

## DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
09.11.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.30
ORDINE DEL GIORNO			
Settima riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

## PRESENTI

NOMINATIVO	QUALIFICA
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
Piero Volta	Responsabile UO Qualità ed Appropriatelyzza delle Prestazioni Sanitarie – Asl di Brescia
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Laura Radice	Direttore Medico di Presidio AO San Gerardo - Monza
Enza Pallone	Direzione Sanitaria AO Luigi Sacco - Milano
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
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)
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 Da Re richiama ad una corretta gestione delle attività del presente Gruppo di Lavoro, nell'ambito del quale è necessario che i referenti individuati svolgano il ruolo di coordinamento loro assegnato rispetto ai propri contesti di riferimento (Aziende Sanitarie Locali, Erogatori di diritto pubblico, ed Erogatori di diritto privato). All'interno della suddetta funzione di coordinamento si richiede agli stessi di fare da punto di riferimento in relazione alle tematiche sollevate anche dai propri colleghi non presenti a questo GdL, facendosi interpreti presso questa Direzione delle problematiche emergenti, privilegiando gli argomenti giudicati di interesse in un'ottica di sistema o in relazione alle dimensioni dei fenomeni osservati.

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

1. Osservazioni in merito a problematiche occorrenti durante i controlli del NOC:
  - ritariffazione dei ricoveri ricondotti in regime ambulatoriale;
  - riscontro di SDO "sottocodificate";
2. Osservazioni in merito ad alcune esenzioni per patologia;
3. Considerazioni sulla proposta elaborata dal dott. Cannistrà in merito ai criteri di appropriatezza dei diversi setting assistenziali per l'esecuzione delle prestazioni di cui ai codici di procedura 86.3 ed 86.4;
4. Considerazioni sulla proposta di codifica elaborata dal dott. Della Croce per gli interventi di rimozione di protesi ortopedica infetta ed inserzione di spaziatore antibiotato (ginocchio ed anca);
5. Richiesta di chiarimenti in merito alla prescrivibilità di alcune prestazioni ambulatoriali:
  - elettroretinografia;
  - scintigrafia cerebrale con tracciante radiorecettoriale;
  - valutazione dietetica;
  - tecar-terapia;
  - dentalscan;
  - stesura del piano terapeutico in costanza di dialisi;
6. Codifica di ricovero per confezionamento di tracheostomia successivo ad altro accesso per intervento di trattamento chirurgico di metastasi laringee;
7. Proposta relativa al set minimo di documentazione clinica da prevedere in regime di macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale;
8. Osservazioni in merito alla codifica della prestazione di ricovero di denervazione renale trans-catetere in pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente alla terapia;
9. Osservazioni sulla revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano;
10. Richiesta di equiparazione degli erogatori privati agli erogatori pubblici in tema di versamento delle quote dei provider ECM;
11. Richiesta di modifica del nomenclatore tariffario ambulatoriale in merito alle prestazioni di Elettromiografia;
12. Considerazioni sulla proposta di codifica formulata dal dott. Merlino per i ricoveri per effettuazione di fibrinolisi in pazienti affetti da ictus ischemico;
13. Richiesta di assimilazione della prestazione ambulatoriale di angiografia con verde di indocianina alla prestazione di angiografia con fluoresceina sodica;
14. Richiesta di possibilità di utilizzo di un'unica impegnativa per la prescrizione di più prestazioni da erogarsi presso più presidi (con codici struttura differenti) appartenenti ad un unico Ente Gestore;
15. Richiesta di possibilità di utilizzo del ricettario regionale per la prescrizione di ricoveri da parte degli erogatori privati accreditati;
16. Esame della proposta di revisione dei requisiti di accreditamento formulata dagli EEPA (Enti Erogatori Privati Accreditati);
17. Richiesta di riconoscimento in extrabudget dei ricoveri per radicalizzazione di lesioni maligne;
18. Richiesta di chiarimenti sull'utilizzo del codice V64.-- in regime di ricovero relativo a specifico trattamento sanitario non eseguito;
19. Varie ed eventuali.

