



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 19 del 121 GEN. 2016

OGGETTO: PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO E AMBULATORIALI.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

SU PROPOSTA DEL DIRETTORE SANITARIO

accertata la competenza procedurale, sottopone in data 29 GEN. 2016 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Direttore Sanitario

Provisione

IL DIRETTORE SC GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

ha registrato contabilmente

☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/annial /ai conto/i economico/i n..... "....."

☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d'esercizio/ial /ai conto/i n..... "....."

☐ gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d'esercizio/ial /ai conto/i economico/i n..... "....."

☒ Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore f.f. UOC Gestione Risorse Economiche Finanziarie
Dott.ssa Emilia Martignoni

X [Signature]



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 19 del 21 GEN. 2016

IL DIRETTORE GENERALE

Viste

- la DGR n. X/4475 del 10/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di costituzione, a partire dal 1° gennaio 2016, dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO avente autonomia personale giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica con sede legale in Milano, Piazza Cardinale Andrea Ferrari, 1 - 20122 Milano;

- la DGR X/4622 del 19/12/2015 *"attuazione L.R. 23/2015: determinazioni in ordine alla direzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO"* di nomina del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO con decorrenza dal 01.01.2016 al 31.12.2018;

- la delibera aziendale n. 1 del 02/01/2016 di presa d'atto della costituzione dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (Asst) Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO, giusta DGR n. X/4475 del 10/12/2015 e di insediamento dal 01.01.2016 del dott. Francesco Laurelli quale Direttore Generale, in attuazione della DGR X/4622 del 19/12/2015.

Preso atto di

quanto indicato nella Deliberazione n° x / 4702 Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016 in cui viene esplicitato che gli erogatori sono tenuti all'invio all'ATS di appartenenza, di un Piano Annuale dei Controlli Interno Aziendale entro il 31 gennaio 2016;

considerato che:

- l'obiettivo di Piano dei Controlli Interno Aziendale è implementare uno strumento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire;
- il Piano dei Controlli Interni annuale descrive modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza e ha l'obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inapproprietezze.

visti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i;

DELIBERA

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti

- 1- di approvare il Piano di Controllo Interno annuale, allegato al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso, dove sono esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per la verifica delle prestazioni erogate di ricovero e ambulatoriali;
- 2- di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015);



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 19 del 21 GEN. 2016

di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che l'esecutività della stessa è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale, anche in forma di silenzio-assenso, secondo le procedure di cui all'art. 4, comma 8, della L. 412/91.

DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Laurelli)

**DIRETTORE
AMMINISTRATIVO**
(Dott. Valentino Colao)

**DIRETTORE
SANITARIO**
(Dott.ssa Paola Navone)

**DIRETTORE
SOCIO SANITARIO**
(Dott. Angelo Cordone)

DIREZIONE SANITARIA

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Paola Navone *PN*

Pratica trattata da: dott.ssa Marta Nobile *MN*



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 19 del 21 GEN. 2016

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio informatico di quest'Azienda sul sito internet istituzionale, così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, e dall'art. 8 del D.Lgs. 33/2013, dal 25 GEN. 2016 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 12 allegati.

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo
Milano, li _____

UOC Affari Generali e Legali
il Funzionario addetto



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: PCI
Rev.: 0
Data:
Pagina 1 di 10



☒ COPIA CONTROLLATA

☐ COPIA NON CONTROLLATA

INDICE

1. INTRODUZIONE
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. ELENCO ACRONIMI
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA e RESPONSABILITÀ
6. RIFERIMENTI-ALLEGATI

0	--	Prima emissione		
Rev.	n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Preparato (data e firma) Dott.ssa M. Nobile 20/1/16 M. Nobile		Verificato (data e firma) Dott.ssa P. Navone	Approvato (data e firma) Dott. F. Laurelli Dott.ssa P. Navone Dott. V. Colao Dott. A. Cordone	

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</p>	<p>Codice: PCI Rev.: 0 Data: Pagina 2 di 10</p>
--	---	---

1. INTRODUZIONE

L'attività di controllo ha subito negli anni una costante evoluzione sia nella tipologia che nella modalità di effettuazione.

La finalità di tale attività è di verificare che le prestazioni oggetto di controllo vengano erogate conformemente alle regole di sistema.

