

**PROCEDURA DI CONTROLLO SUI RICOVERI OSPEDALIERI
DELLE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE**

(Versione 1 – maggio 2019)

INDICE

DEFINIZIONI	2
PREMESSA	3
ART. 1 – CONTROLLI AUTOMATICI LOGICO FORMALI.....	3
ART. 2 – CONTROLLI DI TIPO SANITARIO.....	4
ART. 3 – MODALITÀ DI SELEZIONE DELLA CASISTICA	4
ART. 4 -REVISIONI DELLA PROCEDURA	7
ART. 5–EFFETTI ECONOMICI DELL’ATTIVITÀ DI CONTROLLO ESTERNO	7
ART. 6 – DISPOSIZIONI FINALI.....	10
ALLEGATO 1	12

Definizioni

Nella presente Procedura si applicano le seguenti definizioni:

- “AIOF”: *Associazione Italiana Ospedalità Privata.*
- “AISSP”: *Associazione Italiana Strutture Sanitarie Private*
- “DH” *Day Hospital-Ricovero Giornaliero.*
- “DO”: *Degenza Ordinaria.*
- “DPCM”: *Decreto Presidente Consiglio dei Ministri.*
- “D.G.R.”: *Deliberazione della Giunta Regionale*
- “DRG”: *Diagnosis-related group –Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi.*
- “DS”: *DAY SURGERY-Ricovero Chirurgico Giornaliero.*
- “EDIT Decisys”: *richiami*
- “LEA”: *Livelli Essenziali di Assistenza*
- “MDC”: *major diagnostic Category-Categoria Diagnostica principale*
- “P.R.U.O.” *Protocollo per la Revisione dell’uso dell’Ospedale*
- “RAS”: *Regione Autonoma della Sardegna*
- “RO”: *Ricovero Ordinario*
- “SDO”: *Scheda di Dimissione Ospedaliera*
- “SIDI”: *Sistema Integrato per il Debito Informativo*
- “SiSar”: *Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale*
- “SSN”: *Sistema Sanitario Nazionale*
- “SSR”: *Sistema Sanitario Regionale;*

Premessa

Con DGR 67/16 del 29.12.2015 è stata definita l'organizzazione dell'attività di controllo dei ricoveri ospedalieri ed è stato individuato il set di indicatori funzionali alla definizione della casistica da verificare.

Alla struttura complessa Funzione di Committenza-Assistenza Ospedaliera e Specialistica compete la gestione e conduzione dei controlli esterni, avvalendosi là dove se ne ravvisi la necessità, di un consulente specialistico dipendente che collabori a definire l'esito delle attività di controllo.

Il controllo sull'attività di ricovero verrà effettuato su una casistica selezionata indipendentemente dalla residenza dei pazienti, prendendo in esame i soli casi con oneri a carico del SSR, con esclusione quindi dei ricoveri con onere 4, 9, N e S.

I controlli sono volti preminentemente alla valutazione dell'appropriatezza generica/organizzativa del ricovero, quindi della corretta codifica dei ricoveri e del setting assistenziale di erogazione e verranno condotti secondo le indicazioni nazionali e regionali.

I controlli esterni ricadono nell'ambito di responsabilità dell'ente pagatore, vale a dire l'ASSL di residenza dell'assistito e sono rivolti alle strutture private accreditate che insistono nel territorio della ASSL.

Oltre a rispondere ai principi ed alle finalità di carattere generale, i controlli esterni sono finalizzati a consentire l'attività di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori, come previsto dalla normativa nazionale e regionale; l'attività di controllo comporta la rideterminazione della remunerazione, o il mancato riconoscimento della stessa, nei casi risultati non appropriati a seguito della verifica sulla documentazione clinica.

Il controllo sulle prestazioni erogate dalle strutture private potrà interessare anche i residenti delle altre Aziende regionali e delle altre regioni, come previsto dall'accordo AIOP Regione e dagli accordi contrattuali ATS/Case di Cura.

Il controllo esterno che interessa l'attività svolta dalle Case di Cura, sarà effettuato con periodicità almeno bimestrale, in momenti concordati con la Direzione della struttura controllata ed alla presenza di un contraddittorio medico idoneo, al termine va redatto apposito verbale sottoscritto dalle parti (vedi allegato 1).

