

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Milano Città Metropolitana</p> <p>Attività A141-PA001 <b>CONTROLLI RICOVERI OSPEDALIERI</b></p>	<p>A141-PA001 Rev00 del 26/06/2017 - <b>Scheda items dirimenti qualità documentale</b></p>	<p>Class. 2.7.06</p>
---	--	----------------------

DGR n. IX/621 del 13.10.2010			Deliberazione ATS n. 610 del 23.05.2016 Piano Integrato dei Controlli ATS 2017 (Delib. ATS n. 721/2017)	DGR n. X/6502 del 21.04.2017 - ACSS
N°	Item	Requisito		
1	<b>Numero progressivo della cartella clinica</b>	100%		
2	<b>Generalità del paziente</b> sul frontespizio con: - nome - cognome - data di nascita - luogo di nascita - residenza (Comune o Stato estero)	100%		
3	<b>Struttura di ricovero</b>	100%		
4 - Ricovero Ordinario	<b>Data di ingresso</b> <b>Data di uscita</b>	100%		
5 – DH	<b>Data di ingresso</b> <b>Ora di ingresso</b> <b>Data di uscita</b> <b>Ora di uscita</b> <b>Camera/posto letto</b>	100%	<b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b> Nei DH gli accessi sono valutati singolarmente: per ogni accesso devono essere soddisfatti tutti gli elementi richiesti. Non è sempre stato possibile individuare con esattezza il riferimento al posto letto: si richiama quindi la necessità di attenersi in proposito a quanto previsto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, specificando il numero del posto letto occupato dal paziente.	
6	<b>Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile</b>	100%	<b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b> <u>La firma della scheda di dimissione deve essere sempre presente: è ammessa anche la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.</u>  <b>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017</b> 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."	<u>La firma deve essere sempre presente, è ammessa la firma elettronica così come la sigla riconoscibile del medico che effettua la dimissione.</u> L'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera (art.10, comma 6 D.lgs 196/2003).

6	Scheda Dimissione Ospedaliera con firma del medico responsabile	100%	<p>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."</p> <p>Il DM n. 380/2000 individua, dunque, due diversi elementi essenziali della SDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la firma del medico responsabile della dimissione;</li> <li>• la codifica della prestazione.</li> </ul> <p>A tale proposito si desidera dare indicazioni sulle modalità con cui la firma (anche sigla) del medico responsabile della dimissione deve essere presente sulla SDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>la firma deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore;</u></li> <li>• <u>la sigla deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore,</u> ed inoltre deve essere depositata in apposito registro presente nella Direzione Sanitaria Ospedaliera, consultabile su eventuale richiesta (n.d.r., o comunque con le modalità previste dal D.lgs. 196/2003 articolo 10 comma 6).</li> </ul> <p>Si ricorda infine che la compilazione della SDO deve avvenire <u>nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persona assistita</u> ("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, ovvero per pratiche <b>non</b> oggetto di controllo da parte della ATS) potranno essere corretti (nei tempi previsti dalla normativa vigente) generando una seconda SDO; ambedue le SDO dovranno in <u>questo caso essere presenti all'interno della cartella clinica.</u></p> <p>(n.d.r., In considerazione del fatto che la <u>SDO</u> che dà origine al rimborso economico per le prestazioni erogate dalla Struttura è quella <u>inserita nel flusso rendicontato</u> in Regione, se tale SDO è quella <u>priva della firma del medico responsabile delle dimissioni</u>, si ritiene che <u>non possa dare luogo ad alcun rimborso della prestazione effettuata.</u></p> <p>È stata ravvisata infatti, nel caso specifico, una anomalia che invalida l'intera SDO: "la SDO non è firmata dal medico della U.O. (anche sigla)". Ciò comporta, ai sensi della DGR n. IX/621 del 13.10.2010, la "non rimborsabilità totale" della SDO: abbattimento pari al 100% del valore pre-controllo.)</p>	
7	<p><b>Motivo del ricovero nel foglio di ricovero o nel diario medico in prima giornata o nella documentazione di valutazione all'ingresso</b></p> <p><b>Anamnesi Patologica Prossima</b> (anche specialistica)</p> <p><b>Esame Obiettivo all'ingresso</b> con (anche specialistico) con:</p> <p>- Firma (anche sigla)</p> <p>- Data di stesura</p>	<p>20%</p> <p>10%</p> <p>40%</p> <p>20%</p> <p>10%</p>	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b></p> <p>Si richiama all'ottemperanza delle indicazioni regionali secondo cui <u>l'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.</p> <p>Il requisito relativo all'esame obiettivo all'ingresso è da ritenersi assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione di PS, qualora lo stesso sia ripetuto in regime di ricovero in tempi ragionevolmente brevi.</p>	<p><b>ESAME OBIETTIVO ALL'INGRESSO:</b> deve essere orientato all'esame dei diversi sistemi specie di quelli correlati alle motivazioni del ricovero, è assolto anche in presenza dello stesso sulla documentazione del PS (in tempi brevi). È valido anche il questionario anamnestico autocompilato dalla persona assistita se firmato dal medico che ne prende visione.</p> <p>Tra gli elementi della cartella clinica elencati nel gruppo di requisiti (che prevede il motivo di ricovero, anamnesi patologica prossima, l'esame obiettivo all'ingresso firmato e datato), si ricorda che la grafia, nel caso la cartella clinica sia compilata a mano, deve essere facilmente leggibile, l'uso di sigle è possibile solo qualora sia conforme a standard internazionali o ufficialmente approvati dall'azienda ospedaliera (art.10, comma 6 D.lgs 196/2003).</p>

