



Azienda Ospedaliera
Istituto Ortopedico

GAETANO PINI

Piazza A. Cardinal Ferrari, 1
20122 Milano - Tel. 02 582961

MODELLO ORGANIZZATIVO ANNO 2012

SCHEMA RIASSUNTIVO DI REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

N° di Revisione	Data	Descrizione delle modifiche	Redatta da	Firma per ratifica
Rev.1	30/11/2010	Adeguamento al POA 2008-2010, al codice etico aggiornato con deliberazione n. 224 del 25/06/2010 ed alle indicazioni del CdV	S.C. Affari Generali e Legali dott.ssa Marilena Moretti	
Rev.2	23/12/2011	Adeguamento Modello Organizzativo alla evoluzione strutturale dell'Azienda ed all' aggiornamento annuale Analisi dei Rischi.	S.C. Affari Generali e Legali dott.ssa Marilena Moretti	
Rev. 3	18/12/2012	Adeguamento del Modello Organizzativo alle indicazioni del Comitato Regionale di Coordinamento di cui alla nota prot. H1.2012.0008886 del 16 marzo 2012 e prot. H1.2012.13894 del 03/05/2012 e le indicazioni dell'O.d.V.	S.C. Affari Generali e Legali dott.ssa Marilena Moretti	

INDICE

PARTE DESCRITTIVA	
1. IL MODELLO ORGANIZZATIVO	
Il progetto e la metodologia seguita	
2. APPLICAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO	
2.1 Area Amministrativa – “Approvvigionamenti” e “Gestione del Magazzino”	
2.2 Area Amministrativa – “Gestione delle Risorse Umane”	
2.3 Area Amministrativa – “Gestione delle apparecchiature elettromedicali”	
2.4 Area Sanitaria – “Gestione del consenso informato”	
2.5 Area Sanitaria – “Gestione del farmaco”	
2.6 Area Chirurgica – “Gestione dei rischi settici”	
2.7 Area Ambulatoriale/Amministrativa – “Area Accoglienza”	
2.8 Area Sanitaria/Amministrativa – “Gestione Reclami”	
2.9 Area Sanitaria – “Gestione Liste d’attesa”	
2.10 Area Sanitaria – “Gestione dei protocolli diagnostico terapeutici e di assistenza infermieristica”	
2.11 Area Sanitaria/Amministrativa – “Rendicontazione dell’attività Sanitaria”	
2.12 Area Sanitaria – “Libera Professione”	
2.13 Area Sanitaria – “Logistica del Farmaco”	
3. DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE	
3.1 “Struttura Complessa Gestione degli Approvvigionamenti”	
3.2 “Struttura Complessa Gestione delle Risorse Umane”	
3.3 “Struttura Complessa Gestione Tecnico-Patrimoniale”	
3.3 “Area sanitaria, chirurgica e ambulatoriale”	
3.4 “Ufficio Libera Professione – Controllo Fatturazione Attiva e Recupero Crediti” ...	
3.5 “URP - CUP”	
3.6 “Struttura Complessa Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione”	
3.7 “S.C. Farmacia”	
5. AGGIORNAMENTO DELL’ANALISI DEI RISCHI	
6. DESCRIZIONE DELL’ATTIVITA’	
6.1 S.C. Approvvigionamenti – “Approvvigionamenti”	
6.2 S.C. Approvvigionamenti – “Gestione del magazzino”	
6.3 S.C. Gestione delle Risorse Umane”	

6.4. S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale – “Gestione delle apparecchiature elettromedicali”.....

6.5 Area Sanitaria – “Gestione del consenso informato”.....

6.6 Area Sanitaria – “Gestione del farmaco”.....

6.7 Area Chirurgica – “Gestione dei rischi settici”

6.8 Area Ambulatoriale – “Area Accoglienza”

6.9 Area Sanitaria – “Gestione Reclami”.....

6.10 Area Sanitaria – “Gestione liste d’attesa”.....

6.11 Area Sanitaria – “Gestione protocolli diagnostico terapeutici e di assistenza infermieristica”.....

6.12 Area Sanitaria/Amministrativa – “Rendicontazione attività sanitaria”.....

6.13 Area Sanitaria – “Libera Professione”.....

6.14 Area Sanitaria – “S.C. Farmacia”.....

SCHEDE DI SINTESI

“Gestione Approvvigionamenti”.....

“Gestione del Magazzino”.....

“Gestione delle risorse umane”

“Gestione apparecchiature elettromedicali”

“Gestione consenso informato”

“Gestione farmaco”.....

“Gestione rischio settico”

“Area accoglienza”.....

“Gestione reclami”

“Gestione liste d’attesa”.....

“Gestione protocolli diagnostico terapeutici e di assistenza infermieristica”

“Rendicontazione attività sanitarie”

“Libera professione”.....

“Logistica del Farmaco”.....

PARTE DESCRITTIVA

1) PRINCIPI E VALORI

L'Azienda applica il principio di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato e le funzioni di gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità del Direttore Generale, della Direzione Strategica e dei vari livelli operativi dell'Azienda al fine di responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili.

I principi sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e di adottare atti aventi rilevanza esterna.

La gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione in relazione alle linee del vigente Piano Sanitario Regionale ed alla pianificazione strategica. Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è il budget, anche in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impegnate) e delle responsabilità operative ai vari livelli.

L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante atti di diritto privato, retti dal principio di libertà delle forme nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività Aziendali.

L'erogazione dei servizi è ispirata al principio d'eguaglianza dei diritti dei cittadini/utenti senza distinzione di sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

L'Azienda uniforma i propri comportamenti nei confronti dei cittadini a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

I servizi sono erogati in modo da garantire il miglior rapporto tra efficienza ed efficacia dei percorsi assistenziali.

1. Premesse

Con deliberazione n. 224 del 25 giugno 2010, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto alla prima revisione del Codice etico comportamentale originariamente approvato con deliberazione n. 190 del 28 giugno 2007 e modulato sulle fattispecie di reato contemplate nel D.Lgs. n. 231/2001 (comprendente dai reati commessi nei rapporti con la Pubblica Amministrazione ai reati contro la personalità individuale, ecc.), alla luce delle integrazioni normative modificative del suindicato decreto intervenute dal 2007 ad oggi.

In questi ultimi anni, il processo di adeguamento del Modello Organizzativo si è reso necessario alla luce delle *“Linee Guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere”* emanate dalla Regione Lombardia, successivamente alla fase di adozione del codice etico, con opportuni provvedimenti (D.G.R. n. VIII/8501/2008 e D.G.R. n. 10804/2009 e DGR n. 2298/2010) che hanno dettato le Linee di indirizzo per la messa a regime del Codice e l'adozione di regole di monitoraggio continuo del relativo Modello Organizzativo. Il Codice Etico comportamentale delle Aziende Ospedaliere del Sistema Sanitario lombardo è stato definitivamente consacrato dalla Legge Regionale 7 marzo 2011 n. 6, con cui Regione Lombardia ha inserito il Codice stesso all'interno del T.U. delle Leggi Regionali in materia di Sanità (art. 13 bis della L.R. n. 33/2009). L'entrata a regime del sistema di monitoraggio ed il corretto e puntuale aggiornamento del Codice Etico comportamentale hanno consentito la piena e concreta attuazione di quanto previsto dalla normativa regionale.

L'Azienda Ospedaliera ha perseguito le attività di monitoraggio e aggiornamento ordinarie e straordinarie del Modello Organizzativo secondo le ultime linee guida regionali di cui alla DGR n. 2298/2010, con particolare riferimento all'attività di analisi dei rischi e all'adozione di conseguenti azioni migliorative nelle aree cd. “sensibili” (gare e acquisti, incarichi professionali, sicurezza sui luoghi di lavoro, Qualità, rischio clinico, Libera Professione).

Successivamente alla verifica regionale di conformità del sistema aziendale sul Codice Etico comportamentale (09/03/2012) comunicata dal Direttore della Direzione Generale Sanità in qualità di coordinatore del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC), con nota prot. H1.2012.0008886 del 16 marzo 2012; le attività di monitoraggio del Modello Organizzativo sono proseguite tenuto conto degli aggiornamenti di volta in volta intervenuti sulle procedure aziendali del sistema Qualità.

Particolare attenzione è stata dedicata alla revisione dei processi nelle due aree “sensibili”: 1) acquisizione di beni, servizi e lavori 2) incarichi e consulenze esterne secondo quanto richiesto dalla Direzione Generale Sanità e dal Comitato di Coordinamento regionale per l’attuazione del codice etico comportamentale nelle aziende sanitarie pubbliche, con note prot. H1.2012.0008886 del 16 marzo 2012 e prot. H1.2012.13894 del 03/05/2012.

Al fine di mantenere i caratteri di attualità, specificità ed efficacia del Modello Organizzativo aziendale sono stati mappati i processi alla stregua dei sotto elencati principi etici di riferimento del Codice Etico e delle valutazioni espresse dall’Organismo di Vigilanza, nel corso delle verifiche anno 2012 (parzialmente modificato con deliberazione n. 104 del 29/03/2012):

- PRINCIPI GENERALI

Rispetto delle leggi, dei regolamenti e delle procedure interne;

1. Rifiuto di comportamenti discriminatori basati sull’età, sulla razza, sul sesso, sullo stato di salute, sulla nazionalità, sulle credenze religiose, opinioni politiche o stili di vita;
3. Riservatezza e sicurezza nel trattamento delle informazioni;
4. Imparzialità e pari opportunità;
5. Onestà e correttezza;
6. Trasparenza e completezza dell’informazione;

7. Trattamento dei dati conformemente alla legge sulla *privacy*;
8. Utilizzo delle informazioni per finalità strettamente connesse all'attività professionale;
9. Rispetto delle norme indicate nei codici deontologici delle professioni a cui afferiscono gli operatori in relazione ai rapporti con i pazienti ed alla comunicazione di informazioni sullo stato di salute degli stessi;
10. Rispetto delle normative di settore in relazione alla gestione e smaltimento dei rifiuti.

- RAPPORTI CON L'UTENZA

1. Gestione del rapporto con la clientela / utenza anche a seguito dell'analisi dei reclami e segnalazioni;
2. Acquisizione del consenso informato;
3. Coerenza della programmazione economica rispetto ai piani sanitari regionali e nazionali;
4. Regolamentazione del sistema di controllo interno.

- RELAZIONI ISTITUZIONALI E PUBBLICHE

1. Correttezza delle informazioni divulgate all'esterno;
2. Definizione di un sistema di verifica delle comunicazioni diffuse all'esterno;
3. Correttezza nei rapporti con le Associazioni ed enti portatori di interessi collettivi.

- RAPPORTI CON I FORNITORI

1. Rispetto delle procedure in materia di appalti per lavori, servizi e forniture pubbliche;
2. Trasparenza e Imparzialità nella selezione degli operatori economici e nell'espletamento delle procedure di gara;
3. Presenza nei contratti di clausole relative al rispetto del Codice Etico da parte degli operatori economici.

- RAPPORTI CON I DIPENDENTI / COLLABORATORI

1. Tutela della dignità del lavoratore;
2. Garanzia della sicurezza nell'ambiente di lavoro;
3. Processi di selezione trasparenti;
4. Valorizzazione del personale;
5. Imparzialità nelle valutazioni delle prestazioni lavorative;
6. Uso corretto dei beni aziendali per motivi connessi al proprio ufficio e servizio;
7. Rifiuto di situazioni di incompatibilità/conflicto di interessi;
8. Rifiuto di omaggi, regali e benefici oltre le normali pratiche di cortesia.

Anche per il 2012 il monitoraggio del Modello Organizzativo si è focalizzato sull'analisi dei fattori di rischio che potrebbero esporre i processi organizzativi in esso contenuti a situazioni di NON CONFORMITA' ai principi etici di riferimento. Nello specifico, con i referenti dei processi organizzativi si è proceduto ad un'attenta analisi del rischio, al fine di adottare eventuali azioni correttive/migliorative per limitare e/o evitare il verificarsi di una condotta illecita ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001.

Con riferimento al sistema delle responsabilità e competenze che identifica il criterio di separazione/contrapposizione delle funzioni e dei livelli di subordinazione gerarchica e che rappresenta una fase della procedura di monitoraggio del Modello; la relativa verifica verrà effettuata a seguito dell'approvazione da parte di Regione Lombardia del POA 2011- 2013, adottato dall'Azienda con deliberazione n. 385 del 12 novembre 2012 e parzialmente aggiornato con provvedimento n. 432 del 12 dicembre 2012.

L'Azienda provvederà altresì alla pubblicazione del presente Modello Organizzativo 2012.

2. APPLICAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

2.1 Struttura Complessa Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici

Processi: “Approvvigionamenti” e “Gestione del Magazzino”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ④ DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA S.C. DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI
- ④ PERSONALE DIPENDENTE

2.2 Struttura Complessa
Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali

Processo: “Gestione delle Risorse Umane”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti destinatari:

- ⊙ IL RESPONSABILE DI PROCEDIMENTO E LE COMMISSIONI DI VALUTAZIONE ISTITUITE PER IL RECLUTAMENTO DEL PERSONALE.

**2.3 Struttura Complessa
Gestione Tecnico Patrimoniale**

Processo: “Gestione delle apparecchiature elettromedicali”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO IMPIANTI TECNOLOGICI
- ⊙ IL SERVIZIO ESTERNO DI INGEGNERIA CLINICA
- ⊙ I RESPONSABILI DI UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO

2.4 Area Sanitaria

Processo: "Gestione del consenso informato"

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ RESPONSABILI DI UNITA' OPERATIVA/SERVIZIO
- ⊙ I DIRIGENTI MEDICI

2.5 Area Sanitaria
Processo: “Gestione del farmaco”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ MEDICO
- ⊙ INFERMIERE
- ⊙ CAPOSALA
- ⊙ SERVIZIO DI FARMACIA

2.6 Area Chirurgica

Processo: "Gestione dei rischi settici"

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA S.C. RISK MANAGEMENT E C.O.R. E PERSONALE AFFERENTE
- ⊙ RESPONSABILI DELLA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI DOCUMENTAZIONE (CHECK LIST);

2.7 Area Ambulatoriale
Processo: “Area Accoglienza”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ DIRIGENTE URP - CUP
- ⊙ DIRETTORE AMBULATORIO GENERALE

2.8 Area Sanitaria/Amministrativa
Processo: “Gestione Reclami”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO
- ⊙ RESPONSABILI DI UNITÀ OPERATIVE

2.9 Area Sanitaria

Processo: “Gestione Liste d’attesa”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA (PRIMARIO)
- ⊙ RESPONSABILE DI STRUTTURA SEMPLICE O DIPARTIMENTALE/SERVIZIO
- ⊙ DIREZIONE SANITARIA
- ⊙ DIRIGENTE MEDICO

2.10 Area Sanitaria

Processo: “Gestione dei protocolli diagnostico terapeutici e di assistenza infermieristica”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ④ DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO/S.C. RISK MANAGEMENT
- ④ DIREZIONE SANITARIA
- ④ PERSONALE MEDICO
- ④ RESPONSABILE DI STRUTTURA COMPLESSA
- ④ PERSONALE INFERMIERISTICO
- ④ PERSONALE FISIOTERAPEUTICO

2.11 Area Sanitaria

Processo: “Rendicontazione dell’attività sanitaria”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⑨ DIRIGENTE SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI (SIA)
- ⑨ DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- ⑨ PERSONALE MEDICO
- ⑨ RESPONSABILE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE E CONTROLLO DI GESTIONE

2.12 Area Sanitaria
Processo: “Libera Professione”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ PERSONALE MEDICO ESERCITANTE LA LIBERA PROFESSIONE
- ⊙ UFFICIO LIBERA PROFESSIONE – CONTROLLO FATTURAZIONE ATTIVA E RECUPERO CREDITI
- ⊙ RESPONSABILE RISORSE ECONOMICOFINANZIARIE E CONTROLLO DI GESTIONE

2.13 Struttura Complessa di Farmacia

Processo: “Logistica del Farmaco”

Sono tenuti al rispetto delle procedure i seguenti Destinatari:

- ⊙ DIRETTORE DI FARMACIA
- ⊙ FARMACISTA DIRIGENTE
- ⊙ PERSONALE DI FARMACIA

3. DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE

3.1 'S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI

RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI	
<i>Segreteria</i>	<ul style="list-style-type: none"> - contatti con l'utenza - attività amministrativa - attività integrative - attività connesse all'espletamento di procedure di gara - adempimenti pre e post procedure di gara
<i>Acquisizioni beni e servizi – attività contrattuale</i>	<ul style="list-style-type: none"> - supporto al Dirigente - gestione acquisti - gestione ordini - gestione fatture - attività integrative - rapporti interni/esterni
<i>Acquisizioni beni e servizi – amministrazione beni mobili</i>	<ul style="list-style-type: none"> - supporto al Dirigente - gestione magazzino centrale - gestione inventario - flussi informativi - attività integrative - rapporti interni/esterni
<i>Gestione servizi alberghieri: servizi interni</i>	<ul style="list-style-type: none"> - supporto al Dirigente - gestione dei servizi interni - attività integrative - rapporti interni/esterni
<i>Gestione servizi alberghieri: servizi appaltati</i>	<ul style="list-style-type: none"> - supporto al Dirigente - emissione ordini - monitoraggio - gestione fatture - attività integrative - rapporti interni/esterni

3.2 Struttura Complessa Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali

DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE

Responsabilità	Funzioni aziendali
Settore giuridico	Politiche e programmazione del personale
	Interfaccia con la Regione e applicazione delle direttive e adempimenti in genere
	Procedure di assunzione concorsuali, anche obbligatorie, e personale convenzionato o borsista
	Procedure di progressione interna
	Applicazioni contrattuali e normative varie
	Gestione dello stato giuridico
	Incompatibilità del rapporto di lavoro
	Sviluppi di carriera
	Relazioni sindacali
	Istruttoria dei procedimenti disciplinari a carico del personale dipendente
	Regolamentazioni varie
	Gestione infortuni sul lavoro
	Controversie di lavoro
Settore Economico/Previdenziale	
Economico	Procedure stipendiali e adempimenti connessi (CUD,770)
	Flussi informativi (Conto annuale, Flu.per, Monitoraggio trimestrale)
	Applicazioni contrattuali e normative di rilievo economico
	Attività statistiche
	Gestione dei fondi economici
	Elaborazioni economiche a fini revisionali e di bilancio in collaborazione con l'U.O. Gestione Economico-Finanziaria e controllo di gestione
	Aspetti fiscali inerenti il rapporto di lavoro dipendente
Previdenziale	Gestione del trattamento previdenziale del personale dipendente e svolgimento di tutte le attività collegate
	Gestione del trattamento di fine rapporto
	Denunce contributive periodiche agli Istituti previdenziali
	Gestione Cessione V
Funzioni specifiche in staff al Direttore della Struttura Complessa	Verifica e Valutazione del personale
	Definizione e manutenzione al sistema premiante
	Attuazione degli adempimenti amministrativi relativi agli obiettivi aziendali di interesse regionale del Direttore Generale e di interesse aziendale assegnati ai Direttori delle strutture complesse e semplici
	Gestione della dotazione organica
	Assistenza a Collegi e Commissioni a livello aziendale
Funzioni della rilevazione delle	Tipologie di orario
	Gestione delle anomalie

