



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 474 del - 3 SET. 2018

**OGGETTO:** aggiornamento del Piano dei Controlli Interni Annuale delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali - anno 2018.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

**SU PROPOSTA DEL DIRETTORE SANITARIO**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data - 3 SET. 2018 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento  
Direttore Sanitario

**IL DIRETTORE UOC ECONOMICO FINANZIARIA**

ha registrato contabilmente

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

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

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

☒ Il presente provvedimento non comporta spesa

Il Direttore f.f. UOC Economico Finanziaria  
Dott.ssa Emilia Martignoni

x



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 474 del - 3 SET. 2018

## 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 autonoma personalità 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;

**premesso** che la normativa regionale vigente in materia di controlli sanitari (Regole di Sistema 2018) prevede che gli Erogatori siano tenuti alla predisposizione e approvazione di un Piano dei Controlli Interni Annuale da trasmettere all'ATS di appartenenza entro i termini prestabiliti;

### considerato che:

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 principale di un Piano dei Controlli Interni Annuale è quello di implementare uno strumento programmatico per delineare le attività di verifica che si intendono perseguire;
- il Piano dei Controlli Interni Annuale descrive le modalità di effettuazione di tali verifiche e la loro frequenza al fine di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto le conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inappropriatezze;

**richiamata** la deliberazione n. 65 dell'1 febbraio 2018, con la quale è stato approvato il Piano dei Controlli Interni Annuale delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali - anno 2018 di questa ASST Pini-CTO, in conformità a quanto previsto dalla succitata normativa regionale vigente;

**preso atto** di quanto stabilito dal Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario anno 2018, adottato dall'ATS Città Metropolitana di Milano con deliberazione n. 391 del 18 aprile 2018;

**dato atto** che tale documento costituisce il principale strumento di programmazione di cui le ATS dispongono per declinare nel concreto le linee di intervento a supporto della funzione di verifica, monitoraggio e controllo sugli Erogatori;





DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 474 del 3 SET. 2018

**ravvisata** pertanto la necessità di dover procedere alla revisione e aggiornamento del Piano dei Controlli Interni Annuale delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali - anno 2018 di questa ASST Pini-CTO al fine di renderlo conforme e aderente, nei contenuti, a quanto stabilito dal succitato Piano Integrato dei Controlli, in modo tale da poter recepire le indicazioni e raccomandazioni ivi contenute e dare attuazione alle stesse;

**ritenuto** così di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, la versione allegata del Piano dei Controlli Interni Annuale delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali - anno 2018 di questa ASST Pini-CTO, revisionata e aggiornata in conformità a quanto stabilito dal suddetto Piano Integrato dei Controlli;

**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.;

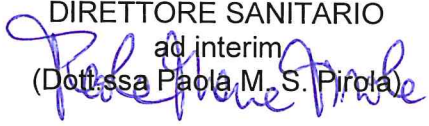
#### **DELIBERA**

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

- 1- di approvare, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, la versione allegata del Piano dei Controlli Interni Annuale delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali - anno 2018 di questa ASST Pini-CTO, revisionata e aggiornata in conformità a quanto stabilito dal Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario, adottato dalla ATS Città Metropolitana di Milano con deliberazione n. 391 del 18 aprile 2018;
- 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);
- 3- di disporre la pubblicazione, nei modi di legge, della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009 (come modificato dalla L.R. 23/2015).

  
DIRETTORE GENERALE  
(Dott. Francesco Laurelli)

  
DIRETTORE  
AMMINISTRATIVO  
(Dott. Valentino Colao)

  
DIRETTORE SANITARIO  
ad interim  
(Dott.ssa Paola M. S. Pirola)

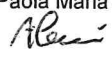

  
DIRETTORE  
SOCIO SANITARIO  
(Dott.ssa Paola M. S. Pirola)

#### **DIREZIONE SANITARIA**

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Paola Maria Saffo Pirola

Pratica trattata da: dott. Gianluigi Alemani



**Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico**  
**Gaetano Pini-CTO**

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Gaetano Pini**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 474 del - 3 SET. 2018

### 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 - 4 SET. 2018 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 30 pagine in allegato.

UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali  
Il Funzionario addetto

*Mario Ciuchello*

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo  
Milano, lì \_\_\_\_\_

UOC Affari Generali, Istituzionali e Legali  
il Funzionario addetto

*A*





Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico  
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
Lombardia  
ASST Gaetano Pini

## PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: PCI  
Rev.: 1  
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

1		Revisione documento a seguito di riscontro ATS		
0	--	Prima emissione		
Rev.	n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Preparato (data e firma)		Verificato (data e firma)	Approvato (data e firma)	
Dott.ssa M. Nobile		Dott.ssa P.M. Pirola	Dott. F. Laurelli	
Dott.ssa M. Linati			Dott. V. Colao	
			Dott.ssa P.M. Pirola	

## 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 uno 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 2018 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 3,5%, 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 5%, selezionata con modalità di campionamento mirato, riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero effettuata da parte di ATS come previsto da normativa vigente.

Facendo seguito a quanto sopra specificato, si rammenta quanto riportato nella DGR n. X/6502 del 21/04/2017 (Piano dei Controlli ACSS), punto 2.6: *"A partire dall'attività 2017, si precisa che i NOC devono effettuare sempre la verifica sulla completezza della documentazione sanitaria in base a quanto previsto dalle DGR 1007/2009 e DGR. 621/2010 prima di procedere ai controlli di congruenza mirata"*.

Quindi il NOC proseguirà anche nell'anno 2018 nella verifica della completezza documentale delle cartelle cliniche prima di valutare la congruenza della codifica delle pratiche campionate nell'ambito del mirato di congruenza ed appropriatezza generica e, come già detto precedentemente in caso di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, si procederà alla decurtazione totale o parziale della remunerazione del ricovero, ai sensi della DGR n. IX/621/2010.

Si rimanda quindi, in allegato al presente piano (Allegato 1 "Schede item dirimenti qualità documentale"), alla tabella riepilogativa degli items oggetto di controllo.

## 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.

### 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. L'erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente.

Il NIC con modalità di campionamento casuale stratificato esegue un controllo interno mensile di qualità documentale con apposita check list sul 5% della produzione.





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

**b) Congruenza e Appropriatezza 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 2017, tale attività verrà svolta sul totale delle prestazioni.

Il controllo delle MAC e delle BIC è assimilabile alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri.

Verrà controllato che le prestazioni rese corrispondano a quanto descritto nei protocolli aziendali. Sarà inoltre valutata la presenza e la completezza della documentazione clinica.

Dovrà esserci corrispondenza tra la documentazione sanitaria e i protocolli aziendali.

Sarà necessario esplicitare nella documentazione sanitaria il modo e l'assistenza resa (tempi: ora di inizio, ora di fine per accettazione e dimissione) specularmente con quanto indicato nel protocollo.

Le MAC controllate saranno erogate dai dipartimenti di appartenenza: Reumatologia e Riabilitazione.

Le procedure di verifica sulle MAC di Riabilitazione dovranno verificare che quanto esplicitato nei pacchetti sia conforme al progetto e al piano riabilitativo.

Sarà necessario porre attenzione che i progetti e i piani riabilitativi siano compilati in modo chiaro ed esaustivo.

Verranno controllate le tempistiche di trattamento e di osservazione, le giornate, le procedure rese e il personale impiegato secondo il minutaggio previsto.

Tale controllo verrà effettuato solo per il primo trimestre campionando in modo casuale il 3% della produzione relativa alle prestazioni di cui all'allegato A DGR IX/4605 del 28/12/12 e della DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 (BIC) e DGR n. IX/1479 del 30/03/2011(MAC) – MOD03/PCI.

**Ricovero riabilitativo**



Il controllo sarà indirizzato alla verifica dell'appropriatezza del ricovero essendo emerso che talvolta in letti di riabilitazione specialistica vengono ricoverati pazienti che necessitano di una riabilitazione a minor intensità (precoce ammissione e precoce dimissione dal ricovero riabilitativo) ciò starebbe a indicare che soggetti ricoverati in tale contesto svolgono correttamente lo stesso Piano Riabilitativo.

Il controllo sarà indirizzato alla verifica delle rappresentazioni delle prestazioni rese.

Nello specifico la verifica sarà mirata a verificare la presenza e la consistenza:

- del Piano e del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI e pri),
- del diario del terapeuta,
- della regolare indicazione dell'ora di entrata e di uscita del paziente,
- della presenza e della correttezza della SDO,
- del diario medico ed infermieristico,
- della presenza e correttezza dei consensi informati.

