

DATA, LUOGO E ORDINE DEL GIORNO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
21.06.2012	Stanza 34, Piano IV – Area Arancione	15.00	17.00
ORDINE DEL GIORNO			
Quarta 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 Dipartimento Programmazione, Acquisto e Controllo – Asl di Monza e Brianza
Anna Morabito	Direttore SC Accreditamento, Verifica e Controllo – Asl di Milano 1
Donatella Bellini	AO Ospedale Civile di Legnano (MI)
Claudio Mimella	Responsabile Centro Formazione e Documentazione Biomedica - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Giuseppe Vighi	Direttore Servizio Qualità e Sicurezza Clinica - AO Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano
Pietro Piovanelli	Responsabile Servizio Accreditamento e Gestione/Analisi dei Flussi Informativi Sanitari AO Spedali Civili - Brescia
Dario Beretta	Direttore Generale Istituto Clinico San Siro – Milano Referente AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)
Patrizia Bernardelli	Presidente Clinica San Carlo – Paderno Dugnano
Antonio Cammistrà	Istituto Clinico Città di Brescia
Andrea Capponi	Consulente IRCCS Multimedica – Sesto San Giovanni
Cristian Ferraris	Referente Assolombarda
Paola Garancini	Responsabile Area Qualità e Accreditamento - Direzione Sanitaria IRCCS San Raffaele - Milano
Ornella Leoncini	Responsabile Direzione Flussi Informativi Sanitari – Istituto Clinico Humanitas – Rozzano (MI)
Silvano Ubbiali	AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)

RESOCONTO INCONTRO

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

1. Presentazione delle proposte relative ai requisiti per le attività di Elettrofisiologia;
2. Richiesta di revisione delle indicazioni di codifica per le procedure di infiltrazione endoscopica con tossina botulinica per il trattamento delle disfunzioni vescico-sfinteriche su base neurogena;
3. Codifica dell'insufficienza respiratoria post-operatoria (cod. 518.5) in diagnosi secondaria;

4. Possibilità di utilizzo del codice di diagnosi principale V29._ di osservazione per sospetto nel neonato sano, di cui al Verbale di riunione del 14.12.2011 (rif. Punto 22);
5. Richiesta di chiarimenti circa la codifica di ricoveri in acuzie di pazienti affetti da IMA con successivo trasferimento per stessa patologia ad altra struttura sanitaria per acuti e circa la relativa assegnazione dei suddetti episodi di ricovero alla quota extrabudget di remunerazione;
6. Richiesta di chiarimenti ulteriori sulla MAC, in particolare:
 - a. effettuazione esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia al di fuori della giornata di accesso;
 - b. effettuazione esami di tossicità chemioterapica al di fuori della giornata di accesso
 - c. possibilità di somministrazione contemporanea di diverse tipologie di farmaci antitumorali (es. ev e per os) in MAC diverse;
 - d. possibilità di sovrapposizione tra attività di ricovero e MAC;
7. Esenzioni in gravidanza;
8. Richiesta di chiarimenti su modalità di rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali di Radioterapia, di cui alla comunicazione via mail del dott. Merlino del 04.06.2012;
9. Codifica dell'eco(color)dopplergrafia cardiaca da sforzo;
10. Richiesta di modifica dei criteri di erogazione della densitometria ossea in età pediatrica;
11. Richiesta di ampliamento di branca per le prestazioni ambulatoriali di artrocentesi (cod. 81.91) e di iniezione articolare di sostanze terapeutiche (cod. 81.92);
12. Codifica dei tentativi infruttuosi di effettuazione di angioplastica percutanea coronarica (PTCA);
13. Codifica del trattamento della calcolosi renale mediante chirurgia retrograda intrarenale (RIRS);
14. Codifica della procedura di ablazione di lesione tiroidea mediante radiofrequenza;
15. Richiesta di inserimento della prestazione ambulatoriale di Spettroscopia nel Nomenclatore Tariffario Regionale.
16. Varie ed eventuali.

1. Si richiama la bozza già condivisa via e-mail, contenente le proposte elaborate dalle Asl in merito ai requisiti per le attività di Elettrofisiologia e si invitano tutti i referenti presenti a volerne esaminare i contenuti in vista della discussione prevista in occasione del prossimo incontro del GdL.
2. Si chiede di rivedere (in considerazione dell'impegno assistenziale richiesto dalla tipologia di pazienti coinvolti, e cioè medullosesi con ASIA Scale A o B) le indicazioni di codifica fornite tramite Interpello del 15.02.2010 per le procedure di infiltrazione endoscopica con tossina botulinica per il trattamento dell'iperattività detrusoriale neurogena (cod. 59.72 "impianto per iniezione nell'uretra e/o nel collo vescicale") con osservazione post-procedurale di 24 ore in regime di ricovero.

