

**DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO**

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
10.10.2014	Stanza 34, Piano II – Area Arancione	10.00	13.00
<b>ORDINE DEL GIORNO</b>			
Terza riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

**PRESENTI**

NOMINATIVO	QUALIFICA
Nadia Da Re	Dirigente Struttura Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli – Direzione Generale Salute
Daniela Nicolosi	UO Governo dei Dati, delle Strategie e Piani del Sistema Sanitario – Direzione Generale Salute
Roberta Chiesa	Direttore SC Analisi Gestionale ed Epidemiologica per la Valutazione ed il Controllo Strategico dell'Organizzazione Sanitaria – Asl di Brescia
Simona De Filippo	Responsabile UO Autorizzazione e Accreditamento Erogatori Sanitari – Asl di Brescia
Maurizio Amigoni	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano
Gianluigi Gariboldi	Direttore SC Accreditamento Sanitario – Asl di Milano
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Matteo Dotti	SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Emerico Panciroli	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano 2
Maria Antonia Sanvito	Servizio Programmazione Qualità, Autorizzazione Accreditamento e Contratti – Asl di Milano 2
Gianluca Avanzi	Direttore Sanitario AO Ospedale di Circolo Fondazione Macchi - Varese
Gaetano Elli	Direttore Medico di Presidio AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Pietro Piovanelli	Responsabile Servizio Accreditamento e Gestione/Analisi dei Flussi Informativi Sanitari AO Spedali Civili - Brescia
Massimo Casella	Posizione Organizzativa - Accreditamento e flussi informativi aziendali AO Spedali Civili - Brescia
Anna Pellegrini	AO Ospedale Civile di Legnano (MI)
Daniele Alberio	Responsabile Ufficio Flussi Informativi Sanitari - Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)
Alberto Ambrosio	Dirigente Medico Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele - Milano
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOF (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Paola Garancini	Responsabile Area Qualità e Accreditamento - Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele - Milano
Claudio Garbelli	Direttore Sanitario Fondazione S. Maugeri - Pavia
Stefano Giardina	Assolombarda
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Silvano Ubbiali	AIOF (Associazione Italiana Ospedalità Privata)

## RESOCONTO INCONTRO

Vengono introdotti i lavori riassumendo le tematiche dell'ordine del giorno, come di seguito richiamato:

1. Riesame della proposta di definizione dei requisiti autorizzativi per le attività di Elettrofisiologia;
2. Richiesta di chiarimenti sull'uso flessibile intra-dipartimentale dei posti-letto;
3. Codifica per la prestazione di litotripsia endoscopica endorenale per via retrograda (RIRS);
4. Richiesta di confronto sul corretto utilizzo del regime ambulatoriale complesso (MAC05) per il trattamento antiemetico associato a chemioterapia;
5. Richiesta di revisione delle soglie tariffarie di rimborso del DRG di afferenza delle procedure di chemio-embolizzazione epatica (cod. 99.25 + 38.91);
6. Richiesta di confronto sulle indicazioni agli interventi di chirurgia bariatrica, con particolare riferimento ai range di Indice di Massa Corporea;
7. Istanza di chiarimenti circa le procedure di richiesta ed accettazione di prestazioni di genetica medica, di cui all'Allegato C della DGR n. 4716/2013;
8. Richiesta di chiarimenti circa le indicazioni vigenti per la codifica del secondarismo linfonodale in presenza di positività all'esame del linfonodo sentinella;
9. Codifica delle procedure che prevedono l'impiego di lembi cutanei (di trasferimento e non) su aree specifiche (es. viso, genitali esterni);
10. Esame dell'integrazione documentale fornita in merito al quesito sulla codifica per il trattamento del lichen sclero-atrofico vulvare tramite lipofilling e applicazioni di plasma ricco di piastrine;
11. Esame dell'integrazione documentale fornita in merito alla proposta di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale con la Registrazione ECG dinamica prolungata multi-settimanale;
12. Richiesta di chiarimenti sulla corretta individuazione delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito dei finanziamenti su progetto di cui alla DGR n. 2313/2014, da rendicontarsi con il flusso informativo di cui alla Circolare 28San, indicando la lettera J nel campo Tipo prestazione;
13. Richiesta di chiarimenti circa i nuovi disposti relativi all'area della Medicina di Laboratorio di cui alla DGR n. 2313/2014, con particolare riferimento ai contenuti del Nomenclatore Tariffario (codici, tariffe, branche specialistiche);
14. Richiesta di confronto sulla modalità corretta di compilazione del campo relativo al prescrittore nel flusso informativo di cui alla Circolare 28San, nel caso di riconduzione in regime di MAC, ad opera dell'Erogatore, di prestazioni erroneamente rendicontate, in un primo tempo, in regime di ricovero con il flusso SDO;
15. Codifica della nuova tipologia di impianto "valve-in-valve" (aortico o mitralico) del dispositivo Edwards SAPIEN XT TM Transcatheter Heart Valve, con approccio minitoracotomico trans-apicale e relativa rendicontazione del dispositivo nel flusso delle endoprotesi (SDO4);
16. Varie ed eventuali.