Verrà valutata la situazione clinica del paziente, la reale necessità riabilitativa, il contenuto sostanziale del progetto riabilitativo, la presenza in programma riabilitativo di interventi differenziati,

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p style="text-align: center;"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: PCI Rev.: 1 Data: Pagina 5 di 10</p>
--	---	---

l'inquadramento del grado di disabilità del paziente e degli obiettivi raggiunti mediante strumenti specialistici quali le scale di valutazione in fase iniziale e finale del trattamento, ed anche la revisione a medio termine dell'efficacia con eventuale modifica del piano riabilitativo in corso di attuazione.

Nella verifica della corretta rendicontazione delle giornate di ricovero, si terrà conto di:

- effettuazione del trattamento riabilitativo nel fine settimana ( il NOC riconoscerà come valido un solo fine settimana (sabato e domenica), all'inizio o al termine della degenza);
- le motivazioni cliniche e non (es. esecuzione di esami diagnostici ecc.) per cui il paziente non ha potuto sottoporsi al trattamento riabilitativo;
- l' impossibilità ad effettuare il ciclo di riabilitazione per instabilità clinica.

Per la valutazione dell'appropriatezza del ricovero si terrà in debito conto della possibilità di ammissione/dimissione intempestiva in reparto riabilitativo, e che ricoveri ordinari prolungati.

Tale controllo verrà effettuato mensilmente campionando in modo casuale il 4% della produzione mensile. La modalità di campionamento è casuale.

La popolazione da cui è estratto il campione è costituita dal totale della produzione di ogni singolo mese dell'anno solare di riferimento; tale popolazione viene poi suddivisa e distinta in sottogruppi in base alle UUOO di fisiatria di appartenenza.

Tali ricoveri che verranno campionati ed estratti potranno essere trasmessi al Responsabile della UO di Riabilitazione per la verifica dell'appropriatezza clinica affinché, qualora lo stesso Responsabile ritenga non sussistano le condizioni congrue di riabilitazione specialistica e preveda di trasformarle in attività general geriatrica, possa segnalarlo al NIC affinché vengano adeguati i flussi informativi (ravvedimento operoso).

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

### **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 2018 in riferimento alle attività di ricovero l'obiettivo è quello di ridurre la valorizzazione riferibile ai 108 DRG ad elevato rischio di inappropriatezza .

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 2018 valutata la percentuale di pazienti con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario.

Lo strumento per il monitoraggio dell'andamento nel 2018 sarà il portale di governo di Regione Lombardia.



 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p style="text-align: center;"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: PCI Rev.: 1 Data: Pagina 6 di 10</p>
--	---	---

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

### **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.

- **Ricoveri per acuti**

Vengono effettuati controlli sulle seguenti tipologie di ricovero:

- verifica della correttezza della rendicontazione delle prestazioni riconducibili alla macroattività ambulatoriale a bassa complessità operativa ed assistenziale (BOCA), come da Allegato A della DGR n. VIII/10804/2009 e successive integrazioni (es. cheratocono e cross-linking corneale);
- esame dei ricoveri con DRG chirurgico, della durata di 2 giorni, ed esecuzione della procedura in seconda giornata, ai fini della verifica dell'appropriatezza della giornata di ingresso;
- valutazione dei ricoveri con DRG medico, della durata di 3 giorni, per la valutazione dell'appropriatezza delle singole giornate di degenza;
- esame delle prestazioni di ricovero individuate tramite la presenza in prima posizione di un codice relativo ad un sintomo in presenza di una o più diagnosi secondarie correlate, con lo scopo di verificare la correttezza dell'individuazione della diagnosi principale;
- valutazione dei ricoveri con DRG complicato e degenza superiore alla propria soglia "non complicato", per i quali si sia registrato una riduzione nell'ultimo triennio della percentuale delle ospedalizzazioni entro soglia, ai fini della verifica dell'appropriatezza delle giornate di degenza oltre soglia.

- **Ricoveri con degenza oltre soglia**

Tale controllo si estrinseca su quei DRG per cui esiste un valore soglia, rappresentato da un numero di giornate di degenza predefinite. La verifica è volta a rintracciare nella documentazione sanitaria condizioni cliniche sopraggiunte o inattese o complicanti, che abbiano condizionato il prolungarsi della degenza.

- **Episodi di ricovero con il codice V64.1 e V64.3**

Estrazione degli episodi di ricovero con il codice V641, *intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazioni* e con il codice V643, *procedura non eseguita per altre ragioni*.

- **DRG anomali**

DRG anomalo in quanto la diagnosi non è correlata con la procedura/intervento chirurgico eseguito.

- **DRG complicati**

Esame dei ricoveri con assegnazione a DRG complicati, sulla scorta dei criteri definiti dalla DRG n° VIII/7612/2008 e monitoraggio nel tempo dell'andamento della durata delle suddette degenze, con particolare riferimento ai movimenti registrati vicino alla mediana di riferimento.





- **Attività di interesse locale**

Si controlleranno quali DRG di interesse locale quale il 503: Intervento sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione e la terapia fisica.

**Verifica di appropriatezza**

Il controllo dell'appropriatezza interesserà diverse tipologie di ricovero:

**DRG 216** (Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo)

**DRG 243** (Afezioni mediche del dorso)

**DRG 249** (Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo)

**DRG 466** (Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria)

**DRG 498** (Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC)

**DRG 500** (Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC).

**Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale- controlli sanitari**

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

L'obiettivo regionale dei controlli delle prestazioni della specialistica ambulatoriale, è definito all'interno delle regole di sistema che prevedono l'effettuazione delle verifiche in misura non inferiore al 3,5% della produzione.

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:

<b>Pre-ricovero: 15 giorni antecedenti il ricovero</b>
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
<b>Post-ricovero: 10 giorni successivi il ricovero</b>
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.

#### **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.



 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario   Regione Lombardia  ASST Gaetano Pini</p>	<p style="text-align: center;"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: PCI Rev.: 1 Data: Pagina 9 di 10</p>
---	---	---

Si controlleranno inoltre le PRESTAZIONI DELIBERA 3111/2006 escluse dai LEA rendicontate a carico del SSN. 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 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 – 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

## **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.**

Si evidenzia che nel caso in cui le pratiche SDO controllate contengano degli errori materiali, nell'ottica del ravvedimento operoso, vengono corrette generando conseguentemente una seconda SDO.

Sempre in linea con la normativa ambedue le SDO vengono inserite all'interno della Cartella Clinica dopo essere state debitamente firmate e timbrate dal medico che effettua la modifica.

## **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.

La checklist viene infine verificata e sottoscritta sia dal coordinatore infermieristico che dal medico di UUOO.

### Archivio Clinico

**Il Personale dell'Archivio Clinico** verificata 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 con apposito modulo (MOD02/PCI).

### 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 SDO1, SDO2, SDO 3 e SDO6

Il Referente NIC verifica la chiusura delle SDO entro i tempi stabiliti dalla normativa.

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

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



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

Al termine del consolidamento il referente NIC invia il tracciato consolidato 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.

## 6. ALLEGATI

- MOD 01/PCI Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica
- MOD02/PCI Scheda rilevazione e gestione errori e Non conformità della documentazione sanitaria
- MOD03/PCI Verifica completezza documentazione sanitaria – MAC
- Allegato 1 (cap. 5) – Schede item dirimenti qualità documentale (Deliberazione n.391 del 18/04/2018)

 <p>Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini-CTO</p> <hr/> <p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Gaetano Pini</p>	<p><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: MOD01/PCI Rev. 2</p> <p>Data: 1/02/2018</p> <p>Pagina 1 di 2</p>
--	---	---

