



Numero: 70/AOS	<b>Pag.</b> <b>1</b>
Data: 04/04/2005	

**DECRETO DEL DIRIGENTE DEL  
SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA  
N. 70/AOS DEL 04/04/2005**

**Oggetto: Deliberazione n. 1212 del 19/10/2004. Regolamentazione dell'attività di controllo delle prestazioni sanitarie: manuale di controllo delle prestazioni sanitarie – anno 2005**

**IL DIRIGENTE DEL  
SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio riportato in calce al presente decreto, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di emanare il presente decreto;

VISTO l'articolo 16 della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20

**- D E C R E T A -**

- di approvare il "Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie – anno 2005" nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale del presente atto;
- si attesta inoltre che dal presente decreto non deriva un impegno di spesa a carico della Regione.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA  
(dott. Claudio M. Maffei)**



## **- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

Con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1212 del 19/10/2004 veniva definita la regolamentazione dell'attività di controllo delle prestazioni sanitarie che prevede la definizione di un Manuale con le indicazioni circa le modalità operative per l'effettuazione dei controlli previsti.

La DGR prevede a regime che al fine di garantire la piena condivisione del Manuale il Servizio Assistenza Ospedaliera predisponga una proposta da sottoporre agli organismi sotto elencati che potranno far pervenire eventuali osservazioni entro 30 giorni, decorsi i quali il Servizio provvede all'adozione del Manuale con proprio atto.

Gli organismi a cui il documento va sottoposto sono:

- la Commissione paritetica per le case di cura monospecialistiche;
- la Commissione paritetica per le case di cura plurispecialistiche;
- l'Osservatorio regionale per l'appropriatezza;
- i Comitati di verifica delle prestazioni sanitarie delle Aziende sanitarie.

Per la definizione del primo Manuale la DGR n.ro 1212/04 dà invece mandato al Servizio di procedere alla sua definizione entro 90 giorni.

## **SI PROPONE**

- di approvare il "Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie – anno 2005" nel testo allegato che fa parte integrante e sostanziale del presente atto.

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

(dott. Claudio M. Maffei)

## **- ALLEGATI -**

**Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie – anno 2005**



Numero: 70/AOS	<b>Pag.</b> <b>3</b>
Data: 04/04/2005	

## **Manuale di controllo delle prestazioni sanitarie – anno 2005**

### **Premessa**

La verifica di appropriatezza delle prestazioni sanitarie rappresenta un preciso obbligo delle aziende sanitarie pubbliche e private come previsto espressamente dalla normativa sull'autorizzazione e l'accREDITAMENTO regionale.

Con la DGR 1212/04 si è inteso inserire tale funzione nell'ambito di un'attività programmata a livello regionale con la possibilità quindi di effettuare analisi comparative tra i diversi erogatori su specifiche prestazioni.

Il presente documento si propone di sperimentare un primo sistema di controlli sviluppando nel corso del 2005 una verifica su specifiche tipologie di prestazioni al fine di raccogliere informazioni da utilizzare nella definizione del Manuale 2006 che prevederà un percorso di condivisione con i diversi soggetti interessati e il supporto dei gruppi di lavoro previsti dalla stessa Delibera.

Le modalità di individuazione dei campioni di cartelle cliniche da sottoporre a verifica sono riportate nell'Allegato 1.



## Attività di controllo interno

### Attività di ricovero

#### *Controlli generali sul tracciato record*

La Direzione medica di presidio (Direzione sanitaria per le strutture private) dovrà procedere alla definizione di un documento, da trasmettere in allegato alla relazione conclusiva dell'attività di controllo del 2005 prevista dalla DGR 1212 (per le strutture private la relazione andrà trasmessa alla Zona di competenza entro il 31/12), relativo alla modalità di gestione del flusso informativo SDO, che evidenzia in particolare le restrizioni inserite in fase di immissione del dato e le procedure di revisione del tracciato.

