

PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI ANNO 2018 (PAC)

PREMESSA

A 5 anni dall'uscita della DGR 354/2012, la Regione Emilia-Romagna intende aggiornare gli atti che hanno istituito la rete regionale dei controlli e gli strumenti operativi utilizzati, ritenendo comunque ancora valido l'impianto generale della DGR; questa esigenza nasce, oltre che dall'analisi di esito dei controlli effettuati, anche dal mutato quadro generale: la riorganizzazione regionale e l'esigenza ministeriale di porre un'attenzione particolare alla qualità delle cure, realizzata attraverso specifici indicatori.

Per effetto della riorganizzazione regionale la funzione di controllo è stata ricondotta al Servizio Assistenza Ospedaliera, mentre sul versante ministeriale si è provveduto ad una modifica radicale della scheda di dimissione ospedaliera, che oggi si compone di un numero maggiore di variabili, alcune delle quali di natura clinico-laboratoristica, nonché sulla valutazione di alcune condizioni, quali la lateralità e la presenza o meno delle singole condizioni al momento dell'ammissione del paziente.

Rimane immutata l'attenzione sugli ambiti dell'appropriatezza, anche in relazione all'esigenza di allineare i percorsi assistenziali alla logica inpatient/outpatient, alla luce di livelli di cura di diversa intensità, della continuità assistenziale ospedale-territorio e della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale.

L'analisi dell'attività di controllo sanitario effettuata sul territorio regionale nel triennio 2014-2016 evidenzia che numerose tipologie di controllo presenti nel PAC 2014 sono ancora significative nella loro capacità di discernere possibili inappropriatezze organizzative o di codifica e saranno pertanto mantenute; altre tipologie di casistica, risultate sempre meno significative, non saranno più proposte per le future attività di controllo, anche in virtù del fatto che sono già state oggetto di specifici interventi tariffari.

Dall'analisi dei dati relativi ai controlli esterni condotti nell'anno 2016, si evince che le Aziende controllano in misura crescente fenomeni non presenti tra quelli obbligatori richiesti dal PAC. Pertanto, in attesa di nuove disposizioni tariffarie e nell'intento di uniformare il più possibile l'attività di controllo sul livello regionale, si è tentato di fornire strumenti che facilitino la

condivisione e la definizione delle potenziali criticità rilevate durante l'attività di controllo, nonché la prevenzione di possibili contenziosi futuri.

OBIETTIVI DEL PIANO ANNUALE DEI CONTROLLI

Il sistema di controllo regionale, al fine di ottimizzare la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di controllo sanitario interno ed esterno dei ricoveri ospedalieri, intende perseguire i seguenti obiettivi, comprensivi delle azioni generali e specifiche da realizzare:

- assolvere gli obblighi istituzionali previsti dalla normativa vigente in materia di controlli sanitari sui ricoveri ospedalieri;
- verificare e garantire l'aderenza dell'offerta di prestazioni di ricovero alle indicazioni regionali, valutando il rispetto dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA – DPCM 12 gennaio 2017), degli standard forniti dal Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n° 70 e dalla DGR 2040/2015, dei disallineamenti evidenziati attraverso gli indicatori presenti nel Programma Nazionale Esiti (PNE) per prestazioni risultate critiche;
- garantire la trasparenza e l'omogeneità del sistema di controllo sanitario regionale attraverso la realizzazione di un processo istituzionale strutturato, garantito dall'impegno di operatori sanitari formati e competenti del settore pubblico e privato accreditato;
- fornire autorevole contrasto allo sviluppo di tutto ciò che possa portare ad un utilizzo antieconomico od opportunistico delle risorse assegnate alle strutture accreditate pubbliche e private regionali;
- concentrare l'attenzione sulla qualità della documentazione clinica e stimolare i professionisti alla compilazione corretta ed esaustiva della stessa, finalizzandoli al miglioramento continuo della corretta descrizione e classificazione dei processi assistenziali e clinici e alla fruizione da parte regionale di strumenti pianificatori e programmatori sempre più orientati ai reali bisogni dei pazienti e dei cittadini;
- offrire spunti e suggerimenti in tema di miglioramento e di affinamento dei sistemi informativi regionali;
- introduzione di nuove modalità organizzative ed operative per la definizione, esecuzione e valutazione dell'attività di controllo;
- avvio di un confronto coordinato tra i servizi di committenza delle Aziende territoriali e le strutture accreditate pubbliche e private che insistono sul relativo territorio.

CONTROLLI SANITARI E NUCLEI AZIENDALI DI CONTROLLO (NAC)

Il controllo sanitario consiste in una verifica "ex post" di specifiche tipologie di fenomeni, così come emerge dalla banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Tale verifica si riferisce al singolo episodio di cura e deve essere effettuata da personale formato di ruolo sanitario, eventualmente coadiuvato da personale di ruolo amministrativo.

Il suddetto personale dovrà essere identificato ed assegnato formalmente al Nucleo Aziendale di Controllo (NAC) previa determina o delibera nel caso di Aziende pubbliche oppure attraverso formale assunzione di incarico da parte della Direzione Sanitaria nel caso di strutture private accreditate.

L'esperienza maturata nell'ambito del controllo, da parte dei diversi team regionali, pone in evidenza l'importanza che l'attività di analisi della documentazione e le valutazioni di appropriatezza organizzativa e di codifica si basino su criteri condivisi; tale obiettivo può essere raggiunto solo attraverso un confronto incrociato tra professionisti di unità operative o strutture diverse, sia pubbliche che private, permettendo di limitare l'autoreferenzialità dell'analisi e contribuendo a ridurre al minimo la possibilità di insorgenza di contenziosi tra controllore e controllato.

In tale percorso, così come suggerito dalla normativa vigente, i controlli interni ed esterni assumono pari dignità e l'azienda committente potrà pertanto assumerli come propri, grazie alla condivisione dei criteri utilizzati e all'avvenuta valutazione incrociata.

È evidente che la titolarità della funzione di controllo esterno rimane istituzionalmente di pertinenza esclusiva dell'Azienda Sanitaria territoriale competente e che tale attività viene svolta attraverso la direzione del NAC e mediante i propri operatori.

