

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

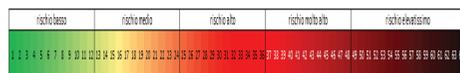
Processo	Descrizione sintetica delle fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure proposte
Formazione individuale sponsorizzata	<ol style="list-style-type: none"> La proposta dello sponsor arriva al protocollo; Il protocollo la invia allo staff di dipartimento/area interessato dalla proposta che, sentito il Direttore di DAL, invia al Direttore di SOD di pertinenza. Il Direttore di SOD (funzione valutante) valuta: <ul style="list-style-type: none"> - appropriatezza formativa e impatto atteso in termini di sviluppo di competenze - impatto organizzativo rispetto alla programmazione delle attività - individua gli operatori per la partecipazione valutando con loro gli eventuali conflitti d'interesse - valuta la possibilità di attuare il criterio di rotazione tra i professionisti. Lo staff invia alla Commissione per la valutazione del conflitto di interessi del personale individuato in particolare in rapporto all'azienda sponsorizzante. La formazione provvederà a comunicare all'operatore interessato allo staff e allo sponsor l'esito delle valutazioni (autorizzazione/ non autorizzazione). 	da individuare	41	<ol style="list-style-type: none"> Centralizzazione dell'arrivo della richiesta ad una struttura amministrativa individuata che gestisca l'intero processo oppure creare una struttura dedicata alla gestione di tutte le risorse provenienti da privato Definizione di un "vademecum" di criteri di valutazione di ausilio al Direttore di SOD rimandare il momento dell'autorizzazione del direttore a quando è stato recepito il parere della COVACI adottare un regolamento che definisca le attività della COVACI ed i criteri sulla base dei quali valuta con esemplificazione dei possibili conflitti d'interesse da diffondere tra i professionisti Inserire l'obbligo di condividere i risultati della formazione all'interno della Struttura/SOD Prevedere una fase di controllo a posteriori dell'evento rispetto alla qualità ed utilità dello stesso. 	21
Convegnistica sponsorizzata presso AOUC	<ol style="list-style-type: none"> Il professionista individua un argomento di interesse per la sua struttura/attività, per il dipartimento o per l'azienda che considera utile approfondire oppure lo sponsor contatta il professionista per organizzare un evento in AOUC di interesse per l'attività espletata Il provider individuato per quell'evento dallo sponsor, compatibilmente con i vincoli e i regolamenti, nomina il responsabile scientifico, quale professionista aziendale e si rapporta con questi per l'organizzazione dell'evento Il provider ricevuto l'assenso del professionista, si occupa di organizzare l'evento all'interno di AOUC AOUC si occupa di affittare le aule essendo ad oggi non prevista una struttura per l'organizzazione della convegnistica Intervengono altri uffici aziendali solo se avvisati in quanto ritenuto necessario per lo specifico evento di cui trattasi (Igiene e organizzazione ospedaliera, formazione, SPP,...) Il responsabile scientifico individua i docenti del convegno anche tra il personale interno ad AOUC Organizzazione del convegno da parte di un provider esterno presso le strutture di AOUC; il provider segue tutta l'organizzazione ed i contatti con l'AOUC Non sono previsti controlli da parte delle strutture di AOUC durante lo svolgimento dell'evento e rispetto ai risultati dello stesso (es. conflitti di interessi) 	da individuare	64	<ol style="list-style-type: none"> Individuazione di una struttura interna di riferimento per l'organizzazione della convegnistica in AOUC che segue tutte le fasi del processo dalla proposta alla gestione dei conflitti di interessi fino al controllo dell'evento Elaborazione di una procedura interna specifica Coinvolgimento di soggetti privati esterni nell'organizzazione (provider esterni, segreterie organizzative) individuate con metodi trasparenti che colmano eventuali carenze di risorse interne dedicate) Previsione di specifici fondi per le strutture che organizzano convegni dove far confluire le risorse che derivano dall'attività di convegnistica e prevedere una quota per l'Azienda anche per il supporto formativo di altre strutture o progetti aziendali 	31