#### *Controlli generali sul DRG*

##### Ricoveri in day hospital con procedura di chemioterapia che non esitano in DRG 410 o 492:

- a. criteri di estrazione:  
regime 2, procedura 9925 in almeno uno dei campi, DRG diverso da 410 e 492;
- b. attività di verifica:  
rilevare dalla documentazione clinica che non si tratti di un ricovero effettuato per la sola chemioterapia e gli eventuali accertamenti routinari associati alla stessa;
- c. esito della verifica:  
riportare nel campo E10:  
1: corretta attribuzione al DRG;  
2: ricovero per chemioterapia e conseguente correzione della SDO e ridefinizione del DRG.

#### *Controlli generali sull'appropriatezza*

##### Tagli cesarei

- a. criteri di estrazione:  
DRG 370 o 371 ed età minore di 45 anni;
- b. attività di verifica:  
sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare secondo la causa che ha determinato la procedura;
- c. esito della verifica:  
riportare nel campo E10 (in presenza di più condizioni si deve indicare quella identificata dal valore numerico minore; ad esempio in presenza di patologia materna e fetale deve essere indicato il codice 1):  
1: motivato da patologia fetale;  
2: motivato da patologia della madre;  
3: motivato da richiesta dell'assistita;  
9: documentazione clinica incompleta.



Numero: 70/AOS	Pag. 5
Data: 04/04/2005	

Day surgery o One day surgery con sole procedure classificate come "ambulatoriali" secondo la DGR 605/2002

a. criteri di estrazione:

DRG chirurgico; regime = 1 e giornate di degenza ordinaria = 1; regime = 2; età < 75 anni; tutte le procedure chirurgiche segnalate classificate come "ambulatoriale" nella DGR 605/2002;

b. attività di verifica:

sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero secondo la motivazione del ricorso al ricovero ospedaliero;

c. esito della verifica:

riportare nel campo E10 (in presenza di più condizioni si deve indicare quella identificata dal valore numerico minore):

1: assistenza anestesiologicala documentata;

2: motivato dalle specifiche condizioni cliniche del paziente (che devono essere riportate nelle diagnosi secondarie della SDO);

3: ricovero inappropriato;

9: documentazione clinica incompleta.

Day hospital con DRG medico senza procedura prevista nel secondo repertorio regionale

a. criteri di estrazione:

regime = 2, DRG medico; la procedura principale e la prima procedura secondaria non sono tra quelle indicate nel secondo repertorio regionale del day hospital medico;

b. attività di verifica:

sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in una delle categorie sottoriportate;

c. esito della verifica:

riportare nel campo E10 (in presenza di più condizioni si deve indicare quella identificata dal valore numerico minore):

1: motivato dalle specifiche condizioni cliniche del paziente (che devono essere riportate nelle diagnosi secondarie della SDO);

2: assistenza anestesiologicala documentata in cartella clinica;

3: ricovero inappropriato;

9: documentazione clinica incompleta.



Ricoveri con intervento al setto nasale

a. criteri di estrazione:

una tra le procedure corrispondente al codice ICD 9: 21.5;

b. attività di verifica:

sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in una delle categorie sottoriportate;

c. esito della verifica:

riportare nel campo E10 (in presenza di più condizioni si deve indicare quella identificata dal valore numerico minore; ad esempio in presenza di polipi e riniti recidivanti deve essere indicato il codice N1):

- 1: polipi nasali;
- 2: sinusiti croniche;
- 3: riniti recidivanti;
- 4: roncopia (russamento abituale e Sleep Apnea Syndrome);
- 5: ostruzione respiratoria;
- 6: ipertrofia dei turbinati;
- 7: ipoosmia;
- 9: documentazione clinica incompleta.