Il NAC svolge così un ruolo di governance dell'intero sistema di controllo aziendale dei ricoveri mirato a garantire:

- la corrispondenza dei controlli sanitari con quanto esplicitato dal Piano Annuale dei Controlli e con quanto previsto negli accordi di fornitura locali;
- il rispetto delle procedure operative previste dalla 354/2012 e successive modifiche ed integrazioni;
- la rilevazione di fenomeni ritenuti critici o comunque suscettibili di interventi di monitoraggio e valutazione;
- la valutazione della coerenza degli esiti rispetto alle attese;

- La condivisione degli esiti e dei fenomeni con in Nucleo Regionale di Controllo (NRC) e con altri NAC regionali;
- l'attività di formazione.

Il modello proposto, caratterizzato dalla forte integrazione tra le funzioni di committenza e di controllo interno ed esterno, risulta indispensabile per garantire una migliore pianificazione e programmazione delle attività di controllo e per offrire univoche valutazioni delle prestazioni erogate concordate; conseguentemente, è opportuno che gli accordi di fornitura comprendano un apposito capitolo dedicato alle attività di controllo sanitario che espliciti, auspicabilmente, la tipologia e la quantità dei fenomeni da controllare, le modalità di conduzione dei controlli, i criteri di valutazione e gli esiti pattuiti, nonché i parametri concordati tra le parti per la definizione dell'appropriatezza.

Il Nucleo Regionale di Controllo (NRC) verificherà, attraverso incontri periodici pianificati con i rappresentanti dei NAC e dei produttori privati, l'esistenza di criteri di verifica omogenei sul territorio regionale e gli eventuali disallineamenti rispetto agli obiettivi posti.

MODALITA' DI REALIZZAZIONE DEI CONTROLLI SANITARI

L'oggetto del controllo del ricovero ospedaliero è la cartella clinica. Per ciascuna cartella controllata, anche nel caso di casistiche omogenee, deve essere redatto un singolo verbale a seconda della tipologia qualitativa del controllo stesso riguardante la qualità documentale oppure l'appropriatezza organizzativa e di codifica.

Il verbale deve essere compilato anche in caso di controllo interno e deve contenere almeno i seguenti elementi (requisiti formali):

- data del controllo
- sede di svolgimento
- tipologia di controllo definita dal PAC;
- anno e trimestre di riferimento (data di dimissione del paziente);
- identificativo univoco della SDO;
- esito del controllo, comprese eventuali osservazioni riguardanti la qualità di compilazione della cartella clinica in caso di carenze determinanti che non permettano un'adeguata valutazione;

- note esplicative delle condizioni oggetto di contestazione ed eventuali proposte per la ricodifica della SDO;
- firma di un componente del NAC e del rappresentante designato dalla struttura accreditata oggetto di controllo; nel caso dei controlli interni è sufficiente la sottoscrizione del solo rappresentante del NAC.

Nel caso dei controlli esterni, copia del verbale deve essere lasciata alla struttura controllata, mentre il verbale in originale deve essere trattenuto e conservato a cura dell'equipe che ha condotto la verifica, eventualmente anche mediante archivi informatizzati.

A titolo esemplificativo si allegano alcuni modelli di verbale utilizzabili per le differenti tipologie di valutazione, qualità della documentazione sanitaria (Allegati A e B) e appropriatezza organizzativa (Allegati C e D).

Per quanto riguarda le tempistiche dei controlli esterni e la realizzazione del processo di contestazione/controdeduzione si rimanda alle disposizioni contenute nella vigente normativa, dimostratesi adeguate per il completamento efficace dell'intero percorso.

Il controllo sanitario si riferisce ai criteri di appropriatezza generica; eventuali rilievi in merito all'appropriatezza clinica, in relazione alla rilevanza a loro attribuita, potranno divenire oggetto di segnalazione per le rispettive direzioni sanitarie aziendali e stimolare l'organizzazione di specifiche attività di audit clinico strutturato da attuarsi attraverso le aree aziendali deputate al governo clinico. In ogni caso, considerando l'eterogeneità della casistica passibile di controllo, non sarà possibile riferirsi in modo aprioristico alla appropriatezza suggerita da indicazioni o linee guida di particolari società scientifiche o di altre associazioni professionali non prioritariamente definite e condivise tra committente e produttore.

Risulta anche evidente l'opportunità che eventuali modifiche significative della casistica prodotta, quali ad esempio l'introduzione di procedure innovative o la variazione programmata dei volumi produttivi, siano il frutto di un processo di condivisione e di affinamento dell'offerta tra committenza e produttore e siano finalizzate alla realizzazione di risposte sempre più efficaci in ambito di Livelli Essenziali di Assistenza.

A fronte dell'eventuale giudizio di inappropriata espressione nei confronti di ricoveri finalizzati al trattamento di condizioni trattabili in regime ambulatoriale, verificata la mancata sussistenza di criteri che possano giustificare la scelta di setting di ricovero, le prestazioni erogate vanno comunque riconosciute attraverso la corresponsione della sommatoria delle corrispondenti tariffe ambulatoriali, se di importo inferiore al corrispettivo DRG, oppure, nel

caso di ricoveri medici di durata 0/1 giorno, della vigente tariffa prevista per l'Osservazione Breve Intensiva.

Le analisi di appropriatezza organizzativa hanno dato evidenza, negli anni, di una serie di elementi che con elevata frequenza possono condizionare il giudizio del valutatore. Tali elementi sono stati raccolti nell'Allegato D) che, oltre a contenere gli elementi minimi richiesti dal verbale di controllo, è costituito da item di valutazione la maggior parte dei quali descrive condizioni che, se non sostenute da altre motivazioni, orientano più frequentemente verso un giudizio di inappropriatezza organizzativa.

La scheda proposta, anche se non adottata come strumento di lavoro routinario, può comunque rappresentare una base di partenza per l'elaborazione di strumenti condivisi di valutazione.