Processo	Descrizione sintetica delle fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure proposte
Incarichi extra-impiego	<ol style="list-style-type: none"> Il dipendente riceve una proposta di incarico extra-impiego da un soggetto esterno Il dipendente richiede l'autorizzazione all'effettuazione di un incarico extraimpiego oppure comunica l'incarico nelle ipotesi non soggette a formale autorizzazione 	Amministrazione del Personale	53	<ol style="list-style-type: none"> Aggiornare il regolamento aziendale sugli incarichi extraimpiego Uniformare il modulo di richiesta fra tutti gli istituti di sponsorizzazioni, incarichi extra-impiego, convenzioni training e similari - fare modulo unico La valutazione del Direttore deve essere comprensiva della qualità dell'evento, dell'eventuale conflitto e delle eventuali opportunità e impatto per la struttura Creare un percorso di comunicazione strutturato fra AOUC ed ESTAR Nella banca dati informatizzata a disposizione della commissione per la valutazione dei conflitti di interessi inserire anche il curriculum del professionista 	21
Stipula accordi convenzionali finanziati per consulenza formazione training in ambito formativo formativo	<ol style="list-style-type: none"> Richiesta di collaborazione da parte del soggetto esterno Presenza in carico della richiesta da parte dell'ufficio aziendale Valutazione di interesse e sostenibilità da parte della struttura aziendale coinvolta e del professionista interessato In caso di esito positivo della valutazione di cui al punto 3, l'ufficio fa firmare al professionista il conflitto di interessi ed il protocollo di legalità nel caso la proposta coinvolga un fornitore o un possibile fornitore. Invio della proposta alla commissione per la valutazione dei conflitti di interessi A seguito di esito positivo viene predisposta la bozza di accordo La bozza di accordo viene sottoposta alla valutazione della direzione Deliberazione e firma dell'accordo nel caso in cui la valutazione della direzione sia positiva 	Supporto alle funzioni direzionali e integrazione organizzativa Formazione	27	<ol style="list-style-type: none"> prevedere specifici fondi in cui far confluire gli importi derivanti dall'attività da reinvestire sulla struttura a cui afferisce il professionista ed evitare che lo stesso riscuota gli importi direttamente o gran parte di essi 	14

