



**Azienda Ospedaliera**  
**Istituto Ortopedico**  
**GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>36</b>	Del <b>29 GEN. 2014</b>	Atti 46/2009
----------------------------	-------------------------	--------------

**Oggetto: approvazione del “Piano dei Controlli Interni Annuale” delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale per l’anno 2014.**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Premesso:**

- che, con deliberazione n. 129 del 5 maggio 2009, atti n. 46/2009, l’Azienda ha provveduto alla costituzione del Nucleo Interno di Controllo (NIC), con il compito di verificare la produzione delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale;
- che l’attività di controllo delle prestazioni sanitarie ha subito negli anni una costante evoluzione sia nella tipologia che nella modalità di effettuazione, in accordo con l’aggiornamento della normativa;
- che la finalità di tale attività è di verificare che le prestazioni oggetto di controllo vengano erogate e rendicontate conformemente alle “Regole di Sistema”;

**considerato:**

- che la predisposizione di un Piano di Controllo aziendale è finalizzata ad implementare un adeguato strumento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire;
- che il Piano di cui all’oggetto descrive le modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza, con l’obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto le conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inappropriatezze;

**preso atto:**

- che la D.G.R. n. X/1185 del 20 dicembre 2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2014”, ha stabilito di confermare, anche per l’anno in corso, una quota del 7% di attività di autocontrollo da effettuare a carico dei soggetti erogatori, prevedendo altresì che il 4% di tale attività debba riguardare la congruenza di codifica e l’appropriatezza generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, al fine di permettere agli stessi, entro la chiusura di ogni esercizio (fissata per l’anno 2013 al 15 febbraio 2014) e previa verifica di concordanza degli esiti fatta dalla ASL su base campionaria, di correggere eventuali errori di codifica senza incorrere in sanzioni amministrative (ravvedimento operoso);



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>36</b>	Del <b>29 GEN. 2014</b>	Atti 46/2009
----------------------------	-------------------------	--------------

- che la medesima D.G.R. sopracitata ha previsto che le Strutture di Ricovero dovranno provvedere, entro il 31 gennaio 2014, ad inviare alla ASL di appartenenza un Piano di Controllo aziendale in cui siano esplicitati, in maniera ragionata, i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati

visti i pareri favorevoli espressi, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ai sensi degli artt. 3 e 3 bis del d.lgs. 502/92 s.m.i.;

**DELIBERA**

per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente trascritti:

- 1) di approvare il "Piano di Controlli Interni Annuale" - anno 2014, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in cui sono esplicitati i criteri di campionamento e le modalità organizzative utilizzati per l'attività di verifica delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate, svolta dal Nucleo Interno di Controllo (NIC);
- 2) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;
- 3) di dichiarare il presente provvedimento non soggetto a controllo preventivo, ai sensi dell'art. 18, comma 7, della L.R. n. 33/2009;
- 4) di disporre la pubblicazione della presente deliberazione, dando atto che la stessa è immediatamente esecutiva, ai sensi dell'art. 18, comma 9, della L.R. n. 33/2009.

IL DIRETTORE GENERALE  
(dott. Amedeo Tripiano)

CON I PARERI FAVOREVOLI DI COMPETENZA DEL  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(dott. Renato Malaguti)

DIRETTORE SANITARIO  
(dott. Nunzio A. Buccino)

S.S.I. Direzione Medica di Presidio

Si attesta la regolarità amministrativa e tecnica del presente provvedimento.

Responsabile del procedimento: Dott.ssa Paola Navone

Pratica trattata da: dott. Gianluigi Alemani



**Azienda Ospedaliera  
Istituto Ortopedico  
GAETANO PINI**

Deliberazione n. <b>36</b>	Del <b>29 GEN. 2014</b>	Atti 46/2009
----------------------------	-------------------------	--------------


**RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio online di questa Azienda Ospedaliera, per rimanervi affissa per quindici giorni consecutivi.

Milano, li **29 GEN. 2014**

S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI  
L'ASSISTENTE AMMINISTRATIVO  
(Maria Cianchella)

L'atto si compone di n. 18 (diciotto) pagine, di cui n. 15 (quindici) pagine di allegati parte integrante.

 <p><b>Azienda Ospedaliera</b> <b>Istituto Ortopedico</b> <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 08/01/14 Pagina 1 di 15
--	---	--


☒ COPIA CONTROLLATA

☐ COPIA NON CONTROLLATA

## INDICE

1. INTRODUZIONE
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. ELENCO ACRONIMI
5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA e RESPONSABILITÀ
6. RIFERIMENTI-ALLEGATI

0		Prima emissione		
Rev.	n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Preparato (data e firma)		Verificato (data e firma)	Approvato (data e firma)	
Dott.ssa P. Navone 08/01/14		Dott.ssa P. Navone	Dott. N. A. Buccino	
Dott.ssa G. Domeniconi				
Dott. F. Ubaldi				

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32 Rev.: 0 Data 08/01/14 Pagina 2 di 15
--	---	--

## 1. INTRODUZIONE

L'attività di controllo ha subito negli anni una costante evoluzione sia della tipologia che della modalità di effettuazione in accordo all'aggiornamento della normativa.

La finalità di tale attività è di verificare che le prestazioni oggetto di controllo vengano erogate conformemente alle Regole di Sistema redatte annualmente da Regione Lombardia.

La predisposizione di un Piano dei Controlli è necessaria al fine di implementare uno strumento programmatico per declinare le attività di verifica che si intendono perseguire.

