



Regione Lombardia

A.S.L. di BERGAMO	
18 FEB. 2009	
PROT. GEN. N° E	
CAT..... CL..... FASC.....	

Giunta Regionale
Direzione Generale Sanità

Ai Direttori Generali
delle Aziende Ospedaliere
delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico

Data: 17 FEB. 2009

Al Commissario Straordinario
dell'IRCCS di diritto pubblico INRCA

Protocollo H1 2009.0005882

Ai Legali Rappresentanti
degli IRCCS di diritto privato
degli Ospedali religiosi classificati
delle Case di Cura private accreditate
LORO SEDI

Comunicazione trasmessa solo via fax
Sostituisce l'originale
Ai sensi dell'art. 6, comma 2, della L. 412/1991

e p.c. Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Locali
LORO SEDI

Oggetto: Scheda autovalutazione controllo interno (allegato 10 dgr 8501/2008)

La crescente domanda di qualità nei servizi sanitari erogati, di pari passo con la necessità che gli stessi rispondano a requisiti di appropriatezza e congruenza, hanno portato ad un riesame delle attività di controllo effettuate da tutti i soggetti in gioco nel sistema sanitario regionale lombardo.

Da un lato la Regione si è interrogata su come rendere più efficaci e mirati i controlli che le Aziende Sanitarie effettuano sulle prestazioni, dall'altro si è colta l'occasione per cominciare a ragionare in termini di sistema, dove i controlli non sono pensati solo in termini autoritari, ma anche come strumento agile di supporto al controllo interno degli stessi erogatori.

In quest'ottica nel corso dell'anno 2008 i nostri uffici, con l'ausilio dell'Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia (IReR) hanno elaborato uno strumento, inviato via e-mail insieme alla copia della presente nota, che attraverso una sintesi ragionata sottopone a valutazione alcuni punti critici della attività di produzione di servizi sanitari.

Lungi dal ritenere che tale scheda sia esaustiva, si ritiene però che possa costituire un valido promemoria per evitare di trascurare gli elementi prioritari che caratterizzano ogni prestazione erogata, e che la rendono compatibile con le regole di sistema.

La compilazione di tale strumento, che per il 2008 è iniziata in modo sperimentale su alcune selezionate strutture di ricovero e cura, **a partire dal 2009 è prevista dalle regole (vedi allegato 10 della dgr 8501 del 26.11.2008)**, che infatti recitano al proposito: *"Altra attività utile allo scopo di implementare qualità nel sistema sarà nel 2009 la diffusione da parte degli uffici regionali agli erogatori di uno strumento (check list) che possa supportare le attività di controllo interno effettuate dalle strutture sanitarie. **Compito della ASL sarà, durante le ispezioni programmate, di verificare a campione l'utilizzo di tale strumento/check list, in modo da favorire ed incentivare lo sviluppo di attività di internal auditing sempre più incisive ed approfondite a riguardo delle attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale**"*.

Con tale previsione delle regole si intende porre un ulteriore "trait d'union" di elevata rilevanza tecnica per la collaborazione tra controllore e controllato.

Ove possibile è auspicabile che la compilazione della scheda di autovalutazione dei controlli interni (per brevità "S.A.C.I.") sia effettuata sotto la regia del Direttore Sanitario e della struttura responsabile e competente in materia di Qualità.

Allo scopo di inquadrare con precisione lo strumento, la copia della presente inviata per e-mail avrà in allegato (formato pdf) anche la relazione finale della ricerca IReR effettuata per la realizzazione della Check list intitolata "Analisi ed omogeneizzazione del sistema dei controlli sulle aziende accreditate".

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE

Luca Merlini



All.

Referente: Milani Franco – tel. 02.67654908





ISTITUTO REGIONALE
DI RICERCA
DELLA LOMBARDIA

Analisi ed omogeneizzazione del sistema dei controlli sulle aziende accreditate

Codice IReR: 2008B039

Project leader: Elvina Degiarde

Sintesi

Milano, dicembre 2008

La ricerca è stata affidata all'IReR, Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia nell'ambito del Programma regionale di studi e ricerche 2008.

Responsabile di progetto: Elvina Degiarde, IReR

Gruppo di lavoro tecnico: Franco Milani, responsabile regionale di ricerca, Struttura Accreditamento appropriatezza e controlli, D.G. Sanità; Nadia Da Re e Maddalena Minoja, U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo, D.G. Sanità; Anna Morabito, responsabile NOC, ASL Milano 1; Caterina D'Affronto, responsabile NOC, ASL Bergamo

Gruppo di ricerca: Raffaele Cestari, partner PricewaterhouseCoopers Advisory; Cristian Celoria, manager PricewaterhouseCoopers Advisory; Valentina Vitello, consultant PricewaterhouseCoopers Advisory; Alessandro Bassani assistente alla ricerca IReR

Il presente documento rappresenta la sintesi del rapporto prefinale del progetto di ricerca *Analisi ed omogeneizzazione del sistema dei controlli sulle aziende accreditate*.

La ricerca è stata affidata all'IReR, Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.

Ragioni della ricerca

La ricerca nasce dall'esigenza di conoscere e ottimizzare i controlli interni effettuati dalle aziende accreditate sui flussi di rendicontazione delle prestazioni sanitarie erogate in regime di convenzione con il SSR.

In particolare lo studio ha come obiettivo finale quello di sviluppare uno strumento di auto-valutazione in grado di ridurre il rischio di errore dei dati trasmessi in Regione oltre che di semplificare il lavoro dei Nuclei Operativi di Controllo delle ASL.

Questo percorso virtuoso verso un progressivo sviluppo dei sistemi di controllo interni si inserisce e si integra con le molteplici iniziative sviluppate dalla Regione Lombardia per il miglioramento continuo del proprio Sistema Sanitario Regionale (Risk Management, Joint Commission, Internal Audit, Codice Etico, Manuale della Cartella Clinica etc).

Approccio metodologico

Il progetto è stato realizzato coinvolgendo quattro strutture sanitarie (Azienda Ospedaliera Bolognini, Casa di Cura Humanitas Gavazzeni, Azienda Ospedaliera Niguarda e Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo), due ASL (ASL di Milano 1 e ASL di Bergamo) e alcuni referenti regionali della Direzione Generale Sanità.

