

## DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
21.09.2011	Stanza 16, Piano II – Area Arancione	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Sesta 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
Roberta Chiesa	Direttore 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
Alessandro Amorosi	Dirigente Medico Direzione Sanitaria AO San Paolo - Milano
Laura Radice	Direttore Medico di Presidio AO San Gerardo - Monza
Giorgia Saporetti	Risk Manager e Referente UO Qualità, Rischio clinico e Accreditamento - AO Luigi Sacco - Milano
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
Angelo Gironi	Direttore Generale CAM – Centro Analisi Monza Presidente ANISAP (Associazione Nazionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private)
Alessandro Signorini	Direttore Sanitario Fondazione Poliambulanza – Brescia – Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
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. Richiesta chiarimenti su contenuti della DGR n. IX/2057/2011 (III Provvedimento Regole 2011):
  - a. problemi legati all'applicazione della TUC (Tariffa Unica Convenzionale);
  - b. codifica interventi sulla spalla;
  - c. recepimento conclusioni del Tavolo Tecnico sulla chirurgia ricostruttiva post-bariatrica;
2. Richiesta chiarimenti su contenuti della DGR n. IX/1962/2011 (requisiti macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale);

3. Proposta su definizione dei criteri di appropriatezza dei diversi setting assistenziali per l'esecuzione delle prestazioni di cui ai codici di procedura 86.3 ed 86.4;
4. Codifica per interventi di rimozione di protesi ortopedica infetta e inserzione di spaziatore antibiotato (ginocchio ed anca);
5. Rimborsabilità dei ricoveri in caso di anestesia locale/topica, come da DRG n. IX/621/2010;
6. Richiesta chiarimenti in ordine ai trasferimenti tra strutture sanitarie;
7. Richiesta chiarimenti in merito alle corrette modalità di prescrizione di prestazioni non ricomprese negli elenchi delle prestazioni esenti per patologia a carico di cittadini esenti;
8. Codifica della prestazione di denervazione renale transcateretere in pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente alla terapia;
9. Codifica dei ricoveri per effettuazione di fibrinolisi in pazienti affetti da ictus ischemico;
10. Codifica dell'intervento di minitracheostomia;
11. Assolvimento requisito di accreditamento OSOPE02 in chirurgia ortopedica mini-invasiva;
12. Presentazione della revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano e condotta con la collaborazione di professionisti clinici esperti nel settore;
13. Varie ed eventuali.

#### Discussione:

1. In merito alla richiesta di chiarimenti sui contenuti della DGR n. IX/2057/2011:
  - a. Il dott. Beretta chiede chiarimenti in merito all'applicazione della TUC con particolare riferimento a:
    - assenza di valori soglia per la TUC in presenza di DRG complicati e di DRG di cui all'allegato F della DGR n. IX/2057/2011;
    - modalità di rendicontazione per prestazioni di chirurgia a bassa complessità fruite da pazienti di provenienza extraregionale;
    - possibilità di utilizzo del codice reparto 75 (anziché 56) per la riabilitazione neurologica.

Il dott. Merlino chiarisce che le prestazioni fruite dai pazienti extraregionali seguono esclusivamente le regole previste dalla TUC da tutti i punti di vista senza alcuna eccezione. Eventuali disposizioni relative a soglie di degenza o ad altri parametri non previsti dalla TUC saranno applicate esclusivamente ai ricoveri dei pazienti lombardi. Si precisa inoltre che le tariffe TUC di cui alla DGR IX/2057/2011, fin quando non verrà approvata la nuova TUC 2011, si riferiscono alla TUC 2010 approvata nel 2011, in quanto l'unica attualmente disponibile.

Le prestazioni di chirurgia a bassa complessità fruite dai pazienti extraregione verranno rendicontate regolarmente come prestazioni ambulatoriali.

In merito ai codici dei reparti di riabilitazione, il dott. Merlino precisa che in Lombardia il codice 56 relativo alla riabilitazione specialistica ricomprende tutte le tipologie di ricoveri di riabilitazione specialistica: l'utilizzo del codice 75 relativo alla riabilitazione neurologica è errato perché riconduce a requisiti di accreditamento diversi da quelli previsti per il codice 56, che in Lombardia non sono attivi. È attualmente in corso un tavolo di lavoro con gli esponenti della SIMFER che prevede anche l'individuazione di criteri per l'attivazione di requisiti di accreditamento superiori a quelli attualmente previsti ma ad oggi occorre utilizzare esclusivamente il codice 56.

