e che hanno trasmesso dati relativi a degenze in psichiatria come definite in seguito.

Selezione delle degenze per la MS

Sono inclusi tutti i ricoveri stazionari in ospedale come definiti qui sopra, secondo la data di dimissione, in caso sia soddisfatta una delle seguenti condizioni:

- il paziente è ricoverato in una clinica psichiatrica (tipologia K 21);
- la degenza è associata a un centro di prestazione di cure psichiatriche (M500);
- la diagnosi principale per il paziente ricoverato corrisponde a un caso di disturbi psichici e comportamentali (codice F della classificazione ICD-10 GM 2016).

Sono considerati solo i casi associati a un'assunzione dei costi delle cure di base da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria, e nel 2018 su un totale di 85 799 degenze 2141 casi sono quindi esclusi.

Inoltre, le degenze con durata negativa non sono prese in considerazione (2018: tre casi per i quali la durata indicata è superiore a quella calcolata osservando la data di ammissione e quella di dimissione), e la soglia di durata massima è fissata a 720 giorni (anno di rilevazione 2018: in 28 casi la durata della degenza è stata ridotta a 720 giorni).

Tipologia

La tipologia degli ospedali è tratta dalla statistica ospedaliera (KS). Si utilizzano le seguenti 5 categorie principali: presa in carico centralizzata (K 11), cure di base (K 12), cliniche psichiatriche (K 21), cliniche di riabilitazione (K 22) e altre cliniche specializzate (K 23).

Costi

I costi totali corrispondono alla somma dei costi, diretti e indiretti, di tutti i casi amministrativi per i ricoveri stazionari in psichiatria a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. In particolare, sono esclusi tutti i costi delle prestazioni non legate ai casi, per esempio quelli relativi alla ricerca e alla formazione. I dati provengono dalla statistica ospedaliera (KS).

Dati tariffari TARPSY

I dati tariffari (assegnazione dei casi a un PCG, determinazione dei cost-weight) sono ottenuti attraverso il *grouper* TARPSY di SwissDRG SA. È stata utilizzata la versione di tariffazione 2018 del *grouper*, TARPSY 1.0.

Tariffe giornaliere (2016 e 2017) e base-rate TARPSY (2018)

Le tariffe applicabili in ogni ospedale sono ricavate dalle informazioni pubblicate sui siti web delle amministrazioni cantonali, se disponibili, o direttamente dai servizi cantonali della sanità pubblica. Sono prese in considerazione le tariffe per pazienti adulti in cure psichiatriche acute. Nei casi in cui sono in vigore tariffe diverse a seconda delle differenti assicurazioni malattie, per ogni ospedale si tiene conto della tariffa più bassa (se si prendesse in considerazione la tariffa più elevata, i risultati si differenzierebbero comunque poco da quelli presentati). Quando la tariffa definitiva non è disponibile, è applicata quella provvisoria.

variano dai 537 franchi al giorno per le degenze in cliniche di riabilitazione ai 734 franchi per quelle in ospedali con presa in carico centralizzata. Per le cliniche psichiatriche il costo medio al giorno è di 710 franchi.