Il Piano dei Controlli Interni annuale descrive modalità di effettuazione delle verifiche e la loro frequenza e ha l'obiettivo di monitorare la qualità di erogazione delle cure e di mettere in atto conseguenti azioni correttive finalizzate a ridurre eventuali inappropriatezze.

Nel corso dell'anno 2014 - come stabilito dalle Regole di Sistema di Regione Lombardia le quali normano che almeno il 14% dell'attività di produzione sia sottoposta a controllo - verranno svolti, in ottemperanza alle regole stesse, controlli sia sull'attività di ricovero che sull'attività di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.

La programmazione delle attività per l'esercizio 2014 prevede che la quota di controllo attualmente prevista, al fine di raggiungere il valore complessivo del 14%, risulti così composta:

- quota fino al 3% riferita ad attività di **autocontrollo della qualità della documentazione clinica**, effettuata a cura dei soggetti erogatori;
- quota di almeno il 7% riferita ai **controlli di congruenza ed appropriatezza** generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero, selezionata con modalità di campionamento mirato;
- quota fino al 4% riferita ad attività di **autocontrollo di congruenza ed appropriatezza** generica (o organizzativa) sulle prestazioni di ricovero.

## 2. SCOPO

L'obiettivo del presente protocollo è garantire che tutte le attività di controllo effettuate dai NIC (*P/31 Gestione dei Nuclei Interni di Controllo prestazioni sanitarie*) afferente alla DMP/DS vengano svolte in modo controllato e regolamentato, secondo il Piano di Controllo Interno annuale.


Il Piano dei Controlli Interni è deliberato dall'organizzazione aziendale e comunicato a tutti i Responsabili clinici dell'azienda con il fine di instaurare un sistema di miglioramento continuo della qualità.

L'attività di controllo interno ha l'obiettivo di monitorare l'attività, di mettere in atto conseguenti azioni correttive per ridurre eventuali inappropriatezze che comporterebbero il mancato riconoscimento delle prestazioni eseguite.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Oggetto del controllo sono:


- le cartelle cliniche prodotte da Ricovero Ordinario, Day Hospital e Day Surgery, le prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate
- le prestazioni MAC e BOCA.

 <p><b>Azienda Ospedaliera</b> <b>GAETANO PINI</b></p>	<p align="center"><b>PROTOCOLLO</b></p> <p align="center"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b></p>	<p>Codice: P/32</p> <p>Rev.: 0</p> <p>Data 08/01/14</p> <p>Pagina 3 di 15</p>
---	---	---

#### 4. ELENCO ACRONIMI

Sigla	Descrizione	Sigla	Descrizione
AC	Azione Correttiva	NOC	Nucleo Operativo di Controllo
BOCA	Chirurgia Ambulatoriale a Bassa Complessità Operativa e Assistenziale	RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
CC	Cartella Clinica	SDO	Scheda Dimissione Ospedaliera
DMP	Direzione Medica di Presidio		
DS	Direzione Sanitaria	SIA	Sistemi Informativi Aziendali
JCI	Joint Commission International accreditation	STU	Servizio di Traumatologia d'Urgenza
MAC	Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità	TAC	Tomografia Assiale Computerizzata
NIC	Nucleo Interno di Controllo	UO	Reparto/Servizio



 <b>Azienda Ospedaliera Istituto Oncologico GAETANO PINI</b>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 4 di 15
---	---	--

## 5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' e DELLE RESPONSABILITA'

<b>Area 1</b>	<b>Area di esecuzione dei controlli clinici/prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali</b>	Documentazione Sanitaria/SDO
		Prestazioni Ambulatoriali e di Diagnostica Strumentale - 28/SAN
	<b>Tipologia controlli</b>	Accuratezza della compilazione e completezza della documentazione sanitaria – <i>Autocontrollo</i>
		Congruenza e Appropriata prestazioni MAC, BOCA e ricoveri riabilitativi - <i>Autocontrollo</i>
		Prestazioni ambulatoriali: congruenza, corretta modalità di rappresentazione – 28/SAN
		Prestazioni erogate ai cittadini stranieri comunitari o extracomunitari (secondo il Protocollo P/38)
<b>Area 2</b>	<b>Area gestione del processo amministrativo</b>	Ricoveri
		Prestazione Ambulatoriale e Diagnostica Strumentale
	<b>Tipologia controlli</b>	Controlli logico-formali tracciato SDO
		Controlli logico-formali e correzione tracciato 28/SAN


### 5.1 Area 1 (Area di esecuzione dei controlli / prestazioni di ricovero e prestazioni ambulatoriali)

#### ❖ Cartella Clinica

Per quel che attiene la documentazione sanitaria, i controlli di completezza e accuratezza della cartella clinica sono effettuati secondo "criteri di accettabilità" intesi come requisiti di contenuto e di forma.

Nell'ottica di un processo di miglioramento verranno valutati sistematicamente il contenuto e la completezza della cartella clinica, attraverso la verifica del diario medico ed infermieristico che riporti annotazioni in tutte le giornate di degenza, esame obiettivo, anamnesi, il foglio unico di terapia farmacologica, corretta compilazione della lettera di dimissione secondo JCI e la relativa IO/01 P/07, la presenza in cartella del registro/verbale operatorio, cartella anestesilogica, consensi informati alle procedure diagnostico-terapeutiche (secondo quanto previsto dalla normativa regionale).