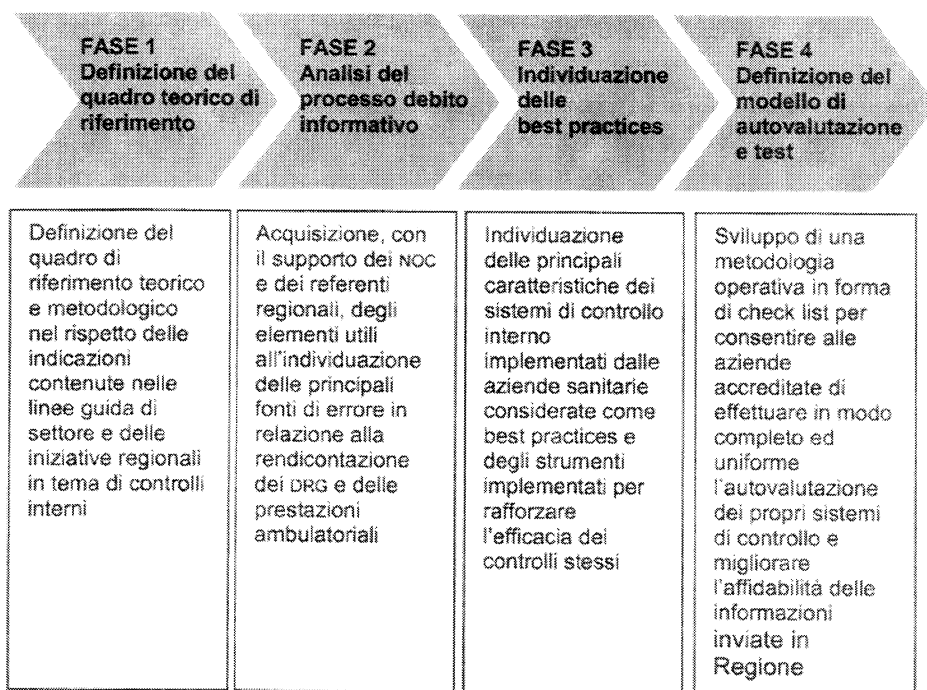
Al fine di ottenere gli obiettivi prestabiliti, il progetto è stato gestito con un approccio strutturato, articolato in quattro STEP:

- definizione del quadro teorico di riferimento (con il coinvolgimento dei referenti regionali preposti);
- analisi del processo di debito informativo (attraverso interviste con le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera Bolognini e della Casa di Cura Humanitas Gavazzeni);
- individuazione delle best practices (attraverso interviste con le Direzioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliera Bolognini e della Casa di Cura Humanitas Gavazzeni e con i NOC dell'ASL di Milano 1 e dell'ASL di Bergamo);
- definizione del modello di auto-valutazione (con la collaborazione di alcuni referenti regionali e dei NOC dell'ASL di Milano 1 e dell'ASL di Bergamo) e

test del modello (con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliera Niguarda e dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo).

Il seguente schema descrive le principali fasi del lavoro svolto.

Figura 1 – Approccio metodologico



Fonte: elaborazione PwC

Struttura della ricerca

Il rapporto finale è suddiviso in quattro capitoli.

Il primo capitolo ha l'obiettivo di descrivere il quadro teorico di riferimento relativo ai controlli delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture di ricovero e cura e dalle strutture ambulatoriali in regime di convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale. In particolare sono presentate le principali tematiche affrontate in Regione Lombardia in ambito qualità che hanno un impatto diretto o indiretto sui flussi informativi di rendicontazione delle prestazioni sanitarie tra strutture erogatrici e Regione (es. Accreditamento Istituzionale e Accreditamento all'Eccellenza o Joint Commission, Codice Etico, il Risk Management, il Manuale della Cartella Clinica etc.).

Nel secondo capitolo si analizza in dettaglio il processo "standard" relativo al debito informativo, ovvero il flusso di informazioni connesso alle prestazioni di

ricovero e ambulatoriali e i relativi controlli effettuati dai diversi attori coinvolti nel processo (strutture erogatrici, ASL e Regione).

In particolare, in un'ottica di omogeneizzazione e razionalizzazione dei controlli interni sui flussi SDO e AMB (obiettivo finale della ricerca), viene presentato un particolare focus sulle diverse tipologie di controlli effettuate sui record SDO e AMB dai differenti attori preposti.

Il terzo capitolo presenta il principale output del progetto di ricerca: la "Scheda di Autovalutazione dei Controlli Interni", un modello di autovalutazione predisposto per le aziende accreditate lombarde al fine di garantire la correttezza e la tempestività dei dati di rendicontazione trasmessi in Regione.

Obiettivo principale del modello è quello di effettuare un primo passo in un'ottica di omogeneizzazione e razionalizzazione dei controlli interni effettuati dalle strutture accreditate, attraverso un duplice focus che prevede controlli sia a monte nel processo di generazione dei dati, sia a valle per la correzione degli errori sui flussi SDO e AMB generati.

Nel capitolo conclusivo, infine, si sintetizzano i principali risultati cui il progetto di ricerca è giunto, i principali ruoli/responsabilità per l'implementazione del modello realizzato e i possibili sviluppi futuri.

Al fine consentire una maggiore comprensibilità dei capitoli 2 e 3 nonché una maggiore completezza della presente ricerca, in appendice sono stati allegati i tracciati record di rendicontazione (SDO e AMB) attualmente in uso, i controlli formali previsti dalla normativa vigente e un campione di controlli di congruenza e appropriatezza adottati da varie ASL nell'ambito della Regione (Allegato 1 e 2).

Scenario di riferimento

Nell'ambito delle attività di finanziamento del Sistema Sanitario Regionale (SSR), è prioritario, tanto a livello regionale che delle singole aziende, il controllo dei flussi di informazioni sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e sulla rilevazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale erogate in regime di convenzione con il SSN.