Processo	Descrizione sintetica delle fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure proposte
Accesso degli informatori medico scientifici ai reparti e degli specialist alle sale operatorie e salette interventistiche	<p>Accreditamento IMF</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'azienda farmaceutica interessata invia alla UO farmacia la richiesta di accreditamento. 2. La UO farmacia valuta la modulistica e ne chiede eventuali integrazioni. 3. La UO farmacia segue il processi di accreditamento delle ditte e autorizzazione dei professionisti proposti dalle ditte, divisi tra IMS e specialist 4. La UO farmacia invia alla UO comunicazione la lista delle ditte e dei nominativi autorizzati all'ingresso in azienda al fine di pubblicarli rispettivamente su internet sull'intranet aziendale. <p>Accesso ai reparti degli informatori</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il direttore di SOD valuta l'opportunità di ricevere gli informatori, nomina un referente interno per l'informazione medico scientifica, organizza il ricevimento e ne dà comunicazione alla UO Farmacia. 2. Per far accedere gli informatori vengono verificati: l'accreditamento della ditta, l'autorizzazione dell'informatore e il possesso e la visibilità del cartellino identificativo. 3. Il referente di SOD compila il registro e annota le eventuali non conformità che comunica alla UO farmacia con un report trimestrale. 4. La UO farmacia invia un report semestrale alla direzione sanitaria. 5. La UO farmacia valuta i report e attua un monitoraggio nell'ottica di miglioramento del processo. <p>Accesso alle sale operatorie e salette interventistiche degli specialist</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richiesta autorizzazione all'accesso dello specialist da parte del direttore di SOD o delegato alla Igiene e organizzazione ospedaliera (modulo M/903/D83-F). 2. Autorizzazione dell'Igiene e organizz. Osped. 3. Trasmissione dell'autorizzazione al Direttore di SOD (o suo delegato) al Coordinatore (o suo delegato) dell'Area Clinica dove accederà lo Specialist . 4. Verifica del coordinatore infermieristico (o suo delegato). 5. Eventuale segnalazione criticità sull'accesso degli Specialist. 6. Direzione in carica della segnalazione. 	Farmacia Igiene e organizzazione ospedaliera	41	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informatizzazione dell'intero processo dall'accreditamento delle ditte alla segnalazione delle non conformità in tempi brevi 2. Più chiara definizione della filiera delle responsabilità 3. Inserimento attività di supporto degli specialist già nel contratto di fornitura 4. Verifica e controllo regolare dei comparti operatori 5. definire durata della formazione in sala dello specialist 6. Privilegiare gli incontri plenari con gli informatori strutturati, presidiati da AOUC 7. Revisione regolamento in corso sulla base di quanto emerso dall'anno di sperimentazione e dall'analisi del processo effettuata 8. Previsione di criteri di valutazione Igiene e organizzazione ospedaliera delle modalità con cui vengono fatte le valutazioni pre autorizzazione degli specialist all'accesso delle sale/salette 9. Rendere trasparenti le modalità con cui vengono prese in carico le segnalazioni (tracciabilità del percorso di presa in carico della segnalazione) 10. Strutturazione di un sistema di monitoraggio dell'applicazione del regolamento 11. Inserire nel consenso informato l'indicazione della possibile presenza degli specialist agli interventi (come per studenti in formazione) 	21
Partecipazione dei professionisti a società scientifiche, associazioni di pazienti, altro: percorso di comunicazione e valutazione incompatibilità e conflitti di interessi	<ol style="list-style-type: none"> 1. acquisizione e compilazione del modulo di autocertificazione 2. Acquisizione del parere del responsabile in caso di dichiarazione di interessi secondari. 3. Invio del modulo alla UO Amm.ne del Personale o DPS 4. passaggio in COVACI in caso di dichiarazioni positive con emissione relativo parere 5. decisione a seguito di parere COVACI 6. inserimento in fascicolo personale del dipendente 	Amministrazione del Personale	44	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informatizzazione del sistema di gestione delle dichiarazioni con previsione di alert per successivo aggiornamento 2. Formazione/Informazioni sui rischi e relative sanzioni 3. Definizione e/o integrazioni di norme regolamentali per gestire rapporti con associazioni/società scientifiche e AOUC (sedi legali, soggetti operativi in azienda etc.) 	16