Verrà vigilato che per ogni annotazione effettuata in cartella clinica, su tutti i documenti sopra riportati, sia possibile identificare l'autore (firma) e la data e l'ora di accadimento (standard JCI MCI 19.3 e ripreso nel P/04). Inoltre, nella stesura dei documenti clinici contenenti sigle/acronimi si verificherà l'utilizzo delle sigle/acronimi standardizzati nel TAB/01PGA4.2CD/01.

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 5 di 15
--	---	--

#### ❖ Prestazioni

Sono verificate le prestazioni di ricovero, MAC e BOCA, le prestazioni di riabilitazione e le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

##### 1. Prestazioni di ricovero

##### ➤ Accuratezza e completezza della Documentazione Sanitaria

##### ➤ Controllo mirato di Congruenza e Appropriatezza:

- Congruenza compilazione della SDO con la diagnosi ed l'intervento rispetto a quanto effettivamente erogato e documentato
- L'appropriatezza del regime di erogazione della prestazione.

##### 2. Prestazioni ambulatoriali

##### ➤ Congruenza:

- prestazioni ambulatoriali pure

##### ➤ Corretta modalità di rappresentazione dell'attività erogata:

- prestazioni erogate nel STU seguite da ricovero e trasmesse con il flusso 28/SAN
- prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero ordinario
- prestazioni ambulatoriali comprese nel DRG di ricovero
- verifica di codici ripetuti per la diagnostica per immagini ad alto costo (TAC-RMN).

#### 5.1.1 TIPOLOGIA DEI CONTROLLI Area 1: Area di esecuzione dei controlli/gestione ricoveri e prestazioni ambulatoriali

##### a) ACCURATEZZA DELLA COMPILAZIONE E COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA- AUTOCONTROLLO

##### Controlli interni - Documentazione sanitaria

L'attività di controllo sulla qualità della documentazione sanitaria sarà effettuata secondo le indicazioni dalla DGR 9014- allegato 3 e successive integrazioni con DGR VIII/9581/2009, DGR VIII/10177 del 7 agosto 2009 DGR e IX/000621 del 13 ottobre 2010).

La normativa definisce singole pesature per ciascun elemento costituente la cartella clinica (CC) e una soglia percentuale di accettabilità di errore: l'assenza di uno degli elementi determina condizione di non rimborsabilità del ricovero, parziale o totale.

Nel 2014 il controllo effettuato sulla corretta compilazione e sulla completezza documentale verrà eseguito su un **campione casuale del 3% delle cartelle cliniche dei pazienti medici e chirurgici dimessi.**

Tale controllo verrà effettuato mensilmente campionando le cartelle cliniche relative alla produzione del mese.

La modalità di campionamento relativa alla verifica della documentazione sanitaria è casuale.


La popolazione da cui è estratto il campione è costituita dalla produzione totale delle attività di ogni singolo mese dell'anno solare di riferimento.

Tale popolazione viene poi suddivisa e distinta in sottogruppi in base alle UU.OO di appartenenza ed al regime di ricovero (Ordinario, Day Hospital, Day Surgery, Riabilitazione).

Il NIC produce un report da trasmettere alla DMP/DS/Ufficio Qualità entro la fine del mese successivo a quello del controllo e, se necessario, provvede a incontrare direttamente con la DMP e il Responsabile della U.O. dove si sono evidenziate le criticità.

I dati vengono puntualmente raccolti tramite il MODULO ASL (DGR VIII/10177 del 7 agosto 2009: Check list di valutazione Cartella Clinica).



 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Oncologico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 6 di 15
--	---	--

### **Autocontrollo della qualità documentale**

La quota di autocontrollo della qualità della documentazione clinica permane **pari al 3% della produzione**. Per quanto riguarda le tempistiche e le modalità di campionamento delle pratiche oggetto di autocontrollo della qualità documentale, permane la modalità di campionamento casuale da operarsi da parte della Asl, la quale utilizzerà come riferimento per detto campionamento la produzione dei primi tre mesi dell'anno solare (gennaio - marzo 2014). L'erogatore invierà i propri esiti di autocontrollo, con le modalità già previste dalla normativa vigente, **entro il 30 settembre 2014**. Le Asl procederanno alle proprie verifiche di concordanza sui suddetti esiti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (28 febbraio 2015).

Per la verifica di concordanza degli esiti di autocontrollo, si definisce di utilizzare, il **limite del 5%** in cui il campione soggetto a verifica da parte delle Asl è calcolato con la formula di Levi-Lemeshow applicata al valore centrale di classe.

La struttura erogatrice, per le pratiche soggette ad autocontrollo effettuata la verifica, non procede ad alcuna segnalazione in Regione rispetto all'esito; a tale segnalazione procederà la ASL nell'ambito del previsto debito informativo, la quale utilizzerà il consueto tracciato NOC di congruenza.

### **b) CONGRUENZA E APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI MAC E BOCA. RICOVERI RIABILITATIVI**

#### **Controlli interni**

Il NIC effettua controlli mirati di congruenza della codifica delle diagnosi e degli interventi effettuati sulla base delle normative regionali vigenti.

In particolare, sulla produzione dell'anno 2014, tale attività verrà svolta **sul 4% delle prestazioni** maggiormente esposte a rischio di inappropriata in particolare sulle procedure che devono essere prioritariamente portate dal regime di erogazione ordinario e di Day Hospital a quello di MAC e di BOCA.