	Informazioni sulle timbrature
	Controllo dei cartellini
	Trasferimenti dei dati in procedure per l'elaborazione dei cedolini

3.3 “STRUTTURA COMPLESSA Gestione Tecnico Patrimoniale

Aree di risultato (chiesti dalla Direzione):

1. Predisposizione elaborati completi, atti base di gare per realizzazione progetti e acquisizione dei relativi finanziamenti con il rispetto della tempistica
2. Rispetto del budget assegnato per la manutenzione immobili, impianti ed attrezzature garantendone la realizzazione
3. Corretta gestione del piano degli investimenti immobiliari con proposta alla Direzione Generale di azioni finalizzate alla migliore redditività

Aree di responsabilità dell’U.O.:

- Analisi del patrimonio e dei beni in proprietà ed in uso, ai fini del rispetto delle norme e del mantenimento, oltre alla inventariazione di tutti i beni immobili (ed eventualmente anche mobili) di tutte le utenze e conseguente gestione, conservazione degli atti di proprietà e dei contratti di affitto e comodato, costituzione, tenuta e aggiornamento fascicoli fabbricato, o, più in generale, predisposizione e gestione di documenti finalizzati al corretto uso del patrimonio.
- Pianificazione, manutenzione preventiva o predittiva, direzione lavori per la manutenzione ordinaria edile, degli impianti, delle attrezzature, oltre le verifiche periodiche richieste per Legge.
- Sviluppo di attività. Manutenzione straordinaria e nuovi interventi, progettazione e direzione lavori per l'esecuzione della manutenzione straordinaria edile, degli impianti, delle attrezzature medicali, conseguente ad interventi per innovazione tecnologica, sostituzione di apparati obsoleti con nuovi più performanti, lavori per accreditamento di strutture o soddisfacimento di nuove normative intervenute, con conseguente gestione del personale di manutenzione, interno od appartenente a Ditte esterne in appalto, oltre al conseguente collaudo finale e presa in carico.
- Atti contabili ordinari. Gestione amministrativa della manutenzione ordinaria, con predisposizione di gare di appalto, conseguente gestione del contratto e del fornitore, responsabilità di gestione del personale di manutenzione, interno od appartenente a Ditte esterne in appalto. Contabilizzazione e confronto con il budget assegnato. Verifica, monitoraggio consumi, eventuale correzione dei contratti di fornitura energetica (gas metano energia elettrica) e telefonica mobile.
- Atti contabili straordinari. Gestione amministrativa della manutenzione straordinaria e dei nuovi interventi, con predisposizione di gare di appalto, conseguente gestione del contratto e del fornitore, eventuale responsabilità di gestione del personale di manutenzione, interno od appartenente a Ditte esterne in appalto. Contabilizzazione e confronto con il quadro economico o finanziamento assegnato, successivo controllo amministrativo degli atti contabili e conseguenti richieste erogazione finanziamenti ai superiori organi regionali di Programmazione e Controllo.
- Atti contabili per la manutenzione ordinaria e straordinaria esternalizzati (global service). Gestione amministrativa della manutenzione esternalizzata, con predisposizione di gare di appalto, conseguente gestione del contratto e del fornitore. Verifica dell'adeguatezza e

corrispondenza fra capitolato e servizio fornito. Contabilizzazione e confronto con il quadro economico definito a contratto, successivo controllo amministrativo degli atti contabili.

- Collaborazione con altri uffici Aziendali. Supporto alla U.O.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei servizi Economici con stesura di capitolati per appalti di forniture, appalti di pulizia e dei trasporti, alla U.O. Affari Generali e Legali per contratti di affitto, alla U.O.C. Gestione delle Risorse Economiche e Finanziarie e Controllo di Gestione per rapporti con i fornitori e monitoraggio budget.

Mission della posizione:

Mantenimento del Patrimonio Immobiliare Ospedaliero delle tre Sedi, adeguamento delle strutture alla normativa, risposta progettuale alle indicazioni e necessità individuate dalla Direzione Strategica aziendale, proposte progettuali a favore dell'innovazione delle strutture, degli impianti e delle attrezzature.

Aree di responsabilità del dirigente:

Assicura il corretto funzionamento della struttura complessa rispondendo degli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale. In particolare è responsabile:

- a. Della gestione ed organizzazione del personale e delle risorse strumentali assegnate;
- b. Dell'elaborazione, promozione e adozione di modelli operativi nello specifico campo di competenza;
- c. Della legittimità delle proposte di deliberazione del Direttore Generale e degli atti e dei provvedimenti nelle materie di competenza
- d. Definizione politiche e strategie: supporta la Direzione Generale per la elaborazione dei programmi triennali ed annuali riferiti agli investimenti strutturali e strumentali valutando le risorse necessarie richieste per la loro attuazione e definendo il piano di manutenzione ordinaria.
- e. Programmazione e budget: definisce le priorità nel piano di manutenzione e per quanto attiene al piano degli investimenti suggerisce alla Direzione Generale le priorità in base agli adeguamenti di normative.
- f. Attuazione: svolge la funzione di RUP nelle gare di appalto - progettazione - predisposizione degli atti di gara - direzione lavori - collaudo, acquisizione materiali e gestione delle risorse umane, gestione del finanziamento e manutenzione dei sistemi.
- g. Analisi e controllo: ha lo scopo di valutare lo stato dei processi , monitorare i Servizi in appalto, diagnosticarne i problemi e identificare i possibili rimedi.
- h. Valutazione: misurazione di qualità per verificare il risultato dell'attività svolta e valutare l'andamento dei progetti, al fine di fornire indicazioni e direttive alla successiva iterazione del ciclo di innovazione.
- i. Organizzazione sviluppo risorse umane: supervisiona e coordina le attività del personale della propria struttura attuando e monitorando le politiche di gestione e sviluppo. Gestione del personale di pronta disponibilità/reperibilità.
- j. Indirizzi Tecnico Professionali: secondo quanto previsto dai regolamenti aziendali, con l'attuazione della formazione tecnico-specialistica, individua e promuove nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza della struttura.

INGEGNERIA CLINICA

Aree di responsabilità del Servizio:

Programmazione dell'acquisizione di nuove apparecchiature

valutazione dell'obsolescenza delle apparecchiature esistenti
predisposizione del piano degli investimenti

Processo di valutazione multidisciplinare delle tecnologie (HTA)

integrazione delle tecnologie nell'ambiente ospedaliero;
ricerca tecnico-scientifica ed economico gestionale;
sviluppo di software, procedure e dispositivi medici.
valutazione di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari con le metodologie del health technology assessment;

Attuazione del piano di investimenti tecnologici (capitolato tecnico, valutazione offerte, collaudo, formazione, manutenzione, dismissioni)

valutazione degli acquisti di tecnologie;
collaudi di accettazione;
formazione sull'utilizzo delle tecnologie;

Garantire la sicurezza del paziente e degli operatori in relazione all'uso della tecnologia (inclusi i processi di risk management) e il mantenimento dello stato di efficienza delle tecnologie

gestione della sicurezza delle tecnologie;
controlli di sicurezza e funzionalità;

Garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in relazione all'uso delle tecnologie

gestione della manutenzione e delle attività conseguenti;
gestione delle tecnologie e progettazione funzionale;

Aree di responsabilità del dirigente:

Assicura il corretto funzionamento del Servizio rispondendo degli obiettivi assegnati dalla Direzione Aziendale.

In particolare è responsabile:

1. Della gestione ed organizzazione del personale e delle risorse strumentali assegnate;
2. Dell'elaborazione, promozione e adozione di modelli operativi nello specifico campo di competenza;
3. Della legittimità delle proposte di deliberazione del Direttore Generale e degli atti e dei provvedimenti nelle materie di competenza;
4. Dell'acquisizione di nuove apparecchiature biomedicali:
 - a) Processi di programmazione
 - a1) valutazione obsolescenza al fine di consentire le priorità di rinnovo / sostituzione alla Direzione Generale;
 - a2) elabora il piano di investimento per le tecnologie biomediche sulla base delle necessità delle UO cliniche e delle valutazioni sulle obsolescenze;
 - b) Processo di valutazione multidisciplinare delle tecnologie

- b1) individua le necessità e le caratteristiche che consentono l'interfacciamento delle diverse tecnologie;
- b2) sviluppa in collaborazione con altre UO progetti tecnico-scientifici ed economico-gestionali relativi alla tecnologie biomediche;
- b3) collabora con i servizi informatici per le modalità di interfacciamento delle tecnologie biomediche con i sistemi aziendali;
- b4) produce documenti di valutazione delle tecnologie biomediche in applicazione delle tecniche Hta.

c) Processo di attuazione del piano di investimenti

- c1) definisce le caratteristiche tecniche, i criteri di valutazione e i requisiti di installazione da inserire nei capitolati di gara;
- c2) partecipa alla valutazione delle offerte tecniche di gara;
- c3) gestisce la fasi di installazione e collaudo;
- c4) si preoccupa di fornire agli utilizzatori adeguati programmi di formazione per l'introduzione delle nuove apparecchiature.

5. Della gestione dell'apparecchiature biomedicali in uso:

- a. Processi di gestione dell'apparecchiature per la sicurezza del paziente e degli operatori;
- b. supervisione e coordinamento del Servizio per la corretta esecuzione dei controlli di sicurezza e funzionalità;
- c. Processo di gestione delle attività manutentive per assicurare continuità di erogazione dei servizi;
- d. supervisione e coordinamento dei Servizi appaltati per la corretta esecuzione dei controlli di manutenzione (predittiva, correttiva);
- e. comunicazione agli Enti di sorveglianza preposti.

3.4 Ufficio Libera Professione – Controllo Fatturazione Attiva e Recupero Crediti

DESCRIZIONE DELLE COMPETENZE

1. ATTIVITA' LIBERO – PROFESSIONALE:

Attività propedeutica allo svolgimento della libera professione:

- gestione procedura autorizzativa allo svolgimento attività libero-professionale per gli studi privati, ALPA, ricovero;
- stipulazione e gestione convenzioni in merito all'attività libero-professionale con assicurazioni, strutture sanitarie non accreditate ovvero altri soggetti esterni all'azienda.;
- attività relativa alla revisione delle tariffe libero-professionali in regime sia ambulatoriale sia di ricovero;
- atti connessi alla gestione della Commissione Libera Professione;
- contatti telefonici e diretti con l'utenza per ristampa fatture, correzioni anagrafiche ed informazioni, con i sanitari, con il personale interno;

Ambulatorio:

- prenotazione visite private c/o istituto o studi privati convenzionati (intramoenia allargata) effettuata di persona;
- accettazione e fatturazione visite prenotate e non, MOC ed esami di radiodiagnostica privata effettuati all'interno dell'Azienda
- chiusura giornaliera della cassa con relativo versamento in banca;
- emissione e trasmissione fatture prestazioni ambulatoriali ad assicurazioni convenzionate;
- emissione e trasmissione fatture per prestazioni ambulatoriali a pazienti insolventi;
- spostamento visite prenotate;
- creazione, chiusura ed apertura agende medici;
- controllo versamenti effettuati e stampa versamenti da inoltrare alla s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione;
- controllo mensile delle prestazioni per supporto medico;

Intramoenia allargata:

- accettazione, fatturazione e incasso visite effettuate dai medici intramoenia presso gli studi privati sulla base di ricevute provvisorie rilasciate dal medico;
- gestione bollettari (acquisto, vidimazione per ogni ricevuta con timbro Istituto ed orario visite, archiviazione e tenuta registro di consegna);
- preparazione conti e relativi versamenti da far effettuare ai medici;
- controllo versamenti effettuati e stampa versamenti da inoltrare a s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione;
- controlli, verifiche mensili e predisposizione documentazione per Revisori dei Conti;
- apertura e chiusura serie di fatturazione relative ai Dirigenti medici per l'esercizio dell'intramoenia allargata;
- rilevazione mensile degli orari delle prestazioni effettuate dai medici nei loro studi da inviare alla Direzione Medica di Presidio per i controlli;
- emissione fatture ad incasso posticipato.

Ricoveri:

- Predisposizione preventivi, accettazione, fatturazione, incassi e versamenti presso banca, stampa versamenti da inoltrare a s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione;
- gestione pratiche assicurative per ricoveri in convenzione (richiesta autorizzazione ricovero ed eventuali proroghe, richiesta cartelle cliniche, invio fattura con relativa

documentazione con raccomandata A.R., incasso, versamenti e stampa da inoltrare a s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione, contatti telefonici per risoluzione eventuali problematiche, tenuta elenco aggiornato diviso per ente assicurativo relativo alle fatture sospese ed incassate;

- controllo attraverso programma sala operatoria orario chirurghi ed anestesisti relativi agli atti operatori e compilazione schede da inoltrare alla s.c. Gestione delle risorse umane;
- controllo effettuazione dimissione da parte dei medici per calcolo DRG da addebitare ai pazienti e trasmissione della SDO alla Direzione Medica di Presidio;
- trasmissione delle fatture incassate con relative schede informative, sottoscritte dai medici alla s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione.
- stampe mensili relative agli introiti in libera professione percepiti dai dirigenti medici;
- elaborazione e trasmissione dati relativi all'occupazione letti Clinica Santa Sofia e riepilogo mensile ricoveri.

2. ATTIVITA' DI RISCOSSIONE E FATTURAZIONE ATTIVA:

- attività di controllo e recupero dei crediti sorti per prestazioni sanitarie in attuazione delle procedure previste dal Protocollo "Recupero Crediti derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie" (controllo sui crediti aperti e relativi solleciti);
- delibera depennamento crediti inesigibili;
- elaborazione mensile cassa da inoltrare alla s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione relativa a tutte le serie di fatturazione dell'Azienda;
- versamenti relativi ai punti gialli, incassi ticket banca ;
- fatturazione ospedali;
- incassi bollettini postali, bonifici bancari di crediti aperti verso Istituto
- invio fatture per prestazioni non incassate ambulatoriali, pronto soccorso, ospedali, assicurazioni
- rilevazione e trasmissione dati Istat sulle dimissioni degli istituti di cura;
- trasmissione annuale alla Direzione Sanitaria di dati relativi alle prestazioni ambulatoriali rese sia all'esterno sia all'interno dell'Azienda
- emissione ed incassi fatture INAIL relative a certificati di infortunio emessi dai medici intramoenia in STU;
- fatturazione, incassi, stampa versamenti per s.c. Gestione delle Risorse Economico-finanziarie e Controllo di gestione, contatti telefonici con i vari enti per risoluzione eventuali problematiche relative ad anagrafiche e mancati pagamenti, relativi alla Banca dell'osso.

3.4 “URP–CUP”

<i>Responsabilità</i>	
<i>Personale amministrativo di front-office CUP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Informazioni generali agli Utenti sulla tipologia e le caratteristiche delle prestazioni sanitarie erogate dalla Struttura Ospedaliera; - Effettuazione prenotazioni degli Utenti che si presentano presso gli sportelli tramite il sistema informatico; - Verifica di tutta la documentazione di cui l'utente deve essere in possesso (impegnativa medica, tessera sanitaria, codice fiscale, etc.); - Effettuazione dell'accettazione degli Utenti, verificando nel sistema informatico che non siano variati i dati imputati in fase di prenotazione; - Effettuazione di attività di prenotazione telefonica per Utenza esterna tramite cuptel; - Rimborso ticket per annullamento pratiche prestazioni non eseguite, o pagati impropriamente; - Prenotazioni e accettazioni prestazioni per utenti stranieri comunitari ed extracomunitari; - Attività di accoglienza al totem per indirizzare l'utenza;
<i>Personale amministrativo di back-office CUP</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuazione delle prenotazioni degli Utenti che inviano le richieste tramite fax o per posta; - Produzione di riepiloghi mensili sull'attività da inviare agli uffici amministrativi. - Verifica insolvenze prestazioni per successivo inoltro sollecito pagamento; - Verifica a campione delle esenzioni per reddito mediante accesso informatico Agenzia delle Entrate; - Effettuazione delle prenotazioni agli utenti a mezzo posta elettronica; - Creazione, apertura chiusura agende prestazioni sia ambulatoriali che radiologiche; - Gestione STP ambulatoriali: compilazione modello STP, richiesta documentazione utente, predisposizione fattura da inviare in prefettura per rimborso prestazione; - Chiusura di cassa a fine giornata con report entrate e uscite e indicazione delle prestazioni rimborsate con relativa causale; - Gestione del totem sia in via ordinaria (sostituzione carta e verifica corretto funzionamento) e straordinaria (servizio hostess per accoglienza utenti) - Ricerca pratiche per correzione errori 28 SAN (Direzione medica di presidio)

<i>Personale URP Front office</i>	Accoglienza utenti, raccolta reclami scritti e telefonici, sostegno e accompagnamento dell'utente nel percorso prenotazione e accettazione, collaborazione con il CUP per disdette e o prenotazioni prestazioni ove richiesto dall'utente
<i>Personale Ufficio Relazioni con il Pubblico Back Office</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Redazione ed aggiornamento della Carta dei Servizi (anche su supporto informatico)_ - informazione al cittadino sui servizi erogati, sulla localizzazione delle attività e sulle regole per l'accesso alle prestazioni; - predisposizione delle procedure della "Customer Satisfaction" e dei reclami; - organizzazione e coordinamento in tutte le sue fasi delle rilevazione dei gradi di soddisfazione dell'utente attraverso la distribuzione di questionari nei reparti e servizi sanitari; - raccolta di reclami-segnalazioni su disfunzioni ed eventuali suggerimenti per un miglioramento del servizio stesso, oltre alla predisposizione delle risposte all'utenza a firma della Direzione Generale; - elaborazione e trasmissione dei reports della "Customer Satisfaction" e dei reclami alle UU.OO. ed alla ASL di competenza; - promozione ed integrazione delle attività di comunicazione interna ed esterna; - rispetto della procedura di accesso ai documenti amministrativi in applicazione del regolamento aziendale. - Gestione e cura del percorso utenti urp-risk management per la riduzione/contenimento del contenzioso per "malpractice".
<i>Flussi Informativi</i>	- Rispetta dell'invio, nei tempi previsti, dei dati di pertinenza.
<i>Supporto al Dirigente della struttura</i>	- Istruzione e conclusione di procedimenti espressamente delegati.
<i>Rapporti interni/esterni</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Direttore Generale; - Mantiene i rapporti con le altre U.O./SC/Servizi.