L'obiettivo di un Piano dei Controlli Interni è implementare un documento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire.

Il Piano dei Controlli Interni annuale descrive modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza e ha l'obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inappropriately e incongruenze.

La programmazione delle attività per l'esercizio 2016 prevede la verifica delle prestazioni di ricovero/ambulatoriale con le seguenti modalità:

- quota fino al 3%, selezionata con modalità di campionamento casuale, riferita ad attività di **autocontrollo della qualità della documentazione clinica**, effettuata a cura dei soggetti erogatori (di cui alle DGR n. VIII/10077/2009 e n. IX/621/2010),;
- quota fino al 4%, selezionata con modalità di campionamento casuale, riferita ad attività di **autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa)** sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori;
- quota di almeno il 7%, selezionata con modalità di campionamento mirato, riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero.

2. SCOPO

L'obiettivo del presente protocollo è garantire che tutte le attività di controllo effettuate dai NIC afferente alla DS vengano svolte in modo standardizzato e regolamentato, secondo il Piano di Controllo Interno annuale.

Il Piano dei Controlli Interni è deliberato dall'organizzazione aziendale e comunicato a tutti i Responsabili clinici dell'azienda con il fine di instaurare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Oggetto del controllo sono:

- le cartelle cliniche prodotte da Ricovero Ordinario, Day Hospital, Day Surgery,
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate.
- le prestazioni MAC e BIC.



PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

4. ELENCO ACRONIMI

Sigla	Descrizione	Sigla	Descrizione
AC	Azione Correttiva	NIC	Nucleo Interno di Controllo
BIC	Chirurgia Ambulatoriale a bassa complessità	PS	Pronto soccorso
DMP	Direzione Medica di Presidio	SIA	Sistemi Informativi Aziendali
DS	Direzione Sanitaria	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
MAC	Macroattività Ambulatoriale ad alta complessità	UO	Unità Operativa
PCI	Piano Controlli Interno	UUOO	Unità Operative

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI VERIFICA E DELLA RESPONSABILITA'

5.1 Esecuzione dei controlli sanitari riferiti alle prestazioni di ricovero e alle prestazioni ambulatoriali

Sono verificate le prestazioni di ricovero, MAC e BIC, le prestazioni di Riabilitazione e di specialistica ambulatoriale, secondo le modalità di seguito descritte.

Prestazioni di ricovero

a) Accuratezza della compilazione e completezza della Documentazione Sanitaria- Autocontrollo

Autocontrollo della qualità documentale

La quota di **autocontrollo della qualità della documentazione clinica** è pari al 3% della produzione.

L'**autocontrollo della qualità documentale** viene effettuato con modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della ATS, utilizzando come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio-marzo 2016). L'erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente.

Al termine delle attività di controllo il referente NIC elabora un report da trasmettere alla DS/DMP.

b) Congruenza e Appropriately Prestazioni MAC e BIC, Ricoveri riabilitativi – Autocontrollo

Controlli interni

Il referente NIC effettua controlli mirati di congruenza della codifica delle diagnosi e degli interventi effettuati sulla base delle normative regionali vigenti.

In particolare, sulla produzione dell'anno 2016, tale attività verrà svolta sul totale delle prestazioni.

Il controllo sarà indirizzato alla verifica dell'appropriatezza del setting di erogazione delle prestazioni rese, con particolare riferimento alle prestazioni rese in esito di protesizzazione elettiva.



Gli episodi di ricovero che verranno estratti saranno trasmessi ai responsabili delle UOOC per la condivisione delle modifiche apportate.

Procedure riconducibili ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza

Il controllo sarà indirizzato alla verifica della corretta effettuazione delle procedure chirurgiche (MPR) di cui al Sub Allegato A "Tariffe 108 DRG a rischio di inappropriatezza" della DG n. X/1185/2013, influenzanti l'attribuzione di alcuni dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

Per l'anno 2016 in riferimento alle attività di ricovero l'obiettivo è quello di ridurre del 10 % rispetto al 2015 la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza (e comunque tale da portare a una percentuale inferiore del 21% il numero di ricoveri con tali DRG rispetto ai DRG "appropriati") di cui al Patto per la Salute 2010- 2012 ed oggetto di verifica per valutare il raggiungimento da parte delle Regioni degli adempimenti LEA.

Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2016 sarà il portale di governo di Regione Lombardia.

L'indicatore monitorato è rappresentato dal Tasso di Ricoveri Ordinari di 2 o più giorni per DRG ad alto rischio di inappropriatezza.

I risultati raggiunti daranno seguito alle seguente rimodulazione tariffaria:

Tasso Ricoveri Ordinari di 2 o più GG per DRG Alto Rischio Inappropriatezza:

1. > 10,7/100.000 riduzione del 20% della valorizzazione
2. Tra 7,7 e 10,6 riduzione del 15% della valorizzazione
3. Tra il 6,5 ed il 7,6 riduzione del 10%
4. Tra il 4,2 ed il 6,4 riduzione del 5%
5. Per tassi inferiori al 4,2 / 100.000 valorizzazione invariata

Trimestralmente, al termine delle attività di controllo il referente NIC elabora un report da trasmettere alla DS/DMP.

Monitoraggio episodi di ricovero per interventi con diagnosi di frattura del collo del femore

Nell'anno 2016 valutata la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

L'obiettivo è quello di raggiungere una percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate pari al 61%.

Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2016 sarà il portale di governo di Regione Lombardia.

L'indicatore monitorato è rappresentato dalla percentuale di pazienti con diagnosi di Fratture del Femore Operati Entro 48h da ammissione.

I risultati raggiunti daranno seguito alle seguente rimodulazione tariffaria:

Percentuale Fratture del Femore Operate Entro 48h da ammissione:

1. <33,3% riduzione del 15% della valorizzazione
2. Tra 33,3 e 50 riduzione del 10% della valorizzazione
3. Tra il 51 ed il 60 riduzione del 5%
4. Tra il 61 ed il 75 valorizzazione invariata
5. >75% valorizzazione incrementata del 5%

Trimestralmente, al termine delle attività di controllo il referente NIC elabora un report da trasmettere alla DS/DMP



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: PCI
Rev.: 0
Data:
Pagina 5 di 10

Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza

La quota di autocontrollo di congruenza è pari al 4% delle prestazioni di ricovero. Gli esiti dell'autocontrollo di congruenza dovranno essere inviati alla ATS entro i tempi previsti dalla normativa.

Al termine delle attività di controllo il referente NIC elabora un report da trasmettere alla DS/DMP.

www.AlboPretorionline.it 2010/16



Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale

Obiettivo delle verifiche è garantire la correttezza, la completezza e l'attendibilità dei dati richiesti attraverso i flussi informativi 28/SAN.

Il referente NIC provvede ad effettuare le seguenti verifiche:

Controlli delle prestazioni ricomprese nel costo del DRG:

- Prestazioni di PS seguite da ricovero,
- Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero,
- Prestazioni ricomprese nel costo del DRG (pre-post ricovero), secondo la seguente tabella:

Pre-ricovero: 15 giorni antecedenti il ricovero
Esami infettivologici: HBV (91.18.3) + HCV (91.19.5) + HIV (91.22.4)
Diagnostica per immagini: Rx torace (87.44.1)
Diagnostica strumentale: ECG (89.52) associata a visita cardiologica
Laboratorio: Emocromo (90.62.2) associato ad assetto Emocoagulativo (PT 90.75.4 e conta piastrinica 90.71.3)
Esami Immunoematologici: gruppo ABO (90.65.3 e 90.65.4)
Visita anestesilogica
Post-ricovero: 10 giorni successivi il ricovero
Visita generale e di controllo coincidenti al reparto di dimissione
Rimozione punti di sutura (97.89)
Medicazione della ferita (96.59, 86.22)
Rimozione gesso (97.88)
Riparazione apparecchio gessato (97.1)

Controllo "Esenzione per patologia" (punto "P" DGR 10804/2009)

La verifica sulle prestazioni esenti dalla partecipazione al costo per le condizioni e malattie croniche o invalidanti riguarderà le seguenti patologie:

- 002 affezioni del sistema circolatorio
- 012 diabete insipido
- 013 diabete mellito
- 019 glaucoma.