Ricoveri con intervento di legatura e stripping di vene

a. criteri di estrazione:

DRG = 119;

b. attività di verifica:

sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in una delle categorie sottoriportate e a verificare la corretta indicazione nella SDO delle eventuali specifiche condizioni cliniche del paziente;

c. esito della verifica:

riportare nel campo E10 la codifica secondo il seguente schema:

Gruppi di procedure	Anestesia	Codifica
varicectomia e varici residue / flebectomie secondo Muller / tecnica Chiva	Locale	1
	Spinale	2
	Generale	3
safenectomia con crossectomia / legatura comunicanti o perforanti /varici recidive e/o revisione cross safeno-femorale o safeno-poplitea non complesse	Locale	4
	Spinale	5
	Generale	6
varici recidive con crossectomia / sezione endoscopica vene perforanti sub-fasciale (S.E.P.S.) / valvuloplastiche	Locale	7
	Spinale	8
	Generale	9
documentazione clinica incompleta		0

Nota: in presenza di una delle procedure indicate nella colonna 1 si ricava il codice da indicare nel campo E10 sulla base del tipo di anestesia; ovvero:

- in presenza di una varicectomia in anestesia spinale: codice 2;
- in presenza di una tecnica Chiva in anestesia spinale: codice 2;
- valvuloplastica in anestesia generale: codice 9.



Numero: 70/AOS	Pag. 7
Data: 04/04/2005	

Nota: qualora si registrassero difficoltà nell'inserimento dell'esito del controllo nel tracciato, si dovrà procedere alla trasmissione in file separato del dato relativo ai codici identificativi del ricovero e il valore del campo E10.  
In questa prima fase si garantirà un supporto informatico se richiesto per l'estrazione dei ricoveri da sottoporre a controllo.

### **Attività ambulatoriale**

#### *Controlli generali sul tracciato record*

Ciascuna struttura deve procedere alla verifica del corretto inserimento dei dati procedendo alla verifica incrociata tra impegnative e dati del tracciato F per un numero minimo di 30 impegnative per trimestre.

#### *Controlli generali sul corretto addebito delle prestazioni*

Ciascuna struttura deve procedere al linkage delle prestazioni ambulatoriali con l'attività di ricovero sulla base del codice fiscale dell'assistito al fine di individuare eventuali prestazioni erogate nel periodo del ricovero come pure, per i residenti nella regione Marche, effettuare una verifica delle prestazioni effettuate nei 30 giorni precedenti e 30 giorni successivi alla dimissione.

Su tutte tali prestazioni occorre effettuare una verifica che conduca alla classificazione delle prestazioni come:

- 1: non correlate al ricovero;
- 2: annullate perché correlate al ricovero (si deve procedere all'annullamento della prestazione, al rimborso dell'eventuale ticket versato dall'assistito e ad inserire nella documentazione clinica l'esito degli accertamenti).

#### *Controlli generali sull'appropriatezza*

Si richiede di procedere alla verifica di almeno un totale di 50 prestazioni per trimestre per le seguenti tipologie di prestazioni:

- secondo ecocolordoppler (stesso codice prestazione e stesso codice fiscale paziente) effettuato entro 3 mesi dal primo;
- RMN caviglia;
- RMN polso;
- MOC.

In tale caso andrà riportato nel campo E10 l'esito della prestazione secondo la seguente classificazione:

- 1: esito positivo (accertamento nel corso dell'esame di una patologia non precedentemente accertata o monitoraggio di patologia preesistente);
- 2: esito negativo (nessuna segnalazione di patologia né pregressa né di nuova insorgenza);
- 9: documentazione non reperita.



Nota: qualora si registrassero difficoltà nell'inserimento dell'esito del controllo nel tracciato, si dovrà procedere alla trasmissione in file separato del dato relativo ai codici identificativi del ricovero e il valore del campo E10.

In questa prima fase si garantirà un supporto informatico se richiesto per l'estrazione dei ricoveri da sottoporre a controllo.

### **Altre prestazioni sanitarie: trasporti sanitari**

Per le strutture pubbliche, si richiede di procedere ad una verifica sui casi di trasporto sanitario svolte sui singoli pazienti trasportati presso gli ambulatori riabilitativi per almeno 5 giorni in ogni trimestre; il controllo andrà svolto da un Dirigente medico del distretto se ambulatorio distrettuale e da Dirigente medico di presidio se ambulatorio ospedaliero andrà registrato nell'apposita scheda di verbale di controllo di cui all'allegato 2.