8	Diario Medico compilato almeno nei giorni feriali	*		
9	Diario Infermieristico compilato tutti i giorni	*		
10	<p>Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) compilato e firmato dal medico responsabile</p> <p>Programma Riabilitativo Individuale (pri) compilato e firmato dal medico responsabile</p>	100%	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 4)</b>  <u>La stesura del Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) e del programma riabilitativo individuale (p.r.i.) con scala/e di valutazione della disabilità/necessità riabilitativa deve essere redatta (n.d.r., e firmata) dal Fisiatra o altro medico specialista facente parte dell'equipe riabilitativa.</u></p>	
11	Referti relativi agli esami diagnostici effettuati durante il ricovero (indicativi del percorso diagnostico descritto nella lettera di dimissione)	*		
12	<p>Consenso informato all'intervento chirurgico e/o a trasfusioni con:</p> <p>- firma del medico e del paziente</p> <p>- data di compilazione</p>	<p>90%</p> <p>10%</p>	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b>  <u>Il consenso informato deve essere completo e quindi contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</u></p> <p>Il consenso informato alla eventuale <b>trasfusione</b> deve essere presente, completo e firmato sia dal paziente che dal medico; ciò è richiesto anche nei casi in cui la <b>trasfusione non venga effettuata</b>, 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, come indicato nell'<b>MSBOS (o documento simile)</b> di ciascuna Struttura, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata: i documenti citati saranno ritenuti validi solo se concordi con le evidenze scientifiche esistenti in materia.</p> <p>Si precisa altresì che il requisito relativo al consenso informato all'<b>intervento chirurgico</b> e alle <b>trasfusioni</b>, firmato (90%) e datato (10%), così come è descritto dalla DGR n. IX/621 del 13.10.2010, <i>"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"</i>: 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: <i>"il consenso informato, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario, all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche come previsto dalla normativa vigente"</i>) nonché delle disposizioni nazionali di riferimento.</p> <p><b>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017</b>  Infine, secondo quanto disposto dagli Uffici regionali (cfr. Verbale di riunione del GdL Accreditamento, Appropriatelyzza e Controllo del 18.07.2014), <i>"... al fine di fornire agli organi di controllo delle ASL un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente, si dispone che gli Erogatori forniscano all'ASL i propri documenti MSBOS ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOS non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti."</i></p>	<p><u>Il consenso informato deve essere acquisito prima: dell'intervento chirurgico, dell'anestesia, dell'utilizzo di sangue o emocomponenti e di altri trattamenti e procedure ad alto rischio.</u></p> <p>Nel caso in cui il Paziente è candidato a protocolli di ricerca, indagini e sperimentazioni cliniche, il consenso informato dovrà essere acquisito prima della partecipazione alle suddette procedure. Esso, <u>deve essere datato e firmato dalla persona assistita (n.d.r., e dal medico), deve essere completo e deve contenere l'esatta denominazione dell'intervento chirurgico.</u></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 (n.d.r., per i casi particolari o le situazioni in cui il minore può esprimere il consenso autonomamente vedi la DGR n. 6502 del 21.04.2017 dell'ACSS - Consenso per i minori (Allegato 2 – Aree di approfondimento autocontrollo qualità documentale 3%).</p> <p><b>CONSENSO INFORMATO ALLE TRASFUSIONI:</b> <u>con data di compilazione e firma del medico e del paziente.</u></p> <p>Si ribadisce quanto espresso nel verbale della Seconda riunione dell'attività 2014 del Gruppo di Lavoro Accreditamento, Appropriatelyzza e Controlli del 18.07.2014:  "Consenso informato alla trasfusione per la chirurgia elettiva:  il consenso deve essere presente (completo e firmato sia dal paziente che dal medico) anche nei casi in cui la trasfusione non venga effettuata; ciò a tutela del principio che il consenso sia prestato dal paziente prima del verificarsi dell'evento trasfusivo. Al fine di fornire agli organi di controllo delle ATS un indicatore certo della correttezza del processo informativo del paziente, escludendo quindi dalla verifica descritta tutti i casi in cui essa risulterebbe non pertinente (es. chirurgia dermatologica in anestesia locale ecc.), si suggerisce che gli Erogatori forniscano alle ATS i propri documenti MSBOS ("Maximum Surgical Blood Order Scheduling", ovvero quantità massima di sangue/emocomponenti richiedibile per intervento chirurgico), ritenendo che la "non pertinenza" del consenso informato alla trasfusione in chirurgia elettiva, sia deducibile per tutti gli interventi in cui l'MSBOS non preveda l'opportunità della richiesta di emocomponenti.</p>

