

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
13.06.2014	Stanza 34, Piano III – Area Arancione	14.00	16.00
ORDINE DEL GIORNO			
Prima riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

PRESENTI

NOMINATIVO	QUALIFICA
Luca Merlinò	Dirigente UO Governo dei Dati, delle Strategie e Piani del Sistema Sanitario – Direzione Generale Salute
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
Piero Volta	Responsabile UO Qualità ed Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Maurizio Amigoni	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Emerico Panciroli	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano 2
Stefano Boni	UOC Osservatorio Epidemiologico, Programmazione, Acquisto e Controllo Prestazioni Sanitarie – UOS NOC – Asl di Milano 2
Maria Alessandra Traverso	UOC Osservatorio Epidemiologico, Programmazione, Acquisto e Controllo Prestazioni Sanitarie – UOS NOC – 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
Chiara Radice	Dirigente Medico Staff Direzione Sanitaria Aziendale – AO Ospedale Civile di Legnano (MI)
Daniele Alberio	Responsabile Ufficio Qualità e Formazione - 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 AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Massimo Castoldi	Sovrintendente Sanitario Istituto Europeo di Oncologia e Centro Cardiologico Monzino - Milano
Giuseppe Chittò	Responsabile Qualità ed Accreditamento Centro Diagnostico Italiano – Milano
Claudio Garbelli	Direttore Sanitario Fondazione S. Maugeri - Pavia
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Silvano Ubbiali	AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)

RESOCONTO INCONTRO

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

1. Richiesta di chiarimenti su riclassificazione della Riabilitazione (modalità di accesso e tariffazione per il 2015, ruolo del FLUPER);
2. Codifica per l'utilizzo del dispositivo interspinoso ASPEN in chirurgia mini-invasiva della colonna;
3. Codifica per l'intervento di posizionamento del sistema di impianto di ginocchio Kinespring;
4. Richiesta di ampliamento branche di specialistica ambulatoriale in alcuni ambiti definiti (es. oncologia, urologia ecc.);
5. Proposta di unificazione dei codici relativi alle prestazioni ambulatoriali di "elettromiografia";
6. Codifica per l'intervento di correzione del varismo femoro-tibiale secondo la tecnica di Puddu;
7. Codifica per la procedura di termoablazione con radiofrequenza di noduli tiroidei secondo tecnica "moving shot";
8. Codifica per procedura di lipofilling mammario post-mastectomia contestuale;
9. Richiesta di chiarimenti su corretto assetto assistenziale per intervento di correzione di cataratta con utilizzo di Femtolaser (tecnica di facoemulsificazione e contestuale impianto di lente intraoculare);
10. Richiesta di chiarimenti su corretto setting assistenziale per effettuazione di iniezioni intravitreali;
11. Richiesta di chiarimenti su codifica di procedura di ecoendoscopia di bronchi/polmoni in corso di fibrobroncoscopia (EBUS);
12. Varie ed eventuali.

Si discute di quanto segue:

1. In riferimento alla richiesta di chiarimenti circa le modalità di accesso e di tariffazione previste per il 2015 nell'ambito delle attività previste per la riclassificazione della Riabilitazione, si riferisce che l'iter presunto sarà il medesimo del 2014. Si prevede altresì che le tempistiche di assistenza saranno valutate sempre come media mobile sul triennio.
Le decisioni definitive saranno comunque approvate con le Regole per il 2015.
In riferimento al richiesto ruolo del FLUPER si chiarisce che allo stato attuale non è stato possibile utilizzarlo, come era invece previsto, ai fini della riclassificazione, per via della riscontrata scarsa qualità di compilazione dello stesso.
Si pone quindi indicazione per il futuro ad attivarsi per una corretta compilazione del FLUPER che renda quindi riscontro anche del livello di attività (es. timbrature attività ambulatoriale).
In alternativa al FLUPER, si provvederà per quest'anno ad inviare alle Asl un elenco delle strutture sanitarie in possesso del requisito di mix richiesto, affinché le stesse Asl si attivino per la verifica del requisito di minutaggio (per infermieri, terapisti) tramite il controllo delle timbrature, da effettuare a campione su 2-3 giornate per 3-4 volte l'anno (2013).
La valorizzazione delle attività riguarderà così tutto l'anno e il relativo decreto verrà predisposto dopo aver ricevuto gli esiti delle verifiche delle Asl sugli erogatori pubblici e privati.
Il ruolo del FLUPER verrà confermato per il 2015 solo se lo stesso verrà compilato correttamente.
2. In merito alla richiesta di confronto circa la codifica del dispositivo ASPEN, si chiarisce che lo stesso è un dispositivo di fissazione per processi spinosi, destinato alla stabilizzazione del rachide toracico, lombare e sacrale (T1-S1) e che può essere usato come complemento nella fusione intersomatica (artrodesi) o come dispositivo di fissazione autonomo, in associazione quindi o meno con altri dispositivi intervertebrali e con o senza innesto osseo. Esso trova indicazione nella chirurgia mini-invasiva del rachide, con particolare riferimento al trattamento di spondilolistesi degenerative, stenosi del canale vertebrale, gravi discopatie, instabilità e conflitti disco-radicali ecc..
La codifica da impiegare per l'utilizzo di ASPEN deve quindi necessariamente tener conto delle fasi chirurgiche affrontate nel corso del trattamento operatorio, specificando che l'utilizzo del dispositivo ASPEN in sé, trattandosi di uno stabilizzatore interspinoso, rientra nelle indicazioni di cui alla DGR n. IX/2057/2011 nel merito del posizionamento di spaziatori interspinosi ("La procedura è descritta dal cod. 84.58 Impianto di dispositivo di decompressione del processo interspinoso").