### **Attività di controllo esterno sulle strutture private accreditate**

La verifica deve essere effettuata trimestralmente entro 30 giorni dalla trasmissione del file contenete il tracciato record e con un preavviso di 48 ore; si realizza nelle seguenti fasi:

- verifica dell'attività di controllo interno;
- verifica sulla documentazione clinica;
- verifica della corretta attribuzione degli oneri delle prestazioni pre e post ricovero.

Il Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie (CVPS) procede alla individuazione di due incaricati dell'effettuazione del controllo; mentre l'esito del controllo, se necessario, verrà discusso in un incontro tra rappresentanti della struttura e CVPS. Innanzitutto si procederà alla verifica della corretta applicazione delle indicazioni in materia di controllo interni (che include la verifica della corretta attribuzione degli oneri delle prestazioni pre e post ricoveri) .

La verifica sulla documentazione clinica si effettua sull'1% di cartelle non soggette a verifica interna delle strutture private accreditate e sarà effettuata sulle seguenti tipologie di ricoveri:

- ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA: applicazione della metodica PRUO per la giornata di ammissione (Allegato 3);
- ricoveri ordinari per le procedure chirurgiche incluse nell'indice di day surgery (calcolato per i residenti nella Zona di collocazione della struttura), se il valore dell'indice della struttura è inferiore al 90%;
- ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore mediano regionale;
- ricoveri in lungodegenza: applicazione della metodica PRUO – modificata applicata alla decima giornata di degenza (Allegato 4).

Sulla base di quanto emerso dalla verifica dell'attività di controllo interno e del controllo delle cartelle cliniche, come pure degli eventuali controlli già routinariamente attuati prima dell'adozione delle DGR 1212/04 dalla Zona, sarà possibile procedere ad ulteriori controlli che andranno verbalizzati a parte (Allegato 5).





### Attività di controllo sulle Aziende ospedaliere

L'attività di verifica sull'1% di cartelle non soggette a verifica interna delle Aziende ospedaliere sarà effettuata sulle seguenti tipologie di ricoveri:

- day hospital con DRG medico senza procedura prevista nel II repertorio regionale;
- ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore medio regionale;
- SDO con procedura di chemioterapia (9925) che non esitano in DRG 410 o 492: verificare nella documentazione clinica che non si tratti di un ricovero effettuato per l'effettuazione della sola chemioterapia e degli eventuali accertamenti associati alla stessa.

Sulla base di quanto emerso dalla verifica dell'attività di controllo interno e del controllo effettuato sull'ulteriore 1% di cartelle sarà possibile procedere ad ulteriori controlli che andranno verbalizzati a parte (Allegato 6).



## Allegato 1. Modalità di calcolo del numero di cartelle cliniche da sottoporre a verifica.

In relazione ai criteri di selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a controllo si segnala che i controlli saranno effettuati su cartelle con data di ammissione successiva alla data di adozione del presente atto.

### Controlli interni sull'attività di ricovero

Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia di controllo deriverà dal calcolo del 2% dei ricoveri totali per acuti effettuati nel trimestre; successivamente occorrerà individuare la numerosità delle seguenti tipologie di ricoveri (secondo i criteri di selezione soprariportati):

1. ricoveri in day hospital con procedura di chemioterapia che non esitano in DRG 410 o 492;
2. tagli cesarei;
3. day surgery / one day surgery per le sole procedure classificate come "ambulatoriali" secondo la DGR 605/2002;
4. day hospital con DRG medico senza procedura prevista nel II repertorio regionale;
5. ricoveri con intervento al setto nasale;
6. ricoveri con intervento di legatura e stripping di vene.

