

SPOKE

Gli Ospedali sono strutture produttive dell'ASP e forniscono prestazioni sanitarie di diagnosi e cura elettive e d'urgenza, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e ambulatoriale, oltre che offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, con un approccio polispecialistico e multi professionale.

La rete Ospedaliera dell'ASP di Cosenza è costituita da tre Spoke, che fanno parte della rete di Emergenza – urgenza in quanto DEA di 1^o livello, e tre Ospedali di zona Disagiata, secondo quanto previsto dal DCA 9/2015, in ottemperanza al Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 e dal DCA n° 64/2016. In attuazione di quest'ultimo peraltro è in corso la riapertura dell' Ospedale di zona disagiata di Trebisacce mentre in esecuzione di una sentenza del Consiglio di Stato è in corso di riapertura l'Ospedale di zona disagiata di Praia a Mare. La riorganizzazione della rete ospedaliera risulta particolarmente complessa sia per le relazioni all'interno di ogni ambito territoriale in cui sono collocati gli Spoke (due dei quali sono organizzati in due presidi Ospedalieri), dove rimane precaria ed insufficiente la costruzione di percorsi assistenziali che coinvolgano le strutture territoriali, sia per le relazioni fra gli Spoke, nelle corrispondenti reti, finalizzate ai processi di razionalizzazione, efficienza ed efficacia delle prestazioni, rapporti con la struttura HUB.

Mappatura dei processi e individuazione delle aree di rischio:

L'attività di mappatura e individuazione delle aree di rischio è stata sostanzialmente completata nel corso dell'anno 2019 con le strutture che si sono dimostrate più disponibili e sensibili alle tematiche proposte. In particolare l'esito dell'attività di mappatura presenta la seguente situazione:

1. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura e realizzato misure nel corso dell'anno 2019 : Servizi trasfusionali, Laboratorio analisi, Radiologia, Nefrologia, Direzione Medica Castrovillari, Medicina Castrovillari, Oculistica Cetraro, Anestesia e rianimazione Castrovillari. Queste strutture procederanno alla realizzazione/implementazione delle misure di trattamento, che saranno declinate in obiettivo di budget 2020;
2. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura nel corso dell'anno 2019 (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione, individuazione delle misure di trattamento): Ortopedia e traumatologia Castrovillari e Rossano – Corigliano, Direzione Medica Praja a Mare, Medicina Praja a Mare, Chirurgia Castrovillari, Paola – Cetraro, Corigliano – Rossano; Cardiologia Paola – Cetraro, Otorinolaringoiatrica Castrovillari e Paola – Cetraro, Pneumologia Castrovillari. Queste strutture procederanno alla realizzazione/implementazione delle misure di trattamento, che saranno declinate in obiettivo di budget 2020. Le misure di trattamento del rischio individuate, dove compatibili, saranno estese a tutte le strutture degli Spoke e declinate in obiettivo di budget 2020;
3. Strutture che hanno completato solo la prima parte dell'attività di mappatura (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione) ma non hanno individuato e proposto le misure di trattamento. Tali strutture dovranno completare l'attività di mappatura, possibilmente con la piena condivisione fra tutte le strutture degli Spoke, entro il mese di marzo 2020, in modo da realizzare le misure individuate nello stesso anno in corso anch'essi assegnati come obiettivi di budget.
4. Strutture che non hanno presentato la mappatura dei processi nel corso dell'anno 2019, che dovranno quindi procedere entro la prima parte dell'anno 2020 e comunque realizzare entro l'anno le misure di prevenzione individuate, allineandosi a tutte le strutture afferenti agli Spoke.

Catalogo dei processi

DIREZIONE MEDICA

1. COBUS Comitato Buon Uso del Sangue
2. NOCI – Nucleo Operativo di Controllo Interno

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICA

Medicina

1. Ricovero ordinario e programmato – Day Hospital in Medicina, Oncologia e Reumatologia

Nefrologia e dialisi

1. Ricovero in Nefrologia
2. Attività ambulatorio di nefrologia e dialisi (vedi processi Rete emodialitica Distretti)
3. Dialisi vacanza (vedi processi Rete emodialitica Distretti)

Cardiologia

- 1) Ricovero ordinario e programmato – Day hospital
- 2) Visita ambulatoriale

Neurologia

1. Ricovero in Neurologia

Pneumologia

Ricovero ordinario e programmati – Day hospital

RETE OSPEDALIERA AREA CHIRURGICA

Oculistica

1. Ricovero programmato in Day Hospital – Day Surgery oculistica
2. Attività ambulatoriale chirurgica oculistica
3. Attività ambulatoriale diagnostica/ parachirurgica oculistica

Chirurgia

- 1) Ricovero ordinario e programmato

Ortopedia e traumatologia

- 1) Ricovero ordinario, programmato, day hospital/day surgery
- 2) Attività ambulatoriale

Otorinolaringoiatria

- 1) Attività ambulatoriale diagnostica

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI (manca anatomia patologica)

Servizio trasfusionale

1. Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti;
2. Visita specialistica e prestazioni trasfusionale ambulatoriale;
3. Diagnostica di Laboratorio per interni ed esterni

Laboratorio analisi

1. Attività diagnostica del Laboratorio analisi

Radiologia

1. Prestazioni di radiologia

RETE OSPEDALIERA AREA EMERGENZA/URGENZA E TERAPIE INTENSIVE

MCAE

- 1) Triage in pronto soccorso
- 2) Ricovero in regime di urgenza

Terapia intensiva

1. Ricovero in rianimazione

DIREZIONE MEDICA

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
COBUS Comitato per il Buon Uso del Sangue	Recepimento normative nazionali e regionali	Direzione Generale	favorire i centri trasfusionali in comportamenti inappropriati o anomali	non adeguarsi alle indicazioni regionali	interno	mancata programmazione	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 15 Media aritmetica 15/6= 2,5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE 11 Media aritmetica 11/6= 1,83	Valore di P x I 2,5x1,83= 4,58 MEDIO
	costituzione commissione	Direzione Generale		membri non idonei o non competenti	interno	discrezionalità nella scelta			
	formazione / informazione	COBUS		scarsa attività della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilità			
	valutazione pratica trasfusionale/ controlli di sicurezza e verifica valutazione domanda/offerta	COBUS		scarsa attività della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilità			

Processo: CoBUS Comitato per il Buon Uso del Sangue. La misura è stata parzialmente realizzata e riguardava la Costituzione del CoBUS Aziendale, secondo le indicazioni dell'Accordo Rep. Atti n. 251 del 21 Dicembre 2017, ai sensi dell'art. n. 4 comma 1 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente *“Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato Buon Uso del Sangue”*, per come recepito dal DCA 135/18, ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare. Il CoBUS è stato effettivamente costituito con la Delibera 920 del 29 ottobre 2019, adempiendo solo formalmente alla previsione normativa. Pertanto la misura è stata riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 per le iniziative proprie del Comitato nella sua nuova e ridefinita funzione di controllo, da rapportare periodicamente al fine di verificarne l'efficacia nella riduzione del rischio corruttivo.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	
Ridefinizione del ruolo del CoBUS ed individuazione soglie e % di controlli da effettuare	Riorganizzazione del sistema dei controlli nel rispetto della normativa
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: prevedere una periodica attività di reporting al fine di assicurare un monitoraggio dell'attività ed una evidenza dei risultati del controllo	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Attività del COBUS Aziendale, secondo le indicazioni del DCA 135/18, ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Attuazione e reporting attività di controllo	Controlli CoBUS	Novembre 2020	CoBUS	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
N.O.C.I. Nucleo operativo controllo interno	recepimento obiettivi nazionali e regionali	Direzione Generale	controllo non conforme o non veritiero	identificazione commissioni non competenti	interno	monopolio di potere discrezionalità nella scelta mancanza competenze	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 18 Media aritmetica 18/6= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE= 12 Media aritmetica 12/6= 2	Valore di $P \times I$ 2 x 3= 6 MEDIO
	costituzione commissione	Direzione Generale		controlli anomali	interno	mancanza di competenze basso standard etico			
	controllo semestrale / report	N.O.C.I.			interno				
	misure controllo e prevenzione	Direzione Generale commissione noci Direzioni Mediche		misure controllo o prevenzione assenti	interno	basso standard etico mancanza di competenze mancanza di programmazione discrezionalità			