La Regione Lombardia, a seguito dell'introduzione del sistema di pagamento a tariffa delle prestazioni di ricovero (introdotto nel gennaio 1995), ha ritenuto opportuno:

- introdurre dei flussi informativi al fine di costituire una base informativa analitica delle prestazioni erogate, per consentire la puntuale remunerazione delle stesse;
- attivare alcune modalità di controllo al fine di monitorare il sistema di pagamento e valutare la correttezza dei comportamenti delle strutture erogatrici

Le strutture erogatrici sono responsabilizzate dalle normative regionali sulla correttezza e tempestività di trasmissione dei dati secondo le modalità e le scadenze individuate dalla regione e dei controlli "interni" dei flussi.

Per le aziende pubbliche, questi aspetti fanno parte dei parametri di valutazione del Direttore Generale e dell'Azienda nel suo complesso, mentre per quanto riguarda le aziende private non esistono elementi "sanzionatori" che garantiscano il rispetto dei requisiti relativi ai flussi di rendicontazione.

Nel complesso le aziende sanitarie lombarde non sempre affrontano in modo appropriato l'attività di controllo interno delle prestazioni erogate, tanto da far valutare a livello regionale l'ipotesi di rendere le attività di verifica interna come requisito obbligatorio di accreditamento o di rendere obbligatoria la verifica da parte di soggetti terzi (come riportato nell'Allegato A alla D.G.R. n. 4799/2007).

Si rileva tuttavia l'esistenza nell'ambito del SSR di diverse tematiche, affrontate dalla Regione con l'obiettivo di migliorare la qualità del servizio sanitario reso al cittadino, che risultano particolarmente rilevanti anche nell'ottica del miglioramento della qualità dei flussi informativi di rendicontazione delle prestazioni (es. Accreditamento Istituzionale, Accreditamento all'Eccellenza o Joint Commission, Codice Etico, Risk Management Manuale della Cartella Clinica etc.).

Tali tematiche introducono all'interno delle strutture erogatrici una maggiore sensibilità su aspetti quali la gestione del flusso delle informazioni, la compilazione e la gestione della cartella clinica e in generale di tutta la documentazione sanitaria e rappresentano dunque un punto di partenza per la realizzazione di un sistema completo ed efficace di gestione e monitoraggio dei flussi di rendicontazione delle prestazioni sanitarie.

Debito informativo

Il debito informativo dei presidi pubblici e privati accreditati a contratto nei confronti della Regione è stato istituito con la L.R. n. 31/1997, art. 14, al fine di rilevare le prestazioni sanitarie erogate e di permetterne la successiva remunerazione.

Nel processo di debito informativo delle prestazioni di ricovero sono coinvolti tre differenti attori: le aziende erogatrici, la Regione e le ASL, come mostrato nella fig. 2 che evidenzia i principali step del flusso e le responsabilità degli attori interessati.

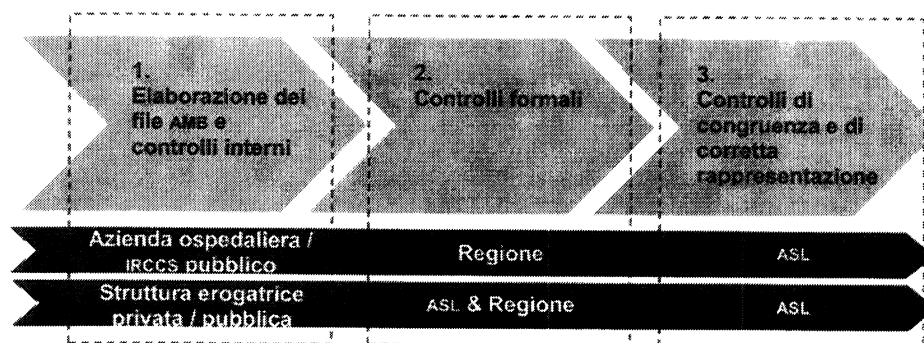
Figura 2 - Flusso informativo SDO



Fonte: elaborazione PwC

Il processo relativo al debito informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale, erogate dai soggetti accreditati, è speculare a quello relativo alle SDO. La differenza principale dei due flussi riguarda la trasmissione dei flussi: solo le aziende ospedaliere e gli IRCCS pubblici trasmettono i flussi AMB direttamente alla Direzione Generale Sanità (come avviene per i file SDO), mentre le altre strutture erogatrici (private e pubbliche) trasmettono i file tramite ASL (fig. 3).

Figura 3 - Flusso informativo AMB



Fonte: elaborazione PwC

La materia dei controlli su tali flussi informativi è affidata dalla D.G.R. n. 3826/2001, ai differenti attori coinvolti nel processo (strutture erogatrici pubbliche e private accreditate, la Direzione Generale Sanità e ASL) e risulta particolarmente rilevante in quanto assicura sicurezza e tutela in merito ai servizi sanitari erogati al cittadino fruitore e finanziatore (con il sistema fiscale e di compartecipazione alla spesa).

I sistemi di controllo interno adottati dalle strutture erogatrici non sempre risultano completi e uniformi a livello territoriale, poiché l'adozione degli stessi spesso dipende dalla decisione delle singole aziende. Come precedentemente evidenziato la Regione Lombardia ha fortemente investito nello sviluppo di iniziative che tendono a rinforzare il sistema dei controlli interni, ma tali iniziative presentano talvolta elementi di sovrapposizione e al contempo lasciano scoperti alcuni aspetti rilevanti in un'ottica di ottimizzazione dei flussi di rendicontazione SDO e AMB.

In tale contesto, la domanda di conoscenza alla quale la presente ricerca intende rispondere è la modalità con cui rendere più uniformi ed efficienti i controlli interni che le aziende possono adottare, migliorando contestualmente la loro capacità di auto-valutazione ed adozione dei necessari provvedimenti per garantire la correttezza e la tempestività dei dati trasmessi.

Modello di autovalutazione dei controlli interni

La “Scheda di Autovalutazione dei Controlli Interni” sviluppata nel corso della ricerca, è una check list adottabile da tutte le strutture erogatrici della regione al fine di migliorare la qualità dei propri flussi SDO e AMB.