- b. In merito alla codifica degli interventi sulla spalla, in risposta al quesito formulato, si conviene che la disposizione relativa all'omissione dei codici di procedura di riparazione articolare (es. acromionoplastica) in corso di interventi sulla spalla in artroscopia (di cui all'Allegato A della DGR n. IX/2057/2011) abbia decorrenza dal 1° gennaio 2012 unitamente alla disposizione sull'utilizzo della sesta posizione per il codice di procedura 80.21 ("artroscopia della spalla"), così come precedentemente convenuto (rif. Verbale del 23.02.2011 – Punto 3).
- c. In relazione alle conclusioni del Tavolo Tecnico sulla chirurgia ricostruttiva post-bariatrica, in risposta al quesito formulato, si precisa che le stesse sono state recepite, come concordato,

tramite pubblicazione sullo spazio Interpello del sito della DG Sanità (rif. Verbale del 19.05.2011 e documento "AslMilano\_CodificaChirurgiaPlasticaPostBariatrica\_2011.pdf").

2. In merito alla richiesta di chiarimenti sui contenuti della DGR n. IX/1962/2011, la dott.ssa Da Re chiarisce quanto segue:
- Quesito: OSEMO03-04 EMODINAMICA: è possibile sostituire la presenza attiva del cardiologo con "o altro personale medico specializzato"? **Risposta:** NO. Le prestazioni riclassificate sono dichiaratamente solo quelle cardiologiche e non comprendono al momento la radiologia interventistica per cui è richiesto il cardiologo. Si concorda di aggiungere anche la figura del cardiocirurgo.
  - Quesito: SSACA01: è possibile modificare "È presente uno o più locali dedicati esclusivamente" con l'aggiunta di "o almeno non contemporaneo"? **Risposta:** SI.
  - Quesito: SSACA07-08-09: per questi requisiti resta comunque ferma la regola espressa dalla DGR 9014/2009, allegato 5, secondo la quale possono essere assolti a livello dipartimentale, per piano di degenza, previo parere positivo della ASL? **Risposta:** SI.
  - Quesito: OSACA01: fino all'adozione degli atti regionali di cui al requisito OSACA02, i protocolli sono i medesimi attualmente adottati per assolvere ai requisiti di DH di cui al DPR 14.01.1997 e alla DGR n. 34766/1998? **Risposta:** SI.
  - Quesito: OSACA02: le procedure diagnostiche inserite in MAC, fino all'adozione dei pacchetti di prestazioni, rispettano i requisiti di cui alla DGR n. 1479/2011 e alla DGR n. 1962/2011? **Risposta:** SI.
  - Quesito: OSACA09: in merito all'adeguata esperienza e preparazione professionale del personale infermieristico, è possibile concordare la modalità di assolvimento dicendo che la struttura definisce un processo standardizzato per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, tirocinio ed esperienze) del personale infermieristico? **Risposta:** NO. Per la formazione il requisito non può essere assolto solo con la presenza di procedure corrette di raccolta dei titoli professionali, in quanto occorre che il contenuto della formazione certificata sia coerente con il ruolo e le attività richieste; in caso di contenzioso si attiveranno degli audit ad hoc con i professionisti del settore.
  - Quesito: Per l'Emodinamica, è corretto dire che i requisiti si riferiscono sia all'attività di Cardiologia interventistica sia all'attività di Elettrofisiologia? **Risposta:** SI.
  - Quesito: OSEMO03 e 05: in merito all'evidenza dell'idonea/adeguata formazione del personale, è possibile concordare la modalità di assolvimento come segue?
    - medico: è la struttura che definisce un processo standardizzato, documentato per il conferimento dei "privileges" per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai singoli medici in occasione dell'assegnazione del primo incarico e della riconferma;
    - infermieristico: la struttura definisce un processo standardizzato per raccogliere, verificare e valutare le credenziali (abilitazione, studi, tirocinio ed esperienze) del personale infermieristico.**Risposta:** NO. Vedi risposta a quesito su OSACA09.
  - Quesito: in relazione al punto 4 della circolare del 27.07.2011, l'obbligo di una emodinamica H24 è solo in capo alle strutture inserite nella Rete di Emergenza Cardiovascolare o a tutte le strutture dotate di PS/DEA/EAS? **Risposta:** È in capo a tutte, anche se dotate solo di PS.
3. Si condivide la proposta sulla definizione dei criteri di appropriatezza dei diversi setting assistenziali per l'esecuzione delle prestazioni di cui ai codici di procedura 86.3 ed 86.4 (cfr. allegato 1 - Dott. Cannistrà).
- Il dott. Merlini dichiara che il documento nelle grandi linee appare condivisibile.
- Il dott. Beretta chiede che il documento sia rivisto anche sulla base di una diversa remunerazione.
- Il dott. Bellini esprime la propria perplessità circa l'automatismo dell'attribuzione al regime di ricovero solo in caso di età < 14 aa o di avvenuta sedazione.