2.2 ...alle informazioni dettagliate per ospedale

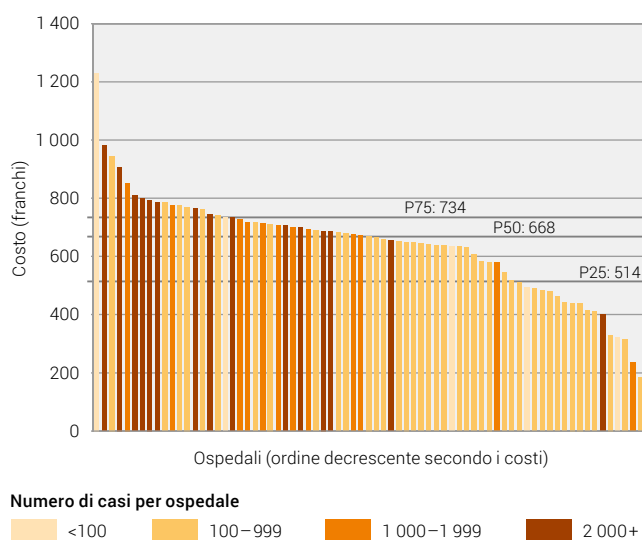
Il raffronto dei costi generati dalle degenze in psichiatria come quella di cui sopra non tiene conto dell'impatto della gravità dei casi presi in carico nei diversi ospedali. La ripartizione del Day-Mix Index (DMI)² per ospedale rileva grandi differenze tra un'istituzione e l'altra, con un valore minimo di 0,8532 e un massimo di 1,3204, per una mediana di 1,0093. Prendendo in considerazione la ripartizione del DMI dal punto di vista delle dimensioni degli ospedali, non è possibile elaborarne uno schema chiaro (G3a). Tutt'al più si può osservare che gli ospedali che prestano cure a un più basso numero di pazienti (meno di 100) risultano essere solitamente associati a un DMI più elevato (1,0820 contro 1,0037 per gli ospedali con in cura più di 100 pazienti). La dimensione della tipologia di istituzione, invece, sembra mostrare un pattern più evidente relativo al DMI (G3b). Sembra in effetti che gli ospedali di cure generali e il gruppo delle altre cliniche (comprese quelle di riabilitazione) siano associati a un DMI più alto, con mediane rispettivamente di 1,0310 et 1,0937, in confronto alle cliniche psichiatriche (mediana di 0,9900). Nel caso degli ospedali di cure generali questo valore può in parte essere ricondotto alla durata media della degenza minima associata a questa tipologia di istituzione, poiché il DMI diminuisce con la durata di degenza media.

Per misurare i costi di un ospedale tenendo conto della gravità media dei casi che vi sono trattati occorre considerare il rapporto tra i costi totali associati ai ricoveri stazionari in psichiatria e la somma dei cost-weight effettivi, in quanto questo ultimo valore (il case-mix) indica la gravità complessiva dei casi trattati nell'ospedale in questione. L'importo ottenuto corrisponde quindi al costo giornaliero per un caso di gravità unitaria in un determinato ospedale. I costi così calcolati in funzione della gravità dei casi mostrano nette differenze tra i diversi ospedali (G4a). L'ospedale con valore mediano presenta un costo giornaliero in funzione della gravità di 668 franchi per giornata di cure. In termini di numero di ricoveri, la dimensione dell'ospedale sembra essere determinante per spiegare le differenze osservate tra gli ospedali. In effetti, quelli di dimensioni maggiori presentano più spesso costi giornalieri in funzione della gravità più elevati rispetto a quelli più piccoli. Il costo mediano degli ospedali che contavano più di 2000 ricoveri nel 2018 si attesta infatti a 745 franchi, contro i 645 franchi calcolati per gli ospedali con meno di 2000 casi.

Per capire la ripartizione dei costi calcolati tenendo conto dei cost-weight, la tipologia sembra invece essere meno determinante (G4b). La mediana di tali costi per gli ospedali con presa in carico centralizzata (639 fr.) è leggermente inferiore a quella degli ospedali che forniscono cure di base (666 fr.). I costi mediani

Ripartizione dei costi giornalieri calcolati tenendo conto dei cost-weight, secondo la dimensione dell'ospedale, 2018

