

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
14.12.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.30
ORDINE DEL GIORNO			
Ottava riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

PRESENTI

NOMINATIVO	QUALIFICA
Luca Merlinò	Direttore UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Nadia Da Re	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Rosella Ghioldi	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Daniela Nicolosi	UO Governo dei Servizi Sanitari Territoriali e Politiche di Appropriatelyzza e Controllo – Direzione Generale Sanità
Gianluca Avanzi	Direttore Accreditamento, Qualità, Sicurezza Farmacia - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus
Aldo Bellini	Direttore SC Controllo Prestazioni Sanitarie – Asl di Milano
Alberto Albertini	Servizio Autorizzazione e Accreditamento, Acquisto e Controllo delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Giorgio Brugaletta	Servizio Autorizzazione e Accreditamento, Acquisto e Controllo delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Riccardo Baldelli	Dirigente Medico Direzione Sanitaria AO San Paolo - Milano
Enza Pallone	Direzione Sanitaria AO Luigi Sacco - Milano
Giorgia Saporetti	Risk Manager e Referente UO Qualità, Rischio clinico e Accreditamento - AO Luigi Sacco - Milano
Laura Radice	Direttore Medico di Presidio AO San Gerardo - Monza
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)
Andrea Capponi	Consulente IRCCS Multimedica – Sesto San Giovanni
Ornella Leoncini	
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Alessandro Krachmalnicoff	Laboratorio Analisi Cliniche Magenta srl Referente Federlab Lombardia
Bruno Pertici	Biochimico Laboratorio Analisi Mediche srl Referente Federlab Lombardia

RESOCONTO INCONTRO

La Dott.ssa Nicolosi introduce i lavori riassumendo le tematiche dell'ordine del giorno, come di seguito richiamato:

1. Richiesta di chiarimenti su correttezza della codifica di tumore in diagnosi principale in ricoveri ordinari per chemioterapia e contestuale studio della patologia (es. TAC o RM);
2. Richiesta di chiarimenti su correttezza codifica in diagnosi secondaria di tumore secondario in ricovero per mastectomia con riscontro di linfonodo sentinella positivo;

3. Criteri per la codifica di neonato con segni di malnutrizione in nati a termine di basso peso (basso peso/SGA);
4. Uso del codice di procedura 86.22 (rimozione asportativa di ferita);
5. Richiesta di chiarimenti su correzioni codifica da attività NOC con incremento della tariffa DRG e riconversione da extra- ad intra-budget;
6. Richiesta di chiarimenti circa l'utilizzo dei criteri di verifica della qualità documentale nel corso dei controlli di congruenza;
7. Richiesta di inserimento della procedura di rimozione dei mezzi di sintesi tra i codici afferenti alla bassa complessità assistenziale;
8. Richiesta di chiarimenti circa documentazione clinica necessaria ai fini della codifica di infarto cerebrale;
9. Richiesta di chiarimenti circa correttezza della codifica della procedura di papillotomia in corso di TURV;
10. Codifica della prestazione ambulatoriale di stimolazione del nervo tibiale posteriore;
11. Osservazioni sulla revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano;
12. Osservazioni in merito alle esenzioni per patologia;
13. Richiesta di revisione del rimborso tariffario delle prestazioni ambulatoriali relative ai codici 86.3 ed 86.4;
14. Nuova proposta di codifica per la procedura di ricovero di rimozione di protesi ortopedica ed inserimento di spaziatore antibiotato (codice 78.55);
15. Richiesta di modifica del nomenclatore tariffario ambulatoriale in merito alle prestazioni di Elettromiografia;
16. Esame della proposta di revisione dei requisiti di accreditamento formulata dagli EEPA;
17. Codifica della procedura di endoscopia delle vie lacrimali;
18. Richiesta di chiarimenti in relazione ai limiti di prescrizione per ricetta della terapia ad onde d'urto;
19. Richiesta di chiarimenti in merito alle quantità prescrivibili delle prestazioni ambulatoriali di angiografia con verde di indocianina ed angiografia con fluoresceina sodica;
20. Richiesta di assimilazione delle procedure ambulatoriali di FDT perimetria a duplicazione di frequenza e di microperimetria allo studio del campo visivo (codice 95.05);
21. Richiesta di chiarimenti in merito alla possibilità di rendicontare la prestazione ambulatoriale 89.01 (visita di sorveglianza TAO) anche per esecuzione di prelievo domiciliare o per consegna referti via sms, telefono o fax;
22. Codifica dei ricoveri relativi a neonati sani in osservazione per sospette condizioni morbose;
23. Varie ed eventuali.

