**Azienda Sociosanitaria Ligure 5**

**La Spezia**

**Ufficio Prevenzione della corruzione e trasparenza**

**Al Piano per la Prevenzione della Corruzione**

***Aggiornamento Annuale***

**2024-2026**

**REGISTRO RISCHI**

INDICE

**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI**

**S.C. MEDICINA NUCLEARE** pg. 1

**S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA** pg. 2

**S.C. PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI** pg. 4

**S.C. IMMUNOPATOLOGIA E SERVIZI TRASFUSIONALI** pg. 17

**S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA** pg.20

**S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA** pg. 22

··.

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.C. MEDICINA NUCLEARE** SCHEDA 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PROCEDIMENTO*** | ***DESCRIZIONE RISCHI*** | ***PROBABIL ITA*** | ***IMPA TTO*** | ***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 | 3,50basso | PNA | Contenimento tempi di attesa per la classe di priorità B e D 30 nei termini previsti dalla attuale normativa | In corso | Direttore Struttura | Monitoraggio report TMA forniti dalla Direzione Sanitaria |

1

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.C. RADIOLOGIA INTERVENTISTICA** SCHEDA 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PROCEDIMENTO*** | ***DESCRIZIONE RISCHI*** | ***PROBABIL ITA*** | ***IMPA TTO*** | ***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 laRadiodiagnostica 1 | \*Vedasi nota alla pagina seguente | 1,5 | 1,70 | 3,20basso |  | \*\*Vedasi nota alla pagina seguente |  | Direttore Struttura | Relazione semestrale |
| Acquisti sotto soglia | \*\*\*Vedasi nota alla pagina seguente | 1,00 | 1,50 | 3,50Basso |  | \*\*\*\* Vedasi nota alla pagina seguente |  | Direttore Struttura | Relazione semestrale |

2

* 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 nel tempi e nel 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 recali sistematico operato dal personale della segreteria *I*accettazione della Radiodiagnostica 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 ancore previa telefona del MMG.

* •• codificare un protocollo *I* 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

· del 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 cor so 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 condotti con procedure aziendali dal Provveditorato, potrebbero esporre a bassi rischi di acquisire materiale a prezzi non concorrenziali .

•••• Revisione del prezzi e del materiali annuale.Verificare la possibilità di acquisizione temporanea (in attesa della definizione della Gara Regionale) con contratti di Service più economici.

3

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.C.PATOLOGIA CLINICA LABORATORIO ANALISI**

SCHEDA 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 CUPRegistrazione prestazione e riscossione | 1. Distrazione risorse pubbliche
2. Mancato rispetto

delle procedure amministrative diaccettazione 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 mancatopagamento si attiva la | **ULTERIORE** | Verifica a campione della congruenza tra esami prescrittie esami accettati e procedure di accessoVerifica a campione della congruenza tra esami effettuati e pagamento/esenzioneVerifica degli incassi effettuati rispetto alla quadratura contabile elaborata dal softwa re di accettazioneIncaso di richiesta anomala il programma CUPWEB non completa l'inserimento degli esami che quindi |  | DirettoriDistrettoDirettore S.C. att .ammin . | Numero verifiche effettuate a campioneReport semestrale a RPCT |
| Consegna referti senzioni tickets | Mancato pagamento perdita di introiti | **Rischio MEDIO-BASSO** | **ULTERIORE PNA D** | Verifica numero esami non ritirati e calcolo incidenza sul numero totale esamiAvvio procedura riscossione coattiva |  | Direttore S.C. Att.ammin.SIA | Report semestrale a RPCT su verifiche svolte |
| Rimane comunque tracciato nel sistema lo stato debitorio |