Risposta: in considerazione della peculiarità della casistica descritta, che fa riferimento solamente a due aziende sul territorio regionale, non appare corretto modificare le attuali indicazioni di codifica (che sono quindi confermate) mentre si ritiene più opportuno valutare la possibilità di individuare modalità alternative di remunerazione (es. funzione specifica o DRG 322 con sottoclassificazione tariffaria in presenza di diagnosi particolare, come ad es. la tetraparesi), da mettere eventualmente in campo per il prossimo esercizio.

3. Si chiedono indicazioni sulle condizioni in cui è corretto codificare l'insufficienza respiratoria post-operatoria (cod. 518.5) in diagnosi secondaria.

Risposta: si ritiene che la codifica dell'insufficienza respiratoria post-operatoria sia da riservarsi ai soli casi di complicazioni intervenute durante l'intervento o preesistenti ad esso ma che richiedano la prosecuzione della ventilazione in terapia intensiva per sostenere l'attività cardiorespiratoria e favorire uno svezzamento lento e sotto stretto monitoraggio. Non si ritiene invece corretta la codifica dell'insufficienza respiratoria post-operatoria in tutti i casi di monitoraggio post-operatorio per un risveglio graduale, con rientro in reparto di provenienza entro qualche ora.

4. Si chiedono chiarimenti circa la possibilità di utilizzo del codice di diagnosi principale V29._ di osservazione per sospetto nel neonato sano, di cui al Verbale di riunione del 14.12.2011 (rif. Punto 22).

Risposta: si ribadisce quanto già indicato nel Verbale di riunione citato, e cioè che la condizione di neonato sano, nel corso del ricovero in cui si è registrato l'evento della nascita, va rendicontata attraverso i codici da V30 a V39 in diagnosi principale (come da Allegato A della DGR n. IX/2057/2011). Il codice V29, di osservazione per sospetto, utilizzato nel caso in cui non sia stata formulata una diagnosi specifica all'atto della dimissione del neonato, può quindi essere indicato in diagnosi principale esclusivamente negli eventuali ricoveri successivi al primo.

In merito alla codifica dei neonati, con particolare riferimento ai neonati patologici, la Asl di Milano riferisce di aver condotto un'analisi sulle caratteristiche della citata tipologia di ricoveri desumibili dai flussi SDO e CEDAP, in riferimento all'attività condotta sul territorio di propria competenza. È parere della Asl che gli esiti registrati, da riverificare sull'intero territorio regionale, suggeriscano una riflessione sulla possibilità di rivedere gli attuali criteri di tariffazione in funzione della durata della degenza (es. istituzione di soglia tariffaria sul modello delle coppie di DRG complicato/non complicato). L'analisi citata viene condivisa con i referenti regionali che ne esamineranno i contenuti.

5. Si chiedono chiarimenti circa la codifica di ricoveri in acuzie di pazienti affetti da IMA con successivo trasferimento per stessa patologia ad altra struttura sanitaria per acuti e circa la relativa assegnazione dei suddetti episodi di ricovero alla quota extrabudget di remunerazione.

Risposta: si chiarisce che, nel caso citato, gli aspetti relativi alla codifica sono da tenere distinti dalla modalità di remunerazione (tra budget ed extrabudget).

La codifica corretta è infatti sempre quella relativa al primo episodio di assistenza (cod. 410. 1), nella cui definizione sono compresi anche i ricoveri di pazienti trasferiti presso altro istituto per acuti ed in cui non vi sia stata interruzione dell'assistenza per acuti (ad es. per dimissione ordinaria al domicilio o per trasferimento in istituti non per acuti).

I criteri di remunerazione invece sono sempre quelli previsti dalla DGR n. 1375/2005, la quale non è stata mai abrogata: il paziente viene stabilizzato dal punto di vista cardiologico nel primo ricovero e poi viene trasferito per la prosecuzione di trattamento; è extrabudget solo il primo ricovero. Eventualmente si può valutare di prevedere per il futuro qualche eccezione alla regola attuale sul riconoscimento in extrabudget, nel caso in cui nel secondo ricovero venga effettuata una procedura chirurgica maggiore: si proverà a questo proposito a fare una statistica su quanto descritto (secondo ricovero in cardiocirurgia o PTCA dopo trasferimento entro 48 h).

