

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
09.05.2012	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Terza riunione dell'attività 2012 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
Gianluigi Gariboldi	Direttore SC Accreditamento Strutture Sanitarie – Asl di Milano
Regina Esposito	Responsabile SS Accreditamento, Progetti e Sperimentaltà – Asl di Milano
Roberta Chiesa	Direttore SC Analisi Gestionale ed Epidemiologica per la Valutazione ed il Controllo Strategico dell'Organizzazione Sanitaria – Asl di Brescia
Desireè Matteotti	Asl di Brescia
Cristina Ferriani	Asl di Brescia
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Valerio Folcini	SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
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)
Alberto Ambrosio	Dirigente Medico Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele - Milano
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOP (Associazione Italiana Ospedaltà Privata)
Andrea Capponi	Consulente IRCCS Multimedica – Sesto San Giovanni
Cristian Ferraris	Referente Assolombarda
Ornella Leoncini	Responsabile Direzione Flussi Informativi Sanitari – Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Alessandro Signorini	Direttore Sanitario Fondazione Poliambulanza – Brescia Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Silvano Ubbiali	AIOP (Associazione Italiana Ospedaltà Privata)

RESOCONTO INCONTRO

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

1. Requisiti delle attività di Emodinamica ed ulteriori valutazioni sulla proposta di modifica dei requisiti di accreditamento;
2. Corretta modalità prescrittiva degli accertamenti ematochimici in caso di sospetta patologia tiroidea (di cui alla DGR n. IX/2057/2011);
3. Possibilità di rendicontazione della metodica ECOFAST in emergenza-urgenza;
4. Richiesta di assimilazione di codifica per la prestazione ambulatoriale di Isterosonografia;
5. Richiesta di assimilazione di codifica per il test di laboratorio Quantiferon;
6. Richiesta chiarimenti su codifica delle prestazioni ambulatoriali di Biomicroscopia corneale e di Biometria;
7. Compartecipazione alla spesa per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale a seguito di accesso in PS;
8. Richiesta di chiarimenti in merito alle recenti indicazioni per la prestazione ambulatoriale di Mucosectomia (DGR n. IX/2946/2012);
9. Possibilità di associazione dei codici di prestazione ambulatoriale di RM cervello e tronco encefalico (cod. 88.91.1) o RM cervello e tronco encefalico senza e con mdc (cod. 88.91.2) con l'angio-RM del distretto vascolare intracranico (cod. 88.91.5);
10. Richiesta di chiarimenti sulle modalità di corretta rendicontazione della prestazione ambulatoriale di Ultrasuonoterapia (cod. 93.39.9);
11. Richiesta di chiarimenti circa le manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi incluse nella MAC05;
12. Richiesta di chiarimenti circa la possibilità di erogazione della MAC a pazienti pediatrici;
13. Varie ed eventuali.

1. Si discute di quanto segue:
 - a. necessità di riesaminare i requisiti previsti per le attività di Emodinamica (di cui alla DGR n. IX/1962/2011), al fine di trarne indicazioni specifiche da destinare alle attività di Elettrofisiologia e per la definizione della rete di emergenza/urgenza cardiovascolare.
 - b. opportunità di fare alcune precisazioni sui alcuni requisiti (es. OSEMO 04, SSEMO 13, SSEMO 10 ...).
 - c. proposta di nuova modalità di assolvimento del requisito OSD Medico/Chirurgico 02, avanzata congiuntamente dalle Asl.

Si definisce che:

- a. i referenti delle Asl e degli Erogatori formuleranno le proprie proposte in relazione all'attività di Elettrofisiologia, le quali saranno quindi discusse nel corso del prossimo incontro del GdL.
- b. - OSEMO 04: il "cardiologo aggiuntivo" presente in struttura non deve essere necessariamente un Emodinamista ma, garantita l'equipe minima necessaria per eseguire una determinata procedura, è da intendersi quale figura aggiuntiva di supporto all'equipe, per l'evenienza di problemi sul paziente;
 - SSEMO 13 (angiografo di back-up): stante le diverse modalità organizzative, è richiesta la verifica sulla effettiva possibilità di eseguire un back-up (angiografo portatile dedicato, disponibilità di una seconda sala, strumento portatile anche in condivisione con altre attività, es. sale operatorie, ...), con sussistenza di una procedura che garantisca la sicurezza del paziente e con descrizione delle azioni messe in atto per il completamento dell'intervento o per il rinvio con salvataggio dati;
 - SSEMO 10 (pulizia e sterilizzazione dei dispositivi): non è obbligatoria la sterilizzazione all'interno del Laboratorio, ma deve essere garantita la possibilità di effettuazione della stessa a livello di Presidio, Azienda ovvero con la modalità di service;
 - è stato, inoltre, precisato che nel caso di prestazioni eseguite in ambiente misto (tipo sala ibrida), occorre verificare entrambe le tabelle dei requisiti, cioè quelli per la sala operatoria e quelli per la sala di emo/elettro;