Si procederà quindi ad estrarre per ciascuna tipologia la percentuale sottoriportata:

a. se la struttura è sede di un punto nascita e presenta una percentuale di cesarei > 30%: occorrerà riservare il 60% del numero totale delle cartelle da controllare alla revisione delle cartelle cliniche con taglio cesareo;

b. se la struttura non è sede di punto nascita (ordinare per numerosità le diverse tipologie di ricoveri da sottoporre a controllo) – per le strutture con punto nascita tali percentuali si applicano sul 40% delle cartelle da controllare:

Tipologia di ricovero da sottoporre a controllo	Nro casi	% da controllare	Nro da controllare*
1. (categoria più numerosa)		10%	
2.		10%	
3.		15%	
4.		15%	
5.		20%	
6. (categoria meno numerosa)		20%	

\* almeno 5 cartelle per ciascuna tipologia sopraelencate.

Nel caso in cui non vi fossero ricoveri per una o più delle tipologie di ricovero individuate



Numero: 70/AOS	Pag. 11
Data: 04/04/2005	

per il controllo il numero di cartelle segnalate dalla tabella soprastante andranno divise in parti uguali tra le altre categorie.



## Controlli sulle strutture private accreditate sull'attività di ricovero

Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia di controllo deriverà dal calcolo del 1% dei ricoveri totali (inclusa lungodegenza) effettuati nel trimestre, escludendo le cartelle già sottoposte a controllo interno; successivamente occorrerà individuare la numerosità delle seguenti tipologie di ricoveri (secondo i criteri di selezione soprariportati):

a. se la struttura è sede di un punto nascita e presenta una percentuale di cesarei > 30%: occorrerà riservare il 60% del numero totale delle cartelle da controllare alla revisione delle cartelle cliniche con taglio cesareo;

b. se la struttura non è sede di punto nascita (ordinare per numerosità le diverse tipologie di ricoveri da sottoporre a controllo) – per le strutture con punto nascita tali percentuali si applicano sul 40% delle cartelle da controllare:

Tipologia di ricovero da sottoporre a controllo	Nro casi	% da controllare	Nro da controllare*
ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA: applicazione della metodica PRUO per la giornata di ammissione (Allegato);		25%	
ricoveri ordinari per le procedure chirurgiche incluse nell'indice di day surgery, se il valore dell'indice della struttura è inferiore al 90%;		25%	
ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore medio regionale;		25%	
ricoveri in lungodegenza: applicazione della metodica PRUO – modificata applicata alla decima giornata di degenza (Allegato).		25%	

\* almeno 5 cartelle per ciascuna tipologia sopraelencate.

Nel caso in cui non vi fossero ricoveri per una o più delle tipologie di ricovero individuate per il controllo il numero di cartelle segnalate dalla tabella soprastante andranno divise in parti uguali tra le altre categorie.



## Controlli sulle Aziende Ospedaliere

Il calcolo del numero di cartelle da sottoporre a controllo per tipologia di controllo deriverà dal calcolo del 1% dei ricoveri totali (inclusa lungodegenza) effettuati nel trimestre, escludendo le cartelle già sottoposte a controllo interno; successivamente occorrerà individuare la numerosità delle seguenti tipologie di ricoveri (secondo i criteri di selezione soprariportati):

Tipologia di ricovero da sottoporre a controllo	Nro casi	% da controllare	Nro da controllare*
day hospital con DRG medico senza procedura prevista nel II repertorio regionale		40%	
ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore medio regionale		30%	
SDO con procedura di chemioterapia (9925) che non esitano in DRG 410 o 492: verificare nella documentazione clinica che non si tratta di un ricovero effettuato per l'effettuazione della sola chemioterapia e degli eventuali accertamenti associati alla stessa		30%	



