

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
23.02.2011	Stanza 40, Piano II – Area Rossa	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Prima 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
Franco Milani	Dirigente Struttura Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli – 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
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 I
Riccardo Baldelli	Dirigente Medico Direzione Sanitaria AO San Paolo - Milano
Alessandra Bellotto	Direzione Sanitaria AO Luigi Sacco - Milano
Lucia Dolcetti	Direttore Medico di Presidio 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
Tiziana Legnani	Direttore Sanitario Clinica San Carlo – Paderno Dugnano
Alessandro Signorini	Direttore Sanitario Fondazione Poliambulanza – Brescia 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. 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”;
2. Codifica degli interventi di Longo/STARR;
3. Codifica degli interventi sulla spalla eseguiti in artroscopia;
4. Codifica degli interventi finalizzati al trattamento del “piede diabetico”;
5. Identificazione del codice di diagnosi principale in caso di interventi di radicalizzazione di lesioni maligne;
6. Codifica degli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivo a chirurgia bariatrica;
7. Codifica degli interventi di risutura di diastasi postoperatoria della parete addominale;
8. Varie ed eventuali.

Discussione:

1. Il Dott. Beretta giudica eccessivamente restrittiva la definizione del denominatore della formula utile al calcolo della quota di errore sanzionabile, così come definito dalla Circolare in oggetto, ed espone la preoccupazione che questa modalità di calcolo possa condurre ad un'applicazione pressoché costante delle sanzioni amministrative.

Il Dott. Capponi chiede che sia concessa la possibilità agli organi di controllo delle Asl di esercitare una certa discrezionalità nell'applicazione delle sanzioni amministrative, nel caso in cui l'errore riscontrato fosse dalle stesse ritenuto poco rilevante in termini numerici e/o qualitativi.

Il dott. Bellini, la dott.ssa Morabito e la dott.ssa Chiesa espongono le modalità di calcolo della formula della quota di errore sanzionabile, utilizzate sinora nelle proprie attività di controllo, che appaiono diverse le une dalle altre. In particolare:

- l'Asl di Milano considera la quantità di cartelle cliniche modificate appartenenti ad una tipologia omogenea di ricovero sul totale del campione controllato nel corso dell'evento ispettivo;
- l'Asl di Milano 1 valuta la quantità di cartelle cliniche modificate appartenenti ad una tipologia omogenea di ricovero sull'intera produzione riferita alla medesima tipologia;
- l'Asl di Brescia identifica come tipologia omogenea la modalità di campionamento, e cioè il mirato, e calcola la quantità di cartelle modificate sul totale del mirato esaminato.

Il Dott. Merlini chiarisce che la diffusione della Circolare di cui sopra si è resa necessaria proprio a seguito delle differenze esistenti nell'applicazione della normativa sulle sanzioni amministrative tra le varie Asl e al fine di poter fare una previsione sul potenziale impatto dell'applicazione delle attuali indicazioni ai prossimi controlli, chiede ai rappresentanti delle Asl presenti di fare una simulazione, basata sull'attività degli ultimi mesi dell'esercizio 2010, sull'eventuale effetto dell'utilizzo delle indicazioni recentemente fornite rispetto all'impiego delle modalità precedentemente utilizzate. I risultati di tale analisi saranno comunicati nel corso della prossima settimana.

2. Il Gruppo di Lavoro riesamina le indicazioni attuali circa la codifica degli interventi proctologici eseguiti con tecnica di Longo e con metodica STARR.

