

INDICE

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

S.C. MEDICINA NUCLEARE	pg. 1
S.C.RADIODIAGNOSTICA	pg. 2-3
S.C. PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI	pg. 4-16
S.C. IMMUNOPATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI	pg. 17-19
S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA	pg.20
S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA	pg. 21

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C. MEDICINA NUCLEARE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
LIBERA PROFESSIONE	Incremento attività in libera professione da eccessiva lunghezza dei tempi di attesa	2.20	1.30	3,50 basso	PNA	Contenimento tempi di attesa per la classe di priorità B e D 30 nei termini previsti dalla attuale normativa	In corso	Direttore della S.C.	Monitoraggio report TMA forniti dalla Direzione Sanitaria

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C. RADIODIAGNOSTICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Prenotazioni CUP "U" e "B" con accettazione diretta presso la Radiodiagnostica 1	* Vedasi nota alla pagina seguente	1,5	1,70	3,20 basso		** Vedasi nota alla pagina seguente	Giugno 2019	Direttore S.C.	Relazione semestrale
Acquisti sotto soglia	*** Vedasi nota alla pagina seguente	1,00	1,50	3,50 Basso		**** Vedasi nota alla pagina seguente	Giugno 2019	Direttore S.C.	Relazione semestrale

• Per esami di RM e TC ambulatoriali (CUP) la carenza di disponibilità e la discrepanza tra offerta/domanda comporta in alcuni casi, una presa in carico diretta da parte della Radiologia al fine di erogare nei tempi e nei modi richiesti l'esame. Questo comporta da parte del personale di "forzare" le agende di prenotazione o di occupare posti eventualmente liberi dedicati a pazienti interni o resosi liberi al recall sistematico operato dal personale della segreteria /accettazione della Radiologia, gnostica 1.

Molte delle richieste aventi codici di priorità U o B derivano direttamente dalla Direzione Medica attraverso l'URP, altre dalla presentazione diretta di paziente alla accettazione della Radiologia o ancora previa telefonata del MMG.

- •• codificare un protocollo /percorso Aziendale atto ad individuare e tracciare i motivi della reale "urgenza"
- •• gestione degli acquisti sotto soglia per i dispositivi di Radiologia Interventistica . L'approvvigionamento dei dispositivi per la Radiologia Interventistica si basa su gare Aziendali non recenti ed espletate nel 2010 anni dal Provveditorato, attualmente sono in continua proroga in attesa di una gara Regionale (CRA) che è in corso di stesura, ma ferma sostanzialmente da due anni, che riduce la capacità di acquisire materiale innovativo o aggiornato alle reali necessità . L'acquisizione sotto soglia di dispositivi ritenuti infungibili, anche se condotta con procedure aziendali dal Provveditorato, potrebbero esporre a bassi rischi di acquisire materiale a prezzi non concorrenziali .
- •• • Revisione dei prezzi e dei materiali annuale .Verificare la possibilità di acquisizione temporanea (in attesa della definizione della Gara Regionale) con contratti di Service più economici.

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.C.PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI

SCHFDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Accettazione della richiesta di esami presso sportello CUP Registrazione prestazione e riscossione	1)Distrazione risorse pubbliche 2)Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione	Livello di rischio BASSO -La registrazione della prestazione avviene previa presentazione della impegnativa regionale.le richieste poi vengono passate al programma DNLAB -La prestazione è tracciata e il flusso inviato alla regione. -In caso di mancato pagamento si attiva la procedura di riscossione coattiva	ULTERIORE	Verifica a campione della congruenza tra esami prescritti e esami accettati e procedure di accesso Verifica a campione della congruenza tra esami effettuati e pagamento/esenzione Verifica degli incassi effettuati rispetto alla quadratura contabile elaborata dal software di accettazione In caso di richiesta anomala il programma CUPWEB non completa l'inserimento degli esami che quindi non vengono trasmessi al programma DNLAB del laboratorio	Già attuata Già attuata Già attuata	Direttori Distretto Direttore S.C. att. ammin.	Numero verifiche effettuate a campione Report semestrale a RPCT
Consegna referti Esenzioni tickets	Mancato pagamento , perdita di introiti	Rischio MEDIO-BASSO Rimane comunque tracciato nel sistema lo stato debitorio	ULTERIORE PNA D	Verifica numero esami non ritirati e calcolo incidenza sul numero totale esami Avvio procedura riscossione coattiva	Da attuare Attuata Già attuata	Direttore S.C. Att.ammin. SIA	Report semestrale a RPCT su verifiche svolte