Nel successivo Box 1 sono identificate alcune tipologie di inappropriatezza organizzativa che nel passato recente sono risultate oggetto di contenzioso e che allo stato attuale presentano elementi di difficile sostenibilità da parte del produttore:

BOX 1 – ELEMENTI DI INAPPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DEI RICOVERI

Fenomeno	Oggetto di analisi	Rischio potenziale	Possibile effetto del controllo
Degenza preoperatoria diversa da zero, in caso di ricovero programmato per intervento in elezione	Giornate di degenza preoperatorie - senza evidenza di procedure di rilievo - e/o non motivate da specifiche condizioni del paziente. Non rilevano le indagini preoperatorie.	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate preoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa.
Degenza postoperatoria	Giornate di degenza successive ad intervento chirurgico <i>semplice</i> (classificabile, in linea di massima, come AHRQ 3) senza evidenza in cartella clinica di: - esecuzione di procedure di rilievo, e/o - condizioni cliniche che abbisognino di monitoraggio clinico, medico o infermieristico	Variazione tariffaria correlata all'incremento della durata della degenza	Conteggio della durata della degenza, al netto delle giornate postoperatorie non appropriate / giustificate ed eventuale ridefinizione della tariffa
Durata della degenza in LPA (Lungodegenza Post-Acuzie)	Durata complessiva dell'episodio di cura che può caratterizzarsi per: - ricovero di breve durata in un reparto per acuti	Utilizzo improprio del setting in LPA determinante un aumento artificioso sia della tariffa	Rivalutazione delle singole giornate di degenza trascorse in LPA; quelle che, in relazione al processo

	concluso con trasferimento del paziente in LPA e - ricovero breve in LPA (in linea di massima inferiore a 10 giorni) concluso con dimissione al domicilio del paziente	che del tasso di ospedalizzazione	assistenziale certificato in cartella, si configurano come dimissione precoce dal reparto per acuti, non entreranno nel conteggio dei giorni di ricovero in LPA.
--	--	--------------------------------------	--

Inoltre, al fine di rafforzare l'obiettivo prioritario di ridurre al minimo le potenzialità di conflitto in sede di verifica, si suggerisce, in sede di realizzazione degli accordi locali di fornitura e in tema di prestazioni storicamente risultate oggetto di contenzioso, la opportuna definizione a priori dei volumi prestazionali previsti, della corretta codifica e del setting assistenziale appropriato.

Infine si è compiuto un processo di snellimento e rivisitazione delle tipologie di controllo tenuto conto dell'esperienza emersa dall'analisi dell'attività di controllo effettuata sul campo negli ultimi anni, nonché delle richieste legate agli adempimenti dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, definiti nel DPCM 12 gennaio 2017) e del Piano Nazionale Esiti (PNE).

Come disposto dalla legislazione vigente per ciascun produttore dovrà essere garantito il controllo annuale di una soglia minima di cartelle pari al 10% della produzione complessiva, cui dovrà aggiungersi la quota prevista dal D.M. 10 dicembre 2009 relativa ai DRG potenzialmente inappropriati (allegato 6/A del DPCM LEA 12/01/2017) e ai DH medici diagnostici; al raggiungimento della casistica complessiva contribuiscono sia i controlli interni che i controlli esterni, compresi quelli relativi al controllo della qualità delle cartelle cliniche.

BOX 2 – TIPOLOGIE DI CONTROLLO SANITARIO INTERNO ED ESTERNO.

Controlli obbligatori:	Dimensione del controllo:
01) DRG Maldefiniti	Tutti i casi
02) DRG Chirurgico CC in DH	Tutti i casi
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg	Tutti i casi
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo	Selezione campionaria
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsi	Tutti i casi con diagnosi principale di sepsi
06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2	Selezione campionaria
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA)	Selezione campionaria
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)	100% dei casi per controlli interni; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
09) DRG ordinari > 1g (esclusi DRG 088 e 429) programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75) *	Selezione campionaria del 5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
10) DH diagnostici	Selezione campionaria del 5%; non rientrano nel conteggio del 10% (Legge 133/2008)
Controlli sulla qualità di compilazione delle cartelle cliniche	Selezione campionaria del 5% della produzione complessiva
Controlli consigliati, non obbligatori:	
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).	Selezione campionaria
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica	Selezione campionaria
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)	Campione inviato
14) Audit clinici locali	Selezione secondo fabbisogni locali
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali	Selezione secondo fabbisogni locali
99) Altri controlli	Selezione secondo fabbisogni locali

*il campionamento potrà tenere conto di eventuali criteri di selezione della casistica aggiuntivi in coerenza con documenti regionali prodotti successivamente e attinenti ai contenuti del PAC

ITER PER IL CONFEZIONAMENTO DEL CAMPIONE MINIMO OBBLIGATORIO AI FINI DEL RAGGIUNGIMENTO DEL 10%:

- selezionare **TUTTI** i casi con codice tipologia: **01, 02, 03 e 05**.
- controllare la dimensione percentuale così ottenuta rispetto al campione richiesto.
- calcolare la differenza necessaria per arrivare al 5% che costituisce il campione.
- integrare la differenza per arrivare al 5% con la selezione campionaria dei controlli con codice tipologia: **04, 06 e 07**.
- se ancora non si è raggiunta la soglia del 5%, integrare ulteriormente il campione secondo le proprie criticità con i controlli con codice tipologia: **11; 12; e 15**.
- raggiunto il campione del 5% occorre integrarlo con l'aggiunta del 5% dei controlli relativi alla corretta tenuta della documentazione sanitaria (ex DGR 1706/2009).
- al campione complessivo del 10% così ottenuto vanno aggiunti i contingenti relativi alle cartelle con codice tipologia **08** (tutte per controlli interni) e con codice tipologia **09-10**, estratte con selezione campionaria del 2,5%.

NOTA: I controlli con codice 13, 14 e 99 non possono essere utilizzati per il completamento del campione minimo richiesto, nè possono sostituire quelli obbligatori, anche se possono completare il campione controllato, sempre oltre il 10%.