4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | inserimenti esenzioni non dovute e danno era riale | **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 pagatoProcedure di controllo a campione su documentazione relativa alle nuove esenzioni rilasciate |  | Direttori DistrettoDirettore S.C. att.ammin. | Controllo trimestrale del 10% delle praticheRelazione 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 ammin istrative di accettazione e riscossione ( inserimento di soggetto nonricoverato o non proveniente da P.S.) | Rischio **BASSO**Tali pazienti devono essere precedentemente accettati dalsistema informatico ospedaliero per cui risulta quasi impossibile ( e comunque sempre tracciato)l'inserimento di | **ULTERIORE** | Le richieste sono inserite direttamente in reparto con il programma WHALE che può accettare solo pazientieffettiv a mente ricoverati o in prericovero ( attingendo da elenco pre ricoveri) o provenienti da P.S.Le richieste sono trasmesse in automatico al programma DNLAB del laborato rio |  | Direttore S.C.att.amminDirettore 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 regionaleVerifica incrociata tra richieste inviate tramite il programma ambulatorio ( WHALE) e richieste inserite sulprogramma CUPWEB |  | Tutti i medici ambulatoriali che prescrivono esamiDirettore S.C. att.amminDirettore | Verifica ogni 6 mesi Reportsemestrale a RPCT Verifica ogni 6 mesi |
| Esami per pazienti in cura presso SERT ealtre comunità | Mancato rispetto delle procedure amministrative di accettazione e riscossione( Inserimento di paziente che non è effettivamente | Rischio **ALTO** Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento epagamento ticket | **ULTERIORE** | Controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamente in cura presso Sert o comunitàI |  | Direttore S.C. att.ammin Direttore Laboratorio DirettoreSERT | Controlli a campione Report semestrale a RPCT |

5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 analisiNecessario controllo a campione se tali pazienti risultano effettivamentedipendenti |  | Direttore S.C. att.amminDirettore LaboratorioDirettore Gestione Risorse | 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 centroTrasfusionale tramite il programma ELIOT e vengono trasmessi in automatico al programma DNLAB delLaboratorio. | **ULTERIORE** | Controllo a campione se tali pazienti risulta no effettivamente donatori nell'elenco dei donatori del trasfusionale |  | Direttore S.C. att.amminDirettore LaboratorioDirettore Trasfusionale | Controlli a campione Report semestrale a RPCT |
| Esamiinseriti direttamente dagli addetti dellaboratorio : | 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 WEBControllare 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 |  | Direttore LaboratorioDirettore Laboratorio | Controlli a campione Report semestrale a RPCTControlli a campione Report semestrale a RPCT |

6

7

Da attuare

In fase di attuazione al 50%

Da attuare

Da attuare

Attuato

Attuato

Attuato

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| )prelievi multipli con unica ricetta1. richieste inviate da RSA
2. ripetizione di esami Mancato rispetto delle