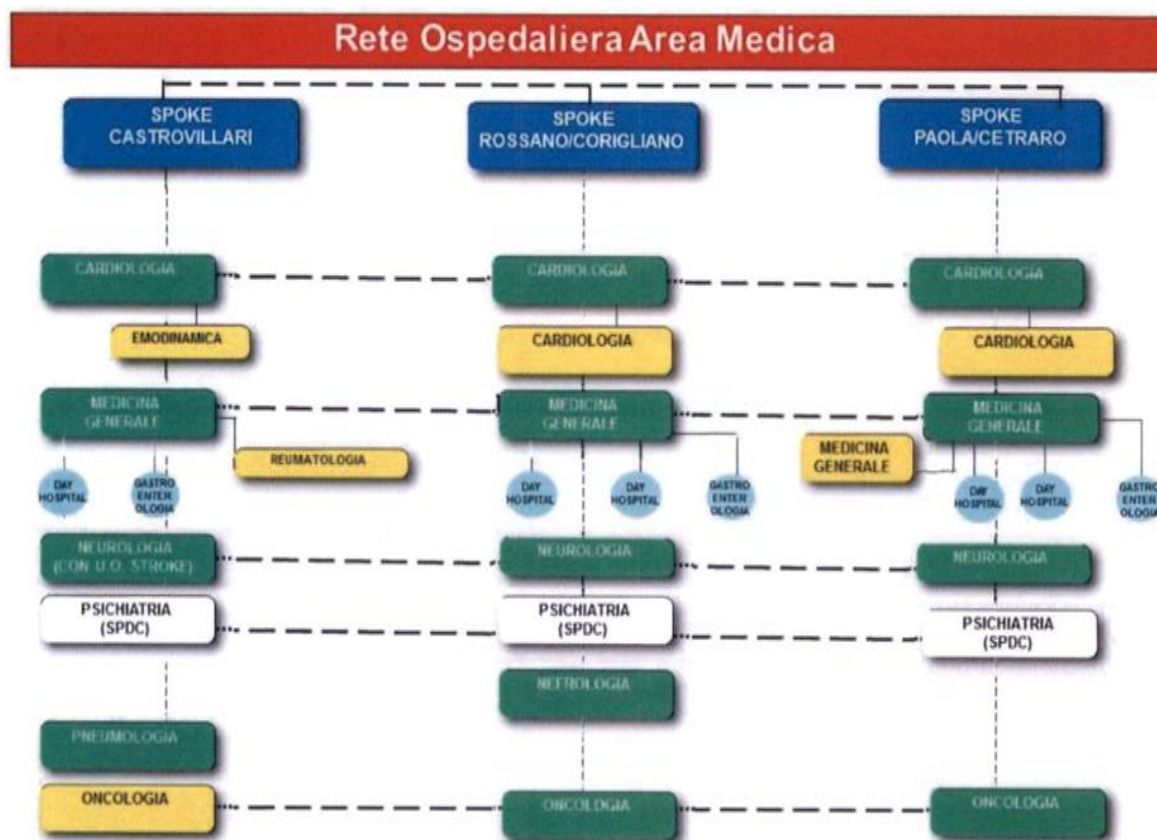
Processo: N.O.C.I. - Nucleo operativo controllo interno. La misura, che si proponeva di realizzare la riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'Atto aziendale è stata avviata (Nota UOC Programmazione e controllo prot. n. 32163 del 12.03.2019) ma non ha trovato compimento per l'oggettiva carenza di costanti interlocutori istituzionali, ed è stata pertanto riproposta integralmente. La misura relativa all'organizzazione dell'evento formativo, comunque complementare e di accompagnamento alla riorganizzazione del NOCI, non è stata realizzata in quanto non è stato approvato il Piano Annuale della Formazione.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Assicurare efficienza e appropriatezza clinica ed organizzativa alle prestazioni di ricovero ospedaliero secondo disposto dell'atto aziendale
Formazione dei Componenti la Struttura di controllo	Incremento delle competenze relative all'attività di controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Adeguamento organizzativo al nuovo atto aziendale	Marzo 2020	Direzione sanitaria aziendale UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto formale di riorganizzazione
Programmazione operativa delle attività di controllo che preveda un aumento % dei controllo finalizzati al rispetto della specifica normativa ed alla prevenzione della corruzione	Efficacia ed incisività dei controlli	Aprile 2020	UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto di programmazione
Acquisizione dati e verifica dei Report periodici	Rispetto della % dei controlli da effettuare e verifica di congruenza	Semestrale	UOC Governo della rete e degli erogatori	Report

Misura: Corso "Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e prevenzione della corruzione: una possibile integrazione"				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro maggio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro novembre 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Medicina – Reumatologia - Oncologia	Individuazione paziente da ricoverare	Pronto soccorso Accettazione UOC Medicina	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di $P \times I$ 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	valutazione clinica e inquadramento diagnostico								
	Accesso alla struttura	UOC Medicina		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Formalizzazione ricovero								
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Medicina							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Medicina							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Medicina e altre strutture assistenziali							

Processo: Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Medicina – Reumatologia – Oncologia. Le misure individuate sono state parzialmente realizzate dalle Unità Operative afferenti agli Spoke di Castrovillari e Paola – Cetraro. Non sono state realizzate da parte della UOC afferente allo Spoke di Rossano – Corigliano. In particolare, relativamente alla misura relativa alla verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital è stato dichiarato, da entrambe le Unità Operative, che nel corso dell'anno 2019 non si sono rilevate liste di attesa per le prestazioni di Day Hospital. Tale dichiarazione, effettuata ex post, non rende superflua l'attivazione ex ante di tutte le fasi previste nell'attuazione della misura, quali: la prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione e la disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al DH. Per quanto riguarda la misura relativa al controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital non sono pervenuti i Report su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista in quanto non sono state emanate disposizioni o sono state emanate tardivamente. Pertanto le misure vengono integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital	Il controllo potrebbe dissuadere a comportamenti scorretti
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione	Trasparenza e tracciabilità	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Adeguamento sistema
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al Dh	Rispetto liste di attesa dh	Entro marzo 2020	Direzione UOC RPCT	Disposizione interna
Reporting su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica del rispetto della disposizione	Giugno/novembre 2019	Direzione UOC	Report

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Comunicazione interna sulle modalità di controllo campionario periodico sulle modalità di accesso ai ricoveri in Dh	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Comunicazione interna
Reporting su attività campionaria di controllo	Verifica % del rispetto dei criteri di eleggibilità	Giugno/novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero Ospedaliero in Nefrologia	Individuazione del paziente da ricoverare, valutazione clinica ed inquadramento diagnostico	PS UOC Nefrologia	Favorire l'accesso del paziente e/o la dimissione protetta	Superamento lista d'attesa	interno	discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 TOTALE 11 MEDIA ARITMETICA 11/6 = 1,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 TOTALE 10 MEDIA ARITMETICA 9/6 = 1,5	Valore di P x I 1,83 X 1,5 = 2,75 MEDIO BASSO
	Accesso alla struttura – formalizzazione del ricovero	UOC Nefrologia							
	1 - Accettazione clinica con colloquio e visita 2 - Elaborazione di cartella clinica/infermieristica	UOC Nefrologia							
	1 - Trattamento terapeutico in regime di degenza e/o in emodialisi/peritoneale 2 - Registrazione in cartella clinica/infermieristica informatizzata	UOC Nefrologia							
	Dimissione a domicilio o presso altra struttura aziendale nell'ambito della continuità assistenziale	UOC Nefrologia altre strutture assistenziali		Orientare la dimissione protetta	interno	discrezionalità nella scelta			

Processo: Ricovero Ospedaliero in Nefrologia. La misura non è stata realizzata ed è integralmente riproposta.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI	Utilizzare uno strumento di controllo già presente per le verifiche relative alla lista di attesa ed alle dimissioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Giugno 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Cardiologia	Individuazione paziente da ricoverare	Pronto soccorso Accettazione	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di P x I 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOC Cardiologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura	UOC Cardiologia							
	Formalizzazione ricovero								
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Cardiologia							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Cardiologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Cardiologia							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Cardiologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura ospedaliera	UOC Cardiologia e altre strutture ospedaliere							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	Motivazioni
elaborazione procedura, condivisa con Laboratorio analisi e Radiologia, per controllo ex ante delle situazioni di appropriatezza ed eleggibilità della prestazione DH;	Selezione e controllo ex ante
Inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI	Utilizzo di uno strumento di controllo già presente per le verifiche relative alla lista di attesa ed alle dimissioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura, condivisa con Laboratorio analisi e Radiologia, per controllo ex ante delle situazioni di appropriatezza ed eleggibilità della prestazione DH				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione proposta di procedura	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Aprile 2020	Direzione UOC	Proposta procedura
Condivisione con laboratorio analisi, radiologia e altre strutture dello Spoke	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Giugno 2020	Direzione UOC	Documento finale procedura
Reporting	Verifica del rispetto della procedura, rilevazione % dei casi di scostamento	Novembre 2020	Direzione UOC	Report UOC Programmazione e controllo

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Marzo 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Prenotazione	CUP UOC CARDIOLOGIA	Favorire utenti per ottenimento di benefici economici e giuridici				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 16 MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,67	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA 9/6= 1,50	Valore di P x I 2,67X1,50= 4 MEDIO
	Accesso alla struttura	UOC CARDIOLOGIA							
	Visita e prestazione	UOC CARDIOLOGIA		Valutazione alterata dello stato di salute mentale del paziente	interno	Discrezionalità			
	Refertazione	UOC CARDIOLOGIA							
	Certificazione	UOC CARDIOLOGIA		Certificazione non corrispondente allo stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