Si discute di quanto segue:

1. A seguito del riesame del documento contenente la proposta di definizione dei requisiti autorizzativi per le attività di Elettrofisiologia, con particolare riferimento ai requisiti strutturali specifici, si concorda quanto segue:
  - SSELF01, così modificato (vedi corsivo) "La sala di elettrofisiologia ed elettrostimolazione è dotata di pareti e porte con schermature piombate ~~e isolamento tipo Gabbia di Faraday~~ e laddove vengano utilizzati sistemi di navigazione magnetica sono utilizzati sistemi in grado di isolare l'ambiente interno da un qualunque campo ~~elettrostatico~~ elettromagnetico presente al suo esterno?";
  - SSELF02, così modificato (vedi corsivo) "I locali sono dotati di pavimento ~~antistatico~~, lavabile e disinfettabile?";
  - SSELF05, necessità di riformulare il quesito eliminando il riferimento alla presenza di un angiografo "fisso", sostituendolo o integrandolo con l'indicazione ad analoga strumentazione "portatile di alta fascia", i cui requisiti siano agevolmente verificabili dagli organi deputati al controllo degli stessi;

- SSELF06, così modificato (vedi corsivo) "Nella sala di Elettrofisiologia esiste almeno un monitor ad alta risoluzione per visualizzare le immagini dal vivo, ~~installato su supporto pensile anche ad altezza variabile?~~".

Si riferisce inoltre che questa Direzione, nell'ottica di perseguire l'obiettivo di definire requisiti "minimi" di garanzia per l'utente che fruisce di attività di Elettrofisiologia (come già fatto per l'Emodinamica), non condivide l'approccio classificativo per Livelli di complessità (I livello, II livello ecc.) definiti a priori e proposto per le Strutture deputate alla suddetta attività. Potrebbe invece essere accolta una proposta di integrazione dei citati requisiti minimi in riferimento a specifici interventi particolarmente complessi: in questo caso, si rende ovviamente necessario approfondire quali siano questi interventi e quali specifiche caratteristiche strutturali ed organizzative siano loro proprie.

Si riferisce altresì che è opinione di questa Direzione che le sale di Elettrofisiologia e di Emodinamica debbano essere impiegate ad uso esclusivo, ammettendo invece che le dotazioni ancillari possano essere condivise laddove le rispettive sale siano, ad esempio, contigue.

Si chiarisce inoltre, rispondendo ad uno specifico quesito in merito, che non appare utile giungere alla definizione di requisiti da richiedere per attività di Elettrofisiologia svolte non routinariamente anche in locali non dedicati, in situazione d'emergenza; ciò a fronte, come si è detto, dell'obiettivo dei presenti lavori (ovvero di definizione di requisiti minimi di garanzia) nonché del contesto di garanzia dei requisiti organizzativi tecnologici comunque presenti nelle citate condizioni (es. PS o gestione dell'emergenza in genere).

Si definisce infine che i presenti lavori siano oggetto anche del prossimo incontro, proseguendo nel confronto sul documento del Gruppo di lavoro "Sottocommissione accreditamento laboratori di Elettrofisiologia ed Elettrostimolazione" già condivisi con il nostro GdL da parte del Presidente regionale AIAC (Associazione Italiana Aritmologia e Cardiostimolazione) per tramite dei presenti referenti delle AO.