#### Discussione:

1. In merito alle osservazioni inviate dalla Asl di Brescia e dalla Asl di Milano 1 sulle tematiche, richiamate di seguito, inerenti l'attività di controllo svolta dal Nucleo Operativo di Controllo delle Asl, in considerazione della particolare rilevanza che le stesse assumono a seguito della modifica dei criteri di calcolo della percentuale di errore sanzionabile introdotti dal III Provvedimento delle Regole 2011, si definisce quanto segue:
  - in caso di riconversione di episodi di ricovero in regime ambulatoriale si procederà a ritariffare secondo il nomenclatore tariffario anche le prestazioni effettuate e non indicate sulla SDO originale (es. esami ematici) secondo un forfait preliminarmente concordato con le strutture. Si evidenzia però che la suddetta problematica, con l'introduzione della MAC, è destinata a perdere rapidamente di importanza;

- in merito al riscontro occasionale di SDO "sottocodificate", per le quali la correzione della codifica porterebbe ad un incremento della tariffa DRG, si sottolinea che l'attività di codifica delle prestazioni sanitarie di ricovero erogate e di conseguenza la rappresentazione in termini di risorse assorbite desumibile dalla SDO prodotta, è esclusivamente in capo al soggetto erogatore delle prestazioni stesse (che a questo scopo risulta solitamente dotato di un Nucleo Interno di Controllo), non rientrando quindi tra i compiti del personale ispettivo delle Asl la ricodifica degli episodi di ricovero nei termini sopra descritti. A questo proposito si chiarisce invece che il mandato dei Nuclei Operativi di Controllo delle Asl ha la seguente duplice valenza:
  - a. garantire la correttezza della remunerazione delle prestazioni sanitarie effettuate dagli erogatori pubblici e privati accreditati per conto del SSR (tramite la verifica della congruenza della rendicontazione, nei termini sia della codifica che della classificazione delle prestazioni), al fine di recuperare le risorse erroneamente richieste;
  - b. fornire indicazioni e chiarimenti in tema di corretta rappresentazione delle prestazioni sanitarie erogate, alla luce del quadro normativo regionale di riferimento.

In relazione alla citata attività informativo/esplicativa, cui si ritiene riconducibile la gestione della problematica illustrata nel quesito, si suggerisce allo stato attuale di non apportare modifiche alle SDO così controllate, ponendo al contempo in evidenza i rilievi condotti tra le annotazioni del Verbale di accertamento redatto alla conclusione dell'episodio ispettivo e sottoscritto da entrambe le parti coinvolte (NOC ed Erogatore).

A questo proposito si anticipa però che è attualmente in fase di revisione il tracciato informatico di rendicontazione dell'attività di controllo utilizzato per lo specifico debito informativo delle Asl (anche in relazione all'indicazione della tipologia controllo e dei sottotipi che sottendono la tipologia 8 di interesse locale), prevedendosi quindi nel prossimo futuro un'integrazione dello stesso con un ulteriore esito che consenta di registrare le correzioni della codifica che porterebbero ad un incremento della tariffa DRG senza apportare modifiche rispetto alla valorizzazione originale.

*(n.d.r.: A seguito della revisione della bozza del presente verbale operata tra i membri del GdL, si mette a verbale quanto segue: "La rappresentanza deli EEPA, pur concordando su quanto deciso, rileva che con la modalità descritta non si raggiunge l'obiettivo di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni ma si evidenzia una funzione meramente "burocratico-amministrativa" dei NOC, senza un complessivo obiettivo di innalzamento della qualità del Sistema".)*

2. In merito alle osservazioni della Asl di Brescia circa l'assenza dagli elenchi delle prestazioni esenti per patologia, dei codici relativi a procedure parzialmente ricomprese nella descrizione di altrettante procedure per cui esistono invece le condizioni per essere prescritte in esenzione (es. cod. 87.03 "TC del capo senza m.d.c." – mai esente – e cod. 87.03.1 "TC del capo senza e con m.d.c." – esente in diverse specificate condizioni morbose) si definisce che l'argomento sia oggetto di ulteriore valutazione da parte dell'intero GdL, al quale si chiede di partecipare all'individuazione di una lista di codici che presentano criticità simili a quelle descritte, al fine di valutare la possibilità per gli stessi di inclusione negli elenchi delle prestazioni esenti per patologia. Si rimanda quindi la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.
3. In merito alle considerazioni inviate dalla Asl di Brescia sulla proposta elaborata dal dott. Cannistrà circa i criteri di appropriatezza dei diversi setting assistenziali per l'esecuzione delle prestazioni di cui ai codici di procedura 86.3 ed 86.4, si concorda con la necessità di non porre limiti di età, né di tipologia di copatologie presenti ai fini del giudizio di appropriatezza del regime ambulatoriale, così come si concorda altresì con la necessità di non porre limiti di età, né di tipologia di copatologie presenti, né di necessità in termini di monitoraggio e osservazione post-procedura ai fini del giudizio di appropriatezza del regime di bassa complessità operativa ed assistenziale. Non si concorda invece con la possibilità di esecuzione delle suddette procedure in anestesia generale in regime di bassa complessità operativa ed assistenziale, richiedendosi invece per le stesse l'effettuazione in regime di ricovero protetto.  
Dalla discussione con i referenti presenti alla riunione odierna, emerge la proposta di eliminare i riferimenti alle misure minime richieste (come da DGR 2645/2006), trasferendo tutte le prestazioni in oggetto che necessitino di monitoraggio e osservazione post-procedura in regime di bassa complessità operativa ed assistenziale, rivedendo al contempo le tariffe delle prestazioni da

e eseguirsi in regime ambulatoriale e destinando così il regime di ricovero ad una ristrettissima minoranza di casi in cui il suddetto livello erogativo si rende necessario in relazione ai criteri generali di utilizzo del regime di ricovero protetto.