			<p><u>In carenza di quanto prescritto, ovvero in caso di assenza immotivata del consenso informato all'intervento chirurgico o assenza del consenso alla trasfusione ove questa fosse effettuata, o di assenza del consenso alla trasfusione ove l'MSBOS indichi la necessità di sacche di sangue a disposizione, si procederà alla decurtazione, nella misura prevista dalla normativa vigente, del valore economico delle relative pratiche di ricovero.</u></p>	<p>L'obbligo del consenso informato sarà così correttamente limitato, oltre che in tutti i casi in cui sia stata effettuata una trasfusione, anche alle situazioni in cui, come indicato nell'MSBOS di ciascuna Struttura, sia prevista la richiesta di sangue, anche solo a disposizione, pur se la trasfusione non venga poi effettuata.</p> <p>Si chiarisce infine che l'MSBOS è una tabella di tutte le procedure chirurgiche, che include il numero di unità di sangue/emocomponenti/emoderivati routinariamente predisposti per ogni procedura.</p> <p>Esso viene elaborato da ciascuna Struttura mediante un'analisi retrospettiva del consumo di sangue/emocomponenti/emoderivati legato alla specifica procedura chirurgica, con l'obiettivo di correlare nel modo più stringente ed efficiente possibile la quantità di sangue ritirato con la quantità trasfusa.</p>
13	Diario del terapeuta della riabilitazione compilato giornalmente in conformità a quanto previsto dai requisiti specifici di autorizzazione e accreditamento	*		
14	Documentazione/cartella anestesiologicala con monitoraggio intraoperatorio	40%	<p>n.d.r. <b>MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA, REGIONE LOMBARDIA, SECONDA EDIZIONE, 2007</b></p> <p>La documentazione anestesiologicala, cartellino o scheda, racchiude le informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>valutazione preoperatoria</u> con assegnazione del paziente ad una classe di rischio (ASA) e individuazione della tecnica anestesiologicala più appropriata;</li> <li>• <u>preanestesia</u></li> <li>• <u>conduzione anestesiologicala</u> comprendente, oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dati sull'intervento e sull'équipe chirurgica;</li> <li>○ tipo di anestesia utilizzato ed eventuali modificazioni resesi necessarie;</li> <li>○ tipo di supporto respiratorio;</li> <li>○ procedure invasive poste in essere;</li> <li>○ parametri vitali monitorati;</li> <li>○ indicazione di nome, dose, vie e ora di somministrazione dei farmaci utilizzati;</li> <li>○ segnalazione di eventuali complicanze.</li> </ul> </li> <li>• <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 operative di degenza).</li> </ul>	<p><b>DOCUMENTAZIONE CARTELLA ANESTESIOLOGICA:</b> tale documentazione racchiude le valutazioni relative a:</p> <p><u>Valutazione preoperatoria:</u> deve considerare i problemi ragionevolmente prevedibili a carico del paziente con assegnazione dello stesso a una classe di rischio (ASA) e individuare la tecnica anestesiologicala più appropriata.</p> <p>Quanto occorso durante l'anestesia dovrebbe tradursi in apposita registrazione cronologicamente definita, comprendente oltre agli estremi identificativi del paziente e del ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dati sull'intervento</li> <li>• tipo di anestesia utilizzata ed eventuali modificazioni resesi necessarie</li> <li>• tipo di supporto respiratorio</li> <li>• procedure operative poste in essere</li> <li>• parametri vitali monitorati.</li> </ul> <p><u>Preanestesia</u> <u>Conduzione anestesiologicala</u> <u>Valutazione postoperatoria</u></p>
	<p><b>Verbale operatorio con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- descrizione dell'intervento</li> <li>- data dell'intervento</li> <li>- durata dell'intervento</li> <li>- identificazione degli operatori (almeno 3 nei DH e 5 nei ricoveri ordinari<sup>1</sup>)</li> </ul>	60%	<p>n.d.r. <b>PROCEDURE MONOPERATORE</b></p> <p>Elenco relativo a procedure interventistiche che possono essere effettuate da un unico operatore medico chirurgo anche in regime di ricovero ordinario: DGR n. IX/ 4605 del 28.12.2012 e DGR n. X/ 2983 del 23.12.2014.</p> <p><sup>1</sup> con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo</p>	<p><b>IL VERBALE OPERATORIO</b> deve contenere la descrizione chiara della tipologia di intervento effettuato, la data dell'intervento, la durata dell'intervento, <u>almeno 3 operatori nei DS e Ricoveri Ordinari 0-1 giorno e almeno 5 operatori nei ricoveri ordinari</u>, con l'eccezione degli interventi in anestesia locale gestita dal chirurgo; è altresì fondamentale che vi sia presente <u>la firma del primo operatore nel verbale operatorio.</u></p>