procedure amministrative di accettazione e riscossione ( Inserimento di paziente senza impegnativa)1. esami di medic ina sportiva
2. esami a pagamento
 |  |  | 1. Prelievi multil!li con unica ricetta:
 |  | Direttore LaboratorioDirettore LaboratorioDirettore La boratorioDirettore LaboratorioDirettore Laboratorio | Controlli a campione Report semestrale a RPCTControlli a campione Report semestrale a RPCTControlli a campione Report semestrale a RPCTControlli a campione Report semestrale a RPCTControlli a campione Report semestrale a RPCT |
|  | verifica re se nell'impegnativa èriportato "prelievi multipli" e riportare sempre nelle note il codice dell'impegnativa MADRE. |
|  | 2) richieste inviate da RSA: |
|  | ULTERIORE | fornire alla RSA il programma TOP-AMBche permette di inviare in laboratorio la richiesta di esami quando viene creata l'impegnativa regionale |
| Rischio ALTO Potrebbe essere inserito qualunque paziente senza le corrette procedure di inserimento epagamento ticket |  | 3)ril!etizione 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 |
|  |  | 4) esami di medicina Sl!Ortiva: |
|  |  | Verificare che il paziente abbiaprenotato una visita di emdicina sportiva |
|  | 5) esami a l!agamento: |
|  | Caricare direttamente le impegnative apagamento nel programma di libera professione |
| Acquisto reagenti sotto sogliaControllo consumi | Favorire alcune ditte rispetto ad altreAppropriazione indebita | Rischio MEDIO | PNA | Limitare tali acquistiProcedure conformi alle direttive del provveditorato | Direttore Relazione semestrale alaboratorio RPCT |
| I reagenti utilizzati sono reagentispecificata mente dedicati alle strumentazioni in uso di grandi capacità ,non |
| Controllo di congruità tra consumo reagenti e tests refertati |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Stesura capitolati per gare sotto soglia e valutazione offerte | Favorire alcune ditte rispetto ad altre | Rischio MEDIO | PNA | Procedure conformi alle direttive del provveditorato.Rotazione per stesura capitolati e commissioni di |  | Direttore laboratori o | 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 |  | Direttore laboratori o | Relazione semestrale a RPCT |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rapporto tra RPCT e Direttori/Responsabili delle Strutture e referentidell’anticorruzione | Garantire un costante rapporto con il RPCT al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione | Poco proba bile | Signifi cativo | Medio | Ulteriore | Ottenere informazioni e risposte in merito ai processi operativi-gestionali delle arre di rischio (95% risposte valide) |  |  | 30/06/24 e 31/12/24(Organismo Indipendente di Valutazione (controlli eventi di irregolarità e corruzione) |

**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 rawisato 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.

9

Occorre pertanto analizzare l'iter delle richieste, individuare ipunti 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 ilcorretto 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 iqualivengono richiesti esami sono:

10

1. Pazienti ricoverati anche in regime di Day Hospital
2. Pazienti che accedono al Pronto Soccorso
3. Pazienti che accedono agli ambulatori ospedalieri o territoriali
4. Pazienti dializzati
5. Donatori riconosciuti come tali dal Centro trasfusionale
6. Dipendenti che hanno eseguito la visita periodica con prelievo ematico
7. Pazienti ricoverati nelle RSA
8. Carcerati nella locale casa circondariale
9. Pazienti in cura al SERT o nelle comunità terapeutiche
10. Pazienti che accedono alla medicina sportiva
11. Pazienti che hanno effettuato la ricerca del sangue occulto per screening di tumore del colon
	1. 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; .

1. 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.
2. 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.
3. Le richieste di esami per i donatori sono inviati solo dalla Medicina trasfusionale, che definisce latipologia di esami.
4. Le richieste per i dipendenti sono inviate dalla medicina preventiva al momento della visita periodica
5. e h) Le richieste di esami per i pazienti di RSA e carceri prevedono anche l'impegnativa regionale come per gli ambulatoriali.

11

1. I pazienti in carico a SERT e comunità terapeutiche non necessitano di impegnativa regionale.

1. I pazienti che accedono alla medicina sportiva hanno incluso gli esami nella prestazione di visita medica.
2. I pazienti che accedono allo screening ( sangue occulto) hanno l'esame gratuito e con percorso dedicato.
	1. I pazienti che accedono al servizio a pagamento pagare interamente le prestazioni richieste



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

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

Punto 1 ) Iprogrammi 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

TOP AMB -RSA ( circa il50%)

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 iprelievi successivi al primo fino al totale previsto nell'impegnativa.

Pazienti che accedono alla medicina sportiva e consegnano in laboratorio

12

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

Campioni consegnati fuori orario con iterminali CUP-WEB nondisponibili ( richiesta inserita su CUP WEB successivamente)

Richieste inserite ner 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 abnormi.

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.

13

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

!'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 ilflusso 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 territorial i, invece di fare i prelievi direttamente.