**STRUTTURA DI RICOVERO** \_\_\_\_\_ **N° Cartella Clinica** \_\_\_\_\_

(solo G. Pini/Isocrate) – **N° Bustone** \_\_\_\_\_

Check list di controllo della cartella clinica					
1	Numero progressivo della cartella clinica sul frontespizio 100%	si	no	n.p.	
2	Generalità del paziente sul frontespizio 100%	si	no	n.p.	
	- Nome	si	no	n.p.	
	- Cognome	si	no	n.p.	
	- Data di nascita	si	no	n.p.	
	- Luogo di nascita	si	no	n.p.	
	- Residenza (Comune o Stato estero)	si	no	n.p.	
3	Struttura di ricovero 100%	si	no	n.p.	
4/5	Data e orario di ingresso e uscita* in reparto (sul diario medico e/o infermieristico)	si	no	n.p.	
	* 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%	si	no	n.p.	
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma e timbro del medico responsabile 100%	si	no	n.p.	
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%	si	no	n.p.	
8	Anamnesi Patologica Prossima 10%	si	no	n.p.	
9	Esame Obiettivo all'ingresso 40% con firma e timbro firmato 20% (e datato 10% tot 70%)	si	no	n.p.	
10	Diario Medico compilato almeno nei giorni feriali con firma e timbro	si	no	n.p.	
11	Diario Infermieristico compilato tutti i giorni e firmato	si	no	n.p.	
12	Progetto e programma Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico facente parte dell'equipe riabilitativa 100%	si	no	n.p.	
13	Dove necessaria, documentazione riguardante l'attività svolta da professionisti sanitari non medici e non infermieri	si	no	n.p.	
14	Consenso Informato, firmato con timbro dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico e alle trasfusioni 90% e datato 10%	si	no	n.p.	
15	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	si	no	n.p.	
Gruppo di requisiti 16 e 17 100%					
16	Documentazione/cartella anestesiologicala con monitoraggio intraoperatorio 40%	si	no	n.p.	
17	Verbale operatorio con descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento 60% con firma e timbro	si	no	n.p.	
18	Lettera di dimissione con almeno: 100% con firma digitale se assente con firma e timbro	si	no	n.p.	
	- Data di stesura	si	no	n.p.	

- Identificazione del medico redattore	si	no	n.p.
- Sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)	si	no	n.p.
- Indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")	si	no	n.p.
* Può essere assente in caso di paziente deceduto, autodimesso e neonato sano	si	no	n.p.

**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:

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

Data \_\_\_\_\_ Firma Coordinatore Infermieristico \_\_\_\_\_

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.



### Check list DOCUMENTAZIONE MAC

1	UO dove si esegue la prestazione	si	no	n.p.
2	<b>Numero progressivo</b> della scheda clinica (codice a barre PRC)	si	no	n.p.
3	<b>Generalità del paziente</b>	si	no	n.p.
	- Nome	si	no	n.p.
	- Cognome	si	no	n.p.
	- Data di nascita	si	no	n.p.
	- Luogo di nascita	si	no	n.p.
	- Residenza (Comune o Stato estero)	si	no	n.p.
4	<b>Impegnativa</b>	si	no	n.p.
4.1	<b>Pratica amministrativa</b> (fattura)	si	no	n.p.
5	Anamnesi patologica prossima	si	no	n.p.
6	<b>Esame Obiettivo / Diagnosi</b>	si	no	n.p.
7	Diario clinico per ogni accesso con indicazioni di ingresso e uscita	si	no	n.p.
8	Registrazione degli eventuali esami clinici effettuati	si	no	n.p.
9	<b>Consenso Informato</b> al trattamento e/o procedura diagnostica, datato e firmato sia dal paziente che dal medico	si	no	n.p.
10	Tipo e descrizione della procedura/prestazione con orario di ingresso e uscita	si	no	n.p.
11	Identificazione del medico redattore	si	no	n.p.
12	PRI/pri	si	no	n.p.
12.1	tabella delle prestazioni di fisioterapia erogate ed i relativi minutaggi	si	no	n.p.
13	Diario Riabilitativo	si	no	n.p.
14	FUT	si	no	n.p.
15	<b>RELAZIONE PER IL CURANTE (MMG)</b>	si	no	n.p.
15.1	chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata	si	no	n.p.
15.2	indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione	si	no	n.p.
15.3	programmazione del controllo successivo	si	no	n.p.
15.4	chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.	si	no	n.p.
15.5	in caso di attività ambulatoriale complessa oncologica, viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze	si	no	n.p.

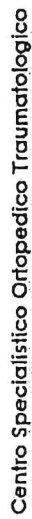
#### NOTE

Data \_\_\_\_\_ Firma Coordinatore Infermieristico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma Fisioterapista chiusura cc \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma Medico Resp. chiusura cc \_\_\_\_\_

NOTE: Da compilarsi ad opera del referente NIC



**Gaetano Pini-CTO**

## MODULO di PRESIDIO

## Sistema Socio Sanitario

Presidio Ospedaliero CTO

三三三

**Regione  
Lombardia**

## Scheda rilevazione e gestione errori.

## -della documentazione sanitaria

**ASST Gaetano Pini**

**Etichetta barcode**

Rev. 0 Pag 1/1

CODICE: MOD02/PEI  
data

Pag 1/1

☐ Cartella clinica ricovero ordinario/DH/DS      ☐ Cartella clinica ambulatoriale

[illegible]



DGR n. IX/621 del 13.10.2010			Deliberazione ATS n. 610 del 23.05.2016 Piano Integrato dei Controlli ATS 2017 (Delib. ATS n. 721/2017)	DGR n. X/6502 del 21.04.2017 - ACSS
N°	Item	Requisito		
1	Numero progressivo della cartella clinica	100%		
2	Generalità del paziente sul frontespizio con:			
	- nome			
	- cognome	100%		
	- data di nascita			
	- luogo di nascita			
	- residenza (Comune o Stato estero)			
3	Struttura di ricovero	100%		
4	Data di ingresso			
5 - DH	Data di uscita	100%		
	Data di ingresso		DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9) Nei DH gli accessi sono valutati singolarmente: per ogni accesso devono essere soddisfatti tutti gli elementi richiesti. Non è sempre stato possibile individuare con esattezza il riferimento al posto letto: si richiama quindi la necessità di attenersi in proposito a quanto previsto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, specificando il numero del posto letto occupato dal paziente.	
	Ora di uscita		DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9) La firma della scheda di dimissione deve essere sempre presente: è ammessa anche la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.	
	Camera/posto letto		PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017 Secondo quanto stabilito dalla normativa vigente la SDO è una componente obbligatoria della cartella clinica e la sua assenza o l'errata compilazione determinano la non rimborsabilità totale del ricovero. Nel ricordare che la normativa nazionale (DM n. 380 del 27.10.2000, Disciplinare tecnico) e quella regionale (DGR n. IX/621 del 13.10.2010) danno precise indicazioni sulla compilazione della SDO e sulla codifica delle informazioni da riportare all'interno di essa, si desidera precisare quanto segue. Il DM n. 380 del 27.10.2000 (Art. 2, punti 3 e 4) specifica, che: "3. La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso: la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione.	La firma deve essere sempre presente, è ammessa la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione. L'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera (art.10, comma 6 D.Lgs 196/2003).
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile (continua)	100%		

DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)  
Nei DH gli accessi sono valutati singolarmente: per ogni accesso devono essere soddisfatti tutti gli elementi richiesti.  
Non è sempre stato possibile individuare con esattezza il riferimento al posto letto: si richiama quindi la necessità di attenersi in proposito a quanto previsto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, specificando il numero del posto letto occupato dal paziente.

DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)  
La firma della scheda di dimissione deve essere sempre presente: è ammessa anche la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.

PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017  
Secondo quanto stabilito dalla normativa vigente la SDO è una componente obbligatoria della cartella clinica e la sua assenza o l'errata compilazione determinano la non rimborsabilità totale del ricovero.  
Nel ricordare che la normativa nazionale (DM n. 380 del 27.10.2000, Disciplina tecnica) e quella regionale (DGR n. IX/621 del 13.10.2010) danno precise indicazioni sulla compilazione della SDO e sulla codifica delle informazioni da riportare all'interno di essa, si desidera precisare quanto segue.  
Il DM n. 380 del 27.10.2000 (Art. 2, punti 3 e 4) specifica, che: "3. La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso: la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione."

La firma deve essere sempre presente, è ammessa la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.  
L'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera (art.10, comma 6 D.Lgs 196/2003).