La struttura privata deve mettere a disposizione le cartelle, entro 5 giorni di calendario dall'arrivo dell'elenco delle SDO relativo alle suddette cartelle da esaminare. Il mancato rispetto del termine previsto determinerà gli effetti economici indicati nell'art. 5 punto 10 lettera f del presente documento per le quali, pertanto, non sia avrà nessuna remunerazione.

Art. 1 – Controlli Automatici logico formali

Il File A delle case di cura, conforme a quanto previsto dal Disciplinare dei Flussi informativi RAS in vigore, non è caricato nel SiSaR, ma viene consegnato su supporto informatico unitamente alla fatturazione mensile. Al fine di disporre di un tracciato SDO corretto e congruente con la fattura, al momento della ricezione della documentazione contabile verrà effettuato un controllo logico formale tramite l'applicativo SIDI reso disponibile dalla RAS e verranno accettati unicamente i tracciati esenti da errori di primo livello, con corretta attribuzione del DRG e degli importi ed assenza di DRG

anomali (469/470); in caso di pazienti stranieri con onere della degenza 7, 8, A, deve essere consegnata la copia della comunicazione all'ufficio rapporti internazionali della ASSL, per consentire il recupero crediti.

Art. 2 – Controlli di tipo Sanitario

I controlli sulla documentazione clinica sono volti a verificare:

- a)** il corretto utilizzo delle variabili cliniche secondo le regole di codifica vigenti, ministeriali e regionali; la congruenza, quindi, tra quanto registrato nella documentazione clinica e quanto codificato nella SDO;
- b)** l'appropriatezza del setting assistenziale (ricorso al ricovero ospedaliero ordinario versus diurno/ambulatoriale) in rapporto alle direttive nazionali e regionali e secondo i criteri del PRUO;
- c)** il rispetto del regime e della disciplina specialistica accreditata;
- d)** la presenza della proposta di ricovero SSN con l'indicazione posta dal curante;
- e)** la valutazione su base annuale della % occupazione di posti letto per disciplina in base all'assetto accreditato.

Art. 3 – Modalità di selezione della casistica

La selezione verrà effettuata con modalità sia casuale che mirata; con riferimento agli indicatori di cui all'allegato 2 alla DGR 67/16, non verrà selezionato l'indicatore n. 7 "ricoveri urgenti brevi", in quanto le case di cura effettuano solamente ricoveri programmati per cui non è rappresentata tale casistica di ricovero; per quanto riguarda l'indicatore n.9 "dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico" si osserva che questo assume rilevanza soprattutto nel controllo interno, in quanto attiene principalmente ad utilizzo ottimale della risorse assegnate al reparto, per cui i casi afferenti a questa tipologia potranno essere selezionati per altre motivazioni.

Per la selezione si prenderanno a riferimento gli indicatori di cui alla DGR 67/16 di seguito elencati:

- a)** casistica con errori di codifica che impattano sulla corretta attribuzione del DRG (ricoveri con EDIT Decisys 3; 23);
- b)** ricoveri sopra soglia;
- c)** ricoveri a rischio inappropriata in DO;
- d)** DRG complicati sul totale di DRG omologhi.

Inoltre la selezione verrà condotta su ulteriori fattispecie previste dalla normativa nazionale regionale e sulla base di evidenze locali, secondo la sequenza di seguito indicata.

3.1 Ricoveri ripetuti

- a)** Escludere il DRG 410 "chemioterapia"(da analizzare separatamente);
- b)** la selezione interesserà anche ricoveri ripetuti ordinario–diurno per valutare se trattasi di completamento diagnostico terapeutico (pre o post ricovero) da ricondurre agli effetti economici e clinici del DRG del ricovero principale;

- c) pur non rientrando nella categoria dei ricoveri ripetuti, verranno selezionati in quest'ambito i ricoveri in post acuti conseguenti ad un episodio di ricovero per acuti nella stessa struttura, dovrà essere valutato il ricovero in post acuti con particolare riguardo alla tempistica del trasferimento e alla presenza di procedure da effettuare in acuti.