L'indicazione del codice di procedura di artrodesi 81.08 sarà considerata ovviamente altrettanto corretta nel caso in cui le fasi di intervento prevedano, in associazione all'utilizzo di ASPEN, anche un'artrodesi posteriore (fusione), ovvero una cruentazione delle lamine e delle basi delle apofisi spinose, con applicazione di innesto osseo autologo o di sintesi sulle superfici cruentate così come all'interno di ASPEN (serbatoio in titanio).

Ai fini del giudizio di congruenza dei codici di procedura impiegati sarà dirimente quindi la lettura dei verbali operatori.

3. In merito ai chiarimenti richiesti circa la codifica del sistema Kinespring, si riferisce che lo stesso è un dispositivo extra-articolare ed extra-capsulare, da inserirsi in prossimità dell'articolazione del ginocchio (area del condilo femorale mediale e del piatto tibiale mediale) e che funge da ammortizzatore dell'articolazione stessa. Esso trova indicazione nella chirurgia conservativa del ginocchio, per il trattamento dell'osteoartrosi non candidabile ad intervento di sostituzione articolare con protesizzazione (soggetti giovani con artrosi lieve o moderata).

Tale procedura non è quindi una sostituzione protesica di ginocchio e non può essere codificata come tale.

Appare invece congruente con il tipo di procedura descritta, l'utilizzo del codice 81.47 "altra riparazione del ginocchio".

A questo proposito appare altresì opportuno sottolineare come talune proposte di codifica di nuove procedure, come in questo caso, sottendano in realtà una richiesta di ampliamento dei LEA, la quale non può al momento trovare accoglimento. Per questo motivo, oltre che per l'incongruenza della codifica di sostituzione del ginocchio proposta, si ribadisce l'indicazione su riportata.

4. Per quanto riguarda la richiesta di ampliamento di branca per alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale prescrivibili appropriatamente anche nell'ambito di discipline non contemplate dal nomenclatore tariffario, ci si rifà a quanto riportato al Punto 3 del presente Verbale, nel merito dell'impossibilità di accogliere istanze che sottendano in realtà una richiesta di ampliamento dei LEA.

Si ritiene però possibile che ciascuna Asl valuti le istanze sull'argomento avanzate dagli erogatori di propria pertinenza al fine di concedere permessi ad hoc, nei casi in cui ciò sia ritenuto appropriato. Successivamente le Asl potranno comunicare agli Uffici regionali la deroga adottata, con l'indicazione puntuale della struttura sanitaria coinvolta e delle caratteristiche della produzione interessata dal provvedimento di ampliamento di branca; questa Direzione, nel prenderne atto, provvederà quindi a condividere l'informazione con il resto del territorio.

Si riportano alcuni degli esempi discussi nella presente riunione:

- cod. prest. 24.11 "biopsia della gengiva" – branca attuale, "Odontostomatologia-Chirurgia maxillo facciale" – branca ulteriore proposta, "Oncologia";
- cod. prest. 99.85 "ipertermia per il trattamento di tumore" – branca attuale, "Radioterapia" – branca ulteriore proposta "Urologia";
- ecc. ecc.