Il Dott. Merlini espone le proprie valutazioni circa il contributo fornito dalla Asl di Milano con il documento tecnico elaborato dalla Commissione "Emorroidectomia – Intervento di Longo" (istituita con delibera dell'Asl Città di Milano n. 1515 del 10.07.2007 e successiva integrazione n. 1588 del 20.07.2007):

- le indicazioni fornite in tema di emorroidectomia eseguita con tecnica di Longo, che prevedono l'utilizzo del codice di procedura 49.49 ("altri interventi sulle emorroidi"), appaiono a tutt'oggi corrette ed in linea con quanto prevede in merito anche la normativa nazionale;
- la proposta di codifica contenuta nel documento della Asl di Milano (cui si rimanda) relativa al trattamento chirurgico della sindrome da defecazione ostruita eseguito con metodica STARR, appare invece accoglibile, a fronte però di una scrupolosa selezione della casistica candidata al suddetto trattamento;
- a questo scopo si ritiene indispensabile definire l'appropriatezza della procedura chirurgica tramite l'esecuzione delle indagini diagnostiche già individuate col documento citato, per ciascuna delle quali va ancora però esplicitato il quadro clinico candidato al trattamento. Si chiede quindi all'Asl di Milano di riconvocare i professionisti che hanno preso parte alla Commissione al fine della definizione completa del quadro diagnostico-clinico di riferimento nei casi suddetti.

3. Il Gruppo di Lavoro riesamina le indicazioni attuali circa la codifica degli interventi sulla spalla eseguiti in artroscopia, le quali prevedono l'indicazione del codice relativo alla via di accesso artroscopico (cod. 80.21 "artroscopia della spalla"), responsabile dell'attribuzione al DRG 232 "Artroscopia".

Si valuta positivamente la proposta che giunge dal Gruppo di Lavoro circa la possibilità di omettere il suddetto codice, al fine di favorire l'attribuzione del ricovero al DRG 223/224 ("Intervento sulla spalla cn/senza cc"). Trattandosi però nella maggioranza dei casi di ricoveri brevi di 1 giorno, si concorda che non sia indicato neanche il codice di procedura 81.83 ("altra riparazione della

spalla”), responsabile della determinazione del DRG complicato ed utilizzato per segnalare l'esecuzione dell'acromioplastica, attribuendo sempre così i suddetti ricoveri al DRG 224¹.

4. Il Gruppo di Lavoro affronta la tematica della corretta codifica del trattamento delle complicanze croniche della patologia diabetica, ed in particolare degli interventi sul “piede diabetico”.

Il Dott. Merlino, dopo aver preso in esame il contributo documentale fornito dalla Asl di Milano, con la quale sono state approfondite le tematiche della codifica e dell'appropriatezza dei suddetti interventi, avanza le seguenti proposte:

- distinguere il trattamento isolato delle ulcere diabetiche (spesso effettuato in ricoveri brevi e per il quale l'attuale remunerazione appare sovrastimata) da altri tipi di trattamenti chirurgici, quali le rivascolarizzazioni periferiche o le amputazioni, tramite l'individuazione del codice di procedura 86.22 (*“rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione”*) ed il suo inserimento nell'elenco delle prestazioni erogabili nella macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale, prevedendo per esso una remunerazione adeguata;
- privilegiare per le restanti tipologie di trattamento, eseguite in regime di ricovero ordinario, la selezione in diagnosi principale del codice 250.70 (*“diabete tipo II o non specificato, non definito se scompensato, con complicanze circolatorie periferiche”*), il quale, come anche evidenziato nell'approfondimento condotto dall'Asl di Milano, presenta il vantaggio di favorire una giusta rappresentazione delle risorse impiegate, contribuendo a determinare DRG diversi in funzione del codice di procedura utilizzato;
- indicare l'eventuale presenza di ulcera o gangrena in diagnosi secondaria nel caso in cui il trattamento di bonifica sia rivolto a zone estese dei distretti interessati e sia ampiamente documentato dal verbale operatorio;
- mettere in atto un sistema di rilevazione della presa in carico globale del paziente diabetico, sì da evitare che le occasioni di contatto dello stesso con la struttura sanitaria siano confinate solo agli episodi di trattamento chirurgico delle manifestazioni croniche.

Si rimanda al prossimo incontro la definizione puntuale di quanto sinora proposto.

5. Il Gruppo di Lavoro propone di riesaminare le attuali indicazioni di codifica in merito all'individuazione della diagnosi principale in caso di interventi di radicalizzazione di lesioni maligne, le quali prevedono l'utilizzo del codice V10.xx di anamnesi di tumore.