RUOLO DEL NUCLEO REGIONALE DEI CONTROLLI E CONTESTAZIONI IRRISOLTE

Nel processo di gestione delle eventuali contestazioni rimaste irrisolte il Nucleo Regionale di Controllo (NRC), costituito ai sensi della DGR 354/2012, espleta la sua attività favorendo un ulteriore momento di confronto tra le parti nel tentativo di dirimerle e non elevandosi al ruolo di decisore finale del conflitto; tale funzione di mediazione, attivata su richiesta formale di entrambe le parti, è finalizzata al raggiungimento di una soluzione condivisa e non si attua attraverso la valutazione delle cartelle cliniche o delle SDO, né si realizza attraverso valutazioni di appropriatezza clinica che prevedano analisi di documentazione sanitaria, bensì valutando le istanze e le analisi a supporto prodotte dalle parti. Ai sensi delle disposizioni vigenti rimane peraltro ferma l'opportunità, in caso di controversia pubblico-privato, di poter adire all'istituto dell'arbitrato.

Allo stesso modo il NRC non risulta titolare della funzione di organizzazione e coordinamento di audit clinici strutturati finalizzati alla valutazione dell'appropriatezza clinica.

CAMPIONAMENTO E RITORNO INFORMATIVO

I casi da sottoporre a controllo sono quelli a carico totale o parziale SSN (con onere degenza pari a 1,2,5,6).

Per ogni singolo ricovero oggetto di verifica si conteggia una sola tipologia di controllo; la rendicontazione dei controlli effettuati pertanto non potrà comprendere la sommatoria di diverse tipologie di controllo eseguite sulla singola cartella, con unica eccezione la valutazione della qualità di compilazione della cartella stessa.

La **compilazione delle cartelle cliniche** deve essere la più completa e corretta possibile ed i dati registrati devono essere leggibili. Una carente qualità e incompletezza di informazioni delle cartelle cliniche può, infatti, limitare una corretta analisi in sede di controllo. Ogni produttore pubblico e privato è tenuto a verificare la documentazione clinica con l'utilizzo delle indicazioni, degli strumenti e delle metodologie individuati dal gruppo di lavoro istituito con Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n. 15213/2007. I controlli sulla qualità della compilazione della documentazione devono riguardare il 5% almeno della documentazione prodotta da ciascuna unità operativa (DGR 1706/2009) e contribuiscono al raggiungimento dell'obiettivo del 10%.

Al fine di facilitare il campionamento delle cartelle da sottoporre a controllo, a far data dai dimessi del 1 gennaio 2018, il Sistema Informativo regionale renderà disponibile - con il

ritorno informativo mensile alle Aziende USL, alle Aziende Ospedaliere, agli IRCC e alle Case di Cura accreditate - un file contenente la casistica afferente alle differenti tipologie di controllo obbligatorio descritte, ad esclusione della casistica relativa alla qualità della compilazione della cartella ed agli indicatori critici del PNE (Programma Nazionale Esiti). In particolare:

- il file predisposto per le attività di controllo interno, specifico per ciascun produttore, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri individuati nel PAC, indipendentemente dalla residenza del paziente;
- il file predisposto per i controlli esterni, reso disponibile alle singole Aziende USL, conterrà l'elenco delle SDO selezionate secondo i criteri definiti dal PAC, relative ai dimessi da tutte le strutture pubbliche e private insistenti all'interno del territorio di competenza.

Unitamente alla casistica selezionata in relazione ai criteri previsti dal PAC, sono trasmessi anche i DRG ad alto rischio di inappropriately secondo il DPCM 12 gennaio 2017 all. 6A (con le relative esclusioni, cfr. art 39) per i quali si considera tutta l'attività in regime di ricovero ordinario per le discipline acute.

Per le fattispecie non espressamente previste dal presente PAC o indicate nel box 2 come controlli facoltativi, il campionamento va effettuato dal controllore su base casuale o in relazione a particolari criticità o percorsi specifici.

Le attività di verifica richieste in ambito PNE o LEA, attuate in risposta a specifiche indicazioni regionali o di altre istituzioni centrali (Ministero della Salute, ISS o AGENAS) e riferite ad anni precedenti, non potranno contribuire al raggiungimento della quota minima richiesta del 10 per cento; potranno comunque trovare evidenza nel conteggio annuale dei controlli effettuati e registrati all'interno dell'apposito applicativo regionale nella sezione dedicata agli "altri controlli non censiti".

NOTE INTEGRATIVE FINALI:

- o Nel caso di dubbi interpretativi sul presente PAC o nell'eventualità di difficoltà operative sarà possibile indirizzare specifiche richieste al NRC, previa nota scritta; le risposte ritenute di interesse rilevante saranno pubblicate sulle cosiddette FAQ (Frequently Asked Questions) nell'apposita Area Controlli del sito regionale.
- o Il presente PAC non fornisce indicazioni sui controlli relativi alle prestazioni specialistiche, per le quali si rimanda alla specifica area nell'ambito delle Cure Primarie.

- o Il presente PAC non fornisce i criteri di esecuzione degli eventuali controlli sul rispetto dei tempi di attesa richiesti per prestazioni di ricovero programmate, classificate secondo le diverse classi di priorità.

Allegato A

CHECK-LIST AUDIT CONTROLLI DOCUMENTAZIONE SANITARIA (Ex DGR 1706/2009 - Modificata)

Auditor..... Anno..... Trim.....

Reparto di dimissione..... Numero SDO.....

Elementi della cartella clinica		Doc. NR ¹	Grado di compilazione			
			1 ²	2 ³	3 ⁴	4 ⁵
1	Frontespizio - Foglio di ingresso		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Anamnesi ed esame obiettivo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Diario clinico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Consulenze		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Foglio di terapia farmacologica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Referti		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Valutazione preoperatoria		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Anamnesi ed esame obiettivo anestesiologicalo		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Identificazione del paziente e del sito chirurgico		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Referto operatorio		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Consenso informato e relativi fogli informativi		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Foglio di trasferimento		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Documenti relativi a trasfusioni (sangue ed emoderivati, plasma e plasmaderivati)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Relazione alla dimissione		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	SDO		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Documentazione infermieristica		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Check List sala operatoria		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Scheda compilata di rilevazione dolore		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Data di prenotazione intervento compilata		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTE:

Data Audit:/...../.....