Per questi DRG verranno stabilite delle soglie massime percentuali di incidenza calcolate sul numero totale di ricoveri ordinari rispetto alle prestazioni erogate ambulatoriali semplice e complesse.

Superate tali soglie, le stesse prestazioni saranno valorizzate come procedure erogate in regime di MAC o di BOCA, modificando conseguentemente i relativi debiti informativi.

Il controllo delle MAC e delle BOCA è assimilabile alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri.

Verrà controllato che le prestazioni rese corrispondano a quanto descritto nei protocolli aziendali.

Sarà inoltre verificata la presenza e la completezza della documentazione sanitaria.

Dovrà esserci corrispondenza tra la documentazione sanitaria e i protocolli aziendali.

Sarà necessario esplicitare nella documentazione sanitaria il modo e l'assistenza resa (tempi: ora di inizio, ora di fine per accettazione e dimissione) specularmente con quanto indicato nel protocollo.

Le MAC controllate saranno erogate dai dipartimenti di appartenenza: Reumatologia e Riabilitazione.


Le procedure di verifica sulle MAC di Riabilitazione dovranno verificare che quanto esplicitato nei pacchetti sia conforme al progetto e al piano riabilitativo.

Sarà necessario porre attenzione che i progetti e i piani riabilitativi siano compilati in modo chiaro ed esaustivo.

Verranno controllate le tempistiche di trattamento e di osservazione, le giornate, le procedure rese e il personale impiegato secondo il minutaggio previsto.

Tale controllo verrà effettuato mensilmente campionando in modo casuale il 4% della produzione relativa alle prestazioni di cui all'allegato A della DGR VIII/10804 del 16 dicembre 2009 (BOCA) e DGR n. IX/1479 del 30/03/2011(MAC).

L'elenco delle cartelle selezionate verrà inviato mensilmente alla Asl. I suddetti elenchi non potranno

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 7 di 15
--	---	--

comprendere cartelle già controllate dalle Asl o oggetto di futuri controlli già ufficialmente comunicati. Nel caso in cui si verificassero sovrapposizioni tra le pratiche selezionate dall'erogatore e quelle campionate dall'Asl nel corso delle consuete verifiche di congruenza, sarà facoltà della stessa Asl disporre eventualmente la disposizione, ad opera della Struttura di ricovero, di parte del campione selezionato.

#### **Ricovero riabilitativo**

Il controllo sarà indirizzato alla verifica dell'appropriatezza del ricovero e alla verifica delle rappresentazioni delle prestazioni rese.

Nello specifico la verifica sarà mirata a verificare la presenza e la consistenza:

- del Piano e del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI e pri)
- del diario del terapeuta
- della regolare indicazione dell'ora di entrata e di uscita del paziente
- della presenza e della correttezza della SDO
- del diario medico ed infermieristico
- della presenza e correttezza dei consensi informati.

Verrà valutata la situazione clinica del paziente, la reale necessità riabilitativa, il contenuto sostanziale del progetto riabilitativo, la presenza in programma riabilitativo di interventi differenziati, l'inquadramento del grado di disabilità del paziente e degli obiettivi raggiunti mediante strumenti specialistici quali le scale di valutazione in fase iniziale e finale del trattamento, e anche la revisione a medio termine dell'efficacia con eventuale modifica del piano riabilitativo in corso di attuazione.

Nella verifica della corretta rendicontazione delle giornate di ricovero, si terrà conto di:


- effettuazione del trattamento riabilitativo nel fine settimana (secondo le attuali regole di accreditamento)
- le motivazioni cliniche e non (es. esecuzione di esami diagnostici ecc.) per cui il paziente non ha potuto sottoporsi al trattamento riabilitativo
- l'impossibilità ad effettuare il ciclo di riabilitazione per instabilità clinica.

Tale controllo verrà effettuato mensilmente campionando in modo casuale **il 4% della produzione mensile**. La popolazione da cui è estratto il campione è costituita dal totale della produzione di ogni singolo mese dell'anno solare di riferimento; tale popolazione viene poi suddivisa e distinta in sottogruppi in base alle UU.OO di fisiatria di appartenenza.

Tali ricoveri che verranno campionati ed estratti potranno essere trasmessi al Responsabile della U.O. di Riabilitazione per la verifica dell'appropriatezza clinica affinché, qualora lo stesso Responsabile ritenga non sussistano le condizioni congrue di riabilitazione specialistica e preveda di trasformarle in attività generale geriatrica, possa segnalarlo al NIC affinché vengano adeguati i flussi informativi ("ravvedimento operoso").

#### **Autocontrollo di congruenza ed appropriatezza**

La quota di autocontrollo di congruenza è pari al **4% delle prestazioni di ricovero**. Gli esiti dell'autocontrollo di congruenza dovranno essere inviati alla Asl entro il 30 settembre 2014, la quale procederà quindi alla verifica di concordanza sugli esiti prodotti e alla conclusione del relativo iter amministrativo entro la consueta scadenza prevista dal proprio debito informativo verso gli Uffici regionali (28 febbraio 2015).

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Oncoematologico <b>GAETANO PINI</b></p>	<p align="center"><b>PROTOCOLLO</b></p> <p align="center"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: P/32</p> <p>Rev.: 0</p> <p>Data 08/01/14</p> <p>Pagina 8 di 15</p>
---	--	---

Per la verifica di concordanza degli esiti di autocontrollo, si definisce di utilizzare, il **limite del 5%** in cui il campione soggetto a verifica da parte delle Asl è calcolato con la formula di **Levi-Lemeshow** applicata al valore centrale di classe.

