

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
09.10.2015	Stanza 34, Piano III – Area Arancione	14.30	17.30
ORDINE DEL GIORNO			
Seconda riunione dell'attività 2015 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

PRESENTI

NOMINATIVO	QUALIFICA
Luca Merlinò	Dirigente UO Governo dei Dati, delle Strategie e Piani del Sistema Sanitario - Direzione Generale Salute
Nadia Da Re	Dirigente Struttura Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli – Direzione Generale Salute
Daniela Nicolosi	UO Governo dei Dati, delle Strategie e Piani del Sistema Sanitario – Direzione Generale Salute
Simona De Filippo	Responsabile UO Autorizzazione e Accreditamento Erogatori Sanitari – Asl di Brescia
Maurizio Amigoni	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano
Gianluigi Gariboldi	Direttore SC Accreditamento Sanitario – Asl di Milano
Regina Esposito	Responsabile SS Reti di Offerta – Asl di Milano
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Emerico Panciroli	Direttore Dipartimento PAC – Asl di Milano 2
Maria Antonia Sanvito	Servizio Programmazione Qualità, Autorizzazione Accreditamento e Contratti – Asl di Milano 2
Gianluca Avanzi	Direttore Sanitario AO Ospedale di Circolo Fondazione Macchi - Varese
Gaetano Elli	Direttore Medico di Presidio AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Elisa Falappi	Direzione Medica di Presidio AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Pietro Piovanelli	Responsabile Servizio Accreditamento e Gestione/Analisi dei Flussi Informativi Sanitari AO Spedali Civili - Brescia
Massimo Casella	Posizione Organizzativa - Accreditamento e flussi informativi aziendali 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 Ospedalità Privata)
Andrea Capponi	Consulente Gruppo Multimedita
Giuseppe Chittò	Responsabile Qualità ed Accreditamento Centro Diagnostico Italiano – Milano
Claudio Garbelli	Direttore Sanitario Fondazione S. Maugeri - Pavia
Ornella Leoncini	Responsabile Direzione Flussi Informativi Sanitari – IRCCS Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)
Antonella Sorgente	Responsabile Affari Legali Sanitari – Istituto Auxologico Italiano Referente ARIS (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari)
Silvano Ubbiali	AIOp (Associazione Italiana Ospedalità Privata)

RESOCONTO INCONTRO

Sono introdotti i lavori riassumendo i temi all'ordine del giorno, come di seguito richiamato:

1. Richiesta di chiarimenti sulla differenziazione tariffaria contemplata per i DRG 257 e 258 in presenza del codice di procedura 85.95 ("Mastectomia totale per T.M. con/senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO ..."), con particolare riferimento all'effettuazione di impianto di protesi mammaria (cod. 85.53);
2. Corretta codifica del trattamento delle ulcere corneali persistenti, in esiti di causticazione, con impianto di membrana amniotica;
3. Richiesta di chiarimenti sulla corretta codifica del trattamento della calcolosi renale/ureterale per via trans-uretrale con litotripsia endoscopica, in caso di mancata asportazione dei calcoli;
4. Richiesta di chiarimenti sulla corretta codifica dei trattamenti riabilitativi per la sindrome di Guillain-Barrè (polineuropatia acuta infiammatoria demielinizante);
5. Richiesta di introduzione di un riconoscimento tariffario ambulatoriale ad hoc per il monitoraggio remoto per via telematica dei dispositivi elettrici cardiaci (pace maker stimolatori, defibrillatori, resincronizzatori);
6. Richiesta di chiarimento circa il corretto setting assistenziale (ricovero versus MAC) per l'effettuazione della biopsia ossea;
7. Richiesta di ulteriori chiarimenti circa la codifica delle radicalizzazioni chirurgiche, con particolare riferimento ai trattamenti post-chemioterapia neoadiuvante;
8. Verifica dello stato di avanzamento dei lavori di riesame della proposta di definizione dei requisiti autorizzativi per le attività di Elettrofisiologia e per le Stroke Unit;
9. Varie ed eventuali.