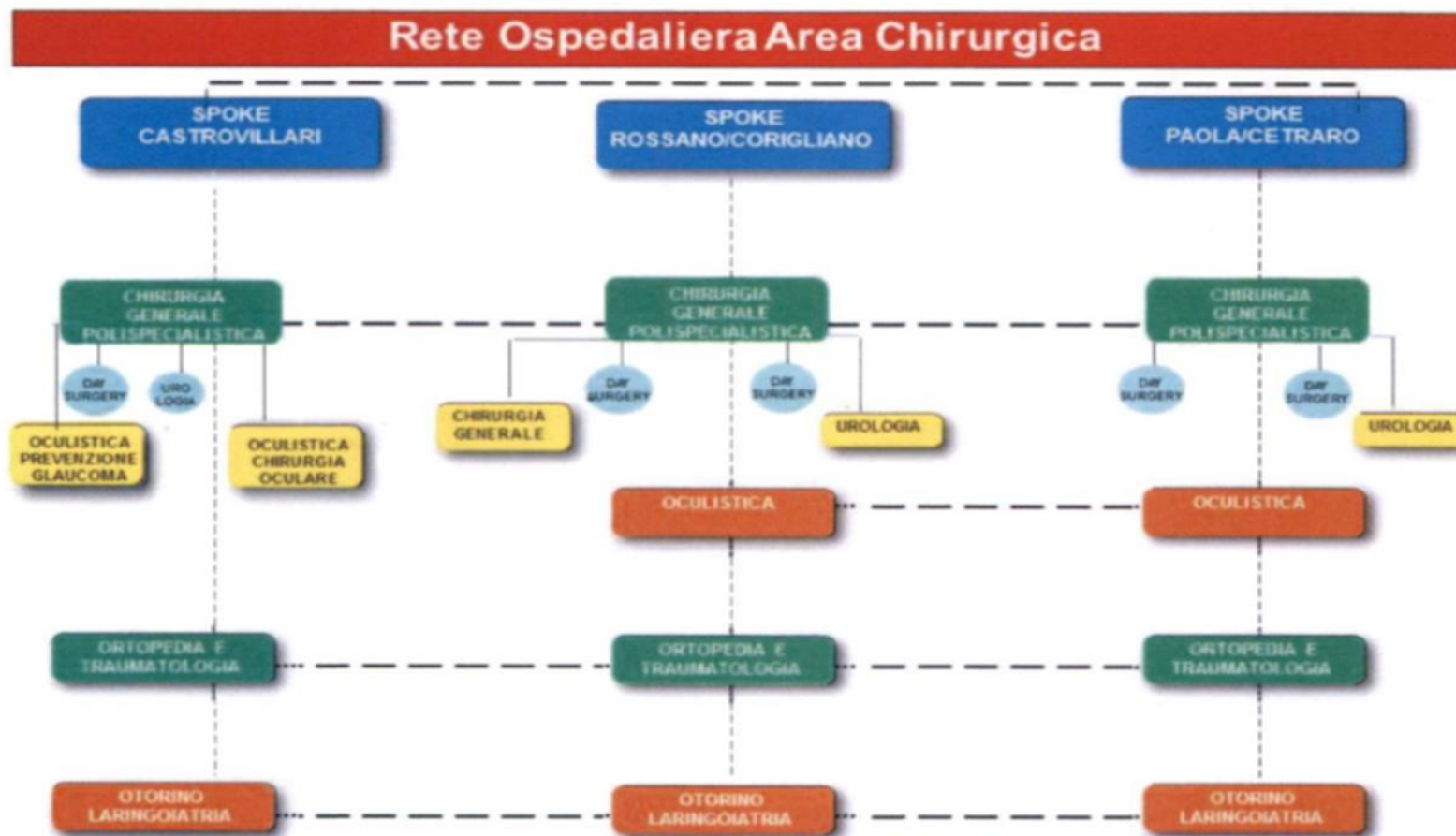
PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	2020 secondo calendario	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario,e programmato/ Day Hospital in Neurologia	Individuazione paziente da ricoverare	Pronto soccorso Accettazione	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di $P \times I$ 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOC Neurologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura	UOC Neurologia							
	Formalizzazione ricovero								
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Neurologia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Neurologia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Neurologia e altre strutture assistenziali							

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario, e programmato/ Day Hospital in Pneumologia	Individuazione paziente da ricoverare	Pronto soccorso Accettazione	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di P x I 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOC Pneumologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura	UOC Pneumologia							
	Formalizzazione ricovero								
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Pneumologia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Pneumologia							
	Trattamento terapeutico in regime degenza/ day hospital	UOC Pneumologia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Pneumologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Pneumologia e altre strutture assistenziali							



Processo: Ricovero programmato Day Hospital/ Day Surgery. La misura non è stata realizzata per la difficoltà intervenuta nell'identificare un costante interlocutore nella Direzione sanitaria, competente nell'attuazione e pertanto viene integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero programmato Day Hospital/ Day Surgery	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata dei ricoveri per prestazioni non eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 TOTALE 21 MEDIA ARITMETICA 21/6= 3.5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di P x I 3,5x3 = 10,5 MEDIO ALTO
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura e formalizzazione del ricovero direttamente dalla UOSD	UOSD Oculistica							
	Colloquio con il paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime di day surgery o day hospital	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Dimissioni domiciliare con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale	acquisizione dati e confronto con analoghe realtà regionali/nazionali
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la misura risulta sostenibile se applicata in maniera omogenea in tutte le unità operative in cui si applica il day surgery e il day hospital	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di valutazione di 2^ livello	Identificazione componenti	Marzo 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Insedimento Nucleo
Verifica campionaria	Controllo	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report annuale

Processo: Attività ambulatoriale chirurgica / diagnostica /parachirurgica. La misura è stata realizzata e dovrà essere estesa, previa condivisione, alle strutture degli altri Spoke. La misura è riproposta per le attività di monitoraggio e verifica di efficacia.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività Ambulatoriale Chirurgica	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale di tipo chirurgico	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA 17/6= 2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e)Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di P x I 2,83 X 3= 8,48 MEDIO ALTO
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di accesso dei pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione e Anamnesi del paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristica ambulatoriale consegna impegnativa	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Invio del paziente al proprio domicilio con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Monitoraggio rispetto disposizione interna che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica	Trasparenza ed uniformità nei criteri relativi alle procedure di accesso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della disposizione fra i diversi reparti degli Spoke	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: disposizione interna che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio rispetto disposizione interna	Trasparenza ed uniformità nella procedura	Giugno/novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale Diagnostica/parachirurgica	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel 1° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (ergente, differibile etc.) Prenotazione	CENTRO UNICO PRENOTAZIONI	Gestione delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 2 TOTALE 15 MEDIA ARITMETICA 15/6= 2,5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 e) Etico, comportamentale 3 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Valore di $P \times I$ 2,5 X 3= 7,5 MEDIO ALTO
	Registrazione del paziente e compilazione del consenso informato adeguato alla procedura da effettuare, ritiro impegnativa se vidimata	UOSD Oculistica		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	Esterno (CUP) Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Elaborazione della eventuale scheda ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Erogazione della prestazione richiesta	UOSD Oculistica							
	Prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOSD Oculistica							

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Chirurgia	Individuazione paziente da ricoverare	Pronto soccorso Accettazione UOC Chirurgia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di P x I 2,83 X 1,50= 4,25 MEDIO
	valutazione clinica e inquadramento diagnostico								
	Accesso alla struttura	UOC Chirurgia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Formalizzazione ricovero								
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Chirurgia							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Chirurgia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Chirurgia							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Chirurgia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Chirurgia e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
Prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione	trasparenza
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: prenotazione su sistema informatico				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Prenotazione delle prestazioni attraverso il sistema informatico	Trasparenza e tracciabilità	Entro marzo 2020	Direzione UOC RPCT	Adeguamento sistema

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni	Rispetto liste di attesa/rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Disposizione interna
Reporting su attività di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica % del rispetto liste di attesa e criteri di eleggibilità	Trimestrale, a decorrere dal mese di marzo 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel 1° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente ,differibile etc.) Prenotazione	CUP UOC CHIRURGIA	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 20 MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 TOTALE 13 MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17	Valore di P x I 3,33X2,17= 7,22 MEDIO
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso, altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOC CHIRURGIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOC CHIRURGIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOC CHIRURGIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2 ^o livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario,e programmato/ Day Hospital in Ortopedia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Ortopedia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA: 18/6= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 3 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 TOTALE 15 MEDIA ARITMETICA: 15/6=2,50	Valore di $P \times I$ $3 \times 2,50 =$ 7,50 MEDIO ALTO
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Ortopedia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Ortopedia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Ortopedia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Ortopedia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Ortopedia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Ortopedia e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività del NOCI	Controlli ex post
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Controllo formale delle cartelle cliniche di ricovero ordinario e DH	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Visto di controllo
Reporting su attività di controllo	Verifica % del rispetto liste di attesa e criteri di eleggibilità	Trimestrale, a decorrere dal mese di marzo 2020	Direzione UOC	Report