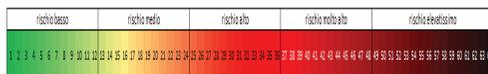
Processo	Descrizione sintetica delle fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure proposte
Libera professione e attività istituzionale: possibili incompatibilità e conflitto di interessi	<p>Processo ambulatoriale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prenotazione prima visita presso AOUC 2. Prestazione ambulatoriale 3. Emissione del referto ambulatoriale 4. Rinvio al curante 5. Pianificazione percorso successivo: Day Service 6. Attivazione di un percorso di follow up 7. Pianificazione percorso successivo: programmazione esami diagnostici per completamento inquadramento clinico 	<p>Direzione Operativa Supporto governo offerta ambulatoriale Gestione attività libero professionale</p>	21	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoraggio TAT prime visite e riorganizzazione delle agende, destinando uno spazio al primo livello. Valutazione risorse disponibili, da assegnare alla attività ambulatoriale. 2. Stabilire gli standard assistenziali, monitorando l'andamento dei tempi di erogazione, per una corretta fruizione della prestazione 3. Razionalizzazione dei tempi di erogazione. Corretta comunicazione con l'utenza. Schedulazione degli slot. Maggiore separazione tra urgenza ed elezione. Promemoria e recall a conferma dell'appuntamento per prevenire gli abbandoni. Corretta programmazione dei turni ambulatoriali tenendo conto di ferie, congressi, turni di guardia etc. 4. Incentivazione della informatizzazione e personalizzazione dei programmi esistenti. 5. Divulgazione e diffusione di tutte le specifiche dei PACC. Pagina intranet e internet dedicata con ricerca specifica per patologia / quesito clinico 6. Creazione dei PDTA e monitoraggio 7. Proposta di modifica della legge regionale ad oggi vigente. Creazione di percorsi di presa in carico del paziente 	12
	<p>Processo di chirurgia elettiva:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visita 2. Emissione della Proposta di Intervento Chirurgico (da ora PIC) 3. Eventuale richiesta preventivo per regime di Libera Professione 4. Accettazione dell'inserimento in lista da parte del paziente 5. Pianificazione della preospedalizzazione 6. Esecuzione degli esami 7. Verifica dell'idoneità del paziente da parte dell'anestesista 8. Programmazione ricovero 9. Ricovero/accettazione 10. Esecuzione intervento 11. Refertazione 12. Dimissione 13. Produzione documentazione per composizione cartella 14. Produzione di consuntivo se libera professione 	<p>Direzione Operativa Monitoraggio performance sairarie Gestione attività libero professionale</p>	40	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produrre una informativa aziendale ad hoc da consegnare al paziente insieme alla documentazione già prevista 2. Pubblicare i tempi medi di attesa semestralmente su piattaforme accessibili ai professionisti e secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 33/2013 sul sito. Provare a scrivere nella pic il tempo medio 3. Inserire il concetto nella PIC che il paziente sottoscrive 4. Garantirsi di poter fare un monitoraggio con obiettivo di budget collegato (serve unire i sistemi informativi di gestione appuntamenti con gestione lista di attesa) per individuare se vi sono diagnostiche pesanti eseguite post immissione in lista; definire PDTA specifici 5. Firma del paziente su pad digitale; inserire la verifica del possesso documentazione al recall periodico dei pazienti 8. Confronto tra attesa maturata per patologia e classe tra chi attende ancora e chi è stato operato_legare a obiettivo di budget 10. Monitoraggio delta temporale tra refertazione esami di preospedalizzazione e esecuzione visita anestesiologicala_legare a obiettivo di budget 11. Monitoraggio intra SOD dei tempi di attesa maturata per patologia e classe, stratificata per singolo professionista. 14. Registrazione nel modulo di non conformità previsto dal regolamento unico comparti operatori + ORM 16. Monitoraggio referti non chiusi_collegare a obiettivo di budget 17. Monitoraggio degenza tipica per patologia con identificazione di scostamenti atipici + attivazioni di sistemi di pianificazione attività di ricovero paziente (piano per ogni paziente) 18. Apertura di non conformità con modulo dedicato_legare a obiettivo di budget 20. Ridurre al minimo trascrizione manuale di codici e quantitativi dei materiali usati, attivando sistemi di scarico materiali più automatizzati di quelli attuali. 	21