5. In riferimento alla proposta di unificazione dei codici relativi alle prestazioni ambulatoriali identificabili complessivamente dal termine "elettromiografia" (cod. 93.09.1 "velocità di conduzione nervosa motoria", cod. 93.09.2 "velocità di conduzione nervosa sensitiva", cod. 93.08.5 "risposte riflesse", cod. 93.08.6 "stimolazione ripetitiva", cod. 93.08.7 "test per tetania latente", cod. 93.08.1 "elettromiografia semplice [EMG]", cod. 93.08.3 "elettromiografia di unità motoria") sotto una voce ed un codice unico di "ELETTRMIOGRAFIA", si ritiene che ciò possa essere accolto con le Regole d'Esercizio per il 2015.

Appare condivisibile infatti l'esigenza riferita dalle rappresentanze degli erogatori in merito alle criticità derivanti dalle potenziali difficoltà per il medico prescrittore di individuare correttamente ed esaustivamente quali e quanti test saranno applicati dallo specialista esecutore durante ogni singolo esame, per dare una risposta al quesito formulato nella richiesta di esame.

In riferimento invece alla prescrizione del codice unico di elettromiografia, sarà poi compito del medico esecutore allegare alla prescrizione del medico un modulo, validato dalla struttura erogante la prestazione, timbrato e firmato, contenente il tipo ed il numero di test valutati, così come descritti analiticamente nel referto, anche ai fini della corretta rendicontazione dell'indagine. Ciò

anche al fine di sanare le criticità relative all'identificazione delle prestazioni esenti per patologia (es. diabete).

Si ritiene invece di lasciare invariati sul nomenclatore i codici 93.08.4 "elettromiografia di muscoli speciali, 89.23 "elettromiografia dello sfintere uretrale", 93.08.2 "elettromiografia singola fibra" e 95.25 "elettromiografia dell'occhio (EMG)", riferiti ad approfondimenti ultra-specialistici, che richiedono competenze e strumentazione specifiche.

6. In merito ai chiarimenti richiesti circa la codifica per l'intervento di correzione del varismo femoro-tibiale secondo la tecnica di Puddu, si riferisce che lo stesso consiste in un osteotomia della diafisi prossimale della tibia con applicazione di un mezzo di fissaggio interno (cosiddetta placca di Puddu), il cui effetto è rappresentato dalla ricollocazione in asse dell'articolazione del ginocchio. La lamentata indisponibilità di un codice di procedura specifico per l'utilizzo di mezzi di fissaggio interno e la relativa proposta di codifica "omissiva" dello stesso, non può trovare accoglimento, stante l'esistenza del codice di procedura 81.47 "altra riparazione del ginocchio". Lo stesso codice è previsto infatti dall'ICD-9-CM nell'ambito del paragrafo 81.4 "Altra riparazione di articolazione delle estremità inferiori", tra le cui inclusioni figura "artroplastica delle estremità inferiori con: (...) mezzi di fissazione interna".
L'esistenza del codice "specifico" citato, unitamente alla tipologia di problema trattato nonché di risultato ottenuto (ricollocazione in asse della rima articolare del ginocchio), rende corretta l'attribuzione al DRG 503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione) determinata dall'utilizzo del codice di procedura 81.47.
7. A proposito della richiesta di confronto sulla codifica per la procedura di termocoagulazione con radiofrequenza di noduli tiroidei secondo tecnica "moving shot" (ricovero di 0-1 giorno), generalmente effettuata da specialisti endocrinologi o da radiologi interventisti, in assenza di un codice di procedura specifico ed in analogia con le indicazioni di cui alla DGR n. IX/2057/2011 in riferimento alle termocoagulazioni percutanee di lesioni polmonari, epatiche e renali, si condivide la proposta circa l'utilizzo del codice di procedura 06.98 "altri interventi sulla tiroide" con attribuzione al DRG chirurgico 290 "Interventi sulla tiroide". Si accoglie altresì positivamente la proposta di ricomprendere all'interno del DRG 290 anche il primo follow up ecografico e color-doppler, programmato a circa 1 mese di distanza dalla procedura di termocoagulazione (gli altri seguiranno prevedibilmente a 3, 6 e 12 mesi).
8. In riferimento alla codifica della procedura di lipofilling mammario post-mastectomia, eseguita contestualmente alla stessa mastectomia in alternativa all'inserimento di protesi mammaria, si accoglie positivamente la proposta di utilizzo in sesta posizione del codice di lipofilling mammario (cod. 85.82 "innesto a spessore parziale della mammella"); ciò al fine di non influenzare l'algoritmo di calcolo del Grouper con un codice (quello del lipofilling) che determinerebbe l'attribuzione del ricovero ad un DRG dermatologico, non appropriato in caso di contestuale esecuzione di mastectomia.
9. In merito alla richiesta di chiarimenti sul corretto assetto assistenziale dell'intervento di correzione di cataratta con utilizzo di Femtolaser (tecnica di facoemulsificazione e contestuale impianto di lente intraoculare), si riferisce che il quesito chiede conferma della possibilità di impiego della sala laser per il 1° tempo procedurale (suzione con Femtolaser, frammentazione del nucleo, capsuloressi e apertura superficiale del tunnel corneale superficiale e accessorio), seguita dall'effettuazione del 2° tempo in sala operatoria BIC (completamento dell'apertura del tunnel corneale accessorio e principale, iniezione di sostanza viscoelastica in camera anteriore, aspirazione della ressi, facoframmentazione del cristallino con ultrasuoni, aspirazione del materiale lenticolare e iniezione di sostanza viscoelastica, impianto della lente intraoculare e aspirazione della sostanza viscoelastica).
A questo proposito è da dire che non si rilevano ostacoli a che la prima parte della procedura venga eseguita, come descritto, fuori dal blocco operatorio, a patto che vengano rispettate le condizioni di garanzia per il paziente in quanto a sterilità e sicurezza generale. Ciò deve quindi essere preliminarmente oggetto di confronto con la Asl.

