

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) Piano Integrato dei Controlli ATS 2018 (Delib. ATS n. 391/2018)
N.	Item	Requisito	
1	Numero progressivo della cartella clinica	100%	
2	Generalità del paziente sul frontespizio con:	100%	
	- nome		
	- cognome		
	- data di nascita		
	- luogo di nascita		
	- residenza (Comune o Stato estero)		
3	Struttura di ricovero	100%	
4 - Ricovero Ordinario	Data di ingresso	100%	
	Data di uscita		
5 – DH	Data di ingresso	100%	DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Nei DH gli accessi sono valutati singolarmente: per ogni accesso devono essere soddisfatti tutti gli elementi richiesti.
	Ora di ingresso		
	Data di uscita		
	Ora di uscita		
	Camera/posto letto		
6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile	100%	<p>DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): <u>La firma o la sigla del medico che effettua la dimissione devono essere sempre presenti sulla SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e devono essere accompagnate dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore.</u> La firma e la sigla devono essere depositate in apposito registro presso la Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta. È ammessa la <u>firma digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente.</u></p> <p>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 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". 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 verifichi 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 e, per</p>

			pratiche oggetto di controllo da parte della ATS, solo su autorizzazione della stessa ATS) potranno essere corretti (nei tempi previsti dalla normativa vigente) generando una seconda SDO; <u>ambidue le SDO dovranno in questo caso essere presenti all'interno della cartella clinica</u> . A questo proposito, ossia nel caso della presenza di più SDO all'interno della cartella clinica, poiché la SDO che dà origine al rimborso economico per le prestazioni erogate dalla Struttura è solo quella cui corrisponde il <u>flusso rendicontato</u> in Regione, se tale SDO fosse <u>priva della firma del medico responsabile delle dimissioni</u> , la stessa non potrebbe dare luogo ad alcun rimborso della prestazione effettuata. Sarebbe ravvisata infatti, nel caso specifico, una anomalia che invaliderebbe l'intera SDO: "la SDO non è firmata dal medico della U.O. (anche sigla)". Ciò comporterebbe, ai sensi della DGR n. IX/621 del 13.10.2010, la "non rimborsabilità totale" della SDO: abbattimento pari al 100% del valore.
7	Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso	20%	<p>DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Si richiama all'ottemperanza delle indicazioni regionali secondo cui l'<u>anamnesi e l'esame obiettivo</u> devono riportare <u>la data e la firma del medico esecutore</u>: 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.</p> <p>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 Non saranno considerati rispondenti ai requisiti vigenti in tema di qualità documentale esami obiettivi antecedenti la data del ricovero.</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>DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 4): "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 <u>deve essere redatta (n.d.r. e firmata) dal Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa</u>".</p> <p>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 J. Riabilitazione - "Tale valutazione deve essere effettuata al massimo <u>entro e non oltre il giorno successivo all'ingresso in reparto di Riabilitazione ex-Specialistica</u>". (...) 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.</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)	*	
12	Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a trasfusioni con:		<p>DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): <u>Il consenso informato deve essere completo e quindi contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</u></p>
	- firma del medico e del paziente	90%	

	- data di compilazione	10%	<p><u>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</u>, a tutela del principio che il citato consenso sia prestato dal paziente prima del 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, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata.</p> <p>Si precisa altresì che il requisito relativo al consenso informato all'<u>intervento chirurgico</u> e alle <u>trasfusioni</u>, 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 <u>procedure diagnostiche</u> come previsto dalla normativa vigente") nonché delle disposizioni nazionali di riferimento.</p> <p>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2018 (n.d.r. Ai sensi) della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", (n.d.r. il consenso informato) deve essere acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, <u>ma documentato in forma scritta nella cartella clinica</u> (cfr. art. 1).</p> <p>Il consenso scritto è obbligatorio in alcune situazioni definite da leggi dello Stato, nonché nei casi definiti dalla normativa regionale di riferimento. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 anestesiolgici (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. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chirurgia laparotomica, isterectomia, resezione del colon; - resezione endoscopica della prostata; - discectomia lombare; - tiroidectomia; - interventi ai polmoni; - sostituzioni delle articolazioni; - ecc. <p>Sarà ricercato anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per trattamenti e procedure ad alto rischio; • per accertamenti diagnostici invasivi (es. esami strumentali con mezzo di contrasto, procedure endoscopiche, elettromiografia, ecc.). <p><u>In qualunque forma sia espresso, il consenso informato deve comunque essere inserito nella cartella clinica in forma scritta, completo di dati e di firma del medico e del paziente.</u></p> <p>Le uniche eccezioni all'obbligo del consenso informato, vanno esplicitate chiaramente all'interno della cartella clinica e sono:</p>
--	-------------------------------	-----	--