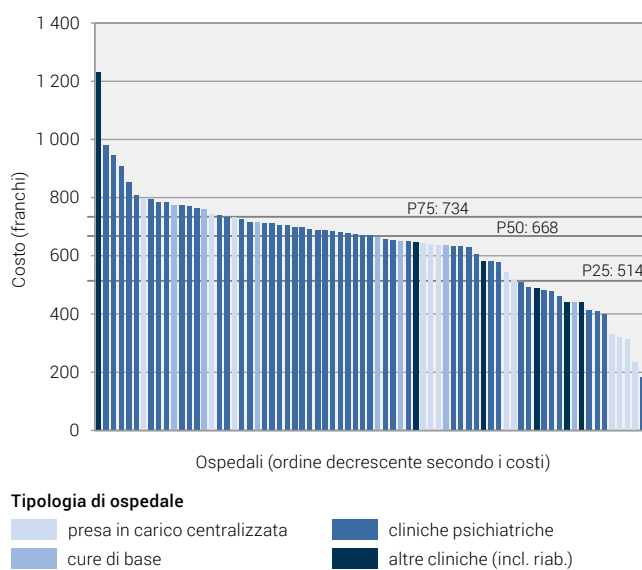
G4a



Fonti: UST – Statistica ospedaliera (KS) e statistica medica ospedaliera (MS) © UST 2020

Ripartizione dei costi giornalieri calcolati tenendo conto dei cost-weight, secondo la tipologia dell'ospedale, 2018

G4b



Fonti: UST – Statistica ospedaliera (KS) e statistica medica ospedaliera (MS) © UST 2020

più elevati sono quelli registrati presso le cliniche psichiatriche (684 fr.). Le altre tipologie di clinica, poco numerose nell'analisi, si distinguono nettamente con un costo mediano di 537 franchi.

² Il **Day-Mix Index (DMI)** è un indice di misura sintetico che descrive il livello medio di gravità dei casi trattati in un determinato ospedale. Corrisponde al rapporto tra la somma dei cost-weight effettivi dei casi dell'ospedale e la durata totale delle degenze in questione.

3 Confronto del regime TARPSY con le tariffe forfettarie giornaliere

3.1 Evoluzione della pratica di codifica

L'entrata in vigore della TARPSY costituisce un cambiamento di paradigma all'interno della pratica di registrazione delle informazioni sui casi stazionari. Sotto il regime TARPSY, la qualità e la quantità delle informazioni rilevate dal personale medico e di cura durante le degenze diventa determinante per stabilire il costo di tali degenze. Questo dato di fatto si può constatare osservando l'aumento del numero di codici diagnostici rilevati per ogni caso, che è passato da 2,88 nel 2016 a 4,14 nel 2018 (G5). Lo stesso vale per i codici di procedura, il cui numero è passato da una media di 0,94 nel 2016 a 18,92 nel 2018.³

Questo aumento di dati raccolti si iscrive nella ripartizione dei casi nei gruppi di costi psichiatrici di base (G6). In questo grafico il sistema TARPSY (versione di tariffazione 2018) è applicato anche alle degenze del 2017. Nel 2018 nella maggior parte dei gruppi di costi psichiatrici di base le complicazioni sono aumentate (proporzione maggiore di PCG di tipo A). Occorre inoltre notare che per i gruppi TP27, TP28 e TP29, solo l'età è un criterio determinante per le complicazioni (tipo A o B).

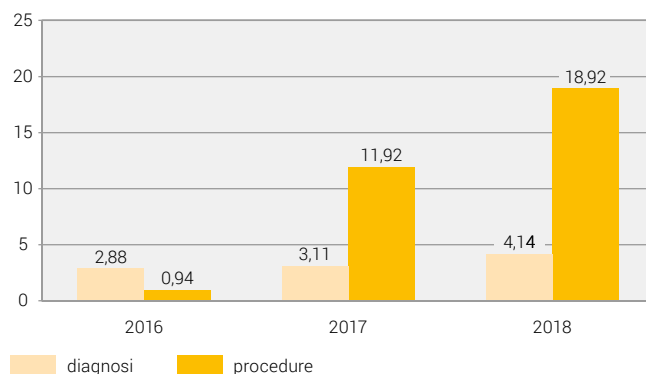
3.2 Evoluzione dei costi per giornata di cure