3.6 “Struttura Complessa Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione”

CONTABILITA' GENERALE E FISCALE	
<i>Responsabilità</i>	
<i>Tenuta della contabilità generale:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Stesura del Bilancio Preventivo Economico; - Redazione del Bilancio d'esercizio (nota integrativa, relazione, ecc.); - Stesura dei rendiconti trimestrali: CE, nota integrativa, modello costo personale, ecc; - Stesura del rendiconto finanziario; - Tenuta dei libri contabili obbligatori: libro giornale, libro sezionale clienti, libro inventario, mastrini; - Tenuta della contabilità relativa all'attività libero-professionale; - Tenuta della contabilità separata per l'attività commerciale; - Tenuta della contabilità dei fornitori: protocollazione delle fatture, controlli contabili, estratti conto, cessioni di credito, gestione G3S, verifica dell'attività a gestione diretta e centralizzata e quadrature con ASL Milano, predisposizione e invio Black List, gestione Reverse Charge; - Gestione piano dei conti e movimenti di prima nota; Studio ed aggiornamento dei programmi software alle linee guida regionali; - Predisposizione allegati di cui al D.I. 18/01/2011 (Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili necessarie ai fini della certificazione dei Bilanci delle Aziende Ospedaliere)

<i>Fiscale:</i>	<p>Predisposizione dei modelli fiscali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ③ UNICO; ③ IVA; ③ IRAP; ③ 770 SEMPLIFICATO; ③ IMU; ③ ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI; <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione ed invio delle certificazioni annuali dei redditi di lavoro autonomo; - Risoluzione problematiche inerenti gli aspetti fiscali; - Determinazione degli acconti/saldi IVA, IRES, IMU; - Tenuta del libro IVA; - Liquidazioni mensili imposte e tasse.
Supporto al Direttore di Struttura	<ul style="list-style-type: none"> - Istruzione e conclusione di procedimenti espressamente delegati.
<i>Rapporti interni/esterni:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Dirigente Responsabile di Struttura Complessa; - Mantiene i rapporti con i Responsabili delle SC/Servizi; - Gestione dei rapporti con il Collegio Sindacale; - Gestione dei rapporti di tipo economico/finanziario con la Regione; - Gestione dei rapporti con i fornitori.

CONTABILITA' ANALITICA**Responsabilità**

<i>Tenuta della contabilità analitica:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione/manutenzione del piano dei conti aziendale; - Gestione/ manutenzione del piano dei centri di costo aziendali; - Controllo corretta alimentazione CO.AN. dai vari sottosistemi; - Preparazione dei report trimestrali per la Regione nel rispetto delle linee guida e dei tempi stabiliti; - Studio ed aggiornamento dei programmi software alle linee guida regionali; - Comparazione dati CO.GE.-CO.AN. per verifica allineamento; - Preparazione dei report mensili e trimestrali per il Controllo di Gestione.
Supporto al Direttore di Struttura Complessa:	<ul style="list-style-type: none"> - Istruzione e conclusione di procedimenti espressamente delegati.
<i>Rapporti interni/esterni:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Dirigente Responsabile di Struttura Complessa; - Mantiene i rapporti con i Responsabili delle SC/Servizi; - Gestione dei rapporti con la Regione.

GESTIONE DEGLI INCASSI E DEI PAGAMENTI**Responsabilità**

<i>Gestione degli incassi:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione degli incassi degli affitti degli immobili; - Gestione dei buoni mensa; - Fatturazione alla ASL Città di Milano delle prestazioni sanitarie (DRG, prestazioni ambulatoriali, file f) e tenuta rapporti con la stessa (controlli, solleciti, ecc.); - Gestione degli incassi derivanti dall'attività libero professionale; - Gestione degli incassi per consulenze; - Gestione di tutte le altre entrate dell'Azienda; - Emissione degli ordinativi di incasso dell'Azienda (utenti, ecc.); - Verifiche di cassa.
<i>Gestione dei pagamenti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestione contabile delle spese inerenti la manutenzione degli immobili; - Tenuta e liquidazione delle consulenze passive; - Riparto degli introiti derivanti dall'attività libero professionale; - Emissione degli ordinativi di pagamento (fornitori, co.co.co., IVA, INPS, ERARIO, ecc.) a gestione diretta; - Emissione degli ordinativi di pagamento relativi agli emolumenti al personale dipendente e dei contributi; - Emissione degli ordinativi di pagamento a gestione centralizzata e pagamento attraverso G3S.
<i>Supporto al Direttore di Struttura Complessa:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Istruzione e conclusione di procedimenti espressamente delegati.
<i>Rapporti interni/esterni:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Dirigente Responsabile di Struttura Complessa; - Mantiene i rapporti con i Responsabili delle SC/Servizi; - Gestione dei rapporti con il Tesoriere.

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	
<i>Responsabilità</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - supportare operativamente la Direzione Strategica nella attuazione del Piano Strategico ed il Nucleo di Controllo Interno nelle attività da esso effettuate; - supportare la Direzione Strategica nella programmazione e determinazione degli obiettivi di esercizio e coordinare il processo di budget; - definire il processo di Budget; - impostare e gestire il Piano dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo nonché il Piano dei fattori produttivi; - definire il sistema dei flussi informativi necessario ai fini del sistema di programmazione e controllo di gestione; - verificare l'andamento dei risultati rispetto agli obiettivi fissati; - redigere i reports direzionali; - gestire la contabilità analitica dell'Azienda, verificare gli scostamenti dei risultati dai Budget; - coordinare e verificare il sistema di reporting verso l'interno e l'esterno dell'Azienda; - definire le procedure amministrative in concorso con le funzioni interessate; - valutare gli investimenti, i progetti e i contratti con le unità organizzative interessate; - acquisire dati per supportare il Direttore Generale nella definizione di strategie e politiche di medio e lungo termine; - effettuare studi di ricerca ed analisi per la migliore utilizzazione delle risorse finanziarie; - definire il sistema degli indicatori di controllo significativi al fine di realizzare modelli gestionali efficienti ed efficaci.
<i>Rapporti interni/esterni:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Dirigente Responsabile di Struttura Complessa; - Mantiene i rapporti con i Responsabili delle SC/Servizi

3.7 “Struttura Complessa di Farmacia”

<i>Responsabilità</i>	
Acquisizione Farmaci	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione Procedure d’acquisto - Emissione ordini - Liquidazione fatture
Gestione Magazzino	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica quali – quantitativa del farmaco in arrivo - Corretto stoccaggio del farmaco - Costante monitoraggio delle giacenze / scadenze dei farmaci stoccati in magazzino e nelle UUOO
Distribuzione diretta	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione delle richieste di farmaci biologici per pazienti affetti da patologie reumatologiche rendicontati col flusso File F. - Predisposizione acquisizione farmaci finalizzata alla disponibilità del farmaco nella giornata della visita ambulatoriale - Consegna del farmaco al paziente - Inserimento erogazioni in sito Monitoraggio Farmaci Ministero Salute
Vigilanza e monitoraggio	<ul style="list-style-type: none"> - Raccolta segnalazioni su eventi avversi da farmaco - Raccolta segnalazioni su incidenti /mancati incidenti riguardanti l’utilizzo dei dispositivi medici - Inserimento nei tempi previsti dalla normativa delle segnalazioni nelle reti nazionali di vigilanza- Rete Nazionale di Farmacovigilanza
Flussi Informativi	<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto dell’invio, nei tempi previsti, dei dati di pertinenza (File F, File R, File Dispositivi Medici) - Verifica della correttezza del flusso dei dati di pertinenza (File F, File R)
Supporto ai Direttori di Struttura Complessa	<ul style="list-style-type: none"> - Invio reportistica sull’andamento dei consumi di determinati farmaci o classi terapeutiche
Rapporti interni/esterni	<ul style="list-style-type: none"> - Risponde al Direttore Sanitario - Mantenimento dei rapporti con le altre U.O./SC/Servizi.

5. DOCUMENTO DI AGGIORNAMENTO DELL' ANALISI DEI RISCHI

Come precisato nelle premesse, in fase di aggiornamento dell'analisi dei rischi è stata verificata la correlazione e pertinenza dei rischi evidenziati ai processi e relativi sottoprocessi esaminati alla luce della conformità degli stessi a leggi e regolamenti/procedure aziendali soprattutto del Sistema di Gestione della Qualità.

Il differente grado di rilevanza del rischio è stato aggiornato in termini di probabilità del verificarsi dell'evento rischioso e del potenziale danno ad esso riconducibile.

Anche le schede di sintesi sono state aggiornate con riferimento alla realtà aziendale, alla valutazione dei rischi, alle azioni correttive/migliorative per fronteggiare quei "Gap" organizzativi o comportamentali che possono determinare comportamenti non conformi e/o potenzialmente rischiosi.

6. DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

6.1 Struttura Complessa Gestione degli
Approvvigionamenti e dei Servizi Economici

Processo: "Approvvigionamenti"

Riferimenti:

- ⊙ "DOCUMENTO ORGANIZZATIVO" DO GASE REV 4 DEL 11/11/11
- ⊙ "ISTRUZIONE OPERATIVA EMISSIONE ORDINI E LIQUIDAZIONE FATTURE" IO 01 PS ABS 7.5 01 REV 3 DEL 26/10/10
- ⊙ "PROCEDURA SPECIFICA VALUTAZIONE DEI FORNITORI" PS ABS 7.5 05 REV 4 DEL 27/10/10
- ⊙ "PROTOCOLLO GESTIONE GARE "P/44 REV 0 DEL 10/10/2011
- ⊙ PROTOCOLLO GESTIONE MAGAZZINO SAGBO "P/47 REV 0 DEL 6/6/2012
- ⊙ "REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DELLE ACQUISIZIONI IN ECONOMIA DI BENI, SERVIZI E LAVORI DA PARTE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA GAETANO PINI"

PROCESSO DI ACQUISTO.

Ai sensi dell'art. 28, comma 1, lett. c) del citato D. L.vo n. 163/2006, il valore della soglia comunitaria è pari a 5.000.000,00 Euro, al netto dell'Iva, per gli appalti di lavori pubblici.

Per ogni procedura di acquisto disciplinata dal presente regolamento, viene individuato un "responsabile del procedimento" (Rup) che coincide, di norma, con il responsabile della struttura/U.O. deputata agli acquisti e un "Direttore dell'esecuzione contratto" (Dec) che solitamente coincide con il responsabile della struttura interessata all'acquisizione richiesta.

E' facoltà del Rup individuare, caso per caso, nell'ambito della propria Struttura, un "preposto" cui affidare l'esecuzione di una o più fasi del procedimento, restando, in ogni caso, in capo al dirigente responsabile della struttura deputata agli acquisti, la responsabilità nell'impegnare l'Azienda verso l'esterno, nonché tutti gli adempimenti relativi all'approvazione dell'aggiudicazione e alla successiva sottoscrizione del

contratto o dell'ordinativo di acquisto.

Le procedure di individuazione del fabbisogno comportano il coinvolgimento dei diversi responsabili di Strutture e/o Unità Operativa interessati all'acquisto, al fine di individuare:

- a) i fabbisogni effettivi e le conseguenti soluzioni più adatte;
- b) le caratteristiche tecniche del bene o servizi da acquisire che dovranno essere formalizzate nel capitolato tecnico da trasmettere al Rup per l'avvio della procedura nei tempi previsti dallo stesso;

Con riguardo alle esigenze aziendali di contenimento della spesa e di corretta, oculata ed economica gestione delle risorse, in applicazione della normativa sullo spending review, l'azione acquisizionale deve essere improntata all'osservanza dei seguenti criteri:

- a) rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;
- b) Programmazione
- c) pianificazione delle forniture/servizi;
- d) trasparenza, chiarezza della motivazione e della decisione assunta;
- e) rispetto dei limiti di disponibilità del budget;
- f) quantificazione dell'importo a base d'asta sulla base dei prezzi di riferimento dell'AVCP (non più sulla base della spesa storica)
- g) valutazioni di efficacia e di efficienza.

SOTTOPROCESSO ACQUISTI BENI E SERVIZI CON FONDO ECONOMALE

Rientrano in tale categoria le piccole spese di urgenza per le quali è ritenuto opportuno il pagamento in contanti o mediante c/c postale quali, a titolo esemplificativo, le spese relative a medicinali e dispositivi medici, extra P.T.O.R., valori bollati, carburanti per automezzi ad esclusivo utilizzo dell'Azienda per esigenze di lavoro, pedaggio autostradali per automezzi aziendali, generi alimentari per patologie specifiche, materiale vario ad uso del Servizio Tecnico, imposte ed altri diritti erariali, spese postali, facchinaggio e trasporto merci, spese per la stipulazione dei contratti, visure catastali, registrazioni e simili, spese diverse minute anche per cerimonie, ricevimenti, ecc...,biglietti di mezzi di trasporto, giornali e pubblicazioni, testi per aggiornamenti in materia oggetto di lavoro, pagamenti per ammende,..."

Il Referente del fondo economale verifica la sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'anticipo/rimborso attestandolo nel relativo modulo al quale alleggerà i giustificativi e registrandolo nella procedura informatizzata aziendale. Ricevuta dal Dirigente S.C. l'attestazione di regolarità della procedura, il referente trasmette all'U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie la documentazione relativa al rimborso ed ai giustificativi di spesa per il reintegro del fondo economale e procede all'archiviazione della copia Stampa Giornale di Cassa.

SOTTOPROCESSO ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO SINO A € 40.000,00

La richiesta di approvvigionamento (o richiesta di acquisto) indicante il quantitativo, la descrizione del bene/servizio da acquistare, la data di compilazione della richiesta e il codice del centro di costo, deve essere inviata alla S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ove il personale di Segreteria ne attesta il ricevimento mediante apposizione di timbro datario e successivamente la registra nel modulo Richieste pervenute. Il Personale delle attività contrattuali procede all'indagine di mercato inviando ai fornitori la Richiesta di Offerta economica, nella quale è descritto il bene/servizio da acquistare ed il termine entro il quale inviare l'offerta. Ricevute le offerte delle varie ditte e redatto il prospetto comparativo delle stesse, dopo aver individuato l'offerta economicamente più vantaggiosa, valutandone anche gli aspetti tecnici, il personale addetto procede all'emissione dell'ordine, che viene successivamente firmato dal Dirigente responsabile.

SOTTOPROCESSO ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO DA € 40.000,00 A € 200.000,00

La richiesta di approvvigionamento indicante quantitativo, la descrizione del bene/servizio da acquistare, la data di compilazione della richiesta ed il codice del centro di costo, deve essere inviata alla S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ove il personale di Segreteria ne attesta il ricevimento mediante apposizione di timbro datario e successivamente la registra nel modulo Richieste pervenute e la invia al Dirigente responsabile per il controllo formale e per una stima approssimativa dell'acquisto.

Successivamente si provvede ad indire apposita procedura negoziata ai sensi del Regolamento per le spese in economia per forniture, servizi e lavori in conformità all'art. 125 del D.L.vo 163/2006 e ss.mm.ii. Alla scadenza per la presentazione delle offerte si procede alla verifica della documentazione ed all'analisi delle proposte economiche presentate, tenuto conto del parere tecnico formulato dalle competenti strutture. Successivamente il Dirigente responsabile della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici provvederà per quanto di competenza, nonché all'emissione dell'ordine.

SOTTOPROCESSO ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO SUPERIORE A € 200.000,00

Il Dirigente Gestione Approvvigionamenti può adottare la procedura ristretta, a seguito di bando preliminare con il quale vengono individuate le imprese più qualificate, oppure

la procedura aperta, nella quale la partecipazione è assicurata tramite bandi i cui criteri selettivi sono fissati in funzione della peculiarità della fornitura/servizio. Individuata la procedura più consona il Dirigente, in accordo con l'U.O. richiedente l'acquisto, sottopone alla Direzione Generale gli atti per l'approvazione del bando del Disciplinare e del Capitolato di gara. Successivamente, espleta la procedura in conformità al D. Lgs. 163/2006 e al D.P.R. 207/2010 individuando, al termine della procedura, l'aggiudicatario. Il Dirigente propone, successivamente, l'aggiudicazione provvisoria all'approvazione della Direzione Generale, che diverrà definita all'esito positivo di tutti i controlli previsti dalla predetta normativa. Seguirà la stipulazione del contratto con l'aggiudicatario nella forma prevista dalla normativa vigente.

SOTTOPROCESSO ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Con il provvedimento di aggiudicazione, la Direzione Aziendale, su proposta del Rup, nomina il Direttore esecuzione del contratto previsto dalla normativa vigente (art. 119 del D. Lgs. 163/2006 e art. 300 e seguenti del DPR 207/2010), che ha funzioni di coordinamento e di monitoraggio sulle prestazioni contrattuali. Qualora non vi sia coincidenza tra il Rup e il Dec, è comunque necessario che gli stessi operino nella fase di esecuzione, in stretto coordinamento per lo svolgimento delle attività di controllo e vigilanza.

Per quanto riguarda i contratti conclusi dalla S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici, la vigilanza sulla corretta esecuzione degli stessi spetta, di norma, al Responsabile della struttura deputata agli acquisti qualora si tratti di bene o servizio economico.

In tutti gli altri casi il Dec è il Responsabile della struttura/U.O. che ha richiesto l'acquisizione e cioè quando le forniture di beni o i servizi siano di una tale specificità tecnica da rendere necessario affidare la vigilanza ad altri soggetti (ad esempio: forniture o servizi sanitari, forniture farmaceutiche; servizi/forniture informatiche; settore apparecchiature bio-medicali; etc.).

In assenza delle condizioni di cui al precedente capoverso, al fine di adottare l'atto formale di nomina del direttore dell'esecuzione, l'Azienda previamente:

- a) verifica innanzitutto se ricorra una delle condizioni in presenza delle quali risulti obbligatorio affidare l'incarico di direttore dell'esecuzione ad un soggetto differente dal RUP;
- b) in caso di esito positivo della verifica sub a) procede alla attribuzione dell'incarico di direttore dell'esecuzione ad un soggetto diverso dal RUP che possieda la professionalità e

le competenze adeguate;

c) in caso di esito negativo della verifica sub a),accerta se il RUP in carica sia in possesso delle necessarie competenze professionali per svolgere anche le funzioni di direttore dell'esecuzione;

d) in caso di esito positivo della verifica sub c), comunque valuta discrezionalmente se affidare l'incarico di direttore dell'esecuzione al RUP in carica ed eventualmente procede in tal senso.

e) in caso di esito negativo della verifica sub c) e sub d) sceglie un soggetto diverso dal RUP, previo accertamento in capo a costui del possesso della professionalità e delle competenze adeguate.

Il direttore dell'esecuzione Il direttore dell'esecuzione, ai sensi dell'art. 301 del Regolamento, provvede:

- a dirigere e coordinare l'insieme delle attività connesse all'esecuzione del contratto;
- al controllo tecnico delle prestazioni oggetto del contratto;
- al controllo contabile connesso al pagamento delle prestazioni, apponendo proprio benestare sui documenti contabili;
- alla verifica finale della conformità delle prestazioni ai documenti contrattuali.