**Allegato 2. Scheda di verifica dell'appropriatezza delle autorizzazione al trasporto sanitario.**

Data: \_\_\_\_\_ / Struttura: \_\_\_\_\_

Responsabile dell'attività di controllo: \_\_\_\_\_

Numero servizio (indicato dalla CO nella scheda di autorizzazione)	Compilazione della scheda di richiesta	Condizione clinica riscontrata	Necessità di trasporto	Appropriatezza del mezzo utilizzato
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì completa <input type="checkbox"/> Sì incompleta <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Timbro e firma



## **Allegato 3. Criteri di verifica dell'appropriatezza all'ammissione dei ricoveri per DRG medici dei LEA nelle strutture private accreditate. PRUO edizione 2002**

### **Criteri di Appropriatezza**

#### **A. Criteri legati alla condizione del paziente**

1. frequenza cardiaca  $< 50$  o  $> 140$  (a riposo)
2. pressione arteriosa sistolica  $< 90$  o  $> 200$  mm Hg o diastolica  $< 60$  o  $> 120$  mm Hg
3. – “annullato”
4. temperatura ascellare  $> =38^\circ$  per 5 giorni compreso il giorno di ammissione in ospedale
5. sanguinamento in atto, o nelle ultime 48 ore
6. squilibrio idroelettrolitico, acido-base. Metabolico o minerale (laboratorio e/o clinica)
7. sospetto o certezza di ischemia miocardia acuta
8. problemi neurologici acuti e/o rapidamente progressivi
9. – “annullato”
10. perdita o calo improvviso della vista o dell'udito
11. perdita acuta della capacità di muovere una parte del corpo

#### **B. Criteri legati a prestazioni necessarie nelle 24 ore successive**

12. osservazione e prestazioni mediche almeno 3 volte nelle 24 ore
13. osservazioni e prestazioni infermieristiche almeno 4 volte nelle 24 ore
14. assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua
15. monitoraggio dei parametri vitali almeno 4 volte nelle 24 ore
16. procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive il giorno stesso o il successivo
17. controllo di terapie e/o effetti collaterali da verificare nelle 24 ore
18. somministrazione di farmaci o fluidi e.v. continua o da ripetersi più volte al giorno

#### **C. Criteri straordinari (Override)**

19. ammissione comunque giustificata (override positivo)
20. ammissione comunque ingiustificata (override negativo)

Motivazioni: \_\_\_\_\_

### **MOTIVI DI APPROPRIATEZZA**

#### **H) Motivi di inapproprietezza della giornata di ammissione**

31. Esecuzione di esami diagnostici
32. Esecuzione di intervento terapeutico medico
33. Attesa di esecuzione di intervento chirurgico
34. Assistenza infermieristica di base
35. Assistenza infermieristica – terapia
36. Clinica complessivamente critica
37. Situazione familiare critica
38. Situazione sociale critica

Altro (specificare): intervento eseguibile in altro livello assistenziale:



Numero: 70/AOS	Pag. 16
Data: 04/04/2005	





Numero: 70/AOS	Pag. 17
Data: 04/04/2005	

**Allegato 4. Analisi delle giornate di degenza in lungodegenza nelle strutture private accreditate.**

**Giorno indice:** \_\_\_\_\_ / (decima giornata di degenza)

1. Attesa trasferimento struttura per acuti
2. Atteso trasferimento in RSA
3. Attesa trasferimento in Casa protetta
4. Assistenza domiciliare non disponibile
5. Paziente senza fissa dimora
6. Richiesta dei familiari di prolungamento della degenza
7. Indisponibilità del malato al trasferimento ad altra struttura
8. Paziente deceduto nelle 48 ore successive alla verifica
9. Paziente non rientrante nelle precedenti categorie



**Allegato 5. Schema di verbale della verifica presso le strutture private accreditate.**

(Nota: le seguenti schede costituiranno il verbale di verifica e andranno sottoscritte singolarmente dai presenti; saranno inoltre integrate dal verbale di eventuali ulteriori controlli definiti a livello locale; il numero di prestazioni da sottoporre a controllo è definito dall'apposita tabella di cui allegato 1).