Per l'autocontrollo di congruenza non sono ammesse ricodifiche che comportino un aumento del rimborso previsto. Per questi motivi, le pratiche che risultassero iper-valorizzate a seguito delle ipotesi di ricodifica degli erogatori, andranno trasmesse alle Asl come confermate (codici originali) e quindi classificate con esito A (confermate).

Come già anticipato con la DGR n. IX/4334/2012, si ribadisce che tutta l'attività svolta in autocontrollo da parte degli erogatori, seguita poi da verifica di concordanza da parte delle Asl, non sarà soggetta a possibilità di sanzionamento, in applicazione del principio del "ravvedimento operoso".

Detto principio è da intendersi applicabile però solo nel caso in cui l'esito di concordanza Asl/Erogatore sia positivo. Si precisa a questo proposito che in caso di concordanza negativa, l'estensione all'intera produzione disponibile, condotta dalle Asl nell'ambito dello stesso episodio ispettivo, riguarderà almeno le fattispecie di errore riscontrate nel mini-campione di concordanza; in questo caso, se ne incorrono gli estremi, si procederà quindi anche al sanzionamento amministrativo.

In caso di concordanza positiva, sarà invece cura della struttura di ricovero operare le correzioni per l'anno solare in corso, nei tempi previsti (fino al 15 febbraio 2015), esclusivamente per la quota che eccede il 4% autocontrollato.

A questo proposito si ricorda che gli esiti delle attività di autocontrollo non devono portare a delle modifiche delle SDO già inviate in Regione (tramite il consueto flusso SDO). La struttura erogatrice, per le pratiche soggette ad autocontrollo, non procede quindi ad alcuna segnalazione in Regione rispetto all'esito; a tale segnalazione procede come di consueto la Asl nell'ambito del previsto debito informativo, la quale utilizzerà il consueto tracciato NOC di congruenza.

La trasmissione degli esiti dell'autocontrollo di congruenza tra Erogatori ed Asl nei tempi previsti (**30 settembre 2014**), avverrà invece secondo le modalità comunicate con la nota della DG Salute n. 22981 del 02.08.2013.


#### **c) PRESTAZIONI AMBULATORIALI: CONGRUENZA, CORRETTA MODALITA' DI RAPPRESENTAZIONE 28/SAN**

Obiettivo delle Direzioni è garantire la correttezza, la completezza e l'attendibilità dei dati richiesti attraverso i flussi informativi. Non saranno riconosciute le valorizzazioni relative alle prestazioni nei cui record siano presenti errori formali in campi sostanziali quali quelli riferiti a:

- data
- numero ricetta
- codice medico
- codice prestazione.

Sulla base della normativa vigente che regola i controlli istituzionali sulle prestazioni ambulatoriali, il NIC provvede a controllare:



 <b>Azienda Ospedaliera</b> <b>Istituto Ortopedico</b> <b>GAETANO PINI</b>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 9 di 15
---	---	--

# **1. Corretta modalità di rappresentazione delle attività erogate (Controlli delle prestazioni ricomprese nel costo del DRG)**

- Prestazioni di PS seguite da ricovero
- Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero
- Prestazioni ricomprese nel costo del DRG (pre-post ricovero), secondo la tabella:

## **Prestazioni Pre - ricovero e Post - ricovero sottoposte a controllo**

<b>Pre-ricovero: 15 giorni antecedenti il ricovero</b>
Esami infettivologi: HBV (91.18.3) + HCV (91.19.5) + HIV (91.22.4)
Diagnostica per immagini: Rx torace (87.44.1)
Diagnostica strumentale: ECG (89.52) associata a visita cardiologica
Laboratorio: Emocromo (90.62.2) associato ad assetto Emocoagulativo (PT 90.75.4 e conta piastrinica 90.71.3)
Esami Immunoematologici: gruppo ABO (90.65.3 e 90.65.4)
Visita anestesilogica
<b>Post-ricovero: 10 giorni successivi il ricovero</b>
Visita generale e di controllo coincidenti al reparto di dimissione
Rimozione punti di sutura (97.89)
Medicazione della ferita (96.59, 86.22)
Rimozione gesso (97.88)
Riparazione apparecchio gessato (97.1)

## **Controllo "Esenzione per patologia" (punto "P" DGR 10804/2009)**

La verifica sulle **prestazioni esenti** dalla partecipazione al costo per le condizioni e malattie croniche o invalidanti riguarderà le seguenti patologie:

- 002 affezioni del sistema circolatorio
- 012 diabete insipido
- 013 diabete mellito
- 019 glaucoma.


Inoltre verranno verificate le visite in esenzione per le patologie comprese tra 001 e 056 ad esclusione dei cod. esenzione 018, 020, 040, 041, 046, 048, 049, 050, 051, 052, 053.

Il controllo è effettuato sui record relativi agli assistiti di ASL e prevede l'incrocio con la BASE DATI assistiti per verificare la presenza dell'esenzione:

1. le visite dei pazienti privi di attestato esenzione vengono annullate;
2. le visite di controllo confermate esenti sono convalidate;
3. le prime visite confermate esenti vengono trasformate in visite di controllo.

## **Controllo ricetta duplicata (punto "R" DGR 10804/2009)**

Dato un determinato "n. ricetta" verificare che il campo "contatore prescrizione", che identifica la prescrizione, non sia codificato per la stessa **con valori diversi**.