2. In riferimento alla richiesta di chiarimenti sull'uso flessibile intra-dipartimentale dei posti-letto si conferma che per le UO afferenti allo stesso Dipartimento non è previsto (vedi DGR n. 9014/2009) un limite alla suddetta flessibilità dei posti-letto.
3. Nel merito della codifica per la prestazione di litotripsia endoscopica endorenale per via retrograda (RIRS), si rinnova quanto già condiviso sul tema della litotripsia endoscopica unitamente ad altre risposte fornite da questa Direzione ad alcuni Erogatori su quesiti specifici (vedi Allegato 1 al presente Verbale, Punto 8).
4. Per quanto riguarda la richiesta di confronto sul corretto utilizzo del regime ambulatoriale complesso (MAC05) per il trattamento antiemetico associato a chemioterapia (le cui modalità di effettuazione sono ragionevolmente legate ai protocolli di cura impiegati nonché alle caratteristiche fisio-patologiche dei pazienti assistiti), si rimanda al concetto generale di appropriatezza del regime in questione; ciò in riferimento all'accertata presenza della tipologia di prestazioni caratterizzanti lo specifico pacchetto MAC esaminato.
5. In riferimento alla richiesta avanzata per le procedure di chemio-embolizzazione epatica in corso di trattamento oncologico (vedi DGR n. 2057/2011, Allegato A: cod. 99.25 Iniezione o infusione di sostanza chemioterapica per tumore + cod. 38.91 Cateterismo arterioso), ovvero alla possibilità che venga riconosciuta una differenziazione tariffaria per il DRG medico di afferenza (DRG 203 Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas) in presenza dei suddetti codici di procedura e all'interno del valore di degenza soglia per il riconoscimento della tariffa piena ordinaria, si riferisce che ciò verrà valutato in vista delle Regole d'Esercizio 2015 (introduzione Tipo tariffa DRG-correlato e specifico per le citate condizioni).
6. In merito al confronto richiesto sulle indicazioni agli interventi di chirurgia bariatrica, con particolare riferimento ai range di Indice di Massa Corporea, si riferisce quanto segue.  
La revisione del 2008 delle Linee Guida della SICOOb (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle malattie metaboliche) e lo specifico approfondimento di cui alla Position Statement approvata dal Consiglio Direttivo SICOOb 2008-2010 sul tema "Chirurgia Bariatrica BMI 30-35 e Comorbidità", pongono l'indicazione alla suddetta chirurgia nelle seguenti condizioni:

- BMI  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>;
- BMI tra 35 e 40 kg/m<sup>2</sup> in presenza di comorbidità suscettibili di miglioramento clinico a fronte di una perdita di peso notevole e persistente quale quella ottenibile chirurgicamente;
- BMI tra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> in casi selezionati (su valutazione collegiale per iscritto del chirurgo, dell'anestesista e dell'internista o nutrizionista) in presenza di gravi comorbidità o alterate condizioni psico-fisiche, suscettibili di miglioramento clinico in virtù del calo ponderale.

Le copatologie indicate nella citata Position Statement SICOB in riferimento alle indicazioni alla chirurgia bariatrica per i pazienti con BMI compreso tra 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> sono il diabete di tipo 2, la sindrome delle apnee notturne (OSAS), l'ipertensione arteriosa, l'artropatia da carico ed il reflusso gastro-esofageo. Lo stesso documento esplicita le condizioni di candidabilità di questi pazienti ai trattamenti in questione (es. storia clinica di fallimento di un trattamento medico correttamente impostato per il dimagrimento) nonché i parametri clinici richiesti nella fase di studio delle comorbidità citate.

Per quanto detto sinora, si concorda sull'opportunità di recepire con apposito atto regionale i contenuti di cui ai citati documenti SICOB, introducendo uno specifico richiamo alla completezza e alla qualità della documentazione clinica relativa ai ricoveri per chirurgia bariatrica, in riferimento a tutto il percorso di presa in cura dei suddetti pazienti e agli elementi di studio delle descritte comorbidità.

Si resta quindi in attesa di proposte da parte dei referenti presenti, sulla formulazione delle caratteristiche documentali da indicare nel citato atto come dirimenti per una corretta valutazione del percorso assistenziale dei pazienti.

7. Per quanto riguarda l'istanza di chiarimenti circa le procedure di richiesta ed accettazione di prestazioni ambulatoriali di genetica medica, di cui all'Allegato C della DGR n. 4716/2013, si anticipa che a breve verrà emanata una Circolare, le cui indicazioni rispondono alla volontà di garantire il servizio migliore per il paziente.

In quest'ottica si chiarisce che la visita specialistica genetica configura un approfondimento che può essere condotto (e rendicontato) anche presso il laboratorio in cui viene effettuata la prestazione ed in cui opera un genetista. Lo stesso genetista in questo caso dovrà farsi carico di somministrare anche il consenso informato al paziente e di illustrare i contenuti del referto, una volta redatto.