**Attività di controllo delle prestazioni sanitarie in strutture private accreditate**

In data \_\_\_\_\_ si è svolta una verifica delle prestazioni erogate nel periodo \_\_\_\_\_

dalla struttura \_\_\_\_\_ secondo quando previsto dal Manuale di controllo

delle prestazioni sanitarie.

Erano presenti:

Rappresentanti dell'ASUR - Zona (nominativo e qualifica):	Rappresentati della struttura (nominativo e qualifica):

Si è proceduto da parte della Struttura alla presentazione dell'attività di controllo svolta e successivamente alla verifica tramite la revisione delle seguenti cartelle cliniche (si deve in particolar modo verificare l'inserimento nel campo E10 del flusso SDO dell'esito della verifica codificato secondo il presente atto):

Anno / Numero progressivo della SDO	Tipologia di prestazione sottoposta a controllo	Esito del controllo interno (codice riportato nella SDO nel campo E10)	Convalida dell'esito del controllo
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

NB: vanno sottoposte a controllo un campione di cartelle per ciascuna tipologia di prestazioni sottoposte a controllo; il numero di prestazioni soggette a controllo interno da sottoporre a revisione viene definito in sede di verifica.



Rispetto all'attività di controllo interna svolta per le prestazioni ambulatoriali:

1. si è accertato la regolare esecuzione del controllo su 200 impegnative tramite la valutazione del verbale redatto dell'accertamento, e si segnala che:

---

---

---

---

2. si è verificato il controllo incrociato tra flusso SDO e flusso C delle prestazioni erogate a ricoverati in fase pre, post e di ricovero, e si segnala che:

---

---

---

---

3. si è accertata l'attività di revisione e la indicazione nel flusso F dell'esito della stessa per le prestazioni indicate, e si segnala che:

---

---

---

---

(si deve in particolar modo verificare l'inserimento nel campo E10 del flusso ambulatoriale dell'esito della verifica codificato secondo il presente atto):

Anno / Numero progressivo della SDO	Tipologia di prestazione sottoposta a controllo	Esito del controllo interno (codice riportato nella SDO nel campo E10)	Convalida dell'esito del controllo
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



Numero: 70/AOS	Pag. 20
Data: 04/04/2005	

NB: vanno sottoposte a controllo un campione di cartelle per ciascuna tipologia di prestazioni sottoposte a controllo; il numero di prestazioni soggette a controllo interno da sottoporre a revisione viene definito in sede di verifica.



**Attività di controllo sulle strutture private accreditate**

Ricoveri ordinari per DRG medici dei LEA: applicazione della metodica PRUO per la giornata di ammissione (Allegato).

Anno / Numero progressivo della SDO	DRG del LEA	Criterio di appropriatezza / non appropriatezza e commento della commissione



--	--	--



### Attività di controllo sulle strutture private accreditate

Ricoveri in lungodegenza: identificazioni di alcune condizioni che possono motivare la prosecuzione del ricovero (Allegato 4).

Anno / Numero progressivo della SDO	Trasferimento da struttura pubblica	Condizione riscontrata (numero ripostato nell'Allegato):	Note:
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì: quale:		



### Attività di controllo sulle strutture private accreditate

Ricoveri ordinari per le procedure chirurgiche incluse nell'indice di day surgery, se il valore dell'indice della struttura è inferiore al 90%.

Anno / Numero progressivo della SDO	Procedura chirurgica inclusa nell'indice di day surgery	Motivazione del mancato ricorso al Day surgery / One day surgery	Appropriatezza del ricovero ordinario
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No





### Attività di controllo sulle strutture private accreditate

Ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore medio regionale.

Anno / Numero progressivo della SDO	Motivazione del ricorso al cesareo



### Attività di controllo sulle strutture private accreditate

Verifica sulle procedure ambulatoriali erogate nei trenta giorni precedenti e i trenta giorni successivi al ricovero.

La Zona procedere all'incrocio dei tracciati relativi al flusso ambulatoriale e alle SDO e individua i casi di prestazioni ambulatoriali erogate nella finestra temporale sopraindicata.

