Allegato 3

ELENCO PROCESSI CODICE ETICO

1. Adozione delibere
2. Protocollo in uscita
3. Protocollo in ingresso
4. Relazione di valutazione dei rischi secondo D. Lgs. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni
5. Analisi dei dati: valutazione sicurezza dati informatici non sensibili
6. Relazioni con il Pubblico: Gestione Reclami
7. Gestione del Piano di comunicazione
8. Piano Qualità e Risk Management
9. Implementazione sistema gestione qualità
10. Gestione della documentazione sanitaria ambulatoriale
11. Gestione dei dati sensibili e privacy
12. Gestione analisi dei dati – valutazione sicurezza dati informatici sensibili-
13. Controllo di gestione e flussi informativi
14. Gestione processo di Acquisto di Servizi soprasoglia
15. Gestione processo di Acquisto di Servizi sottosoglia
16. Gestione processo di Acquisto di Beni mediante procedura di gara sopra soglia
17. Gestione processo di Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia
18. Gestione delle collaborazioni esterne
19. Gestione acquisto tecnologie:Identificazione e rintracciabilità del servizio di consulenza
20. Gestione collaudo delle tecnologie biomedicali
21. Gestione dei servizi relativi alle verifiche delle tecnologie biomedicali
22. Gestione della strumentazione
23. Attività di sorveglianza sanitaria dei dipendenti (visite mediche) ex D.Lgs 81/08 e successive integrazioni e correzioni
24. Reclutamento del personale afferente al SITRA a tempo indeterminato
25. Reclutamento del personale afferente al SITRA a tempo determinato
26. Gestione della programmazione dei bisogni di manutenzione delle strutture
27. Reclutamento del personale medico a tempo determinato
28. Reclutamento del personale medico a tempo indeterminato
29. Elaborazione piano di formazione: gestione provider aziendale
30. Elaborazione piano di formazione: coordinamento e stesura piano di formazione
31. Gestione delle donazioni
32. Gestione presenze/assenze personale
33. Diete speciali:programmazione dietetica
34. Nutrizione clinica artificiale
35. Radioprotezione: attività disciplinate D Lgs 230/95
36. Gestione consulenze Pronto Soccorso
37. Gestione e sorveglianza infezioni ospedaliere
38. Gestione farmaci prontuario ospedaliero
39. Gestione farmaci extraprontuario ospedaliero
40. Monitoraggio fornitori farmaci: gestione non conformità
41. Farmacoviglilanza:gestione segnalazioni
42. Gestione Screening mammografico
43. Accettazione in Hospice e Cure palliative
44. Gestione del ricovero
45. Progessioni di Carriera
46. Adozione Bilancio
47. Adozione delle Determine di Spesa
48. Gestione Liste di Attesa
49. Gestione Rifiuti Aziendali
50. Libera Professione Ambulatoriale

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: ADOZIONE DELIBERE
Sottoprocesso: ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
PREDISPOSIZIONE DELLA PROPOSTA DI DELIBERAZIONE	SERVIZI VARI	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	INTERNO	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
CARICAMENTO DELLA PROPOSTA SUL SW DEDICATO	SERVIZI VARI	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
RICEZIONE PROPOSTA IN FORMATO CARTACEO ED ELETRONICO	UFFICIO DELIBERE	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE E CORRISPONDENTE FASCICOLO CARTACEO	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	NTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
FORMAZIONE ORDINE DEL GIORNO	UFFICIO DELIBERE	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza	NESSUNO	NTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

				appropriatezza							
VAGLIO FORMALE	RESPONSABILE UFFICIO DELIBERE	PRESENTAZIONE DELLL'ATTO	ART 24 ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	NTERNO	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
CONTROLLO DI MERITO	DIREZIONE STRATEGICA	PRESENTAZIONE DELL'ATTO	ART 24 ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezz	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	NTERNO	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
RESTITUZIONE/ CORREZIONE DELLA PROPOSTA IN CASO DI VAGLIO O CONTROLLO NEGATIVO	UFFICIO DELIBERE	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	NTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
ADOZIONE DELIBERAZIONE	UFFICIO DELIBERE	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	NTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
PUBBLICAZIONE DELL'ATTO DEFINITIVO	UFFICIO DELIBERE	PROGRAMMA GS4 De-GESTIONE DELIBERE E DETERMINE	ART 24 ART 24 BIS ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA	ESTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

				completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	ECOMONICO-PATRIMONIALE						
VERIFICA COLLEGIO SINDACALE	COLLEGIO SINDACALE	RELATIVA DOCUMENTAZIONE	ART 24 ART.25 DEL Dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezz	DANNO IMMAGINE DELL'AZIENDA ECOMONICO-PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10. 2015 Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **ADOZIONE DELIBERE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dott.ssa [redacted] A. GEROLA**