Allo scopo di fare una stima dell'impatto della TARPSY sulle finanze degli ospedali, si è deciso di calcolare l'evoluzione delle entrate per giornata di cure per il periodo 2016–2018. Per questa analisi sono state prese in considerazione solo le degenze di pazienti adulti (età dai 18 anni in su), poiché la TARPSY è entrata in vigore il 1° gennaio 2018 per i casi stazionari di psichiatria per adulti. Per quanto riguarda i casi di bambini e adolescenti, nel 2018 l'implementazione della TARPSY era ancora facoltativa. Sono esclusi gli ospedali che non figurano in una lista ospedaliera cantonale per le prestazioni stazionarie psichiatriche, in quanto non sono soggetti alla TARPSY.

In mancanza di dati effettivi disponibili sugli importi fatturati per i singoli casi, la somma degli importi teoricamente fatturabili è calcolata sulla base della tariffa per ospedale e del numero totale di giornate di cure (2016 e 2017) o del cost-weight totale secondo la TARPSY per il 2018. Il rapporto tra la somma degli importi teoricamente fatturati e il numero totale di giornate di cure fornisce una stima della tariffa giornaliera per cure psichiatriche nel settore ospedaliero in Svizzera. Non sono considerati gli eventuali costi supplementari. La tabella T3 mostra che, durante i due ultimi anni di regime tariffario forfettario giornaliero, la tariffa giornaliera media calcolata per tutti i casi di pazienti adulti è passata da 653 franchi nel 2016 a 660 franchi nel 2017 (aumento dell'1,1%). Nel 2018 la tariffa media calcolata su tutti i

Numero medio di codici registrati, per singolo caso, 2016–2018

G5

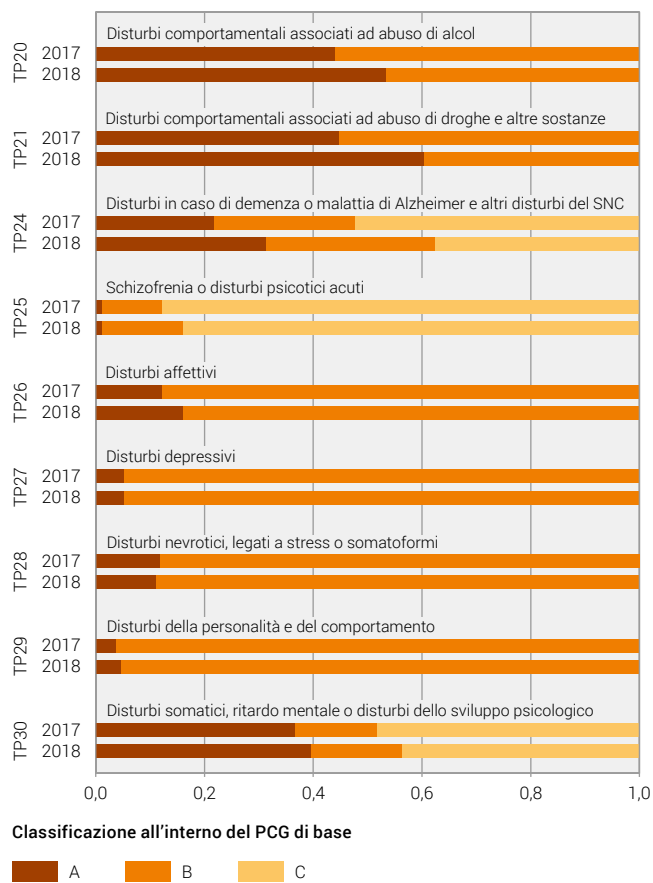


Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

Ripartizione dei casi, a seconda delle complicazioni, 2017 e 2018

G6



Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

³ Il confronto con i codici di procedura del 2016 deve essere considerato con la massima riserva. I codici di procedura (CHOP), che descrivono lo stato del paziente al momento dell'ammissione e della dimissione, sono basati sulla scala HoNOS o HoNOSCA e sono determinanti per l'assegnazione di un caso a un PCG. Sono stati integrati alla classificazione CHOP solo a partire dal 2017. Prima di allora i dati dei pazienti relativi alla scala HoNOS o HoNOSCA erano rilevati separatamente allo scopo di ottimizzarne la qualità.

