

## Discussione sui rimborsi DRG per le procedure endovascolari

Questa discussione, iniziata da Alessandro Frullini all'interno del Gruppo Associazione Flebologica Italiana, è presente in originale nel sito web di LinkedIn, dove è stato costituito il Gruppo suddetto. Essendo molto interessante il tema discusso, è stato deciso dal Consiglio Direttivo della SIFL di riportare il contenuto della discussione anche tra le pagine del "FORUM" presenti in questo sito web.



[Alessandro Frullini](#)

**17 aprile 2012**

Flebologi sempre più in saldo! Leggete questa lettera che mi è arrivata.  
di Alessandro Frullini

Gentilissimo Presidente AFI,  
in qualità di Rappresentante Regionale AFI è mia premura mettere ufficialmente al corrente la presidenza e la Società per intero che a Parma si è verificato un fatto alquanto strano dal punto di vista dei rimborsi drg per interventi flebologici. Nella fattispecie sono state fatte ricodificare cartelle di pazienti fuori regione che presentavano una precedente codifica diversa dal DRG 119, e precisamente quelle che potevano rientrare in un trattamento Laser endovascolare. Nel Centro Flebologico che dirigo a Parma non è mai stata eseguita nessuna terapia endolaser, ma nonostante questo è stata applicata la stessa norma di ricodifica, con penalizzazione DRG importante, con retroattività al 2010. La presente per fare presente all'ufficio legale della Società che si faccia carico di esplorare tale accaduto e di relazionarci sulla effettiva legalità, soprattutto della retroattività. Per informazioni sulla documentazione ufficiale vi potete rivolgere a chi ci legge in calce, ovvero alla Amministrazione della Casa di cura Hospital Piccole Figlie che fornirà tutte le spiegazioni più "tecniche" necessarie. Da parte mia resto a disposizione per fornire invece tutte le eventuali disamine "cliniche" necessarie. Con molta cordialità ringrazio anticipatamente

Paolo Casoni



[Mario Forzanini](#)

**18 aprile 2012**

Quasi dieci anni fa si poneva il problema di come codificare le procedure endovascolari. Per un certo periodo, non esistendo il codice specifico per il laser endovascolare, si utilizzava il codice di "altra procedura condotta sui vasi", che dava origine ad un DRG superiore rispetto a quello della chirurgia tradizionale (3859).

Una circolare della Regione Lombardia, (nel 2004 circa) ha successivamente chiarito questo dubbio. In Lombardia al DRG 119 fanno capo sia le terapie chirurgiche tradizionali (stripping 3859, varicectomie 3869, chiva 3889) sia le terapie endovascolari come il laser (codificato come "obliterazione" vene varicose + cateterismo endovenoso).

Il DRG 119 comporta lo stesso rimborso pari a circa 1.350,00 euro e rientra nei PAC (pacchetti ambulatoriali complessi) e pertanto soggetto a ticket sanitario a carico del paziente (escluso esenti) di 66,00 euro.

Non ho capito cosa sia successo a Parma: sono stati rimborsati DRG con valore diverso a seconda della codifica utilizzata? Il DRG prodotto dal laser endovascolare è inferiore al DRG chirurgico tradizionale? E' stato cambiata a posteriori una codifica eseguita secondo le normative vigenti?

	<p>Altra questione importante: la Conferenza Stato-Regioni sta mettendo mano alla questione dei DRG extraregione. Può succedere che lo stesso DRG produca rimborsi diversi a seconda della regione . Le questioni in campo sono le seguenti: La struttura erogante in tal caso riceve il rimborso della regione di appartenenza (come attualmente) o quello della regione di provenienza del paziente? Il numero dei pazienti extraregione deve rientrare nel budget previsto per quell'anno o è al di fuori ? Tutte le Regioni, oltre alle compensazioni, saldano i loro debiti verso altre Regioni?</p> <p>Sicuramente in ogni caso l'effetto delle decisioni e dei rimborsi non può essere retroattivo a circolari chiarificative delle procedure.</p>
 <p><a href="#"><u>Stefano Ermini</u></a></p>	<p><b>19 aprile 2012</b></p> <p>A Grassina ( Firenze ) c'è un chirurgo vascolare che fa le visite un una struttura onlus e propone l'intervento di stripping da effettuare in collaborazione con un noto professore in casa di cura del Ferrarese. Le indicazioni di stripping si sono estese al fratello di una collega ortopedico che ha una valvola giunzione continente, una safena interna incontinente di 2.3 mm Ø misurata a 15 cm dalla cross , un rientro in una perforante safenica sotto al ginocchio ed al di sotto, cioè per tutto il tratto di gamba , la safena è sana, una piccola varice del polpaccio ad origine non safenica ma da una perforante gemellare. Nessuna collaterale safenica incontinente, nessuna varice visibile, nessun sintomo correlabile alle varici. Altro che saldo cari amici ... qui mi sembra che abbiamo intaccato l'etica professionale e pur di far " ciccia" si operano anche i sani !!!</p>
 <p><a href="#"><u>Fabrizio Lombardo</u></a></p>	<p><b>9 novembre 2012</b></p> <p>Egregio Collega, ormai non mi meraviglio più di nulla, i problemi che descrivi sono ormai noti, e quelli più seri arriveranno nel 2013 con i tagli operati dal S.S.N. che faranno sentire i loro effetti anche sulle strutture private convenzionate, dove la riduzione del budget provocherà una drastica riduzione degli interventi chirurgici.</p>
 <p><a href="#"><u>Loparco Walter</u></a></p>	<p><b>8 dicembre 2012</b></p> <p>Caro Paolo,</p> <p>anche nella regione Marche si equipara il DRG 119 (3859 - stripping) al 479 (3999 - EVLA e quindi ablazione e non asportazione della safena), con retroattività da gennaio.</p> <p>Vedremo cosa succederà. Certo che se dovessimo valutare, a queste condizioni, il rischio medico-legale eventuale per ogni intervento , non penso converrà più operare!</p> <p>Ti saluto.</p>



