



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n. **30**

Del **29 GEN. 2015**

Atti 46/2009

Oggetto: approvazione del “Piano dei Controlli Interni Annuale” delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale, per l’anno 2015.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso:

- che, con deliberazione n. 129 del 5 maggio 2009, atti n. 46/2009, l’Azienda ha provveduto alla costituzione del Nucleo Interno di Controllo (NIC), con il compito di verificare la produzione delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale;
- che l’attività di controllo delle prestazioni sanitarie ha subito negli anni una costante evoluzione, sia nella tipologia, che nella modalità di effettuazione, in accordo con l’aggiornamento della normativa;
- che la finalità di tale attività è di verificare che le prestazioni oggetto di controllo vengano erogate e rendicontate conformemente alle “Regole di Sistema”;

considerato:

- che la predisposizione di un Piano di Controllo aziendale è finalizzata ad implementare un adeguato strumento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire;
- che il Piano di cui all’oggetto descrive le modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza, con l’obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto le conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inapproprietezze;

preso atto:

- che la D.G.R. n. X/2989 del 23 dicembre 2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2015”, ha stabilito di confermare, anche per l’anno in corso, la quota del 7% di attività di autocontrollo, da effettuare a carico dei soggetti erogatori, prevedendo altresì che il 3% di tale attività debba riguardare la qualità documentale e il restante 4% debba riguardare la congruenza di codifica e l’appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, al fine di permettere ai soggetti stessi - entro la chiusura di ogni esercizio (fissata per l’anno 2014 al 15 febbraio 2015) e previa verifica di concordanza degli esiti relativi, effettuata dalla ASL su base campionaria - di correggere eventuali errori di codifica senza incorrere in sanzioni amministrative (ravvedimento operoso);



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n. **30**

Del **29** GEN. 2015

Atti 46/2009

- che, pure per le attività di specialistica ambulatoriale, la D.G.R. stessa ha stabilito altresì di confermare, anche per l'anno 2015, una percentuale di controllo pari ad almeno il 3,5% delle pratiche, da effettuarsi, come di consueto, nei tempi e con le modalità previste dalle "Regole di Sistema";
- che, nella medesima D.G.R. sopracitata, viene ribadito che le strutture di ricovero debbano provvedere, entro il 31 gennaio 2015, ad inviare alla ASL di appartenenza un Piano di Controllo aziendale, in cui siano esplicitati, in maniera ragionata, i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati;

visti i pareri favorevoli espressi, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi degli artt. 3 e 3 bis del d.lgs. 502/92 s.m.i.;

DELIBERA

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

- 1) di approvare il "Piano dei Controlli Interni Annuale" - anno 2015, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati per l'attività di verifica delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate, svolta dal Nucleo Interno di Controllo (NIC);
- 2) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;
- 3) di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 18, comma 7, della L.R. n. 33/2009;
- 4) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 18, comma 9, della L.R. n. 33/2009.

IL DIRETTORE GENERALE
(dott. Amedeo Trippano)

**CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL
DIRETTORE AMMINISTRATIVO**
(dott. Renato Magagnoli)

DIRETTORE SANITARIO
(dott. Nunzio A. Buscino)

S.S.I. Direzione Medica di Presidio

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento.

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Paola Navone

Pratica trattata da: dott. Gianluigi Alemani



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

Deliberazione n. 30	Del 29 GEN. 2015	Atti 46/2009
----------------------------	-------------------------	--------------

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE


Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li **29 GEN. 2015**

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO
(Maria Cianchella)

www.AlboPretorioonline.it 301175

L'atto si compone di n. 18 (diciotto) pagine, di cui n. 15 (quindici) pagine di allegati parte integrante.

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 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)	12/01/15	Verificato (data e firma) 29.01.15	Approvato (data e firma)	
Dott.ssa P. Navone		Dott. N. A. Buccino	Dott. A. Tropiano	
Dott.ssa M. Nobile				

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 2 di 10
---	---	--

1. INTRODUZIONE

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.