	inserimenti esenzioni non dovute e danno erariale	BASSO Le esenzioni vengono caricate in automatico tramite l'anagrafica.		Invio completo al MEF di tutte le nuove autocertificazioni del reddito presentate e conseguente recupero coattivo del ticket non pagato Procedure di controllo a campione su documentazione relativa alle nuove esenzioni rilasciate	Già attuata	Direttori Distretto Direttore S.C. att. ammin.	Controllo trimestrale del 10% delle pratiche Relazione semestrale a RPCT su eventuali anomalie riscontrate
Esami per pazienti ricoverati/in pre ricovero o che accedono in day hospital o P.S.	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (inserimento di soggetto non ricoverato o non proveniente da P.S.)	Rischio BASSO Tali pazienti devono essere precedentemente accettati dal sistema informatico ospedaliero per cui risulta quasi impossibile (e comunque sempre tracciato) l'inserimento di pazienti che non siano stati presi in carico dal sistema	ULTERIORE	Le richieste sono inserite direttamente in reparto con il programma WHALE che può accettare solo pazienti effettivamente ricoverati o in pre ricovero (attingendo da elenco pre ricoveri) o provenienti da P.S. Le richieste sono trasmesse in automatico al programma DNLAB del laboratorio I campioni sono accettati solo se già muniti di barcode con codice richiesta	Già attuata	Direttore S.C. att. ammin Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami per pazienti ambulatoriali	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento senza impegnativa)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Obbligo di inserire nella richiesta di esami per pazienti ambulatoriali il barcode dell'impegnativa regionale Verifica incrociata tra richieste inviate tramite il programma ambulatorio (WHALE) e richieste inserite sul programma CUPWEB	Da attuare Da attuare	Tutti i medici ambulatoriali che prescrivono esami Direttore S.C. att. ammin Direttore Laboratorio	Verifica ogni 6 mesi Report semestrale a RPCT Verifica ogni 6 mesi
Esami per pazienti in cura presso SERT e altre comunità	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è effettivamente in cura presso SERT o comunità)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente in cura presso Sert o comunità	Da attuare	Direttore S.C. att. ammin Direttore Laboratorio Direttore SERT	Controlli a campione Report semestrale a RPCT

Esami di medicina preventiva per dipendenti	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è un dipendente)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Le richieste devono essere inserite direttamente dalla Medicina preventiva attraverso il programma WHALE evitando l'accesso diretto al laboratorio analisi Necessario controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente dipendenti	Da attuare	Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio Direttore Gestione Risorse umane	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami per donatori	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente che non è un donatore)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket Le richieste sono inserite dal centro Trasfusionale tramite il programma ELIOT e vengono trasmessi in automatico al programma DNLAB del Laboratorio.	ULTERIORE	Controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente donatori nell'elenco dei donatori del trasfusionale	Da attuare	Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio Direttore Trasfusionale	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Esami inseriti direttamente dagli addetti del laboratorio :	Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione (Inserimento di paziente senza impegnativa)	Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento e pagamento ticket	ULTERIORE	Ridurre il più possibile il numero di esami inseriti direttamente sul gestionale del laboratorio e farle inserire correttamente sul programma CUP WEB Controllare le singole richieste inserite direttamente dalla segreteria del laboratorio e verificare se hanno impegnativa corretta (cioè se dopo l'inserimento è stata inviata l'impegnativa in back office per inserimento nel programma CUP)	In fase di attuazione. Dato disposizione in tal senso In fase di attuazione	Direttore Laboratorio Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT Controlli a campione Report semestrale a RPCT