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Marzo 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel I° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente differibile etc.) Prenotazione	CUP	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 18 MEDIA ARITMETICA 18/6= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 3 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 TOTALE 15 MEDIA ARITMETICA 15/6= 2,50	Valore di P x I 3X2,50= 7,50 MEDIO ALTO
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso, altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOC ORTOPEDIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOC ORTOPEDIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOC ORTOPEDIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2 ^o livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel 1° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente differibile etc.) Prenotazione	CUP	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 20 MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 TOTALE 13 MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17	Valore di P x I 3,33X2,17= 7,22 MEDIO
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso, altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOSD OTORINILARIN GOIATRIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOSD OTORINILARIN GOIATRIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOSD OTORINILARIN GOIATRIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

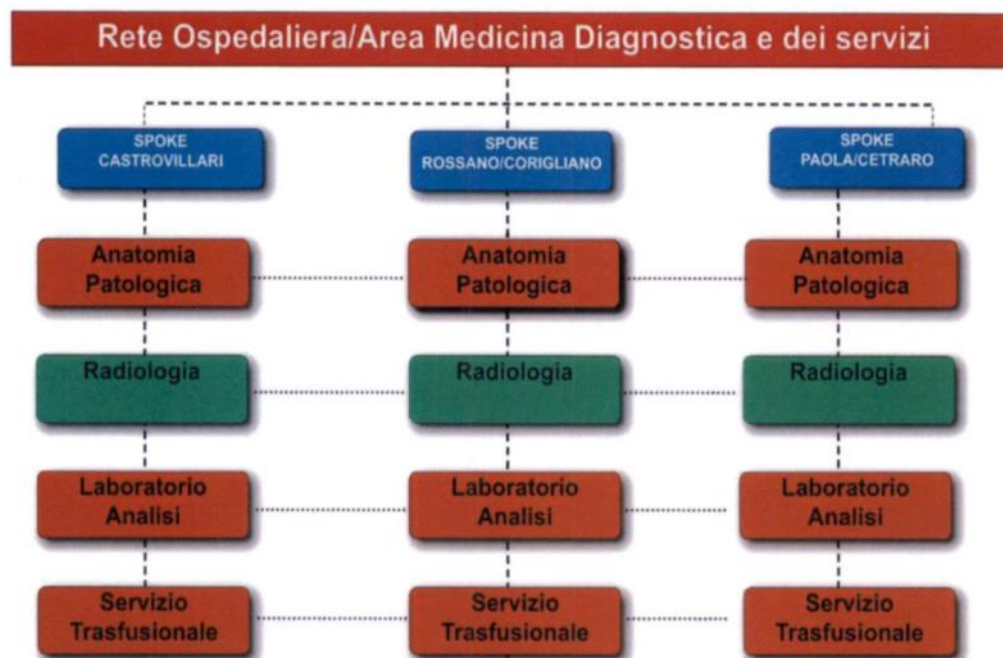
Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Trasparenza – riduzione accessi irregolari
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione accessi irregolari	giugno 2020	RPCT/ CUP	Richiesta motivata di modifica al programma

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2 ^a livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti	Contatto con volontari donatori per la donazione	Servizio trasfusionale e Associazioni di volontariato	Raccolta di maggiore quantitativo di sangue per soddisfare richieste particolari, favorire il singolo donatore nell'acquisizione di benefici ulteriori e operatori economici/non profit (bar, associazioni ...)	Maggior numero di chiamate del donatore non adeguata alle reali esigenze	Esterno/interno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 TOTALE : 15 MEDIA ARITMETICA: 15/6=2,50	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 16 MEDIA ARITMETICA: 16/7= 2,67	Valore di P x I 2,50 X 2,67= 6,67 MEDIO
	Visita di controllo donatori	Servizio trasfusionale		Bassa attenzione nella selezione al fine di certificare/attestare situazioni cliniche che favoriscono la struttura ed il singolo donatore (abuso utilizzo esenzione T01)	Interno	Monopolio competenze Discrezionalità			
	Prelievo/raccolta a sangue intero e emc	Servizio trasfusionale							
	Ristoro donatore	Operatori economici esterni		Mancanza di un servizio omogeneo ed uniforme di ristoro, contestuale alla donazione	Esterno/interno	Mancanza di programmazione			
	Stoccaggio	Servizio trasfusionale							
	trasporto centro di lavorazione	AVIS							
	Lavorazione Unità	Centro di lavorazione Cosenza - SIMT							
	Esami di validazione	Centro regionale di qualificazione biologica							
	Validazione e cessione	Azienda Ospedaliera Cosenza							
	Distribuzione interna e a strutture private	Servizio trasfusionale		Privilegiare alcuni pazienti o strutture	Interna/esterna	Discrezionalità			

Processo: Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti. Le misure sono state sostanzialmente realizzate. La misura relativa alla Elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato è stata avviata con la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro che ha definito gli elementi essenziali del programma aziendale. A seguito dell’emanazione del Decreto del Commissario ad Acta della Regione Calabria n. 61 del 9 aprile 2019 con il quale è stato approvato il “*Programma di autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti per l’anno 2019*” che individua gli obiettivi di autosufficienza regionale, per come determinato dai contributi apportati da ogni Centro trasfusionale, i Centri trasfusionali hanno concertato la programmazione con le Associazioni per il territorio di competenza: AVIS, FIDAS, CRI. Successivamente, quindi si è proceduto all’approvazione di una Deliberazione di presa d’atto del DCA 61/19 e della programmazione locale, stabilendo altresì alcuni elementi di salvaguardia della programmazione e raccolta del fabbisogno locale di sangue, in particolare che, considerati i tempi della programmazione regionale, i Centri Trasfusionali sono autorizzati al proseguimento dell’attività di raccolta, per il primo semestre dell’anno successivo, proporzionalmente agli obiettivi assegnati per l’anno precedente, con successivo recepimento nella programmazione regionale; che i Centri Trasfusionali sono autorizzati a differenziare la raccolta sulla base di un calendario periodico, tenendo conto delle diverse esigenze di plasma e sangue intero; che le Associazioni di Volontariato possono derogare alla programmazione concertata, effettuando ulteriore raccolta di sangue, solo previa autorizzazione del Centro Trasfusional (Deliberazione n. 511 del 21 giugno 2019). La misura viene pertanto riproposta, sulla base di quanto già realizzato, per la programmazione 2020. Direttamente collegata a tale misura è la costituzione e l’attività del CoBUS di recente ricostituzione. Le altre misure vengono integralmente riproposte in quanto non completate e ridefinite.

Misura che si è deciso di abbinare all’evento rischioso	Motivazione
Elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato	Rendere uniforme e trasparente la procedura di programmazione a livello aziendale
Elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)	Monitorare l’utilizzo del codice di esenzione per evitare abusi
Completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private	Trasparenza tracciabilità del percorso di distribuzione, con richiesta informatizzata, per limitare l’abuso di discrezionalità nella valutazione dell’appropriatezza trasfusionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l’attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: riproposizione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Nota di riproposizione della procedura di programmazione già adottata	Riproposizione procedura	Marzo 2019	RPCT	Nota di trasmissione
Concertazione procedura con Associazioni di Volontariato	Procedura finale	A seguito approvazione DCA di programmazione regionale	Servizi trasfusionali	Verbalì incontri di concertazione
Adozione Atto deliberativo di recepimento programmazione regionale e concertazione con Associazioni di volontariato	Formalizzazione programmazione	A seguito approvazione DCA di programmazione regionale	Direzione Sanitaria	Atto Deliberativo

Misura: elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Richiesta semestrale di Report	Monitoraggio e verifica utilizzo codice di esenzione TO1	Giugno/dicembre 2020	Direzione Rete/Dipartimento RPCT	Report
Trasmissione Report ai Responsabili dei Servizi con richiesta di relazione di congruità ed eventuali misure preventive e correttive	Verifica di appropriatezza e corretto utilizzo del codice TO1	Giugno/dicembre 2020	Direzione Rete/Dipartimento RPCT	Nota di riscontro

Misura: completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Incontro fra i Responsabili dei Servizi Trasfusionali / CUP/tecnici del CED	Avvio della misura	Marzo 2020	RPCT	Verbale di insediamento
Elaborazione capitolato/progetto	Elaborazione capitolato/progetto di adeguamento e completamento del processo di informatizzazione	Giugno 2020	Servizi Trasfusionali/CED	Capitolato/progetto
Proposta procedura di acquisizione del servizio/fornitura di completamento informatizzazione Servizi	Avvio procedura di acquisizione	Ottobre 2020	CED	Delibera indizione procedura

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita specialistica e prestazione ambulatoriale	Richiesta visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	CUP Reparti interni	Favorire l'accesso alla visita/prestazione a pazienti predeterminati e attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o accesso ad altre strutture sanitarie				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE: 18 MEDIA ARITMETICA: 18/16= 3	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 11 MEDIA ARITMETICA: 11/16= 1,83	Valore di P x I 3x1,83= 5,50 MEDIO
	Prenotazione	CUP Servizio trasfusionale							
	Accesso alla struttura	Servizio trasfusionale		Accesso alla struttura senza il rispetto della lista di attesa e/o senza prenotazione	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di controllo			
	Registrazione	Servizio trasfusionale							
	Visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	Servizio trasfusionale		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Certificazione	Servizio trasfusionale							