Obiettivo principale del modello è quello di effettuare un primo passo in un’ottica di omogeneizzazione e razionalizzazione dei controlli interni effettuati dalle strutture accreditate, attraverso un duplice focus che prevede controlli sia a monte nel processo di generazione dei dati, sia a valle per la correzione degli errori sui flussi SDO e AMB generati.

I controlli che costituiscono la check list non si limitano infatti a verificare i tracciati inviati mensilmente in Regione e a correggere gli eventuali errori, ma al contrario consentono una autovalutazione dell’intero processo di rendicontazione.

I controlli più significativi, in particolare, riguardano:

- responsabilità e vincoli temporali delle varie attività,
- formazione del personale coinvolto nella compilazione di cartella clinica/SDO/referti,
- contenuti di dettaglio delle cartelle cliniche/SDO,
- organizzazione di funzioni aziendali addette al “controllo”,
- contenuti di dettaglio dei principali controlli effettuabili.

L’approccio metodologico utilizzato per la predisposizione della SACI ha previsto un forte coinvolgimento dei dirigenti e dei funzionari della Regione competenti in materia, oltre che il diretto supporto dei NOC di due ASL lombarde; è stata determinante inoltre la partecipazione di un campione di Aziende per la definizione dei principali “punti di controllo” prima della predisposizione della SACI e di un secondo campione per il test della stessa.

In particolare, attraverso la collaborazione di 2 Aziende accreditate suggerite dai NOC delle ASL di Bergamo e Milano1 (AO Bolognini e CC Humanitas Gavazzeni) è stato possibile comprendere le principali caratteristiche dei flussi di rendicontazione e i relativi controlli interni al fine di individuare gli aspetti essenziali da introdurre nella SACI per gestire, monitorare e misurare il processo relativo al debito informativo SDO e AMB.

Successivamente con la partecipazione della Regione e dei suddetti NOC e utilizzando come base di partenza le varie iniziative regionali in ambito di controlli interni (Joint commission, Manuale della cartella clinica, Accreditamento etc.) sono stati sviluppati i singoli requisiti della SACI in termini di contenuti e modalità di verifica. Con l’obiettivo di realizzare una metodologia implementabile da tutte le Aziende accreditate della regione, nella definizione dei singoli requisiti si è dovuto tener conto del contesto di disomogeneità in termini di strutturazione del processo di rendicontazione delle prestazioni e dei relativi controlli delle varie strutture erogatrici. Nella definizione dei requisiti per i flussi AMB, un ulteriore

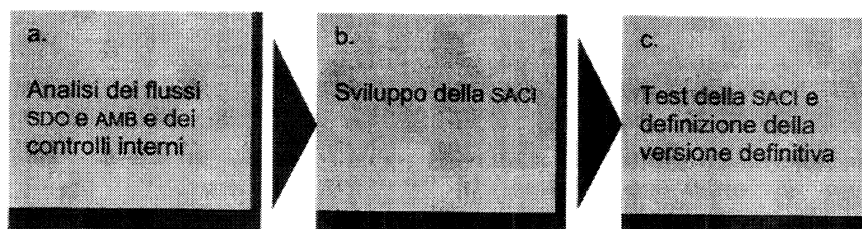
vincolo è stato, inoltre, la relativa carenza di standard e di prassi consolidate nella gestione delle prestazioni ambulatoriali e della relativa documentazione.

Infine, i requisiti della SACI sono stati testati su due ulteriori aziende accreditate (AO Niguarda, AO Ospedali Riuniti di Bergamo) al fine di individuarne criticità e di ricevere suggerimenti per la messa a punto della check list definitiva.

La metodologia operativa realizzata consentirà alle aziende accreditate di effettuare l'auto-valutazione dei sistemi di controllo in modo completo ed uniforme e di migliorare l'affidabilità delle informazioni inviate.

La figura seguente rappresenta uno schema delle principali fasi del processo di definizione della SACI.

Figura 4 - Approccio metodologico di definizione della SACI

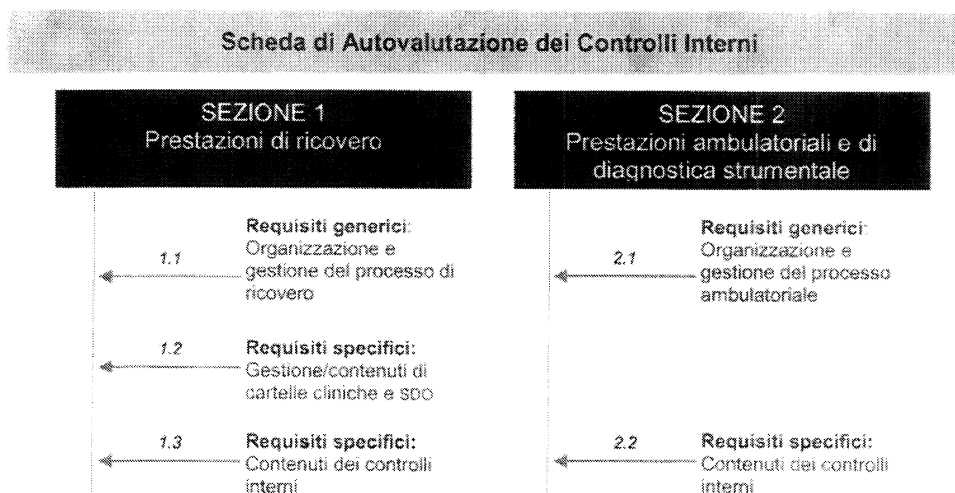


Fonte: elaborazione PwC

La Scheda di Autovalutazione dei Controlli Interni, al fine di consentire una semplice fruizione, è stata pensata come una check list costituita da due sezioni distinte (fig. 5):

- prestazioni di ricovero;
- prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale.