			<ul style="list-style-type: none"> - le situazioni nelle quali la persona malata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni deve essere registrato 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". <p>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).</p> <p><i>n.d.r.</i> DGR N. X/6502 DEL 21.04.2017 - ACSS</p> <p><u>Nel caso di un minore o di persona non in grado di firmare</u> (nei casi previsti dalla legge), in cartella devono essere inclusi moduli esplicativi che identifichino le persone che danno il consenso (<i>n.d.r.</i> per i casi particolari o le situazioni in cui il minore può esprimere il consenso autonomamente vedi la DGR n. X/6502 del 21.04.2017, ACSS - Consenso per i minori Allegato 2 - Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).</p>
13	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	*	
14	Documentazione/cartella anestesologica con monitoraggio intraoperatorio	40%	<p><i>n.d.r.</i> MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA, REGIONE LOMBARDIA, SECONDA EDIZIONE, 2007.</p> <p>La documentazione anestesologica, cartellino o scheda, racchiude le informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>valutazione preoperatoria</u> con assegnazione del paziente ad una classe di rischio (ASA) e individuazione della tecnica anestesologica più appropriata; • <u>preanestesia</u> • <u>conduzione anestesologica</u> comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero: <ul style="list-style-type: none"> o dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica; o tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni rese necessarie; o tipo di supporto respiratorio; o procedure invasive poste in essere; o parametri vitali monitorati; o indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati; o segnalazione di eventuali complicanze. • <u>valutazione postoperatoria</u> 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 operativa di degenza.
	Verbale operatorio con:	60%	<p><i>n.d.r.</i> PROCEDURE MONOPERATORE</p> <p>Elenco relativo a procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico chirurgo anche in regime di ricovero ordinario:</p> <p>DGR n. IX/4605 del 28.12.2012 e DGR n. X/2983 del 23.12.2014.</p> <p>¹ con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo</p>
	- descrizione dell'intervento		
	- data dell'intervento		
	- durata dell'intervento		
	- identificazione degli operatori (almeno		

	3 nei ricoveri di 0-1 giorno e 5 nei restanti ricoveri ordinari ¹)		
15	<p>Lettera di dimissione² con almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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") 	100%	<p>DELIBERAZIONE ATS N. 610 DEL 23.05.2016 (Allegato 9): Nella lettera di dimissione il richiamo alla <u>terapia</u> 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.</p> <p>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" (<i>n.d.r.</i> ovvero non può essere sostituita da altra documentazione). La lettera di dimissione deve contenere chiara indicazione della <u>data di redazione</u> 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 digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente</u> e la presenza di una lettera di dimissione complessiva per i cicli di Day Hospital.</p> <p>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017 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"> • 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. <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"> • <u>la firma</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore; • <u>la 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; • è ammessa la <u>firma digitale certificata, apposta secondo la normativa vigente</u>. Il documento in questione deve contenere esplicitamente la dicitura che identifica il tipo di firma non autografa apposta ai sensi della normativa di riferimento.
	² può essere assente in caso di paziente deceduto, auto-dimesso e neonato sano		

Normativa di riferimento:

- DM n. 380 del 27.10. 2000, Disciplina Tecnica.
- 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 9 - Scheda items dirimenti qualità documentale).
- DGR n. X/6502 del 21.04.2017, 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).
- Piano Integrato dei Controlli in ambito sanitario e socio-sanitario 2018 (Deliberazione ATS n. 391 del 18.04.2018).