Processo: Visita specialistica e prestazione ambulatoriale. Le misure non sono state realizzate/completate e vengono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Nucleo di controllo aziendale di 2 ^a livello	Verifica campionaria di tipo documentale sulla correttezza delle valutazioni cliniche
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Ottobre 2020	CUP	Adeguamento programma CUP

Misura: Nucleo di controllo aziendale di 2 ^a livello				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo di 2 ^a livello	Attivazione Nucleo	Marzo 2020	RPCT	Atto deliberativo di costituzione del Nucleo
Effettuazione controlli	Controlli	Dicembre 2020	Nucleo di controllo	Almeno 20% attività controllate

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Diagnostica di laboratorio per interni ed esterni	Richiesta di analisi di laboratorio	MMG Reparti	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE : 16 MEDIA ARITMETICA: 16/6=2,67	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE : 10 MEDIA ARITMETICA: 10/6=1,67	Valore di P x I 2,67 X 1,67 = 4,4 MEDIO
	Accettazione richiesta e prelievo	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							
	Esecuzione esame	UO Centro Trasfusionale		Inserimento irregolare di campioni da analizzare	interno	Discrezionalità Bassa informatizzazione			
	Rilascio	UO Centro Trasfusionale							
	Consegna referto	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							

Processo: Visita specialistica e prestazione ambulatoriale. Le misure non sono state realizzate/completate e vengono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Ottobre 2020	CUP	Adeguamento programma CUP

LABORATORIO ANALISI. Le misure sono state completamente realizzate.

Il Gruppo di Lavoro costituito nell'ambito del PTPCT 2029 – 2021 ai fini della realizzazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, ha condiviso un documento, articolato ed approfondito che costituisce il momento conclusivo dell'attività svolta e prefigura l'aggiornamento della mappatura del rischio. Il documento tiene conto delle problematiche e specificità dei Laboratori Analisi degli Spoke e del Laboratorio Analisi di Cassano Jonio, nelle loro specifiche attività e nelle relazioni sistemiche con gli altri servizi. Il Documento, di seguito riportato per le parti di maggiore interesse, è stato condiviso dai Responsabili delle UOSD di Laboratorio Analisi degli Spoke dell'ASP e dal Laboratorio Analisi di Cassano Jonio e contiene una presentazione sintetica delle criticità organizzative nelle diverse aree di attività e l'indicazione di qualche soluzione organizzativa minima da assumere per la gestione delle situazioni più rilevanti, anche per assicurare gli adempimenti di cui alla Legge 161/2014.

Attuale situazione della rete dei Laboratori Analisi

L'attuale assetto organizzativo dei Laboratori Analisi dell'ASP è stato definito dal DCA 112 del 2 novembre 2016 che ha riorganizzato la rete dei Laboratori pubblici e privati, aderendo alle indicazioni normative e di programmazione nazionale, al fine “dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate”.

La riorganizzazione è stata successivamente recepita dall'Atto aziendale (Delibera 1619 del 17.08.2017), approvato con DCA 117/17, che ha previsto, negli organigrammi, una Unità Operativa Semplice Dipartimentale per ogni Spoke, nell'ambito della Rete Ospedaliera/Area Medicina diagnostica e dei servizi:

L'Atto Aziendale ha poi previsto, per come indicato nel DCA 112/16, una Unità Operativa Semplice Dipartimentale per gli ODZ di Acri e San Giovanni in Fiore, inserendo anche una nuova Unità Operativa Semplice (aggregata alla UOSD dello Spoke di Castrovillari) nel nuovo ODZ di Trebisacce, così per come riconfigurato da Casa della Salute, a seguito del DCA 30 del 3.3.2016.

Infine, l'Atto Aziendale, ha previsto una Unità Operativa Semplice Dipartimentale denominata Tossicologia Preventiva nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione “dedicata alla tossicologia con finalità di tutela della salute collettiva, per la prevenzione degli incidenti stradali e degli infortuni sul lavoro, nonché di supporto ai SER.D. e ai controlli medico – legali, anche su committenza dell'A.G.”. Nell'ambito di tale Unità Operativa trova collocazione il Laboratorio di Tossicologia di Cassano allo Jonio, aderendo al percorso di riconversione previsto dal DCA 112/16.

Allo stato attuale si riscontra una contraddizione fra l'assetto di organizzazione formale definito dal DCA 112 del 2 novembre 2016, recepito negli organigrammi dell'Atto aziendale e la reale organizzazione territoriale che vede ancora la presenza, in continuità con la passata organizzazione, di numerosi Laboratori Analisi attivi, non ancora riconvertiti, per come previsto dalla normativa.

Oltre alle strutture sopra indicate, risulta infatti ancora attivo un secondo Laboratorio Analisi presso gli Spoke di Paola/Cetraro e Corigliano/Rossano che dovrebbe essere invece soppresso, nell'ambito di una più articolata riorganizzazione delle competenze di ogni singolo presidio Spoke e risultano ancora attivi i seguenti Laboratori.

Laboratorio Analisi Ospedale di Zona Praia a mare

Laboratorio Analisi Casa della Salute Amantea

Laboratorio Analisi Casa della Salute Cariati

Laboratorio Analisi Casa della Salute San Marco Argentano

Laboratorio Analisi Casa della Salute Mormanno

Laboratorio Analisi Casa della Salute Lungro

Laboratorio Analisi Quattromiglia

Laboratorio Analisi Hospice Cassano

Tale contraddizione ha comportato e continua a comportare disagi e difficoltà nella programmazione e gestione dei servizi con impatti deleteri sulle possibilità di definire un assetto stabile, corrispondente allo standard normativo in grado di soddisfare le esigenze di servizio aziendale.

Il mancato adeguamento allo standard normativo produce infatti dispersione e spesso spreco di risorse umane e materiali non consentendo la definizione di un fabbisogno corretto e a regime corrispondente alle necessità delle strutture individuate dal DCA 112/16 e dall'atto Aziendale.

Se non si attua la programmazione regionale, così per come già recepita dall'Atto aziendale, non si potranno creare le condizioni per assicurare ai Laboratori Analisi la dotazione di figure professionali che garantisca lo standard organizzativo adeguato alla soddisfazione delle esigenze nelle diverse tipologie di regime (ordinario e di emergenza urgenza), la dotazione strumentale necessaria, la strutturazione della rete dei Laboratori ed il loro collegamento funzionale con i Punti prelievo e con i servizi ospedalieri.

Già oggi, la mancata riorganizzazione delle strutture produce disfunzioni che incidono direttamente sulla programmazione aziendale, ad esempio nella identificazione e contabilizzazione dei centri di costo, nell'assegnazione degli obiettivi di budget, persino nell'esposizione delle informazioni relative alle "Articolazioni degli Uffici" sul sito aziendale, in adempimento agli obblighi di trasparenza di cui al Dlgs 33/13.

Analogamente, ma in modo più pressante, tale situazione incide nella gestione quotidiana dei servizi, in particolare per la grave carenza di personale, peggiorata dalla sua dispersione territoriale, e con particolare riguardo alla gestione dell'emergenza/urgenza negli Spoke. E' emersa la richiesta di dare esecuzione alla Delibera n. 817 dell'8.5.2018 che definisce il fabbisogno organico dei Laboratori Spoke.

Attività dei laboratori analisi

I Laboratori svolgono prestazioni diversificate che soddisfano esigenze di carattere propriamente di patologia clinica ma anche con valenza medico - legale, tossicologica, ecc.

La riorganizzazione della rete aziendale dei Laboratori dovrebbe quindi definire le specifiche competenze del Laboratorio Analisi ed eventuali competenze residue di supporto, stabilendo i collegamenti funzionali di rete con l'HUB, i punti prelievo, la eventuale identificazione di PoCT e di strutture attrezzate per soddisfare esigenze di analisi di particolare specializzazione come nel caso del Laboratorio di Cassano Jonio, per gli esami tossicologici.

In questo contesto, nell'ambito del Gruppo di lavoro costituito per l'attuazione delle misure del PTPCT, si sono prese in considerazione alcune problematiche relative alle tipologie di esami effettuate da ogni Laboratorio, alla loro tariffazione ed al trattamento degli esami non inseriti nei LEA, richiamando la necessità di uniformare l'attività a livello aziendale.