3.2 Selezione attività per acuti

Su tutta la casistica per acuti verranno selezionati i ricoveri esitati in DRG:

- a) **maldefiniti**;
- b) **complicati** (se effettuati in ricovero diurno verranno riclassificati nell'omologo non complicato, in quanto le condizioni complicanti rappresentano fattori che di norma non consentono il trattamento in regime diurno; per quanto attiene ai DRG di tipo medico selezionare quelli con degenza \leq a 13 giorni);
- c) **oltre soglia**;
- d) **prestazioni effettuabili in day service**;
- e) **trasferiti entro la 2°** (presso strutture pubbliche per acuti).

3.3 Campionamento casuale

Il 10 % della casistica verrà selezionata con campionamento casuale semplice senza ripetizione, con esclusione del DRG 410 da valutare in maniera mirata e dei DRG 162, 503, in quanto sono DRG LEA Chirurgici molto numerosi che hanno la medesima tariffa in DS/DO e attualmente non sono ricompresi tra le prestazioni ambulatoriali; al fine di non escludere del tutto dai controlli quest'ultima casistica, si procederà ad una successiva selezione casuale con estrazione di almeno 4 casi al mese.

3.4 Selezione ricoveri diurni

- a) **Casistica in DH medico: selezionare tutti i casi con esclusione del DRG 467** con trasfusione; per i DRG 410 controllare la casistica con numero di accessi elevati (mediamente > di 4 al mese); se presenti escludere quelli con la tariffa DRG al 10%; selezionare il 10% dei ricoveri misti, al 10 % e tariffa intera, per verificare il farmaco utilizzato;
- b) **casistica trattata in Day Surgery e/o ricovero ordinario 1 giorno**, selezionare:
- 1) DRG alta complessità;
 - 2) 108 DRG a rischio di inappropriata se in RO: nel caso di ricovero diurno dovranno essere selezionati i casi potenzialmente effettuabili in regime ambulatoriale. Sulla base degli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti sono particolarmente interessati i seguenti DRG:

LISTA DRG
227 (con esclusione della diagnosi di spalla e di gomito)
266
268
270
360
364

- c) per le rimanenti classi di DRG in Day Surgery e/o ordinario di 1 giorno, in base agli esiti delle attività di controllo svolte negli anni precedenti, si individua la seguente lista di DRG da sottoporre a controllo, con selezione dei soli casi che dall'analisi del flusso SDO risultano essere potenzialmente inappropriati per la presenza di codici di intervento riconducibili a prestazioni effettuabili in regime ambulatoriale:

LISTA DRG
262
264
359
408

3.5 Selezione ricoveri ordinari

Selezione ricoveri ordinari medici

- a) **ricoveri ordinari medici** < 3 giorni (con modalità di dimissione diversa da "01" paziente deceduto);
- b) **ricoveri a rischio di inappropriatezza in RO** (108 DRG allegato B patto salute 2010-2012), DRG medici con degenza ≤ 7 giorni (sulla base dei dati di attività e revisione degli anni precedenti).

Selezione ricoveri ordinari chirurgici

- a) ricoveri della durata di 2 giorni, ed esecuzione della procedura in seconda giornata, ai fini della verifica dell'appropriatezza della giornata di ingresso;
- b) i ricoveri a rischio di inappropriatezza in RO (108 DRG allegato B patto salute 2010-2012) con prestazioni potenzialmente effettuabili ad un livello assistenziale inferiore: in particolare per i nuovi DRG LEA chirurgici che, a differenza di quelli di cui all'allegato 2 C del DPCM 2001, presentano tariffe differenti nei due regimi, si dovrà valutare anche il possibile ricorso al day surgery.

3.6 Selezione rimanente casistica

La selezione verrà effettuata sui casi non selezionati in base ai punti precedenti.