Nel corso dell'anno 2015 - come stabilito dalle Regole di Sistema di Regione Lombardia le quali normano che almeno il 14% dell'attività di produzione sia sottoposta a controllo - verranno svolti, in ottemperanza alle regole stesse, controlli sia sull'attività di ricovero che sull'attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

La programmazione delle attività per l'esercizio 2015 prevede che la quota di controllo attualmente prevista, al fine di raggiungere il valore complessivo del 14%, risulti così composta:

- 3% attività di **autocontrollo della qualità della documentazione clinica**;
- 7% **controlli di congruenza ed appropriatezza** generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- 4% attività di **autocontrollo 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 DMP/DS vengano svolte in modo controllato 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 e Day Surgery,
- le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate
- le prestazioni MAC e BIC.

4. ELENCO ACRONIMI

Sigla	Descrizione	Sigla	Descrizione
AC	Azione Correttiva	NOC	Nucleo Operativo di Controllo
BOCA	Chirurgia Ambulatoriale a Bassa Complessità Operativa e Assistenziale	RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
CC	Cartella Clinica	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
DMP	Direzione Medica di Presidio		
DS	Direzione Sanitaria	SIA	Sistemi Informativi Aziendali



**Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico
GAETANO PINI**

PROTOCOLLO

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: P/32


Rev.: 0

Data 12/01/15

Pagina 3 di 10

JCI	Joint Commission International accreditation	STU	Servizio di Traumatologia d'Urgenza
MAC	Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità	TAC	Tomografia Assiale Computerizzata
NIC	Nucleo Interno di Controllo	UO	Reparto/Servizio

www.Albopretorionline.it 30/01/15

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 4 di 10
---	---	--

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' e DELLE RESPONSABILITA'

Area 1 Area di esecuzione dei controlli clinici/prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali	Documentazione Sanitaria/SDO
	Prestazioni Ambulatoriali e di Diagnostica Strumentale - 28/SAN
Tipologia controlli	Accuratezza della compilazione e completezza della documentazione sanitaria – Autocontrollo Congruenza e Appropriatezza prestazioni MAC, BIC e ricoveri riabilitativi - Autocontrollo Prestazioni ambulatoriali: congruenza, corretta modalità di rappresentazione – 28/SAN Prestazioni erogate ai cittadini stranieri comunitari o extracomunitari (secondo il Protocollo P/38)
Area 2 Area gestione del processo amministrativo	Ricoveri
	Prestazione Ambulatoriale e Diagnostica Strumentale
Tipologia controlli	Controlli logico-formali tracciato SDO Controlli logico-formali e correzione tracciato 28/SAN

5.1 Area 1 (Area di esecuzione dei controlli / prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali)

❖ **Cartella Clinica**

Per quel che attiene la documentazione sanitaria, i controlli di completezza e accuratezza della cartella clinica sono effettuati secondo "criteri di accettabilità" intesi come requisiti di contenuto e di forma.

❖ **Prestazioni**


Sono verificate le prestazioni di ricovero, MAC e BIC, le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

1. **Prestazioni di ricovero**

- **Accuratezza e completezza della Documentazione Sanitaria**
- **Controllo mirato di Congruenza e Appropriatezza:**
 - Congruenza compilazione della SDO con la diagnosi ed l'intervento rispetto a quanto effettivamente erogato e documentato
 - L'appropriatezza del regime di erogazione della prestazione;

2. **Prestazioni ambulatoriali**

- **Congruenza:**
 - prestazioni ambulatoriali pure

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 5 di 10
---	---	--

5.1.1 TIPOLOGIA DEI CONTROLLI Area 1: Area di esecuzione dei controlli/gestione ricoveri e prestazioni ambulatoriali

a) ACCURATEZZA DELLA COMPILAZIONE E COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- AUTOCONTROLLO

Autocontrollo della qualità documentale

La quota di autocontrollo della qualità della documentazione clinica **permane pari al 3% della produzione**. Per quanto riguarda le tempistiche e le modalità di campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale, permane la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della Asl, la quale utilizzerà come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio - marzo 2015). L'erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente.

b) CONGRUENZA E APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI MAC E BIC. RICOVERI RIABILITATIVI

Controlli interni

Il 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 2015, tale attività verrà svolta **sul 4% delle prestazioni** maggiormente esposte a rischio di inappropriatezza in particolare sulle procedure che devono essere prioritariamente portate dal regime di erogazione ordinario e di Day Hospital a quello di MAC e di BIC.

Ricovero riabilitativo

Il controllo sarà indirizzato alla verifica della corretta appropriatezza del setting di erogazione ed delle rappresentazioni delle prestazioni rese.