Confronto prima e dopo la TARPSY – casi di pazienti adulti

T3

Anno	Ospedali	Degenze	Durata media di degenza	DMI	Tariffa giornaliera media (franchi)
2016	71	78 397	30,68	0,98150	653,1
2017	70	80 639	29,65	0,98838	660,2
2018	71	77 743	30,01	0,99265	681,2

Nota: sono presi in considerazione solo gli ospedali inclusi in un elenco cantonale di ospedali per psichiatria.

Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

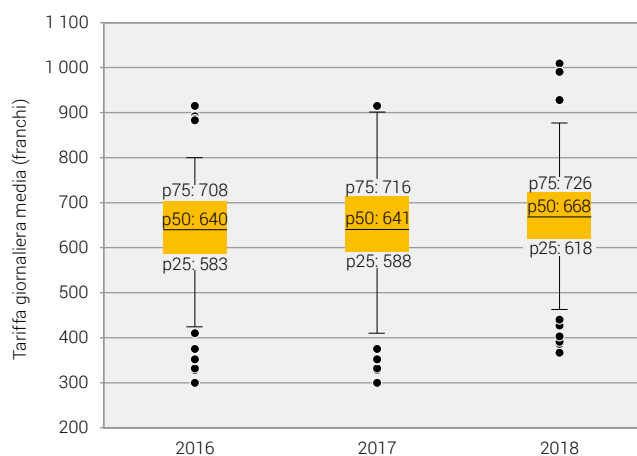
© UST 2020

casi di pazienti adulti ammonta a 681 franchi al giorno, il che corrisponde a un aumento del 3,2% rispetto al 2017. Tale aumento è visibile anche nella ripartizione delle tariffe giornaliere medie fatturabili (G7). Nonostante siano stati osservati aumenti sia tra il 2016 e il 2017 che tra il 2017 e il 2018, diversi punti della ripartizione indicano che l'aumento è stato maggiore nel secondo periodo. È per esempio il caso dell'ospedale mediano, per il quale la tariffa giornaliera media fatturabile ha subito un incremento del 4,3% tra il 2017 e il 2018, mentre era aumentata dello 0,1% tra il 2016 e il 2017.

Per quanto riguarda la fattura globale associata alla LAMa, essa dipende anche dal numero di degenze e dalla loro durata media. Nonostante il fatto che il numero delle degenze di pazienti adulti sia diminuito tra il 2017 e il 2018 e che la durata media di tali degenze sia rimasta relativamente stabile, l'aumento precedentemente stimato della tariffa giornaliera media comporterebbe un incremento dei costi totali per i pazienti adulti dello 0,7% (contro lo 0,5% tra il 2016 e il 2017).

Tariffa giornaliera media fatturabile, 2016–2018

G7



Fonte: UST – Statistica medica ospedaliera (MS)

© UST 2020

Editore:	Ufficio federale di statistica (UST)
Informazioni:	Servizio informazioni Salute dell'UST, tel. 058 463 67 00
Redazione:	Gian-Paolo Klinke, GESV
Serie:	Statistica della Svizzera
Settore:	14 Salute
Testo originale:	francese
Traduzione:	Servizi linguistici dell'UST
Grafica e impaginazione:	sezione DIAM, Prepress/Print
Grafici:	sezione DIAM, Prepress/Print
Versione digitale:	www.statistica.admin.ch
Versione cartacea:	www.statistica.admin.ch Ufficio federale di statistica, CH-2010 Neuchâtel, order@bfs.admin.ch, tel. 058 463 60 60 stampato in Svizzera
Copyright:	UST, Neuchâtel 2020 Riproduzione autorizzata, eccetto per scopi commerciali, con citazione della fonte.
Numero UST:	2037-2000