Il dott. Merlino definisce che il documento sia oggetto di ulteriore valutazione da parte dell'intero GdL, rimandando la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

4. Si condivide la proposta circa la codifica degli interventi di rimozione di protesi ortopedica infetta (ginocchio ed anca) ed inserzione di spaziatore antibiotato (**cf. allegato 2 - Dott. Della Croce**).

Il dott. Merlino ritiene condivisibile l'impostazione di codifica relativa all'attribuzione dei ricoveri ad un DRG chirurgico e definisce che per i restanti aspetti il documento sia oggetto di ulteriore valutazione da parte dell'intero GdL, rimandando la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

5. In merito al quesito sulla rimborsabilità dei ricoveri in caso di anestesia locale/topica, come da DRG n. IX/621/2010, il dott. Merlino chiarisce che la definizione delle figure professionali abilitate all'esecuzione dell'anestesia locale in regime ambulatoriale, esula dalle competenze di questa Direzione Generale.

Il dott. Merlino ritiene altresì condivisibile l'impostazione secondo cui si garantisce che l'anestesista è presente in struttura e aggiunge che la scheda anestesiologicala va comunque contemplata, in quanto è necessario garantire che la valutazione anestesiologicala pre-procedura sia comunque fatta (a prescindere dal professionista che eseguirà l'anestesia). Lo stesso discorso vale x il consenso informato, che va comunque previsto.

Il dott. Merlino definisce che la questione sia oggetto di ulteriore valutazione da parte dell'intero GdL (con particolare riferimento alla definizione di un set minimo di informazioni richieste per la scheda anestesiologicala ambulatoriale), rimandando la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

6. In merito alla richiesta di chiarimenti in ordine ai trasferimenti tra strutture sanitarie e all'utilizzo in tal senso del ricettario da parte degli erogatori di diritto privato, il dott. Merlino suggerisce di rifarsi all'indicazione data con la DGR n. VI/16086 del 17.07.1996 ("Determinazioni in ordine all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di Servizio Sanitario Nazionale e per la Regione Lombardia per l'anno 1996 ed in merito al finanziamento della spesa corrente per detto esercizio") in ordine ai trasferimenti verso i reparti di riabilitazione, per i quali non è prevista la richiesta di una nuova impegnativa. Allo stesso modo, anche per i trasferimenti tra strutture sanitarie che si dovessero rendere necessari a completamento di un iter assistenziale di ricovero, non occorre richiedere al paziente una nuova impegnativa, fatta salva naturalmente la possibilità di verifica in cartella della necessità per il paziente stesso circa il suddetto trasferimento.

Per quanto riguarda la richiesta di introduzione della possibilità di prescrizione dei ricoveri anche per gli erogatori privati, ciò potrebbe essere considerato con le regole 2012, fatta salva la verifica dell'appropriatezza della prescrizione.

7. Per quanto riguarda il quesito formulato dalla Asl di Lodi circa le corrette modalità di prescrizione di prestazioni non ricomprese negli elenchi delle prestazioni esenti per patologia a carico di cittadini esenti, in caso di contemporanea prescrizione di altra prestazione esente, il dott. Merlino ribadisce che l'esenzione per patologia non comporta l'esenzione per tutte le prestazioni ma esclusivamente per quelle di cui ai relativi elenchi ministeriali: in caso quindi di contemporanea prescrizione di prestazioni con le caratteristiche citate sopra, occorre utilizzare due diverse impegnative, non essendo ammessa in nessun caso la possibilità di deroga rispetto ai suddetti elenchi.

Unica eccezione in tal senso sarà costituita dalla prescrizione delle prestazioni di antibiogramma ed identificazione batterica in caso di urinocoltura esente, essendo state modificate le modalità prescrittive delle stesse con la recente DGR n. IX/2057/2011, in modo da includere gli accertamenti diagnostici citati nell'unica prescrizione per urinocoltura (esente o non esente che sia).

8. In merito alla codifica della prestazione di denervazione renale transcatetere mediante radiofrequenza in pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente alla terapia, si condividono i contributi forniti in proposito dall'Asl di Milano unitamente all'Istituto Auxologico Italiano e dall'Asl di Bergamo, dal cui esame emerge una certa concordanza sull'utilizzo della seguente codifica:

Diagnosi primaria "ipertensione essenziale" (cod. 401.9), Procedure "simpatectomia periarteriosa" (cod. 05.25) e "arteriografia renale" (cod. 88.45), DRG 120 "Altri interventi sull'apparato circolatorio".