A seguito dell'analisi del flusso SDO, verranno selezionati i casi potenzialmente effettuabili ad un livello assistenziale inferiore o per i quali è stato rilevato un utilizzo non corretto delle variabili di codifica nell'ambito delle attività di revisione operate negli anni precedenti, con particolare riferimento ai seguenti DRG:

lista prioritaria di selezione DRG	
12 con degenza ≤ a 14 giorni	359 con degenza > di 1 giorno in base a diagnosi/intervento e durata ricovero
127 con degenza ≤ 8 giorni 169	381 con degenza ≥ a 2 giorni
225 con degenza > di 1 giorno	408
271 con degenza ≤ a 14 giorni	430 con degenza breve ≤ 7 giorni;
234 da controllare se degenza > 1 giorno	491 Verificare se si tratta di spaziatore nel

311 (ricoveri ordinari di 2 giorni)	conflitto di spalla da codificare con 84.56 DRG 223
042 con procedura 14.75 e/o 14.79 finalizzata alla somministrazione intravitreale di farmaci (pur trattandosi di DRG LEA da valutare anche come tale, è indicato in questa lista per la ulteriore suddetta selezione di interesse specifico)	DRG ad elevato costo; in particolare 496 (verificare la tipologia di approccio descritto), 545 e 546 (verificare diagnosi) e DRG con tariffa aggiuntiva per prestazioni di emodialisi

3.7 Ulteriori DRG con possibile incongruenza (tra: diagnosi–interventi-DRG–durata di degenza)

SELEZIONE POST ACUTI

a) Riabilitazione (codice disciplina 56): selezionare la casistica con durata di degenza significativamente diversa dalla tempistica standard, al fine di evidenziare eventuali degenze troppo brevi per giustificare un intervento riabilitativo efficace o degenze troppo lunghe rispetto ad una durata attesa; in caso di trasferimento interno valutare l'intervallo temporale che intercorre tra l'intervento principale nel ricovero per acuti e la data di trasferimento, al fine di evidenziare i casi di dimissione anticipata dal reparto per acuti con immediato trasferimento nel reparto post acuti e "ottimizzazione" del valore del ricovero. Porre particolare attenzione all'età del paziente (< 60 anni) e sussistenza delle condizioni di ospedalizzazione.

Selezionare inoltre i casi nei quali siano valorizzate eventuali prestazioni di emodialisi effettuate con tariffa aggiuntiva.

Verificare la corretta attribuzione dell'MDC, l'appropriatezza organizzativa con riferimento al livello di complessità assistenziale e la correttezza della tenuta della documentazione sanitaria.

b) Lungodegenza (codice disciplina 60): si rimanda alla selezione dei ricoveri ripetuti e alla selezione dei casi nei quali siano valorizzate eventuali prestazioni di emodialisi effettuate con tariffa aggiuntiva.

Art. 4 -Revisioni della procedura

La presente procedura sarà revisionata/integrata ogniqualvolta intervenga una nuova normativa specifica in materia e periodicamente sulla base della valutazione della casistica esaminata e almeno una volta all'anno.

Art. 5–Effetti economici dell'attività di controllo esterno

Revisione ricoveri per acuti

1) Ricoveri ripetuti:

a. unica remunerazione: le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero, sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva relativa al ricovero. Pertanto ricoveri finalizzati al completamento diagnostico/terapeutico (procedure effettuate 30 giorni pre o post ricovero).

b. remunerazione al 30% del DRG con peso più basso: per ricoveri ripetuti in un arco temporale di 30 giorni, in cui risulti non giustificata la ripetizione del ricovero. Ovvero il ricorso all'ospedalizzazione può essere giustificato, per esempio per insorgenza di complicanze trattabili solo in regime di ricovero, ma il caso si sarebbe potuto/dovuto gestire nell'arco di un solo di ricovero (come per esempio in caso di riacutizzazione della patologia legata alla qualità del precedente trattamento, a dimissioni anticipate o altro).

2) Ricoveri remunerati ad accessi

Ricoveri in DH in cui risultino accessi non documentati o inappropriati ai sensi della DGR 37/9 del 25.9.2007. Non saranno remunerati gli accessi valutati inappropriati.

3) Ricoveri ordinari > 24 ore effettuabili in una giornata di ricovero

Attribuzione della tariffa di DS e/o 1gg RO

4) Ricoveri erogabili in regime di ciclo diurno (non giustificato il ricovero ordinario)

Remunerare le sole giornate di degenza in cui sono state effettuate prestazioni erogabili in DH, secondo le tariffe previste per il DRG appropriato.