1)prelievi multipli con unica ricetta			ULTERIORE	1)Prelievi multipli con unica ricetta: verificare se nell'impegnativa è riportato "prelievi multipli" e riportare sempre nelle note il codice dell'impegnativa MADRE.	Da attuare	Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
				2) richieste inviate da RSA: fornire alla RSA il programma TOP-AMB che permette di inviare in laboratorio la richiesta di esami quando viene creata l'impegnativa regionale	In fase di attuazione al 50%	Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
				3)ripetizione di esami: Registrare le ripetizioni di esami non completati o non eseguibili per mancata consegna del campione indicando nelle note il numero della richiesta madre	Da attuare	Direttore La boratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
				4) esami di medicina sportiva	Da attuare	Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
				5) esami a pagamento	Attuato	Direttore Laboratorio	Controlli a campione Report semestrale a RPCT
Acquisto reagenti sotto soglia	Favorire alcune ditte rispetto ad altre	Rischio MEDIO	PNA	Limitare tali acquisti Procedure conformi alle direttive del provveditorato	Attuato	Direttore laboratorio	Relazione semestrale a RPCT
Controllo consumi	Appropriazione indebita	I reagenti utilizzati sono reagenti specificata mente dedicati alle strumentazioni in uso di grandi capacità , non		Controllo di congruità tra consumo reagenti e tests refertati	Attuato		

Stesura capitolati per gare sotto soglia e valutazione offerte	Favorire alcune ditte rispetto ad altre	<u>Rischio MEDIO</u>	PNA	Procedure conformi alle direttive del provveditorato.Rotazione per stesura capitolati e commissioni di valutazione	Attuato	Direttore laboratorio	Relazione semestrale a RPCT
Libera professione	Favorire la libera professione a discapito dell'attività istituzionale	Rischio BASSO	PNA	Limitare l'attività libero professionale entro % ridotte rispetto a quella istituzionale (<al 10%) Garantire in istituzionale tutte le prestazioni LEA	Attuato	Direttore laboratorio	Relazione semestrale a RPCT

Azienda Sociosanitaria Ligure 5
La Spezia
Ufficio Prevenzione corruzione
e trasparenza

Prot. n. 68

La Spezia, 29.07.2019

OGGETTO: Analisi e mappatura processi a rischio di corruzione nel laboratorio Analisi SP

A seguito di evidenze occorse in alcune Aziende sanitarie della Regione Liguria relativamente ad irregolarità nell'effettuazione di esami e prestazioni di laboratorio , la Direzione Aziendale, d'intesa con il sottoscritto responsabile Prevenzione Corruzione di ASL 5 , ha ravvisato la necessità di effettuare un approfondimento delle tematiche della legalità con particolare riferimento alle aree di rischio inerenti l'attività resa dal Laboratorio Analisi del Presidio ospedaliero di ASL 5 .

Pertanto si è concordato in sede di obiettivi di Budget anno 2019 di assegnare al Responsabile Prevenzione Corruzione (che svolge anche le funzioni di Direttore della S.C. Attività amministrative del dipartimento di prevenzione) l'obiettivo di " Analisi e mappatura processi a rischio di corruzione nel laboratorio Analisi SP" aggiornando la precedente scheda di rilevazione dei rischi allegata all'ultimo Piano triennale 2019-2021.

In via preliminare ho proceduto, d'intesa con il Direttore del laboratorio analisi ,allo studio del percorso operativo delle prestazioni di laboratorio indispensabile per individuare le fasi maggiormente a rischio e prevedere idonee misure di contrasto e minimizzazione dei rischi di corruzione.