Il programma WHALE èutilizzato anche dagli ambulatori territoriali :

14

* 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 ilbarcode della/e impegnative regionali- *da attuare*

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

*-da attuare*

Per i pazienti SERT e comunità verificare la presenza del paziente tra quelli effettivamente intrattamento presso il SERT - *daattuare*

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

15



16

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E SERVIZIO TRASFUSIONALE** SCHEDA 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PROCEDIMENTO*** | ***DESCRIZIONE RISCHI*** | ***PROBABILI TA*** | ***IMPA TTO*** | ***GRADO RISCHIO*** ***COMPL.*** | ***AREA PNA o*** ***ULTER*** | ***MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE*** | ***TEMPI*** ***attuazione*** | ***RESPONSABILE******misure prevenz.*** | ***MONITORAGGIO INDICATORI*** |
| Prenotazione visite | Possibile | 2,00 | 1,60 | 3,60 | ulterio | L’agenda in esame viene gestita |  | Direttore | Controllo |
| Ambulatorio Medicina | abuso/discrezionalità nella |  |  | basso | re | direttamente dalla nostra struttura | Struttura | semestrale |
| Trasfusionale – Agenda | valutazione dei requisiti |  |  |  |  | inserendo le prenotazioni stesse in |  | sull’attuazione delle |
| visite di controllo per | per accedere alle visite |  |  |  |  | ISESWEB e prevede 5 posti/die |  | misure e relazione |
| poliglobulia/emocromat | successive/ |  |  |  |  | (attualmente il martedì/giovedì). Il |  | al RPCT |
| osi/salassi/eritroaferesi | salassi/eritroaferesi |  |  |  |  | personale dedicato è composto da |  |  |
| terapeutiche | terapeutiche. |  |  |  |  | 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 |  |  |
| Prenotazione | Possibile | 2,00 | 1,50 | 3,50 | ulterio | L’agenda in esame viene gestita |  | Direttore | Controllo |
| Ambulatorio Medicina | abuso/discrezionalità nella |  |  | basso | re | direttamente dalla nostra Struttura | Struttura | semestrale |
| Trasfusionale – Agenda | valutazione dei requisiti |  |  |  |  | inserendo le prenotazioni in |  | sull’attuazione delle |
| Terapia Trasfusionale | per accedere alla Terapia |  |  |  |  | ISESWEB. Prevede: 4 posti/die per |  | misure e relazione |
|  | Trasfusionale |  |  |  |  | 5 giorni/settimana. Il personale |  | al RPCT |
|  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |

17

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prenotazione Ambulatorio Medicina Trasfusionale – Agenda controlli | Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere all’effettuazione dei controlli | 2,00 | 1,40 | 3,40basso | 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 eraccomandazioni condivise. |  | Direttore Struttura | Controllo semestralesull’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 | 3,40basso | 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. Trasfusionista 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, specificatenel protocollo operativo |  | Direttore Struttura | Controllo semestralesull’attuazione delle misure e relazione al RPCT |

18

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prime visite/Viste Urgenti | Possibile abuso/discrezionalità nella valutazione dei requisiti per accedere alle Visite di Medicina Trasfusionale | 2,00 | 1,50 | 3,50basso | ulteriore | Agenda gestita direttamente dal CUP |  | Direttore Struttura | Controllo semestrale sull’attuazione delle misure e relazione al RPCT |
| Accesso Donatori di sangue | Possibile Discrezionalità nell’accesso alle donazioni | 2,00 | 1,60 | 3,30basso | ulteriore | Accesso Libero, idoneità alla donazione attribuita secondo precisi criteri stabiliti dal Decreto 28/12/2015 |  | Direttore Struttura | Controllo semestrale sull’attuazione delle misure e relazione al RPCT |
| Partecipazi one a“Gare sottosoglia ” perl’acquisizio ne di strumenti/ materiale del valore< 40.000€ | Possibile discrezionalità nel favorire un fornitore rispetto ad un altro | 1,80 | 1,50 | 3,60basso | ulteriore | Viene demandata la definizione delle modalità di dettaglio allo strumento delle linee guidaANAC 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 |  | Direttore Struttura | Controllo semestrale sull’attuazione delle misure e relazione al RPCT |
| Acquisizion e di strumentaz ione e diagnostici immunoem atologia e Biologiamolecolare | Discrezionalità nella scelta di un fornitore piuttosto di un altro | 2,00 | 1,50 | 3,50basso | ulteriore | Rispetto delle normative stabilite in seguito a espletamento Gara Regionale per la diagnostica di Immunoematologia e Biologia molecolare |  | Direttore Struttura | Controllo semestrale sull’attuazione delle misure e relazione al RPCT |

