

## DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
27.04.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Terza 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
Maddalena Minoja	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
Aldo Bellini	Direttore SC Controllo Prestazioni Sanitarie – Asl di Milano
Gianluigi Gariboldi	Direttore SC Accreditamento Sanitario – Asl di Milano
Roberta Chiesa	Direttore Servizio Autorizzazione e Accreditamento, Acquisto e Controllo delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Bernardo Brambilla	Dirigente Medico UO Autorizzazione, Accreditamento degli Erogatori Sanitari – Asl di Brescia
Valerio Folcini	Dirigente medico 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
Rosaria Rivolta	AO San Gerardo - Monza
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOF (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Pierangelo Bombelli	Fondazione Salvatore Maugeri - Milano Referente Assolombarda
Paola Garancini	Responsabile Area Qualità e Accreditamento - Direzione Sanitaria - IRCCS San Raffaele - Milano
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)

## RESOCONTO INCONTRO

Il Dr. Merlinò introduce i lavori riassumendo le tematiche dell'ordine del giorno, come di seguito richiamato:

1. Aggiornamento sulle tematiche rimaste in sospeso a conclusione della riunione dello scorso 30.03;
2. Requisiti di dotazione organica per interventi di chirurgia ambulatoriale;
3. Specialità del medico che esegue interventi di chirurgia ambulatoriale;
4. Riconoscimento equipe miste in sala operatoria;
5. Requisiti del medico di guardia;
6. Specializzazione dei medici di Pronto Soccorso;

7. Requisiti DEA-EAS;
8. Chiarimenti su DGR 1479/2011;
9. Requisiti di dotazione organica del personale medico per le UO di degenza chirurgica;
10. Attività medici specializzandi;
11. Parziale carenza di alcuni requisiti organizzativi e funzionali specifici;
12. Requisiti per le attività di Emodinamica;
13. Varie ed eventuali.

1. Il dott. Merlino affronta le tematiche di seguito riportate e rimaste in sospeso a conclusione della riunione dello scorso 30.03:

a) Codifica degli interventi di Longo/STARR:

il dott. Merlino riferisce della conclusione dei lavori della Commissione di approfondimento riconvocata dalla Asl di Milano e della stesura del documento finale, il quale sarà allegato al presente verbale e diffuso unitamente allo stesso<sup>1</sup>.

b) Codifica degli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica:

il dott. Bellini riferisce che è stato riattivato dall'Asl di Milano il tavolo di lavoro sulla chirurgia plastica e che i lavori sono ancora attualmente in corso. Si rimanda quindi ai prossimi incontri la definizione conclusiva della tematica.

c) Applicazione della Circolare della Direzione Generale Sanità del 09.02.2011 ad oggetto *"Nota integrativa della Circolare n. 37/SAN ad oggetto L.R. n. 11 del 04 agosto 2003 – indirizzi per l'applicazione di sanzioni amministrative"*:

il dott. Merlino valuta positivamente il contributo fornito in merito dal dott. Bellini, che, in considerazione del fatto che i controlli servono a verificare che le prestazioni siano pagate correttamente, sposta l'attenzione dal numero delle cartelle modificate al loro valore. La suddetta ipotesi propone quindi che la soglia del 5% di errore sia calcolata sull'entità della decurtazione economica realizzata come esito delle attività di controllo, secondo la seguente formula:

Numeratore: decurtazione in Euro dei ricoveri dell'intero campione.

Denominatore: valorizzato in Euro dei ricoveri dell'intero campione.

Soglia: rapporto  $\geq 0,05$ .

La dott.ssa Chiesa si propone per operare una simulazione sull'attività dello scorso anno utilizzando la nuova ipotesi di calcolo per le sanzioni amministrative: di seguito la definizione conclusiva della suddetta tematica.

2. Il dott. Beretta chiede delucidazioni sulla definizione dei requisiti minimi di dotazione organica di personale per interventi di chirurgia ambulatoriale eseguiti in sala operatoria.

Il dott. Merlino definisce che in caso di esecuzione di attività prettamente ambulatoriali in ambiti assistenziale a maggior intensità rispetto a quelli previsti, i requisiti minimi da garantire sono comunque quelli assolti con il livello proprio delle prestazioni ambulatoriali.

3. Il GdL chiede, ai fini di una più ampia definizione delle specialità richieste al medico che esegue interventi di chirurgia ambulatoriale, di aggiornare le branche di afferenza delle prestazioni ambulatoriali oppure di individuare un diverso criterio di assolvimento del requisito che sia legato ai profili professionali e non alle branche specialistiche indicate nel nomenclatore tariffario.

---

<sup>1</sup> Il documento "AslMilano\_MetodicaSTARR\_2011.pdf" è presente sullo spazio Interpello nella sezione Biblioteca, unitamente al presente verbale: le indicazioni di codifica in esso indicate saranno oggetto del III Provvedimento delle Regole d'Esercizio 2011 di prossima uscita.