6	(segue) Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile	100%	<p>La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuato dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato". 4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate."</p> <p>Il DM n. 380/2000 individua, dunque, due diversi elementi essenziali della SDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la firma del medico responsabile della dimissione;</li> <li>• la codifica della prestazione.</li> </ul> <p>A tale proposito si desidera dare indicazioni sulle modalità con cui la firma (anche sigla) del medico responsabile della dimissione deve essere presente sulla SDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la firma deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore;</li> <li>• la sigla deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta (n.d.r.), o comunque con le modalità previste dal D.lgs. 196/2003 articolo 10 comma 6).</li> </ul> <p>Si ricorda infine che la compilazione della SDO deve avvenire nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita ("Manuale della Cartella Clinica - 2ª Edizione 2007") e nel caso in cui si verifici da parte dell'Erogatore una inesatta o incongrua rappresentazione della codifica della SDO o la SDO stessa contenga errori materiali (ad es. anagrafici), tali errori (nei casi consentiti, ovvero per pratiche non oggetto di controllo da parte della ATS) potranno essere corretti (nei tempi previsti dalla normativa vigente) generando una seconda SDO; ambedue le SDO dovranno in questo caso essere presenti all'interno della cartella clinica.</p> <p>(n.d.r.). In considerazione del fatto che la SDO che dà origine al rimborso economico per le prestazioni erogate dalla Struttura è quella inserita nel flusso rendicontato in Regione, se tale SDO è quella priva della firma del medico responsabile delle dimissioni, si ritiene che non possa dare luogo ad alcun rimborso della prestazione effettuata.</p> <p>È stata ravvisata infatti, nel caso specifico, una anomalia che invalida l'intera SDO: "la SDO non è firmata dal medico della U.O. (anche sigla)". Ciò comporta, ai sensi della DGR n. IX/621 del 13.10.2010, la "non rimborsabilità totale" della SDO: abbattimento pari al 100% del valore pre-controllo.)</p>
---	---	------	---



7	Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso	20%	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b>          Si richiama all'ottemperanza delle indicazioni regionali secondo cui l'anamnesi e l'esame obiettivo devono riportare la data e la firma del medico esecutore: ciò naturalmente è valido anche in caso di questionari anamnestici auto-compilati dal paziente, i quali devono essere sempre controfirmati dal medico che ne prende visione.</p> <p>Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione di PS, qualora lo stesso sia ripetuto in regime di ricovero in tempi ragionevolmente brevi.</p>	<p><b>ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO:</b> deve essere orientato all'esame dei diversi sistemi specie di quelli correlati alle motivazioni del ricovero, è assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione del PS (in tempi brevi). È valido anche il questionario anamnestico autocompilato dalla persona assistita se firmato dal medico che ne prende visione.</p> <p>Tra gli elementi della cartella clinica elencati nel gruppo di requisiti (che prevede il motivo di ricovero, anamnesi patologica prossima, l'esame obiettivo all'ingresso firmato e datato), si ricorda che la grafia, nel caso la cartella clinica sia compilata a mano, deve essere facilmente leggibile, l'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera (art. 10, comma 6 D.Lgs. 196/2003).</p>
	Anamnesi Patologica Prossima (anche specialistica)	10%		
	Esame Obiettivo all'ingresso con (anche specialistico) con:	40%		
	- Firma (anche sigla)	20%		
	- Data di stesura	10%		
8	Diario Medico compilato almeno nei giorni feriali	*		
9	Diario Infermieristico compilato tutti i giorni	*		
10	Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico responsabile	100%	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 4)</b>          La stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa deve essere redatta (n.d.r., e firmata) dal Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa.</p>	
	Programma Riabilitativo Individuale (pri) compilato e firmato dal medico responsabile			
11	Referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero (indicativi del percorso diagnostico descritto nella lettera di dimissione)	*		

<p>Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a trasfusioni con:</p> <p>- firma del medico e del paziente</p>	<p>90%</p>	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b> Il consenso informato deve essere completo e quindi contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</p> <p>Il consenso informato alla eventuale trasfusione deve essere presente, completo e firmato sia dal paziente che dal medico; ciò è richiesto anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata, a tutela del principio che il citato consenso sia prestato dal paziente prima dei verificarsi dell'evento trasfusivo.</p> <p>Il citato consenso alla trasfusione deve essere quindi presente in tutti i casi in cui sia stata effettuata una trasfusione, nonché nelle situazioni in cui, come indicato nell'MSBOs (o documento simile) di ciascuna Struttura, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata: i documenti citati saranno ritenuti validi solo se concordati con le evidenze scientifiche esistenti in materia.</p> <p>Si precisa altresì che il requisito relativo al consenso informato all'intervento chirurgico e alle trasfusioni, firmato (90%) e datato (10%), così come è descritto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, "non supera la normativa vigente e quindi non solleva la struttura dalle responsabilità derivanti dall'obbligo di raccogliere il consenso informato in tutti i casi previsti dalla normativa vigente non contemplati nel requisito stesso": con ciò è da intendersi che il requisito in questione e le pesature indicate sono da leggersi nell'accezione completa dell'obbligo relativo all'acquisizione del consenso stesso, nel rispetto della originaria DGR n. VIII/9014 del 20.02.2009 (integrata e non superata dalle norme successive: "il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche come previsto dalla normativa vigente") nonché delle disposizioni nazionali di riferimento.</p> <p><b>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017</b> Infine, secondo quanto disposto dagli Uffici regionali (cfr. Verbale di riunione del GdL Accreditamento, Appropriatazza e Controllo del 18.07.2014), "... al fine di fornire agli organi di controllo delle ASL un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente, si dispone che gli Erogatori forniscano all'ASL i propri documenti MSBOs ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOs non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti."</p> <p>In carenza di quanto prescritto, ovvero in caso di assenza immotivata del consenso informato all'intervento chirurgico o assenza del consenso alla trasfusione ove questa fosse effettuata, o di assenza del consenso alla trasfusione ove l'MSBOs indicasse la necessità di sacche di sangue a disposizione, si procederà alla decurtazione, nella misura prevista dalla normativa vigente, del valore economico delle relative pratiche di ricovero.</p>
<p>- data di compilazione</p>	<p>10%</p>	<p>Il consenso informato deve essere acquisito prima dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.</p> <p>Nel caso in cui il Paziente è candidato a protocolli di ricerca, indagini e sperimentazioni cliniche, il consenso informato dovrà essere acquisito prima della partecipazione alle suddette procedure. Esso, deve essere datato e firmato dalla persona assistita (n.d.r., e dal medico), deve essere completo e deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</p> <p>Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare (nei casi previsti dalla legge), in cartella devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso (n.d.r., per i casi particolari o le situazioni in cui il minore può esprimere il consenso autonomamente vedi la DGR n. 6502 del 21.04.2017 dell'ACSS - Consenso per i minori (Allegato 2 - Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).</p> <p><b>CONSENSO INFORMATO ALLE TRASFUSIONI:</b> con data di compilazione e firma del medico e del paziente.</p> <p>Si ribadisce quanto espresso nel verbale della Seconda riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatazza e Controlli del 18.07.2014: "Consenso informato alla trasfusione per la chirurgia elettiva: il consenso deve essere presente (completo e firmato sia dal paziente che dal medico) anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata: ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima dei verificarsi dell'evento trasfusivo. Al fine di fornire agli organi di controllo delle ASL un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente (es. chirurgia dermatologica in anestesia locale ecc.), si suggerisce che gli Erogatori forniscano alle ASL i propri documenti MSBOs ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOs non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti.</p> <p>L'obbligo del consenso informato sarà così correttamente limitato, oltre che in tutti i casi in cui sia stata effettuata una trasfusione, anche alle situazioni in cui, come indicato nell'MSBOs di ciascuna Struttura, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata.</p> <p>Si chiarisce infine che l'MSBOs è una tabella di tutte le procedure chirurgiche, che include il numero di unità di sangue/emocomponenti/emoderivati routinariamente predisposti per ogni procedura.</p> <p>Esso viene elaborato da ciascuna Struttura mediante un'analisi retrospettiva del consumo di sangue/emocomponenti/emoderivati legato alla specifica procedura chirurgica, con l'obiettivo di correlare nel modo più stringente ed efficiente possibile la quantità di sangue ritirato con la quantità trasfusa.</p>