5) Prestazioni erogabili in regime ambulatoriale/day service

Le prestazioni **codificate** nella SDO saranno remunerate secondo le corrispondenti tariffe previste dal nomenclatore tariffario ambulatoriale; nel caso in cui non vi sia esatta rispondenza tra codici SDO/Nomenclatore tariffario assistenza specialistica ambulatoriale, il medico dovrà riportare la transcodifica nel verbale.

6) Ricoveri attribuiti ad un DRG complicato

Qualora la codifica delle diagnosi complicanti non risulti confermata, secondo le regole generali di codifica delle diagnosi secondarie, il DRG sarà remunerato con la tariffa dell'omologo non complicato.

7) Ricoveri anomali per durata di degenza

Nel caso in cui non risulti giustificato, del tutto o in parte, il superamento del valore soglia specifico del DRG, non sarà remunerato l'incremento tariffario *pro die* per le giornate non giustificate.

8) Errata codifica

Qualora a seguito della verifica risultasse un DRG differente da quello originale per errata selezione della diagnosi e/o intervento verrà attribuita la tariffa prevista per DRG corretto.

9) DH con farmaci ad alto costo

Da tariffare al 10% del DRG se errata tariffazione (tariffa piena)

10) Nessuna Remunerazione

Sarà possibile procedere all'annullamento della remunerazione del ricovero nei casi di:

- a)** di riscontro di gravi carenze documentali rispetto ai requisiti previsti dalla normativa vigente, o evidenti e gravi incongruenze;
- b)** di ricovero improprio in cui non risulta giustificata la necessità di trattamenti o non sia stata effettuata nessuna prestazione utile;
- c)** di intervento non eseguito per scelta del paziente;
- d)** di intervento non eseguito per controindicazione temporanea; per cui l'intervento verrà effettuato nell'arco di validità degli esami di pre ospedalizzazione (di norma 30 giorni);

- e) di prestazioni non incluse nei LEA (chirurgia estetica, ecc);
- f) di cartelle non disponibili o non documentate;
- g) di branca specialistica non accreditata e non contrattata;
- h) di trasferimenti acuto/acuto tra reparti della stessa struttura di ricovero.

REVISIONE RICOVERI POST ACUTI (remunerati a diaria giornaliera)

Controlli di Congruità ed Appropriatezza	Effetti Economici dei controlli
la durata del ricovero per acuti è corretta in rapporto alle condizioni cliniche al momento del trasferimento	in caso di trasferimento interno ridefinizione della durata del ricovero per acuti
le condizioni cliniche del paziente sono tali da permettere di tollerare e/o avvantaggiarsi del trattamento riabilitativo intensivo in termini di complessità dell'intervento e di durata.	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60 o in caso di trasferimento interno ridefinizione della durata del ricovero per acuti
il tempo intercorrente tra l'evento acuto e l'inizio del trattamento riabilitativo rientra nel periodo in cui la disabilità è maggiormente modificabile e l'intervento riabilitativo può maggiormente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero di disabilità importanti, contenendo e riducendo l'entità della menomazione (la tempistica del trasferimento è corretta)	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60
tempestività della presa in carico riabilitativa a cura dell'equipe del reparto (di norma entro del 24 ore dall'accettazione in post acuzie) per trasferimenti esterni	Se oltre le 24 ore la remunerazione intensiva decorre dalla data della presa in carico riabilitativa
tempestività della presa in carico riabilitativa a cura dell'equipe del reparto per trasferimenti interni	La remunerazione decorre dalla presa in carico riabilitativa
il progetto e i programmi riabilitativi sono adeguati rispetto alla disabilità documentata e alla prognosi effettuata	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico estensiva codice 60 se compatibile con la necessità di ricovero post acuzie;
i trattamenti effettivamente erogati rispettano i programmi riabilitativi	
la durata del trattamento giornaliero è congruente con il livello assistenziale	
la composizione del team riabilitativo è adeguata al trattamento delle disabilità documentate	
assenza del trattamento riabilitativo intensivo ancorché motivata e giustificata	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60
gli obiettivi proposti sono stati raggiunti nei tempi previsti, in caso contrario, se è giustificabile l'eventuale richiesta di proroga del trattamento riabilitativo intensivo in ambito ospedaliero	se proroghe non congrue attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60
la documentazione clinico riabilitativa intensiva consente una corretta valutazione degli interventi effettuati	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico assistenziale codice 60 nessuna remunerazione per le giornate prive riscontro documentale
Permanenza in reparto per motivi socio assistenziali (deve essere documentato l'interessamento tempestivo dei Servizi Sociali/ UVT)	attribuzione dell'importo previsto per la presa in carico