Si prende atto altresì della notazione dell'Asl di Brescia, la quale pur concordando sulla codifica proposta suggerisce che la suddetta tipologia di ricoveri si articolino su una durata di 0/1 gg, ritenendo che gli accertamenti clinico-strumentali (finalizzati a definire lo stato clinico del paziente e quindi il giudizio di operabilità) eseguiti nel corso della prima giornata, debbano essere ricondotti alla routine pre-operatoria.

Il dott. Merlino definisce quindi che la questione sia oggetto di ulteriore valutazione da parte dell'intero GdL, rimandando la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

9. Per quanto riguarda le proposte di codifica formulate dall'Asl di Milano 1 in merito ai ricoveri per effettuazione di fibrinolisi in pazienti affetti da ictus ischemico, il dott. Merlino suggerisce di accogliere la proposta di riconduzione della suddetta tipologia di ricoveri al DRG 559 "Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici", utilizzando però lo schema di codifica riportato di seguito, che consente di tracciare i ricoveri in questione mediante l'uso della diagnosi secondaria: Diagnosi principale "embolia cerebrale con infarto cerebrale" (cod. 434.01), Diagnosi secondaria "embolia cerebrale senza infarto cerebrale" (cod. 434.00), Procedure "iniezione/infusione di agente trombolitico" (cod. 99.10) e "cateterismo arterioso" (cod. 38.91).

Il dott. Merlino definisce che la proposta sia oggetto di valutazione da parte dell'intero GdL, rimandando la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

10. In merito alla proposta formulata dall'Asl di Milano 1 circa l'omissione del codice di procedura 31.1 ("tracheotomia temporanea") utilizzato da alcune strutture per indicare la procedura di minitracheostomia finalizzata alla toilette delle vie aeree (in assenza di connessione a protesi ventilatorie), il dott. Merlino esprime parere positivo definendone l'omissione nel caso descritto.

11. A proposito del quesito dell'Asl di Milano 1 circa la possibilità di assolvimento del requisito di accreditamento OSOPE02 in chirurgia ortopedica mini-invasiva tramite la presenza di un solo operatore chirurgo in sala e di un secondo prontamente reperibile, il dott. Merlino ribadisce la necessità di rivedere i requisiti di accreditamento legati al numero e alla tipologia di professionisti richiesti in funzione della tipologia di intervento. Il dott. Merlino esprime altresì la propria disponibilità a vagliare proposte utili alla costruzione di una lista di interventi per i quali questa Direzione è disposta a rivedere, con provvedimenti ad hoc, questa tipologia di requisiti nella direzione descritta per la chirurgia ortopedica mini-invasiva. Si attendono quindi contributi in tal senso.

12. Il dott. Merlino condivide con il GdL la revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano e condotta con la collaborazione di professionisti clinici esperti nel settore (**cf. allegato 3 – Asl di Milano**). Si definisce che il documento sia oggetto di valutazione da parte dell'intero GdL, rimandandone la discussione al prossimo incontro.

13. La dott.ssa Nicolosi informa che questa Direzione, a seguito di specifico quesito da parte dell'Asl di Lecco e dell'Asl di Monza Brianza, ha dato parere positivo all'utilizzo dei codici di prestazione ambulatoriale indicati di seguito per l'esecuzione di prestazioni effettuate con apparecchiatura che utilizza la tecnologia "Cone Beam Computed Tomography" per indagini delle strutture anatomiche del distretto maxillo-facciale:

87.03.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE; TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari];

87.03.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATI DENTARIE [DENTALSCAN]; TC dei denti [arcata superiore o inferiore].

In risposta allo specifico quesito della dott.ssa Morabito, il dott. Merlino chiarisce che le prestazioni di specialistica ambulatoriale fruite durante un ricovero in riabilitazione di mantenimento sono ricomprese nel ricovero. In caso invece di prestazioni attribuite alla bassa complessità operativa assistenziale effettuate durante un ricovero in riabilitazione, occorrerà compilare il campo giornate non a carico presente sulla SDO del ricovero.

Il dott. Merlino, in risposta al quesito del dott. Bellini, conferma la possibilità di riattribuire al regime di riabilitazione generale geriatrica (cod. 60) i ricoveri giudicati erogati inappropriatamente in regime

di riabilitazione specialistica (cod. 56), così come previsto dalla DGR n. VIII/501 del 04.08.2005 (l'adempimento attuativo della DGR n. VII/19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione").