13	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	*	n.d.r. MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA, REGIONE LOMBARDIA, SECONDA EDIZIONE, 2007 La documentazione anestesiology, cartellino o scheda, racchiude le informazioni relative a:	DOCUMENTAZIONE CARTELLA ANESTESIOLOGICA: tale documentazione racchiude le valutazioni relative a:  Valutazione preoperatoria: deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente con assegnazione dello stesso a una classe di rischio (ASA) e individuare la tecnica anestesiology più appropriata.  Quanto occorre durante l'anestesia dovrebbe tradursi in apposita registrazione cronologicamente definita, comprendente oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dati sull'intervento</li> <li>• tipo di anestesia utilizzata ed eventuali modificazioni rese necessarie</li> <li>• tipo di supporto respiratorio</li> <li>• procedure operative poste in essere</li> <li>• parametri vitali monitorati.</li> </ul> Preanestesia Condizione anestesiology Valutazione postoperatoria
14	Documentazione/cartella anestesiology con monitoraggio intraoperatorio	40%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione preoperatoria con assegnazione del paziente ad una classe di rischio (ASA) e individuazione della tecnica anestesiology più appropriata;</li> <li>• preanestesia</li> <li>• condizione anestesiology comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero:               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica;</li> <li>◦ tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni rese necessarie;</li> <li>◦ tipo di supporto respiratorio;</li> <li>◦ procedure invasive poste in essere;</li> <li>◦ parametri vitali monitorati;</li> <li>◦ indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati;</li> <li>◦ segnalazione di eventuali complicanze.</li> </ul> </li> <li>• valutazione postoperatoria dovrebbe indicare: le condizioni (respiratorie, cardiocircolatorie, neurologiche) del paziente, il tipo di sorveglianza necessaria, la segnalazione degli accessi vascolari e di altri mezzi invasivi presenti e il loro stato, le terapie in corso e quelle consigliate, gli esami di controllo necessari, ora/minuti della dimissione dal blocco operatorio o da altro ambiente e trasferimento all'unità operative di degenza).</li> </ul>	IL VERBALE OPERATORIO deve contenere la descrizione chiara della tipologia di intervento effettuato, la data dell'intervento, la durata dell'intervento, almeno 3 operatori nei DS e Ricoveri Ordinari 0-1 giorno e almeno 5 operatori nei ricoveri ordinari, con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo; è altresì fondamentale che vi sia presente la firma del primo operatore nel verbale operatorio.
	Verbale operatorio con: - descrizione dell'intervento - data dell'intervento - durata dell'intervento - identificazione degli operatori (almeno 3 nei DH e 5 nei ricoveri ordinari <sup>1</sup> )	60%	n.d.r. PROCEDURE MONOPERATORE Elenco relativo a procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico chirurgo anche in regime di ricovero ordinario: DGR n. IX/ 4605 del 28.12.2012 e DGR n. X/ 2983 del 23.12.2014.  <sup>1</sup> con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo	

<p>15</p> <p>Lettera di dimissione<sup>2</sup> con almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- data di stesura</li> <li>- identificazione del medico redattore</li> <li>- sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)</li> <li>- indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")</li> </ul>	<p>100%</p>	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b>  Nella lettera di dimissione il richiamo alla terapia deve essere esplicito secondo quanto indicato nelle normative correnti, così come deve essere chiaramente riportata la dicitura relativa all'eventuale "assenza di prescrizioni".  La presenza eventuale di allegati alla lettera di dimissione deve essere richiamata nella lettera di dimissione stessa.  Nel caso in cui il paziente sia trasferito in urgenza presso un'altra struttura, la lettera di dimissione non può in nessun caso essere sostituita da un "modulo di invio in PS" (n.d.r., ovvero non può essere sostituita da altra documentazione).  La lettera di dimissione deve contenere chiara indicazione della data di redazione della stessa: la suddetta data non può quindi essere deducibile da dizioni quali "si dimette in data odierna" o simili.  È ammessa la <u>firma</u> elettronica e la presenza di una lettera di dimissione complessiva per i cicli di Day Hospital.</p> <p><b>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017</b>  La lettera di dimissione deve essere redatta dal medico che ha seguito il ricovero ed essa deve contenere i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• data di stesura,</li> <li>• identificazione del medico redattore,</li> <li>• motivo del ricovero,</li> <li>• sintesi descrittiva del decorso clinico (compresi accertamenti significativi, eventuali trasfusioni, partecipazione a studi clinici ecc. ed infine le condizioni del paziente alla dimissione),</li> <li>• terapie farmacologiche attuate,</li> <li>• indicazione di terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (oppure se non prevista alcuna terapia, precisazione di "nessuna prescrizione"),</li> <li>• firma del medico dimettente.</li> </ul> <p>A quest'ultimo proposito si desidera dare indicazioni sulla firma del medico che redige la lettera di dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la <u>firma</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore;</li> <li>• la <u>sigla</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro, presente nella Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta;</li> <li>• è ammessa sia la firma elettronica, sia la firma elettronica avanzata, che quella digitale (DPCM 22 febbraio 2013 "Codice dell'Amministrazione Digitale"), comunque sistemi che garantiscano la univoca connessione al firmatario. Le suddette tipologie di firme non devono essere confuse con altri oggetti omofoni definiti genericamente "elettronici", come ad esempio la firma autografa scannerizzata e conservata come immagine o il semplice riferimento nominativo del medico senza altre specifiche identificative della natura della firma. Il documento in questione deve infatti contenere esplicitamente la dicitura che identifica il tipo di firma non autografa apposta ai sensi della normativa di riferimento.</li> </ul>
--	-------------	---

La lettera di dimissione è il "documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale e il medico di medicina generale o l'ambito assistenziale che si prenderà cura della persona assistita dopo la dimissione". Redatta dal medico che ha seguito il ricovero essa deve contenere in modo chiaro ed esaustivo i seguenti campi:

1. Circostanze, motivo del ricovero
2. Iter diagnostico - terapeutico e accertamenti significativi
3. Modificazioni del quadro clinico dalla ammissione alla dimissione
4. Terapia farmacologica attuale
5. Terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up
6. Eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie o sociali
7. Suggerimenti su abitudini di vita.

\* DGR n. IX/621 del 13.10.2010, punto 16: "Per i restanti requisiti della cartella clinica di cui alla DGR VIII/9014 del 20.02.2009, si stabilisce che non più di due degli stessi possa avere più del 20% di mancanze rispetto al totale delle registrazioni attese".

Normativa di riferimento:

- DM n. 380 del 27.10. 2000, Disciplinare Tecnico.
- D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.
- Manuale della Cartella Clinica, Regione Lombardia, Seconda Edizione, 2007.
- DGR n. VIII/9014 del 20.02.2009.
- DGR n. IX/621 del 13.10.2010.
- DGR n. IX /4605 del 28.12.2012.
- DGR n. X/2983 del 23.12.2014.
- Deliberazione ATS n. 610 del 23.05.2016 (Allegato 4 - Linee guida appropriatezza organizzativa riabilitazione e Allegato 9 - Scheda items dirimenti qualità documentale).
- DGR n. 6502 del 21.04.2017 dell'ACSS (Allegato 2 - Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).
- Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario 2017 (Deliberazione ATS n. 721 del 16.06.2017).



#### a. Aborto farmacologico

L'interruzione volontaria di gravidanza attraverso il metodo farmacologico è una procedura distinta in più fasi che si basa sull'assunzione di due farmaci diversi, il mifepristone (RU486) ed una prostaglandina a distanza di 48 ore l'uno dall'altro.

Le linee guida ministeriali sull'utilizzo di mifepristone e prostaglandine redatte nel giugno 2010, di cui alle indicazioni AIFA n. 14 del 30 luglio 2009 e n. 1460 del 24 novembre 2009, prevedono che "nel rispetto della legge n. 194 del 1978 a garanzia e a tutela della salute della donna; in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della legge n. 194 del 1978 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico cui è demandata la corretta informazione sull'utilizzo del medicinale, sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative e sui possibili rischi connessi, nonché l'attento monitoraggio onde ridurre al minimo le reazioni avverse segnalate, quali emorragie, infezioni ed eventi fatali, con particolare riguardo alle possibili reazioni avverse". Nelle citate linee guida si evidenzia che "i rischi connessi all'interruzione farmacologica della gravidanza si possono considerare equivalenti alla interruzione chirurgica solo se l'interruzione di gravidanza avviene in ambito ospedaliero" (parere del CSS, del 18 marzo 2004) e quindi l'associazione di mifepristone e prostaglandine deve essere somministrata in ospedale pubblico o in altra struttura prevista dalla predetta legge e la donna deve essere ivi trattenuta fino ad aborto avvenuto e a prodotto del concepimento espulso (parere del CSS, del 20 dicembre 2005 e nota CSS del 18 marzo 2010).

Il periodo temporale in cui l'aborto si completa è piuttosto lungo e quasi mai inferiore a tre giorni in quanto il mifepristone, interessando i recettori del progesterone, necessari per il mantenimento della gravidanza, agisce sul lato abortivo inteso come cessazione della vitalità dell'embrione; l'assunzione del secondo farmaco, della categoria delle prostaglandine, determina l'espulsione del prodotto abortivo.