8. Nel merito della richiesta di chiarimenti circa le indicazioni vigenti per la codifica del secondarismo linfonodale in presenza di positività all'esame del linfonodo sentinella (vedi Verbale di riunione del 14.12.2011, Punto 2), si ribadisce che la positività del suddetto linfonodo sentinella non deve di per sé dar luogo alla selezione in diagnosi secondaria dei codici di secondarismo tumorale.

Tali codici potranno invece essere indicati nel caso in cui alla suddetta positività segua conferma istologica dopo linfadenectomia radicale: ciò nel rispetto del principio generale secondo cui non è lecito codificare patologie oncologiche (siano esse primarie o secondarie) in assenza di oggettivazione istologica delle stesse.

In merito alle osservazioni presentate sul tema delle risorse complessivamente impiegate per il trattamento chirurgico della patologia oncologica mammaria, si riferisce che, in vista delle Regole d'Esercizio 2015 ed in analogia con quanto già previsto per l'esame del linfonodo sentinella<sup>1</sup>, verrà valutata l'opportunità di utilizzare un Tipo tariffa DRG-correlato per indicare l'effettuazione della linfadenectomia radicale.

9. In merito al quesito sulla corretta codifica di interventi sulla cute che prevedono l'impiego di lembi cutanei (di trasferimento e non) su aree specifiche (es. viso, genitali esterni) si rimanda ai codici di procedura previsti dall'ICD-9-CM, in relazione alle specifiche aree anatomiche, con particolare riferimento alle inclusioni ed esclusioni contenute nel cap. 15. par. 86 (Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo) delle procedure.

---

<sup>1</sup> L'effettuazione dell'esame del linfonodo sentinella deve essere correttamente rappresentata tramite il tipo tariffa K sulla SDO relativa al trattamento chirurgico, sia che il suddetto esame sia contestuale al ricovero in questione sia che non lo sia: in quest'ultimo caso sarà opportuno ricondurre i suddetti accessi ad un unico episodio di ricovero.

10. A seguito dell'esame dell'integrazione documentale fornita in merito al quesito sulla codifica per il trattamento del lichen sclero-atrofico vulvare tramite lipofilling e applicazioni di plasma ricco di piastrine (PRP), si prende atto delle dichiarazioni giunte per mezzo delle rappresentanze degli Erogatori Privati nel merito delle tecniche previste (innesto autologo intra-operatorio di lipoaspirato non sottoposto a trattamenti - se non lavaggio con soluzione fisiologica - e infiltrazione di PRP, trattato con le modalità di legge per la produzione e l'utilizzo di emocomponenti per uso topico) e si rimanda alla normativa nazionale e comunitaria di riferimento<sup>2</sup> in tema di qualità e sicurezza per la gestione e l'utilizzo di cellule e tessuti.  
Ciò con particolare riferimento a quanto previsto in tema di distinzione tra tessuti ingegnerizzati (equiparati a farmaci) e "cellule/tessuti non manipolati o manipolati in modo minimo, non conservati in banche, e destinati ad uso omologo ed autologo (...) assimilati per gli aspetti di controllo di processo e di qualità ai trapianti d'organo o alle trasfusioni di sangue" (vedi Linee guida per l'ingegneria dei tessuti e la terapia cellulare, Notiziario dell'ISS, 17; 9-14, 2004).  
Fatto salvo quanto sin qui descritto e nel rispetto delle garanzie e dei protocolli previsti dalla suddetta normativa, nulla osta a che il trattamento in questione venga rappresentato con le seguenti modalità:
- documentazione della diagnosi (istologico);
  - documentazione della gravità/estensione della lesione (fotografia);
  - diagnosi principale: 701.0 Sclerodermia circoscritta (lichen sclero-atrofico);
  - procedure: 86.69 Altro innesto di cute su altre sedi (innesto adiposo)  
99.05 Trasfusione di piastrine (trasfusione di trombociti).
11. A seguito dell'esame dell'integrazione documentale fornita in merito alla proposta di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale con la Registrazione ECG dinamica prolungata multi-settimanale, si riferisce che la tematica verrà sottoposta al tavolo di lavoro nazionale attualmente operante sulla revisione del Nomenclatore Tariffario Nazionale. Si suggerisce altresì che anche le società scientifiche di riferimento si facciano portavoce dell'argomento per il citato confronto con il livello nazionale.
12. Per quanto riguarda la richiesta di chiarimenti sulla corretta individuazione delle prestazioni ambulatoriali erogabili nell'ambito dei finanziamenti su progetto di cui alla DGR n. 2313/2014, da rendicontarsi con il flusso informativo di cui alla Circolare 28San, indicando la lettera J nel campo Tipo prestazione, trattandosi di materia oggetto di specifica contrattazione tra Asl ed Erogatore, si rimanda, per competenza, al confronto con le Asl di pertinenza.
13. Per quanto riguarda la richiesta di chiarimenti circa i nuovi disposti relativi all'area della Medicina di Laboratorio di cui alla DGR n. 2313/2014, con particolare riferimento ai contenuti del Nomenclatore Tariffario (codici, tariffe, branche specialistiche), si rimanda alla Delibera di Giunta di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario, la cui emanazione è prevista per il prossimo 17 ottobre<sup>3</sup>.
14. In merito alla richiesta di confronto sulla modalità corretta di compilazione del campo relativo al prescrittore nel flusso informativo di cui alla Circolare 28San, nel caso di riconduzione in regime di MAC, ad opera dell'Erogatore, di prestazioni erroneamente rendicontate, in un primo tempo, in regime di ricovero con il flusso SDO, si condivide quanto segue.  
Il flusso informativo di rendicontazione riporterà il riferimento dello specialista responsabile della presa in carico del paziente assistito in regime di ricovero e la Struttura erogante si renderà disponibile a fornire, su richiesta degli organi di controllo, la documentazione attestante l'avvenuta correzione a posteriori dell'errata rendicontazione dell'episodio di assistenza in questione (attestazione della cancellazione della pratica di ricovero dal flusso SDO e della sua successiva trasmissione con il flusso ambulatoriale come prestazione MAC).