Figura 5 - Struttura della SACI



Fonte: elaborazione PwC

La Sezione 1 della SACI relativa alle prestazioni di ricovero è suddivisa in tre schede:

- *Scheda 1.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero*
I requisiti di questa scheda hanno l'obiettivo principale di sensibilizzare le aziende sulla verifica dei processi di formazione delle informazioni e di controllo interno, si tratta in breve di "controlli a monte" rispetto alla produzione dei flussi SDO. In particolare i requisiti 1.1.X sono volti a verificare che il processo di ricovero e la relativa rendicontazione siano organizzati e gestiti correttamente, in termini di definizione di responsabilità e vincoli temporali, organizzazione di appositi nuclei di controllo, pianificazione di una corretta formazione/informazione del personale etc.
- *Scheda 1.2 - Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO*
I requisiti di questa scheda hanno l'obiettivo di evidenziare alcuni aspetti essenziali nella gestione e nel contenuto delle cartelle cliniche. In particolare i requisiti 1.2.X sono volti a verificare la presenza di taluni contenuti e/o documenti nelle cartelle cliniche nonché la corretta modalità di redazione, firma, custodia e archiviazione delle stesse.
- *Scheda 1.3 - Requisiti specifici: Contenuti dei controlli interni*
I requisiti di questa scheda hanno l'obiettivo principale di segnalare quali tipologie di controlli "a valle" del processo di rendicontazione delle

prestazioni di ricovero erogate è opportuno effettuare sui flussi SDO, al fine di garantire un adeguato livello di correttezza dei dati inviati in Regione.

La Sezione 2 della SACI, relativa alle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale, è suddivisa in due schede:

- *Scheda 2.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo ambulatoriale e di diagnostica strumentale*

I requisiti di questa scheda, specularmente a quanto descritto per i processi di ricovero, hanno l'obiettivo principale di sensibilizzare le Aziende sulla verifica dei processi di formazione delle informazioni e di controllo interno. La scheda 2.1 tuttavia, rispetto alla 1.1 è stata snellita di una serie di requisiti valutati eccessivamente onerosi per le aziende, in considerazione dell'effettivo livello di maturità organizzativo e gestionale dei controlli sui flussi ambulatoriali. In particolare sono stati eliminati i requisiti relativi all'organizzazione di opportuni nuclei interni dedicati al controllo (tali requisiti potrebbero eventualmente essere inseriti in un secondo step, dopo aver verificato un adeguato sviluppo delle Aziende nell'ambito dei controlli ambulatoriali).

- *Scheda 2.2 - Requisiti specifici: Contenuti dei controlli interni*

I requisiti di questa scheda hanno l'obiettivo principale di segnalare quali tipologie di controlli "a valle" è opportuno effettuare sui flussi AMB, al fine di garantire un adeguato livello di correttezza dei dati inviati in Regione.

La check list potrà essere utilizzata come una guida rispetto agli obiettivi realizzativi minimi che l'azienda erogatrice deve porsi nell'ottica di miglioramento dei flussi SDO e AMB.

Da un punto di vista operativo, ciascuna Azienda potrà mappare il proprio livello di "maturità" rispetto alla SACI indicando per ciascun requisito il proprio grado di conformità (Sì/No/In parte) e definendo le opportune azioni correttive/di miglioramento.

A livello regionale, l'utilizzo della SACI da parte di tutte le strutture erogatrici dovrebbe assicurare, anche grazie al duplice focus garantito da "controlli a monte" nel processo di generazione dei dati e da "controlli a valle" per la correzione degli errori sui tracciati SDO e AMB, un maggiore livello di confidenza sulla correttezza dei flussi di rendicontazione delle prestazioni e al contempo una gestione più efficace dei processi di controllo sia interni che esterni.

L'utilizzo della SACI come strumento regionale "univoco" di valutazione della qualità dei processi di rendicontazione delle prestazioni e dei controlli interni consentirà inoltre di ottenere una visione globale del sistema regionale dei controlli interni nonché la possibilità di condividere le best practices fra tutti gli operatori.

Conclusioni

Partendo dalle diverse iniziative regionali in ambito di controlli interni (Joint Commission, Manuale della Cartella Clinica, Accredimento etc.) con la presente ricerca è stato fatto un primo passo per guidare le Aziende nell'auto- valutazione dei propri flussi informativi di rendicontazione delle prestazioni e dei propri processi di controllo interno su tali flussi.

La "Scheda di Autovalutazione dei Controlli Interni" prodotta dalla collaborazione fra IReR, Regione e ASL ha l'ambizione di coprire tutti gli aspetti principali da monitorare per produrre flussi di rendicontazione SDO e AMB corretti e al contempo permette di migliorare l'organizzazione dei processi di erogazione delle prestazioni.

La realizzazione dell'obiettivo di razionalizzazione e omogeneizzazione dei controlli interni sui flussi informativi SDO e AMB necessita di un forte commitment da parte delle strutture erogatrici del territorio lombardo e dell'attiva partecipazione al progetto della Direzione Generale Sanità della Regione e degli ispettori delle ASL di competenza.

- *Il ruolo dell'azienda è decisivo per l'avvio e la realizzazione del progetto* – Le Aziende sono direttamente responsabilizzate in termini di:

- utilizzo dello strumento (SACI);
- verifica dei risultati;
- attivazione di azioni correttive;
- sensibilità al miglioramento continuo della propria organizzazione;
- proattività nella segnalazione alla Regione di eventuali opportunità di miglioramento dello strumento.

- *Il ruolo della Regione è necessario per una gestione a livello di sistema* – La Regione ha un ruolo fondamentale in termini di:

- guida e indirizzo sul tema;
- sensibilizzazione e stimolo;
- coordinamento per garantire coerenza degli approcci;
- controllo dei risultati;
- emanazione di eventuali indicazioni correttive.

- *Il ruolo degli ispettori delle ASL è determinante per misurare i risultati ottenuti* – I NOC possono partecipare all'operatività del progetto in termini di:

- verifica dell'utilizzo dello strumento da parte delle singole aziende;
- stimolo alla corretto utilizzo dello strumento;
- monitoraggio del processo di miglioramento attivato;
- verifica dei risultati.

Affinché il processo di razionalizzazione si concluda con successo e con risultati omogenei, potrebbe essere opportuno prevedere la realizzazione di una fase di implementazione della SACI all'interno delle aziende erogatrici, con l'obiettivo di analizzare e definire l'organizzazione, i processi e le procedure necessarie per garantire l'effettiva applicazione della stessa all'interno delle singole realtà aziendali.