Firma Auditor.....

¹ In caso di mancanza del documento, perché non coerente con il tipo di attività svolta nell'U.O. oggetto dell'audit (es. item prettamente chirurgico in U.O. medica), barrare con una x la casella nella colonna intestata **Doc. NR (Documento Non Richiesto)**.

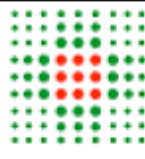
² Per compilazione di grado 1 si intende elemento cartella clinica **non compilato**.

³ Per compilazione di grado 2 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo non del tutto sufficiente**.

⁴ Per compilazione di grado 3 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo sufficiente**.

⁵ Per compilazione di grado 4 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo completo**.

Allegato B

	ANALISI DELLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA [EX DGR 1706/2009]		CODICE A BARRE		
	REPARTO DI DIMISSIONE: _____ [MOD. 1/2017]	DATA DI DIMISSIONE : ____/____/20____ VERBALE ELETTRONICO NAC N° _____			
ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO, DIARIO CLINICO E INFERMIERISTICO					
ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO	[A01] ANAMNESI FISIOLÓGICA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO			sì
	[A02] ANAMNESI FAMILIARE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO			sì
	[A03] ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO			sì
	[A04] ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA [PUÒ COMPRENDERE VERBALE DI PS E PRECEDENTI LETTERE DI DIMISSIONE]	NO			sì
	[A05] RACCORDO ANAMNESTICO [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA]	NA	NO		sì
	[A06] ESAME OBIETTIVO GENERALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NO			sì
	[A07] ESAME OBIETTIVO LOCALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO]	NA	NO		sì
	[A08] DATA E FIRMA DELLA RACCOLTA ANAMNESTICA	1	3		5
	[A09] DATA E FIRMA DELL'ESAME OBIETTIVO [DIVERSO DA PRIMA ANNOTAZIONE IN DIARIO CLINICO]	1	3		5
[A11] TERAPIA DOMICILIARE [CARTELLA “MEDICA”]	NO			sì	
DIARIO CLINICO	[A12] PRESENZA DI ALMENO UN'ANNOTAZIONE AL GIORNO	1	2	3	4 5
	[A13] FIRMA IN CALCE A CIASCUNA ANNOTAZIONE	1	2	3	4 5
	[A14] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...)	1	2	3	4 5
	[A15] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA)	1	2	3	4 5
	[A16] IDENTIFICAZIONE UNIVOCA DEL PAZIENTE SUI SINGOLI FOGLI DI ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO E DIARIO CLINICO	F	1	2	3 4 5
DIARIO INFERMIERISTICO	[A17] TERAPIA DOMICILIARE [SCHEDE INFERMIERISTICA]	NO			sì
	[A18] PRESENZA DI ALMENO UNA ANNOTAZIONE PER TURNO	1	2	3	4 5
	[A19] FIRMA DELL'INFERMIERE [ALMENO UNA PER TURNO]	1	2	3	4 5
	[A20] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...)	1	2	3	4 5
	[A21] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA)	1	2	3	4 5
TERAPIA					
<input type="checkbox"/> [B00] NESSUNA SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA					
[B01-B02] ALLERGIE NOTE		<input type="checkbox"/> INDAGATO <input type="checkbox"/> NON INDAGATO		<input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE	
[B03] ANNOTAZIONE DI AUTOGESTIONE [ANCHE PARZIALE] DELLA TERAPIA DOMICILIARE		NO		sì	
FOGLIO UNICO DI TERAPIA [FUT]	PER CIASCUNA PRESCRIZIONE:				
	[B05] DATA DI INIZIO SOMMINISTRAZIONE	1	2	3	4 5
	[B06] LEGGIBILITÀ DEL NOME DEL FARMACO	1	2	3	4 5
	[B07] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE)	1	2	3	4 5
	[B08] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE PRESCRIVE L'INIZIO DEL TRATTAMENTO	1	2	3	4 5
	[B09] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DELL'INFERMIERE CHE ESEGUE LA SOMMINISTRAZIONE	1	2	3	4 5
	[B10] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE SOSPENDE IL TRATTAMENTO	NA	1	2	3 4 5
	[B11] DATA DI FINE SOMMINISTRAZIONE (SE DIVERSA DALLA DATA DI DIMISSIONE)	NA	1	2	3 4 5
[B12] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE (SU CIASCUN FOGLIO DI TERAPIA) O CODICE A BARRE	NO	3		sì	
TERAPIA AL BISOGNO	[B14] RIFERIMENTI CLINICI E BIOLOGICI PER DECIDERE LA SOMMINISTRAZIONE	1	2	3	4 5
	[B15] LEGGIBILITÀ NOME FARMACO	1	2	3	4 5
	[B16] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE)	1	2	3	4 5
	[B17] RIPETIBILITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE	1	2	3	4 5
PALM HOSPITAL	[B18] PRESENZA IN CARTELLA DEI FOGLI DI TERAPIA GIORNALIERA	1	2	3	4 5
	[B19] FIRMA DAL MEDICO SU CIASCUN MODULO	1	2	3	4 5
	[B20] ANNOTAZIONE NEL DIARIO INFERMIERISTICO DELL'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE	1	2	3	4 5
PRIVACY					
[C01] PRESENZA MODULO PRIVACY IN CARTELLA					
MODULO PRIVACY	[C02] FIRMA DEL PAZIENTE	NO			sì
	[C03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	NO			sì
	[C04] DICHIARAZIONE DI INCAPACITÀ DEL PAZIENTE DI APPORRE LA PROPRIA FIRMA	NO			sì
	[C05] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	NO			sì
	[C06] PERSONE AUTORIZZATE A RICEVERE INFORMAZIONI [LA SELEZIONE DI CATEGORIE PREDEFINITE VALIDA IL CRITERIO]	NO			sì
	[C07] DATA DELL'INFORMATIVA	NO			sì
INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI					
MODULO DI CONSENSO ALL'INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI	[D01] FIRMA DEL PAZIENTE	1	2	3	4 5
	[D02] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	1	2	3	4 5
	[D03] FIRMA DEL MEDICO	1	2	3	4 5
	[D04] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	1	2	3	4 5
	[D05] POSSIBILI COMPLICANZE DA INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI	1	2	3	4 5
	[D07] DATA	1	2	3	4 5
	REGISTRAZIONE TRATTAMENTO IN CARTELLA CLINICA [MEDICO]	[D08] INDICAZIONI AL TRATTAMENTO	1	2	3
[D09] IDENTIFICAZIONE UNITÀ EMOCOMPONENTE		1	2	3	4 5
[D10] ORA DI INIZIO DEL TRATTAMENTO		1	2	3	4 5
[D11] FIRMA DEL MEDICO CHE AVVIA IL TRATTAMENTO		1	2	3	4 5
[D12] ORA DI TERMINE DEL TRATTAMENTO		1	2	3	4 5
[D13] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI]		1	2	3	4 5
[D14] FIRMA DEL MEDICO A TERMINE TRATTAMENTO		1	2	3	4 5