Processo	Descrizione sintetica delle fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure proposte
Gestione salma	Gestione salma deceduti in AOUC. Constatazione del decesso. Preparazione della salma per il trasporto. Trasferimento della salma. Presa in carico alle cappelle del Commiato o all'Anatomia Patologica.	UO Igiene Organizzazione Ospedaliera- DPS- Medicina Legale- Anatomia Patologica	36	1. Rispetto norme da parte del personale sanitario, rispetto eticità e deontologia professionale. 2. Verificare come rendere visibili (manifestazione di interesse) le imprese di pompe funebri. 3. Sensibilizzazione del personale al regolamento/Procedura. Controlli a campione.	12
Gestione rifiuti	Processo di gestione rifiuti (fasi individuate per tutte le tipologie di rifiuto): 1. elaborazione del capitolato di appalto 2. gestione della raccolta del rifiuto da parte dei professionisti nelle Aree Assistenziali di Attività 3. compilazione della modulistica 4. ritiro e smaltimento 5. sistema di controllo nelle Aree Assistenziali di Attività 6. Controlli all'isola ecologica	Uo Igiene ed Organizzazione Ospedaliera (ex Direzione di Presidio) Settore servizi esternalizzati (afferente alla Direzione Operativa)	28	1. Revisione procedure e istruzioni di lavoro relative alla gestione rifiuti, comprensiva del sistema di raccolta specifica dei reflui di Laboratorio alla Piastra (Igiene e organizzazione ospedaliera e SPP) 2. Formazione su codice etico e di comportamento e gestione conflitto interessi rivolta a tutti i professionisti; formazione specifica in merito alla gestione dei rifiuti ed efficace rivolta a tutto il personale, anche non strutturato (obbligatoria), ed inserita negli obiettivi di budget. 3. formazione on the job a scopo premiante; dopo 3 segnalazioni di non conformità assegnare obiettivo di struttura. Inoltre rivedere l'albero delle responsabilità nella procedura interna, affinché sia congiunta tra coordinatore infermieristico e direttore di struttura, e non più soltanto del Coordinatore 4. Predisposizione e diffusione di una guida al servizio di gestione rifiuti. 5. In corso: verifica per il recupero economico per i rifiuti assimilabili agli urbani (igiene e contabilità?) 6. In corso: potenziamento sistema di controllo nelle Aree Assistenziali attraverso applicativo informatico (da dicembre 2017) (igiene e servizi esternalizzati) 7. Formazione per gli addetti al controllo dei servizi esternalizzati dato l'elevato rischio di valutazione se non correttamente definita e informatizzata.	9



AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

Ambito di attività	Descrizione sintetica dell'attività: fasi	Struttura aziendale di riferimento	grado di rischio emerso	misure di contenimento del rischio proposte dal tavolo di lavoro	ipotesi di riduzione del grado di rischio con applicazione misure
Programmazione, pianificazione, rimodulazione, inserimento RU	Definizione piano di fabbisogno RU afferenti al DPS. Rimodulazione risorse fra le Piattaforme, accoglienza RU sia neo acquisito sia soggetto a trasferimento da parte delle Piattaforme di assegnazione per nuova allocazione. Inserimento nelle struttura di assegnazione, valutazione finale inserimento/conferma a ruolo	UO Amministrazione giuridica del personale - DPS PO Pianificazione, allocazione, inserimento RU	32	1. Definizione profili di ruolo/job Revisione Procedura inserimento neo-acquisito (In autonomia) 2. Revisione Regolamento mobilità interna e definizione sistema di sviluppo delle competenze per percorso clinico-assistenziale Miglioramento flusso del processo di acquisizione delle RU Predisposizione fascicolo (unico) informatizzato del personale (n collaborazione con altre funzioni aziendali)	8
Valutazione Risorse Umane	Informazione e formazione personale DPS avvio processo di valutazione con descrizione schede di valutazione. Diffusione a tutto il comparto delle istruzioni operative (sia intranet che dedalus) e tempo limite stabilito dalla Direzione. Colloqui di Valutazione	Direzione Aziendale e Amministrativa- Politiche del Personale dirette dal D.A. -PO Valutazione Risorse umane e sviluppo della Performance DPS	36	1. Proseguimento diffusione formazione/informazione Sperimentazione pilota conduzione colloquio di valutazione (confronto fra pari) 2. Definizione strumenti di rilevazione degli eventi significativi rispetto alla valutazione	18