Inoltre verranno verificate le visite in esenzione per le patologie comprese tra 001 e 056 ad esclusione dei cod. esenzione 018, 020, 040, 041, 046, 048, 049, 050, 051, 052, 053.

Il controllo è effettuato sui record relativi agli assistiti di ASL e prevede l'incrocio con la BASE DATI assistiti per verificare la presenza dell'esenzione:

1. le visite dei pazienti privi di attestato esenzione vengono annullate;
2. le visite di controllo confermate esenti sono convalidate;
3. le prime visite confermate esenti vengono trasformate in visite di controllo.

Controllo ricetta duplicata (punto "R" DGR 10804/2009)

Dato un determinato "n. ricetta" verificare che il campo "contatore prescrizione", che identifica la prescrizione, non sia codificato per la stessa con valori diversi.

Controllo assistiti deceduti (punto "S" DGR 10804/2009)

Data una determinata "data contatto" si verificherà che l'assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaelano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaelano Pini

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: PCI
Rev.: 0
Data:
Pagina 7 di 10

Controllo medico cessato (punto "T" DGR 10804/2009)

Dato un determinato "codice medico prescrittore", data una determinata "data compilazione" verificare che lo stesso medico non risulti **cessato** precedentemente a tale data.

Prestazioni ambulatoriali ad alto costo

Verranno esaminati i record con codici prestazione ripetuti o con quantità >1; la presenza contemporanea di due o più codici, infatti, costituisce indicazione al controllo per verificare eventuali discrepanze tra prescrizione/refertazione e rendicontazione della prestazione erogata.

Identificativo medico prescrittore

Si verificherà il contenuto del campo medico prescrittore, per le ricette lombarde (cod. 030) incrociando i dati rendicontati con l'anagrafica dei prescrittori lombardi messa a disposizione da Lombardia Informatica al fine di verificare la titolarità del medico alla prescrizione di prestazioni a carico del S.S.R. e la correttezza delle informazioni contenute in detto campo.

Dall'analisi dei dati così effettuata saranno poste in essere verifiche sia sulle Strutture che hanno rendicontato i record con prescrittori non identificati nell'anagrafica che sui medici che risultino aver prescritto un numero di ricette significativamente superiore alla media.

Terapia Fisica

Si controllerà per via informatica, nell'ambito della stessa struttura, per lo stesso paziente, la corretta applicazione delle indicazioni contenute nella DGR 3111 del 1 agosto 2006, per quanto riferito ai criteri di prescrivibilità delle sotto elencate prestazioni:

- Mesoterapia (99.29.7): non più di 3 trattamenti.
- Rieducazione motoria in gruppo (93.11.5): patologie muscolo scheletriche e neurologiche a carattere cronico degenerativo. Gravi scoliosi idiopatiche evolutive. Erogabile solo 1 ciclo all'anno, escluse gravi scoliosi idiopatiche evolutive.



Inoltre si controlleranno le PRESTAZIONI DELIBERA 3111/2006 –escluse dai LEA rendicontante a carico del SSN.

Inoltre, in detto ambito, potranno essere eseguiti controlli al fine di verificare la documentazione sanitaria presente presso le Strutture a sostegno della erogabilità delle prestazioni di Terapia fisica a carico del SSN.

Congruenza

- a) Estrazione degli errori da strisciare per via informatica (tipologia di errore A, E, F, G, H, J, K) e loro quantificazione. Esempio:
 - Codici ripetuti di prestazioni di diagnostica per immagini (TAC-RMN) che non possono essere contemporaneamente presenti poiché le prestazioni "con e senza contrasto" comprendono anche quelle "senza contrasto".
- b) Estrazione degli errori che necessitano di una verifica con il referto (B, C, D, L, M, N) e loro quantificazione per:
 - Codici di prestazioni che, se contemporaneamente presenti, costituiscono indicazioni al controllo /Rx colonna – cervicale – dorsale – lombosacrale),
 - Codici ripetuti di prestazioni per le quali il Nomenclatore Tariffario descrive già la bilateralità (es. Rx ginocchio).