[Paradiso Sabino](#)

**9 dicembre 2012**

Stefano ha ragione: è necessario che tutti i flebologi conoscano bene l'emodinamica per capire che a quel paziente non va fatto nulla oltre ad una semplice elastocompressione 20-30 mm Hg.. Poi, se in altri casi dobbiamo effettuare necessariamente una terapia ablativa, cerchiamo di fare quella meno invasiva e cioè quella scleroterapica, tralasciando ormai quella chirurgica.



[Stefano Ermini](#)

**9 dicembre 2012**

Credo che mi hai frainteso.

A parte il fatto che nel mio bagaglio terapeutico di demolitivo esiste solo la schiuma, ed è riservata ai casi in cui non c'è la possibilità di un corretto approccio chirurgico, il mio post sul "noto professore" si riferisce a situazioni in cui manca l'etica, ed è un mondo che a noi non compete.

Questi delle "sovraindicazioni" sono gli stessi che fanno offerte su groupon , gente che pur di far quattrini della etica e dei pazienti non gliene frega di meno! E purtroppo, vedi anche caso TRAP, si riesce a far poco.



[Luciano Leone](#)

**29 ottobre 2013**

Perfettamente d'accordo. Vorrei anche sottolineare il fatto che in nessuna parte del mondo la terapia ablativa è solamente scleroterapica e la terapia chirurgica (o laser) è stata abbandonata. Io credo che la terapia medica, chirurgica (o laser), sclerosante (mousse) debbano compenetrarsi e non combattersi.

Non ci si può atteggiare a preferenze legate solo ad esperienze personali. Lo specialista deve avere nel suo bagaglio professionale la possibilità di utilizzare a secondo delle necessità ognuna delle terapie, isolatamente o in associazione. Per quanto riguarda il DRG per il laser, credo che gli utilizzatori e le Società scientifiche dovrebbero cercare il modo di ottenere un DRG che tenga conto dei costi della tecnologia, al fine di evitare che certe prestazioni vengano effettuate solo fuori convenzione, a pagamento, solo a chi può permettersi di sostenere certe spese.



[Alessandro Frullini](#)

**30 ottobre 2013**

Sicuramente le terapie devono essere complementari e non alternative, ma non sarei così categorico sulle altre affermazioni. Ecco i dati reali in USA del Millennium Research Group sul trattamento della safena. I dati parlano da soli. Delle sei procedure prese in considerazione lo stripping è passato da 155.000 interventi a soli 10.300 dal 1999 al 2013 (attualmente lo stripping rappresenta solo l'1% dei trattamenti). Come commentano gli analisti, è impossibile resistere a questo trend. Che ci piaccia o no dobbiamo fare i conti con questo fatto e, se non vogliamo perdere il treno, ci dobbiamo salire!

Anno	EVLT	RF	S&L	Fleb	Sclero	Totale
1999	0	1.000	155.000	?	?	156.000
2000	0	~3.000	?	?	?	?

2001	0	~6,000	?	?	?	?
2002	1.645	9.840	152.520	?	?	164.000
2003	25.000	12.000	150.000	?	?	187.000
2004	55.000	42.000	148.000	?	?	245.000
2005	120.000	60.000	140.000	?	?	320.000
2006	180.000	80.000	110.000	?	?	370.000
2007	138.000	90.300	33.200	97.500	124.800	483.800
2008	155.900	112.500	24.600	109.800	146.200	549.000
2009	182.00	132.900	19.200	121.900	170.900	627.100
2010	211.000	153.100	15.700	133.800	200.700	714.000
2011	242.800	174.500	13.300	144.400	236.700	811.500
2012	277.800	197.200	11.600	154.400	280.100	921.000
2013	317.400	221.800	10.300	163.500	332.800	1.045.900
% proc	30.40%	21.20%	1%	1.5%	60%	

EVLT: ablazione laser endovenosa

RF: ablazione termica con radiofrequenza

S&L: intervento chirurgico di stripping

Phleb: flebectomie in anestesia locale)

Sclero: scleroterapia (la schiuma sclerosante è stata introdotta negli USA nel 1999)



Giuseppe Botta

**5 novembre 2013**

D'accordo con questi dati inoppugnabili del Millenium Research Group.