Processo analizzato	obiettivo	Misura anno 2018	2019	2020	soggetto interessato	raggiungimento obiettivi al 31.12.2018	Feedback su efficacia misura adottata al 2019	Riesame misura adottata al 2020
Formazione individuale sponsorizzata	organizzativo	individuazione struttura amministrativa di riferimento che segua intero processo			Direzione Amministrativa			
		aggiornamento regolamento			struttura individuata dalla direzione amministrativa			
Convegnistica sponsorizzata presso AOUC	organizzativo	individuazione struttura amministrativa di riferimento che segua intero processo			Direzione Amministrativa			
		previsione di specifici fondi dove far confluire gli importi derivanti da tale attività da ribaltare sulle attività delle SOD			Direzione Amministrativa			
		adozione regolamentazione/procedura specifica che delinea tutte le fasi e strutture interessate all'attività			struttura individuata dalla direzione amministrativa			
Incarichi extra-impiego	organizzativo	aggiornamento regolamento			Amministrazione del personale			
Stipula accordi convenzionali finanziati per consulenza formazione training in ambito formativo	organizzativo	aggiornamento regolamento e previsione di fondi derivanti dall'attività confluiscano, almeno in parte, in fondi da utilizzare per attività istituzionale su progetti di interesse aziendale			Direzione Amministrativa			

Accesso degli informatori medico scientifici ai reparti e degli specialist alle sale operatorie e salette interventistiche	organizzativo	aggiornamento regolamento che preveda tutti i punti emersi nell'analisi di processo			Farmacia e Igiene e organizzazione ospedaliera			
		informatizzazione intero processo			Sviluppo e BPR			
Partecipazione dei professionisti a società scientifiche, associazioni di pazienti, altro: percorso di comunicazione e valutazione incompatibilità e conflitti di interessi	organizzativo	Aggiornamento codice etico e di comportamento aziendale			Amministrazione del personale			
Libera professione e attività istituzionale: possibili incompatibilità e conflitto di interessi	organizzativo	(processo chirurgico) previsione di una informativa aziendale ad hoc su libera professione, da consegnare al paziente insieme alla documentazione già prevista			Gestione LP Direzione Operativa			
		corso di formazione specifico per addetti al personale addetto alle informazioni/prenotazioni (informazioni: 40% del personale dedicato)	30% del personale dedicato	30% del personale dedicato	Gestione LP Gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico Formazione			
		(processo chirurgico) Pubblicazione dei tempi medi di attesa almeno semestralmente su piattaforme accessibili ai professionisti e secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 33/2013 sul sito "Amministrazione Trasparente".			Direzione Operativa Monitoraggio performance sanitarie			

		(processo ambulatoriale) Monitoraggio TAT prime visite e riorganizzazione delle agende, destinando uno spazio al primo livello.			Direzione Operativa Supporto offerta governo ambulatoriale			
		(processo chirurgico) In regime Istituzionale, per legge, non può essere garantito che il chirurgo proponente in lista sia poi il chirurgo che esegue l'intervento: inserire tale concetto nel modello di PIC			Direzione Operativa			
Gestione salma	organizzativo	Rendere pubbliche le imprese di pompe funebri (manifestazione di interesse)			Igiene e Organizzazione ospedaliera			
		Revisione procedure e istruzioni di lavoro relative alla gestione rifiuti, comprensiva del sistema di raccolta specifica dei reflui di Laboratorio alla Piastra			SPP Igiene e Organizzazione ospedaliera Settore servizi esternalizzati			
		Predisposizione progetto e formazione specifica in merito alla gestione dei rifiuti rivolta al personale, anche non strutturato che preveda aspetti etici ed attività on the job : programmazione corso e formazione pilota ad almeno 20% dei professionisti interessati	formazione ad almeno 30% dei professionisti interessati	formazione ad almeno 30% dei professionisti interessati	SPP Igiene e Organizzazione ospedaliera Settore servizi esternalizzati			