Trimestralmente, al termine delle attività di controllo il referente NIC elabora un report da trasmettere alla DS/DMP

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</p>	<p>Codice: PCI Rev.: 0 Data: Pagina 8 di 10</p>
--	---	---

5.2 Gestione del processo di controllo

Prestazioni di ricovero

a) CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA SDO

A seguito della dimissione del paziente e della contestuale compilazione della SDO da parte del Medico Responsabile, la cartella clinica deve essere chiusa ed inoltrata in Archivio Clinico entro 10 giorni dalla data di dimissione completa di tutta la documentazione.

RESPONSABILITÀ'

UO - Responsabile Medico

Il Responsabile Medico è responsabile ultimo della completezza del suo contenuto, diagnosi intervento, procedura e modalità di dimissione riportati sulla SDO e del rispetto dei tempi di consegna della cartella fino alla consegna in archivio.

UO – Coordinatore Infermieristico

Il Coordinatore Infermieristico su indicazione del Responsabile Medico della UO sovrintende alla corretta tenuta della cartella clinica durante la degenza, facendosi carico della sua conservazione e del successivo invio all'Archivio previa chiusura e firma della SDO da parte del Responsabile Medico.

Al fine di agevolare il controllo documentale, al momento della chiusura il Coordinatore infermieristico o suo delegato verifica tramite una check list (MOD 01 PCI) la completezza dei documenti della cartella clinica prodotta attestante la presenza di tutto quanto indispensabile al completamento del fascicolo relativo al ricovero.

Archivio Clinico

Il Personale dell'Archivio Clinico verifica la completezza dei documenti costituenti la cartella, sigla la check list prima dell'archiviazione definitiva.

In caso di Non Conformità tra quanto dichiarato e quanto effettivamente presente in cartella, il Personale dell'archivio provvede a rimandare la cartella in reparto per le integrazioni del caso.

b) CONTROLLI LOGICO FORMALI E CORREZIONE DEL TRACCIATO SDO

Il controllo logico-formale sul flusso SDO di produzione viene effettuato mensilmente, prima dell'invio del debito informativo in Regione Lombardia. Tale controllo viene effettuato attraverso uno specifico software dedicato, secondo quanto indicato dalla normativa vigente, per verificare la correttezza e la completezza dei campi del tracciato a disposizione del Referente NIC e SIA.



➤ REFERENTE NIC RICOVERI SDO2 e SDO6

Il Referente NIC verifica la chiusura delle SDO entro i tempi stabiliti dalla normativa, quantifica gli eventuali ritardi di chiusura, predispone un tabulato delle SDO non ancora chiuse e lo comunica, via e-mail, alla DMP.

La DS/ DMP sollecita le UU.OO. interessate, le quali provvedono alla chiusura delle SDO.

A questo punto, il Referente NIC, esegue la verifica dei dati sanitari ed effettua la correzione degli errori derivanti dal controllo sanitario.

Dopo aver effettuato il controllo dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, il Referente NIC informa il SIA, via e-mail, che sono state effettuate le correzioni nel database, nei

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</p>	<p>Codice: PCI Rev.: 0 Data: Pagina 9 di 10</p>
---	---	---

tempi previsti dalla normativa regionale, affinché il SIA effettui l'estrazione provvisoria del file e segnali eventuali anomalie propedeutiche al consolidamento.

➤ **REFERENTE NIC RICOVERI SDO1, SDO3**

Estrae i dati provvisori, esegue la verifica ed effettua l'eventuale correzione dei dati amministrativi del tracciato SDO1 e SDO3, provvedendo a:

1. verificare gli errori di natura anagrafica,
2. predisporre un prospetto delle SDO che presentano nel campo onere di degenza il valore 7, 8 e 9,
3. effettuare la correzione nel database.

Dopo aver effettuato il controllo dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, il Referente NIC informa il SIA, via e-mail, che sono state effettuate le correzioni nel database, nei tempi previsti dalla normativa regionale, affinché il SIA effettui l'estrazione provvisoria del file e segnali eventuali anomalie propedeutiche al consolidamento.

➤ **SIA**

Dopo aver ricevuto la conferma della correttezza dei dati, relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, dai referenti NIC, effettua l'attività di consolidamento delle pratiche da inviare in Regione entro il mese successivo a quello di competenza.

Il consolidamento viene effettuato conformemente alla normativa che regola le nuove modifiche al tracciato SDO.