In particolare come previsto dalle Regole di Sistema verrà monitorato che le attività di riabilitazione in esito di protesizzazione elettiva rispondano alle indicazioni previste dalle Regole di Accreditamento.


Tali ricoveri che verranno campionati ed estratti eventualmente potranno essere trasmessi al Responsabile della U.O. di Riabilitazione.

Procedure riconducibili ai 108 DRG ad alto 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 DGR n. X/1185/2013, influenzanti l'attribuzione di alcuni dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, a partire dalle prestazioni erogate dal 1° gennaio 2014.

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 verranno inviati alla Asl secondo i tempi previsti dalla normativa.

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 6 di 10
---	---	--

c) PRESTAZIONI AMBULATORIALI: CONGRUENZA, CORRETTA MODALITA' DI RAPPRESENTAZIONE 28/SAN

Obiettivo delle Direzioni è garantire la correttezza, la completezza e l'attendibilità dei dati richiesti attraverso i flussi informativi. Non saranno riconosciute le valorizzazioni relative alle prestazioni nei cui record siano presenti errori formali in campi sostanziali quali quelli riferiti a:

- data
- numero ricetta
- codice medico
- codice prestazione.

Sulla base della normativa vigente che regola i controlli istituzionali sulle prestazioni ambulatoriali, il NIC provvede a controllare:

1. Corretta modalità di rappresentazione delle attività erogate (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 tabella:


Prestazioni Pre - ricovero e Post - ricovero sottoposte a controllo

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 Immunematologici: gruppo ABO (90.65.3 e 90.65.4)
Visita anestesiologicala
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

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI</p>	<p align="center">PROTOCOLLO</p> <p align="center">PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</p>	<p>Codice: P/32</p> <p>Rev.: 0</p> <p>Data 12/01/15 Pagina 7 di 10</p>
--	--	--

- 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.

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;

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 8 di 10
---	---	--

• 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.

2. Congruenza

a) Estrazione degli errori da stralciare 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 – lumbosacrale),
- Codici ripetuti di prestazioni per le quali il Nomenclatore Tariffario descrive già la bilateralità (es. Rx ginocchio).

5.2 Area 2 (Area Gestione del processo)

5.2.1 RICOVERI

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.

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.

REFERENTE AREA 1 RICOVERI (SDO2)

Il Referente dell'Area 1 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.

Dopo aver effettuato il controllo dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, il Referente Area 1 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.

➤ REFERENTE AREA 2 RICOVERI (SDO1, SDO3)

 Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico GAETANO PINI	PROTOCOLLO PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 12/01/15 Pagina 9 di 10
---	---	--

Estrae i dati provvisori, esegue la verifica ed effettua l'eventuale correzione dei dati amministrativi del tracciato SDO 2 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 Area 2 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, dal Referente Area 1 e Referente Area 2, effettua l'attività di consolidamento delle pratiche da inviare in Regione entro il mese successivo a quello di competenza.

Il consolidamento viene effettuato utilizzando una apposita funzione presente nel sistema clinico sanitario, nello specifico:

1. viene visualizzato l'elenco delle SDO in stato "completato"
2. si procede al consolidamento delle SDO "completate" (in seguito alle eventuali correzioni effettuate) in modo tale da rendere le SDO predisposte per l'estrazione definitiva.

Al termine del consolidamento il SIA invia al Referente dell'Area 2 il tracciato consolidato SDO1, SDO2 e SDO 3 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.

5.2.2 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.

6. RIFERIMENTI-ALLEGATI

Area 1 (Area di esecuzione dei controlli/gestione contenuti cartella clinica)

- MOD/01 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica
- MOD/02 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica di Riabilitazione
- MODULO ASL (DGR VIII/10177 del 7 agosto 2009) check list di valutazione cartella clinica
- IO/01 P/07 Lettera di dimissione ospedaliera / trasferimento

Area 2 (Area Gestione del processo)

- MOD/04 P/32 Report attività controlli NIC (Ricoveri)

- MOD/05 P/32 Report attività controlli NIC (Ambulatoriale)
- MOD/06 P/32 Report attività controlli logico formali
- MOD/07 P/32 Report attività controlli interni
- ALL/01 P/32 Riferimenti Normativi.

www.AlboPreTORionline.it 30/01/15