DIARIO INFERMIERISTICO	[D15] REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ E DELL'ORA DI INIZIO	1 2 3 4 5
	[D16] REGISTRAZIONE DELL'ORA DI FINE TRATTAMENTO	1 2 3 4 5
	[D17] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI]	1 2 3 4 5
ALTRE PROCEDURE INVASIVE		
INFORMATIVA ALLA PROCEDURA <input type="checkbox"/> NARCOSI, <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA, <input type="checkbox"/> BIOPSIA, <input type="checkbox"/> STENT, <input type="checkbox"/> EMODINAMICA, <input type="checkbox"/> CENTESI, <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ALTRO (ESCLUSO INVIO DA PS)		
[E01] PRESENZA DEL MODULO INFORMATIVO IN CARTELLA		1 2 3 4 5
MODULO DI CONSENSO	[E02] FIRMA DEL PAZIENTE	1 2 3 4 5
	[E03] DICHIARAZIONE (MEDICA) DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO]	1 2 3 4 5
	[E04] FIRMA DEL MEDICO	1 2 3 4 5
	[E05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE VERBALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA]	1 2 3 4 5
	[E06] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	1 2 3 4 5
	[E07] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	1 2 3 4 5
[E11] DATA		1 2 3 4 5
INTERVENTO CHIRURGICO		
[F01] PRESENZA DI MODULO INFORMATIVO E CONSENSO IN CARTELLA		NO 3 sì
MODULO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	[F02] FIRMA DEL PAZIENTE	NO 3 sì
	[F03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO	NO 3 sì
	[F04] DICHIARAZIONE DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO]	NO 3 sì
	[F05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE ORALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA]	NO 3 sì
	[F06] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE	NO 3 sì
	[F07] TIPO DI ANESTESIA	NO 3 sì
	[F11] FIRMA DEL MEDICO	NO 3 sì
	[F12] DATA	NO 3 sì
	[F13] CORRISPONDENZA TRA NUMERO ATTI CHIRURGICI E NUMERO CONSENSI PRESENTI IN CARTELLA	NO sì
	[F14] PRESENZA DEL REFERTO IN CARTELLA	NO 3 sì
[F17] CONSENSO ANESTESIOLOGICO		NO 3 sì
ALTRE VALUTAZIONI		
REFERTI	[G01] TRACCIATO ECG REFERATATO [LA FIRMA DEL MEDICO SULLA INTERPRETAZIONE DEL SISTEMA VALIDA IL CRITERIO]	1 2 3 4 5
	[G02] TRACCIATO CTG REFERATATO	1 2 3 4 5
DOLORE	[H01] PRESENZA DELLA SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL DOLORE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON COMPILATA <input type="checkbox"/> sì	
	[H02] COMPILAZIONE DELLA SEZIONE DATI ANAGRAFICI	1 2 3 4 5
	[H03] REGISTRAZIONE DELLA RILEVAZIONE GIORNALIERA	1 2 3 4 5
LETTERA DI DIMISSIONE	[L01] COPIA DELLA LETTERA IN CARTELLA	NO sì
	[L02] FIRMA IN CALCE	NO sì
SDO	[P01] PRESENZA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA ALL'INTERNO DELLA CARTELLA	NO sì
ALTRE VALUTAZIONI	[R01] PRESENZA DI DOCUMENTI INTESTATI AD ALTRI PAZIENTI	sì NO
	[R02] RISCONTRO DI ANNOTAZIONI A MATITA	sì NO
	[R04] CORREZIONI NON CONFORMI: <input type="checkbox"/> CANCELLAZIONI <input type="checkbox"/> BIANCHETTO <input type="checkbox"/> PENNARELLO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> FUT <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE	
	[R05] FOTOCOPIA DI DOCUMENTO IDENTIFICATIVO	NO sì
	CARATTERISTICHE DELLA DOCUMENTAZIONE ESAMINATA	
[S06] PRESENZA DI DOCUMENTI NON INERENTI IL RICOVERO INDICE		NO sì
CARTELLA IN FORMATO PDF	[S03] DIARIO CLINICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA	NO sì
	[S04] DIARIO INFERMIERISTICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA	NO sì
	[S05] PAGINE SENZA CONTENUTI INFORMATIVI <input type="checkbox"/> SEPARATORI DI SEZIONE <input type="checkbox"/> DIARIO CLINICO <input type="checkbox"/> DIARIO INFERMIERISTICO	
NOTE E FIRME		
<p>LUOGO E DATA DELLA VERIFICA: FERRARA,</p>		

ALLEGATO C

VERBALE CONTROLLI SANITARI (Ex DGR 354/2012 e successive modifiche)

AUDITOR _____ DATA AUDIT _____

ANNO _____ TRIMESTRE

1	2	3	4
---	---	---	---

 TIPO CONTROLLO: INTERNO
 ESTERNO

STABILIMENTO/REPARTO (come da lista inviata)