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 10 di 15
--	---	---

### Controllo assistiti deceduti (punto "S" DGR 10804/2009)

Data una determinata "data contatto" si verificherà che l'assistito non risulti deceduto precedentemente a tale data.

### Controllo medico cessato (punto "T" DGR 10804/2009)

Dato un determinato "codice medico prescrittore", data una determinata "data compilazione" verificare che lo stesso medico non risulti cessato precedentemente a tale data.

### Prestazioni ambulatoriali ad alto costo

Verranno esaminati i record con codici prestazione ripetuti o con quantità >1; la presenza contemporanea di due o più codici, infatti, costituisce indicazione al controllo per verificare eventuali discrepanze tra prescrizione/refertazione e rendicontazione della prestazione erogata.

87.41

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE; TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]

87.41.1

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO; TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]

88.01.1

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE; Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni

88.01.2

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO; Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni

88.01.3

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE; Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata

88.01.4

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO; Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata

88.01.5

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO

88.01.6

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO

88.38.5

TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO; TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache

88.92

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE ; [mediastino, esofago]; Incluso: relativo distretto vascolare


88.92.1

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO; [mediastino, esofago]; Incluso: relativo distretto vascolare

87.24

RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE; (2 proiezioni); Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della ; colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale.



 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 11 di 15
--	---	---

### Identificativo medico prescrittore

Si verificherà il contenuto del campo medico prescrittore, per le ricette lombarde (cod. 030) incrociando i dati rendicontati con l'anagrafica dei prescrittori lombardi messa a disposizione da Lombardia Informatica al fine di verificare la titolarità del medico alla prescrizione di prestazioni a carico del S.S.R. e la correttezza delle informazioni contenute in detto campo. Dall'analisi dei dati così effettuata saranno poste in essere verifiche sia sulle Strutture che hanno rendicontato i record con prescrittori non identificati nell'anagrafica che sui medici che risultino aver prescritto un numero di ricette significativamente superiore alla media.

### Terapia Fisica

Si controllerà per via informatica, nell'ambito della stessa struttura, per lo stesso paziente, la corretta applicazione delle indicazioni contenute nella DGR 3111 del 1 agosto 2006, per quanto riferito ai criteri di prescrivibilità delle sotto elencate prestazioni:

- Mesoterapia (99.29.7): non più di 3 trattamenti;
- Rieducazione motoria in gruppo (93.11.5): patologie muscolo scheletriche e neurologiche a carattere cronico degenerativo. Gravi scoliosi idiopatiche evolutive. Erogabile solo 1 ciclo all'anno, escluse gravi scoliosi idiopatiche evolutive.

Inoltre si controlleranno le PRESTAZIONI DELIBERA 3111/2006 – escluse dai LEA rendicontante a carico del SSN.

Inoltre, in detto ambito, potranno essere eseguiti controlli al fine di verificare la documentazione sanitaria presente presso le Strutture a sostegno della erogabilità delle prestazioni di Terapia fisica a carico del SSN.

## 2. Congruenza

a) Estrazione degli errori da stralciare per via informatica (tipologia di errore A, E, F, G, H, J, K) e loro quantificazione. Esempio:

- Codici ripetuti di prestazioni di diagnostica per immagini (TAC-RMN) che non possono essere contemporaneamente presenti poiché le prestazioni "con e senza contrasto" comprendono anche quelle "senza contrasto".

b) Estrazione degli errori che necessitano di una verifica con il referto (B, C, D, L, M, N) e loro quantificazione per:


- Codici di prestazioni che, se contemporaneamente presenti, costituiscono indicazioni al controllo (Rx colonna – cervicale – dorsale – lombosacrale),
- Codici ripetuti di prestazioni per le quali il Nomenclatore Tariffario descrive già la bilateralità (es. Rx ginocchio).

## 5.2 Area 2 (Area Gestione del processo)

### 5.2.1 RICOVERI

#### a) CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA SDO

**A seguito della dimissione del paziente e della contestuale compilazione della SDO da parte del Medico Responsabile, la cartella clinica deve essere chiusa ed inoltrata in Archivio Clinico entro 10 giorni dalla data di dimissione completa di tutta la documentazione.**

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Oncologico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 12 di 15
--	---	---

## RESPONSABILITA'

### Reparto

**Il Capo Sala** su indicazione del Responsabile Medico della UO sovrintende alla corretta tenuta della cartella clinica durante la degenza, facendosi carico della sua conservazione e del successivo invio all'Archivio previa chiusura e firma della SDO da parte del Responsabile Medico.

Al fine di agevolare il controllo documentale, al momento della chiusura il Capo Sala o suo delegato verifica tramite una check list la completezza dei documenti della cartella clinica prodotta attestante la presenza di tutto quanto indispensabile al completamento del fascicolo relativo al ricovero (MOD/01 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica; MOD/02 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica di Riabilitazione).

**Il Responsabile Medico** è responsabile ultimo della completezza del suo contenuto, diagnosi intervento, procedura e modalità di dimissione riportati sulla SDO e del rispetto dei tempi di consegna della cartella fino alla consegna in archivio.

### Archivio Clinico

**Il Personale dell'Archivio Clinico** verificata la completezza dei documenti costituenti la cartella sigla la check list prima dell'archiviazione definitiva.

In caso di Non Conformità tra quanto dichiarato e quanto effettivamente presente in cartella, il Personale dell'archivio provvede a rimandare la cartella in reparto per le integrazioni del caso.