A causa del disomogeneo grado di maturità delle diverse aziende, infatti, in questa fase si è deciso di limitare la metodologia ad una semplice verifica "procedurale" e non "applicativa" dei vari requisiti. L'introduzione della SACI e il conseguente processo di sensibilizzazione alla tematica in tutte le realtà regionali, potrebbe consentire un secondo e più incisivo intervento nel processo di razionalizzazione ed efficientamento dei flussi di rendicontazione e dei relativi controlli: la verifica dei processi e delle strutture organizzative.

Scheda 2.1 Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo ambulatoriale e di diagnostica strumentale

Sezione 2 – Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale						
2.1 – Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo ambulatoriale e di diagnostica strumentale						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento/correttive da prevedere
R-2.1.1	A (OG PRO09 OSASA 05) RM	Gestione documenti	Definizione della modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria	Esistenza: - di una "cartella/scheda clinica" ambulatoriale - di un protocollo che definisca la modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria		
R-2.1.2		Gestione documenti	Disponibilità presso tutti i reparti di una legenda delle sigle/acronimi utilizzati nella stesura dei documenti clinici	Presenza/accessibilità presso tutti i reparti di una legenda delle sigle/acronimi utilizzati nella stesura dei documenti clinici		
R-2.1.3		Gestione processo	Definizione di referenti e vincoli temporali per le attività di: - gestione di impegnative, esenzioni e referti - controlli formali dei tracciati - correzione degli errori derivanti dai controlli interni - invio debito informativo in Regione/ASL	Esistenza di un protocollo che definisca referenti e vincoli temporali per le attività di: - gestione di impegnative, esenzioni e referti - controlli formali dei tracciati - correzione degli errori derivanti dai controlli - invio debito informativo in Regione/ASL		

Sezione 2 – Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale						
2.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo ambulatoriale e di diagnostica strumentale						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento/correttive da prevedere
R-2.1.4		Gestione processo	Individuazione di referenti aziendali per la gestione delle codifiche	Esistenza di un documento con l'indicazione dei referenti aziendali per la gestione delle codifiche		
R-2.1.5	A (OG PVF 03-04-05-06-07)	Piani di formazione	Definizione di piani di formazione secondo quanto previsto dai requisiti di accreditamento OG PVF 03-04-05-06-07	Esistenza del piano dei corsi di formazione per il personale medico e non secondo quanto previsto dai requisiti di accreditamento OG PVF 03-04-05-06-07		
R-2.1.6		Piani di formazione	Organizzazione di corsi di formazione periodici per il personale medico e non in merito alla: - corretta modalità di compilazione dei referti - corretta modalità di codifica delle prestazioni	Esistenza del piano dei corsi di formazione per il personale medico e non in merito alla: - corretta modalità di compilazione dei referti - corretta modalità di codifica delle prestazioni		
R-2.1.7		Piani di aggiornamento	Organizzazione di sessioni di aggiornamento sulle indicazioni e sulle normative regionali e nazionali	Esistenza di verbali relativi alle sessioni di aggiornamento		
R-2.1.8	CE (d.lg s. n. 231 del 2001)	Esecuzione controlli	Analisi dei rischi etici ai quali l'azienda si espone in relazione ai flussi informativi di rendicontazione (attività a rischio di reati contro il patrimonio mediante frode) e stesura delle procedure da seguire per contenere i	Esistenza: - di un documento aziendale che attesti l'analisi dei rischi - delle procedure da seguire per contenere i rischi di non conformità al		

Sezione 2 – Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale						
2.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo ambulatoriale e di diagnostica strumentale						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento/correttive da prevedere
			rischi di non conformità al D.LGS. 231/01	D.LGS. 231/01		

Scheda 2.2 Requisiti specifici: Contenuti dei controlli interni

Sezione 2 – Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale						
2.2 – Requisiti specifici: Contenuti dei controlli interni						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-2.2.1		Esecuzione controlli	Definizione dei controlli interni	Esistenza di una procedura che preveda l'esecuzione dei controlli interni		
R-2.2.2		Esecuzione controlli	<p>Esecuzione dei seguenti controlli interni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi della correttezza formale dei record (secondo le indicazioni regionali) - l'analisi delle casistiche errate riscontrati durante i precedenti controlli interni ed esterni - l'analisi a database dei dati di produzione - l'analisi sulla corretta applicazione delle indicazioni nazionali/regionali in merito alla rendicontazione delle prestazioni 	<p>Esistenza di una procedura che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'analisi della correttezza formale dei record (secondo le indicazioni regionali) - l'analisi delle casistiche errate riscontrati durante i precedenti controlli interni ed esterni - l'analisi a database dei dati di produzione - l'analisi sulla corretta applicazione delle indicazioni nazionali/regionali in merito alla rendicontazione delle prestazioni <p>Esistenza dei report relativi ai suddetti controlli interni</p>		

SCHEDA AUTO CONTROLLO INTERNO

Riferimento: A =Accreditamento RM = Risk Management JC =Joint Commission CE =Codice Etico MCC =Manuale della Cartella Clinica

Scheda 1.1 Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero

Sezione 1 – Prestazioni di ricovero						
1.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.1.1	A (OG PRO09) RM	Gestione documenti	Definizione della modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO etc.)	Esistenza di un protocollo ¹ che definisca la modalità di compilazione, conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria (cartelle cliniche, SDO etc.)		
R-1.1.2	A (OG PRO14)	Gestione documenti	Disponibilità presso tutti i reparti dei protocolli inerenti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione e rilascio della cartella clinica	Presenza/accessibilità presso tutti i reparti dei protocolli inerenti le modalità di compilazione, conservazione, archiviazione e rilascio della cartella clinica		
R-1.1.3		Gestione documenti	Disponibilità presso tutti i reparti di una legenda delle sigle/acronimi utilizzati nella stesura dei documenti clinici	Presenza/accessibilità presso tutti i reparti di una legenda delle sigle/acronimi utilizzati nella stesura dei documenti clinici		
R-1.1.4		Gestione processo	Definizione di referenti e vincoli temporali per le attività di: - chiusura cartella clinica	Esistenza di un protocollo che definisca referenti e vincoli temporali per le attività di:		

¹ Con il termine "protocollo" all'interno della SACI si intende un documento aggiornato, firmato, datato, riconoscibile in tutte le sue parti e non modificabile se non attraverso la redazione di un nuova versione protocollata.