L'attuale organizzazione dei laboratori analisi di medie e grandi dimensioni come quello di ASL5 prevede una elevata automazione, una continua ricerca della qualità dei risultati ed un'attenta valutazione dei rischi nell'ambito del contesto in cui ci si trova ad operare.Tra i potenziali rischi deve essere considerata anche la possibilità che vengano effettuati esami senza il normale iter autorizzativo, che potrebbe determinare un incremento della spesa con danno economico per la comunità, oltre ad una indebito favoreggiamento di alcuni utenti che accedono al servizio rispetto ad altri.

Occorre pertanto analizzare l'iter delle richieste, individuare i punti e le modalità con le quali potrebbero essere inserite richieste non regolari, stilare regole e modalità di comportamento per il personale coinvolto, porre in atto sistemi per impedire tali azioni e meccanismi di controllo per verificare il corretto operato di tutti.

MODALITA' DI ACQUISIZIONE DA PARTE DEL LABORATORIO ANALISI DELLE RICHIESTE DI ESAMI

Il programma gestionale del Laboratorio Analisi (LIS) è DNLAB, della ditta Dedalus, che risulta collegato ai vari strumenti ed in grado di gestire migliaia di dati giornalieri.

Giornalmente pervengono al programma del Laboratorio DNLAB una media di 1000-1500 richieste, fondamentalmente con due modalità:

- richieste pervenute da altri programmi informatici interfacciati con DNLAB
- richieste imputate direttamente dagli operatori del Laboratorio analisi su DNLAB da terminali client laddove sono stati posizionati dal SIA:
 - Laboratorio analisi del S.Andrea
 - Laboratorio analisi del S.Bartolomeo
 - Centro prelievi del S.Bartolomeo

Sempre giornalmente inoltre sono generate in automatico da DNLAB anche richieste di controlli interni di qualità (che devono seguire lo stesso iter dei pazienti) e saltuariamente sono inserite richieste per prove di configurazione (denominate in genere PROVA)

Per accedere al programma è necessario imputare utente (numero di matricola preceduto a asi) e password.

Tipologia di pazienti

Le tipologie di pazienti per i quali vengono richiesti esami sono:

- a. Pazienti ricoverati anche in regime di Day Hospital
- b. Pazienti che accedono al Pronto Soccorso
- c. Pazienti che accedono agli ambulatori ospedalieri o territoriali
- d. Pazienti dializzati
- e. Donatori riconosciuti come tali dal Centro trasfusionale
- f. Dipendenti che hanno eseguito la visita periodica con prelievo ematico
- g. Pazienti ricoverati nelle RSA
- h. Carcerati nella locale casa circondariale
- i. Pazienti in cura al SERT o nelle comunità terapeutiche
- j. Pazienti che accedono alla medicina sportiva
- k. Pazienti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto per screening di tumore del colon
- l. Pazienti in regime di pagamento che pagano direttamente la prestazione o tramite convenzioni con Asl.

Per ogni tipologia di paziente esiste un iter autorizzativo differenziato

- a) e b) i pazienti ricoverati o che accedono in Day Hospital o al Pronto soccorso --
devono essere precedentemente accettati dal sistema informatico ospedaliero per cui risulta marginale o quasi impossibile l'inserimento di pazienti che non sono già stati presi in carico dal sistema; .
- c) I pazienti che accedono agli ambulatori ospedalieri e territoriali devono essere in possesso di una impegnativa regionale che viene registrata nel programma CUP-WEB. Tale programma evidenzia in automatico eventuale esenzione (senza quindi possibilità di poter inserire false esenzioni) , calcola il ticket ed invia in regione le prestazioni erogate.
- d) I pazienti dializzati eseguono il prelievo al momento della dialisi. Si tratta di una prestazione ambulatoriale che deve essere inviata in regione anche senza impegnativa regionale.
- e) Le richieste di esami per i donatori sono inviati solo dalla Medicina trasfusionale, che definisce la tipologia di esami.
- f) Le richieste per i dipendenti sono inviate dalla medicina preventiva al momento della visita periodica
- g) e h) Le richieste di esami per i pazienti di RSA e carceri prevedono anche l'impegnativa regionale come per gli ambulatoriali.