- pur se implicito, si ribadisce che la verifica dei requisiti strutturali specifici non prescinde dalla sussistenza dei requisiti generali di sicurezza, con evidenza della fruizione eventuale del provvedimento di proroga e, di conseguenza, delle modalità organizzative messe in atto in alternativa.

c. la proposta in questione sarà oggetto di valutazione da parte dei rappresentanti degli Erogatori e se ne rimanda la discussione al prossimo incontro del GdL.

2. Si chiede se, a fronte di prescrizioni non corrispondenti alle indicazioni regionali (di cui alla DGR n. IX/2057/2011), l'erogatore, in fase di accettazione, sia tenuto ad apportare i necessari correttivi (ad esempio esporre TSH-R laddove sia invece stato prescritto TSH, FT3, FT4 in paziente non esente, senza quesito diagnostico appropriato) o debba attenersi a quanto prescritto.

Risposta: si ribadisce quanto già chiarito in passato, e cioè che lo specialista di laboratorio, nel rispetto delle indicazioni regionali, effettuerà la prestazione corretta (senza rifare l'impegnativa) e si attiverà per segnalare alla Asl di competenza l'errore prescrittivo.

Si precisa altresì che il dosaggio del TSH-R è da considerarsi esente nelle medesime situazioni previste per il dosaggio del TSH.

3. Si chiede se sia possibile assimilare al codice 88.76.1 (ecografia addome completo), la prestazione di Pronto Soccorso ECOFAST (Focused Assessment – abdominal – with Sonography in Trauma), ovvero l'ecografia utilizzata nell'area emergenza-urgenza nella gestione del paziente traumatizzato.

Risposta: l'utilizzo della metodica descritta è da considerare al pari delle consuete valutazioni di obiettività impiegate nell'area emergenza-urgenza, per cui non si ritiene corretto procedere ad una sua specifica rendicontazione.

4. Si chiede un parere circa la possibilità di assimilare la prestazione ambulatoriale di Isterosonografia (presente nel NTN con il cod. 87.83.2 ma non nel NTR) ai codici abbinati 88.75.1 (eco addome) + 88.79.7 (eco transvaginale).

Risposta: l'Isterosonografia è un'ecografia pelvica transvaginale eseguita previa insufflazione di 20-30 cc di soluzione fisiologica con catetere sterile, per la quale (anche in virtù del confronto con altre Regioni) si ritiene corretta l'assimilazione al solo codice 88.79.7 (eco transvaginale).

5. Si chiede un parere circa la possibilità di assimilare l'esame di laboratorio Quantiferon, non presente nel NTR ed eseguito in sostituzione dei test cutanei per la rilevazione dell'infezione latente da M. Tuberculosis con i codici abbinati 90.77.3 (test di stimolazione linfocitaria) + 90.77.4 (test di stimolazione linfocitaria con Ag specifici).

Risposta: il Quantiferon è un test di stimolazione linfocitaria con un mitogeno, per cui il codice che correttamente va utilizzato è il solo 90.77.3 "test di stimolazione linfocitaria (per mitogeno)".

6. Si chiede conferma circa la corretta attribuzione (tra le inclusioni) ai codici 13.41 (intervento di cataratta) e 95.02 (prima visita oculistica) rispettivamente delle prestazioni di biometria (cod. 95.13) e di biomicroscopia corneale (cod. 95.13.2), in relazione alle relative tariffe corrispondenti.

Risposta: si dà conferma della correttezza di quanto contenuto in proposito nel NTR.

7. Si chiede se è prevista la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale effettuate a seguito di un accesso in PS.

Risposta: se dovuto, il ticket va pagato come per tutte le prestazioni ambulatoriali, anche se prescritte in PS.

8. Si chiede quanto segue:

- a. Se vi è la possibilità di rendicontazione multipla del codice di mucosectomia a fronte dell'esecuzione di più mucosectomie contemporanee nello stesso organo.
- b. Cosa si intende per diagnosi principale di neoplasia non benigna a fronte del fatto che la diagnosi di malignità è nella maggior parte dei casi acquisibile solo "a posteriori" e per mezzo della medesima procedura che comporta la finalizzazione delle stesse risorse.
- c. Se vi è la possibilità di rivedere le indicazioni date al fine di ammettere l'erogabilità della mucosectomia anche in regime di degenza (in situazioni cliniche definite), senza le penalizzazioni tariffarie derivanti dalla corrispondente tariffa DRG in regime di ricovero ordinario.