Ma....ma....ma in Usa ci sono le Assicurazioni che rimborsano le prestazioni sanitarie!

In Italia c'è il Servizio Sanitario Nazionale o meglio Regionale, le strutture accreditate convenzionate ed i colleghi che lavorano nel privato (vedi intervento di Stefano Ermini).

Mi chiedo: quanti Italiani hanno stipulato al momento attuale un'Assicurazione sulla loro salute?

Mi chiedo alla luce di una esperienza più che decennale: le procedure endovascolari sono una moda o una realtà?



[Alessandro Frullini](#)

**5 novembre 2013**

Ciao Giuseppe

Secondo me sono due i dati rilevanti:

- 1) lo stripping (almeno in USA) sta diventando, se non lo è già, una procedura obsoleta
- 2) la scleroterapia è la procedura più utilizzata in quel paese per le varici tronculari.



[Giuseppe Botta](#)

**6 novembre 2013**

D'accordo Alessandro.....ma in USA.

Noi siamo in Europa e per di più in Italia!!

Concordo con Te sulla scleroterapia, un pò meno sull'efficacia della scleroterapia a medio e lungo termine.

Rasmussen e coll. (Br J Surg. 2011 Aug;98(8):1079-87. doi: 10.1002/bjs.7555) in un recente lavoro dal titolo "Randomized clinical trial comparing endovenous laser ablation, radiofrequency ablation, foam sclerotherapy and surgical stripping for great saphenous varicose veins" afferma che tutti i trattamenti sono efficaci, però poi conclude che gli insuccessi sono più alti dopo trattamento con schiuma sclerosante, ma sia la RF che la schiuma sono associati con un recupero più veloce e meno dolore postoperatorio rispetto alla procedura laser e allo stripping.

Secondo me siamo in una fase storica della nostra attività di Flebologi, in cui ciascuno di noi può ancora dire quello che vuole e fare quello che ritiene meglio di fare.....sono i nostri pazienti a giudicarci!

Hai l'ambulatorio pieno.....sei bravo come Flebologo!

Hai l'ambulatorio meno pieno.....sei meno bravo come Flebologo!

Hai l'ambulatorio poco pieno, anzi quasi vuoto.....sei poco bravo come Flebologo!

Non hai l'ambulatorio.....non sei Flebologo!

Ciao, caro amico.



[Alessandro Frullini](#)

**6 novembre 2013**

Quello che succede laggiù prima o poi arriva anche da noi, meglio prepararsi.

Comunque se ricordo bene il lavoro di Rasmussen la schiuma era associata a un QoL migliore di tutte le altre terapie. In letteratura oggi sono innumerevoli i lavori che parlano di follow-up sovrapponibile e di QoL molto superiore per la schiuma.

Quello che voglio sottolineare è solo che il tempo della chirurgia sta passando, ci piaccia o no.




[Giuseppe Botta](#)

**6 novembre 2013**

Su questo ultimo punto non sono d'accordo.

E il disaccordo è motivato dal fatto che la lista di attesa dei flebopatici con indicazione chirurgica provenienti dal mio ambulatorio si allunga sempre di più e non perché io abbia tirato i remi in barca o lavori meno ore di prima, ma solo perché sta aumentando il numero di coloro che richiedono una strategia terapeutica non certo definitiva, ma in un tempo solo, piuttosto che diluita nel tempo.

E poi, se mi metto per un momento dalla parte dei pazienti, che faremo quando non ci saranno più i chirurghi vascolari o meglio i flebologi chirurghi? Di cosa

	<p>discuteremo nei congressi?</p> <p>Se facciamo a tutti la scleroterapia, cioè un'unica strategia terapeutica per tutti i pazienti con malattia venosa cronica del circolo superficiale, abbiamo finalmente trovato la quadratura del cerchio.</p> <p>Ma credo modestamente che il cerchio non si possa "quadrare".</p>
 <p><a href="#"><u>Edy Pablo</u></a></p>	<p><b>6 novembre 2013</b></p> <p>Per quanto riguarda il trattamento in unico tempo, nel 85/90% dei casi è possibile farlo con una sola seduta di scleroterapia. E ciò avviene in modo disarmante tanto da chiederci perché le operiamo.</p> <p>Io personalmente opero in casi eccezionali (safene very large) e mi limito alla sola safenectomia.</p> <p>Mi chiedo se i numeri di molte unità operative non sia gonfiato con interventi di varici. Sono d'accordo con Alessandro, il futuro non è chirurgia.</p> <p>Saluti</p>