Si discute di quanto segue:

1. In merito ai chiarimenti richiesti circa la differenziazione tariffaria contemplata per i DRG 257 e 258 in presenza del codice di procedura 85.95 ("Mastectomia totale per T.M. con/senza CC + Interventi 854* (mastectomia) e 8595 (inserz. protesi) + Tipo Tar. SDO ..."), con particolare riferimento all'effettuazione di impianto di protesi mammaria (cod. 85.53), si precisa quanto segue:

la DGR n. VIII/3776 del 13.12.2006 (Allegato 8) ha previsto una differenziazione tariffaria per il DRG 257 (e DRG 258 – cfr. nota prot. n. H1.2006.0054879 del 21.12.2006) "nel caso di posizionamento di protesi ad espansione contestuale ad intervento chirurgico demolitivo della mammella".

Il termine "protesi ad espansione" è evidentemente riferito all'espansore tessutale, come confermato dall'indicazione del codice di procedura 85.95 ("inserzione di espansore tessutale nella mammella"), richiamato sia nel tariffario vigente che negli atti citati, cui si riferisce lo stesso tariffario.

Nessun incremento tariffario è invece previsto per l'impianto di protesi mammaria monolaterale (cod. 85.53).

2. In riferimento alla richiesta di indicazioni circa la codifica del trattamento delle ulcere corneali persistenti, in esiti di causticazione, con impianto di membrana amniotica, si accoglie la proposta di codifica giunta dalle rappresentanze degli Erogatori di diritto pubblico:

I diagnosi: 370.03 "ulcera corneale centrale"

Procedura: 11.62 "altra cheratoplastica lamellare".

3. In merito alla richiesta di chiarimenti circa la corretta codifica del trattamento della calcolosi renale/ureterale per via trans-uretrale con litotripsia endoscopica, si rimanda innanzitutto a quanto già definito sul Verbale di riunione del 10.10.2014 (Allegato 1, Risposta Punto 8):

«Non esistendo peraltro un codice specifico per la litotripsia endoscopica, appare corretto l'abbinamento dei seguenti codici:

- 59.95 "litotripsia con ultrasuoni o elettroidraulica"

- 56.0 "estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di: coagulo di sangue, calcolo, corpo estraneo".

Situazione differente è quella invece in cui non si procede per via endoscopica ma solo per via extracorporea: in questo caso andrà selezionato esclusivamente il codice di procedura 98.51 "litotripsia extracorporea del rene, uretere e/o vescica"».

Va da sé però che tale indicazione sottintende l'effettuazione di una procedura andata a buon fine, la cui efficacia dev'essere indicata nella documentazione clinica. In caso contrario andranno seguite le indicazioni contenute nella DGR n. IX/3976 del 06.08.2012, in merito ai tentativi inefficaci:

"Si ricorda inoltre che, in nessun caso è corretto rendicontare codici di intervento corrispondenti a procedure non condotte a termine per motivi clinici, a prescindere dall'eventuale consumo di strumentazioni e/o presidi medici, né tantomeno richiedere il rimborso di protesi non effettivamente impiantate per qualunque motivo (es. rottura pre-impianto ecc.); si specifica che tale principio si applica quindi, adesso come per il passato, anche ai tentativi infruttuosi di angioplastica percutanea coronarica (PTCA), nel qual caso si codificherà quindi solo la procedura di coronarografia, se effettuata, altrimenti verrà indicata in diagnosi principale o secondaria (secondo le indicazioni delle DGR n. IX/2057/2011 e n. IX/2633/2011) la condizione di procedura non eseguita (cod. V64.)"

Nel caso specifico, l'avvenuta estrazione (o anche eliminazione tramite sua frantumazione o polverizzazione) del calcolo deve essere chiaramente riportata nella descrizione della procedura effettuata, al fine di distinguere le situazioni descritte (in cui l'utilizzo del cod. 56.0 è congruente) dai casi in cui invece il calcolo, precedentemente diagnosticato, non appare più rintracciabile nel corso dell'esecuzione della procedura (in cui l'eventuale utilizzo del cod. 56.0 non è congruente).