Per consentire la necessaria condivisione della nuova proposta, si rimanda la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

4. In merito alle considerazioni della Asl di Brescia sulla proposta di codifica elaborata dal dott. Della Croce per gli interventi di rimozione di protesi ortopedica infetta ed inserzione di spaziatore antibiotato (ginocchio ed anca), si concorda sulla correttezza dell'attribuzione delle suddette procedure a DRG chirurgico e con la codifica della procedura di artrotomia. Si definisce invece scorretto l'utilizzo del codice di procedura 86.22 in relazione a procedure di bonifica dell'osso, trattandosi di un codice relativo agli interventi su cute e sottocute, non utilizzabile nel tratto anatomico interessato, per il quale invece l'ICD-9-CM rimanda al codice 77.60.
5. In merito alla richiesta di chiarimenti circa la prescrivibilità di alcune prestazioni ambulatoriali, si precisa quanto segue:
  - elettroretinografia: si riconosce la differenza tra la prestazione di elettroretinografia (ERG) e la prestazione di elettroretinografia multifocale (ERGmf) (entrambe descritte tramite il codice 95.21) in termini di tecnica esecutiva, tempistica di effettuazione e relative indicazioni ma non è chiara la necessità di prescrizione contemporanea delle due prestazioni stante appunto la citata differenza in termini di indicazioni. Si ritiene quindi necessario che vengano forniti ulteriori elementi in merito e si rimanda la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro;
  - i codici che descrivono la scintigrafia cerebrale con tracciante radiorecettoriale sono 92.11.5, 92.11.6 e 92.11.7;
  - il codice relativo alla valutazione dietetica è 89.01;
  - la tecar-terapia non è compresa nei LEA;
  - la prestazione di TC delle arcate dentarie (dentalscan), di cui al codice 87.03.4 è correttamente prescrittibile nella quantità di 2 prestazioni nel caso essa sia riferita ad entrambe le arcate dentarie, così come già chiarito nella nota a firma del dott. Merlino del 17.09.2010 (prot. n. H1.2010.0031034);
  - stesura del piano terapeutico in costanza di dialisi: in relazione alle indicazioni emanate con la DGR n. 10804/09 circa l'elenco di prestazioni da ricomprendere nel codice relativo alla dialisi, tra le quali figura la prima visita generale (89.7) e alle contestuali misure di introduzione del codice 89.7B.4 relativo alla prima visita specialistica (nella cui descrizione rientra la stesura del piano terapeutico) e di eliminazione del codice 89.03 di stesura del piano di trattamento dialitico, si chiarisce che non è intenzione di questa Direzione non riconoscere la stesura del piano terapeutico in costanza di dialisi. Ciò è chiaramente deducibile dall'integrazione apportata al tariffario ambulatoriale dalla DGR n. 621/2010 con il codice 89.03.1 relativo alla stesura del piano e all'ulteriore precisazione relativa alla non prescrittibilità del codice 89.7B.4 di prima visita specialistica, a seguito del rilievo delle difficoltà interpretative apportate dalle precedenti disposizioni. Per le suddette considerazioni si suggerisce che le eventuali verifiche condotte sul periodo normato dalla DGR 10804/09 (1° gennaio – 30 settembre 2010) prediligano l'ipotesi conservativa circa la possibilità di redazione contestuale del piano terapeutico in coincidenza della seduta di dialisi, nelle modalità previste dalla DGR n. 621/2010: si richiama però al contempo la necessità che le suddette verifiche si concentrino sulla valutazione documentale del piano stesso, affinché sia verificata la congruenza tra l'attività rendicontata e quella effettuata, intendendosi per piano terapeutico la stesura di una programmazione a media/lunga scadenza difficilmente conciliabile con la sua rendicontazione contestuale ad ogni singolo accesso dialitico.
6. Per quanto riguarda il quesito dell'Asl di Milano 1 circa la codifica del ricovero per confezionamento di tracheostomia successivo ad altro accesso per intervento di trattamento chirurgico di metastasi laringee, si concorda sulla necessità di riverificare i codici in esso riportati e si rimanda la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