---

<sup>2</sup> Regolamento del Parlamento Europeo del 16.11.2005, COM(2005) 567 def. 2005/0227 (COD) "Regolamento del Consiglio sui medicinali per terapie avanzate recante modifica della direttiva 2001/83/CE e del regolamento (CE) n. 726/2004{SEC(2005) 1444}", recepito con Legge del 25.01.2006, n. 29 "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee. Legge comunitaria 2005".

<sup>3</sup> (ndr) Vedi DGR n. X/2512 del 17.10.14 "Aggiornamento del nomenclatore tariffario: modifica e integrazione della D.G.R. N. IX/4716/2013 ai sensi della D.G.R. N. X/2313/2014".

15. In riferimento al quesito sulla codifica della nuova tipologia di impianto "valve-in-valve" (aortico o mitralico) del dispositivo Edwards SAPIEN XT TM Transcatheter Heart Valve, con approccio minitoracotomico trans-apicale e alle modalità di rendicontazione del dispositivo nel flusso delle endoprotesi (SDO4), fatta salva la necessità di avviare le valutazioni preliminari previste dall'HTA, ci si riserva di valutare l'argomento per il prossimo Esercizio.
16. Si chiarisce che ciascuna Asl, nel farsi interprete presso gli Erogatori di pertinenza delle norme regionali nonché esercitando le attività di vigilanza e controllo di propria competenza, dispone, nell'ambito della propria autonomia aziendale, della facoltà di individuare le azioni ritenute utili per la gestione di eventuali controdeduzioni su specifiche tematiche; dette valutazioni, di specifica competenza delle Asl, non potranno quindi, in nessun caso, essere oggetto dei lavori del presente tavolo.

#### PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
21.11.2014	Stanza 34, Piano II – Area Arancione	10.00	12.00
Oggetto: Quarta riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 10.10.2014

Nome del verbalizzante: dott.ssa Daniela Nicolosi

## **ALLEGATO 1 – Quesiti e risposte condivise con i referenti del GdL Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo in data 26.09.2013**

### **Quesiti AO Ospedale Civile di Legnano**

#### **1. Autocontrolli – criteri dirimenti**

Esame obiettivo: si chiede se l'esame obiettivo, che rappresenta un requisito dirimente ai fini della finanziabilità, possa:

- essere raccolto in fase di pre-ricovero
- essere raccolto dal Medico Anestesista

#### **2. Madre nutrice**

Quale è il comportamento corretto da tenere in caso di puerpera che potrebbe essere dimessa dopo il parto ma viene trattenuta in Ospedale come madre nutrice, considerando che il DRG 373 ha una soglia di 4 giorni?

- Inserire le giornate eccedenti la soglia come "non a carico del SSN"?
- Nel caso la risposta al punto precedente sia positiva, è possibile omettere la compilazione del diario medico e infermieristico?
- Oppure è meglio chiudere la cartella di ricovero della madre?