Si definisce che:

- a. Il codice di mucosectomia comprende già la possibilità di esecuzione multipla della procedura sullo stesso organo, per cui va rendicontato una sola volta.
- b. Secondo i criteri ICD-9-CM, le lesioni neoplastiche si classificano come "neoplasia maligna primaria, secondaria, in situ", "benigna", "a comportamento incerto", "di natura non specificata"; per il colon ed il retto si considerino i carcinomi infiltranti la sottomucosa di adenomi come neoplasie maligne, i carcinomi infiltranti adenomi limitatamente alla mucosa come neoplasie maligne (Ca in situ), la displasia di alto grado come neoplasie a comportamento incerto (cfr. "displasia epiteliale di grado grave o severo" di cui alla DGR n. IX/2057/2011, Allegato A). Il cod. 45.43.2 si utilizza per la rendicontazione delle mucosectomie effettuate in regime ambulatoriale a fronte di diagnosi principale di neoplasia non benigna, a tutela dell'appropriatezza del ricorso alla procedura.
- c. I cod. 42.33.3, 43.41.3 e 45.43.2 di mucosectomia sono relativi a prestazioni di chirurgia ambulatoriale (come si evince dalla nota presente sul NTR "IHca - Inserita, (H)ospedaliera, chirurgia ambulatoriale), per cui il quesito posto è superato dalle regole generali proprie della macroattività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale secondo le quali "anche i casi che permangono nella struttura per una sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale (...). Continueranno ad essere considerati e rendicontati come attività di ricovero solo i casi con almeno 2 notti di degenza pur prevedendo per gli stessi la nuova tariffa unica (...)" (DGR n. IX/621/2010).

9. Si chiede se sia corretta l'eventuale rendicontazione combinata dei codici di prestazione ambulatoriale di RM cervello e tronco encefalico (cod. 88.91.1) o di RM cervello e tronco encefalico senza e con mdc (cod. 88.91.2) con l'angio-RM del distretto vascolare intracranico (cod. 88.91.5), in considerazione delle specifiche relative al "distretto vascolare" contenute nelle inclusioni delle prime due prestazioni.

Risposta: la RM cervello e tronco encefalico senza e con mdc (cod. 88.91.2) e l'angio-RM del distretto vascolare intracranico (cod. 88.91.5) sono due esami differenti. La RM con mdc consente di esaminare il flusso ematico a livello del microcircolo tissutale mentre l'angio-RM indaga il flusso ematico macroscopico senza utilizzare mdc, in quanto sensibile a fenomeni di moto intrinseci (marcatura degli spin). L'angio-RM non è quindi ricompresa nelle altre due prestazioni e può essere quindi rendicontata anche in aggiunta alle stesse.

10. Si chiede se il codice 93.39.9 relativo alla prestazione ambulatoriale di Ultrasuonoterapia possa essere utilizzato anche per rendicontare la terapia ad ultrasuoni "ad immersione" e se la prestazione possa essere rendicontata con quantità due nel caso in cui la terapia sia rivolta ad entrambe le mani (o i piedi).

Risposta: si ritiene corretto rendicontare anche la ultrasuonoterapia ad immersione con il codice 93.39.9, nel rispetto delle indicazioni contenute nella DGR n. VIII/3111/2006 (Allegato 2) in merito alla stesura di un piano riabilitativo, nonché che la remunerazione delle prestazioni debba avvenire nel rispetto dei segmenti corporei indicati nella prescrizione (es. entrambe le mani = due prestazioni).

11. Si chiede se le manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi incluse nella MAC05 siano da riferirsi esclusivamente al paziente neoplastico.

Risposta: la MAC05 può essere utilizzata anche per rendicontare toracentesi e paracentesi effettuate in pazienti non neoplastici.

12. Si chiede se sia possibile erogare la MAC a pazienti pediatrici.

Risposta: nel rispetto dei criteri generali di corretto utilizzo della MAC (le prestazioni prettamente ambulatoriali, come ad es. le vaccinazioni, restano tali) nonché fatta salva l'opzione di scelta per il regime di ricovero protetto a tutela del paziente, si ritiene possibile erogare la MAC anche a pazienti pediatrici.

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
15.06.2012	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	18.00
Oggetto: Quarta riunione dell'attività 2012 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 09.05.2012