Il dott. Bellini riferisce altresì delle difficoltà che si originano talvolta in fase di controllo a seguito del riscontro dell'utilizzo, da parte delle strutture, del Sistema Esperto, il quale però non rientra tra gli strumenti di controllo dei Nuclei Operativi di Controllo.

Il dott. Merlini definisce che la questione verrà affrontata con le Regole 2012.

## PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
19.10.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
Oggetto: Settima riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 21.09.2011

**INTERVENTI SU CUTE E SOTTOCUTE CHIRURGICI RICONDUCEBILI AI CODICI  
DI PRESTAZIONE 86.3 ED 86.4:  
CRITERI DI APPROPRIATEZZA PER LA DEFINIZIONE DEL SETTING DI RICOVERO  
lunedì 18/7/2011**

La B.O.C.A. (Bassa Complessità Operativa Assistenziale) nasce come prestazione ambulatoriale protratta nel tempo di osservazione postoperatoria (allegato 9 alla DGR. 10804 del 16/12/2009) fino a comprendere la notte successiva all'intervento. Si differenzia pertanto dalla prestazione di Day Surgery che è a tutti gli effetti un ricovero seppur breve.

Nella B.O.C.A. è la procedura che caratterizza la scelta del regime ambulatoriale, mentre la presenza di complicanze o copatologie in fase attiva comporta il passaggio al regime di ricovero.

In queste ultime situazioni viene infatti meno la definizione stessa della B.O.C.A. che prevede la "permanenza in ospedale più in termini di necessità di osservazione e monitoraggio del decorso clinico e della efficacia del trattamento somministrato che, in termini di assistenza ed erogazione di cure specifiche" (allegato 9 alla DGR. 10804 del 16/12/2009).

**Criteria che caratterizzano e rendono appropriato il regime Ambulatoriale:**

Al regime ambulatoriale afferiscono i pazienti in età compresa tra 14 ed i 70 anni, in assenza di copatologie in atto, con lesioni cutanee inferiori ai limiti previsti dalla DGR 2645 del 31.5.2006, sottoposti ad intervento di semplice asportazione della lesione in anestesia locale.

In sintesi:

- età compresa tra 14 ed i 70 anni;
- assenza di copatologie in atto;
- sede e dimensioni della lesione da trattare inferiori ai limiti previsti dalla DGR 2645 del 31.5.2006;
- Interventi che richiedano solamente anestesia locale.

**Criteria che caratterizzano e rendono appropriato il ricovero come B.O.C.A.:**

Al regime B.O.C.A. afferiscono i pazienti che necessitano di sola osservazione e non di assistenza. In particolare il B.O.C.A. arruola pazienti in età superiore ai 70 anni, con lesioni cutanee superiori o uguali ai limiti previsti dalla DGR 2645 del 31.5.2006, sottoposti ad intervento più complesso della semplice asportazione della lesione cioè associato a procedura chirurgica di trasposizione di lembi o innesti di pelle, presenza di copatologie in fase di compenso.

In sintesi:

- età superiore ai 70 anni;
- sede e dimensioni della lesione da trattare superiori ai limiti previsti dalla DGR 2645 del 31.5.2006; interventi con procedure chirurgiche associate (esempio trasposizione di lembi o innesti di pelle)
- presenza di copatologie dichiarate dagli specialisti in fase quiescente ed in buon compenso terapeutico come ad esempio:
  - Patologie cardiovascolari gravi ma in fase di compenso;
  - Patologie metaboliche gravi (ad esempio Morbo di Addison, Tireopatie gravi ad es. Morbo di Basedow ecc..) in fase di compenso
  - Neoplasie Sistemiche (neoplasie maligne con e/o senza metastasi), in fase di compenso
  - Patologie autoimmuni gravi (Artrite reumatoide, Sarcoidosi, LES ), in fase di compenso
  - Patologie psichiatriche gravi : psicosi in trattamento, in fase di compenso
  - Epilettici in trattamento, in fase di compenso
  - Terapia anticoagulante (TAO) in corso
  - Diatesi emorragica

Parametri di funzionalità respiratoria significativamente anormali (portatori di esenzione per BPCO, sarcoidosi polmonare, fibrosi polmonare, in fase di compenso)  
Grandi Obesi (BMI>40).

<b>Criteria che caratterizzano e rendono appropriato il ricovero in D.H.:</b>
---

Al regime di D.H. afferiscono i pazienti che necessitano di assistenza postoperatoria e non di semplice osservazione.