Discussione:

1. Il dott. Bellini chiede chiarimenti in merito alla correttezza della codifica di tumore in diagnosi principale in relazione alle indicazioni sulla stadiazione delle neoplasie di cui all'Allegato A della DGR n. IX/2057/2011: in particolare il quesito si riferisce a ricoveri ordinari di 3-5 giorni finalizzati al trattamento chemioterapico con contestuale studio della patologia tramite, solitamente, l'esecuzione di un singolo esame strumentale (es. TAC, RM, ecografia).
Il dott. Merlini chiarisce che la tipologia di ricoveri descritti è inequivocabilmente di ricoveri per chemioterapia e deve quindi essere rendicontata come tale: l'eventuale contestuale esecuzione di esami diagnostici di controllo, a meno che gli stessi non conducano ad una modifica della diagnosi originale, non deve portare alla mancata selezione in diagnosi principale del codice di chemioterapia (cod. V58.1-), dal momento che, nei casi descritti, è proprio l'esecuzione del suddetto trattamento a rendere ragione del giudizio di appropriatezza del regime erogativo prescelto.
2. Il dott. Bellini chiede chiarimenti in merito alla correttezza della codifica in diagnosi secondaria di tumore secondario in ricovero per mastectomia con riscontro di linfonodo sentinella positivo.
Il dott. Merlini chiarisce 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 tumorale, da riservarsi al riscontro di infiltrazioni metastatiche a distanza (come da classificazione TNM).

3. Il dott. Bellini chiede chiarimenti in merito ai criteri da utilizzare per la codifica di neonato con segni di malnutrizione in nati a termine di basso peso (cod. 764.1_), stante la difformità di comportamento registrata a carico degli erogatori presenti sul territorio della Asl di Milano. Lo stesso dott. Bellini suggerisce che le valutazioni sulla suddetta codifica tengano conto della durata della degenza e riferisce che la società scientifica dei pediatri lombardi sta elaborando un documento in proposito. Il dott. Merlino concorda con le valutazioni espresse in ordine alla durata della degenza ed invita i referenti Asl a voler fare da tramite presso la società scientifica citata, affinché i lavori condotti possano essere sottoposti all'attenzione del presente tavolo regionale, come contributo alla valutazione della suddetta tematica, della quale si rimanda quindi la definizione conclusiva.
4. In merito ai chiarimenti richiesti circa la definizione del corretto uso del codice di procedura 86.22 ("rimozione asportativa di ferita, infezione, ustione"), il dott. Merlino riferisce che le difficoltà interpretative tutt'ora esistenti circa l'utilizzo del suddetto codice (da riservarsi alle procedure eseguite in sala operatoria, con asportazioni chirurgicamente rilevanti di tessuto cutaneo e sottocutaneo, a carico di aree estese, e non in caso, ad esempio, di semplici escariectomie), suggeriscono, per il futuro, di considerare l'ipotesi di vietarne utilizzo in qualsiasi condizione, riservandosi quindi di dare prossimamente specifiche indicazioni in merito.
5. In merito alla richiesta di chiarimenti circa le correzioni della codifica da attività NOC con incremento della tariffa DRG e riconversione dei relativi ricoveri da extra- ad intra-budget, il dott. Merlino ribadisce che, come già definito nel corso dell'ultima riunione del presente GdL (rif. Punto 1 del Verbale del 09.11.11), la ricodifica degli episodi di ricovero "sottocodificati" (anche nei termini sopra descritti) non rientra tra i compiti del personale ispettivo delle Asl.
6. In merito alla richiesta di chiarimenti circa l'utilizzo dei criteri di verifica della qualità documentale nel corso dei controlli di congruenza, il dott. Merlino conferma la possibilità di procedere anche per questa tipologia di controllo all'annullamento della valorizzazione a fronte del riscontro di gravi carenze documentali (di cui alla DGR n. IX/621/2010), ammettendo però che l'eventuale documentazione mancante possa essere fornita su richiesta anche in corso di controllo nel caso in cui la stessa, redatta e sottoscritta nei modi e nei tempi coerenti con l'effettuazione dell'attività assistenziale cui si riferisce ma erroneamente sfuggita all'archiviazione in cartella clinica, possa essere rintracciata in originale o in formato elettronico scannerizzato.
7. In merito alla richiesta di inserimento della procedura di rimozione dei mezzi di sintesi (cod. 78.6_) tra i codici afferenti alla bassa complessità assistenziale, il dott. Merlino riferisce che si terrà conto della suddetta proposta in occasione dell'emanazione delle prossime regole di esercizio 2013 ed invita altresì i referenti presenti a voler fare pervenire nel corso di quest'anno eventuali ulteriori suggerimenti relativi a procedure riconducibili in bassa complessità assistenziale.
8. In relazione ai chiarimenti richiesti circa la documentazione clinica necessaria ai fini della codifica di infarto cerebrale, il dott. Merlino suggerisce che (unitamente al criterio clinico di cui all'Allegato A alla DGR n. IX/2057/2011) sia ricercata anche la presenza della diagnostica per immagini comprovante l'avvenuto infarto cerebrale, dal momento che la suddetta tipologia di indagine, spesso falsamente negativa nelle fasi precoci dell'episodio infartuale, viene solitamente ripetuta nel corso dei suddetti ricoveri.
9. In merito alla richiesta di chiarimenti circa la correttezza della codifica della procedura di papillotomia (cod. 56.1) in corso di TURV (nel caso in cui l'intervento sia effettuato a ridosso della papilla ureterale), il dott. Merlino definisce non corretta la scelta di selezionare il codice relativo alla citata papillotomia, in quanto la stessa non è configurabile quale intervento a sé stante in corso di TURV.
10. In merito alla richiesta circa la corretta individuazione del codice ambulatoriale per la prestazione di stimolazione del nervo tibiale posteriore, il GdL, in accordo con il dott. Merlino, propone i codici 99.92 "ALTRA AGOPUNTURA; Per seduta; Incluso: agopuntura per analgesia; Escluso: quella con