19

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.S.D. LABORATORIO SPECIALISTICO TOSSICOLOGIA** SCHEDA 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***PROCEDIMENTO*** | ***DESCRIZIONE RISCHI*** | ***PROBABILI TA*** | ***IMPA TTO*** | ***GRADO RISCHIO COMPL.*** | ***AREA PNA o ULTER*** | ***MISURE DI PREVENZIONE DA ATTUARE*** | ***TEMPI*** ***attuazione*** | ***RESPONSA BILE*** ***misure*** ***prevenz.*** | ***MONITORAGGIO INDICATORI*** |
| Gare acquisto sotto | Rischio di favorire | 2,20 | 1,25 | 3,45 | PNA | Tutte le procedere di gara |  | Direttore | N° di ricorsi o |
| soglia | aziende dietro |  |  | basso |  | sono gestite dal | Struttura | richieste |
|  | compensi economici o |  |  |  |  | provveditorato aziendale che |  | chiarimenti da |
|  | possibili favori |  |  |  |  | prende in considerazione per |  | parte delle Aziende |
|  |  |  |  |  |  | l’aggiudicazione sia l’offerta |  |  |
|  |  |  |  |  |  | economica che la valutazione |  |  |
|  |  |  |  |  |  | tecnica ed ha il potere |  |  |
|  |  |  |  |  |  | decisionale finale |  |  |
| Indagini a valenza | Rischio di favorire | 2,00 | 2,25 | 4,25 |  | La procedura analitica è stata |  | Direttore | N° di non |
| medico-legale | provvedimento medico- |  |  | medio | validata attraverso un | Struttura | conformità |
|  | legali alterando il |  |  |  | processo descritto nella |  | riscontrate e N° di |
|  | risultato analitico |  |  |  | documentazione per la |  | contestazioni o |
|  |  |  |  |  | Certificazione ISO 9000:2015 |  | richieste |
|  |  |  |  |  | che prevede una analisi dei |  | chiarimenti |
|  |  |  |  |  | rischi. Viene descritta |  | avanzate da parte |
|  |  |  |  |  | l’applicazione di molteplici |  | delle commissioni |
|  |  |  |  |  | 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 |  |  |

20

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Rapporto tra RPCT e Direttori/Responsabili delle Strutture e referenti**dell’anticorruzione* | *Garantire un costante rapporto con il RPCT al fine di prevenire le situazioni di rischio e rendere efficaci le misure di prevenzione* | *Poco proba bile* | *Significati vo* | *Medio* | *Ulteri ore* | *Ottenere informazioni e risposte in merito ai processi operativi-gestionali delle arre di rischio (95% risposte valide)* |  |  | *30/06/24 e**31/12/24**(Organismo Indipendente di Valutazione (controlli eventi di irregolarità e corruzione)* |

.

S

t r u t t u r a

·

.

:

'

*:*

**Azienda Sociosanitaria Ligure 5 La Spezia**

**Ufficio Prevenzione dellacorruzione e trasparenza**

Via Fazio,30 19121 La Spezia

# VALUTAZIONE RISCHI PROCEDIMENTI DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**S.S.D. SENOLOGIA DIAGNOSTICA** SCHEDA 4

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

!f\_..

'

,·

!21

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

22