La Regione Lombardia nel 2009 con la DGR n. VIII/10804 (Allegato 9) precisa che l'assunzione del mifepristone deve essere fatta a livello intraospedaliero. Successivamente con la DGR n. IX/2057/2011, vengono fornite indicazioni sulla codifica dell'interruzione di gravidanza tramite l'assunzione farmacologica di RU486, come di seguito riportato:

*"L'interruzione volontaria di gravidanza (entro i primi 90 gg) per assunzione farmacologica (RU486) è identificata con:*

*Dia. cod. 635.-- Aborto indotto legalmente*

*Int./Proc. cod. 99.24 Iniezione di altri ormoni*

*e cod. 96.49 Altra instillazione genitourinaria (nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale)"*

A questo proposito però, avendo rilevato che tale tipologia di assistenza viene abitualmente prestata su più accessi, a seguito delle dimissioni volontarie delle pazienti successivamente all'assunzione farmacologica di RU486, cui segue solitamente un secondo accesso in corrispondenza dell'espulsione del prodotto del concepimento, si precisa quanto segue:

- il percorso assistenziale corretto, a tutela della salute della paziente, prevede, come si è già detto, che la suddetta assistenza sia prestata in regime protetto ospedaliero per tutto il tempo necessario all'effettuazione di quanto programmato;
- in nessun caso, a seguito della dimissione volontaria della paziente, è comunque corretto rendicontare su più accessi l'avvenuto aborto, ossia codificare l'aborto su SDO differenti riferite al medesimo percorso assistenziale;
- nelle evenienze descritte, è possibile distinguere gli accessi nella maniera di seguito riportata:

L'accesso con dimissione volontaria successiva all'assunzione di RU486,

Dia. cod. V67.59 altra visita di controllo

Int./Proc. cod. 99.24 iniezione di altri ormoni



Il accesso per espulsione del prodotto del concepimento (in assenza di raschiamento),

Dia. cod. 635.-- aborto indotto legalmente

Int./Proc. cod. 96.49 *altra instillazione genitourinaria (nel caso la seconda somministrazione avvenga per via vaginale)*

#### **b. Dermatologia**

Si precisa che ai fini del giudizio di appropriatezza del ricovero diurno (0-1 giorno) per l'esecuzione di procedure dermatologiche si procederà alla verifica della presenza delle dimensioni delle lesioni di cui alla DGR n. VIII/2645/2006.

A tale riguardo si chiarisce che, nelle more di diverso pronunciamento regionale, le lesioni cutanee si intendono misurate verificando sul referto istologico le dimensioni della losanga cutanea di asportazione. Ciò in considerazione della contrazione riscontrata sui tessuti sottoposti ad accertamento istologico, nonché ritenendo che i disposti normativi sul rapporto previsto tra dimensioni della lesione e regime di assistenza siano ragionevolmente riferiti all'estensione dell'asportazione chirurgica e quindi all'opportunità di utilizzo di un regime protetto.

Si ribadisce comunque che continueranno a non essere giudicati appropriati ricoveri in cui non siano rintracciabili gli elementi di appropriatezza generica del Day Hospital (seppur in presenza delle dimensioni minime previste) né ad essere accolte eccezioni riguardanti l'età o la provenienza del paziente o altre condizioni non traducibili in un carico terapeutico-assistenziale in regime di ricovero ospedaliero (DGR n. VIII/3111/2006).

#### **c. Artrodesi vertebrale**

In ottemperanza a quanto richiamato nel Verbale del GdL regionale del 13.06.2014 (Punto 2) in merito alla codifica degli interventi di artrodesi spinale, l'indicazione dei codici di procedura (81.00-81.08) sarà considerata corretta nel caso in cui le fasi di intervento prevedano una cruentazione delle superfici ossee con contestuale applicazione di innesti ossei autologhi/di sintesi oppure una strumentazione con gabbie (cages) intersomatiche riempite con innesti ossei.

Ai fini del giudizio di congruenza dei codici di procedura impiegati sarà dirimente la lettura dei verbali operatori che dovranno contenere la descrizione chiara e particolareggiata della procedura attuata.

Si precisa che la definizione di artrodesi, così come definita dal richiamato Verbale, è da riferirsi a tutte le artrodesi e non esclusivamente a quelle posteriori associate ad utilizzo del dispositivo interspinoso ASPEN. Le suddette indicazioni saranno ritenute valide fino ad eventuale nuovo pronunciamento del GdL regionale.

#### **d. Rimozione fili di Kirschner**

A seguito dei riscontri dell'attività di controllo, si ritiene utile ribadire quanto segue, in merito alla corretta individuazione del codice di procedura di rimozione di fili di Kirschner.

In particolare ci si riferisce a rimozione di fili di Kirschner affondati, effettuata in sala operatoria e con assistenza anestesiológica, tramite incisione cutanea, con esposizione del filo già palpabile all'esame obiettivo e che viene quindi sfilato. La durata dell'intervento, solitamente condotto in pneumoischemia, è di 5' - 8' e la rappresentazione corretta è la seguente:

Dia. cod. V54.89 *altri trattamenti ortopedici ulteriori* (rimoz. filo di Kirschner, cfr. ind. alfab. ICD-9-CM)

Int./Proc. cod. 97.88 *rimozione di dispositivo esterno di immobilizzazione*

Int./Proc. cod. 86.09 *altra incisione della cute e del tessuto sottocutaneo*

Nelle condizioni descritte sarà invece giudicato incongruente l'utilizzo del cod. di procedura 78.6\_ *rimozione di dispositivi impiantati*, per il quale l'ICD-9-CM esclude la "rimozione di (...) mezzi esterni di fissazione e di trazione (filo di Kirschner)", rimandando appunto al suddetto cod. 97.88.



**e. Anemia e trasfusioni intraoperatorie**

In accordo con la letteratura internazionale (linee guida 2012 AABB, American Association of Blood Banks), si ribadisce che la codifica di anemia come diagnosi secondaria complicante sarà ritenuta congruente solo per valori di Hb < 8 mg/dl e in presenza di contestuali interventi terapeutici mirati alla correzione dell'anemia stessa, quali terapia marziale endovenosa, emotrasfusione, infusione di emoderivati o succedanei.

Inoltre, le trasfusioni effettuate nel corso di intervento operatorio, quale atto previsto in relazione all'intervento effettuato e che non configurano quindi il trattamento di un evento emorragico eccezionale complicante la routine operatoria, sono da intendersi ricomprese nella procedura effettuata e non devono quindi dar luogo alla codifica di anemia tra le diagnosi.

**f. Insufficienza respiratoria e polmonare**

In relazione a quanto previsto dalla DGR n. IX/2057 del 28.07.2011, così come integrato dal Verbale del GdL regionale del 10.10.2014 (Allegato 1), si ricorda che è possibile codificare in prima diagnosi la condizione di Insufficienza Respiratoria Acuta (cod. 518.81), qualora siano presenti i parametri emogasanalitici arteriosi previsti dalla stessa normativa e siano stati attuati interventi terapeutici atti a correggere la condizione in questione, a prescindere dalla causa eziopatogenetica che l'ha determinata, la quale dovrà invece essere indicata in seconda posizione sulla SDO.

**g. Sedazione in DH/DS**

In merito all'utilizzo della sedazione in DH/DS per prestazioni altrimenti erogabili in regime ambulatoriale (es. dermatologia, odontoiatria ecc.), si precisa che l'impiego della citata sedazione non dovrà essere ritenuto di per sé elemento di appropriatezza del regime di ricovero diurno, in assenza della chiara esplicitazione in cartella delle motivazioni alla base della scelta del trattamento anestesiológico in questione.

A questo proposito si intende infatti attivare un approfondimento in materia anche con professionisti clinici del settore, al fine di definire anche le ricadute della attività di controllo di competenza di questa ATS.

**h. Interventi di radicalizzazione chirurgica**

In relazione alla codifica della SDO in caso di radicalizzazione in pregressa neoplasia, si rimanda a quanto recitato dalla DGR n. IX/2057/2011 "Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera" ove a pag 17 si specifica: "Quando un paziente con anamnesi di tumore viene ricoverato e sottoposto ad un intervento/procedura diagnostica per una sospetta progressione della malattia, deve essere selezionato (in caso di istologico negativo), come diagnosi principale il codice v10...".

In linea generale, ne consegue che in caso di istologico positivo per neoplasia maligna, benigna o incerta o per altra patologia andrà invece posto in diagnosi principale il corrispondente codice di neoplasia o di altra patologia.

A questo proposito occorre però fare un distinguo in riferimento agli interventi di TURV in pazienti con primo intervento di TURV nei 3-4 mesi precedenti all'intervento oggetto di verifica e con diagnosi di tumore di alto grado. In questo caso si condivide infatti la possibilità di utilizzo del codice V di anamnesi di tumore in DP nei casi in cui l'istologico sia negativo per recidiva neoplastica.