- i) I pazienti in carico a SERT e comunità terapeutiche non necessitano di impegnativa regionale.
- j) I pazienti che accedono alla medicina sportiva hanno incluso gli esami nella prestazione di visita medica.
- k) I pazienti che accedono allo screening (sangue occulto) hanno l'esame gratuito e con percorso dedicato.
- l) I pazienti che accedono al servizio a pagamento pagare interamente le prestazioni richieste

MODALITA' DI INSERIMENTO RICHIESTE NEL PROGRAMMA DEL LABORATORIO

Le varie richieste una volta pervenute al Laboratorio analisi sono inserite con due modalità:

1. Inviata automaticamente da un altro programma informatico
2. Tramite terminale client da parte degli operatori del Laboratorio sul programma del Laboratorio DNLAB

Punto 1) I programmi che inviano richieste di esami al Gestionale di Laboratorio sono:

WHALE – per le richieste provenienti da reparti, pronto soccorso, ambulatori ospedalieri, SERT, ambulatori territoriali
 CUP WEB- Centri prelievo territoriali
 ELIOT - donatori
 TOPAMB –RSA (circa il 50%)
 TOP SCREEN- screening sangue occulto

Punto 2) Richieste inserite direttamente da terminali client da parte degli operatori del Laboratorio :

Paganti in proprio o sulla base di convenzioni
 Pazienti di comunità terapeutiche
 Pazienti presenti in alcune RSA non ancora collegate con TOPAMB
 Pazienti con richiesta esente e con successivo inserimento su CUP-WEB
 Pazienti con richiesta dello stesso esame informa multipla per i prelievi successivi al primo fino al totale previsto nell'impegnativa.
 Pazienti che accedono alla medicina sportiva e consegnano in laboratorio

Ripetizioni di esami non eseguiti per vari motivi (sangue coagulato, provetta rotta o non idonea, etc)

Campioni consegnati fuori orario con i terminali CUP-WEB non disponibili (richiesta inserita su CUP WEB successivamente)

Richieste inserite nel corso di guasti o malfunzionamenti di altri sistemi informatici

Oltre a tali pazienti sono saltuariamente inserite da terminali richieste fittizie (di prova) per verificare la corretta configurazione informatica, generalmente con esami a caso e risultati palesemente anormali.

Le richieste che necessitano di impegnativa regionale devono registrare tale impegnativa su CUP WEB o inserendo direttamente la richiesta in questo programma o inviando l'impegnativa in back office dopo aver inserito la richiesta.

Le richieste di paganti che accedono direttamente al Laboratorio , di medicina del lavoro e della commissione patenti vengono trasmesse , una volta inserite in DNLAB, al programma di Libera Professione che contabilizza il dovuto e mantiene aperto il credito fino ad avvenuto saldo.

Le richieste di paganti in convenzione (Don Gnocchi, Spezia calcio, ASL4) sono contabilizzate mensilmente ed inviate alla ragioneria per l'emissione di fattura.

SISTEMI E MODALITA' DI CONTROLLO E VERIFICA DELLA CORRETTEZZA DELLE RICHIESTE INSERITE NEL PROGRAMMA DEL LABORATORIO (DNLAB).

Come sopra evidenziato, le tipologie di pazienti e le modalità di inserimento delle richieste nel gestionale di laboratorio sono numerose ed altrettanto diversificati devono essere i sistemi di controllo e verifica del corretto comportamento degli operatori e del rispetto delle disposizioni impartite.

Richieste pervenute da CUP-WEB (ISES) Centri prelievi territoriali

Tale programma è presente nei punti prelievo territoriali e presso il laboratorio analisi. E' interfacciato con il DNLAB a cui invia gli esami e l'anagrafica del paziente al momento di salvare la richiesta.

Le richieste sono fondamentalmente sempre in regola in quanto per l'accettazione su CUP WEB di un paziente con esami deve essere inserita preventivamente la richiesta regionale corretta e completa in tutti i campi comprese le eventuali esenzioni e il pagamento dovuto.