moxa revulsivante (93.35.1)" o 93.08.6 "STIMOLAZIONE RIPETITIVA; Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon; Incluso: EMG".

(n.d.r.: A seguito della revisione della bozza del presente verbale operata tra i membri del GdL, si mette a verbale il commento, riportato di seguito, inviato dalla rappresentanza degli EEPA, invitando la stessa a voler produrre gli approfondimenti necessari a formulare una proposta alternativa nel corso della prossima riunione: "Al punto 10 la EMG prevista nel rimborso per il codice 93.08.6 (€ 10,55) non sembra appropriata. Inoltre i due codici proposti non rientrano nella branca di Medicina fisica e riabilitazione nelle quali sono di norma erogati".)

11. In merito alla revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano (rif. documento "CommissioneChirurgiaPlasticaRicostruttiva rev.2011.pdf")¹, avendo ricevuto gli esiti degli approfondimenti richiesti alla Asl di Milano (rif. Punto 9 del Verbale del 09.11.11) e dopo condivisione con i referenti del presente GdL, il dott. Merlino definisce che il suddetto documento viene integralmente recepito da questa Direzione tramite la sua pubblicazione sullo spazio Interpello della DG Sanità e dispone che lo stesso funga da supporto per le valutazioni di appropriatezza delle prestazioni di chirurgia plastica-ricostruttiva in esso descritte. Si sottolinea che il GdL concorda sull'eliminazione del riferimento relativo alla richiesta di documentazione TAC per l'erogabilità della correzione di diastasi dei retti superiore a 5 cm (rif. paragrafo "Addominoplastica") sostituendolo con la presenza di documentazione fotografica.
12. In merito alle osservazioni sinora pervenute circa le esenzioni per patologia, il dott. Merlino riferisce che si sta procedendo alla raccolta di tutti i suddetti contributi al fine della loro valutazione in ordine alla possibilità di emanare specifiche indicazioni in merito.
13. In merito alla richiesta di revisione del rimborso tariffario delle prestazioni ambulatoriali relative ai codici 86.3 ed 86.4, il dott. Merlino riferisce che la stessa sarà valutata in occasione dei prossimi aggiornamenti tariffari.
14. Il dott. Beretta, in riferimento a quanto definito nel corso dell'ultimo incontro del GdL (rif. Punto 4 del Verbale del 09.11.11), chiede che sia valutata la nuova proposta di codifica (tratta dalle linee guida di codifica in uso nella Regione Emilia Romagna) per la procedura di ricovero di rimozione di protesi ortopedica ed inserimento di spaziatore antibiotato relativa all'utilizzo del codice 78.55 ("fissazione interna del femore senza riduzione di frattura"): ciò al fine di equiparare la suddetta tipologia di ricovero ai rimborsi previsti per l'inserimento di protesi ed in considerazione del fatto che le strutture dallo stesso rappresentate non godono della funzione tariffaria prevista per i pazienti settici.
Il dott. Merlino definisce che la suddetta codifica, relativa a procedure di fissazione, non appare utilizzabile nell'intervento in oggetto.
15. In relazione alla richiesta di modifica del nomenclatore tariffario ambulatoriale per le prestazioni di Elettromiografia, con particolare riferimento alla proposta di unificazione sotto la voce di "Elettromiografia", identificata da un codice univoco, di tutti i test che vengono sottesi dalla suddetta metodica (es. velocità di conduzione nervosa motoria e sensitiva, risposte riflesse ecc.), si rileva che, stante l'assetto prescrittivo attuale, non emerge chiaramente dalla presente discussione l'utilità della modifica richiesta, per cui si ritiene per il momento di riconfermare la situazione attuale.
16. In merito alla proposta di revisione dei requisiti di accreditamento formulata dagli EEPA (attualmente all'esame di questa Direzione), la dott.ssa Da Re ribadisce l'opportunità che la stessa sia ampiamente condivisa con le Asl e dal momento che i referenti presenti riferiscono di non aver ancora ricevuto sufficienti riscontri dai propri colleghi, definisce di rimandare ai prossimi incontri la discussione sulla presente tematica.