Nei casi invece di follow up successivo alle tempistiche descritte (esempio cistoscopia con biopsia) oppure nei casi di TURV successive a cistoscopia di follow up, andrà posto in DP quanto emerge dal referto istologico (esempio cistite cronica).



#### *i. Diagnosi secondarie e complicanze*

In relazione a quanto definito dalla DGR n. IX/2057/2011, si ricorda che "le diagnosi secondarie sono quelle condizioni che coesistono al momento del ricovero o che si sviluppano in seguito e che influenzano il trattamento ricevuto e/o la durata della degenza"; e ancora "condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico".

Pertanto si chiarisce che non saranno ritenute congruenti codifiche di condizioni che non incidano sul percorso assistenziale del paziente, quantunque riscontrate durante gli accertamenti eseguiti (es. riscontro di versamento pleurico o idronefrosi). Se ritenuto importante a fini statistici/epidemiologici, è possibile codificare queste condizioni nella SDO in sesta diagnosi.

#### *j. Riabilitazione*

In riferimento ai contenuti della Deliberazione ATS n. 610/2016, Allegato 4, in merito ai tempi di redazione di PRI e pri ("Il Fisiatra (o altro medico specialista dell'équipe riabilitativa) deve valutare la situazione clinica del paziente, le sue necessità riabilitative, la sua compliance, stendere il P.R.I. articolandone il progetto e l'obiettivo, e il p.r.i. Tale valutazione deve essere effettuata al massimo entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto di Riabilitazione ex-Specialistica."), si chiarisce che è necessario rintracciare in cartella la data di redazione dei suddetti documenti (PRI e pri), unitamente alla firma e all'identificazione del medico estensore.

L'impossibilità di riscontro dei suddetti elementi, utili a definire che il PRI/pri sia stato redatto dallo specialista di riferimento entro il giorno successivo all'ingresso, sarà trattata alla stregua di un'assenza del PRI/pri.

Si ricorda inoltre che nella compilazione del diario giornaliero riabilitativo (del TdR e/o di altra figura professionale dell'équipe riabilitativa), è richiesta la descrizione sintetica dei trattamenti effettuati, da privilegiare a diciture generiche quali "prosegue fkt" o "continua come da programma". È altresì necessario che, per ogni seduta, sia chiaramente specificato il luogo fisico dove la stessa è effettuata (es. letto del paziente, palestra ecc.).

#### *Varie in tema di criteri appropriatezza organizzativa ricoveri*

Si ribadisce inoltre, così come già indicato nei Piani dei Controlli per gli Esercizi precedenti, nel rispetto degli orientamenti del quadro normativo regionale di riferimento (teso ad indurre un processo di progressiva deospedalizzazione verso forme di assistenza a minore intensità nonché a ridurre in maniera consistente la durata delle degenze ospedaliere, con particolare riferimento alle condizioni non inquadrabili nella gestione diretta della fase acuta dell'episodio assistenziale), che si intendono integralmente richiamate le disposizioni di cui alla Deliberazione ATS n. 610/2016, in riferimento ai seguenti paragrafi (Allegato 2 "Criteri appropriatezza organizzativa ricoveri"):

- "Appropriatezza della giornata di ingresso nei ricoveri ordinari brevi (2/3 gg) con intervento chirurgico eseguito in seconda giornata";
- "Dermatologia";
- "Pre-ricovero".

Oltre a ciò, si riconfermano le indicazioni organizzative e di codifica di cui alla medesima Deliberazione ATS n. 610/2016 (Allegati 3, 4 e 5), come di seguito richiamato:

- "Interventi sulla spalla";
- "Interventi per obesità";
- "Trattamento dell'incontinenza fecale";
- "Linee guida appropriatezza organizzativa riabilitazione";
- "Trattamenti chirurgici contestuali o successivi a mastectomia".

Si richiamano inoltre i documenti conclusivi dei tavoli di lavoro condotti con i professionisti clinici di riferimento per le tematiche selezionate, di cui ai lavori ATS 2016, alla citata Deliberazione ATS n. 610/2016 e alle DGR n. X/3993/2015 e n. X/6006/2016:

- "Codifiche in ambito neonatale" (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/3993/2015);
- "Carretta compilazione della SDO e identificazione della diagnosi principale nel singolo episodio di ricovero di pazienti con patologia psichiatrica cronica e/o co-patologie associate" (Deliberazione ATS n. 721 del 16.06.2017, Allegato B);
- "Prestazioni odontoiatriche", per quanto ritenuto di utile riferimento anche in area di ricovero (DGR n. X/6006/2016);
- "Codifica riabilitazione di alta complessità ed intensiva" (Tavolo ATS 2016 e DGR n. X/6006/2016);
- "Codifica infarto miocardico acuto N-STEMI" (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/6006/2016);
- "Appropriatezza generica dei ricoveri in regime di day hospital per chemioterapia" (Deliberazione ATS n. 610/2016 e DGR n. X/6006/2016).

In conclusione, in merito agli approfondimenti in corso in tema di codifica e di appropriatezza organizzativa, si riferisce quanto segue.

#### 1. Trattamento degli stati settici

A seguito degli esiti parziali ottenuti dall'analisi intrapresa nel corso del 2017 sui dati raccolti durante i controlli 2016, allo scopo di confrontare l'attuale assetto di codifica con il consumo di risorse complessivamente emergente dall'esame delle cartelle cliniche, si è valutato di proseguire anche per quest'anno nell'approfondimento in questione, tramite l'esame della relativa casistica, in riferimento alle indicazioni vigenti (Verbale del GdL regionale del 23.03.2017, Punto 10).

#### 2. Tagli cesarei (TC)

La DGR n. X/5954/2016, al punto 4.5.14.11 "Miglioramento dell'appropriatezza dei Tagli Cesarei", definisce, alla luce dell'esperienza maturata nel 2016, una riduzione della tariffa pari al 20% rispetto a quella ordinaria per i parti con TC per le classi 1 e 3 di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazionale a termine, Travaglio spontaneo) e 2A e 4 di Robson (Donna Nullipara/Donna Pluripara con Gravidanza singola, Presentazione cefalica, Età gestazione a termine, Travaglio indotto) se è superata la soglia del 75° percentile. Verrà parimenti riconosciuto un incremento pari al 35% del valore ordinario per le medesime classi dei parti con TC per i Punti Nascita con valore inferiore al 25° percentile nel corso del 2017.

La classificazione di Robson ha la finalità di descrivere la presenza e la dimensione della variabilità nel ricorso al TC e di confrontare aree geografiche e Punti Nascita diversi o in periodi di tempo diversi. Essa divide le pazienti sottoposte a TC in 10 classi mutuamente esclusive definite in base alla parità, numero di feti, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio.

L'analisi prevista per il 2018 riguarda la produzione di TC sul territorio ATS, con estrazione casuale, indipendente dal DRG (371 "Parto cesareo senza complicanze" - 370 "Parto cesareo con complicanze"). Per ciascuna cartella clinica verrà indicata la classe di Robson estratta incrociando i campi del CedAP relativi. Lo studio prevede la validazione di tale classe attraverso il riscontro di tali informazioni in cartella clinica.



**Item 6 - Scheda di Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile (100%)**

Secondo quanto stabilito dalla normativa vigente la SDO è una componente obbligatoria della cartella clinica e la sua assenza o l'errata compilazione determinano la non rimborsabilità totale del ricovero.

Nel ricordare che la normativa nazionale (DM n. 380/2000, Disciplinare tecnico) e quella regionale (DGR n. IX/621 del 13.10.2010) danno precise indicazioni sulla compilazione della SDO e sulla codifica delle informazioni da riportare all'interno di essa, si desidera precisare quanto segue.

- Il DM n. 380/2000 (Art. 2, punti 3 e 4) specifica, che: *"3. La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal responsabile dell'unità operativa dalla quale il paziente è dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione di cui al presente comma ovvero da altro personale sanitario, individuato dal direttore sanitario dell'istituto di cura. In entrambi i casi, il personale che effettua la codifica deve essere opportunamente formato ed addestrato". 4. Il direttore sanitario dell'istituto di cura è responsabile delle verifiche in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonché dei controlli sulla completezza e la congruità delle informazioni in esse riportate."*

Il DM n. 380/2000 individua, dunque, due diversi elementi essenziali della SDO:

- la firma del medico responsabile della dimissione;
- la codifica della prestazione.
- La DGR n. IX/621/2010, disciplina la casistica delle condizioni di non rimborsabilità delle prestazioni sanitarie in relazione all'assenza nella cartella clinica di uno degli elementi ivi riportati.  
Tale DGR prevede alcuni casi di "non rimborsabilità" e la relativa percentuale di abbattimento, essa stabilisce che deve essere abbattuta al 100% "la SDO" che "non è firmata dal medico della U.O. (anche sigla)". L'abbattimento in assenza della firma del medico della UO (ossia del medico che firma le dimissioni del paziente) è, dunque, totale.
- Sulla necessità nella SDO della firma del medico curante si può fare riferimento, inoltre, anche al precedente DM 28.12.1991, art. 12, che stabiliva che la SDO dovesse riportare "la firma del medico curante, nonché quella del responsabile di divisione".