#### **3. Insufficienza respiratoria**

I parametri stabiliti dalla DGR 2057/2011 a pagina 36 dell'allegato A si riferiscono a valori di emogasanalisi in respiro spontaneo in aria ambiente. Nel caso il paziente venga immediatamente posto in ossigenoterapia, è molto probabile che i valori di PaO<sub>2</sub> siano > 60 mmHg: in tal caso è possibile utilizzare come criterio alternativo ai parametri di emogasanalisi quelli indicati a pagina 37 come criteri per la terapia ventilatoria, oppure è vincolante avere un'emogasanalisi "basale"?

Nel caso di effettuazione delle procedure ventilatorie indicate a pagina 37 della DGR 2057/2011, in paziente con BPCO riacutizzata, è corretto indicare l'insufficienza respiratoria in diagnosi principale e in secondaria la BPCO?

#### **4. Infezioni nosocomiali**

La DGR 2057/2011 a pag. 10 dà indicazione che "fra le diagnosi secondarie devono essere obbligatoriamente riportate le infezioni insorte nel corso del ricovero".

Premesso che questa AO ha dato indicazione di codificare le infezioni solo in presenza di un esame colturale positivo, in alcuni casi i NOC hanno contestato la codifica dell'infezione sostenendo che non aveva comportato un assorbimento di risorse significativo.

È sufficiente l'esame colturale positivo per codificare l'infezione sulla SDO oppure sono necessari criteri aggiuntivi?

#### **5. Linfonodo sentinella**

Nel verbale del 14.12.2011 viene affermato che "la positività del linfonodo sentinella in corso di ricovero per mastectomia non deve di per sé dar luogo alla selezione in diagnosi secondaria dei codici di secondarismo tumorali".

Si chiede conferma della correttezza dell'interpretazione data da questa struttura:

- Mastectomia + biopsia estemporanea in sala operatoria: esito falso negativo con successivo ricovero per linfadenectomia radicale: sulla SDO del primo ricovero non viene indicata la metastasi linfonodale. Sulla SDO del secondo ricovero viene indicata la mtx linfonodale in diagnosi principale solo se sono presenti ulteriori linfonodi positivi oltre al linfonodo sentinella, altrimenti viene indicato V10\_.
- Mastectomia + biopsia estemporanea in sala operatoria ed esito positivo: in tal caso si procede ad immediato svuotamento del cavo ascellare, e la metastasi linfonodale viene indicata in diagnosi secondaria, indipendentemente dal numero di linfonodi positivi.

## 6. Neonati

Il DRG 391 "neonato sano" non prevede una tariffa di incremento per ricoveri oltre soglia. In caso di bambini abbandonati o con problemi famigliari, quando la degenza si prolunga ben oltre gli otto giorni del valore soglia, è corretto indicare in diagnosi secondaria V60.4 "mancanza di un familiare capace di prestare cure"?

Si chiede se l'indicazione a porre in diagnosi principale un codice del gruppo V30-V39 debba valere anche per i neonati patologici, infatti tali codici forniscono informazioni epidemiologiche utili e non influenzano l'attribuzione del DRG: in caso di patologia significativa infatti prevale comunque un DRG della MDC 23 diverso da 391.

## 7. DRG 014

In merito ai criteri per la diagnosi di ischemia cerebrale: 43401-43411 (verbale gruppo AAC del 14.12.2011) i neurologi di Legnano e di Magenta hanno fatto rilevare che non sempre l'infarto cerebrale è evidenziabile con la TAC (esame di elezione indicato dalle linee guida internazionali), ad esempio in caso di:

- localizzazione nel troncoencefalo (evidenziabile solo alla RM, non sempre eseguibile, ad esempio in pazienti con pace maker)
- presenza di encefalopatia multifartuale in cui non è riconoscibile una nuova lesione
- lacune capsulari, di piccola dimensione in sede sovratentoriale

L'esame obiettivo con persistenza del deficit focale anche in III giornata (spesso trattato con fisiochinesiterapia durante la degenza e proseguita in post-ricovero), confermano la diagnosi di ischemia cerebrale e rendono superfluo, inappropriato e irrilevante per la condotta terapeutica ulteriore approfondimento diagnostico con neuroimmagini.