10. Riguardo la richiesta di chiarimenti sul corretto setting assistenziale per l'effettuazione di iniezioni intravitreali (cod. 14.75) si chiarisce che le stesse vanno effettuate in regime ambulatoriale, come da nota presente sul nomenclatore tariffario ambulatoriale (IHM). Il riferimento alla macroattività chirurgica a bassa complessità o BIC (che avrebbe previsto che la procedura fosse contrassegnata sul nomenclatore dalla nota IHca), contenuto nella nota n. 13846 del 07.04.2014 "Determina AIFA 17 marzo 2014 – Regime di rimborsabilità e prezzo di vendita del medicinale per uso umano «EYLEA (afibercept)»", è chiaramente un refuso.
11. In merito alla richiesta di chiarimenti sulla codifica della procedura di ecoendoscopia di bronchi/polmoni, in corso di fibrobroncoscopia (EBUS, Endo Bronchial Ultra Sound), si confermano le indicazioni di cui alla DGR n. IX/2057/2011, in riferimento quindi all'utilizzo del codice di procedura 33.22 "broncoscopia con fibre ottiche".
12. In riferimento ai contenuti del Verbale del 18.10.2012 (di seguito riportati) sul tema dell'introduzione del concetto di "minutaggio" anche per il personale medico, si sollecitano i presenti (con particolare riferimento alle rappresentanze delle Asl) ad inviare, come concordato all'epoca, propri suggerimenti utili alla formulazione di una definizione che garantisca la presenza dei medici in una determinata fascia oraria:

"Riassumendo i contenuti di quanto discusso sull'argomento nelle riunioni precedenti (cfr. Verbale di riunione del 16.03.12 – Punto 1), si conclude quanto segue:

a. La proposta di delibera che sarà formulata in Consiglio non appena possibile, prevedrà l'introduzione del concetto di "minutaggio" anche per il personale medico, presente nella fascia oraria 8-20, con eliminazione del riferimento alla presenza per 5 ore consecutive. Il requisito così individuato è da intendersi al netto della guardia notturna.

Si propone altresì di condurre un ulteriore approfondimento finalizzato a definire quali siano i profili degli specialisti per cui garantire la presenza in relazione al tipo di Reparto (es. specialista ortopedico o specialista internista in reparto di Ortopedia ecc.).

Si condivide infine l'opportunità di individuare modalità di verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento che tengano conto innanzitutto di un pool di requisiti "sentinella" da poter utilizzare quali elementi dirimenti ai fini del giudizio sul totale degli stessi requisiti".

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
18.07.2014	----- (sala da definire)	14.00	16.00
Oggetto: Seconda riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 13.06.2014

Nome del verbalizzante: dott.ssa Daniela Nicolosi