A tale proposito si desidera dare indicazioni sulle modalità con cui la firma (anche sigla) del medico responsabile della dimissione deve essere presente sulla SDO:

- la firma deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore;
- la sigla deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore, ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta.

Si ricorda infine che la compilazione della SDO deve avvenire nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita ("Manuale della Cartella Clinica - 2ª Edizione 2007") e nel caso in cui si verifici da parte dell'Erogatore una inesatta o incongrua rappresentazione della codifica della SDO o la SDO stessa contenga errori materiali (ad es. anagrafici), tali errori (nei casi consentiti, ovvero per pratiche non oggetto di controllo da parte della ATS) potranno essere corretti (nei tempi previsti dalla normativa vigente) generando una seconda SDO; ambedue le SDO dovranno in questo caso essere presenti all'interno della cartella clinica.



**Item 7 - Esame Obiettivo all'ingresso (40%), anche specialistico, con firma - anche sigla - (20%) e data di stesura (10%)**

Si richiama all'ottemperanza delle indicazioni regionali secondo cui l'anamnesi e l'esame obiettivo devono necessariamente essere compilati all'ingresso e riportare la data e la firma del medico esecutore. Ciò naturalmente è valido anche in caso di questionari anamnestici auto-compilati dal paziente, i quali devono essere sempre controfirmati dal medico che ne prende visione.

Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione di PS, qualora lo stesso sia ripetuto in regime di ricovero in tempi ragionevolmente brevi.

Non saranno considerati rispondenti ai requisiti vigenti in tema di qualità documentale, esami obiettivi precedenti la data del ricovero.

**Item 12 - Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a trasfusioni con firma del medico e del paziente (90%) e data di compilazione (10%)**

Dopo la pubblicazione della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", si desidera porre l'accento sul **consenso informato**, che deve essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, ma documentato in forma scritta nella cartella clinica: art. 1, "La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona dichiarando che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge".

Alla base del significato del consenso informato vi è il diritto di ogni persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Da qui scaturisce il diritto di poter scegliere se aderire o meno alle procedure proposte dal medico.

Il consenso scritto è obbligatorio in alcune situazioni definite da leggi dello Stato, nonché nei casi definiti dalla normativa regionale di riferimento. In particolare:

- quando si dona o si riceve sangue (DM 15.01.91);
- quando si partecipa alla sperimentazione di un farmaco (DM 27.04.92);
- negli accertamenti di un'infezione HIV (L. n. 135 del 05.06.90);
- nel caso di trapianto del rene tra viventi (DPR n. 409 del 16.06.77);
- nell'interruzione volontaria della gravidanza;
- nella rettificazione in materia di attribuzione di sesso;
- nella procreazione medicalmente assistita (L. n. 40 del 19.02.04);
- nei trattamenti anestesiológicos (DGR n. X/6502/2017);
- per gli interventi chirurgici (il consenso deve contenere l'esatta denominazione del tipo di intervento);



- in caso di utilizzo di sangue o emocomponenti (il consenso alla trasfusione, secondo quanto espresso nel verbale della Seconda riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatezza e Controlli del 18.07.2014, deve essere presente, completo e firmato sia dal paziente sia dal medico, anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata; ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo).
- Il consenso alla trasfusione sarà ricercato in tutti gli interventi di chirurgia maggiore o complessa (NICE guideline, aprile 2016), in riferimento alla quale si citano, a titolo di esempio non esaustivo dell'argomento, i seguenti interventi:
- chirurgia laparotomica, isterectomia, resezione del colon;
  - resezione endoscopica della prostata;
  - discectomia lombare;
  - tiroidectomia;
  - interventi ai polmoni;
  - sostituzioni delle articolazioni;
  - ecc.
- per trattamenti e procedure ad alto rischio;
  - per accertamenti diagnostici invasivi (es. esami strumentali con mezzo di contrasto, procedure endoscopiche, elettromiografia, ecc.).

In qualunque forma sia espresso, il consenso informato deve comunque essere inserito nella cartella clinica in forma scritta, completo di data e di firma del medico e del paziente.

Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato, vanno esplicitate chiaramente all'interno della cartella clinica e sono:

- le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni devono essere registrate nella cartella clinica (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma III);
  - i casi in cui si può parlare di consenso implicito, per esempio per cure di routine o per farmaci prescritti per una malattia nota. Si suppone, infatti, che in questo caso sia consolidata l'informazione ed il consenso relativo;
  - in situazioni caratterizzate da emergenza e urgenza, in cui il paziente non sia in condizioni di prestare il proprio consenso (L. n. 219 del 22.12.17, art. 1, comma VII);
  - i Trattamenti Sanitari Obbligatori, TSO (L. n. 180/78, c.d. Legge Basaglia);
  - in situazioni caratterizzate da uno "stato di necessità" dove viene a mancare un dissenso valido e cosciente da parte del paziente. La causa di giustificazione dello stato di necessità è disciplinata dall'articolo 54 del Codice Penale che stabilisce la non punibilità di chi abbia: "commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo".
- Lo stato di necessità consente quindi di giustificare l'operato del sanitario, pur in mancanza di un consenso del paziente: "la necessità del consenso del paziente alle cure sanitarie viene meno sia in presenza di uno stato di necessità effettivo, sia in presenza di uno stato di necessità presunto o putativo, il quale ricorre allorché il medico, senza colpa, abbia ritenuto in base a circostanze scusabili l'esistenza di un pericolo di danno grave alla salute del paziente" (Cass. civ., sez III, 15.11.99, n. 12621, GCM, 1999, 2248).

#### Item 15 - Lettera di dimissione (100%)<sup>9</sup>

Come da indicazioni contenute nel "Manuale della Cartella Clinica - 2<sup>a</sup> Edizione 2007" e nella DGR n. IX/621 del 13.10.2010, la lettera di dimissione deve essere redatta dal medico che ha seguito il ricovero ed essa deve contenere i seguenti elementi:

- data di stesura,
- identificazione del medico redattore,
- motivo del ricovero,
- sintesi descrittiva del decorso clinico (compresi accertamenti significativi, eventuali trasfusioni, partecipazione a studi clinici ecc. ed infine le condizioni del paziente alla dimissione),
- terapie farmacologiche attuate,
- indicazione di terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (oppure se non prevista alcuna terapia, precisazione di "nessuna prescrizione"),
- firma del medico dimettente.

Già nel citato Allegato 9 della Deliberazione n. 610/2016 viene sottolineato che "(...) la lettera di dimissione deve contenere chiara indicazione della data di redazione della stessa: la suddetta data non può quindi essere deducibile da dizioni quali "si dimette in data odierna" o simili. È ammessa la firma elettronica e la presenza di una lettera di dimissione complessiva per i cicli di Day Hospital."

A quest'ultimo proposito, oltre a ribadire le modalità sopradescritte per la firma del medico che redige la lettera di dimissione, si precisa che: è ammessa sia la firma elettronica, sia la firma elettronica avanzata, che quella digitale (DPCM 22 febbraio 2013 "Codice dell'Amministrazione Digitale"), comunque sistemi che garantiscano la univoca connessione al firmatario<sup>10</sup>. Le suddette tipologie di firme non devono essere confuse con altri oggetti omofoni definiti genericamente "elettronici", come ad esempio la firma autografa scannerizzata e conservata come immagine o il semplice riferimento nominativo del medico senza altre specifiche identificative della natura della firma. Il documento in questione deve infatti contenere esplicitamente la dicitura che identifica il tipo di firma non autografa apposta ai sensi della normativa di riferimento.

<sup>9</sup> non necessaria in caso di paziente deceduto, autodimesso e neonato sano

<sup>10</sup> <http://www.crs.lombardia.it/ds/Satellite?c=Page&childpagename=CRS%2FCRSLayout&cid=1213356894312&u=1213356894312&pagename=CRSWrapper>