6. Si chiedono chiarimenti ulteriori sulla MAC, in particolare si chiede se:
- gli esami ematochimici propedeutici alla chemioterapia non effettuati nella giornata di accesso né nella giornata precedente, siano da ricomprendere nel relativo pacchetto MAC;
 - gli esami di tossicità chemioterapica non effettuati nella giornata di accesso né nella giornata precedente, siano da ricomprendere nel relativo pacchetto MAC;
 - la somministrazione contemporanea di diverse tipologie di farmaci antitumorali (es. ev e per os) possa dar luogo a due MAC diverse;
 - sia consentita la sovrapposizione tra attività di ricovero e MAC;

Risposta:

- a questo proposito sono valide le indicazioni fornite con la Circolare 1San/2012, secondo cui "le prestazioni di laboratorio e di diagnostica strumentale attinenti ai contenuti clinici delle attività MAC in corso, anche se non esplicitamente comprese nella descrizione del pacchetto MAC, sono ricomprese nel citato pacchetto (anche se effettuate in giorni diversi dall'accesso per MAC) e non devono quindi essere rendicontate a parte nel flusso ambulatoriale di cui alla Circolare 28San";
- in questo caso, la risposta cambia in funzione del costo dell'esame, che se ad alto costo, può essere rendicontato a parte (cfr. Punto 3 del Verbale di riunione del 22.02.2012);
- la possibilità di rendicontazione contemporanea di più MAC è evidentemente riferita a percorsi assistenziali differenti; nel caso citato, in cui la somministrazione di diverse tipologie di farmaci antitumorali è contemporanea, non è corretto rendicontare due distinte MAC ma è invece opportuno ricomprendere tutto nella MAC di valore maggiore;

- d. come si legge nella Circolare 14San/2011 "non può esserci sovrapposizione tra attività di day hospital e di ricovero e cura e (...) nel caso di passaggio da attività MAC a ricovero il pacchetto MAC non deve essere rendicontato in quanto compreso nel ricovero conseguente"; nel caso citato quindi il pacchetto MAC va chiuso ed eventualmente riaperto, se necessario, successivamente.

In merito ai controlli da effettuarsi dalle Asl sulla MAC, viene riferito che la Asl di Brescia ha condotto preliminarmente un tavolo tecnico con i propri erogatori finalizzato alla definizione di procedure e protocolli di attività MAC condivisi.

Si invitano quindi le Asl che avessero già avviato questa tipologia di lavoro a volerne condividere gli esiti con la Direzione Generale Sanità in modo da favorirne l'eventuale diffusione sul territorio regionale. A questo proposito si suggerisce inoltre che gli esiti delle suddette attività tra Asl ed erogatori, potrebbero, in una fase di avvio dei controlli, essere utilizzati per condurre da parte delle Asl stesse una verifica di congruenza rispetto a quanto condiviso con le strutture con le citate modalità.

7. Si chiedono chiarimenti in merito all'applicazione dell'esenzione in gravidanza, con particolare riferimento alla possibilità di considerare esente anche la prima visita.

Risposta: il DM del 10.09.1998 (art. 1) definisce come esenti le visite "periodiche"; ci si riserva di condurre i dovuti approfondimenti sulla tematica in vista della revisione attualmente in corso in materia di esenzioni, finalizzata all'emanazione di specifiche indicazioni con il III Provvedimento delle Regole d'Esercizio, di prossima uscita.

8. Si chiedono chiarimenti sulla modalità di rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali di Radioterapia, di cui alla comunicazione via mail del dott. Merlino del 04.06.2012 ad oggetto "Precisazioni in ordine ai contenuti della Circolare n. 1/San del 30.01.2012".

Risposta: con la mail citata, sul modello di quanto disposto per la MAC, si è inteso facilitare il percorso di prescrizione anche per le prestazioni di Radioterapia, con particolare riferimento alle prestazioni ripetibili. Non sono state modificate invece le regole di prescrizione generali attualmente in vigore per la specialistica ambulatoriale e rimangono invariate le regole di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.