Controlli di Congruità ed Appropriatezza	Effetti Economici dei controlli
	assistenziale codice 60
Riabilitazione estensiva/ lungodegenza assistenziale	nessuna remunerazione per le giornate prive riscontro documentale
L'MDC è corretto rispetto alle condizioni cliniche documentate	riconduurre all'MDC appropriato

Per tutti i ricoveri non si procederà alla correzione della codifica delle SDO “sotto codificate” (con remunerazione erroneamente inferiore), in quanto la rappresentazione delle risorse assorbite desumibile dalla SDO prodotta, è esclusivamente in capo al soggetto erogatore delle prestazioni che a tal fine deve avvalersi anche del controllo interno; tale onere non può quindi gravare sulla struttura pubblica alla quale la normativa demanda l'obbligo di monitoraggio e di prevenzione di eventuali comportamenti opportunistici, con conseguente recupero delle risorse erroneamente richieste.

Art. 6 – Disposizioni finali

Qualora dovessero insorgere contestazioni a seguito dei controlli sulle prestazioni erogate, esse potranno essere risolte secondo quanto previsto dall'art 6 dell'Accordo AIOP/AISSP- RAS 2016-2017-2018 (allegato n.1 D.G.R. n.6/14 del 2.2.2016 -Regione Sardegna).

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.lgs n.502/92 e ss.mm.ii.
- L.R. 17/2016 “Istituzione dell’Azienda per la tutela della salute (ATS)” e ss.mm.
- L.R.10/2006 “Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n.5”
- D.lgs 19/1999 n.229 “norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”
- Patto per la Salute 2010-2012;
- Accordo AIOP-Regione Sardegna 2016-2018
- D.P.M.C. 29/11/2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;
- Dgr 37/9 del 25.9.2007 “ Interventi per la promozione dell’appropriatezza dei ricoveri ospedalieri”;
- Dgr 67/16 del 29.12.2015. “Indirizzi strategici sull’appropriatezza ed efficacia dell’attività ospedaliera. Sistema regionale per il monitoraggio e controllo delle attività di ricovero”;
- Dgr n.19/6 del 28.04.1998. “Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nell’ambito del Servizio sanitario regionale”;
- Dgr n.6/14 del 2.2.2016”Accordo AIOP/AISSP-Regione Sardegna.

Gruppo di lavoro

Dott.ssa Albiani Daniela, dott.ssa Bodano Manuela, dott. Cabitza Diego, dott.ssa Casini Barbara, dott.ssa Cosseddu Caterina, dott. Lai Luca, dott.ssa Porqueddu Pasquangela, dott.ssa Rosella Sais, dott.ssa Susnik Anna, dott.ssa Tronci Susanna,.

ALLEGATO 1

ASSL n° _____ di _____ Anno di
revisione _____ mese _____

ISTITUTO _____ Reparto di
dimissione _____

SDO
n° _____ Regime _____

Cognome _____ Nome _____

DRG: Tipo DRG: Classe DRG: N° gg degenza: N° gg DH:

Controlli di Congruenza			Controlli di Appropriatezza	
Campo modificato	Dato di origine	Dato revisionato	Giornata/ accesso non appropriata/o (data)	Note
Data ricovero				
dimissione				
Regime				
Dgn pr				
Dgn sec 1				
Dgn sec 2				
Dgn sec 3				
Int pr				
Int sec 1				
Int sec 2				
Int sec 3				
Modalità dim				
DRG				
Motivazione della revisione: _____ _____ _____ _____ _____ _____				
Il rappresentante della struttura concorda con la valutazione eseguita? Si ___ No ___ Note ed eventuali controdeduzioni: _____ _____ _____ _____				

Firma _____ Cognome e Nome _____
Il rappresentante della struttura _____

Il rappresentante della struttura _____

Firma _____ Cognome e Nome _____
Il medico revisore _____

Il medico revisore _____