In sintesi:

- Tutte le condizioni sopra elencate nel B.O.C.A se associate ad almeno una dalle seguenti condizioni che da sole sono comunque sufficienti per rendere appropriato il regime di erogazione:
- età inferiore a 14 anni;
- intervento da eseguirsi in anestesia generale/sedazione;
- presenza di copatologie in fase attiva.

## Allegato 2 – Dott. Della Croce

### CONSIDERAZIONI GENERALI

- ⤴ attualmente lo spaziatore viene utilizzato negli interventi di rimozione di protesi d'articolazione (anca e ginocchio) a seguito di comparsa di infezione o reazione infiammatoria;
- ⤴ la procedura si accompagna sempre ad una artrotomia per rimozione del mezzo di sintesi (800x). Questa fattispecie comporta la produzione di un DRG chirurgico che varia da € 2.500 (ginocchio) a 4.451 € (anca).

#### GINOCCHIO

- ⤴ diagnosi: 996xx – infezioni, complicanze dispositivi, ecc.  
2851 - anemia postemorragica acuta
- ⤴ procedure: 8006 - artrotomia per rimozione di protesi del **ginocchio**  
8456 - inserzione spaziatore  
9903 – altra trasfusione di sangue
- **DRG: 537 – Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione...CC**  
Valore: € 2.500 (Valore soglia: 4 gg)
  
- ⤴ diagnosi: 996xx – infezioni, complicanze dispositivi, ecc.
- ⤴ procedure: 8006 - artrotomia per rimozione di protesi del **ginocchio**  
8456 - inserzione spaziatore
- **DRG: 538 – Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione...SC**  
• Valore: € 2.500 (Valore soglia: 4 gg)

#### ANCA

- ⤴ diagnosi: 996xx – infezioni, complicanze dispositivi, ecc.  
2851 - anemia postemorragica acuta
- ⤴ procedure: 8005 - artrotomia per rimozione di protesi **dell'anca**  
8456 - inserzione spaziatore  
9903 – altra trasfusione di sangue
- **DRG: 210 – interventi su anca e femore, eccetto articolazioni...CC**  
• Valore: € 4.451 (Valore soglia: 19 gg)
  
- ⤴ diagnosi: 996xx – infezioni, complicanze dispositivi, ecc.
- ⤴ procedure: 8005 - artrotomia per rimozione di protesi **dell'anca**  
8456 - inserzione spaziatore
- ⤴ **DRG: 211 – interventi su anca e femore, eccetto articolazioni...SC**  
⤴ Valore: € 4.451 (Valore soglia: 34 gg)

- ⤴ in caso di rimozione di materiale non vitale da tutte le articolazioni (cod. 86.22) si modifica il peso del ricovero con la produzione di un DRG più pesante (DRG 217) il cui valore è di 8.054 € (val. soglia 24).
  - ⤴ diagnosi: 996xx – infezioni, complicanze dispositivi, ecc.
  - ⤴ procedure: 800x - artrotomia per rimozione di protesi **da XXXXX**  
8456 - inserzione spaziatore  
8622 – rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione
  - ⤴ **DRG: 217– sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo....**  
⤴ Valore: € 8.054 (Valore soglia: 24 gg)
- ⤴ lo spaziatore in cemento ha un costo parametrabile tra i 1.200 e il 1.600 €, attualmente

ricompreso nel DRG del ricovero.

- ▲ la procedura di inserzione (84.56) o di rimozione (84.57) dello spaziatore non assume alcun valore per il Grouper, ovvero la semplice trascrizione nella SDO di questi codici non accompagnati da altre procedure chirurgiche, comporta la produzione di un ricovero medico a basso peso (ad es.: DRG 249 - "ASSISTENZA RIABILITATIVA PER MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO ecc..." ; MDC 08; Tipo: medico; € 2.363.00).

## OSSERVAZIONI

Pur se risulta eccezionale un ricovero per rimozione ed immediata inserzione di spaziatore, l'ipotesi migliore riporta ad un DRG medico qualora non si inserisca l'artrotomia come procedura chirurgica.

È evidente inoltre che vi è uno iato tra il DRG derivante per l'articolazione del ginocchio (artrotomia+inserzione : DRG 537 – 538), molto vicino in termini economici a quello medico (DRG 249) rispetto a quello dell'anca (DRG 210 – 211).

In entrambi i casi il costo del dispositivo incide in maniera pesante sul DRG derivante, in particolare per il ginocchio, assumendo un valore economico pari a circa mezza tariffa DRG.

Diventa prioritario il riconoscimento dei costi del dispositivo a guisa dei vari dispositivi impiantabili.