Gestione rifiuti	organizzativo	Predisposizione e diffusione tra i professionisti di una guida al servizio di gestione rifiuti.			Settore servizi esternalizzati			
		Formazione per gli addetti al controllo dei servizi esternalizzati dato l'elevato rischio di valutazione se non correttamente definita e informatizzata.			Settore servizi esternalizzati Formazione			
		Verifica del recupero economico per i rifiuti assimilabili agli urbani			Contabilità generale e finanza Settore servizi esternalizzati			
		Potenziamento sistema di controllo nelle Aree Assistenziali attraverso applicativo informatico			Settore servizi esternalizzati			
Programmazione, pianificazione, rimodulazione, inserimento RU		1. Definizione profili di ruolo/ <i>job description</i> 2. Revisione Procedura inserimento neo-acquisito 3. Definizione sistema di sviluppo delle competenze per percorso clinico-assistenziale			Dipartimento professioni sanitarie			

Valutazione Risorse Umane	organizzativo	1. Proseguimento diffusione formazione/informazione sul tema ai dipendenti coinvolti 2. Sperimentazione pilota conduzione colloquio di valutazione (confronto fra pari) 3. Definizione strumenti di rilevazione degli eventi significativi rispetto alla valutazione.			Dipartimento professioni sanitarie		
Misure ulteriori	obiettivo	anno 2018	2019	2020	soggetto interessato		
Costituzione di una struttura a supporto del RPCT	Direzione	struttura quantitativamente e qualitativamente idonea alla funzione			Direzione Amministrativa		
Gestione e pubblicazione CIG e smartCIG	Direzione	individuazione di una struttura di riferimento che prenda in carico la pubblicazione dei CIG ex D.Lgs n. 33/2013 al fine che venga gestito in modo uniforme dai gestori attraverso programma SITAT regionale			Direzione Amministrativa		
	organizzativo	aree trasversali (progetto illuminiamo la salute: supporto all'analisi dei gruppi di lavoro per minimo 4 processi			AQRM (4 risorse) DPS (2 risorse) CRCR (1 risorsa) DAI/Area/SOD/UE coinvolte dal RPCT nei gruppi di lavoro		
	organizzativo	aree di rischio specifico (sanitario): p • nascita • arera critica • emergenza-urgenza	aree di rischio specifico (sanitario): • medico; • ambulatoriale; • riabilitazione	aree di rischio specifico (sanitario): • oncologico; • chirurgico.	AQRM (1 risorsa) Direzione Operativa DAI/Area/SOD/UE coinvolte dal RPCT nei gruppi di lavoro		

Mappatura delle aree di rischio	organizzativo	analisi processo DPS: osservatorio aziendale lesioni cutanee			DPS e AQRM		
	organizzativo	area tecnica: analisi processo programmazione	Analisi processo 1	Analisi 1	AQRM, Area Tecnica		
	organizzativo	area amministrativa e staff: rivalutazione/riconsiderazione delle aree emerse come a rischio alto, almeno 50% dei processi previsti a struttura: 1 Contabilità 5. Amministrazione del Personale 1 Affari Generali 1 Innovazione tecnologica nelle attività clinico assistenziali 1 Laboratorio per le attività di studio e ricerca applicata del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente 1 AQRM	area amministrativa e staff: 1 Contabilità: 3. Amministrazione del Personale 1 Affari Generali 1 Innovazione tecnologica nelle attività clinico assistenziali 1 Laboratorio per le attività di studio e ricerca applicata del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente	Riesame delle aree a rischio medio	Amministrazione del Personale Affari Generali Contabilità generale e finanza Innovazione tecnologica nelle attività clinico assistenziali Formazione CGRC - Laboratorio per le attività di studio e ricerca applicata del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente AQRM - UO Qualità, Accredimento e Risk Management		
Corso di formazione prevenzione della corruzione e trasparenza FAD	organizzativo	somministrazione corso ai neo assunti e specializzandi	somministrazione corso ai neo assunti e specializzandi	somministrazione corso ai neo assunti e specializzandi	Formazine e DAI di riferimento		