In particolare si è preso in considerazione il caso degli esami di Transferrina Desiala (CDT), utilizzati per la verifica dell'abuso alcolico, finora esame fuori LEA che, alla luce di un primo approfondimento, dovrebbe essere stato inserito nell'elenco degli esami LEA di cui al nuovo Decreto pubblicato in GU 18.03.2017

Bisognerebbe quindi ulteriormente approfondire per verificare la necessità di un eventuale recepimento/adeguamento della normativa a livello regionale e comunque, nelle more, prevedere, secondo quanto richiesto dai Servizi per le dipendenze, una esenzione tariffaria qualora tali esami dovessero essere necessari per attestare patologie e stati di salute di pazienti particolarmente fragili o con disagio economico, attraverso l'attivazione di protocolli con i servizi sociali, come sperimentato in altre Regioni. In ogni caso, il mancato recepimento dei LEA con relativo aggiornamento del nomenclatore regionale per numerosi esami di Laboratorio è, comunque, un problema da affrontare al più presto, per le inaccettabili carenze diagnostiche che comporta per i cittadini della Calabria rispetto alle altre Regioni.

Dal punto di vista organizzativo, si segnala che per quanto riguarda i Laboratori degli Spoke, è risultato evidente che, al fine di assicurare la continuità operativa in regime di emergenza – urgenza, l'attività non può essere erogata utilizzando il regime della reperibilità per il personale impegnato, bensì utilizzando la guardia attiva.

Nello specifico, le problematiche sopraindicate determinano una serie di criticità, affrontate nell'ambito del Gruppo di Lavoro attivato in esecuzione del PTPCT 2019 - 2021 che vengono di seguito sommariamente descritte e per le quali sono state assunte misure preventive e indicati possibili e realistici percorsi da seguire nell'immediato:

1) Rapporti con l'utenza interna (ricoverati)

La problematica saliente in merito è l'esigenza di mettere in rete informatizzata, ove ancora non attuato, i Laboratori ospedalieri con i reparti di degenza per promuovere la sicurezza e la qualità delle prestazioni, anche al fine di assicurare la massima trasparenza e contabilizzazione delle prestazioni. L'argomento è stato affrontato nell'ambito del PTPCT e si è stabilito di richiedere di adottare/implementare il programma di gestione

delle prestazioni interne agli Spoke sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili dei Laboratori, ove non ancora presente o parzialmente presente. Al momento, preliminarmente, è in atto la verifica dello stato dell'arte sui programmi di informatizzazione in corso. Nelle more dell'adozione/implementazione del programma è stato comunque disposto di inserire sulla richiesta di esami il n. di cartella clinica del paziente, con timbro e firma del medico richiedente.

2) Rapporti con l'utenza esterna

Anche tale argomento, affrontato nell'ambito del PTPCT, ha avuto definizione, in particolare per consentire al Laboratorio Analisi la tracciabilità del percorso seguito nelle attività di prelievo esterno al fuori dei punti prelievo e quindi l'identificazione della persona che consegna il campione di materiale biologico, della persona che ha effettuato il prelievo/raccolta del campione biologico, della persona a cui è stato effettuato il prelievo/raccolta. Pertanto è stata elaborata una procedura, in collaborazione con i Servizi CDI e sono stati predisposti due Moduli da allegare al campione e consegnare al Laboratorio: uno per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio su prelievi di pazienti domiciliari per conto del Servizio CDI e l'altro per pazienti domiciliari per conto di professionisti a prestazione libero-professionale o gratuita. La procedura è stata recepita del RPCT e trasmessa con nota RPCT prot. n. 78978 del 21.06.2019.

3) Rapporti con le Case della salute e laboratori territoriali

In questo ambito lo sforzo deve tendere all'attuazione da parte dell'Azienda Sanitaria dei Decreti Commissariali nonché dello stesso Atto Aziendale al fine di evitare equivoci, vuoti di responsabilità che si ripercuotono sui Responsabili dei Laboratori Spoke e soprattutto per ovviare a gravosi impegni di spesa per tenere in vita strutture di Laboratorio destinate ad essere sopresse, già dal Legge Regionale del 2012.

4) Rapporti con il laboratorio di tossicologia preventiva di cassano

Il Laboratorio Analisi presente a Cassano allo Ionio ha attualmente una duplice configurazione: svolge le attività di Laboratorio di Tossicologia per come stabilito nella sua Delibera istitutiva (1904 del 22.05.2009), riconosciuto quale Laboratorio monospecialistico dal DCA112/16 ed inserito dall'Atto Aziendale nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione e inoltre svolge attività di Laboratorio Analisi di Patologia Clinica, non previsto nella programmazione regionale ed Aziendale e comunque al di fuori di ogni relazione con lo Spoke di riferimento, per come previsto dallo schema di riorganizzazione regionale.

Per quanto riguarda la prima configurazione, si rende opportuno, allo stato, dare piena attuazione alla programmazione regionale e aziendale, tenendo conto dalla pregressa definizione organizzativa di Laboratorio di Tossicologia di 1^a e 2^a livello. Per discutere di tale problematica il Gruppo di lavoro ha coinvolto anche i Responsabili dei Servizi per le dipendenze, con i quali si sono prese in considerazione le problematiche relative all'accesso ai Laboratori Analisi per le finalità proprie dei servizi per le dipendenze e le problematiche relative alla custodia dei campioni e la catena di trasporto. Si è convenuto sull'opportunità che il Laboratorio Analisi di Cassano possa assumere, nel più breve tempo, al ruolo di Laboratorio esclusivo presso il quale far recapitare ogni campione biologico da analizzare per le finalità di natura medico – legale e certificativa, provenienti dai Servizi per le dipendenze così come dai Pronto Soccorso o Punto primo intervento. L'attività risulta particolarmente complessa in

quanto, per il funzionamento a regime del Laboratorio, in questa configurazione, è necessario effettuare investimenti in dotazione strumentale, allestire una rete capillare di trasporto, formare/informare il personale dei servizi interessati, per dare risposte tempestive ad una domanda proveniente dall'intero bacino provinciale.

Per approfondire i risvolti medico legali del prelievo/custodia/trasporto dei campioni biologici e l'organizzazione dei servizi aziendali funzionalmente demandati alle attività di Laboratorio tossicologico di primo e secondo livello, nell'ambito del Gruppo di lavoro, è stata organizzata una riunione con il Direttore della U.O.S.D. Medicina Legale Dott. Antonio Scalzo in data 30 maggio 2019. In tale sede il Direttore della U.O.S.D. Dott. Antonio Scalzo ha portato a conoscenza del gruppo che è in corso di realizzazione un progetto che individuerà, nel medio periodo, il Laboratorio Analisi di Cassano Ionio, quale Laboratorio aziendale di Tossicologia, che effettuerà quindi, in modo esclusivo, le analisi di primo e secondo livello. Il progetto prevede altresì di accreditare punti prelievo qualificati, in ogni area, capaci di rispettare lo standard relativo alla catena di custodia.

Tale progetto, nell'ambito della complessiva articolazione della rete dei Laboratori Analisi risulta di grande rilevanza e utilità e dovrebbe essere attivato con la massima celerità, individuando, eventualmente, tappe intermedie che vanno nella stessa direzione indicata.

L'assunzione di tale ruolo per il Laboratorio di Cassano dovrebbe prevedere la definizione di una organizzazione congrua e corrispondente alle esigenze del territorio, con una dotazione organica che consenta una turnazione h24 per fronteggiare le situazioni di emergenza medico – legale anche notturna e festiva, sollevando così i Laboratori Analisi Cliniche dell'ASP da incombenze e responsabilità improprie.

Per quanto riguarda la seconda configurazione, atteso che non è prevista dallo standard organizzativo regionale e aziendale, si rende necessario far rientrare tale funzione nella necessaria riorganizzazione complessiva della rete dei Laboratori Analisi.

In considerazione del qualificato standard operativo del Laboratorio Analisi di Cassano, che dovrebbe a regime operare in h24, si potrebbe prevedere per la struttura, anche al fine di ottimizzare le risorse presenti, oltre all'attività di Punto prelievo, anche quella di PoCT, relazionato con il Laboratorio Analisi di riferimento. Nel mantenimento di entrambe le configurazioni si dovrà tenere anche conto del rapporto contemporaneo della struttura con due articolazioni organizzative: il Dipartimento di Prevenzione e la Rete ospedaliera/area medicina diagnostica e dei servizi.

5) rapporti con i servizi affini

Si verificano spesso, in alcune sedi, disposizioni di servizio da parte della Direzione di Presidio dello Spoke di trasferimento di personale tecnico dai Laboratori di Analisi ai Servizi affini (Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica).

Tali disposizioni risultano gravemente dannosi per le attività dei Laboratori Analisi: anzitutto perché i Laboratori Spoke sono sotto organico e si ha difficoltà ad osservare la normativa a tutela dei lavoratori; poi i trasferimenti dal Laboratorio di Patologia Clinica in altre strutture comportano la perdita di professionalità acquisita negli anni per ricominciare in discipline non scelte dall'operatore né in sede concorsuale né di avviso pubblico.

E' quindi necessario interrompere tale prassi concertando con tutti i servizi soluzioni maggiormente idonee per la gestione delle scarse risorse umane disponibili.