Bibliografia: Raccomandazioni e sintesi Ictus Cerebrale SPREAD VII edizione: Sintesi 5 1-18

Dr.ssa Patrizia Perrone - Direttore U.O. Neurologia di Legnano

Dr. Alessandro Romorini - Responsabile SS Neurologia di Magenta

## 8. Codifica degli interventi di rimozione di calcolo per via trans-uretrale con litotripsia endoscopica

Riteniamo corretta l'attribuzione di questi casi ai DRG chirurgici "310/311 interventi per via transuretrale", mentre i NOC riconducono i casi ad un DRG medico, eliminando il codice della procedura principale "56.0 - estrazione endoscopica di calcolo dall'uretere" e lasciando solo il codice della litotripsia endoscopica, sostenendo che il codice 56.0 si riferisce unicamente a estrazione meccanica mediante pinza.

Di fatto l'intervento consiste comunque in una "estrazione endoscopica di calcolo dall'uretere" poiché si tratta della rimozione di un calcolo ureterale mediante ureterorenoscopia, in sala operatoria, in anestesia generale o loco-regionale, con risalita fino al calcolo ureterale, con tre possibili modalità di estrazione:

- il calcolo può essere estratto intero con pinza o cestello se le sue dimensioni rispetto al calibro ureterale lo permettono;
- in caso di calcolo più grandi o di uretere particolarmente ristretto, si rende necessaria la sua riduzione mediante litotripsia endoscopica e successiva estrazione dei frammenti con pinza;
- la litotripsia può, in funzione della natura del calcolo, polverizzare il calcolo in frammenti tanto piccoli da poter essere espulsi spontaneamente attraverso le vie urinarie;
- in alcuni casi il calcolo non è né estraibile né frantumabile, in tal caso la terapia consiste nella retropulsione (push-up) del calcolo nelle cavità renali con successivo posizionamento di catetere ureterale a cui seguirà in una seconda fase la frantumazione mediante ESWL.

Non si comprende per quale motivo nei casi di cui ai punti 3 e 4, che sono più impegnativi del punto 1, in quanto viene utilizzata in aggiunta la litotripsia endoscopia, metodica più lunga e più complessa della semplice estrazione, si dovrebbe omettere la codifica 56.0 dando luogo ad un DRG medico invece che chirurgico.

Tutta la procedura per la rimozione del calcolo dall'uretere è complessa con medesimo assorbimento di risorse di sala operatorie, strumentali ed umane, ed il fatto che il calcolo sia estratto intero o frammentato o ridotto a piccoli frammenti suscettibili di espulsione spontanea riconduce sempre tale metodica ad una procedura di chirurgia mininvasiva endoscopica.

Dr. Antonio Bacchioni – Direttore U.O. Urologia di Legnano

Dr. Sandro Sandri – Direttore U.O. Urologia di Magenta



## Risposte Direzione Generale Salute

### 1. Autocontrolli – criteri dirimenti

Il requisito in questione deve essere soddisfatto all'ingresso (cfr. DGR n. IX/621/2010: "Esame obiettivo all'ingresso").

Sia l'anamnesi che l'esame obiettivo devono riportare la data e la firma del medico esecutore: ciò naturalmente è valido anche in caso di questionari anamnestici autocompilati dal paziente, i quali devono essere sempre controfirmati dal medico che ne prende visione.

Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche se specialistico e anche se presente sulla documentazione di PS, qualora lo stesso sia ripetuto in regime di ricovero in tempi ragionevolmente brevi.

### 2. Madre nutrice

In merito alla madre nutrice, è sicuramente corretto chiudere la cartella di ricovero della madre, dal momento che la sua presenza in ospedale non configura più un episodio assistenziale rivolto alla stessa. Nel caso in cui non si fosse erroneamente proceduto a dimettere la madre nutrice nei tempi corretti, è opportuno decurtare le giornate non di assistenza, tenendo presente che a fronte di un episodio di ricovero non è ammesso trascurare la corretta tenuta della documentazione clinica (es. diario medico-infermieristico ecc.) per tutti i giorni dello stesso.

### 3. Insufficienza respiratoria

I valori dell'emogasanalisi di che trattasi devono essere preferibilmente rilevati in respiro spontaneo in aria ambiente: è possibile naturalmente fare riferimento anche alle rilevazioni fatte all'atto dell'accettazione in PS. Nel caso in cui ciò non fosse possibile, si terrà conto degli altri parametri previsti (pH, bicarbonati).

La tabella presente a pag. 37 dell'Allegato A alla DGR n. IX/2057/2011 è relativa alle procedure e non alle diagnosi: non ha quindi valenza per la definizione della codifica di insufficienza respiratoria né tantomeno per la posizione della stessa sulla SDO.

### 4. Infezioni nosocomiali

In presenza di esame colturale positivo, unitamente a terapia medica mirata (effettuata durante il ricovero), è corretto codificare l'infezione nosocomiale in seconda posizione sulla SDO.