### b) CONTROLLI LOGICO FORMALI E CORREZIONE DEL TRACCIATO SDO

Il controllo logico-formale sul flusso SDO di produzione viene effettuato mensilmente, prima dell'invio del debito informativo in Regione Lombardia. Tale controllo viene effettuato attraverso uno specifico software dedicato, secondo quanto indicato dalla normativa vigente, per verificare la correttezza e la completezza dei campi del tracciato a disposizione del Referente Area 1, Referente Area 2 e SIA.


#### ➤ REFERENTE AREA 1 RICOVERI (SDO2)

Il Referente dell'Area 1 verifica la chiusura delle SDO entro i tempi stabiliti dalla normativa, quantifica gli eventuali ritardi di chiusura, predispone un tabulato delle SDO non ancora chiuse e lo comunica, via e-mail, alla DMP.

La DMP sollecita le UU.OO. interessate, le quali provvedono alla chiusura delle SDO.

A questo punto, il Referente Area 1, esegue la verifica dei dati sanitari ed effettua la correzione degli errori derivanti dal controllo sanitario, provvedendo a:

1. classificare le SDO per reparto e in ordine di data di dimissione
2. verificare che le SDO siano complete di data dimissione e che siano stati inseriti i codici di diagnosi, di procedura e di intervento
3. verificare che esista una corrispondenza tra i codici riportati e l'attività clinica eseguita, che siano corretti e che ci sia corrispondenza tra SDO, DRG chirurgico e verbali operatori
4. qualora si evidenzino incongruenze tra la codifica assegnata dal medico e quanto disposto dalle normative e dalle linee guida regionali, indicare al medico quanto rilevato affinché lo stesso possa rivedere la documentazione sanitaria firmando e datando la modifica,
5. controllare che non ci siano DRG anomali
6. controllare che il medico abbia inserito il grado GIR sulle revisioni di protesi
7. controllare che non ci siano errori gravi (es. data intervento procedura antecedente la data di accettazione ricoveri)
8. verificare che non ci siano DRG complicati sui ricoveri DH
9. controllare che non ci siano one day surgery, in caso contrario trasformarli in ricoveri ordinari,
10. verificare che il passaggio da ricovero ordinario alla riabilitazione avvenga come da procedura
11. verificare mensilmente nei tracciati l'inserimento delle protesi.

 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 13 di 15
--	---	---

Dopo aver effettuato il controllo dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, il Referente Area 1 informa il SIA, via e-mail, che sono state effettuate le correzioni nel database, nei tempi previsti dalla normativa regionale, affinché il SIA effettui l'estrazione provvisoria del file e segnali eventuali anomalie propedeutiche al consolidamento.

➤ **REFERENTE AREA 2 RICOVERI (SDO1, SDO3)**

Estrae i dati provvisori, esegue la verifica ed effettua l'eventuale correzione dei dati amministrativi del tracciato SDO 2 e SDO3, provvedendo a:

1. verificare gli errori di natura anagrafica
2. predisporre un prospetto delle SDO che presentano nel campo onere di degenza il valore 7, 8 e 9
3. effettuare la correzione nel database.

Dopo aver effettuato il controllo dei dati relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, il Referente Area 2 informa il SIA, via e-mail, che sono state effettuate le correzioni nel database, nei tempi previsti dalla normativa regionale, affinché il SIA effettui l'estrazione provvisoria del file e segnali eventuali anomalie propedeutiche al consolidamento.

➤ **SIA**

Dopo aver ricevuto la conferma della correttezza dei dati, relativi alle dimissioni ospedaliere del mese di riferimento, dal Referente Area 1 e Referente Area 2, effettua l'attività di consolidamento delle pratiche da inviare in Regione entro il mese successivo a quello di competenza.

Il consolidamento viene effettuato utilizzando una apposita funzione presente nel sistema clinico sanitario, nello specifico:

1. viene visualizzato l'elenco delle SDO in stato "completato"
2. si procede al consolidamento delle SDO "completate" (in seguito alle eventuali correzioni effettuate) in modo tale da rendere le SDO predisposte per l'estrazione definitiva.

Al termine del consolidamento il SIA invia al Referente dell'Area 2 il tracciato consolidato SDO1, SDO2 e SDO 3 per l'invio in Regione tramite il flusso del debito informativo certificato SISS.

La Regione Lombardia trasmette mensilmente l'esito dei controlli sui tracciati SDO segnalando eventuali errori.

Nel caso in cui dall'estrazione provvisoria del tracciato SDO non risultino errori, si procede a renderla definitiva.

## 5.2.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

### a) CONTROLLI LOGICO-FORMALI E CORREZIONE DEL TRACCIATO 28/SAN


Il controllo logico-formale sul flusso 28/SAN relativo alla produzione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale viene effettuato mensilmente, prima dell'invio del debito informativo in Regione Lombardia, attraverso uno specifico software dedicato (Dedalus) secondo quanto indicato nella circolare 28/SAN e successive modifiche per verificare la correttezza e la completezza dei campi del tracciato.