15	<p><b>Lettera di dimissione<sup>2</sup></b> con almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- data di stesura</li> <li>- identificazione del medico redattore</li> <li>- sintesi descrittiva del decorso clinico (comprese le condizioni del paziente alla dimissione)</li> <li>- indicazione di eventuali terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (con eventuale precisazione di "nessuna prescrizione")</li> </ul>	100%	<p><b>DELIBERAZIONE ATS N. 610/2016 (ALLEGATO 9)</b></p> <p>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".</p> <p>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" (n.d.r., ovvero non può essere sostituita da altra documentazione).</p> <p>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.</p> <p>È ammessa la <u>firma</u> elettronica e la presenza di una lettera di dimissione complessiva per i cicli di Day Hospital.</p> <p><b>PIANO INTEGRATO DEI CONTROLLI ATS 2017</b></p> <p>La lettera di dimissione deve essere redatta dal medico che ha seguito il ricovero ed essa deve contenere i seguenti elementi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• data di stesura,</li> <li>• identificazione del medico redattore,</li> <li>• motivo del ricovero,</li> <li>• sintesi descrittiva del decorso clinico (compresi accertamenti significativi, eventuali trasfusioni, partecipazione a studi clinici ecc. ed infine le condizioni del paziente alla dimissione),</li> <li>• terapie farmacologiche attuate,</li> <li>• indicazione di terapie e prescrizioni diagnostiche previste dopo la dimissione (oppure se non prevista alcuna terapia, precisazione di "nessuna prescrizione"),</li> <li>• firma del medico dimettente.</li> </ul> <p>A quest'ultimo proposito si desidera dare indicazioni sulla firma del medico che redige la lettera di dimissione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>la firma</u> deve essere accompagnata dal timbro affinché sia chiara l'identità dell'autore;</li> <li>• <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;</li> <li>• è ammessa sia la firma elettronica, sia la firma elettronica avanzata, che quella digitale (DPCM 22 febbraio 2013 "Codice dell'Amministrazione Digitale"), comunque sistemi che garantiscano la univoca connessione al firmatario. Le suddette tipologie di firme non devono essere confuse con altri oggetti omofoni definiti genericamente "elettronici", come ad esempio la firma autografa scannerizzata e conservata come immagine o il semplice riferimento nominativo del medico senza altre specifiche identificative della natura della firma. Il documento in questione deve infatti contenere esplicitamente la dicitura che identifica il tipo di firma non autografa apposta ai sensi della normativa di riferimento.</li> </ul>	<p>La lettera di dimissione è il "documento medico che funge da collegamento tra l'ospedale e il medico di medicina generale o l'ambito assistenziale che si prenderà cura della persona assistita dopo la dimissione". Redatta dal medico che ha seguito il ricovero essa deve contenere in modo chiaro ed esaustivo i seguenti campi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Circostanze, motivo del ricovero</li> <li>2. Iter diagnostico - terapeutico e accertamenti significativi</li> <li>3. Modificazioni del quadro clinico dalla ammissione alla dimissione</li> <li>4. Terapia farmacologica attuale</li> <li>5. Terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up</li> <li>6. Eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie o sociosanitarie o sociali</li> <li>7. Suggerimenti su abitudini di vita.</li> </ol>
	<p><sup>2</sup>può essere assente in caso di paziente deceduto, auto-dimesso e neonato sano</p>			

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

Normativa di riferimento:

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