N° SDO (10 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TIPOLOGIA CONTROLLO (Barrare una sola voce come da lista)

Controlli obbligatori:
01) DRG Maldefiniti
02) DRG Chirurgico CC in DH
03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg
04) DRG con CC in regime ordinario con degenza uguale o inferiore alla degenza media trimmata del DRG omologo
05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis
06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2
07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA)
08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)
09) DRG ordinari > 1g programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75)
10) DH diagnostici
Controlli consigliati, non obbligatori:
11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità).
12) Congruenza SDO-Cartella Clinica
13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS)
14) Audit clinici locali
15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali
99) Altri controlli


ESITO VALUTAZIONE (Barrare una sola voce)

- Ricovero Appropriato per Setting/Timing/Codifica
 Inappropriato per Setting
 Inappropriato per Timing
 Inappropriatezza di Codifica
 Cartella non disponibile

NOTE: _____

Firma Auditor

Allegato D

	TIPO RICOVERO: <input type="checkbox"/> PROGRAMMATTO <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> DA ALTRA STRUTTURA TIPO DIMISSIONE: <input type="checkbox"/> DECEDUTO/A <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> _____	CODICE A BARRE _____
	REPARTO DI DIMISSIONE: _____ DATA: ____/____/20____	
LUOGO E DATA DELLA VERIFICA: _____	VERBALE NAC _____	[MOD 1/2017]
ACCETTAZIONE:		
TIPOLOGIE SPECIFICHE DI RICOVERO: <input type="checkbox"/> A.L.P. CON FINALITÀ ESTETICA [ONERI A CARICO DEL PAZIENTE] <input type="checkbox"/> TRIAL CLINICO [ONERI A CARICO ENTE TERZO] <input type="checkbox"/> PROGETTO UMANITARIO <input type="checkbox"/> DISPOSTO DALLA PROCURA <input type="checkbox"/> PERNOTTAMENTO DOPO CHIR. IN DH [VALORIZZAZIONE € 0,00] <input type="checkbox"/> INVIATO DA STRUTTURA SPOKE		
CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE: ETÀ DEL PAZIENTE: <input type="checkbox"/> INFERIORE A 3 ANNI <input type="checkbox"/> SUPERIORE A 70 <input type="checkbox"/> MANCANZA DI ASSISTENZA FAMILIARE <input type="checkbox"/> MANCANZA DI ASSISTENZA DOMICILIARE <input type="checkbox"/> POVERTÀ / INDIGENZA <input type="checkbox"/> SENZA FISSA DIMORA <input type="checkbox"/> PAZIENTE "FRAGILE" <input type="checkbox"/> DETENUTO <input type="checkbox"/> LESIONI DA PRESSIONE ALL'INGRESSO [STADIO _____] <input type="checkbox"/> SINDROME DA IMMOBILIZZAZIONE <input type="checkbox"/> DEMENZA <input type="checkbox"/> DELIRIUM <input type="checkbox"/> CONTENZIONE AL LETTO <input type="checkbox"/> RIFERITA PREGRESSA REAZIONE ALLERGICA AD ANESTESIA O MDC <input type="checkbox"/> RICOVERO PER IMA [STEMI] NEI SEI MESI PRECEDENTI <input type="checkbox"/> PREGRESSO BAC, PTCA, STENT, CHIRURGIA CARDIACA <input type="checkbox"/> GRANDE OBESO <input type="checkbox"/> BMI _____ <input type="checkbox"/> BMI NON DICHIARATO		
ACCETTAZIONE		
<input type="checkbox"/> DOLORE NON CONTROLLABILE [RIPORTARE VALORE ALL'INGRESSO _____] [<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA; <input type="checkbox"/> POST-OPERATORIO] <input type="checkbox"/> VIA DI SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA ANTALGICA: <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> I.M. <input type="checkbox"/> E.V. VALORI SPECIFICI PER LA REUMATOLOGIA: <input type="checkbox"/> HAQ _____ [<0,5 NORMALE; >1 GIUSTIFICA RICOVERO ORDINARIO] <input type="checkbox"/> DAS28 _____ [<2 BUON CONTROLLO; ≥4 ALTA ATTIVITÀ DI MALATTIA] <input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA ACUTA D'ORGANO [SPECIFICARE: _____] [A1] FREQUENZA CARDIACA < 50 o > 140 (A RIPOSO) [A2] PA SISTOLICA < 90 o > 200 MM HG o DIASTOLICA < 60 o > 120 [A3] FREQUENZA RESPIRATORIA > A 30 AL MINUTO [A4] TEMPERATURA ASCELLARE > 38° C DA ALMENO 5 GIORNI [A7] PRESENZA/SOSPETTO DI ISCHEMIA MIocardica ACUTA [A8] PROBLEMI NEUROLOGICI ACUTI E/O RAPIDAMENTE PROGRESSIVI [A9] TURBE RESPIRATORIE O CIRCOLATORIE ACUTE INVALIDANTI [A10] PERDITA O CALO IMPROVVISO DELLA VISTA O DELL'UDITO [A6] SQUILIBRIO IDROELETROLITICO O ACIDO-BASE METABOLICO [A11] PERDITA ACUTA DELLA CAPACITÀ DI MUOVERE UNA PARTE DEL CORPO <input type="checkbox"/> ANEMIA DA PERDITA ACUTA [Δ HB: DA _____ A _____] [A5] SANGUINAMENTO IN ATTO (O NELLE ULTIME 48 H)		
RICOVERO DISPOSTO DAL PRONTO SOCCORSO PER: <input type="checkbox"/> RICOVERO RICHIESTO/CONVALIDATO DA CONSULENZA SPECIALISTICA		
INTERVENTO CHIRURGICO:		
TIPO INTERVENTO: <input type="checkbox"/> URGENTE <input type="checkbox"/> PROGRAMMATTO VIA DI ACCESSO: <input type="checkbox"/> ASPORTAZ. CUTE <input type="checkbox"/> PERCUTANEA <input type="checkbox"/> ENDOSCOPICA <input type="checkbox"/> INCISIONALE <input type="checkbox"/> IN SCOPIA [ARTRO/LAPARO/TORACO] <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA ADDOMINALE IN ANESTESIA GENERALE <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA TORACICA IN ANESTESIA GENERALE <input type="checkbox"/> INTERVENTO DI CHIRURGIA VASCOLARE IN ANESTESIA GENERALE [ESCLUSO VENOSO PERIFERICO] <input type="checkbox"/> DURATA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO INFERIORE A 30 MINUTI [DA INCISIONE A SUTURA] INTERVENTO ESEGUITO: DIMENSIONI DEL PEZZO ANATOMICO: LOSANGHE CUTANEE CM _____ X CM _____ X CM _____		
<input type="checkbox"/> SETTING SUGGERITO DALLE DELIBERE REGIONALI: DGR 599/2000: <input type="checkbox"/> DAY SURGERY <input type="checkbox"/> AMBULATORIO DGR 1108/2011: <input type="checkbox"/> AMBULATORIO		PROCEDURA ICD9CM _____
<input type="checkbox"/> CLASSE ASA: <input type="checkbox"/> ASA 1 <input type="checkbox"/> ASA 2 <input type="checkbox"/> ASA 3 <input type="checkbox"/> ASA 4 <input type="checkbox"/> ASA 5 <input type="checkbox"/> ASSISTENZA ANESTESIOLOGICA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO DI ANESTESIA: <input type="checkbox"/> GENERALE <input type="checkbox"/> PLESSO <input type="checkbox"/> PERIDURALE <input type="checkbox"/> LOCALE <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> SEDAZIONE PROFONDA		
DEGENZA		
<input type="checkbox"/> COMPLICANZA ARITMICA PERIOPERATORIA <input type="checkbox"/> POSIZIONAMENTO DI PACE MAKER TEMPORANEO <input type="checkbox"/> DEISCENZA DI SUTURA <input type="checkbox"/> INFEZIONE DI FERITA <input type="checkbox"/> SEPSI / SETTICEMIA <input type="checkbox"/> SANGUINAMENTO MASSIVO <input type="checkbox"/> GESTIONE DI DRENAGGI <input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA [<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESCICALE] <input type="checkbox"/> TROMBOSI VENOSA PERIFERICA <input type="checkbox"/> EMBOLIA POLMONARE <input type="checkbox"/> _____		