Sezione 1 – Prestazioni di ricovero						
1.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
			e SDO - controlli formali dei tracciati - correzione degli errori derivanti dai controlli interni - invio debito informativo in Regione	- chiusura cartella clinica e SDO - controlli formali dei tracciati - correzione degli errori derivanti dai controlli interni - invio debito informativo in Regione		
R-1.1.5		Gestione processo	Individuazione di referenti aziendali per la gestione delle codifiche	Esistenza di un documento con l'indicazione dei referenti aziendali per la gestione delle codifiche		
R-1.1.6	A (OG PVF 03-04-05-06-07)	Piani di formazione	Definizione di piani di formazione secondo quanto previsto dai requisiti di accreditamento OG PVF 03-04-05-06-07	Esistenza del piano dei corsi di formazione per il personale medico e non secondo quanto previsto dai requisiti di accreditamento OG PVF 03-04-05-06-07		
R-1.1.7		Piani di formazione	Organizzazione di corsi di formazione periodici per il personale medico e non in merito alla: - corretta modalità di compilazione della cartella clinica - corretta modalità di codifica delle prestazioni - corretta erogazione delle prestazioni in termini di appropriatezza	Esistenza del piano dei corsi di formazione per il personale medico e non in merito alla: - corretta modalità di compilazione della cartella clinica - corretta modalità di codifica delle prestazioni - corretta erogazione delle prestazioni in termini di appropriatezza		

Sezione 1 – Prestazioni di ricovero						
1.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.1.8		Piani di aggiorn.	Organizzazione di sessioni di aggiornamento sulle indicazioni e sulle normative regionali e nazionali inerenti l'attività svolta	Esistenza di verbali relativi alle sessioni di aggiornamento		
R-1.1.9		Gestione controlli	Organizzazione di Nuclei Interni di Controllo aventi il compito di effettuare valutazioni almeno semestrali sulle cartelle cliniche (cfr. R-1.1.11, R-1.1.12)	Esistenza di un documento aziendale comprovante la costituzione di Nuclei Interni di Controllo aventi il compito di effettuare valutazioni almeno semestrali sulle cartelle cliniche (cfr. R-1.1.11, R-1.1.12)		
R-1.1.10		Esecuzione controlli	Valutazione almeno semestrale della completezza e della correttezza di codifica di un campione di cartelle cliniche	Esistenza di una relazione di valutazione almeno semestrale, a firma del Direttore Sanitario di presidio: <ul style="list-style-type: none"> - della completezza della cartella clinica (con relative indicazione delle azioni correttive da adottare) - della correttezza di codifica di un campione di cartelle cliniche (con relative indicazione delle azioni correttive da adottare) 		

Sezione 1 – Prestazioni di ricovero						
1.1 - Requisiti generici: Organizzazione e gestione del processo di ricovero						
Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.1.11		Esecuzione controlli	Valutazione almeno semestrale dell'appropriatezza generica delle prestazioni erogate su un campione di cartelle cliniche Il controllo ha l'obiettivo di monitorare il livello assistenziale di erogazione delle cure e di attuare le opportune azioni correttive	risultati della verifica Esistenza di una relazione di valutazione almeno semestrale, a firma del Direttore Sanitario di presidio, dell'appropriatezza generica delle prestazioni erogate su un campione di cartelle cliniche (con indicazione delle azioni correttive da adottare)		
R-1.1.12	CE (D.LGS. n. 231 del 2001)	Esecuzione controlli	Analisi dei rischi etici ai quali l'azienda si espone in relazione ai flussi informativi di rendicontazione (attività a rischio di reati contro il patrimonio mediante frode) e stesura delle procedure da seguire per contenere i rischi di non conformità al D.LGS. 231/01	Esistenza di un report con i risultati della verifica Esistenza: - di un documento aziendale che attesti l'analisi dei rischi - delle procedure da seguire per contenere i rischi di non conformità al D.LGS. 231/01		

Scheda 1.2 Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.2.1	JC (MCI. 16)	Gestione/ contenuti cartella clinica	Le cartelle cliniche e le informazioni sono protette da perdita, distruzione, manomissione e accesso od uso non autorizzati	Esistenza di un protocollo che preveda la protezione delle cartelle cliniche e delle informazioni da perdita, distruzione, manomissione e accesso od uso non autorizzati		
R-1.2.2	JC (MCI. 19.1)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica contiene informazioni sufficienti a identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentare il decorso e i risultati del trattamento e promuovere la continuità delle cure tra gli operatori sanitari (es. numero progressivo della cartella clinica, generalità del paziente, struttura di ricovero, data e orario di ingresso e uscita del paziente, eventuali permessi di uscita, motivo del ricovero etc.)	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica delle informazioni sufficienti a identificare il paziente, supportare la diagnosi, giustificare il trattamento, documentare il decorso e i risultati del trattamento e promuovere la continuità delle cure tra gli operatori sanitari		
R-1.2.3	JC (MCI. 19.1.1)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente con accesso in degenza dal pronto soccorso contiene il relativo verbale riportante l'ora di	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza nella cartella clinica dei pazienti con accesso in degenza dal pronto		

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
			arrivo, le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso, le condizioni del paziente alla dimissione/ trasferimento in reparto	soccorso del relativo verbale riportante: - l'ora di arrivo - le conclusioni al termine del trattamento di pronto soccorso - le condizioni del paziente alla dimissione/ trasferimento in reparto		
R-1.2.4	JC (MCI. 19.3)	Gestione/ contenuti cartella clinica	Per ogni annotazione effettuata in cartella clinica è possibile identificare l'autore e la data	Esistenza di un protocollo che preveda l'identificazione dell'autore e della data di ciascuna annotazione effettuata sulla cartella clinica (con particolare attenzione nel caso di utilizzo di sigle)		
R-1.2.5	MCC (R 06-07)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene l'esame obiettivo all'ingresso firmato e datato	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica dell'esame obiettivo all'ingresso firmato e datato		
R-1.2.6	MCC (R 10-11-12)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene il diario medico con annotazioni di tutte le giornate di degenza firmate	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica del diario medico con annotazioni di tutte le giornate di degenza firmate		
R-1.2.7	MCC (R 13-14-15)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene il diario infermieristico con annotazioni di tutte le giornate di degenza firmate	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica del diario infermieristico con annotazioni di tutte le		