Al fine dell'espletamento dei suddetti compiti il direttore dell'esecuzione svolge tutte le attività allo stesso demandate dal Codice e dal Regolamento, nonché quelle previste nel contratto e nel capitolato d'appalto, oltre a quelle che si rendano comunque opportune per assicurare il perseguimento dei compiti assegnatigli. La direzione dell'esecuzione del contratto si sostanzia, pertanto, in un insieme di attività volte a garantire all'Azienda l'esecuzione dell'appalto nei tempi stabiliti ed in conformità delle previsioni contenute negli atti della procedura di gara dal punto di vista della correttezza dei profili sia tecnici sia contabili del contratto. È dunque possibile operativamente indicare i compiti e le funzioni spettanti al direttore dell'esecuzione alla luce delle disposizioni di dettaglio contenute nel Regolamento (artt. 302 ss). In particolare il direttore dell'esecuzione:

- comunica all'operatore economico l'avvio dell'esecuzione con l'indicazione del termine finale per il completamento della fornitura o dello svolgimento del servizio, eventualmente redigendo un apposito verbale in contraddittorio con l'esecutore;
- ordina la sospensione dell'esecuzione e dei conseguenti termini contrattuali del contratto in presenza di particolari circostanze che ne impediscono il regolare svolgimento e redige il verbale di ripresa dell'esecuzione;
- dispone varianti o modifiche al contratto, previa approvazione della stazione appaltante;
- svolge la verifica di conformità delle prestazioni qualora non sia stata nominata

un'apposita commissione od altro soggetto

- rilascia il certificato attestante l'avvenuta ultimazione delle prestazioni.

6.2 Unità Operativa Approvvigionamenti

Processo: “Gestione del Magazzino”

Riferimenti:

- ④ PROCEDURA SPECIFICA – “GESTIONE DEL RICEVIMENTO, CONSERVAZIONE, DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI DEI MAGAZZINI ECONOMICI”, COD.: PS ABS 7.5/02, REV.: 6 DEL 18/10/10.
- ④ “RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ – MOD/01 PGA8.3NC/01”.

SOTTOPROCESSO – RICEVIMENTO CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI

I beni acquistati sono consegnati dal fornitore al magazzino dove vengono conservati in una o più aree di immagazzinamento temporaneo. L'addetto al ricevimento provvede ad effettuare controlli preliminari (congruenza con il documento di trasporto di quanto consegnato e relativo ordine emesso). E' cura della persona addetta al ricevimento registrare l'esito dei controlli direttamente sul documento di trasporto. In caso di non conformità della consegna, l'addetto al ricevimento compila il “Rapporto di non conformità”. Effettuati i controlli preliminari, il personale di magazzino esegue il controllo di conformità ai requisiti di qualità secondo determinati parametri (marcatura CE, vita utile residua, integrità fisica del prodotto).

Finita la fase dei controlli l'addetto al magazzino procede alla registrazione del materiale in entrata, allo scarico dell'ordine corrispondente, alla stampa della bolla nel sistema “gestionale di contabilità”. Quest'ultima è allegata all'ordine ed al documento di trasporto che viene inviato al personale del settore ordini e fatture per il controllo contabile e la liquidazione della fattura. La registrazione del materiale in entrata è effettuata sia nel sistema gestionale di contabilità che manualmente nelle “schede verdi”.

In caso di non conformità della consegna il personale compila il modulo “Rapporto di non conformità”.

Per i beni a deposito in magazzino è prevista una verifica annuale di sussistenza delle condizioni qualitative (integrità fisica, vita utile residua) al momento dell'inventariazione fisica dei prodotti stessi.

Il personale delle Strutture deve richiedere il materiale in deposito presso il Magazzino Generale od il magazzino di Viale Monza depositando il Modulo 155 presso la cassetta

dedicata posta all'esterno dei locali del magazzino generale.

Il personale tecnico del magazzino generale raccoglie le richieste pervenute e consegna giornalmente quelle che si riferiscono a prodotti in deposito presso il magazzino di viale Monza al personale tecnico di collegamento che provvede a recapitarle al personale del magazzino di viale Monza.

Il personale del magazzino attesta l'avvenuta ricezione apponendo il timbro datario e verifica:

- la coerenza della quantità richiesta rispetto al consumo abituale;
- la disponibilità del materiale richiesto.

Giornalmente sono caricati sull'automezzo utilizzato per il collegamento tutti i materiali predisposti per le Strutture richiedenti.

6.3 Struttura Complessa Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali

Processo: “Gestione delle risorse umane”

Riferimenti:

Art. 24 del d.lgs. 27.10.2009, n. 150 – progressioni di carriera

C.C.N.L. 7 aprile 1999 – art. 35 – criteri per la progressione economica orizzontale

D.lgs. 30.3.2001 n. 165 art. 7 – gestione delle risorse umane

SOTTOPROCESSO – PROGRESSIONI DI CARRIERA (ART. 24 DEL D.LGS. 27.10.2009 N. 150 – D.P.R. 220/2001)

Ai sensi dell’art. 52, comma 1-bis del d.lgs. 165/2001, le amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 1° gennaio 2010, coprono i posti disponibili nella dotazione organica attraverso concorsi pubblici, con riserva non superiore al cinquanta per cento a favore del personale interno.

L’attribuzione dei posti riservati al personale interno è finalizzata a riconoscere e valorizzare le competenze professionali sviluppate dai dipendenti, in relazione alle specifiche esigenze dell’amministrazione.

La collocazione nella fascia di merito alta di cui all’articolo 19, comma 2, lettera a), per tre anni consecutivi, ovvero per cinque annualità anche non consecutive, costituisce titolo rilevante ai fini della progressione di carriera.

Gli aspiranti interessati e in possesso dei requisiti previsti accedono alle selezioni presentando domanda nei termini previsti dal bando emesso dall’Azienda.

Il bando deve contenere tutti gli elementi identificativi relativi al posto da ricoprire.

L’Azienda si impegna a dare massima diffusione al bando per l’ammissione alla selezione, oltreché la pubblicazione dello stesso negli albi dell’Azienda.

Tutta l’attività procedurale è regolamentata dal D.P.R. 220/2001

SOTTOPROCESSO – PROGRESSIONI ORIZZONTALI. (ART. 35 CCNL 7.4.1999)

I passaggi orizzontali dei dipendenti all’interno della medesima categoria tra profili diversi dello stesso livello si attuano in modo selettivo, in funzione dell’attività svolta e sulla base dei risultati conseguiti.

Non è prevista la presentazione di domande di partecipazione.

I criteri di ammissione e di valutazione sono definiti nel Contratto collettivo integrativo aziendale 16 novembre 2010.

SOTTOPROCESSO – CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 7 D.LGS. 165/2001)

Il Direttore dell'Unità Operativa complessa o del Dipartimento propone al Direttore Generale di attivare un incarico individuale indicando analiticamente, mediante nota scritta:

- a) L'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente, ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione;
- b) L'avvenuto accertamento dell'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili all'interno dell'amministrazione
- c) La prestazione deve essere di natura temporanea e altamente qualificata
- d) La determinazione della durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione

Gli incarichi di natura professionale o occasionale o coordinata e continuativa sono ammessi per attività professionali che richiedono una particolare e specifica qualifica professionale, per attività progettuali richiedenti competenze specifiche non fornibili da personale dipendente, quando non siano reperibili nell'Azienda le competenze professionali necessarie per l'espletamento delle attività professionali.

La selezione avviene previa pubblicazione sul sito aziendale di apposito avviso indicante la figura professionale ricercata e i requisiti professionali richiesti e a seguito di valutazione delle domande pervenute, da parte di apposita Commissione giudicatrice in base alla valutazione complessiva del curriculum vitae.

Il bando sancisce espressamente i criteri di valutazione adottati conformemente alle prescrizioni di cui al DPR 483/97 "Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale".

In caso di più candidati la valutazione effettuata sarà di tipo comparativa dei curricula degli aspiranti.

6.4 Struttura Complessa Gestione Tecnico - Patrimoniale

Processo: “Gestione delle apparecchiature elettromedicali”

Riferimenti:

PROCEDURA GENERALE AZIENDALE – “GESTIONE DEI PROGRAMMI DI CONTROLLO APPARECCHIATURE”, COD.: PGA 7.6CA/02, REV.: 1, DEL 21/11/2008

- ④ PROCEDURA GENERALE AZIENDALE – “ACQUISIZIONE NUOVE APPARECCHIATURE SCIENTIFICHE E SANITARIE E TECNICO-ECONOMALI”, COD.: PGA 7.6CA/01, REV.: 1, DEL 07/06/'06 in fase di revisione
- ④ “MODULO 07/PGA7.6CA/01 – RICHIESTA PER L'UTILIZZO DI APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE IN VISIONE/PROVA O UNIVERSITARIA”
- ④ “MODULO/01PGA7.6CA/01 – Rev. 4 RICHIESTA ALLE DITTE DI DOCUMENTAZIONE DI APPARECCHIATURA” del 21/04/2010

SOTTOPROCESSO – MANUTENZIONE PREVENTIVA

L'attività di manutenzione ordinaria consiste in interventi eseguiti ad intervalli o in accordo a criteri prescritti. Essa è volta a ridurre la probabilità di guasto o la degradazione del funzionamento dell'apparecchiatura. Il programma di manutenzione preventiva consta di 2 livelli.

SOTTOPROCESSO – MANUTENZIONE PREVENTIVA ORDINARIA

Manutenzione di 1° livello effettuata direttamente dall'operatore dell'Unità Operativa/Servizio, consistente nell'ispezione visiva e nell'effettuazione di attività, prove e controlli come descritto nel manuale d'uso dell'apparecchiatura.

Il personale addetto ad eseguire le operazioni di pulizia e manutenzione registra le attività effettuate sull'apposita modulistica predisposta per ogni strumento e conservata nel raccoglitore dedicato ad ogni apparecchiatura.

SOTTOPROCESSO – MANUTENZIONE PREVENTIVA PROGRAMMATA

L'attività di manutenzione programmata consta di controlli di natura preventiva effettuati da personale qualificato (ispezione visiva, misure dei parametri di sicurezza, esecuzione dei programmi di manutenzione prescritti dal costruttore). La definizione delle apparecchiature soggette a manutenzione posta a carico del Servizio esterno di ingegneria clinica è effettuata in accordo con il Responsabile di Unità Operativa ed il Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici.

La periodicità dei controlli viene definita considerando il manuale d'uso dell'apparecchiatura, le informazioni acquisite dalla documentazione del collaudo e sulla base delle esperienze acquisite tenendo conto di criticità di impiego, vetustà e carico di lavoro dell'apparecchiatura.

Le attività di manutenzione così pianificate vengono svolte dal Servizio Esterno di Ingegneria Clinica, sulla base di uno scadenziario revisionato ogni 12 mesi a partire dal mese di Gennaio e approvato dal Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici.

Le operazioni di manutenzione pianificate sono sottoposte al controllo del Responsabile del Servizio impianti tecnologici, attraverso la registrazione degli interventi nel Sistema informativo della manutenzione.

A completamento delle attività a carico dello specifico strumento, l'operatore del Servizio Esterno di Ingegneria Clinica provvede alla compilazione del rapporto di intervento convalidato dal Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici e dal Responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza dell'apparecchiatura e all'aggiornamento dell'etichetta di stato apposta sull'apparecchiatura (tipologia di intervento, data dell'intervento).

Il Servizio esterno di Ingegneria Clinica può delegare l'attività di controllo ai produttori/fornitori, fatto salvo l'obbligo di informazione nei riguardi del Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici.

SOTTOPROCESSO – MANUTENZIONE CORRETTIVA

Alla rilevazione di un guasto, l'operatore interno o il Servizio Esterno di Ingegneria Clinica identifica e segrega l'apparecchiatura mediante apposita segnalazione di non utilizzo e segnala telefonicamente o compila il modulo di richiesta di intervento manutentivo.

Il Servizio Esterno di Ingegneria Clinica provvede alla verifica dell'entità del guasto e interviene direttamente per la risoluzione dello stesso.

In caso non sia possibile risolvere il guasto direttamente, Il Servizio Esterno di Ingegneria Clinica dà corso alla richiesta di intervento al fornitore. A seguito dell'intervento viene predisposto il rapporto di lavoro contenente l'elenco di tutte le operazioni eseguite.

Il Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici/l'operatore/il Responsabile dell'Unità Operativa verifica la completezza dell'intervento e la funzionalità dell'apparecchiatura.

– DISMISSIONE APPARECCHIATURA

Il responsabile dell'Unità Operativa o il Servizio Esterno di Ingegneria Clinica individuano l'apparecchiatura da dismettere.

Entrambi trasmettono al Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici una relazione sullo stato dell'apparecchiatura in oggetto ed una richiesta di dismissione della stessa.

La proposta di dismissione può avere luogo nei seguenti casi:

- apparecchiatura non conforme alle norme di sicurezza;
- apparecchiatura irreparabile;
- apparecchiatura che richiede interventi antieconomici;
- apparecchiatura obsoleta;
- apparecchiatura non più utilizzata.

È cura del Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici convocare la Commissione di valutazione che decide la dismissione.

Il magazzino generale provvede al ritiro dell'apparecchiatura.

– ACQUISTO APPARECCHIATURA

I singoli responsabili di Unità Operativa, maturata la decisione di acquistare una nuova apparecchiatura, inviano alla Unità Operativa Approvvigionamenti la richiesta di approvvigionamento (modulo 156) e la specifica documentazione contenente le motivazioni dell'acquisizione.

La richiesta, così motivata, viene inoltrata al Direttore Generale per l'approvazione.

Seguono le seguenti fasi propedeutiche all'attivazione della procedura d'acquisto e all'emissione dell'ordine:

- richiesta ai potenziali fornitori, da parte dell' Unità Operativa Approvvigionamenti della documentazione dell'apparecchiatura
- sopralluogo nel locale presso il quale allocare l'attrezzatura e predisposizione di un rapporto di valutazione tecnica.

Il Responsabile del Servizio Gestione Tecnico-Patrimoniale, trasmette una relazione tecnica al Direttore Generale descrivendo anche gli eventuali costi aggiuntivi legati a possibili lavori di adeguamento del locale che deve ospitare l'attrezzatura.

SOTTOPROCESSO – UTILIZZO APPARECCHIATURE UNIVERSITARIE O IN VISIONE/PROVA

Il Richiedente, in accordo con il Responsabile di Unità Operativa di riferimento, compila e firma il modulo di richiesta per l'utilizzo di apparecchiatura elettromedicale universitaria o visione/prova e lo inoltra al Direttore Sanitario per la necessaria valutazione.

Il Direttore Sanitario, valutata positivamente la necessità dell'acquisizione, ne attesta il riscontro apponendo la propria firma nella specifica sezione del modulo di richiesta, che invia a sua volta al Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici per l'attivazione della procedura di valutazione documentale e tecnica dell'apparecchiatura in oggetto.

Il Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici, valutata positivamente la adeguatezza della apparecchiatura, esprime il proprio parere sul modulo di richiesta di cui sopra e ne dà comunicazione al Direttore Sanitario che autorizza l'ingresso dell'apparecchiatura nell'Azienda Ospedaliera.

6.5 Area Sanitaria

Processo: “Gestione del consenso informato”

Riferimenti:

- ⊙ PROTOCOLLO – “CONSENSO INFORMATO PER L'ESECUZIONE DI PROCEDURE DIAGNOSTICHE E TRATTAMENTI TERAPEUTICI”, COD.: P/05, REV.: 0, DEL 15/12/04 in fase di approvazione.

SOTTOPROCESSO – INFORMAZIONE AI TRATTAMENTI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E RACCOLTA DEL CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato deve essere acquisito prima dell'inizio del relativo trattamento diagnostico e terapeutico ed è revocabile in qualsiasi momento. Nel caso di trattamenti ripetuti per il medesimo scopo basta ottenere il consenso all'atto di inizio del primo trattamento.

Il consenso deve essere: preventivo, specifico, univoco, gratuito, libero da coercizioni e attuale.

Di seguito si elencano i requisiti fondamentali ai fini della validità del consenso informato:

- il consenso informato deve essere richiesto per ogni trattamento;
- la persona che lo presta deve essere titolare del diritto e deve possedere la capacità di intendere e volere;
- la persona che lo presta deve aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili sulle caratteristiche della malattia;
- la persona che presta il consenso deve essere informata sulle capacità della struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazione del rischio temuto e deve essere messa a conoscenza dell'identità dei soggetti autorizzati ad eseguire le procedure e i trattamenti.

Nelle ipotesi in cui il paziente non possa prestare alcun valido consenso, il medico dovrà assumersi in prima persona ogni responsabilità.

In caso di dissenso, occorre distinguere le ipotesi in cui il dissenso provenga direttamente dal paziente da quelle in cui, invece, sia il rappresentante legale del paziente ad opporsi.

Nella seconda ipotesi, deve ritenersi doveroso, da parte del medico, rivolgersi all'Autorità Giudiziaria evidenziando la situazione sanitaria del paziente ed il rifiuto del suo legale rappresentante.

Anche nel caso di richiesta di donazione di tessuto muscolo scheletrico deve essere richiesto il consenso informato al potenziale donatore. La persona responsabile del processo di donazione deve garantire che il donatore sia stato adeguatamente informato degli aspetti relativi all'atto di donazione e al prelievo del tessuto. La persona che fornisce le informazioni deve essere in grado di rispondere a tutte le domande del donatore. Dette informazioni riguardano: scopo e la natura del prelievo, conseguenze e rischi, esami analitici, registrazione e protezione dei dati del donatore, riservatezza medica, scopo terapeutico. I risultati degli esami analitici devono essere comunicati e spiegati chiaramente al donatore. Il donatore deve essere libero di ritirare il consenso in ogni momento del processo di donazione.

Anche i pazienti candidati a predeposito di sangue autologo ricevono preventivamente un'informativa relativa al programma e firmano un consenso specifico, sottoscritto anche dal medico trasfusionista. Tale consenso si considera espresso per la durata del programma di prelievi preoperatori.

6.6 Area Sanitaria

Processo: “Gestione del farmaco”

Riferimenti:

- ④ PROTOCOLLO – “GESTIONE DEL FARMACO ALL’INTERNO DELLE UNITÀ OPERATIVE DI DEGENZA, AMBULATORI E SERVIZI” CODICE P/23, REV.: 2, DEL 07/03/2012.

Il Medico è la figura preposta alla prescrizione dei farmaci.

La prescrizione deve essere riportata sul Foglio Unico di Terapia Farmacologia in modo chiaro e leggibile indicando:

- nome commerciale e principio attivo;
- dosaggio;
- posologia e orario;
- durata della terapia in giorni;
- data e firma.

Il Personale infermieristico prepara le richieste dei farmaci, compilando il Registro Approvvigionamento Specialità Medicinali. Per alcune tipologie di farmaci vengono compilati dei moduli specifici.

Tutte le richieste devono essere autorizzate con timbro e firma da un Medico strutturato.