A questo proposito, onde evitare equivoci, si è deciso che a breve verrà predisposto un elenco positivo di prestazioni, cui si applicano in via esclusiva le indicazioni prescrittive circa la possibilità di indicare, per impegnativa, fino ad un massimo di 8 prestazioni, ciascuna con la propria numerosità come prevista dal prescrittore. Si conferma altresì per le stesse prestazioni di Radioterapia, la possibilità di invio dei dati di rendicontazione a consuntivo.

Si precisa altresì che per quanto attiene la fase di rendicontazione dell'attività svolta (da tener concettualmente separata dall'attività prescrittiva), al fine di favorire le attività di controllo condotte da parte di questa Direzione sul flusso della 28San, verrà posto un limite massimo di 30 in riferimento alle quantità rendicontabili per prestazione e per singolo record, sia per la MAC che per le prestazioni di Radioterapia di cui al citato elenco positivo. Pertanto, in fase di rendicontazione, qualora la prescrizione eccedesse la quantità massima prevista, l'attività effettuata potrà essere rendicontata ripetendo lo stesso codice di prestazione interessato per la parte eccedente i 30 accessi.

9. Si chiedono indicazioni circa la possibilità di codificare l'ecocardiografia da stress (cod. 88.72.3 "eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo e dopo prova fisica o farmacologica") unitamente al codice 89.43 "test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro", dal momento che l'esame è effettuato tramite esecuzione di ecocardiogramma basale, seguito da prova di sforzo (o infusione di farmaco) e quindi da nuovo ecocardiogramma basale.

Risposta: L'associazione del codice ambulatoriale 88.72.3 con il codice 89.43 NON è corretta.

10. Si chiede di rivedere i criteri di erogazione della densitometria ossea in età pediatrica, secondi cui l'accesso alla suddetta prestazione è ammesso con un intervallo di 18 mesi, consentendo invece l'utilizzo di un intervallo inferiore, compreso tra i 6 e i 12 mesi.

Si suggerisce di rivedere il quesito integrandolo con informazioni aggiuntive sulla casistica interessata nonché con elementi utili a valutare l'appropriatezza dell'approccio diagnostico suggerito.

11. Si chiede di estendere la possibilità di effettuare le prestazioni ambulatoriali di artrocentesi (cod. 81.91 – branca Ortopedia e Traumatologia) e di iniezione articolare di sostanze terapeutiche (cod. 81.92 – branca di Ortopedia e Traumatologia e di Oncologia) anche alla branca di Reumatologia.

Risposta: la branca di Reumatologia non esiste.

12. Si chiedono chiarimenti circa la possibilità di codificare la procedura di angioplastica percutanea coronarica (PTCA) nel caso in cui il tentativo di effettuazione della stessa si riveli infruttuoso (es. accesso attraverso filo guida ma impossibilità di completare la PTCA con pallone/stent o impossibilità di accesso con filo guida).

Risposta: nel caso in cui il tentativo di effettuazione di PTCA in corso di coronarografia non sia andato a buon fine NON è corretto codificare la procedura di angioplastica; si codificherà quindi solo la procedura di coronarografia, se effettuata, altrimenti verrà indicata in diagnosi principale o secondaria (secondo le indicazioni della DGR n. IX/2057/2011 e n. IX/2633/2011) la condizione di procedura non eseguita (cod. V64.). Ciò in linea generale è valido per tutte le procedure non condotte a termine per motivi clinici.

13. Si chiedono indicazioni circa la codifica di ricoveri per il trattamento della calcolosi renale mediante chirurgia retrograda intrarenale (RIRS).

Risposta: per motivi di tempo, si rimanda la trattazione della tematica al prossimo incontro.

14. Si chiede indicazione per la codifica di ricoveri per effettuazione di ablazione di lesione tiroidea mediante radiofrequenza.

Risposta: per motivi di tempo, si rimanda la trattazione della tematica al prossimo incontro.

15. Si richiede di valutare la possibilità di inserimento della prestazione ambulatoriale di Spettroscopia nel Nomenclatore Tariffario Regionale.

Risposta: per motivi di tempo, si rimanda la trattazione della tematica al prossimo incontro.

PROSSIMO INCONTRO

DATA	LUOGO	ORA INIZIO	ORA FINE
13.09.2012	Stanza 49, Piano II – Area Gialla	15.00	18.00
Oggetto: Quinta riunione dell'attività 2012 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli			

Luogo e data: Milano, 21.06.2012

Nome del verbalizzante: dott.ssa Daniela Nicolosi