Il dott. Merlini accoglie l'ipotesi di aggiornamento delle branche di afferenza delle prestazioni ambulatoriali e chiede a questo scopo la collaborazione del GdL circa la formulazione di specifiche proposte di aggiornamento.

Il dott. Gariboldi si propone per fornire un contributo in proposito, elaborato insieme all'Asl di Bergamo: di seguito la definizione conclusiva della suddetta tematica.

4. Il GdL chiede se sia possibile riconoscere le equipe miste in sala operatoria ai fini dell'assolvimento dei requisiti minimi di dotazione di personale, anche nel caso in cui uno degli operatori presenti sia in possesso di titoli specialistici per cui la struttura non risulta accreditata.  
A questo proposito è citato a titolo di esempio l'intervento di mastectomia eseguito in paziente oncologica dal chirurgo generale col supporto del chirurgo plastico, in struttura non accreditata per la chirurgia plastica.  
Il dott. Merlini suggerisce che in tali situazioni il discrimine sia proprio la tipologia di intervento da eseguire, dato che non appare ravvisabile in tali circostanze il tentativo di aggirare l'accreditamento per fare attività non autorizzate. Si propone inoltre che a tal fine si instaurino accordi preliminari tra la Asl e gli erogatori, che garantiscano che la tipologia di intervento sia volta ad erogare una prestazione per cui quella struttura è accreditata.  
Il dott. Merlini riferisce inoltre che le attuali dotazioni organiche degli ospedali suggeriscono che nel lungo termine si realizzerà una carenza nel turnover dei medici, a causa della quale bisognerà in futuro prevedere delle modifiche alle regole di accreditamento che favoriscano l'efficacia, tramite requisiti di accreditamento intervento-specifici: occorrerà entrare maggiormente nel merito degli interventi, garantendo al contempo i requisiti minimi di sicurezza.  
La dott.ssa Da Re concorda con la suddetta impostazione ed invita quindi ad evitare la duplicazione di UO che non si rivelino realmente necessarie.
5. Il dott. Beretta chiede delucidazioni sui requisiti professionali richiesti al medico di guardia.  
Il dott. Merlini definisce che i requisiti siano gli stessi individuati per le attività sub-acute: specializzazione in disciplina di area medica, eccetto branche ultra-specialistiche quali ad es. la psichiatria.  
Il dott. Gariboldi suggerisce che il medico abbia esperienza in attività di continuità assistenziale e formazione specifica in BLS.  
Il dott. Merlini concorda, definendo che tale formazione sia garantita dalla struttura di appartenenza del medico di guardia.
6. Il dott. Beretta chiede delucidazioni sui requisiti professionali richiesti al medico di Pronto Soccorso.  
Il dott. Merlini ritiene necessario procedere ad un approfondimento in materia tramite l'Ufficio del Personale.  
Il dott. Folcini riferisce che il Decreto del 30 gennaio 1998 "*Tabella relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale*", alla voce "*Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza*", considera come equipollenti quasi tutte le specialità.  
Il dott. Merlini conclude che quanto definito nel Decreto va sicuramente bene.
7. Il dott. Beretta chiede chiarimenti sul concetto di guardia attiva divisionale ed interdivisionale per il DEA/EAS, ai sensi della DGR 932/1998.  
Il dott. Merlini riferisce che la guardia attiva è la presenza.
8. Il GdL chiede chiarimenti sui requisiti di day hospital nelle more della definizione della nuova macroattività ambulatoriale ai sensi della DGR 1479/2011.  
Il dott. Merlini riferisce che fino all'emanazione dei nuovi requisiti, si intendono validi quelli precedenti all'emanazione della suddetta DGR.  
Sicuramente sarà richiesta la presenza della cartella clinica, in quanto strumento necessario ai fini dell'integrazione di tutte le informazioni clinico-assistenziali: la cartella clinica, nel caso ad esempio del paziente oncologico, andrebbe chiusa alla conclusione di ogni ciclo terapeutico, in modo da avere una distribuzione omogenea nell'anno della suddetta tipologia di prestazioni.  
Il dott. Bellini riferisce che alcune strutture sanitarie utilizzano, per i pazienti oncologici, il fascicolo sanitario, che racchiude diversi cicli di assistenza sia di ricovero che ambulatoriali.

9. Il dott. Beretta chiede se sia possibile far sì che la dotazione organica del personale medico in area chirurgica sia assolta su base dipartimentale.