Trattandosi poi di reinterventi su ferite infette e/o con materiale necrotico che comportano comunque una degenza non inferiore a 5-6 giorni dopo l'intervento, è necessario che venga riconosciuta tale complicazione ed accettato l'inserimento del codice 86.22 (rimozione asportativa di ferita) nell'atto chirurgico, che comporta la trasformazione del DRG 211 e 538 in 217, più remunerativo.

**COMMISSIONE CHIRURGIA - PLASTICA RICOSTRUTTIVA**

**Revisione Luglio 2011**

Il presente documento tecnico – scientifico ha la finalità di definire gli ambiti di erogabilità in regime SSR delle prestazioni di chirurgia plastica, e viene redatto a seguito della revisione, effettuata da una commissione mista composta da ASL Milano e dai rappresentanti degli erogatori pubblici e privati del precedente atto, prodotto nel 2007 da analogo processo di confronto. Tale documento prendeva origine dalle Linee Guida nazionali della SICPRE (Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica) per gli “Interventi ricostruttivi ed estetici in Chirurgia Plastica”, modificate ed integrate dalla Commissione Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita con delibera dell'ASL Città di Milano n. 1515 del 10 luglio 2007 e successiva integrazione n. 1588 del 20 luglio 2007.

In aderenza con le indicazioni della Direzione dell'ASL Milano, il presente documento supporterà l'attività dei NOC in merito ai controlli inerenti l'appropriatezza degli eventi diagnostici e terapeutici, sottolineando che lo stesso non può essere considerato vincolante per le attività di controllo presenti e future della ASL Milano.

Ancora allo stato attuale il riferimento normativo corrente relativo all'erogabilità in regime SSR delle prestazioni di chirurgia plastica resta l'Accordo 22 novembre 2001, della Conferenza Stato-Regioni sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, pubblicato sul Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 21.01.2002, Serie generale n. 9, che a proposito della Chirurgia Estetica individua come erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale solo le procedure utili a curare condizioni “*conseguenti a incidenti, malattie o malformazioni*”.

Si sottolinea che sono escluse dalla erogabilità in regime SSR tutte quelle prestazioni che prevedano finalità puramente estetiche.

**• CHIRURGIA PALPEBRALE UNILATERALE O BILATERALE PER DEFORMITA' CONGENITE O ACQUISITE**

Sono erogabili interventi per ptosi congenita o senile, pseudoptosi da blefarocalasia causante impedimento visivo, blefarospasmo, entropion, ectropion, inclusa la possibile correzione di eventuale ptosi sopracciliare associata.

La blefaroplastica è erogabile quando vi sia una indicazione da parte di un oculista a seguito di esecuzione di campimetria.

La rimozione di xantelasmi che non richieda procedure complesse (lembi, innesti) deve essere eseguita in ambito ambulatoriale.

#### • **RINOPLASTICA**

E' erogabile quando la deformità della piramide nasale sia conseguente a traumi o malformazioni congenite (labiopalatoschisi, etc.). In caso di ostruzione delle vie aeree superiori, documentate mediante TAC, è ammessa soltanto la settoplastica e la chirurgia sui turbinati.

Rinoplastiche per motivi estetici non sono erogabili.

#### • **OTOPLASTICA** (Correzione di orecchie prominenti)

Prestazione erogabile solo per bambini di età inferiore ai 14 anni in quanto la deformità definita "orecchio a ventola", frequentemente rappresenta motivo di grande disagio in questa età tanto delicata.

#### • **MASTOPLASTICA ADDITIVA FEMMINILE**

Prestazione erogabile per assenza congenita della mammella (amastia), per grave asimmetria mammaria (documentata da una differenza di peso o volume tra le due mammelle pari o superiore al 50%) o per altre malformazioni della mammella (mammella tuberosa grave, Sindrome di Poland).

Non è generalmente erogabile in altri casi.

Il S.S.N. eroga la ricostruzione mammaria post-mastectomia, anche con l'impiego di protesi mammarie e, ove possibile, all'atto della mastectomia.

La mastoplastica additiva è anche erogabile per l'adeguamento della mammella controlaterale nella ricostruzione mammaria.

Le prestazioni relative alle complicanze di mastoplastica additiva eseguita per soli fini estetici sono erogabili solo in caso di complicanze gravi (rottura extracapsulare, infezione, flogosi, sanguinamento, decubito, diastasi della ferita, siliconomi).

L'eventuale ricostruzione mammaria con nuova protesi non potrà essere erogata a carico del S.S.N.

#### • MASTOPESSI

Prestazione generalmente non erogabile tranne che nei casi di ptosi mammaria di grado elevato per i postumi di chirurgia bariatrica e nella ricostruzione mammaria per l'adeguamento della mammella controlaterale.