### REFERENTE AREA 1

All'inizio del mese di riferimento, il Referente dell'Area 1:

- procede all'estrazione provvisoria dei file txt. AMB1, AMB2, AMB3 per effettuare il controllo dei dati attraverso l'applicativo Argos



 <p>Azienda Ospedaliera Istituto Ortopedico <b>GAETANO PINI</b></p>	<b>PROTOCOLLO</b>  <b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI</b> <b>ANNUALE</b>	Codice: P/32  Rev.: 0  Data 08/01/14  Pagina 14 di 15
--	---	---

- controlla la correttezza logico formale del tracciato 28/SAN, intesa come corrispondenza alle regole stabilite, utilizzando, per quanto attiene la correttezza del tracciato record, singole query, al fine di determinare la presenza di record doppi o non abbinati che rendono il file irricevibile.

Particolare attenzione sul tracciato è posta al controllo degli errori che più frequentemente vengono segnalati dal flusso di ritorno dalla Regione Lombardia:

➤ **Controllo congruenza delle date**

- Data di prenotazione <= data contatto
- Data fine erogazione > data contatto
- Data impegnativa <= data contatto
- Data compilazione <> da blank

➤ **Regime di erogazione 7 - 8 - 9**

La residenza dell'assistito non deve essere italiana.

La modifica apportata riguarda la visualizzazione del codice di regime in fase di accettazione.

➤ **Codifica ISTAT**

Codici ISTAT, aggiornamento tabelle.

➤ **Esenzioni**


- Esenzione per età: pazienti < 15 e > 65 anni per reddito.  
Visualizzare tutte le tipologie di esenzione, con relativo codice e attuare il controllo automatico sull'età per esenzione per età.
- Esenzione per patologia.  
La verifica sulle **prestazioni esenti** dalla partecipazione al costo per le condizioni e malattie croniche o invalidanti riguarderà le seguenti patologie:
  - \_ 002 affezioni del sistema circolatorio
  - \_ 012 diabete insipido
  - \_ 013 diabete mellito
  - \_ 019 glaucoma
 Inoltre verranno verificate le visite in esenzione per le patologie comprese tra 001 e 056 ad esclusione dei cod. esenzione 018, 020, 040, 041, 046, 048, 049, 050, 051, 052, 053.  
 Il controllo è effettuato sui record relativi agli assistiti di ASL e prevede l'incrocio con la BASE DATI assistiti per verificare la presenza dell'esenzione:
  1. le visite dei pazienti privi di attestato esenzione vengono annullate
  2. le visite di controllo confermate esenti sono convalidate
  3. le prime visite confermate esenti vengono trasformate in viste di controllo.

➤ **Codice Fiscale e Codice prescrittore**

- Codice Fiscale assistito e Medico prescrittore: controllo CHECK DIGIT (lunghezza campo = 16).
- Codice proscrittore: codice numerico (lunghezza campo = 5).

➤ **Tipo ricetta**

- Tipo ricetta per regime di erogazione 7 - 8 - 9  
<> da spazio e deve contenere i valori ammessi sul tracciato AMB2.  
Analisi del tracciato AMB2, nel campo Quantità, con valori > di 1.

 <p>Azienda Ospedaliera GAETANO PINI</p>	<p align="center"><b>PROTOCOLLO</b></p> <p align="center"><b>PIANO DEI CONTROLLI INTERNI ANNUALE</b></p>	<p>Codice: P/32</p> <p>Rev.: 0</p> <p>Data 08/01/14</p> <p>Pagina 15 di 15</p>
---	--	--

➤ **Quantità prestazioni**

Analisi del tracciato AMB2, nel campo Quantità, con valori > di 1.

Questo consentirà di separare i record esatti da quelli contenenti errori gravi, di correggere gli errori evidenziati e di inviare il flusso del debito informativo a Regione/ASL.

**Entro il V<sup>a</sup> giorno del mese, il Referente Area 1:**

- estrae i file txt MEF1, MEF2, MEF3 che inoltra alla persona preposta all'invio dei dati al Ministero delle Finanze
- estrae i file txt. AMB1, AMB2, AMB3 che inoltra al Controllo di Gestione per l'invio dei dati alla ASL Milano.

**Entro l'ultimo giorno del mese, il Referente Area 1:**

- estrae in maniera definitiva i file txt AMB1, AMB2, AMB3 completa di eventuali correzioni del mese precedente a quello di riferimento
- predispone un file Excel con gli errori del mese precedente a quello di riferimento
- invia al SIA, tramite e-mail, i file txt AMB1, AMB2, AMB3 e il file Excel.

➤ **SIA**

- Aggiorna i file txt AMB1, AMB2, AMB3 con le indicazioni presenti sul file Excel
- al termine dell'aggiornamento, il file txt è a questo punto "completo" e viene inviato al Controllo di Gestione per l'invio dei dati alla Regione Lombardia.

**6. RIFERIMENTI-ALLEGATI**

**Area 1 (Area di esecuzione dei controlli/gestione contenuti cartella clinica)**

- MOD/01 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica
- MOD/02 P/32 Verifica completezza documentazione sanitaria presente in cartella clinica di Riabilitazione
- MODULO ASL (DGR VIII/10177 del 7 agosto 2009) check list di valutazione cartella clinica
- IO/01 P/07 Lettera di dimissione ospedaliera / trasferimento

**Area 2 (Area Gestione del processo)**

- MOD/04 P/32 Report attività controlli NIC (Ricoveri)
- MOD/05 P/32 Report attività controlli NIC (Ambulatoriale)
- MOD/06 P/32 Report attività controlli logico formali
- MOD/07 P/32 Report attività controlli interni
- ALL/01 P/32 Riferimenti Normativi.



[www.AlboPretorionline.it](http://www.AlboPretorionline.it) 29/01/14