Il dott. Merlini riferisce che la questione andrà affrontata nel prossimo futuro così come quella del vincolo delle 5 ore consecutive di presenza nell'ambito orario 8-20, il quale potrebbe ad esempio essere superato da una suddivisione delle ore tra l'inizio e la fine della giornata. Si tratta di valutare la possibilità di modifica degli ulteriori requisiti di accreditamento definiti con la DGR n. 38133/1998. La dott.ssa Da Re rileva che una modalità di assolvimento del requisito organizzativo mediata all'interno di un'area o dipartimento è subordinata necessariamente alla modalità con cui lo stesso è organizzato dal punto di vista strutturale, in quanto in numerosi ospedali si hanno aree distribuite, ad esempio, su piani diversi. Le Asl dovrebbero prendersi l'onere di verificare che ci sia una congruenza logistico-strutturale di base nella costruzione delle aree.

10. Il dott. Beretta chiede se sia possibile ipotizzare che gli specializzandi assolvano ai requisiti di dotazione minima organica del personale negli ultimi due anni del loro corso di studi, a fronte della grave carenza di medici registrata.

Il dott. Merlini riferisce che la normativa delle scuole di specialità prevede che i medici specializzandi debbano dimostrare, nel loro curriculum formativo, di aver fatto un certo numero di interventi da primo operatore: si potrebbe ipotizzare in tal caso che il terzo operatore (medico strutturato) sia prontamente reperibile nella struttura in caso di necessità ma bisognerebbe anche sentire il parere della consulta degli specializzandi. Non è quindi possibile definire oggi stesso questa questione.

Il dott. Gariboldi ricorda che le regole contrattuali del 2008 della Asl di Milano esplicitano che il medico specializzando può regolarmente operare come primo operatore (così come anche previsto dalla normativa della formazione universitaria) e che attualmente l'unico espresso divieto è proprio all'utilizzo dello specializzando per assolvere ai requisiti minimi di accreditamento: lo specializzando firma quindi il verbale operatorio, insieme ai due operatori strutturati (uno dei quali riveste il ruolo di tutor temporaneo).

Il dott. Gariboldi fornirà la suddetta normativa di formazione universitaria e precisa al contempo che in merito all'impiego dei medici specializzandi sussistono anche problemi di natura assicurativa e di risk management.

11. Il dott. Beretta ipotizza l'introduzione di una soglia di tolleranza (5%) per la parziale carenza dei requisiti minimi organizzativi e funzionali specifici.

Il dott. Merlini non concorda con la suddetta ipotesi e definisce che le regole attualmente vigenti in materia non siano modificate.

12. Il dott. Merlini riferisce che per motivi di tempo, il tema dei requisiti per le attività di Emodinamica è rimandato al prossimo incontro.

13. Il dott. Bellini pone il tema della correttezza del pagamento delle prestazioni di ricovero in carenza dei prescritti requisiti di accreditamento e dell'eventuale messa in atto di meccanismi di rivalsa contrattuale.

Il dott. Merlini concorda con la necessità di approfondire l'argomento, anche in considerazione del fatto che il problema può riguardare prestazioni erogate realmente ed in maniera appropriata.

Il dott. Beretta chiede delucidazioni sulla definizione del numero di posti letti da riconvertire in cure sub-acute, come richiamato alla pag. 6 dell'Allegato 1 della DGR 1479/2011 ("Le Asl in base ai contenuti già definiti all'allegato 15 della DGR 937/2010, considerato che la riduzione di posti letto nel rispetto del rapporto 70/30 pubblico/privato è mediamente raggiunta con la riduzione del 80% dei posti letto di day hospital di tipo non chirurgico (vedi allegato 3), ...".

Il dott. Merlini riferisce che l'interpretazione corretta del suddetto passaggio è che la riduzione di posti letti nelle percentuali del 70 e 30 tra erogatori pubblici e privati è assolta prevalentemente dalla previsione di Giunta di ridurre dell'80% i posti letti di day hospital di tipo non chirurgico. Da ciò deriva che le riconversioni in oggetto riguarderanno esclusivamente letti di ricovero ordinario.

Il dott. Beretta chiede se il ruolo di coordinatore medico possa essere assolto dal direttore sanitario.

La risposta del dott. Merlino al suddetto quesito è negativa: il coordinatore medico deve essere un clinico perché l'attività di coordinamento richiesta è di tipo clinico.

Il dott. Beretta propone di convertire parte delle prestazioni di chirurgia dermatologica ambulatoriale riconducibili ai codici di prestazione 86.3 ed 86.4, in macroattività ambulatoriale, aumentando quindi le tariffe.

Il dott. Merlino invita il dott. Beretta a formulare per il prossimo incontro delle proposte specifiche, che contengano i criteri di differenziazione delle prestazioni eventualmente candidabili alla chirurgia a bassa complessità da quelle proprie del regime ambulatoriale.

## **PROSSIMO INCONTRO**

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
18.05.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
Oggetto: Quarta riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 27.04.2011