7. In merito alla proposta formulata dalla Asl di Milano 1 in relazione al set minimo di documentazione clinica da prevedere in regime di macroattività chirurgica a bassa intensità operativa ed assistenziale, si concorda che essa venga accolta integralmente, nei contenuti di seguito richiamati:
- generalità dell'assistito;
  - numero progressivo della scheda clinica;
  - struttura che esegue l'intervento (qualora non si evinca chiaramente dalla carta intestata);
  - anamnesi patologica prossima;
  - esame obiettivo;
  - registrazione degli eventuali esami clinici effettuati;
  - diagnosi;
  - consenso informato all'intervento, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario;
  - documentazione operatoria riportante: descrizione dell'intervento, tipo di anestesia, nominativi e firme degli operatori, data e orari di inizio/fine intervento (per interventi quali l'impianto di lente intraoculare in paziente affetto da cataratta, deve essere rintracciabile l'etichetta del presidio utilizzato);
  - lettera di dimissione riportante eventuali prescrizioni/indicazioni per il paziente, datata e firmata;
  - prescrizione su impegnativa da ricettario regionale (da conservarsi a cura della struttura e da rendere disponibile per eventuali controlli).
8. In merito alle osservazioni inviate dalla Asl di Brescia circa la prestazione di ricovero di denervazione renale trans-catetere in pazienti affetti da ipertensione arteriosa resistente alla terapia, si concorda di accogliere l'indicazione circa l'effettuazione della procedura nell'ambito di ricoveri di 0/1 giorno (ricomprendendo i necessari accertamenti strumentali preliminari nella routine di pre-ricovero) e si definisce che la codifica è la seguente:
- diagnosi principale: "ipertensione essenziale" (cod. 401.9);
  - procedura principale: "simpatectomia periarteriosa" (cod. 05.25);
  - procedura altra: "arteriografia renale" (cod 88.45);
  - DRG: 120 "Altri interventi sull'apparato circolatorio".
9. In relazione alle osservazione inviate dalla Asl di Brescia in merito alla revisione 2011 del documento tecnico-scientifico redatto dalla Commissione di Chirurgia Plastica-Ricostruttiva istituita dalla Asl di Milano, si concorda di accogliere tutti i punti in esso contenuti, riservandosi di chiedere alla Asl di Milano di condurre con la citata Commissione gli approfondimenti di seguito richiamati, ai fini della sua adozione definitiva tramite pubblicazione su Interpello:
- verifica della possibilità di introduzione di una graduazione nella severità del fenomeno delle "orecchie a ventola" ai fini del riconoscimento parziale a carico del SSR (solo delle forme più gravi) del trattamento chirurgico dello stesso;
  - verifica della possibilità di introduzione di una graduazione nella severità della diastasi dei retti post-gravidica ai fini del riconoscimento parziale a carico del SSR (solo delle forme più gravi) del trattamento chirurgico della stessa;
  - verifica della possibilità di introduzione di una graduazione nella severità della ginecomastia che non presenti componente ghiandolare ai fini del riconoscimento parziale a carico del SSR (solo delle forme più gravi) del trattamento chirurgico della stessa nei pazienti fino ai 16 anni di età.
- Si rimanda così la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.
10. In merito alla richiesta di equiparazione degli erogatori privati agli erogatori pubblici in tema di versamento delle quote dei provider ECM, si rileva che la suddetta tematica non è di competenza della UO diretta dal dott. Merlini e si comunica che la stessa sarà inoltrata al Servizio competente.
11. In relazione alla richiesta di modifica del nomenclatore tariffario ambulatoriale in merito alle prestazioni di Elettromiografia, si rileva la necessità di una riformulazione della stessa che semplifichi e chiarisca le problematiche ad essa abbinate. Si rimanda così la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.