Al termine del consolidamento il SIA invia al Referente NIC il tracciato consolidato SDO1, SDO2, SDO 3 e SDO 6 per l'invio in Regione tramite il flusso del debito informativo certificato SISS. La Regione Lombardia trasmette mensilmente l'esito dei controlli sui tracciati SDO segnalando eventuali errori.

Nel caso in cui dall'estrazione provvisoria del tracciato SDO non risultino errori, si procede a renderla definitiva.

Prestazioni ambulatoriale di diagnostica strumentale

a) CONTROLLI LOGICO-FORMALI E CORREZIONE DEL TRACCIATO 28/SAN

Il controllo logico-formale sul flusso 28/SAN relativo alla produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale viene effettuato mensilmente, prima dell'invio del debito informativo in Regione Lombardia, attraverso uno specifico software dedicato (Dedalus) secondo quanto indicato nella circolare 28/SAN e successive modifiche per verificare la correttezza e la completezza dei campi del tracciato.

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</p>	<p>Codice: PCI Rev.: 0 Data: Pagina 10 di 10</p>
---	---	---

6. ALLEGATI

- MOD 01/PCI Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica

www.AlboPretorionline.it 28/01/16

STRUTTURA DI RICOVERO _____ N° Cartella Clinica _____

Check list di controllo della cartella clinica		
1	Numero progressivo della cartella clinica sul frontespizio	100%
2	Generalità del paziente sul frontespizio	100%
	- Nome	
	- Cognome	
	- Data di nascita	
	- Luogo di nascita	
3	- Residenza (Comune o Stato estero)	
	Struttura di ricovero	100%
4	Data e orario di ingresso e uscita* in reparto (sul diario medico e/o infermieristico)	100%
	* Nei DH gli accessi vengono valutati singolarmente. Per ogni accesso devono essere presenti: data, orario di ingresso e uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente	100%
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile (anche sigla)	100%
	Gruppo di requisiti 7, 8 e 9	100%
7	Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso	20%
8	Anamnesi Patologica Prossima	10%
9	Esame Obiettivo all'ingresso 40% firmato 20% (anche sigla) e datato 10% tot 70%	
10	Diario Medico compilato almeno nei giorni feriali e firmato	
11	Diario Infermieristico compilato tutti i giorni e firmato	
12	Progetto e programma Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico facente parte dell'equipe riabilitativa	100%
13	Dove necessaria, documentazione riguardante l'attività svolta da professionisti sanitari non medici e non infermieri	
14	Consenso Informato, firmato dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico e alle trasfusioni	90% e datato 10%
15	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	
	Gruppo di requisiti 16 e 17	100%
16	Documentazione/cartella anestesologica con monitoraggio intraoperatorio	40%
17	Verbale operatorio con descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento	60%
18	Lettera di dimissione con almeno:	100%
	- Data di stesura	
	- Identificazione del medico redattore	
	- Sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)	
	- Indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")	
	* Può essere assente in caso di paziente deceduto, autodimesso e neonato sano	



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Gaetano Pini

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: MOD01/PCI

Rev.: 0

Data:

Pagina 2 di 2

Punteggio totale: 1 = presenza di tutti i requisiti; % = percentuale parziale di raggiungimento;
0 = presenza di più del 20% di mancanze in più di 2 dei requisiti di cui alla nota A o assenza
di uno degli altri requisiti.*

1

%

0

Requisiti SGQ:

<input checked="" type="checkbox"/>	Consenso informato trattamento dati personali e sensibili datato e firmato.	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input checked="" type="checkbox"/>	Foglio unico di terapia presente con sigla di prescrizione e somministrazione e firma di verifica.	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input checked="" type="checkbox"/>	Check-list percorso chirurgico sicuro presente e completa.	<input checked="" type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Data _____ Firma Medico Resp. chiusura cc _____

NOTE:

- Da compilarsi ad opera del referente NIC
- A. I campi di colore grigio per essere considerati completamente raggiunti non devono prevedere più di un 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese.
- B. I requisiti dei campi dall'1 al 18 sono obbligatori ai fini dei controlli ATS e del rimborso delle prestazioni ex DGR VIII/9581 dell'11/6/2009; sono inoltre monitorati alcuni requisiti previsti ai fini dell'adempimento del Sistema Gestione Qualità.