



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 65 del - 1 FEB. 2018

OGGETTO: 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 - 1 FEB. 2018 l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato, la cui spesa rientra nel budget assegnato.

Il Responsabile del Procedimento
Direttore Sanitario

Francesco Laurelli

IL DIRETTORE SC GESTIONE DELLE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

ha registrato contabilmente

- ☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nel Conto Economico del/dei Bilancio/i Preventivo/i Economico/i anno/annial /ai conto/i economico/i n..... "....."
- ☐ la spesa di €....., prevista nella presente proposta, rientra nello Stato Patrimoniale del/dei Bilancio/i d'esercizio/ial /ai conto/i n..... "....."
- ☐ gli introiti di €....., previsti nella presente proposta, rientrano nel Conto Economico del/dei Bilancio/i d'esercizio/ial/ai conto/i economico/i n..... "....."
- ☐ Il presente provvedimento non comporta spesa

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

[Handwritten mark]



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 65 del - 1 FEB. 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;

richiamata la normativa regionale vigente in materia di controlli sanitari (Regole di Sistema 2018), la quale prevede che gli erogatori siano tenuti alla trasmissione di un Piano dei Controlli Interni Annuale 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 di un Piano dei Controlli Interni Annuale è implementare uno strumento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire;
- il Piano dei Controlli Interni Annuale descrive le 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 inappropriatezze.

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

DELIBERA

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

- 1- di approvare il Piano dei Controlli Interni Annuale, allegato al presente provvedimento quale parte integrante dello stesso, dove sono esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzate per la verifica delle prestazioni erogate di ricovero e ambulatoriali;



Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Gaetano Pini

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 65 del - 1 FEB. 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 della presente deliberazione, dando atto che l'esecutività della stessa è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale, anche in forma di silenzio-assenso, secondo le procedure di cui all'art. 4, comma 8, della L. 412/91.

DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Laurelli)

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

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

**DIRETTORE
SOCIO SANITARIO**
(Dott.ssa Paola Maria Saffio Pini)

DIREZIONE SANITARIA

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento

Responsabile del Procedimento: dott.ssa Paola Navone

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



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 65 del - 1 FEB. 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 - 2 FEB. 2018 e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi.

La deliberazione si compone di n. 4 pagine e n. 1 allegati.

UOC Affari Generali e Legali
Il Funzionario addetto

Mario Giachello

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

UOC Affari Generali e Legali
il Funzionario addetto

f



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 1

☒ 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) Dott.ssa M. Nobile Dott.ssa M. Linati		Verificato (data e firma) Dott.ssa P. Navone	Approvato (data e firma) Dott. F. Laurelli Dott.ssa P. Navone Dott. V. Colao Dott.ssa PM 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 un documento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire.

Il Piano dei Controlli Interni annuale descrive modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza e ha l'obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inappropriatezze 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 4%, selezionata con modalità di campionamento casuale, riferita ad attività di **autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa)** sulle prestazioni di ricovero, effettuata a cura dei soggetti erogatori;
- quota di almeno il 7%, selezionata con modalità di campionamento mirato, riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero effettuata da parte di ATS come previsto da normativa vigente.

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 chec 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 svolgano 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, 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.

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*.



PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

- **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).

www.Albopretorio.it



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.

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:

Esami infettivologi: 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
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.

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

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

Congruenza

- a) Estrazione degli errori da 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 attestando 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 verifica la completezza dei documenti costituenti la cartella, sigla la check list prima dell'archiviazione definitiva.

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

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

STRUTTURA DI RICOVERO _____ **N° Cartella Clinica** _____

Check list di controllo della cartella clinica	
1	Numero progressivo della cartella clinica sul frontespizio 100%
2	Generalità del paziente sul frontespizio 100%
	- Nome
	- Cognome
	- Data di nascita
	- Luogo di nascita
	- Residenza (Comune o Stato estero)
3	Struttura di ricovero 100%
4/5	Data e orario di ingresso e uscita* in reparto (sul diario medico e/o infermieristico) 100%
	* Nei DH gli accessi vengono valutati singolarmente. Per ogni accesso devono essere presenti: data, orario di ingresso e uscita e camera/posto letto dove viene ricoverato il paziente 100%
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma e timbro del medico responsabile 100%
	Gruppo di requisiti 7, 8 e 9 100%
7	Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso 20%
8	Anamnesi Patologica Prossima 10%
9	Esame Obiettivo all'ingresso 40% con firma e timbro firmato 20% (e datato 10% tot 70%)
12	Progetto e programma Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico facente parte dell'equipe riabilitativa 100%
14	Consenso Informato, firmato con timbro dal medico e dal paziente, all'intervento chirurgico e alle trasfusioni 90% e datato 10%
	Gruppo di requisiti 16 e 17 100%
16	Documentazione/cartella anestesiológica con monitoraggio intraoperatorio 40%
17	Verbale operatorio con descrizione dell'intervento, identificazione degli operatori, data e durata dell'intervento 60% con firma e timbro
18	Lettera di dimissione con almeno: 100% con firma digitale se assente con firma e timbro
	- Data di stesura
	- Identificazione del medico redattore
	- Sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)
	- Indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")
	* Può essere assente in caso di paziente deceduto, autodimesso e neonato sano

A

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

<input type="checkbox"/>	Consenso informato trattamento dati personali e sensibili datato e firmato.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	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"/>	Check-list percorso chirurgico sicuro presente e completa.	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

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.





Centro Specialistico Ortopedia Traumatologia
Gaetano Pini-CTO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Gaetano Pini

PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE

Codice: MOD03/PCI
Rev. 1

Data:

Pagina 1 di 1

Check list DOCUMENTAZIONE MAC

1	Numero progressivo della episodio ambulatoriale
2	Generalità del paziente
	- Nome
	- Cognome
	- Data di nascita
	- Luogo di nascita
	- Residenza (Comune o Stato estero)
3	Impegnativa
4	Foglio prenotazione
5	Pratica amministrativa
6	Anamnesi
7	Esame Obiettivo
8	Diario clinico per ogni accesso con indicazioni di ingresso e uscita
9	Consenso
10	Identificazione del medico redattore
11	Piano Riabilitativo
12	Diario Riabilitativo
13	Fut
14	Prestazioni
15	Indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione
16	Orari corretti
17	Patologia trattata come da protocollo?
	NOTE



MODULO di PRESIDIO

7295

Rev. 0 Pag 1/1

Pag 1/1

**Scheda rilevazione e gestione errori e Non Conformità della documentazione sanitaria**

ASST Gaetano Pini

CODE: MOD02/PCI
Data:

Etichetta barcode

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

[illegible]