12. In merito alla proposta di codifica formulata dal dott. Merlino (in risposta allo specifico quesito dell'Asl di Milano 1) per i ricoveri per effettuazione di fibrinolisi in pazienti affetti da ictus ischemico, si concorda di accoglierne i contenuti e si definisce quindi la seguente codifica:
- diagnosi principale: "embolia cerebrale con infarto cerebrale" (cod. 434.01);
  - diagnosi secondaria: "embolia cerebrale senza infarto cerebrale" (cod. 434.00);
  - procedura principale: "iniezione/infusione di agente trombolitico" (cod. 99.10);
  - procedura altra: "cateterismo arterioso" (cod. 38.91).
  - DRG: 559 "Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici".
- Il suddetto schema di codifica consente di tracciare i ricoveri in questione mediante l'uso della diagnosi secondaria.
13. In merito alla richiesta di assimilazione della prestazione ambulatoriale di angiografia con verde di indocianina alla prestazione di angiografia con fluoresceina sodica, la risposta è affermativa.
14. In merito alla richiesta di possibilità di utilizzo di un'unica impegnativa per la prescrizione di più prestazioni da erogarsi presso più presidi (con codici struttura differenti) appartenenti ad un unico Ente Gestore, la risposta è affermativa, precisando che sia l'Ente Gestore stesso a decidere a carico di quale dei propri presidi rendicontare le suddette prestazioni.
15. In merito alla richiesta di possibilità di utilizzo del ricettario regionale per la prescrizione di ricoveri da parte degli erogatori privati accreditati, la risposta è affermativa, precisando che la suddetta disposizione sarà contenuta nelle Regole 2012 di prossima uscita, cui si rimanda per la decorrenza del suddetto disposto, di cui si anticipano di seguito i contenuti: in analogia con quanto stabilito con la DGR n. VIII/9581/2009, in tema di prescrivibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR, la possibilità di prescrivere le prestazioni di ricovero e cura è quindi estesa alle stesse tipologie di professionisti elencati nella succitata delibera, prevedendo di confermare le medesime condizioni di corretto atteggiamento prescrittivo, quali ad esempio l'utilizzo in attività istituzionale<sup>1</sup>.
16. A proposito della proposta di revisione dei requisiti di accreditamento formulata dagli EEPA, in considerazione della necessità avanzata dai referenti delle Asl di disporre di maggior tempo per la sua valutazione, si rimanda la definizione conclusiva della tematica al prossimo incontro.
17. In merito alla richiesta di riconoscimento in extrabudget dei ricoveri per radicalizzazione di lesioni maligne, si riferisce che ciò non è previsto per le Regole 2012.
18. In relazione alla richiesta di chiarimenti sull'utilizzo del codice V64.-- in regime di ricovero relativo a specifico trattamento sanitario non eseguito, si informa che la suddetta tematica sarà oggetto di specifici chiarimenti sulle Regole 2012 di prossima uscita, dei quali si anticipano di seguito i contenuti: il codice V64.--, relativo a persone che ricorrono ai servizi sanitari per interventi specifici non eseguiti, andrà indicato in diagnosi principale (codificando in diagnosi secondaria la condizione clinica che avrebbe determinato il trattamento), così come recentemente ribadito con la DGR n. IX/2057/2011 (Allegato A), in tutti i casi in cui un trattamento specifico programmato, generalmente di tipo chirurgico, viene annullato o rimandato (dopo aver ricoverato il paziente) per il sopraggiungere di circostanze impreviste, per decisione del paziente o per il riscontro di controindicazioni.  
Si dispone però che l'episodio di ricovero così codificato, nel caso in cui la ragione della non esecuzione della procedura programmata sia imputabile a problematiche di natura organizzativa dell'erogatore stesso (es. indisponibilità di sala operatoria ecc.), non venga posto a carico del SSR e che di conseguenza la SDO riferita a tale ricovero sia contrassegnata come "non finanziabile".  
Si ricorda infine che il suddetto codice V64.-- non deve essere indicato in diagnosi principale, bensì tra le diagnosi secondarie, esclusivamente nei casi in cui l'annullamento o il rinvio ad altro ricovero della procedura programmata sia dovuto all'insorgenza di altra patologia che viene quindi specificatamente trattata nel corso del ricovero in questione.

---

<sup>1</sup> La disposizione descritta sarà oggetto delle Regole di Esercizio 2012 di prossima uscita e avrà quindi decorrenza 1° gennaio 2012.

19. In relazione alla richiesta di chiarimenti circa la codifica della prestazione ambulatoriale di videodermatoscopia per la diagnosi precoce di melanoma, si chiarisce che il codice corretto è 89.39.6 "osservazione di lesioni pigmentarie e non con videodermatoscopio", il quale è attualmente presente sotto la branca di Dermosifilopatia. Si precise altresì che il suddetto codice verrà esteso, a decorrere dall'emanazione delle prossime Regole 2012, anche alla branca di Oncologia<sup>2</sup>.

#### PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
14.12.2011	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	17.00
Oggetto: Ottava riunione dell'attività 2011 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 09.11.2011

Nome del verbalizzante: dott.ssa Daniela Nicolosi

---

<sup>2</sup> La disposizione descritta, relativa all'estensione di branca, sarà oggetto delle Regole di Esercizio 2012 di prossima uscita e avrà quindi decorrenza 1° gennaio 2012.