Tale procedura è valida per i farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (P.T.O.). I farmaci non compresi nel P.T.O., che risultino indispensabili per garantire terapie già in corso, devono essere richiesti compilando un ulteriore modulo (Modulo 150). L'approvvigionamento dei farmaci urgenti e “salva vita” viene garantito di solito entro le 24 ore, compatibilmente con la logistica dei fornitori.

Il Personale infermieristico, ricevuto il materiale richiesto, provvede all'immagazzinamento sulla base delle prescrizioni del produttore, avendo cura di controllare se quanto consegnato corrisponde a quanto richiesto per quantità e tipologia, verificando la conformità del prodotto.

La data di scadenza deve essere verificata mensilmente e quotidianamente.

Il Personale infermieristico verifica che il frigorifero mantenga una temperatura tra 2-8 ° Celsius.

Le sostanze stupefacenti disponibili presso la Farmacia sono elencate nella parte introduttiva del P.T.O.

6.7 Area Chirurgica

Processo: “Gestione dei rischi settici”

Riferimenti:

- ⑨ PROTOCOLLO – “GESTIONE DEL RISCHIO SETTICO IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA” in fase di approvazione.
- ⑨ PROTOCOLLO – “CHECK LIST PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SETTICO IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA” in fase di approvazione.

Al fine di esercitare un’azione di contenimento del rischio settico, è predisposta una dettagliata documentazione dei singoli procedimenti sanitari con la contemporanea verifica della adesione degli operatori alle definite procedure di prevenzione delle infezioni, nelle singole fasi di cura del paziente e nelle rispettive aree di competenza:

- fase preoperatoria o di preparazione all'intervento chirurgico presso il Reparto di degenza
- fase intra-operatoria, presso il Blocco Sale Operatorie;
- fase post operatoria immediata, presso il Reparto di degenza.

In proposito è stata predisposta una Scheda di documentazione (check-list) suddivisa in 3 parti relative alle 3 fasi di osservazione citate. La verifica della compilazione della check-list è affidata ad un Unico Responsabile, figura professionale di volta in volta individuata nell'effettivo esecutore materiale della procedura di compilazione della scheda di documentazione (Medico che effettua la visita di accettazione nel Reparto di degenza, Chirurgo primo operatore in Sala Operatoria, Medico che effettua il rilievo post operatorio nel Reparto di degenza).

6.8 Area Ambulatoriale
Processo: “Area Accoglienza”

Riferimenti:

- ⊙ “CARTA DEI SERVIZI 2012”

L'utente prenota la visita tramite il Centro Unico di Prenotazione telefonicamente o tramite sportello.

Alla prenotazione della prestazione segue l'accettazione del paziente con identificazione dello stesso da parte del personale addetto, mostrando la documentazione richiesta e ricevendo un numero in base al quale verrà chiamato presso l'ambulatorio

L'utente può pagare il ticket dopo l'accettazione nella fase immediatamente antecedente la prestazione.

Il pagamento del ticket può essere effettuato a scelta dell'utente, sia presso lo sportello bancario, sia presso le postazioni “Punto Giallo”.

Dopo l'accettazione e il pagamento del ticket il paziente si presenta in ambulatorio.

Tutto il personale medico dell'ospedale partecipa, a rotazione, all'attività ambulatoriale.

La loro attività viene pianificata grazie all'ausilio di agende informatizzate.

6.9 Area Sanitaria

Processo: “Gestione Reclami”

Riferimenti:

- ④ PROCEDURA GENERALE AZIENDALE – “GESTIONE DEI RECLAMI”, COD.: PIA/01, REV.: 1, DEL 25/06/08.
- ④ MOD/02PGA 8.3NC/02 – “RECLAMO DALL’UTENTE”.

I reclami pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) o dagli utenti esterni direttamente presso gli uffici o tramite i moduli lasciati nelle apposite cassette nei reparti e nei servizi oppure via mail, fax o telefonicamente e generalmente riguardano l'accoglienza, la logistica, le prestazioni e le loro modalità di erogazione; o dal cliente interno (personale amministrativo, medico e paramedico delle Unità Operative/Servizi o funzione aziendale) per disservizi causati da conflitti o dal non rispetto delle regole stabilite o concordate.

A tal fine sono predisposti appositi moduli per la registrazione del reclamo a disposizione del cliente presso tutte le UO/Servizi. Tutti i reclami pervenuti vengono raccolti e gestiti dall'URP.

Per tutti i reclami pervenuti, l'URP effettua un'analisi preliminare sulla fondatezza prima di procedere all'avvio dell'istruttoria come di seguito:

1. trasmettere il reclamo al Professionista a cui è rivolto il reclamo, e per conoscenza al suo Responsabile, per ottenere entro 10 giorni tutte le informazioni necessarie sulle cause che lo hanno generato di Unità Operativa
2. Il Professionista coinvolto risponde nel tempo assegnato al Responsabile URP il quale provvede con i propri collaboratori, da un lato a fornire risposta all'utente e dall'altro a concorrere all'identificazione e all'adozione delle azioni più appropriate per eliminare il disservizio, ovvero ridurlo.
3. Il personale dell'URP verifica che tutte le azioni previste per dare risposta all'utente e rimuovere il disservizio siano state adottate ed abbiano fornito i risultati attesi.

6.10 Area Sanitaria

Processo: “Gestione liste d’attesa”

Il paziente viene visitato dal medico specialista che prescrive la necessità di un intervento chirurgico.

Il paziente viene inserito nella lista di attesa in una posizione che varia tenendo conto dell'urgenza del caso e di alcune variabili di natura socio-economica (es. età produttiva del paziente).

*È attualmente in fase di redazione un protocollo aziendale sulla **Gestione delle prenotazioni per ricoveri programmabili** che tenga conto di classi di priorità nell'accesso in regime di ricovero secondo quanto espressamente previsto dalle “**Regole Prescrittive**” della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia.*

6.11 Area Sanitaria

Processo: “Gestione protocolli diagnostico terapeutici e di assistenza infermieristica”

Riferimenti:

- ⊙ PROTOCOLLO INFERMIERISTICO ASSISTENZIALE – “GESTIONE DELLA SALMA”, COD.: PIA/01, REV.: 0, DEL 23/05/06.
- ⊙ PROTOCOLLO – “CONTENUTO DEL PROCESSO DI CURA IN REGIME DI RICOVERO”, COD.: P/06, REV.: 0, DEL 26/10/04.
- ⊙ PROTOCOLLO – “IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ PAZIENTE, DOCUMENTI SANITARI E INFORMAZIONI CLINICHE”, COD.: P/04, REV.: 1, DEL 19/03/2009

SOTTOPROCESSO – CONTENUTI DEL PROCESSO DI CURA IN REGIME DI RICOVERO

Il processo di cura è assicurato al paziente dalle competenze e dall’azione integrata del personale medico, sanitario ed assistenziale. L’AO assicura che le varie fasi di questo processo siano svolte in modo completo ed uniforme.

Per tale motivo vengono descritte nel dettaglio le norme comportamentali di medici, infermieri professionali e fisioterapisti per quanto attiene la cura del paziente in regime di ricovero, sia esso ordinario, disposto dal Servizio Traumatologico d’Urgenza, in day hospital, in day hospital terapeutico, in day surgery.

Per ogni tipologia di ricovero ed ogni figura professionale vengono descritte le fasi del processo di ricovero, le azioni che compongono ciascuna fase ed il tempo in cui queste azioni sono eseguite.

In linea generale vengono individuate tre fasi:

1. *Inquadramento clinico*: vengono esaminate le motivazioni del ricovero, viene effettuata sul paziente una prima valutazione clinica/infermieristica e viene pianificato il processo diagnostico terapeutico;
2. *Follow On*: in questa fase viene completato il processo diagnostico, si interviene chirurgicamente o si procede alla rivalutazione del trattamento impostato, si prosegue la terapia farmacologia e/o riabilitativa;

3. *Dimissione*: viene completata la lettera di dimissione nella quale vengono indicati il motivo del ricovero, i contenuti della fase diagnostica, della fase di cura, della fase conclusiva del ricovero e della fase di follow up (visite di controllo, prescrizioni e consigli).

Ognuna di queste fasi deve essere portata a termine nell'arco temporale indicato che varia in relazione alle diverse tipologie di ricovero.

Ogni singola attività svolta dalle figure professionali coinvolte nel processo di ricovero e cura del paziente, deve essere annotata nella Cartella Clinica, documento con valore legale, la cui completezza ed accuratezza nella compilazione garantisce l'ottimizzazione delle cure e la loro continuità.

La Cartella contiene informazioni relative all'identificazione del paziente, alla condivisione da parte del paziente del progetto di diagnosi e cura, al processo diagnostico e terapeutico, al monitoraggio del decorso e dei risultati del trattamento.

La Cartella è composta da tre sezioni:

1. *sezione Medica*;
2. *sezione Infermieristica*;
3. *sezione Riabilitativa*.

In ogni sezione sono riportate le attività svolte nelle fasi sopra indicate, dai rispettivi profili professionali intervenuti nel processo di ricovero e cura del paziente.

SOTTOPROCESSO – IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA' PAZIENTE, DOCUMENTI SANITARI E INFORMAZIONI CLINICHE

Il paziente, al momento dell'accesso nell'Azienda Ospedaliera, viene registrato nel sistema informativo integrato attraverso il quale si procede all'attribuzione di:

- un numero paziente identificativo di ogni singolo utente;
- un numero pratica o codice nosologico univoco per ogni singolo accesso dell'utente nella struttura;
- un numero di archivio clinico unico per singolo utente ricoverato.

L'operazione avviene mediante procedura informatica applicata presso tutti i punti di accesso all'Azienda Ospedaliera: CUP, Radiologia, Servizio Traumatologico d'Urgenza e tutti gli Ambulatori.

I dati identificativi dell'utente, in caso di ricovero, vengono riportati nella Cartella Clinica, la quale, a sua volta, ha l'importante funzione di:

- fornire una base informativa per le scelte assistenziali;
- consentire la tracciabilità delle diverse attività svolte;

- facilitare l'integrazione di competenze multi-professionali nel processo diagnostico-terapeutico.

Ogni Cartella Clinica deve rispondere a precisi criteri:

- *Rintracciabilità*: dalla lettura della Cartella deve potersi avere la rintracciabilità degli eventi per poter avere la possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali, ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione dell'assistito;
- *Chiarezza*: la chiarezza riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere comprensibile per tutti gli operatori che utilizzano la Cartella;
- *Accuratezza*: si riferisce ai dati prodotti e alle loro eventuali trascrizioni (corrispondenza tra terapie prescritte e somministrate, rilevazione e trascrizione dei parametri vitali);
- *Veridicità*: i dati e gli eventi riportati devono essere veritieri e corrispondenti ai dati oggettivi relativi al paziente;
- *Pertinenza*: le informazioni devono essere correlate alle esigenze informative;
- *Completezza*: la Cartella, aperta al momento del ricovero dell'assistito, deve essere completata in ogni sua parte al momento della dimissione.

SOTTOPROCESSO – GESTIONE DELLA SALMA

Il medico constata il decesso del paziente ed avvisa i parenti.

L'infermiere provvede a creare uno spazio appartato per lasciare i parenti con il congiunto, ad attivare l'assistenza religiosa, ad espletare la ricomposizione della salma, a trasportare la salma nella camera mortuaria e a fare eseguire la sanificazione e disinfezione dell'ambiente.

E' cura, infine, del Reperibile dell'Ufficio Infermieristico seguire il percorso previsto dalla normativa vigente fornendo la modulistica necessaria al medico che constata il decesso, eseguendo copia dei moduli di Avviso di morte e Accertamento di morte e adoperandosi per la consegna dei moduli opportunamente compilati all'ufficio Funerali del Comune.

È fatto esplicito divieto a tutto il personale dell'Azienda Ospedaliera di indicare qualsiasi nominativo di impresa funebre. Il personale può esclusivamente fornire l'elenco telefonico messo a disposizione degli interessati al fine di permetterne la scelta.

È fatto infine divieto al personale di imprese funebri esterne non coinvolte dai familiari di accedere nel reparto e nella camera mortuaria.

6.12 Area Sanitaria

Processo: “Rendicontazione attività sanitaria”

SOTTOPROCESSO – RENDICONTAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE

Il SIA estrae la consuntivazione delle prestazioni erogate nel periodo interessato e procede alla trasmissione del file alla U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie e Controllo di gestione per l'elaborazione dei report di ogni singola Divisione.

I report, indicanti il valore delle prestazioni ambulatoriali erogate nel periodo e lo scostamento rispetto al budget assegnato, vengono inviati ai Responsabili di ogni singola Struttura. L'U.O. emette inoltre la nota debito alla ASL Milano per la prestazioni erogate.

SOTTOPROCESSO – RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO

Il medico completa la scheda di dimissione con i rispettivi codici tramite procedura informatizzata.

La scheda così completata viene trasmessa all'Ufficio codifica SDO che effettua un primo controllo sui dati anagrafici del paziente e verifica l'esattezza della scheda di dimissione compilata dal medico.

In caso di eventuali incongruenze o anomalie, la scheda di dimissione torna al medico accompagnata da una proposta di modifica o integrazione.

L'Ufficio codifica SDO dà l'input al SIA che produce i file con le schede di dimissione ospedaliera da inviare alla Regione.

Una copia del file viene trasmessa alla U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione che procede, tramite software, alla valorizzazione delle prestazioni risultanti dalle schede di dimissione. L'U.O. provvede inoltre, per un costante monitoraggio dell'attività, alla predisposizione - per ogni singola Divisione - :

- 1) di report indicanti il valore delle prestazioni di ricovero rese nel periodo, lo scostamento rispetto al budget assegnato;
- 2) di indicatori (peso medio, valore medio, tasso occupazione, ecc.).

Tali report sono inviati ai responsabili delle Strutture.

L'U.O. emette infine la nota debito alla ASL Milano per le prestazioni erogate.

6.13 Area Sanitaria

Processo: “Libera professione”

Riferimenti:

- ⑨ D.P.C.M. 27/03/2000 “ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO CONCERNENTE L’ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA DEL PERSONALE DELLA DIRIGENZA SANITARIA DEL S.S.N.
- ⑨ “ATTO AZIENDALE PER L’ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA” (DELIBERAZIONE N.251/2005).
- ⑨ “REGOLAMENTO AZIENDALE PER L’ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE INTRAMURARIA (DELIBERAZIONE N.282/2007).
- ⑨ “CARTA DEI SERVIZI”.
- ⑨ LEGGE 120/2007 DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ATTIVITA’ LIBERO – PROFESSIONALE INTRAMURARIA E ALTRE NORME IN MATERIA SANITARIA
- ⑨ PROCEDURA SPECIFICA – GESTIONE ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE (PSLP/01, REV. 1 DEL 10/11/2009)
- ⑨ CC.NN.LL. DIRIGENZA MEDICA E SANITARIA DEL S.S.N.
- ⑨ REGOLAMENTO AZIENDALE PER L’ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA” (DELIBERAZIONE N. 500/2011)

Il Regolamento Aziendale disciplina l’esercizio dell’attività libero-professionale intramuraria svolta dal personale della dirigenza medica e dalle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario con rapporto di lavoro esclusivo, compreso il personale medico universitario ed indica la tipologia di prestazioni erogabili in regime libero-professionale:

- *l’attività libero-professionale in regime ambulatoriale*: visite di qualsiasi specialità, prestazioni semplici di qualsiasi specialità, prestazioni complesse di diagnostica strumentale e di laboratorio, prestazioni di riabilitazione e altre prestazioni a rilevante contenuto professionale non medico, perizie medico-legali, perizie radiologiche medico-legali;
- *attività libero-professionale in costanza di ricovero*: ricovero ordinario o diurno con atto operatorio, ricovero ordinario o diurno con prestazioni specialistiche ortopediche non chirurgiche, ricovero ordinario o diurno con prestazioni specialistiche mediche, ricovero ordinario o diurno con prestazioni riabilitative;

- consulti e consulenze.

Il Regolamento determina il Montante Ripartibile - porzione della tariffa fatturata per la prestazione libero professionale di qualsivoglia tipologia ottenuta detraendo dalla stessa le quote non destinate a forme di remunerazione del personale – che costituisce la parte dei proventi soggetta a riparto tra il titolare della prestazione (singolo professionista o équipe), il personale che interviene in attività di supporto diretto e l'accantonamento dei fondi comuni previsti.

Vengono inoltre definite le modalità di utilizzazione degli spazi che devono essere distinti rispetto a quelli destinati all'attività istituzionale. Gli spazi utilizzabili non possono essere inferiori al 10% e superiori al 20% di quelli destinati all'attività istituzionale; la quota di posti letto per l'attività libero-professionale non può essere inferiore al 5% e superiore al 10% dei posti letto dell'Azienda.

Per quanto riguarda infine, le modalità di prenotazione, le visite o prestazione ambulatoriali possono essere prenotate mediante il servizio CUPTEL o direttamente presso l'Ambulatorio dell'Attività Libero Professionale (ALPA).

L'operatore che riceve la prenotazione dispone della lista degli specialisti intramoenia nonché dei giorni e degli orari in cui essi sono disponibili. Nel caso in cui l'utente non indichi il nome del medico da cui desidera essere visitato, sarà l'operatore che riceve la prenotazione ad assegnare la visita allo specialista disponibile nel giorno e nell'ora richiesti dal paziente.

La riscossione del corrispettivo delle prestazioni rese in regime di libera professione è effettuata contestualmente all'erogazione della prestazione con rilascio di fattura conforme.

La riscossione e l'emissione della fattura deve avvenire, salvo motivate deroghe, presso l'ufficio amministrativo dell'ambulatorio ALPA, indipendentemente dal luogo dove vengono rese le prestazioni.

La prenotazione del ricovero avviene presso l'Ufficio Libera Professione. Il paziente o un suo delegato concorda la data di ricovero, che può avvenire anche il giorno stesso, in subordine alla disponibilità della camera e degli eventuali spazi operatori e previo accordo con il medico. Il personale dell'Ufficio Libera Professione redige e consegna al paziente il preventivo di spesa nonché il documento - da sottoscrivere - di accettazione delle condizioni di ricovero. Al momento del ricovero viene richiesto un acconto pari al 60% dell'ammontare della spesa preventivata. Il pagamento del saldo deve essere effettuato all'atto della dimissione; l'Ufficio Libera Professione rilascia al paziente regolare fattura delle prestazioni rese e provvede al relativo incasso.