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.2.8	MCC	Gestione/ contenuti cartella clinica	giornate di degenza firmate La cartella clinica di ogni paziente contiene il foglio di terapia firmato dal medico e dall'infermiere e dal quale si evincono: - gli orari e la posologia di somministrazione dei farmaci - le motivazioni di una eventuale mancata somministrazione	giornate di degenza firmate Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica del foglio di terapia firmato dal medico e dall'infermiere e dal quale si evincono: - gli orari e la posologia di somministrazione dei farmaci - le motivazioni di una eventuale mancata somministrazione		
R-1.2.9	MCC	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene la documentazione attestante gli eventuali accertamenti diagnostici effettuati	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica della documentazione attestante gli eventuali accertamenti diagnostici effettuati		
R-1.2.10	MCC	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene la documentazione attestante le eventuali consulenze specialistiche effettuate	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica della documentazione attestante le eventuali consulenze specialistiche effettuate		
R-1.2.11	MCC (R 16-17)	Gestione/ contenuti cartella clinica	Il consenso informato all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche è datato e firmato sia dal paziente sia dal medico, come previsto dalla normativa vigente	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza sul consenso informato all'intervento chirurgico e/o a procedure diagnostiche della data, della firma del paziente e del medico, come previsto dalla		

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.2.12	MCC (R 18-19)	Gestione/contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene, in caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale, la documentazione/cartella anestesiologicalica	normativa vigente Esistenza di un protocollo che preveda, in caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale, la presenza in cartella clinica della documentazione/cartella anestesiologicalica		
R-1.2.13	MCC (R 20-21-22)	Gestione/contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene, in caso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche complesse e/o invasive (es. mapping prostatico, coronografie etc.), la documentazione riportante la procedura, gli operatori e la data/orario	Esistenza di un protocollo che preveda, in caso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche complesse e/o invasive, la presenza in cartella clinica della documentazione riportante la procedura, gli operatori e la data/orario		
R-1.2.14	JC (ASC.7.2) Nota prot. del Min. della Sanità (900.2/2.7/190 del 14/3/96)	Gestione/contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene, in caso di intervento chirurgico, il verbale di sala operatoria	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica del verbale di sala operatoria in caso di esecuzione di interventi chirurgici		

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (Sì/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.2.15	MCC (R 23-24-25-26)	Gestione/ contenuti cartella clinica	La cartella clinica di ogni paziente contiene la lettera di dimissione datata e firmata dal medico redattore e con indicazione del decorso clinico	Esistenza di un protocollo che preveda la presenza in cartella clinica della lettera di dimissione datata e firmata dal medico redattore e con indicazione del decorso clinico		
R-1.2.16	JC (AOP. 1.4.1)	Gestione/ contenuti cartella clinica	Le valutazioni iniziali medica e infermieristica sono completate entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente o dalla politica ospedaliera	Esistenza di un protocollo che preveda il completamento delle valutazioni iniziali medica e infermieristica entro le prime 24 ore dall'accettazione in regime di ricovero ordinario oppure entro tempi più brevi		
R-1.2.17		Gestione/ contenuti cartella clinica	L'organizzazione che trasferisce il paziente ad un'altra organizzazione si accerta di inviare una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati	Esistenza di un protocollo che preveda, in caso di pazienti trasferiti ad altre organizzazioni, l'invio all'organizzazione ricevente di una relazione sulle condizioni cliniche e sugli interventi prestati		
R-1.2.18	JC (ACC. 4.2)	Gestione/ contenuti cartella clinica	L'organizzazione che accoglie il paziente si accerta di ricevere una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante	Esistenza di un protocollo che preveda, in caso di pazienti trasferiti da altre organizzazioni, la ricezione di una relazione sulle condizioni cliniche e sugli interventi prestati dall'organizzazione inviante		

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.2 – Requisiti specifici: Gestione/contenuti di cartelle cliniche e SDO

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.2.19	MCC	Gestione/ contenuti SDO	La SDO, redatta e sottoscritta come da normativa vigente, è una componente obbligatoria della cartella clinica e costituisce una rappresentazione sintetica e coerente delle informazioni contenute nella cartella clinica	Esistenza di un protocollo che preveda che la SDO venga redatta e sottoscritta come da normativa vigente (e in particolare che rappresenti una sintesi coerente delle informazioni contenute nella cartella clinica)		

Scheda 1.3 Requisiti specifici: Contenuti dei controlli interni

Sezione 1 - Tabella di controllo sul processo di erogazione delle prestazioni di ricovero

1.3 – Requisiti specifici: Controlli

Cod.	Rif.	Area	Descrizione Requisito	Modalità di verifica	Esito verifica (S/No/ In parte)	Azioni di miglioramento / correttive da prevedere
R-1.3.1		Esecuzione controlli	Definizione dei controlli interni	Esistenza di una procedura che preveda l'esecuzione dei controlli interni		
R-1.3.2		Esecuzione controlli	<p>Esecuzione dei seguenti controlli interni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi della correttezza formale dei record (secondo le indicazioni regionali) - analisi della produzione interna con eventuali confronti alle casistiche regionali di riferimento - analisi dei DRG errati riscontrati durante i precedenti controlli interni ed esterni - analisi a database dei dati di produzione 	<p>Esistenza di una procedura che preveda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi della correttezza formale dei record (secondo le indicazioni regionali) - analisi della produzione interna con eventuali confronti alle casistiche regionali di riferimento - analisi dei DRG errati riscontrati durante i precedenti controlli interni ed esterni - analisi a database dei dati di produzione <p>Esistenza dei report relativi ai suddetti controlli interni</p>		