6) Laboratorio Ozd di Trebisacce

La riorganizzazione del Laboratorio di Trebisacce è avvenuta con Delibera n° 1413 del 2 agosto 2018 con oggetto: “Riconfigurazione della Casa della Salute di Trebisacce in Ospedale di Zona Disagiata- DCA 64/2016” che assegna l’Ospedale di Zona Disagiata di Trebisacce ed il relativo Laboratorio allo Spoke di Castrovillari. La delibera non ha avuto finora attuazione ed il Laboratorio è rimasto nell’orbita dello Spoke Corigliano-Rossano. E’ pertanto necessario che si dia applicazione alla delibera per chiarire le responsabilità ed evitare inadempienze da parte dei rispettivi Responsabili. Inoltre l’Atto Aziendale identifica il Laboratorio Analisi quale Struttura semplice aggregata alla UOSD Laboratorio Analisi dello Spoke di Castrovillari; tale configurazione risulta contraddittoria con i compiti e funzioni delle due strutture, una U.O.S. e una U.O.S.D., e con la definizione gerarchica dei rapporti.

7) Laboratori Ozd di Acri e San Giovanni in Fiore

Essendo U.O.S.D. alla stregua dei Laboratori Spoke, questi Laboratori dovrebbero afferire direttamente alla Responsabilità del Direttore di Dipartimento Area dei Servizi (comunque non previsto dall’Atto Aziendale). Quindi, oltre all’affidamento degli incarichi dei Responsabili, si dovranno definire i rapporti con il Laboratorio dello Spoke di Corigliano-Rossano e del Laboratorio Spoke Paola-Cetraro da parte dello stesso Direttore di Dipartimento Area dei Servizi e del Direttore Sanitario ASP.

8) Laboratori Ozd Praia a Mare

In esecuzione di una sentenza del Consiglio di Stato è in corso di riapertura l’Ospedale di zona disagiata di Praia a Mare che dovrebbe quindi seguire medesima organizzazione degli ospedali di zona disagiata e prevedere una struttura Laboratorio Analisi.

Applicazione della Legge 161/2014

Fra le maggiori criticità determinate dall’attuale situazione organizzativa dei Laboratori Analisi, si è dato ampio rilievo alle problematiche inerenti l’osservanza della Legge 161/2014 in quanto fin qui non ancora affrontate, con particolare riferimento al Servizio di Urgenza dei Laboratori Spoke. Il Decreto Legge, mutuato dalla Direttiva Europea a tutela del lavoratore, ha un impatto notevole sulla organizzazione dei Laboratori soprattutto nell’Urgenza /Emergenza e non ammette deroghe, pena le gravi sanzioni comminabili in prima istanza ai Responsabili delle UU.OO. a seguito di ispezioni per segnalazioni anche anonime. Pertanto la riorganizzazione dei Servizi e delle UU.OO. dovrà tenere conto dell’osservanza prioritaria di tale legge. La relativa problematica è stata affrontata nell’ambito dell’area di rischio del PTPCT per le implicazioni legali sia a carico dell’Azienda Sanitaria che dei soggetti inottemperanti. Lo scopo è non solo di evitare la mancata osservanza della legge, ma anche di evidenziare le difficoltà di osservanza per l’inadeguatezza delle dotazioni organiche e di superare la diversificazione nell’interpretazione della stessa.

A livello nazionale il Servizio di Urgenza/Emergenza notturno e festivo nei Laboratori è di norma così organizzato :

Guardia Tecnica e Guardia Dirigenziale Contemporanea: soluzione ottimale che viene messa in atto in presenza di personale tecnico e dirigente congruo (superiore a sette unità sia dirigenziali che tecniche) e di carico di lavoro alto. In tal senso si fa osservare che la Delibera n° 817 del 8 maggio 2018 dell'ASP di Cosenza (Fabbisogno Organico) che mira al superamento dell'istituto della P. D. come indicato dai CCNL ed alla sostituzione della P. D. con la Guardia attiva, prevede appositamente otto dirigenti (7 + 1 per ciascun Laboratorio Spoke inteso come Unico Laboratorio) e 24 tecnici (23 + 1).

Guardia Tecnica e Pronta Disponibilita' di Attesa del Personale Dirigente : si attua in presenza di carenza di personale dirigente e di carico di lavoro più modesto.

Pronta Disponibilita' Attiva: per lo più tecnica, è riservata a situazioni in cui gli accessi non comportino un lavoro effettivo superiore alle tre ore (che comunque vanno recuperate per consentire il riposo delle 11 ore continuative), mentre un lavoro in straordinario che si attesta ripetutamente intorno alle sei ore o superiore si configura come un turno di servizio con obbligo di riposo di 11 ore prima e 11 ore dopo il Servizio di P. D.

La presenza in urgenza del solo personale tecnico è codificata da norme nazionali e regionali che consentono a tale personale la validazione tecnica e l'utilizzo della firma elettronica. L'intervento attivo del personale dirigente in reperibilità passiva di attesa viene riservato a pochi casi specifici ed a problematiche medico-legali.

In Calabria fa testo il Regolamento Regionale n° 13 del 01/09/2009 pubblicato sul BUR della Regione Calabria, supplemento n° 2 del 10/09/2009 che definisce le mansioni del Tecnico di Laboratorio Biomedico in servizio di urgenza-emergenza.

Tanto premesso, si rileva che i tre Laboratori Spoke dell'ASP di Cosenza tuttora non hanno una organizzazione uniforme del Servizio d'urgenza Notturmo e Festivo pur essendo, teoricamente, strutture omogenee. Ciò è stato determinato dalla situazione di generale ma diversificata carenza di personale associata alla presenza in due dei tre Spoke di un Laboratorio "bipolare", per come già illustrato, ma comunque nel comune tentativo di avvicinarsi il più possibile al rispetto della normativa sui riposi salvaguardando contemporaneamente sia il servizio in emergenza che l'erogazione delle prestazioni di base. Si fa presente la necessità di definire la gestione dell'emergenza anche nei Laboratori degli OZD sede di pronto soccorso e nelle Case della Salute sede di PPI, dove si potrebbe prevedere l'uso, in orario notturno e festivo, dei PoCT.

Nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 sono quindi state confermate le misure al fine di svolgere un monitoraggio relativo al rispetto delle procedure e disposizioni adottate e per implementarne l'attività.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività diagnostica del Laboratorio analisi	Regolarizzazione presso gli sportelli CUP delle richieste esami per gli utenti esterni, senza previa prenotazione, con accesso per ordine di arrivo	CUP	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 4 TOTALE = 20 MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE = 11 MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83	Valore di P x I 3,33 x 1,83 = 6,11 MEDIO
	Accesso degli utenti esterni al punto prelievi, con inserimento richieste nel sistema informatico del Laboratorio (LIS), prelievi, etichettatura e di campioni prelevati e loro periodico trasporto al Laboratorio	LABORATORIO ANALISI		Accesso al prelievo con scavalco lista attesa, in particolare per personale dipendente; Inserimento irregolare di campioni da analizzare	Interno/esterno	Mancanza di programmazione Discrezionalità nella scelta			
	Arrivo al Laboratorio dei campioni (urgenti e di routine) prelevati ed etichettati nei reparti di degenza e loro caricamento nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	Arrivo al Laboratorio dei campioni prelevati nei punti prelievo periferici (alcuni etichettati e altri no) con loro caricamento nel LIS del Laboratorio.	LABORATORIO ANALISI							
	Smistamento campioni biologici nei diversi settori operativi del Laboratorio Analisi	LABORATORIO ANALISI							

	Esecuzione degli esami richiesti nei diversi settori operativi (ematologia, coagulazione, chimica clinica, immunoclinica, proteine e farmaci, urine, allergologia, sierologia, biologia, molecolare) con validazione tecnica e/o medica di settore e invio finale dei dati nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	Refertazione effettuata con: stampa finale degli esami richiesto una volta completi, per gli utenti esterni; stampa finale o parziale degli esami, giornalmente, appena eseguiti, per i ricoverati; stampa con procedura urgente per le richieste inviate con modalità di urgenza	LABORATORIO ANALISI		Refertazione infedele	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Ritiro referti: Presso i rispettivi Punti Prelievo per gli utenti esterni Presso il Laboratorio per i ricoverati; Presso il Pronto Soccorso per gli utenti che vi accedono (invio telematico automatico ed immediato dei risultati, non appena validati dal Laboratorio)	LABORATORIO ANALISI							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Monitoraggio rispetto della Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari)	La procedura consente di assicurare la piena corrispondenza fra la prestazione richiesta ed il paziente che ne usufruisce
implementazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.	La procedura consente di regolamentare ogni tipologia di accesso favorendo la prevenzione dei rischi
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della regolamentazione con servizi che fruiscono delle prestazioni del Laboratorio (ADI, Dipendenze)	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Monitoraggio rispetto della Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari);				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio rispetto disposizione	Uniformare modalità di accettazione richieste esami interni	Giugno/novembre 2020	Direttori UOSD	Report
Richiesta al SISA di Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili dei Laboratori	Avvio della procedura di adozione/implementazione	Entro marzo 2020	Direttore Dipartimento/Rete Servizi - RPCT	Richiesta
Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke	Acquisizione degli strumenti di informatizzazione per i processi di richiesta prestazioni interne	Novembre 2020	UOC SISA	Determina di indizione procedura