6.14 Struttura Complessa di Farmacia

Processo: “Logistica del Farmaco”

Riferimenti:

- ⑨ PIANO ORGANIZZATIVO AZIENDALE (POA) in vigore
- ⑨ DOCUMENTO ORGANIZZATIVO” DO/FAR
- ⑨ PROCEDURA SPECIFICA “GESTIONE DEI FARMACI” PS/01/FAR
- ⑨ PROCEDURA SPECIFICA “GESTIONE DELLE NON CONFORMITA’ PRESSO IL SERVIZIO DI FARMACIA PS/02/FAR
- ⑨ PROCEDURA GENERALE AZIENDALE PGA/7.4 GA/01
- ⑨ P20 GESTIONE FARMACI FILE-F
- ⑨ GESTIONE FARMACI PRESSO I REPARTI CODICE P/23, REV.2, DEL 07/03/2012.
- ⑨ “REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DELLE ACQUISIZIONI IN ECONOMIA DI BENI, SERVIZI E LAVORI DA PARTE DELL’AZIENDA OSPEDALIERA GAETANO PINI”

SOTTOPROCESSO ACQUISTO DI FARMACI

Il regolamento per l’acquisizione di beni e di servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria disciplina le modalità, i limiti e le procedure da seguire nel rispetto dei principi di imparzialità, di trasparenza e di semplificazione.

Le modalità di acquisizione son altresì regolate ai sensi del DL 163/2006 e s.m.i. (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/ CE).

L’**individuazione del fabbisogno** prevede la valutazione dei quantitativi di farmaci necessari a garantire le terapie per l’intero anno. Il fabbisogno viene riverificato dal Direttore di Farmacia attraverso periodici controlli informatici sui trends dei consumi di tutti i prodotti acquistati e forniti dal Servizio di Farmacia.

In continua osservanza delle esigenze Aziendali di contenimento della spesa e di corretta, oculata ed economica gestione delle risorse, l’azione d’acquisto deve essere

improntata all'osservanza dei seguenti criteri:

- a) rispetto degli obiettivi generali dell'Azienda;
- b) pianificazione delle forniture;
- c) trasparenza, chiarezza della motivazione e della decisione assunta;
- d) rispetto dei limiti di disponibilità del budget;
- e) valutazioni di efficacia e di efficienza.

La principale modalità di acquisizione dei farmaci prevede la partecipazione alle gare bandite dalla Centrale Regionale Acquisti, la partecipazione a gare aggregate con altre Aziende Ospedaliere della Regione Lombardia e acquisti di farmaci in economia mediante cottimo fiduciario

In quest'ultimo caso, le procedure di **qualificazione dei fornitori** prevedono in via preliminare la definizione dei requisiti dei fornitori stessi, quindi la loro selezione (catalogo prodotti forniti, condizioni di fornitura, qualità e affidabilità del fornitore) e il loro inserimento nell'Albo fornitori.

Annualmente viene richiesta ai fornitori la miglior offerta che, nel caso di farmaci non esclusivi, permette di acquisire il farmaco col miglior profilo costo/efficacia.

Infatti dopo aver ricevuto le varie offerte, viene fatta una comparazione per individuare quella più vantaggiosa per l'Azienda.

Gli ordini d'acquisto vengono sempre autorizzati dal Direttore di Farmacia.

6.14 Struttura Complessa di Farmacia

Processo: “Gestione del Magazzino”

Riferimenti :

- ⊙ PROCEDURA SPECIFICA – 01/FAR
- ⊙ PROCEDURA GENERALE AZIENDALE 7.4 GA/01
- ⊙ “RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ – MOD/01 PGA8.3NC/01”.

SOTTOPROCESSO – RICEZIONE, CONTROLLO E IMMAGAZZINAMENTO DEI FARMACI

I farmaci acquistati vengono consegnati dal fornitore al magazzino farmacia dove vengono stoccati in frigoriferi o in aree dedicate. L'addetto al ricevimento verifica la conformità del prodotto in entrata (colli/ddt, merce/ddt, ordine/ddt) e compila la scheda di ricezione. Se il prodotto soddisfa i requisiti di conformità si procede al carico nel programma informatico di magazzino. L'ordine e il documento di trasporto vengono inviati al personale del settore ordini e fatture per il controllo contabile e la liquidazione della fattura.

In caso di non conformità della consegna il personale compila il modulo “Rapporto di non conformità” (MOD/01 PGA8.3 NC/01).

Lo stoccaggio del farmaco in magazzino avviene secondo le condizioni di conservazione previste in scheda tecnica (temperatura, umidità, luce, etc) e secondo il principio del First In First Out (FIFO).

SOTTOPROCESSO – DISTRIBUZIONE DEI FARMACI

La distribuzione dei farmaci è divisa in due processi principali :

a) distribuzione ai reparti, che comprende:

- farmaci inclusi nel PTO, tramite registro o moduli specifici;
- farmaci extra PTO, necessari a garantire terapie in corso
- farmaci “salvavita” che vengono reperiti da fonti esterne, nel più breve tempo possibile

b) distribuzione ai pazienti dei farmaci rimborsati tramite File F

MODELLO ORGANIZZATIVO

a) La distribuzione dei farmaci ai reparti avviene secondo un calendario settimanale prestabilito. Le fasi di questo processo prevedono, dopo il ricevimento delle richieste dai reparti, la valutazione da parte del farmacista della correttezza formale di quanto richiesto; quindi si procede all'evasione della richiesta (prelevamento farmaci, allestimento del carrello) e, dopo l'allestimento, alla comunicazione ai reparti che provvedono al ritiro.

I farmaci vengono consegnati con firma per controllo e ricevuta.

Le richieste estemporanee di singoli farmaci, richiesti con carattere d'urgenza, vengono evase al momento.

b) La distribuzione dei farmaci ai pazienti File F è garantita tutta la settimana (orario di distribuzione : 8,30 – 16,00) e prevede la consegna del farmaco al paziente in concomitanza al suo accesso nell'ambulatorio dell'Istituto.

SCHEDE DI SINTESI

GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI
E DEI SERVIZI ECONOMICI

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI DI BENI E SERVIZI CON FONDO ECONOMALE	
FASE/SOTTOPROCESSO		
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Rientrano in tale categoria le piccole spese di urgenza per le quali è ritenuto opportuno il pagamento in contanti o mediante c/c postale. Il Referente del Fondo Economico verifica la sussistenza dei presupposti per l'ammissione all'anticipo/rimborso attestandolo nel medesimo modulo al quale alleggerà i giustificativi e registrandolo nella procedura informatizzata aziendale. Ricevuta dal Dirigente Responsabile della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici l'attestazione di regolarità della procedura il responsabile trasmette alla S.C. Gestione risorse Economico Finanziarie la documentazione relativa al rimborso e ai giustificativi di spesa per il reintegro del fondo economico e procede all'archiviazione della copia Stampa Giornale di Cassa.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI- che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici-Area Acquisizione Beni e Servizi , ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che l' S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio emerso afferisce al mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO SINO A € 40.000,00	
FASE/SOTTOPROCESSO	INDIVIDUAZIONE DEL FORNITORE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il Personale delle attività contrattuali procede all'indagine di mercato inviando ai fornitori la richiesta di Offerta economica, nella quale è descritto il bene/servizio da acquistare e il termine entro il quale inviare l'offerta. Ricevute le offerte delle varie ditte e dopo aver individuato l'offerta economicamente più vantaggiosa valutandone anche gli aspetti tecnici, il personale procede all'emissione dell'ordine.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI- che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici-Area Acquisizione Beni e Servizi ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio, emerso afferisce il mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.	
RISCHIO ACCETTABILE	RISCHIO ACCETTABILE	
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHI	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO SINO A € 40.000,00	
FASE/SOTTOPROCESSO	<i>RICHIESTA DI APPROVVIGIONAMENTO</i>	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	La richiesta di approvvigionamento indicante il quantitativo, la descrizione del bene/servizio da acquistare, la data di compilazione della richiesta e il codice del centro di costo, deve essere inviata alla S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici. Attestazione del ricevimento mediante timbro datario ad opera della Segreteria, viene registrata e smistata al personale delle attività contrattuali per la ricerca di mercato, la comparazione delle offerte e la successiva emissione dell'ordine.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI - che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo.	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Acquisizione Beni e Servizi, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio emerso affiora il mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.	
RISCHIO ACCETTABILE	RISCHIO ACCETTABILE	
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHI	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO DA € 40.000,00 A €200.000,00	
FASE/SOTTOPROCESSO	INDIVIDUAZIONE DEL L'OPERATORE ECONOMICO	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il Referente del settore gare trasmette la richiesta di acquisto al Dirigente responsabile della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici per l'approvazione, successivamente individua le condizioni contrattuali alle quali l'A.O. è disposta a contrattare e i nominativi dei potenziali fornitori. Alla scadenza per la presentazione delle offerte si procede alla verifica della documentazione e all'analisi delle proposte economiche presentate, tenuto conto del parere tecnico formulato dalle competenti Strutture. Successivamente il Direttore Gestione Approvvigionamenti provvederà all'approvazione per quanto di competenza nonché all'emissione dell'ordine.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI- che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo.	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Acquisizione Beni e Servizi, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio, emerso afferisce il mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO DA €40.000,00 A € 200.000,00	
FASE/SOTTOPROCESSO	RICHIEDA DI APPROVVIGIONAMENTO O RICHIEDA D'ACQUISTO	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	La richiesta di approvvigionamento indicante il quantitativo, la descrizione del bene/servizio da acquistare, la data di compilazione della richiesta e il codice del centro di costo deve essere inviata alla Gestione Approvvigionamenti. Attestato il ricevimento della richiesta mediante timbro datario la Segreteria ne registra l'arrivo nel modulo Richieste pervenute e la invia al Responsabile per il controllo formale e per una stima approssimativa dell'acquisto.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI- che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo.	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Acquisizione Beni e Servizi, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio, emerso afferisce il mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO SUPERIORE A € 200.000,00	
FASE/SOTTOPROCESSO		
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il Dirigente Responsabile della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici può adottare la procedura ristretta, a seguito di bando preliminare con il quale vengono individuate le imprese più qualificate, oppure la procedura aperta, nella quale la partecipazione è assicurata tramite bandi i cui criteri selettivi sono fissati in funzione della peculiarità della fornitura/servizio. Individuata la procedura più consona il Dirigente Responsabile, in accordo con l'S.C. richiedente l'acquisto, sottopone alla Direzione Generale gli atti per l'approvazione del bando e del Disciplinare di gara / Capitolato Speciale. Il Referente del Settore gare provvede all'inoltro degli atti di gara alle ditte che ne fanno richiesta ovvero alla pubblicazione dei medesimi; le offerte pervenute all'Ufficio Protocollo vengono protocollate e inoltrate alla gestione approvvigionamenti. Individuato l'aggiudicatario ed ottenuta la documentazione integrativa il responsabile della pratica propone l'approvazione degli atti alla Direzione Generale.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI- che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Acquisizione Beni e Servizi, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità e dai Regolamenti in essere. Tutti i regolamenti e le procedure interni relativi all'attività dell'Area devono essere trasmessi in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio ogni singola procedura di acquisto, attraverso la Qualità e i Regolamenti, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio, emerso afferisce il mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

GESTIONE DEL MAGAZZINO

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI
PROCESSO	GESTIONE DEL MAGAZZINO
FASE/SOTTOPROCESSO	RICEVIMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI
DESCRIZIONE ATTIVITA'	I beni acquistati sono consegnati dal fornitore al magazzino dove vengono conservati in una o più aree di immagazzinamento temporaneo. L'addetto al ricevimento provvede ad effettuare controlli preliminari (congruenza con il documento di trasporto di quanto consegnato e relativo ordine emesso). È cura dell'operatore che riceve registrare l'esito dei controlli. Effettuati i controlli preliminari, il personale di magazzino esegue il controllo di conformità ai requisiti di qualità secondo determinati parametri. Finita la fase dei controlli l'addetto al magazzino procede a registrare il materiale in entrata (procedura gestionale di contabilità e compilazione delle "schede verdi"). Per i beni stoccati in magazzino è prevista una verifica annuale delle condizioni qualitative (integrità fisica, vita utile residua). Per quanto riguarda la distribuzione del materiale, questa avviene a seguito di richiesta - MOD 155 di approvvigionamento settimanale da parte dei clienti interni.
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI - che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo.
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Amministrazione Beni Mobili, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità. Tutte le procedure interne relative all'attività dell'Area devono essere trasmesse in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio la procedura attraverso la Qualità, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio emerso afferisce al mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.
RISCHIO ACCETTABILE	

VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna × Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa × Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa × Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI	
PROCESSO	GESTIONE DEL MAGAZZINO	
FASE/SOTTOPROCESSO	RICEVIMENTO, CONSERVAZIONE E DISTRIBUZIONE DEI PRODOTTI	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	I beni acquistati sono consegnati dal fornitore al magazzino dove vengono conservati in una o più aree di immagazzinamento temporaneo. L'addetto al ricevimento provvede ad effettuare controlli preliminari (congruenza con il documento di trasporto di quanto consegnato e relativo ordine emesso). È cura della persona che riceve registrare l'esito dei controlli. Effettuati i controlli preliminari, il personale di magazzino esegue il controllo di conformità ai requisiti di qualità secondo determinati parametri. Finita la fase dei controlli l'addetto al magazzino procede a registrare il materiale in entrata (procedura gestionale di contabilità e compilazione delle "schede verdi"). Per i beni stoccati in magazzino è prevista una verifica annuale delle condizioni qualitative (integrità fisica, vita utile residua). Per quanto riguarda la distribuzione del materiale, questa avviene a seguito di richiesta - MOD 155 di approvvigionamento settimanale da parte dei clienti interni.	
RESPONSABILITA'	DIRIGENTE RESPONSABILE S.C. GESTIONE DEGLI APPROVVIGIONAMENTI E DEI SERVIZI ECONOMICI - che ha la responsabilità di verificare che vengano rispettate le procedure in ogni fase del processo	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Essendo la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici - Area Amministrazione Beni Mobili, ben regolamentata relativamente ad ogni procedura, si conferma il modello organizzativo esistente che comprende quanto previsto dalla Qualità. Tutte le procedure interne relative all'attività dell'Area devono essere trasmesse in via elettronica a tutti gli Operatori della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici.	
RISCHIO	Considerando che la S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e dei Servizi Economici ha regolamentato nel dettaglio la procedura attraverso la Qualità, riuscendo in tal modo a disciplinare anche le attività più esposte ad eventuali criticità, l'unico rischio emerso afferisce al mancato rispetto da parte dell'operatore/destinatario (interno ed esterno) di tali regolamentazioni.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	U.O. GESTIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE	
PROCESSO	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
FASE/SOTTOPROCESSO	CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Il Direttore dell'Unità Operativa complessa o del Dipartimento propone al Direttore Generale di attivare un incarico individuale indicando analiticamente, mediante nota scritta: a) l'oggetto della prestazione deve corrispondere alle competenze attribuite dall'ordinamento all'amministrazione conferente, ad obiettivi e progetti specifici e determinati e deve risultare coerente con le esigenze di funzionalità dell'amministrazione;b) l'avvenuto accertamento dell'impossibilità oggettiva di utilizzare le risorse umane disponibili all'interno dell'amministrazione;c) la prestazione deve essere di natura temporanea e altamente qualificata; d) la determinazione della durata, luogo, oggetto e compenso della collaborazione</p> <p>Gli incarichi di natura professionale o occasionale o coordinata e continuativa sono ammessi per attività professionali che richiedono una particolare e specifica qualifica professionale, per attività progettuali richiedenti competenze specifiche non fornibili da personale dipendente, quando non siano reperibili nell'Azienda le competenze professionali necessarie per l'espletamento delle attività professionali.</p>	
RESPONSABILITA'	Responsabile del procedimento/Commissione di valutazione	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	<p>1) Assegnazione di incarico a breve periodo 2) Articolazione/specificazione dei criteri di valutazione 3) Espresa menzione, nei bandi di gara, dei criteri di valutazione da adottarsi conformemente alle prescrizioni di cui al DPR 483/97</p>	
RISCHIO	Assegnazione a persone non idonee - Assenza della verifica dei presupposti di legittimità previsti dalla normativa vigente.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHI	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	U.O. GESTIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE	
PROCESSO	GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	
FASE/SOTTOPROCESSO	LA PROGRESSIONE INTERNA NEL SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE (Progressioni di carriera, progressioni orizzontali)	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Ai sensi dell'art. 52, comma 1-bis del d.lgs. 165/2001, le amministrazioni pubbliche, a decorrere dal 1° gennaio 2010, coprono i posti disponibili nella dotazione organica attraverso concorsi pubblici, con riserva non superiore al cinquanta per cento a favore del personale interno. L'attribuzione dei posti riservati al personale interno è finalizzata a riconoscere e valorizzare le competenze professionali sviluppate dai dipendenti, in relazione alle specifiche esigenze dell'amministrazione. La collocazione nella fascia di merito alta di cui all'articolo 19, comma 2, lettera a), per tre anni consecutivi, ovvero per cinque annualità anche non consecutive, costituisce titolo rilevante ai fini della progressione di carriera. Gli aspiranti interessati e in possesso dei requisiti previsti accedono alle selezioni presentando domanda nei termini previsti dal bando emesso dall'Azienda. Il bando deve contenere tutti gli elementi identificativi relativi al posto da ricoprire. L'Azienda si impegna a dare massima diffusione al bando per l'ammissione alla selezione, oltreché la pubblicazione dello stesso negli albi dell'Azienda. Tutta l'attività procedurale è regolamentata dal D.P.R. 220/2001. I passaggi orizzontali dei dipendenti all'interno della medesima categoria tra profili diversi dello stesso livello si attuano in modo selettivo, in funzione dell'attività svolta e sulla base dei risultati conseguiti.</p>	
RESPONSABILITA'	Commissione di valutazione	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	1) Miglioramento delle procedure di valutazione 2) Articolazione/specificazione dei criteri di valutazione	
RISCHIO	Assegnazione a persone non idonee	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input checked="" type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