¹ Il documento "CommissioneChirurgiaPlasticaRicostruttiva_rev.2011.pdf" è presente sullo spazio Interpello nella sezione Biblioteca, unitamente al presente verbale.

17. In merito alla richiesta avanzata dal dott. Beretta, circa la codifica della procedura di endoscopia delle vie lacrimali, si ritiene di valutare la possibilità dell'inserimento di questa prestazione (di cui al codice ambulatoriale 09.43 di recente introduzione) in bassa complessità assistenziale, per cui, come nel caso esaminato al Punto 7 del presente Verbale, si terrà conto della suddetta proposta in occasione dell'emanazione delle prossime regole di esercizio 2013.
18. In merito alla richiesta di chiarimenti in relazione ai limiti di prescrizione per ricetta della terapia ad onde d'urto (codici 98.59.1 e 98.59.2), la dott.ssa Ghioldi riferisce che l'indicazione contenuta nel nomenclatore ambulatoriale di un massimo di 3 sedute, riferita al distretto corporeo (per cui sulla stessa impegnativa sono prescrivibili distretti diversi, es. spalla dx e spalla sx), sarà oggetto nel corso del prossimo anno di specifiche indicazioni (orientate a definire che l'indicazione sia modificata in "massimo di 3 sedute all'anno e per distretto corporeo") legate all'emanazione di linee guida tecnico-scientifiche.
Il dott. Beretta e la dott.ssa Sorgente si rendono disponibili a condividere ulteriori indicazioni tecnico-scientifiche in materia che vanno in una direzione meno limitante sul numero delle sedute utili.
19. In merito alla richiesta di chiarimenti circa le quantità prescrivibili delle prestazioni ambulatoriali di angiografia con verde di indocianina ed angiografia con fluoresceina sodica (cod. 95.12), si ritiene che la suddetta richiesta vada integrata con la documentazione clinica di riferimento e con una quantificazione della casistica relativa, per cui si rimanda ai prossimi incontri la definizione conclusiva della tematica;
20. In merito alla richiesta di assimilazione delle procedure ambulatoriali di FDT perimetria a duplicazione di frequenza e di microperimetria allo studio del campo visivo (cod. 95.05), come nel caso esaminato al punto 19 del presente Verbale, si ritiene che la suddetta richiesta vada integrata con la documentazione clinica di riferimento, per cui si rimanda ai prossimi incontri la definizione conclusiva anche di questa tematica;
21. In relazione alla richiesta di chiarimenti in merito alla possibilità di rendicontare la prestazione ambulatoriale 89.01, relativamente alla visita di controllo nell'ambito della sorveglianza TAO, la dott.ssa Da Re ribadisce che in nessuna condizione è ammissibile la rendicontazione di prestazioni che non siano state effettivamente eseguite.
22. In merito alla codifica dei ricoveri relativi a neonati sani in osservazione per sospette condizioni morbose (di cui all'Allegato A della DGR n. IX/2057/2011), il dott. Beretta chiede chiarimenti in merito all'utilizzo del codice di diagnosi principale V29._ di osservazione per sospetto in relazione alla condizione di neonato sano.
La dott.ssa Nicolosi riferisce che è fondamentale definire se la suddetta tematica è riferita a ricoveri di neonati sani ospitati nel nido o a ricoveri successivi: nel primo caso infatti la condizione di neonato sano va rendicontata esclusivamente attraverso i codici da V30 a V39 in diagnosi principale (come da Allegato A della DGR citata), i quali invece non devono essere utilizzati negli eventuali ricoveri successivi dei neonati in quanto non più riferiti all'evento della nascita. Il codice di osservazione per sospetto, utilizzato nel caso in cui non sia stata formulata una diagnosi specifica all'atto della dimissione del neonato, non va quindi usato nella prima tipologia di ricovero.
23. Si definisce che con il presente incontro il GdL Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli conclude i lavori relativi all'anno 2011 e che questa Direzione procederà (con proprio atto) alla sua riconvocazione per l'anno 2012 tramite il rinnovo della validità prevista dal Decreto di istituzione (DDG n. 4304/2011).

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
da definirsi	da definirsi	--:--	--:--
Oggetto: Prima riunione dell'attività 2012 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 14.12.2011