Se la richiesta è anomala (paziente non risulta esente, inseriti esami esenti e paganti nella stessa richiesta, nome non corretto, etc..) il programma CUP WEB non completa l'inserimento degli esami e non viene trasmesso niente al DNLAB.

Richieste pervenute da WHALE (reparti, pronto soccorso, ambulatori ospedalieri, SERT, ambulatori territoriali)

Tale programma è presente in varie versioni in base alla tipologia di pazienti che si vuole inserire :

-Programma utilizzato per richiedere esami ai ricoverati : quando aperto con tale modalità è possibile programmare richieste presso il laboratorio solo di pazienti

degenti presso il reparto cui è collegato l'utente e già accettati dal sistema per cui risulta impossibile inserire un paziente NON effettivamente ricoverato

-Programma utilizzato per richiedere esami a pazienti che si sono presentati per visite presso ambulatori ospedalieri o territoriali : quando aperto con tale modalità l'utente può selezionare od inserire qualunque paziente . Contestualmente alla richiesta informatica su WHALE il medico deve redigere una richiesta regionale su TOPAMB o cartacea (qualora TOPAMB non disponibile) da inviare in back office in via XXIV Maggio per collegare/inserire la richiesta esami al Laboratorio Analisi e permettere il flusso verso la Regione.

-Programma utilizzato per richiedere esami di pazienti che accedono senza necessità di ricetta regionale.

Si tratta di un punto critico che necessita di controlli ed incroci tra richieste inviate da WHALE e richieste inserite su CUP WEB ISES . La responsabilità di tale procedura deve essere del responsabile dell'ambulatorio che, se non in grado di controllare, deve limitarsi ad inviare i pazienti presso i vari punti prelievo territoriali, invece di fare i prelievi direttamente.

Il programma WHALE è utilizzato anche dagli ambulatori territoriali :

- SERT
- centro antidiabetico
- carceri
- ambulatorio NOA
- ambulatorio salute mentale
- ambulatorio trasfusionale

Punti critici sono:

- L'impegnativa non viene redatta
- L'impegnativa cartacea non perviene al back office o perviene in ritardo e non viene inserita correttamente sul programma CUP WEB ISES
- Gli esami inseriti su CUP WEB non corrispondono a quelli inseriti su WHALE
- L'impegnativa viene consegnata al paziente per il pagamento ticket che non viene effettuato

CONTROLLI DA METTERE IN ATTO PERIODICAMENTE PER VERIFICARE CHE TUTTE LE RICHIESTE ABBIANO LA CORRETTA AUTORIZZAZIONE:

Richieste provenienti da ISES-CUP WEB

Incrociare le richieste presenti in DNLAB (programma del laboratorio analisi) e quelle registrate su ISES CUP WEB (da fare ogni 6 mesi) *da attuare*

Richieste provenienti da WHALE

Per i ricoverati e con accesso a PS possibilità di accettare solo pazienti che sono stati già accettati dal reparto o dal PS su SIO - *attuato*

Per i pazienti ambulatoriali obbligo di inserire nella richiesta su WHALE il barcode della/e impegnative regionali- *da attuare*

Per i pazienti ambulatoriali verificare periodicamente (ogni 6 mesi) la presenza di impegnativa registrata erogata su CUP WEB ISES entro 40 giorni dalla data del prelievo -*da attuare*

Per i pazienti SERT e comunità verificare la presenza del paziente tra quelli effettivamente in trattamento presso il SERT -*da attuare*

Per la medicina preventiva verificare che le richieste siano effettivamente di dipendenti. -*da attuare*

Richieste provenienti da ELIOT (programma donatori)

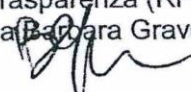
- Verificare la presenza dei pazienti Donatori nell'elenco dei donatori del Trasfusionale – **da attuare**