La proposta è relativa a:

- possibilità di utilizzo in prima posizione del relativo codice di tumore, nell'intento di rilevare il legame tra le procedure precedenti e l'intervento di radicalizzazione, che costituisce spesso uno step programmato dello stesso episodio di cura;
- eventuale inserimento, per i motivi di cui sopra, del codice di anamnesi V10.xx tra le diagnosi riconosciute in extra-budget.

Il Dott. Merlino esclude la possibilità che l'indicazione della diagnosi principale possa prescindere dall'esito istologico registrato, per la valenza epidemiologica che hanno le Schede di Dimissione Ospedaliera e per le forti criticità potenzialmente emergenti dall'introduzione di un principio che trascuri la possibilità di un riscontro oggettivo della diagnosi.

Si ritiene invece possibile valutare l'ipotesi del riconoscimento in extrabudget del codice V10.xx e per questo motivo si chiede ai rappresentanti delle Asl presenti di collaborare all'individuazione delle diagnosi secondarie e/o delle procedure che in abbinamento alla suddetta diagnosi principale possano identificare correttamente i ricoveri per esecuzione di radicalizzazioni.

6. Il Gruppo di Lavoro propone di riesaminare le attuali indicazioni di codifica degli interventi di chirurgia plastica di rimodellamento successivi a chirurgia bariatrica, le quali prevedono l'utilizzo in diagnosi principale del codice V51 (*“trattamento dopo intervento che richiede l'impiego di chirurgia plastica”*) e conseguente attribuzione al DRG 268 (*“Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella”*).

In particolare si richiede la possibilità di distinguere, tramite la codifica, tra gli interventi rivolti alla correzione della lassità cutanea residua, per i quali le indicazioni attuali sembrano adeguate, e quelli orientati alla rimozione delle adiposità localizzate non altrimenti correggibili: in questi ultimi

¹ La disposizione descritta sarà oggetto del III Provvedimento delle Regole d'Esercizio 2011 di prossima uscita e avrà decorrenza 1° gennaio 2012.

casi, infatti, si propone l'utilizzo del codice di diagnosi principale 278.1 ("adiposità localizzata"), il quale contribuisce a determinare il DRG 288 ("Interventi per obesità").

Il Dott. Merlini chiede all'Asl di Milano, la quale ha già attivato nel corso dell'anno 2007 una Commissione sulla valutazione dell'appropriatezza degli interventi di chirurgia plastica, di fornire i contributi necessari alla valutazione della suddetta problematica, anche tramite il confronto con i professionisti già individuati.

7. Il Gruppo di Lavoro affronta un quesito specifico inoltrato da una struttura sanitaria relativo all'individuazione della corretta codifica degli interventi di risutura delle diastasi postoperatorie della parete addominale.

Si conviene che il quesito in questione necessita di ulteriori approfondimenti sulla natura della problematica riscontrata e si decide di rimandare l'argomento al prossimo incontro, richiedendo al contempo un confronto con l'Asl di Milano 3, che ha condotto i controlli sulla tematica citata e che non è presente nel Gruppo di Lavoro.

8. Il Dott. Bellini propone un quesito per il prossimo incontro, riguardante la remunerazione dei DRG medici.

In particolare, a fronte delle difficoltà spesso riscontrate con taluni DRG medici prevalentemente riferiti a ricoveri della durata di 3 giorni (per i quali è riconosciuta la tariffa piena), all'interno dei quali le valutazioni medico-diagnostiche appaiono spesso diluite nell'arco del ricovero, si chiede se in alcuni casi selezionati possa essere ipotizzato un riconoscimento tariffario differente, magari articolato su 4 giorni di degenza e con incrementi tariffari progressivi di minore entità rispetto a quelli attualmente previsti al passaggio tra la seconda e la terza giornata di ricovero: ciò al fine anche di favorire un monitoraggio da parte delle Asl della durata dei ricoveri che consenta di rilevare l'eventuale comparsa di nuove modalità di gestione delle degenze potenzialmente opportunistiche.

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
16.03.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
Oggetto: Seconda riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 23.02.2011