#### • RIDUZIONE MAMMARIA

Prestazione erogabile per ipertrofia mammaria nei casi in cui sia programmata una riduzione di peso maggiore di 500 grammi per lato, calcolando il peso secondo la seguente formula:

**(distanza in cm giugulo-capezzolo) x 35 + 60 x (distanza in cm capezzolo – solco sotto-mammario) – 1240**

o vi siano problemi di statica vertebrale, documentati da parere ortopedico o fisiatrico, legati al peso delle mammelle.

E' erogabile inoltre nei casi di simmetrizzazione della mammella controlaterale negli interventi di ricostruzione mammaria post mastectomia.

#### • ASIMMETRIA MAMMARIA CONGENITA

E' erogabile il trattamento dell'asimmetria mammaria grave che sia documentata da una differenza di peso o volume tra le due mammelle pari o superiore al 50%.

#### • ADDOMINOPLASTICA

Erogabile nei casi in cui vi sia ampio grembiule cutaneo-adiposo che, oltrepassando il piano pubico, comporti importanti limitazioni funzionali (quali ad esempio difficoltà al mantenimento di una deambulazione corretta, impossibilità ad allacciarsi le scarpe, impossibilità ad effettuare una corretta igiene intima, ...) o provochi almeno tre episodi di intertrigine in un anno.

Non è erogabile la diastasi dei retti post-gravidica perchè di valenza esclusivamente estetica.

#### • LIPOASPIRAZIONE

Non erogabile per motivi estetici.

Erogabile soltanto nel trattamento di lipomi, in esiti di marcate riduzioni di linfedemi e in caso di gravi lipodistrofie, soprattutto se dolorose.

Può essere impiegata talvolta come complemento di altre procedure chirurgiche.

E' erogabile per il prelievo di tessuto adiposo da impiegare nel lipofilling di difetti conseguenti a traumi, malattie, malformazioni, interventi chirurgici.

- **RIMOZIONE TATUAGGI**

Non erogabile di norma ad eccezione dei tatuaggi conseguenti a trauma o che provochino frequenti reazioni allergiche documentate.

- **RICOSTITUZIONE DEL CAPILLIZIO**

Erogabile nei casi in cui l'alopecia sia conseguenza di traumi, ustioni, asportazioni di lesioni neoplastiche o malformazioni congenite (ad es. aplasia cutis).

Il trapianto di capelli per motivi estetici non è erogabile.

- **CICATRICI**

E' erogabile la revisione chirurgica di cheloidi, cicatrici ipertrofiche dolenti, cicatrici deturpanti (considerando sempre tali quelle del volto) e cicatrici retraenti che creino problemi funzionali.

È necessario in tali casi allegare la documentazione fotografica.

- **LIPODISTROFIE DA FARMACI ANTIRETROVIRALI IN PAZIENTI HIV POSITIVI**

L'iniezione di filler permanente (es. acido polilattico) per la lipodistrofia al volto, nei pazienti HIV positivi, può essere erogata in regime ambulatoriale in ambito ospedaliero.

Il lipofilling è invece erogabile in regime di DH o di ricovero ordinario.

- **GINECOMASTIA**

E' erogabile il trattamento chirurgico della ginecomastia vera o mista con documentazione ecografica e fotografica che configuri una mammella di tipo femminile (presenza di solco sottomammario).

E' comunque erogabile, fino ai 16 anni, qualora la ginecomastia sia causa di disturbo psicologico comprovato.

- **ESITI DI DIMAGRIMENTO IN GRANDI OBESI**

Sono erogabili interventi riduttivi in esiti di forti dimagrimenti per obesità grave documentata, secondari o non a chirurgia bariatrica.

## Componenti della Commissione

---

### **U.O. NOC Ricoveri ASL Città di Milano**

Aldo Bellini  
Elisa Centurione  
Emilia Scuderi  
Francesco Sessa  
Rosella Silenzio  
Sabina Zanardi

---

### **A.O. Fatebenefratelli**

Dario Boccanera

---

### **A.O. Niguarda Cà Granda**

Vincenzo Rapisarda

---

### **A.O. Fondazione Macchi di Varese**

Luigi Valdatta  
Mario Cherubino

---

### **A.O. Ospedale Sant'Anna di Como**

Massimo Sanna

---

### **Istituto Clinico Città Studi**

Andrea Reho

---

### **Istituto Europeo Oncologia**

Cristina Garusi

---

### **Istituto Ortopedico Galeazzi**

Franz Baruffaldi Preis

---

### **Istituto Nazionale Tumori**

Anna Colombetti  
Maurizio Nava

---