Misura: Elaborazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio rispetto disposizione	Regolamentazione accesso	Giugno/novembre 2020	Direttori UOSD	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Prestazioni di radiologia	Prenotazione di prestazioni sanitarie presso gli ambulatori e per ricoveri programmati presso reparti ospedalieri, DH, DS . Declinando le prestazioni per classi: • Urgente • Differibile • Programmabile	CUP SEGRETERIA UO	superare la lista di attesa senza adeguata motivazione	Non utilizzare il criterio cronologico e la declinazione delle classi di urgenza nella prenotazione , in mancanza di adeguata motivazione clinica	Cup Segreteria UO	Mancanza di trasparenza Discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE= 13 MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE = 8 MEDIA ARITMETICA 8/6= 1,33	Valore di P x I 2,17x 1,33= 2,89 MEDIO BASSO
	Predisposizione di worklist completa dei riferimenti degli utenti e degli esami prenotati con orari e preparazioni fornite								
	Rispetto dei tempi previsti e dell'ordine della worklist di prenotazione, fatte salve problematiche di preparazione dei pazienti o di disponibilità contingente delle attrezzature								
	Consegna degli esami effettuati e della documentazione entro i termini stabiliti								

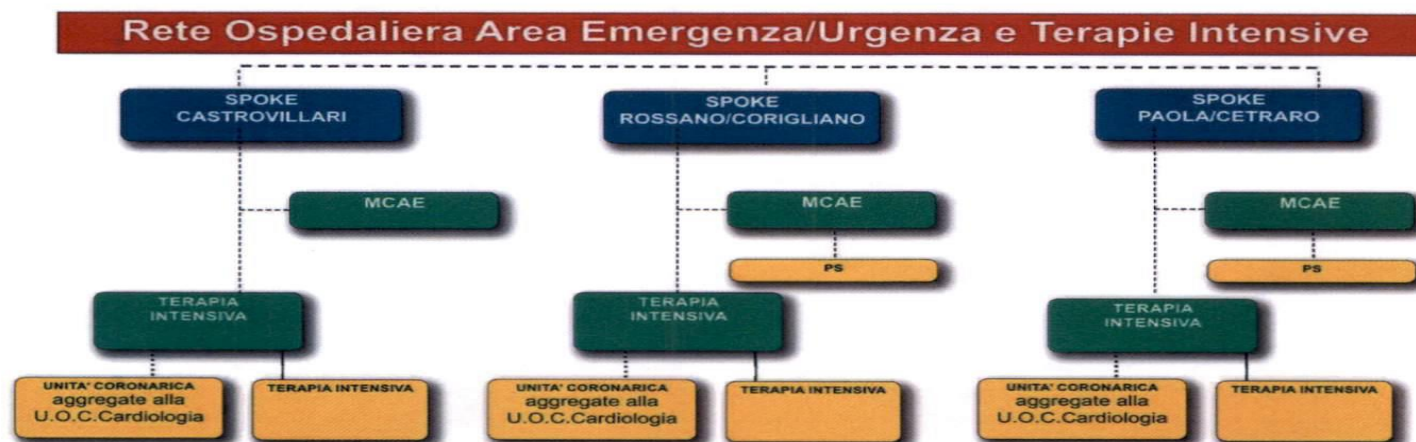
Processo: prestazioni di radiologia. La misura relativa alla disposizione circa la Validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore è stata realizzata (nota della Direzione Sanitaria prot. n. 043416 del 02.04.2019) e pertanto si prevede di rinnovarla quale attività di monitoraggio sull'effettiva applicazione/rispetto. Non è stata invece realizzata la misura relativa alla Costituzione del Nucleo di Controllo di 2^a livello, per mancanza di continuità nell'interlocuzione con la Direzione Sanitaria e quindi la misura viene integralmente riproposta.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore	Controllo ex ante dell'improcrastilità e/o dell'opportunità della prestazione
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nell'attività di controllo utilizzare parametri di valutazione di appropriatezza e ottimizzazione delle risorse ed utilizzo delle attrezzature	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio sul rispetto della disposizione	Rispetto disposizione	Maggio 2020	Direttore UOC	Report

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Costituzione Nucleo di controllo 2 ^a livello	Individuazione componenti	Aprile 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero in rianimazione	Richiesta da: Pronto soccorso Altri ospedali UOC interne per (decorso post operatorio, complicanze in degenza)	UOC Interne o pronto soccorso	Favorire determinati pazienti sia in fase di ricovero che di dimissione/inserimento in struttura di lungodegenza				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 3 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di $P \times I$ 2,83 x 1,50 = 4,25 MEDIO
	Valutazione preliminare delle condizioni cliniche del paziente	UOC		Valutazione orientata ai fini della collocazione del paziente in struttura di rianimazione di altri presidi piuttosto che in quello interno	interno	Discrezionalità della scelta			
	Accesso alla struttura	UOC							
	Registrazione in cartella clinica – infermieristica	UOC							
	Valutazioni cliniche con visita e indagini di laboratorio e strumentali	UOC							
	Trattamento con terapie adeguate alla situazione	UOC							
	Trasferimento in reparti interni, strutture di lungodegenza, strutture private accreditate	UOC, altre UOC e strutture private accreditate		Inserimento di pazienti ad alta complessità assistenziale presso strutture di lungodegenza pubbliche e private accreditate in una situazione di generale difficoltà nella accettazione di questa tipologia di pazienti	interno	Mancanza di programmazione Trasparenza			

Processo: Ricovero in rianimazione. La misura relativa alla Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per tipologia di patologia è stata realizzata solo dalla UOC afferente allo Spoke di Castrovillari. Il Report trasmesso conferma la necessità di intervenire sulla problematica emersa. La misura pertanto viene integralmente riproposta al fine di estenderla a tutte le Unità Operative e dare continuità per le fasi successive di implementazione della programmazione. Le misure relative alla emanazione di una Disposizione sulla riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari e la previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina, non sono state realizzate per la mancanza di continuità nell'interlocuzione con la Direzione sanitaria e sono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per tipologia di patologia	Programmazione che consenta di far corrispondere la domanda all'offerta dei posti letto necessari
Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari. Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina	Rendere disponibili i posti letto presso il Reparto di rianimazione
Formazione tecnica per la gestione di pazienti critici rivolta ed equipe sanitarie dei reparti di degenza	Migliore gestione del paziente critico
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: applicazione coordinata in tutte le strutture dell'ASP.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per patologia				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione e trasmissione dati, dell'ultimo biennio, relativi al numero dei pazienti trasferiti/bili in strutture di lungo degenza, con indicazione delle patologie e del tempo di permanenza presso il Reparto prima del trasferimento.	Acquisizione dati utili per la programmazione	Marzo 2020	Direzione Reparti	Documento
Trasferimento dati per la programmazione ai servizi interessati ed alla Regione Calabria	Analisi del fabbisogno aziendale e regionale	Aprile 2020	Direzione Generale RPCT	Nota di trasmissione

Misura: Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari. Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina.				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari.	Rendere disponibili posti letto in rianimazione, ritenuti prioritari	Aprile 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Disposizione
Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina.	Rendere disponibili posti letto in rianimazione, ritenuti prioritari	Aprile 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Disposizione

Misura: Formazione tecnica per la gestione di pazienti critici rivolta ed equipe sanitarie dei reparti di degenza.				
Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2021	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	2021	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	2021	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero in regime di urgenza	Triage	UOC MCAE	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto delle liste di attesa	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 TOTALE 17 MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 TOTALE 9 MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50	Valore di P x I 2,83 x 1,50 = 4,25 MEDIO
	Valutazione clinica con dati anamnestici ed esame obiettivo	UOC MCAE		Valutazione orientata ai fini dei criteri clinici relativi al ricovero dei pazienti	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Predisposizione ad accertamenti di carattere clinico tramite consulenze e diagnostica ematochimica e strumentale	UOC MCAE UUOO Spoke e Presidi limitrofi per attività di consulenza							
	Eventuale terapia, monitoraggio clinico e diagnosi in base ai rilievi effettuati	UOC MCAE							
	Ricovero in Reparto di degenza dello Spoke o predisposizione trasferimento presso altra struttura	UOC MCAE UOC Centrale Operativa 118							

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Triage in pronto soccorso	Valutazione sulla porta del paziente. Identificazione	UOC MCAE	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto delle liste di attesa	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 TOTALE 10 MEDIA ARITMETICA: 10/6=1,6	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 3 c) Reputazionale 4 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 4 TOTALE 20 MEDIA ARITMETICA: 20/6=3,30	Valore di P x I 1,6 x 3,30 = 5,3 MEDIO
	Raccolta dati anamnestici – breve esame fisico mirato	UOC MCAE		Valutazione orientata ai fini dei criteri clinici relativi al ricovero dei pazienti	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Valutazione parametri vitali, eventuale esecuzione ECG e se necessario EGA ed accesso venoso	UOC MCAE							
	Definizione codice di priorità	UOC MCAE							
	Monitoraggio continuo del paziente in attesa	UOC MCAE							