SOMM.NE DI CHEMIOTERICI: <input type="checkbox"/> ORALE <input type="checkbox"/> SISTEMICA <input type="checkbox"/> ALTE DOSI <input type="checkbox"/> ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA [INFUSIONE ≥24 ORE]			
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONI NON INSERITA NEL TARIFFARIO AMBULATORIALE (SPECIFICARE):			
<input type="checkbox"/> FARMACI CON RIMBORSO (PARZIALE) VINCOLATO AL REGIME DI RICOVERO (SPECIFICARE):			
<input type="checkbox"/> DENUNCIA DI CADUTA A TERRA <input type="checkbox"/> SENZA LESIONI <input type="checkbox"/> CON LESIONI:			
<input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO ENTRO LE 24 ORE PER:			
<input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO NON PROGRAMMATO OLTRE LE 24 ORE PER:			
INTERVENTO RINVIATO PER MANCANZA DI POSTO LETTO IN TERAPIA INTENSIVA: <input type="checkbox"/> AD ALTRO RICOVERO [V64*] [VALORIZZAZIONE € 0,00] <input type="checkbox"/> POSTICIPATO [STESSO RICOVERO]			
DECORSO:			
GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI [APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA]:			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE PREOPERATORIE IN RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO _____			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE DI DEGENZA SENZA PRESTAZIONI / OSSERVAZIONI IN CARTELLA _____			
<input type="checkbox"/> N° GIORNATE PRECEDENTI LA DIMISSIONE [DATA DIMISSIBILITÀ: _____] _____ TOTALE: _____			
DIMISSIONE RITARDATA:			
<input type="checkbox"/> > DIAGNOSTICA	<input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	<input type="checkbox"/> ATTESA REFERTI	<input type="checkbox"/> DIMISSIONE PROTETTA NON ATTIVATA
<input type="checkbox"/> > MANCANZA POSTO LETTO c/o	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> LPA-RIABILITAZIONE	<input type="checkbox"/> ALTRO OSPEDALE
<input type="checkbox"/> > RIENTRO IN FAMIGLIA	<input type="checkbox"/> RITARDATO	<input type="checkbox"/> RESPINTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> > ASSISTENZA TERRITORIALE	<input type="checkbox"/> RITARDATA ATTIVAZIONE	<input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> > TRASPORTO	<input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE	<input type="checkbox"/> NON SOSTENIBILE (€)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DIMISSIONE IN ATTESA DI SUCCESSIVA CONVOCAZIONE PER TRATTAMENTO CHIRURGICO			
<input type="checkbox"/> RE-AMMISSIONE PROGRAMMATO PER:			
<input type="checkbox"/> INTERVENTO PRESSO ALTRA UO/AZIENDA	<input type="checkbox"/> INTERVENTO IN PRECEDENZA RINVIATO	<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA IN PRECEDENZA NON DISPONIBILE	
<input type="checkbox"/> SECONDO TEMPO DI TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> PROCEDURA SU ORGANO CONTROLATERALE	<input type="checkbox"/> COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO	
<input type="checkbox"/> PRESTAZIONE IN SERVICE	<input type="checkbox"/> ALTRO:		
ALTRE OSSERVAZIONI E NOTE DEL VALUTATORE [COMPRESA EVENTUALE SPECIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA TARIFFARE]:			
VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA:			
1 SETTING ASSISTENZIALE SUGGERITO: <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO 0/1 GG <input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> OBI	2 GIUDIZIO DI APPROPRIATEZZA: <input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO	3 VARIAZIONI ECONOMICHE PROPOSTE: <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE RO 0/1 GG <input type="checkbox"/> ANNULLAMENTO DELL'IMPORTO <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE AMBULATORIALE	
FIRME:			