Anno / Numero progressivo della SDO	Prestazioni ambulatoriali			Correlazione procedura - ricovero
	Nro Ident. prestazione	Data erogazione	Codice prestazione	
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	--	--	--	---



### Attività di controllo sulle strutture private accreditate

Eventuali verifiche aggiuntive definite a livello locale.

#### Tipologia di controllo:

---

---

---

---

#### Cartelle cliniche sottoposte a controllo:

Anno / Numero progressivo della SDO	Note alla verifica	Appropriatezza del ricovero
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	--	---



Numero: 70/AOS	Pag. 30
Data: 04/04/2005	

**Attività di controllo sulle strutture private accreditate**

Eventuali note da inserire a verbale:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Il presente verbale è costituito da \_\_\_\_\_ pagine (sottoscritte singolarmente) è redatto in doppia copia (una per la Zona e una per la struttura privata accreditata).

**Firme dei componenti del gruppo di verifica:**



**Allegato 6. Schema di verbale della verifica presso le Aziende Ospedaliere.**

In data \_\_\_\_\_ si è svolta una verifica delle prestazioni erogate nel giorno \_\_\_\_\_  
dalla struttura \_\_\_\_\_ secondo quanto previsto dal Manuale di controllo  
delle prestazioni sanitarie.

Erano presenti:

Rappresentanti dell'ASUR (nominativo e qualifica):	Rappresentati della struttura (nominativo e qualifica):

Si è proceduto da parte della Struttura alla presentazione dell'attività di controllo svolta e successivamente alla verifica tramite la revisione delle seguenti cartelle cliniche:

Anno / Numero progressivo della SDO	Tipologia di prestazione sottoposta a controllo	Esito del controllo interno (codice riportato nella SDO nel campo E10)	Convalida dell'esito del controllo
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



Numero: 70/AOS	Pag. 32
Data: 04/04/2005	

NB: vanno sottoposte a controllo un campione di cartelle per ciascuna tipologia di prestazioni sottoposte a controllo; il numero di prestazioni soggette a controllo interno da sottoporre a revisione viene definito in sede di verifica.





**Attività di controllo sulle Aziende Ospedaliere**

Day hospital con DRG medico senza procedura prevista nel II repertorio regionale.

Anno / Numero progressivo della SDO	Criterio di appropriatezza / non appropriatezza	Previsione nel regolamento aziendale dello schema di DH
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



Sì  No



**Attività di controllo sulle Aziende Ospedaliere**

Ricoveri con parto cesareo per le strutture che presentano un valore superiore al valore medio regionale.

Anno / Numero progressivo della SDO	Motivazione del ricorso al cesareo	Appropriatezza della procedura
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



Sì  No



**Attività di controllo sulle Aziende Ospedaliere**

SDO con procedura di chemioterapia (9925) che non esitano in DRG 410 o 492: verificare nella documentazione clinica che non si tratta di un ricovero effettuato per l'effettuazione della sola chemioterapia e degli eventuali accertamenti associati alla stessa.

Anno / Numero progressivo della SDO	Note alla codifica della SDO	Correttezza della codifica
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

### Attività di controllo sulle Aziende Ospedaliere

Eventuali verifiche aggiuntive definite a livello locale.

#### Tipologia di controllo:

---

---

---

---

#### Cartelle cliniche sottoposte a controllo:

Anno / Numero progressivo della SDO	Note alla verifica	Appropriatezza del ricovero
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No



		<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
--	--	---



Numero: 70/AOS	<b>Pag.</b> <b>40</b>
Data: 04/04/2005	

**Attività di controllo sulle Aziende Ospedaliere**

Eventuali note da inserire a verbale:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Il presente verbale è costituito da \_\_\_\_\_ pagine (sottoscritte singolarmente) è redatto in doppia copia (una per la Zona e una per la struttura privata accreditata).

**Firme dei componenti del gruppo di verifica:**