4. In riferimento alla richiesta circa la corretta codifica dei trattamenti riabilitativi per la sindrome di Guillain- Barré (polineuropatia acuta infiammatoria demielinizzante), si chiarisce quanto segue:

il quadro normativo attuale in ambito riabilitativo, a differenza di quanto avveniva in passato, pone l'accento, sin dalle Regole 2014 (DGR n. X/1185/2013), sul tema della complessità assistenziale e del corretto riconoscimento del relativo consumo di risorse, spostando quindi di fatto l'attenzione dalla patologia di base dei pazienti alla disabilità trattata e alle risorse (anche professionali) impiegate.

Quest'approccio differisce sostanzialmente da quanto avveniva precedentemente in applicazione (fino al 2013) della DGR n. VII/2418/2000, con la quale, diversamente da quanto accade per i ricoveri in acuto, l'attenzione era più spesso rivolta alla patologia di base che non alla funzione/abilità presa in carico.

L'orientamento attuale equipara di fatto la valutazione della riabilitazione a quella dell'assistenza per acuti, la quale, come sappiamo, muove dal consumo di risorse realizzato: "La diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero" (DGR n. X/1185/2013 - Allegato 3, Sub Allegato C "Attività riabilitative").

Un esempio pratico è quello dell'utilizzo in prima posizione dei codici di diagnosi relativi alle sindromi paralitiche (in particolare tetra- e paraparesi), che secondo le Regole del 2000 erano utilizzabili solo in riferimento a patologia midollare, escludendo quindi tutte quelle situazioni (es. tipico proprio la sindrome di Guillain-Barré) che, pur determinando un danno funzionale neurologico equiparabile alla patologia midollare anche in termini di trattamento riabilitativo, confluivano così in DRG relativi alle malattie infettive, con soglie di trattamento non sempre adeguate alla realtà dei trattamenti necessari per questi pazienti.

Per questo motivo le disposizioni attuali contemplano, come si è già detto, la possibilità di indicare in prima posizione la diagnosi responsabile del maggior consumo di risorse riabilitative, consentendo, nel caso specifico, la seguente codifica:

I diagnosi: 344.09 "altre quadriplegie"

Altra diagnosi: 357.0 "polineurite infettiva acuta".

L'incongruenza tra le citate indicazioni contenute nella DGR n. X/1185/2013 (Allegato 3, Sub Allegato C) e la tabella di codifica contenuta nella stessa DGR, sono da considerarsi un refuso.

Su questo tema, sarebbe altresì auspicabile attuare un confronto, per tramite dei referenti qui presenti, sugli elementi utili a valutare correttamente, tramite la codifica, tutte le sindromi paralitiche (indipendentemente dalla loro origine), valorizzandole quindi per il livello di disabilità trattato, tramite l'impiego delle scale di disabilità più comuni all'interno delle categorie di funzioni descritte nella classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS (non riconducibili esclusivamente a diagnosi nosologiche). Ciò al fine di definire le caratteristiche di un impiego omogeneo tra gli Erogatori delle scale di valutazione della disabilità e quindi la trasparenza nella rappresentazione dei percorsi assistenziali impostati.

5. In merito alla richiesta di introduzione di un riconoscimento tariffario ambulatoriale ad hoc per il monitoraggio remoto per via telematica dei dispositivi elettrici cardiaci (pace maker stimolatori, defibrillatori, resincronizzatori) si riferisce quanto segue:

come già chiarito in altre occasioni, non è possibile in generale equiparare le prestazioni di telemedicina ad una visita specialistica ambulatoriale.

Nel caso specifico appare opportuno inoltre attendere gli esiti del tavolo di lavoro nazionale sul tema, alla conclusione del quale saranno definite le corrette modalità di remunerazione, per le quali si ipotizza una tariffa forfettaria di presa in carico del paziente, svincolata dal riconoscimento della singola prestazione.

6. In merito alla richiesta circa il corretto setting assistenziale (ricovero versus MAC) per l'effettuazione della biopsia ossea, si chiarisce che la procedura in questione (di cui ai codici "operating room" riportati di seguito) è una procedura chirurgica di sala operatoria e come tale non è afferibile alla MAC. Altra cosa invece è la ago-biopsia osteo-midollare (BOM) da afferire, come da Regole di Sistema, al regime ambulatoriale complesso.