GESTIONE APPARECCHIATURE
ELETTROMEDICALI

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE RESPONSABILE DEL SERVIZIO	
PROCESSO	GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	
FASE/SOTTOPROCESSO	MANUTENZIONE PREVENTIVA PROGRAMMATA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	L'attività di manutenzione programmata consta di controlli di natura preventiva effettuati da personale qualificato (ispezione visiva, misure dei parametri di sicurezza, esecuzione dei programmi di manutenzione prescritti dal costruttore). La definizione delle apparecchiature soggette a manutenzione posta a carico del Servizio esterno di ingegneria clinica (SEM) è effettuata in accordo con il Responsabile di Unità Operativa e il Responsabile dei Servizi e Impianti tecnologici (RSIT). La periodicità dei controlli viene definita considerando il manuale d'uso dell'apparecchiatura, le informazioni acquisite dalla documentazione del collaudo e sulla base delle esperienze acquisite tenendo conto di criticità di impiego, vetustà e carico di lavoro dell'apparecchiatura. Le operazioni di manutenzione pianificate sono sottoposte a controllo del RSIT attraverso la registrazione degli interventi nel Sistema informativo della manutenzione. Il SEM, può delegare l'attività di controllo ai produttori/fornitori, fatto salvo l'obbligo di informazione nei riguardi del RSIT.	
RESPONSABILITA'	Servizio esterno di ingegneria clinica/Responsabile Servizi Impianti Tecnologici	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Redazione di report a scadenza mensile contenenti le motivazioni della mancata esecuzione della manutenzione e verifica del materiale in oggetto. Al report segue la contestuale attività di riprogrammazione della verifica/manutenzione entro i termini di legge.	
RISCHIO	Mancata esecuzione di manutenzione programmata per la verifica di apparecchiature sanitarie elettromedicali per indisponibilità dell'apparecchiatura per fattori contingenti (in uso, in riparazione, non rinvenuta) di forza maggiore.	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE	
	RESPONSABILE DEL SERVIZIO	
PROCESSO	GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	
FASE/SOTTOPROCESSO	MANUTENZIONE CORRETTIVA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Alla rilevazione di un guasto, l'operatore interno/Servizio di ingegneria clinica (SEM) identifica e segrega l'apparecchiatura mediante apposita segnalazione di non utilizzo e segnala telefonicamente o compila il modulo di richiesta di intervento manutentivo. Il SEM provvede alla verifica dell'entità del guasto e interviene direttamente per la risoluzione del guasto. In caso non sia possibile risolvere il guasto direttamente, Il SEM dà corso alla richiesta di intervento al fornitore. A seguito dell'intervento viene predisposto il rapporto di lavoro contenente l'elenco di tutte le operazioni eseguite. Il Responsabile del servizio Impianti Tecnologici/l'operatore/il Responsabile dell'Unità Operativa verifica la completezza dell'intervento e la funzionalità dell'apparecchiatura elettromedicale.</p>	
RESPONSABILITA'	Servizio Esterno di Ingegneria Clinica/Responsabile Servizio Impianti Tecnologici.	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	<p>Il Responsabile Servizio impianti tecnologici deve provvedere alla verifica dello stato degli interventi e alla segnalazione delle azioni correttive al Servizio di ingegneria clinica, tramite una intensificazione, da parte dell'ufficio, delle azioni ispettive .previsione di tempistiche di risoluzione più lunghe rispetto ai tempi definiti dagli indicatori di controllo del servizio. Mancato utilizzo del bene</p>	
RISCHIO		
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	S.C. GESTIONE TECNICO-PATRIMONIALE	
	RESPONSABILE DEL SERVIZIO	
PROCESSO	GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI	
FASE/SOTTOPROCESSO	UTILIZZO APPARECCHIATURA UNIVERSITARIA/IN VISIONE/IN PROVA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Il Richiedente, in accordo con il Responsabile di Unità Operativa di riferimento, compila e firma il modulo di richiesta per l'utilizzo di apparecchiatura elettromedicale universitario in visione/prova e lo inoltra al Direttore Sanitario per la necessaria valutazione. Il Direttore Sanitario, valutata positivamente la necessità dell'acquisizione, ne attesta il riscontro apponendo la propria firma nella specifica sezione del modulo di richiesta, che invia a sua volta al Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici per l'attivazione della procedura di valutazione documentale e tecnica dell'apparecchiatura in oggetto. Il Responsabile del Servizio Impianti Tecnologici, valutata positivamente la adeguatezza della apparecchiatura, esprime il proprio parere sul modulo di richiesta di cui sopra e ne dà comunicazione al Direttore Sanitario che autorizza l'ingresso dell'apparecchiatura in Azienda Ospedaliera.</p>	
RESPONSABILITA'	Responsabile Unità Operativa/Responsabile del Servizio impianti tecnologici	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Attività di formazione e sensibilizzazione del personale sanitario e tecnico/scientifico sulle procedure per l'acquisizione di apparecchiatura universitaria, in visione, in prova. Aumento dell'attività di controllo sulle apparecchiature sprovviste di etichetta identificativa.	
RISCHIO	Mancato rispetto delle procedure stabilite per l'acquisizione di nuove apparecchiature: le apparecchiature universitarie, le apparecchiature in prova e le apparecchiature in visione, vengono acquisite senza il previsto rispetto delle norme per la loro accettazione nell'azienda ospedaliera (valutazione tecnico- documentale, autorizzazioni Direttore Sanitario e responsabile Servizio Impianti Tecnologici).	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

AREA SANITARIA

GESTIONE CONSENSO INFORMATO
SERVIZIO TERAPIA URGENZA/AMB

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE CONSENSO INFORMATO	
FASE/SOTTOPROCESSO	SERVIZIO TERAPIA URGENZA/AMB	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Il consenso informato, deve essere acquisito prima dell'inizio del relativo trattamento diagnostico e terapeutico ed è revocabile in qualsiasi momento. Nel caso di trattamenti ripetuti per il medesimo scopo basta ottenere il consenso all'atto di inizio del primo trattamento. Il consenso deve essere: preventivo, specifico, univoco, gratuito, libero da coercizioni e attuale. Inoltre ai fini della validità del consenso informato: esso deve essere richiesto per ogni trattamento; la persona che lo presta deve essere titolare del diritto e deve possedere la capacità di intendere e volere e deve aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili sulle caratteristiche della malattia; sempre la persona che presta il consenso deve essere informata sulle capacità della struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazione del rischio temuto e deve essere messa a conoscenza dell'identità dei soggetti autorizzati ad eseguire le procedure e i trattamenti.</p>	
RESPONSABILITA'	Responsabile di Unità Operativa/Servizio e Dirigenti Medici	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Violazione del diritto di informazione e tutela privacy = Assenza totale o parziale di somministrazione della nota informativa preordinata. Violazione dei diritti del paziente all'informazione e alla privacy.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	

RISCHIO	Falso ideologico = Errata/Omissiva dichiarazione colposa/volontaria di elementi conoscitivi/certificativi, non verificabili dal sanitario preposto, alla raccolta del consenso.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input checked="" type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Falso ideologico = Prospettare in modalità difforme e viziata l'informazione in modo da strumentalizzarne l'acquisizione del consenso.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Abuso/Estorsione = Vessazione/Coercizione nella raccolta del consenso.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	

MODELLO ORGANIZZATIVO

RISCHIO	Violazione del principio di tutela del benessere psicofisico dell'utente = Violazione del diritto fondamentale alla salute (art. 32 Costituzione Italiana) in riferimento al principio inviolabile dell'autodeterminazione alla scelta di cura da parte del paziente (art. 13 Costituzione Italiana).	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Omissione = Incompleta/mancata compilazione del modulo di consenso. Italiana).	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

AREA SANITARIA

GESTIONE CONSENSO INFORMATO
RICOVERO ORDINARIO/DH/DAY SURGERY

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA
PROCESSO	GESTIONE CONSENSO INFORMATO
FASE/SOTTOPROCESSO	RICOVERO ORDINARIO/DH/DAY SURGERY
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Il consenso informato, deve essere acquisito prima dell'inizio del relativo trattamento diagnostico e terapeutico ed è revocabile in qualsiasi momento. Nel caso di trattamenti ripetuti per il medesimo scopo basta ottenere il consenso all'atto di inizio del primo trattamento. Il consenso deve essere: preventivo, specifico, univoco, gratuito, libero da coercizioni e attuale. Inoltre ai fini della validità del consenso informato: esso deve essere richiesto per ogni trattamento; la persona che lo presta deve essere titolare del diritto e deve possedere la capacità di intendere e volere e deve aver ricevuto informazioni chiare e comprensibili sulle caratteristiche della malattia; sempre la persona che presta il consenso deve essere informata sulle capacità della struttura sanitaria di intervenire in caso di manifestazione del rischio temuto e deve essere messa a conoscenza dell'identità dei soggetti autorizzati ad eseguire le procedure e i trattamenti. Anche nel caso di richiesta di donazione di tessuto muscolo scheletrico deve essere richiesto il consenso informato al potenziale donatore. La persona responsabile del processo di donazione deve garantire che il donatore sia stato adeguatamente informato degli aspetti relativi all'atto di donazione e al prelievo del tessuto. La persona che fornisce le informazioni deve essere in grado di rispondere a tutte le domande del donatore. Dette informazioni riguardano: scopo e la natura del prelievo, conseguenze e rischi, esami analitici, registrazione e protezione dei dati del donatore, riservatezza medica, scopo terapeutico. I risultati degli esami analitici devono essere comunicati e spiegati chiaramente al donatore. Il donatore deve essere libero di ritirare il consenso in ogni momento del processo di donazione. I pazienti candidati a predeposito di sangue autologo ricevono preventivamente un'informativa relativa al programma e firmano un consenso specifico, sottoscritto anche dal medico trasfusionista. Tale consenso si considera espresso per la durata del programma di prelievi preoperatori.</p>
RESPONSABILITA'	Responsabile di Unità Operativa/Servizio e Dirigenti Medici
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.

MODELLO ORGANIZZATIVO

RISCHIO	Violazione del diritto di informazione e tutela privacy = Assenza totale o parziale di somministrazione della nota informativa preordinata. Violazione dei diritti del paziente all'informazione e alla privacy.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Falso ideologico = Errata/Omissiva dichiarazione colposa/volontaria di elementi conoscitivi/certificativi, non verificabili dal sanitario preposto, alla raccolta del consenso.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Falso ideologico = Errata/Omissiva dichiarazione colposa/volontaria di elementi conoscitivi/certificativi, non verificabili dal sanitario preposto, alla raccolta del consenso.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	

MODELLO ORGANIZZATIVO

RISCHIO	Abuso/Estorsione=Vessazione/Coercizione nella raccolta del consenso	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Violazione del principio di tutela del benessere psicofisico dell'utente = Violazione del diritto fondamentale alla salute (art. 32 Costituzione Italiana) in riferimento al principio inviolabile dell'autodeterminazione alla scelta di cura da parte del paziente (art. 13 Costituzione Italiana).	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti (presenza del testimone che viene sottoscritta), controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Omissione = Incompleta/mancata compilazione del modulo di consenso. Italiana).	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

AREA SANITARIA
GESTIONE FARMACO

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE DEI FARMACI	
FASE/SOTTOPROCESSO	CORRETTO USO DEL FARMACO	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	E' il Medico, la figura preposta per la prescrizione dei farmaci. La prescrizione deve essere riportata sul FUTF (Foglio Unico di Terapia Farmacologica). Il Personale infermieristico prepara le richieste dei farmaci, per i quali esistono moduli specifici. Tutte le richieste devono essere autorizzate con timbro e firma da un Medico strutturato. Tale procedura è valida per i farmaci presenti nel P.T.O.(Prontuario Terapeutico Ospedaliero). L'approvvigionamento dei farmaci urgenti e “salva vita” viene garantito di solito entro le 24 ore, compatibilmente con la logistica dei fornitori. Il Personale infermieristico, ricevuto il materiale richiesto provvede all'immagazzinamento sulla base delle prescrizioni del produttore avendo cura di: controllare se quanto consegnato corrisponde a quanto richiesto per quantità e tipologia e verifica la conformità del prodotto. La data di scadenza deve essere verificata mensilmente e quotidianamente il Personale infermieristico verifica che il frigorifero mantenga una determinata temperatura. Le sostanze stupefacenti disponibili presso la Farmacia sono elencate nella parte introduttiva del P.T.O.	
RESPONSABILITA'	Medico	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: corretta registrazione sul diario clinico/FUTF (Foglio Unico Terapia Farmacologica); braccialetto identificativo del paziente.	
RISCHIO	Errore nella prescrizione medica. Non aver identificato correttamente il paziente e/o il giusto farmaco, la preparazione e/o somministrazione del giusto farmaco.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILITA'	Medico/Infermiere	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: predisposizione del FUTF; carrello/vassoio personalizzato; braccialetto identificativo del paziente.	

MODELLO ORGANIZZATIVO

RISCHIO	Errore di somministrazione = Non avere identificato correttamente il paziente. Errore nella preparazione del farmaco.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILITA'	Medico/Infermiere	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	1. Presentazione, avvenuta nel novembre 2008, del nuovo Foglio Unico di Terapia Farmacologica revisionato alla luce delle specifiche esigenze emerse dall'analisi dei rischi aziendali e conseguente formazione del personale	
RISCHIO	Inosservanza delle istruzioni in merito al modello standard aziendale	
RISCHIO ACCETTABILE		
RESPONSABILITA'	Medico/Capo Sala/Farmacista	
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Attività di sensibilizzazione sul corretto utilizzo della procedure per la richiesta dei farmaci	
RISCHIO	Mancato approvvigionamento con conseguente indisponibilità del Farmaco richiesto in reparto	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
RESPONSABILITA'	Capo Sala	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	1. Nel corso del 2008 è stato predisposto un documento in allegato alla procedura di gestione dei farmaci riguardante i "farmaci con criticità nella gestione dopo la 1° apertura" Aggiornamento del protocollo aziendale P23 di Gestione dei farmaci	
RISCHIO	1. Mancato rispetto dei criteri di rotazione e conservazione dei Farmaci. 2. Mancanza di firme di controllo del registro sul carico/scarico delle sostanze stupefacenti	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>

MODELLO ORGANIZZATIVO

	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILITA'	Medico/Infermiere	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Predisposizione di corsi di formazione del personale sanitario 2. Aggiornamento del protocollo aziendale P23 di Gestione dei farmaci	
RISCHIO	Omessa compilazione della scheda unica di segnalazione di sospetta reazione avversa (ADR) e mancata consegna alla Farmacia	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>

AREA CHIRURGICA

GESTIONE RISCHIO SETTICO

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA CHIRURGICA	
PROCESSO	GESTIONE RISCHI SETTICI	
FASE/SOTTOPROCESSO	RICOVERO DH/DAY SURGERY	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Al fine di esercitare un'azione di contenimento del rischio settico, è predisposta una dettagliata documentazione dei singoli procedimenti sanitari con la contemporanea verifica della adesione degli operatori alle definite procedure di prevenzione delle infezioni, nelle singole fasi di cura del paziente e nelle rispettive aree di competenza: 1) fase preoperatoria o di preparazione all'intervento chirurgico presso il Reparto di degenza 2) fase intraoperatoria, presso il Blocco Sale Operatorie 3) fase post operatoria immediata, presso il Reparto di degenza. In proposito è stata predisposta una Scheda di documentazione (check-list) suddivisa in 3 parti relative alle 3 fasi di osservazione citate. La verifica della compilazione della check-list è affidata ad un Unico Responsabile, figura professionale di volta in volta individuata nell'effettivo esecutore materiale della procedura di compilazione della scheda di documentazione (Medico che effettua la visita di accettazione nel Reparto di degenza, Chirurgo primo operatore in Sala Operatoria, Medico che effettua il rilievo post operatorio nel Reparto di degenza).	
RESPONSABILITA'	Responsabile della compilazione della scheda di documentazione (check-list)	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Omissione = Incompleta/mancata compilazione della check-list	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: predisposizione del FUTF; carrello/vassoio personalizzato; braccialetto identificativo del paziente.	
RISCHIO	Violazione del principio di tutela del benessere psicofisico dell'utente = Mancata applicazione delle azioni di prevenzione all'infezione ospedaliera perioperatoria. Aggravata esposizione al rischio settico	
RISCHIO ACCETTABILE		

MODELLO ORGANIZZATIVO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Falso ideologico = Errata/Omissiva certificazione colposa/volontaria nella check list	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Violazione del principio di tutela della salute e del lavoratore = Mancata/Scorretta applicazione dei presidi/azioni obbligatorie di profilassi della sepsi. Mancata tutela del diritto alla serenità lavorativa dell'operatore sanitario.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA CHIRURGICA	
PROCESSO	GESTIONE RISCHI SETTICI	
FASE/SOTTOPROCESSO	RICOVERO ORDINARIO	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Al fine di esercitare un'azione di contenimento del rischio settico, è predisposta una dettagliata documentazione dei singoli procedimenti sanitari con la contemporanea verifica della adesione degli operatori alle definite procedure di prevenzione delle infezioni, nelle singole fasi di cura del paziente e nelle rispettive aree di competenza: 1) fase preoperatoria o di preparazione all'intervento chirurgico presso il Reparto di degenza 2) fase intraoperatoria, presso il Blocco Sale Operatorie 3) fase post operatoria immediata, presso il Reparto di degenza. In proposito è stata predisposta una Scheda di documentazione (check-list) suddivisa in 3 parti relative alle 3 fasi di osservazione citate. La verifica della compilazione della check-list è affidata ad un Unico Responsabile, figura professionale di volta in volta individuata nell'effettivo esecutore materiale della procedura di compilazione della scheda di documentazione (Medico che effettua la visita di accettazione nel Reparto di degenza, Chirurgo primo operatore in Sala Operatoria, Medico che effettua il rilievo post operatorio nel Reparto di degenza).</p>	
RESPONSABILITA'	Responsabile della compilazione della scheda di documentazione (check-list)	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Omissione = Incompleta/mancata compilazione della check-list	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	

MODELLO ORGANIZZATIVO

RISCHIO	Violazione del principio di tutela del benessere psicofisico dell'utente = Mancata applicazione delle azioni di prevenzione all'infezione ospedaliera perioperatoria. Aggravata esposizione al rischio settico	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Falso ideologico = Errata/Omissiva certificazione colposa/volontaria nella check list	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'Azienda Ospedaliera presta osservanza e pone in essere quanto segue: rispetto della procedura aziendale, separazione dei compiti, controllo periodico a campione seriato su cartelle cliniche da parte dell'unità operativa Risk Management, formazione nuovo personale periodica di aggiornamento on demand, revisione della procedura.	
RISCHIO	Violazione del principio di tutela della salute e del lavoratore = Mancata/Scorretta applicazione dei presidi/azioni obbligatorie di profilassi della sepsi. Mancata tutela del diritto alla serenità lavorativa dell'operatore sanitario.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