Richieste inserite in laboratorio a pagamento

- Caricare direttamente le impegnative a pagamento nel programma di libera professione - **attuato**

Richieste inserite direttamente in laboratorio con ricetta regionale

- Ridurre il più possibile le richieste che vengono inserite in segreteria di laboratorio sul gestionale di laboratorio ed inserire invece su ISES CUP WEB – **già date disposizioni in tal senso ed attuato**
 - Controllare le singole richieste che sono state inserite dalla segreteria sul gestionale di laboratorio per vedere se hanno un'impegnativa corretta (prelievo multiplo, inserimento in back office) – **in fase di attuazione**
 - Per i prelievi multipli con unica ricetta (solitamente esenti) verificare se esiste l'impegnativa che riporta prelievi multipli e riportare sempre nelle note il codice dell'impegnativa madre.- **da attuare**
-
- Richieste inviate da RSA : fornire all'RSA il programma TOP-AMB che permette di inviare in laboratorio la richiesta quando viene creata l'impegnativa regionale.- **in fase di attuazione al 50%**
 - Registrare le ripetizioni di esami non completati o non eseguiti per mancata consegna del campione (es. Urine) indicando nelle note il numero della richiesta madre – **da attuare**
 - Medicina sportiva : verificare che il paziente abbia prenotata una visita- **da attuare**

Il Responsabile anticorruzione
e Trasparenza (RPCT)
(Dott.ssa  Barbara Graverini)

Allegato n. 1: Scheda n. 4 registro rischi contenente mappatura e analisi rischi laboratorio da inserire nel prossimo Piano Anticorruzione 2020-2022

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

S.C. IMMUNOEMATOLOGIA – SERVIZIO TRASFUSIONALE

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Prenotazione visite Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda visite di controllo per poliglobulia/emocromatosi/salassi/eritroferesi terapeutiche	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alle visite successive/salassi/eritroferesi terapeutiche.	2,00	1,60	3,60 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra struttura inserendo le prenotazioni stesse in ISESWEB e prevede 5 posti/die (attualmente il martedì/giovedì). Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Prenotazione Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda Terapia Trasfusionale	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alla Terapia Trasfusionale	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra Struttura inserendo le prenotazioni in ISESWEB. Prevede: 4 posti/die per 5 giorni/settimana. Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise. Trattandosi di Terapia particolare la sua gestione è estremamente critica e prevede l'effettuazione entro 72 ore dalla constatazione della necessità trasfusiva. Non vi sono liste d'attesa ed è raccomandata la massima disponibilità nei confronti del paziente	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

Prenotazione Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda controlli	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere all'effettuazione dei controlli	2,00	1,40	3,40 basso	ulteriore	L'agenda in esame viene gestita direttamente dalla nostra Struttura inserendo le prenotazioni in ISESWEB Prevede: 3 posti/die per 5 giorni/settimana. Il personale dedicato è composto da 1 infermiera+ 1 Medico. In considerazione della carenza di personale Medico, la rotazione dello stesso viene effettuata per quanto possibile e soprattutto in base alla valutazione clinica del caso secondo linee guida e raccomandazioni condivise.	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Gestione della terapia Trasfusionale domiciliare	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere al Programma di Terapia Trasfusionale Domiciliare	2,20	1,20	3,40 basso	ulteriore	Il Progetto di terapia Trasfusionale domiciliare, attivo per il nostro Servizio dal 2005, viene svolto secondo un preciso protocollo operativo che prevede: Segnalazione da parte del Curante – Prima visita da parte del D.M. Trasfusione per conferma eleggibilità della prestazione – Terapia trasfusionale a domicilio. Tale attività viene svolta da Medici e Infermieri del SIMT su base volontaria e prevede una precisa “rotazione” degli stessi. Si tratta di Attività per soggetti “fragili” e viene pertanto effettuata su precise indicazioni cliniche, specificate nel protocollo operativo	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