Cod.	Descrizione
01.15	BIOPSIA DELLE OSSA CRANICHE
76.11	BIOPSIA DELLE OSSA FACCIALI
77.40	BIOPSIA DELL'OSSO, SEDE NON SPECIFICATA
77.41	BIOPSIA DELLA SCAPOLA, CLAVICOLA E TORACE (COSTE E STERNO)
77.42	BIOPSIA DELL'OMERO
77.43	BIOPSIA DEL RADIO E DELL'ULNA
77.45	BIOPSIA DEL FEMORE
77.46	BIOPSIA DELLA ROTULA
77.47	BIOPSIA DELLA TIBIA E FIBULA
77.48	BIOPSIA DEL TARSO E METATARSO
77.49	BIOPSIA DI ALTRE OSSA, AD ECCEZIONE DI QUELLE FACCIALI

7. Per quanto riguarda la richiesta di ulteriori chiarimenti circa la codifica delle radicalizzazioni chirurgiche, con particolare riferimento ai trattamenti post-chemioterapia neoadiuvante, si ribadiscono le indicazioni vigenti (cfr. Interpello del 27.06.2008 "radicalizzazione di tumore mediante secondo intervento sanitario"), come di seguito riportate:

"Primo episodio di ricovero per asportazione di tumore maligno con esame istologico positivo:
DIAGNOSI PRINCIPALE = Tumore maligno a seconda della sede

Secondo eventuale episodio di ricovero per intervento di radicalizzazione con esame istologico negativo:
DIAGNOSI PRINCIPALE = V10.--"

In aderenza però allo stesso principio base rappresentato dalle suddette indicazioni, ovvero che la diagnosi principale non debba prescindere dall'esito istologico registrato (cfr. anche Verbale di

riunione del 23.02.2011) nonché a tutela della valenza epidemiologica delle SDO, si ritiene corretto estendere l'utilizzo del codice V10.-- in prima diagnosi anche alle radicalizzazioni post-chemioterapia neoadiuvante con esame istologico negativo: ciò consente infatti di correlare correttamente tale intervento ad una diagnosi oncologica posta precedentemente (anche se non oggetto di ricovero ospedaliero).

8. Per quanto riguarda i lavori di riesame della proposta di definizione dei requisiti autorizzativi per le attività di Elettrofisiologia, si valutano collegialmente le proposte giunte dai referenti delle ASL e si decide di apportare alcune modifiche alla bozza sinora condivisa, come riportate nell'excel allegato al presente verbale, nella versione che sarà oggetto del prossimo confronto del presente GdL.

Con riferimento al requisito SSELF01, i rappresentanti degli EEPA segnalano la presenza di una Struttura, inserita nella rete di Emergenza-Urgenza, dotata di un'unica sala EL-ES condivisa con l'Emodinamica e chiedono che l'adozione dei nuovi requisiti preveda tempistiche di adeguamento atte a salvaguardare tali realtà esistenti: ciò con le modalità già previste in passato per i requisiti delle Riabilitazioni per Strutture esistenti e Strutture nuove.

Nel merito invece dei requisiti per le Stroke Unit si concorda di rimandare il confronto dopo le necessarie valutazioni sul recente DM sugli standard ospedalieri.

9. Si condividono con i referenti del presente GdL due lavori della ASL di Milano (riferiti ad indicazioni già operative per la stessa ASL), al fine di favorirne le valutazioni preliminari ad una loro implementazione anche sul resto del territorio regionale, da effettuarsi nel prossimo incontro. Si tratta dei documenti conclusivi di due tavoli di lavoro condotti dalla ASL citata con i professionisti clinici delle principali Strutture di ricovero e cura di propria pertinenza, sui temi di seguito riportati:
- I CRITERI DI APPROPRIATEZZA GENERICA E ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI OSPEDALIERI PER CHEMIOTERAPIA;
 - LE SINDROMI CORONARICHE ACUTE: CRITERI CLINICI, DI LABORATORIO E LORO CORRETTA RENDICONTAZIONE ATTRAVERSO LA SDO.

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
----- (da definire)	----- (da definire)	--.--	--.--
Oggetto: Terza riunione dell'attività 2015 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 09.10.2015

Nome del verbalizzante: dott.ssa Daniela Nicolosi