AREA ACCOGLIENZA

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	AREA AMBULATORIALE	
PROCESSO	AREA ACCOGLIENZA	
FASE/SOTTOPROCESSO	PRENOTAZIONE/ACCETTAZIONE PRESTAZIONE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	L'utente prenota la visita tramite il Centro Unico di Prenotazione telefonicamente o tramite lo sportello. Alla prenotazione della prestazione segue l'accettazione del paziente con identificazione dello stesso da parte del personale addetto, mostrando la documentazione richiesta e ricevendo un numero in base al quale verrà chiamato presso l'ambulatorio L'utente può pagare il ticket dopo l'accettazione nella fase immediatamente antecedente la prestazione. Il pagamento del ticket può essere effettuato a scelta dell'utente, sia presso lo sportello bancario, sia presso le postazioni "Punto Giallo". Dopo l'accettazione e il pagamento del ticket il paziente si presenta in ambulatorio. Tutto il personale medico dell'ospedale partecipa, a rotazione, all'attività ambulatoriale. La loro attività viene pianificata grazie all'ausilio di agende informatizzate.	
RESPONSABILITA'	Direttore URP-CUP	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Attivazione di un numero adeguato di sportelli per ricevere l'utenza e un numero adeguato di postazioni di call center aziendali e potenziamento di attività di back office per smaltimento richieste via fax.	
RISCHIO	Difficoltà di evadere in tempi brevi le richieste telefoniche e via fax	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	AREA AMBULATORIALE	
PROCESSO	AREA ACCOGLIENZA	
FASE/SOTTOPROCESSO	EROGAZIONE PRESTAZIONI PRENOTATE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Dopo aver svolto le pratiche presso lo sportello di accettazione dove gli è stato rilasciato un numero progressivo pro privacy, l'utente si reca in ambulatorio/radiologia ove attende il proprio turno per essere visitato. Tutto il personale medico dell'ospedale partecipa, a rotazione, all'attività ambulatoriale. La loro attività viene pianificata grazie all'ausilio di agende informatizzate.	
RESPONSABILITA'	Responsabile Ambulatorio Generale	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	L'azienda, nell'organizzazione dell'attività ambulatoriale, deve tener conto dei dati giornalieri riguardanti gli accessi ricorrenti non prenotati e predisposti in appositi Report. Nuova organizzazione delle agende, degli spazi ambulatoriali e dello STU.	
RISCHIO	<p>1. Overbooking dovuto alla necessità di svolgere sia le prestazioni prenotate personalmente dagli utenti tramite CUP, che quelle dovute agli accessi ricorrenti non prenotati (pronto soccorso)</p> <p>2. Il medico non si presenta in ambulatorio puntualmente per l'espletamento dell'attività generando un consequenziale allungamento dei tempi di attesa</p> <p>3. Le visite/prestazioni ambulatoriali possono richiedere un tempo superiore per il loro svolgimento rispetto a quanto normalmente previsto, allungando i tempi di attesa dell'utenza (in special modo nelle fasce orarie di maggiore concentrazione).</p>	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

Riferimenti:

GESTIONE RECLAMI

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA /AMMINISTRATIVA	
PROCESSO	GESTIONE RECLAMI	
FASE/SOTTOPROCESSO	RISPOSTA AL RECLAMO DELL'UTENTE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>I reclami pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) o dagli utenti esterni direttamente presso gli uffici o tramite i moduli lasciati nelle apposite cassette nei reparti e nei servizi oppure via mail, fax o telefonicamente e generalmente riguardano l'accoglienza, la logistica, le prestazioni e le loro modalità di erogazione; o dal cliente interno (personale amministrativo, medico e paramedico delle Unità Operative/Servizi o funzione aziendale) per disservizi causati da conflitti o dal non rispetto delle regole stabilite o concordate. A tal fine sono predisposti appositi moduli per la registrazione del reclamo a disposizione del cliente presso tutte le UO/Servizi. Tutti i reclami pervenuti vengono raccolti e gestiti dall'URP. Per tutti i reclami pervenuti, l'URP effettua un'analisi preliminare sulla fondatezza prima di procedere all'avvio dell'istruttoria come di seguito:</p> <p>1 trasmettere il reclamo al Professionista a cui è rivolto il reclamo, e per conoscenza al suo Responsabile, per ottenere entro 10 giorni tutte le informazioni necessarie sulle cause che lo hanno generato di Unità Operativa</p> <p>2 Professionista coinvolto risponde nel tempo assegnato al Responsabile URP il quale provvede con i propri collaboratori, da un lato a fornire risposta all'utente e dall'altro a concorre all'identificazione e all'adozione delle azioni più appropriate per eliminare il disservizio, ovvero ridurlo.</p> <p>3 Il personale dell'URP verifica che tutte le azioni previste per dare risposta all'utente e rimuovere il disservizio siano state adottate ed abbiano fornito i risultati attesi.</p>	
RESPONSABILITA'	URP/Responsabili UO	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Sensibilizzare tramite richiami e interventi della direzione aziendale (lettere che sollecitino a risposte tempestive) al rispetto delle procedure amministrative previste nella gestione dei reclami in ottemperanza alle linee guida regionali vigenti in materia. Sollecito riscontro alle richieste di informazioni necessarie all'istruttoria.	
RISCHIO	In alcuni casi i tempi richiesti per fornire al cliente una risposta al reclamo non vengono rispettati quando i reclami riguardano prestazioni fornite dalle Unità Operative/Servizi a cui vanno richieste le controdeduzioni in inosservanza alle specifiche linee guida regionali vigenti in materia	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

GESTIONE LISTE D'ATTESA

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE LISTE D'ATTESA	
FASE/SOTTOPROCESSO	COMPILAZIONE DELLE LISTE D'ATTESA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il paziente viene visitato dal medico specialista che prescrive la necessità di un intervento chirurgico. Il paziente viene inserito nella lista di attesa in una posizione che varia tenendo conto dell'urgenza del caso e di alcune variabili di natura socio- economica (es. età produttiva ed anagrafica del paziente).	
RESPONSABILITA'	Primario/Responsabile di UO/Medico Specialista	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Ferma restando l'impossibilità di prevedere urgenze o altre contingenze suscettibili di modificare l'ordine dei ricoveri e degli interventi programmati, si sottolinea la necessità di predisporre una modulistica appropriata che certifichi le motivazioni che hanno portato il medico a modificare le liste d'attesa. Inoltre, si pone l'accento sulla necessità di individuare delle "fasce d'età" in base alle quali definire l'ordine di ricoveri e interventi, privilegiando, a parità di urgenza nell'elezione, i pazienti la cui vita lavorativa/produttiva è maggiormente attiva.	
RISCHIO	Mancato rispetto delle liste di attesa predisposte: "salti di lista" senza un'indicazione puntuale del motivo da parte del medico = allungamento dei tempi di attesa e ritardi nell'erogazione delle prestazioni.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

Riferimenti:

GESTIONE PROTOCOLLI DIAGNOSTICO
TERAPEUTICI E DI ASSISTENZA
INFERMIERISTICA

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
FASE/SOTTOPROCESSO	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA' PAZIENTE, DOCUMENTI SANITARI E INFORMAZIONI CLINICHE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il paziente viene registrato nel sistema informativo integrato dell'Azienda il quale attribuisce 1) un numero paziente identificativo di ogni singolo utente, 2) un numero pratica o codice nosologico riguardante ogni singolo accesso dell'utente e 3) un numero di archivio. L'operazione avviene mediante procedura informatica applicata presso tutti i punti di accesso all'Azienda Ospedaliera (CUP, Radiologia, Servizio Traumatologico d'Urgenza, tutti gli Ambulatori e le Unità Divisionali). Tali dati vengono riportati nella cartella clinica che, a sua volta, ha la funzione di essere atto pubblico probatorio in caso di contestazione, di fornire una base informativa sulle scelte assistenziali, di consentire la tracciabilità delle diverse attività svolte, di facilitare l'integrazione di competenze multi-professionali nel processo diagnostico-terapeutico.	
RESPONSABILITA'	Direzione Medica di Presidio, Direzione Sanitaria, Personale Medico, Responsabile di Struttura Complessa	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Sensibilizzare, attraverso l'opera delle Direzione sanitaria e della Direzione Medica di Presidio, la classe medica sul rispetto delle procedure di rintracciabilità e registrazione informatica del paziente e delle relative prestazioni erogate. Avviare/implementare un processo di informatizzazione della cartella clinica.	
RISCHIO	Mancata, inesatta o intempestiva registrazione di qualsiasi atto o attività eseguita sul paziente nella cartella clinica: la carenza di informazioni può mettere a rischio l'intero trattamento diagnostico terapeutico con possibili conseguenze negative sul personale coinvolto e sul paziente	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
FASE/SOTTOPROCESSO	IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITA' PAZIENTE, DOCUMENTI SANITARI E INFORMAZIONI CLINICHE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il paziente viene registrato nel sistema informativo integrato dell'Azienda il quale attribuisce 1) un numero paziente identificativo di ogni singolo utente, 2) un numero pratica o codice nosologico riguardante ogni singolo accesso dell'utente e 3) un numero di archivio. L'operazione avviene mediante procedura informatica applicata presso tutti i punti di accesso all'Azienda Ospedaliera (CUP, Radiologia, Servizio Traumatologico d'Urgenza e tutti gli Ambulatori). Tali dati vengono riportati nella cartella clinica che, a sua volta, ha la funzione di essere atto pubblico probatorio in caso di contestazione, di fornire una base informativa sulle scelte assistenziali, di consentire la tracciabilità delle diverse attività svolte, di facilitare l'integrazione di competenze multi-professionali nel processo diagnostico-terapeutico.	
RESPONSABILITA'	Direzione Medica di Presidio, Direzione Sanitaria, Personale Medico, Responsabile di Struttura Complessa	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Sensibilizzare, attraverso l'opera delle Direzione sanitaria e della Direzione Medica di Presidio, la classe medica sul rispetto delle procedure di rintracciabilità e registrazione informatica del paziente e delle relative prestazioni erogate. Avviare/implementare un processo di informatizzazione della cartella clinica.	
RISCHIO	Mancata registrazione del paziente secondo le procedure previste per l'accesso nell'Azienda e la fruizione di prestazioni: non esiste una corretta identificazione del paziente e di tutti gli atti sanitari successivi al suo ingresso nell'Azienda Ospedaliera. La presenza del paziente non è tracciabile nella struttura.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	GESTIONE PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
FASE/SOTTOPROCESSO	GESTIONE DELLA SALMA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il medico constata il decesso del paziente ed avvisa i parenti. L'infermiere provvede a creare uno spazio appartato per lasciare i parenti con il congiunto, ad attivare l'assistenza religiosa, ad espletare la ricomposizione della salma, a trasportare la salma nella camera mortuaria e a fare eseguire la sanificazione e disinfezione dell'ambiente. E' cura, infine, del reperibile dell'Ufficio Infermieristico seguire il percorso previsto dalla normativa vigente fornendo la modulistica necessaria al medico che constata il decesso, eseguendo copia dei moduli di Avviso di morte e Accertamento di morte, consegnando all'ufficio Funerali del Comune la modulistica opportunamente compilata.	
RESPONSABILITA'	Medico/Infermiere	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Formazione e diffusione del protocollo sulla gestione della salma sia in forma elettronica che cartacea, a tutte le figure professionali coinvolte nel processo.	
RISCHIO	Mancato rispetto delle indicazioni fornite dall'azienda nel protocollo sulla gestione della salma con particolare riguardo alla tutela della libera scelta, da parte dei familiari, dell'Impresa di cui avvalersi per le esequie del congiunto.	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

RENDICONTAZIONE ATTIVITA' SANITARIE

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' SANITARIA	
FASE/SOTTOPROCESSO	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' DI RICOVERO	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	<p>Il medico completa la scheda di dimissione con i rispettivi codici tramite procedura informatizzata. La scheda così completata viene trasmessa all'ufficio Ufficio codifica SDO che effettua un primo controllo sui dati anagrafici del paziente e verifica l'esattezza e la completezza della scheda di dimissione compilata dal medico. In caso di eventuali incongruenze o anomalie, la scheda di dimissione torna al medico accompagnata da una proposta di modifica o integrazione. Ufficio codifica SDO dà l'input al SIA che produce i files con le schede di dimissione ospedaliera da inviare alla Regione. Copia del file viene trasmessa alla U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione che procede, tramite software, alla valorizzazione delle prestazioni di dette schede. Dopo tale valorizzazione, l'U.O. provvede, per un costante monitoraggio dell'attività, all'elaborazione dei reporting di ogni singola Divisione ed alla predisposizione di indicatori. Tali prospetti sono inviati ai responsabili delle Strutture. L'U.O. provvede inoltre all'emissione della nota debito alla ASL Milano per le prestazioni erogate.</p>	
RESPONSABILITA'	Personale Medico, Spedalità, Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione, SIA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Prevedere cicli di formazione professionale nei confronti del personale sanitario finalizzati alla corretta compilazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera.	
RISCHIO	Ritardi nella trasmissione delle schede, incompletezza o errata compilazione della documentazione sanitaria (es. mancata indicazione della data di dimissione del paziente, data di intervento sbagliata, errore di codifica della prestazione) = impossibilità di procedere alla valorizzazione e alla fatturazione, e compromissione dell'esattezza della reportistica.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' SANITARIA	
FASE/SOTTOPROCESSO	RENDICONTAZIONE ATTIVITA' AMBULATORIALE	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Il SIA estrae la consuntivazione delle prestazioni erogate nel periodo interessato e trasmette i files alla U.O. Gestione Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione per l'elaborazione dei report di ogni singola Divisione inerenti l'attività svolta e gli scostamenti rispetto al budget assegnato. Tali report vengono inviati ai Responsabili delle Strutture. L'U.O. emette inoltre la nota debito alla ASL Milano per le prestazioni erogate.	
RESPONSABILITA'	Personale Medico, Spedalità, Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione, SIA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Prevedere cicli di formazione professionale nei confronti del personale sanitario finalizzati alla corretta compilazione dei dati riguardanti le prestazioni ambulatoriali.	
RISCHIO	Mancanza della codifica delle prestazioni effettivamente erogate con conseguente impossibilità di procedere alla valorizzazione delle stesse (le prestazioni non codificate non vengono conteggiate)	
	RISCHIO ACCETTABILE	
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

LIBERA PROFESSIONE

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 "IL MODELLO ORGANIZZATIVO"
 SCHEDE DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	LIBERA PROFESSIONE	
FASE/SOTTOPROCESSO	<i>PRENOTAZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</i>	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Su esplicita richiesta dell'utente interessato è possibile effettuare prenotazioni per prestazioni ambulatoriali o ricoveri con medici dell'Istituto che abbiano optato per l'attività libero-professionale intramoenia. La prenotazione ambulatoriale può avvenire telefonicamente mediante servizio CUPTEL. Per i ricoveri, l'utente interessato può chiedere all'Ufficio Libera Professione un preventivo di spesa. L'utente ha la facoltà di scegliere il professionista tra coloro che svolgono l'attività libero-professionale intramoenia.	
RESPONSABILITA'	Personale Medico, Ufficio Libera Professione- Controllo Fatturazione Attiva e Recupero Crediti, s.c. Gestione delle Risorse Economico Finanziarie e Controllo di Gestione, SIA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Implementazione del servizio di prenotazione in ambito ambulatoriale mediante l'attivazione di un call center aziendale e la possibilità di prenotare visite e prestazioni tramite internet.	
RISCHIO	Il medico non si presenta in ambulatorio agli orari prefissati per l'espletamento delle visite provocando un allungamento dei tempi di attesa degli assistiti e occupando spazi destinati ad altri professionisti. Le visite ambulatoriali possono richiedere un tempo superiore per il loro svolgimento rispetto a quello prefisso, allungando i tempi di attesa degli assistiti.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA	
PROCESSO	LIBERA PROFESSIONE	
FASE/SOTTOPROCESSO	ATTIVITA' LIBERO-PROFESSIONALE AMBULATORIALE EFFETTUATA PRESSO STUDI PRIVATI	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Su esplicita richiesta dell'utente interessato è possibile effettuare prenotazioni per prestazioni ambulatoriali c/o studi privati autorizzati con medici dell'Istituto che abbiano optato per l'attività libero-professionale intramoenia. La prenotazione può avvenire telefonicamente, via fax, di persona presso l'ambulatorio ALPA. L'incasso della prestazione deve essere effettuato di norma presso le casse dell'ospedale. In casi eccezionali, per agevolare l'utenza con difficoltà motorie o altri problemi di salute, l'incasso dei corrispettivi può essere effettuato, in contanti o tramite assegno direttamente dal professionista che provvede al versamento all'Azienda dell'intero ammontare.	
RESPONSABILITA'	Medico che esercita l'attività medico professionale	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Conformemente a quanto previsto dalla legge 120/2007, sia la prenotazione delle prestazioni erogate in regime libero-professionale sia il pagamento delle stesse devono avvenire esclusivamente tramite uffici e personale dell'Azienda. Pertanto si dovrebbe intensificare l'attività di sensibilizzazione alla corretta applicazione delle procedure operative dei protocolli vigenti redatti.	
RISCHIO	I professionisti non rispettano le tempistiche in merito ai versamenti dei corrispettivi nelle casse dell'ospedale.	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>

S.C. FARMACIA

CODICE ETICO COMPORTAMENTALE
 “IL MODELLO ORGANIZZATIVO”
 SCHEDA DI SINTESI

AREA	AREA SANITARIA -	
PROCESSO	LOGISTICA DEL FARMACO: APPROVVIGIONAMENTO, STOCCAGGIO, DISTRIBUZIONE DI FARMACI	
FASE/SOTTOPROCESSO	QUALIFICAZIONE DEI FORNITORI	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Ricerca e individuazione dei possibili fornitori, valutazione prodotti offerti e condizioni di fornitura	
RESPONSABILITA'	FARMACISTA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Qualificazione del fornitore e suo inserimento nell'albo fornitori	
RISCHIO	Variazioni future delle capacità di fornitura non preventivabili	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
FASE/SOTTOPROCESSO	CONTROLLO DELLA FORNITURA	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Verifica dei prodotti ricevuti e corrispondenza con quanto ordinato e/o riportato sul ddt . Compilazione scheda di ricezione	
RESPONSABILITA'	FARMACISTA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Verifica dei prodotti ricevuti e corrispondenza con quanto ordinato e/o riportato sul ddt . Compilazione scheda di ricezione	
RISCHIO	Errore umano per mancata osservanza delle procedure	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
FASE/SOTTOPROCESSO	STOCCAGGIO DEL FARMACO : Immagazzinamento	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Immagazzinamento del farmaco dopo la ricezione dal fornitore	
RESPONSABILITA'	FARMACISTA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO	Verifica delle condizioni di conservazione del farmaco e suo idoneo immagazzinamento, soprattutto nel caso di farmaci nuovi	

MODELLO ORGANIZZATIVO

DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)		
RISCHIO	Stoccaggio non idoneo del farmaco per incompleta o errata conoscenza del prodotto	
RISCHIO ACCETTABILE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input checked="" type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
FASE/SOTTOPROCESSO	STOCCAGGIO DEL FARMACO: Controllo giacenze /scadenze dei farmaci in magazzino	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Inventari periodici per ditta e per scadenza di prodotto	
RESPONSABILITA'	FARMACISTA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	Periodicamente vengono fatti degli inventari delle giacenze di farmaci in magazzino e dei prodotti in scadenza	
RISCHIO	Mancata eliminazione dallo scaffale di farmaco scaduto	
RISCHIO RILEVANTE		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>
FASE/SOTTOPROCESSO	DISTRIBUZIONE DEL FARMACO AI PAZIENTI FILE F	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Distribuzione del farmaco file F ad personam	
RESPONSABILITA'	FARMACISTA	
MODALITA' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' (Azioni Correttive)	I farmaci File F vengono distribuiti direttamente ai pazienti	
RISCHIO	Mancata eliminazione dallo scaffale di farmaco scaduto	
RISCHIO CRITICO		
VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ORIGINE DEL RISCHIO	Interna <input checked="" type="checkbox"/> Esterna <input type="checkbox"/>
	PROBABILITA' CHE SI VERIFICHINO	Bassa <input checked="" type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
	ENTITA' DEL DANNO	Bassa <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input checked="" type="checkbox"/>