Prime visite/Viste Urgenti	Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alle Visite di Medicina Trasfusionale	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	Agenda gestita direttamente dal CUP	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Accesso Donatori di sangue	Possibile Discrezionalità nell'accesso alle donazioni	2,00	1,60	3,30 basso	ulteriore	Accesso Libero, idoneità alla donazione attribuita secondo precisi criteri stabiliti dal Decreto 28/12/2015	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Partecipazione a "Gare sottosoglia" per l'acquisizione di strumenti/ materiale del valore < 40.000€	Possibile discrezionalità nel favorire un fornitore rispetto ad un altro	1,80	1,50	3,60 basso	ulteriore	Viene demandata la definizione delle modalità di dettaglio allo strumento delle linee guida ANAC e aziendali in base a criteri di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità nonché nel rispetto del principio di rotazione e in modo da assicurare l'effettiva possibilità di partecipazione di tutti i potenziali fornitori	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT
Acquisizione e di strumentazione e diagnostici immunoematologia e Biologia molecolare	Discrezionalità nella scelta di un fornitore piuttosto di un altro	2,00	1,50	3,50 basso	ulteriore	Rispetto delle normative stabilite in seguito a espletamento Gara Regionale per la diagnostica di Immunoematologia e Biologia molecolare	attuata	Direttore F.F. Dott.ssa Paola D'Elia (dal 01/10/2018)	Controllo semestrale sull'attuazione delle misure e relazione al RPCT

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Gare acquisto sotto soglia	Rischio di favorire aziende dietro compensi economici o possibili favori	2,20	1,25	3,45 basso	PNA	Tutte le procedure di gara sono gestite dal provveditorato aziendale che prende in considerazione per l'aggiudicazione sia l'offerta economica che la valutazione tecnica ed ha il potere decisionale finale	attuato	Direttore Struttura	N° di ricorsi o richieste chiarimenti da parte delle Aziende
Indagini a valenza medico-legale	Rischio di favorire provvedimento medico-legali alterando il risultato analitico	2,00	2,25	4,25 medio		La procedura analitica è stata validata attraverso un processo descritto nella documentazione per la Certificazione ISO 9000:2015 che prevede una analisi dei rischi. Viene descritta l'applicazione di molteplici controlli a partire dalla integrità della catena di custodia, dalla verifica dei cromatogrammi da parte del personale dirigente in fase di firma del referto, all'invio per posta certificata direttamente agli stakeholder	attuato	Direttore Struttura	N° di non conformità riscontrate e N° di contestazioni o richieste chiarimenti avanzate da parte delle commissioni

VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA

SCHEDA 4

PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE RISCHI	PROBABILITÀ	IMPATTO	GRADO RISCHIO COMPL.	AREA PNA o ULTER	MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE	TEMPI attuazione	RESPONSABILE misure prevenz.	MONITORAGGIO INDICATORI
Lista attesa CUP (mammografia)	Favorire determinati pazienti	2,20	1,25	3,45	ANAC DET.12/15	Gestione affidata ai punti di prenotazione CUP	Già attuata	Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa ambulatori degli specialisti (mammografie e ecografie)	Favorire determinati pazienti	2,00	1,50	3,50 basso	ANAC DET. 12/15	Gestione affidata agli specialisti degli ambulatori (chirurgo, oncologi, radioterapista)	Già attuata	Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa RM mammella	Favorire determinati pazienti	2,00	1,50	3,50 basso	ANAC DET.12/15	Gestione gestita in proprio della SSD senologia diagnostica secondo criteri ben definiti (urgenza, periodo utile per le donne ancora con ciclo mestruale, presentazione della richiesta)	Già attuata	Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure
Lista attesa accertamenti invasivi (agoaspirato , angioplastica)	Favorire determinati pazienti	2,10	1,30	3,40 basso	ANAC DET.12/15	Gestione in proprio della SSD senologia diagnostica secondo criteri ben definiti (urgenza, presentazione richiesta)	Già attuata	Responsabile SSD	Relazione semestrale sull'attuazione delle misure