Diritto di accesso	organizzativo	strutturazione di una organizzazione per gestire tutte le forme di accesso: agli atti ex L. n. 241/90, civico e generalizzato. Adozione di una soecifica regolamentazione (regolamento unico per l'accesso), del registro per gli accessi e delle relative pubblicazioni sul sito ex D. Lgs n. 33/2013).			Gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico		
Regolamento su affidamento contratti atipicipi (borse di studio e libero professionali	organizzativo	previsto e non adottato come misura di prevenzione della corruzione nei precedenti Piani			Amministrazione del Personale		
Regolamento su assegni di ricerca	organizzativo	regolamentazione sull'acquisizioe di personale con contratto di lavoro atipico (borse di studio e libero professionali)			Amministrazione del Personale		

ambito di analisi	Funzione aziendale responsabile	altre funzioni coinvolte

RISCHIO SPECIFICO DELL'AMBITO	0	NUOVO RISCHIO IPOTETICO DOPO AZIONI DI MIGLIORAMENTO	0

input (avvio del processo)	risorse umane che potrebbero essere impegnate nella realizzazione del processo	chi beneficia del processo	vincoli del processo	output

attività/fasi del processo	descrizione attività	attore 1 / resp.attività	attore 2	altri attori	criticità emerse nell'attività	elementi positivi considerati

rischio basso												rischio medio												rischio alto												rischio molto alto												rischio elevatissimo															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64

scala valutazione del rischio

LEGENDA PER LA STIMA DEGLI INDICI DI PROBABILITA', DANNO E REVERSIBILITA'

PROBABILITA'		
indice	valutazione sintetica	elementi utili per la valutazione
1	molto improbabile	il verificarsi del danno è subordinato ad un concatenamento di eventi indipendenti tra loro
		il verificarsi del danno è creduto impossibile dagli addetti
2	poco probabile	il verificarsi del danno dipende da condizioni sfortunate
		il verificarsi del danno provocherebbe reazioni di grande stupore tra gli addetti
		eventi simili si sono verificati raramente
3	probabile	il verificarsi del danno dipende da condizioni non direttamente connesse all'attività come attualmente svolta, ma possibili
		il verificarsi del danno provocherebbe reazioni di moderato stupore
		eventi simili sono già stati riscontrati in letteratura
4	molto probabile	il verificarsi del danno dipende da condizioni direttamente connesse all'attività, come attualmente svolta
		il verificarsi del danno non provocherebbe alcuna reazione di stupore
		eventi simili sono già accaduti in azienda o in aziende dello stesso tipo

DANNO		
indice	valutazione sintetica	elementi utili per la valutazione
1	lieve	evento che crea disturbi risolvibili entro pochi giorni (tipicamente 1 settimana)
2	modesto	evento che crea disturbi reversibili (tipicamente entro 3 mesi)
3	grave	evento che crea disturbi irreversibili se non con modifiche strutturali/organizzative. Danni economici o reputazionali ad un professionista.
4	molto grave	evento che crea danni irreversibili. Danni economici e/o reputazionali ad una struttura aziendale

RILEVABILITA'		
indice	valutazione sintetica	elementi utili per la valutazione
1	molto alta	Molto elevata la probabilità di accorgersi dell'evento critico; i sistemi di verifica e controllo certamente rilevano l'evento.
2	alta	Elevata probabilità che l'evento critico sia rilevato; verifiche e controlli spesso rilevano gli eventi
3	modesta	Moderata probabilità che l'evento critico sia rilevato; i sistemi di controllo difficilmente rilevano gli eventi
4	lieve	Bassissima probabilità di rilevare l'evento critico; verifiche e controlli eseguiti attualmente non rilevano o non possono rilevare l'evento