### 5. Linfonodo sentinella

In merito al quesito sul linfonodo sentinella, entrambi i casi citati appaiono corretti (*ndr.* vedi nota in calce<sup>4</sup>).

Si ricorda invece che la sola positività del linfonodo sentinella non deve dar luogo alla codifica di metastasi linfonodale ma deve essere correttamente rappresentata tramite il tipo tariffa K sulla SDO relativa al trattamento chirurgico, sia che il riscontro della citata positività sia contestuale al ricovero in questione sia che non lo sia: in quest'ultimo caso sarà opportuno ricondurre i suddetti accessi ad un unico episodio di ricovero (*ndr.* vedi nota in calce<sup>5</sup>).

### 6. Neonati

In merito al quesito sui DRG neonatali, la codifica indicata per il caso a appare corretta, in riferimento alla condizione descritta (es. abbandono) e al superamento della soglia di degenza prevista dal DRG in questione.

Non vi è altresì alcuna controindicazione (caso b) all'indicazione dei codici di diagnosi di patologia neonatale nei casi in cui questa sia stata effettivamente diagnostica e correttamente documentata in cartella.

---

<sup>4</sup> Si precisa che l'espressione "indipendentemente dal numero di linfonodi positivi", contenuta nel secondo punto del quesito n. 5 posto a pag. 1, cui si riferiva la presente risposta, è stata intesa all'epoca letteralmente nell'accezione del numero e livello di linfonodi coinvolti, dando per scontato l'esito positivo dell'accertamento istologico sul materiale prelevato in corso di svuotamento del cavo ascellare.

<sup>5</sup> Il riferimento alla corretta rappresentazione dell'esame del linfonodo sentinella tramite il Tipo tariffa K, nei modi in cui è stato posto all'atto della formulazione della risposta, nasceva allora dalla conoscenza circa una specifica situazione erogativa. Riconoscendo però adesso la poca chiarezza con cui il suddetto punto è stato formulato, si rimanda in proposito ai contenuti del presente Verbale di riunione del 10.10.14 (Punto 8 – pag. 4, nota 1).

#### 7. DRG 014

In merito ai criteri per la codifica di ischemia cerebrale, si ritiene di confermare in linea generale l'indicazione già espressa nel Verbale citato. Nei casi dubbi, è opportuno comunque attivare un confronto con i clinici di riferimento: ciò non è però da considerarsi un'indicazione di massima, quanto una valutazione da condurre caso per caso sui singoli episodi clinici.

#### 8. Codifica degli interventi di rimozione di calcolo per via trans-uretrale con litotripsia endoscopica

Il codice di procedura 56.0 "estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo" fa riferimento esclusivamente alla via d'accesso procedurale (endoscopica) e non agli strumenti utilizzati (pinza o altro). Appare quindi corretto l'utilizzo di questo codice qualora il trattamento avvenga per via endoscopica, in abbinamento o meno ad altre procedure, quali la litotripsia.

Non esistendo peraltro un codice specifico per la litotripsia endoscopica, appare corretto l'abbinamento dei seguenti codici:

- 59.95 "litotripsia con ultrasuoni o elettroidraulica"
- 56.0 "estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo".

Situazione differente è quella invece in cui non si procede per via endoscopica ma solo per via extracorporea: in questo caso andrà selezionato esclusivamente il codice di procedura 98.51 "litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica".

### **Quesito Clinica Ortopedica e Fisiatrica Lanzo Hospital SpA**

Si richiedono delucidazioni in merito ad un intervento chirurgico per il quale non si riesce a trovare una codifica corretta:

Diagnosi: Tendinosi achilleo

Intervento: Infiltrazione di fattore di crescita (staminali periferiche) lungo il tendine d'Achille

È corretto utilizzare il codice intervento 78.99 (INSERZIONE DI STIMOLATORE DI CRESCITA OSSEA SU ALTRE OSSA)?

Se non è corretto, qual è la codifica corretta da utilizzare?

### **Risposta Direzione Generale Salute**

Il codice da lei proposto non appare indicato nel tipo di trattamento descritto, per il quale si suggerisce invece di utilizzare la seguente codifica:

I dia.: 726.71 TENDINITE O BORSITE DEL TENDINE D'ACHILLE

Proc.: 83.97 INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ALL'INTERNO DEI TENDINI

La risposta tiene conto delle informazioni raccolte in merito a modalità e tempi di assistenza.