SOTTOPROCESSO/ ATTIVITÀ	RISCHIO RILEVATO	DESCRIZIONE GAP RILEVATI	PRIORITÀ	PIANO DI AZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE	TERMINE DI ATTUAZIONE
Predisposizione della proposta di deliberazione	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	servizi vari	31.12.2016
Caricamento della proposta sul SW dedicato	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	servizi vari	31.12.2016
Ricezione proposta in formato cartaceo ed elettronico	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	ufficio delibere	31.12.2016
Formazione ordine del giorno	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	ufficio delibere	31.12.2016
Vaglio formale	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile ufficio delibere	31.12.2016

Controllo di merito	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	Direzione strategica	31.12.2016
Restituzione/ correzione della proposta in caso di vaglio o controllo negativo	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	ufficio delibere	31.12.2016
Adozione deliberazione	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	ufficio delibere	31.12.2016
Pubblicazione dell'atto definitivo	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	ufficio delibere	31.12.2016
Verifica collegio sindacale	non rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento delle procedure in atto	Collegio Sindacale	31.12.2016

redatto da	data	approvato da	pagine
DOTT. E. BURATO	16.10.2016	DOTT.SSA A.GEROLA	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	**MODULO** **SCHEDA HFMECA DI RISCHIO CLINICO E DI DIFFORMITA' AI VALORI ETICI AZIENDALI**	**MOD1PG8MQ08** DATA 17.09.2012 Rev. 2 Pagina 1 di 3

Processo: PROTOCOLLO
Sottoprocesso: POSTA IN USCITA

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
PREDISPOSIZIONE CORRISPONDENZA	SERVIZI VARI	POSTA ELETTRONICA E POSTA ORDINARIA	ART. 24 Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNO	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in corso
RICEZIONE CORRISPONDENZA	UFFICIO PROTOCOLLO	SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo	ART 24 ART.24 BIIS ART 25 SEXIES Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE	INTERNO	2	1	1	2	Mantenimento delle procedure in corso

PROTOCOLLO POSTA	UFFICIO PROTOCOLLO	SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo E TITOLAZIONE	ART. 24 BIS Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	DANNO ALL'OPERA ORE/UTENTE	INTERNO	1	1	1	1	Mantenimento delle procedure in corso
SPEDIZIONE	UFFICIO PROTOCOLLO	POSTA ELETTRONICA E POSTA ORDINARIA	ART.24 ART. 24 BIS Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	DANNO ALL'OPERA ORE/UTENTE IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNO	2	1	1	2	Mantenimento delle procedure in corso

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.2015 Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: PROTOCOLLO POSTA IN USCITA	Direzione di Afferenza: DIREZIONE GENERALE	Funzione Responsabile: Dott.ssa A. Gerola

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
PREDISPOSIZIONE CORRISPONDENZA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	SERVIZI VARI	31.12.2016
RICEZIONE CORRISPONDENZA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	UFFICIO PROTOCOLLO	31.12.2016
PROTOCOLLO POSTA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	UFFICIO PROTOCOLLO	31.12.2016

SPEDIZIONE	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**	**UFFICIO PROTOCOLLO**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	19.10.2015	**Dott.ssa A. Gerola**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: PROTOCOLLO
Sottoprocesso: POSTA IN INGRESSO

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
RICEZIONE POSTA	UFFICIO PROTOCOLLO	POSTA ELETTRONICA E POSTA ORDINARIA	ART. 24 Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE IMMAGINE ALL'AZIENDA	ESTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
APERTURA POSTA	UFFICIO PROTOCOLLO	SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo	ART 24 ART.24 BIIS ART 25 SEXIES Dlg231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	IMMAGINE DELL'AZINDA	INTERNO	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

PROTOCOLLO POSTA	**UFFICIO PROTOCOLLO**	**SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo E TITOLAZIONE**	**ART. 24 BIS Dlg231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	**DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE IMMAGINE ALL'AZIENDA**	**INTERNO**	2	1	1	2 (RA)	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**
DISTRIBUZIONE AI DESTINATARI	**UFFICIO PROTOCOLLO**	**SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo**	**ART.24 ART. 24 BIS Dlg231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	**DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE IMMAGINE ALL'AZIENDA**	**INTERNO**	2	1	1	2 (RA)	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**
RICEZIONE POSTA CON DESTINAZIONE PRECISA	**UFFICIO PROTOCOLLO**	**SISTEMA SOFTWEAR GS4 PR-Gestione protocollo**	**ART. 24 BIS Dlg231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTà TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	**DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE**	**INTERNO**	2	1	1	2 (RA)	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.2015 **Firma Responsabile Processo**

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: PROTOCOLLO POSTA IN INGRESSO	Direzione di Afferenza: DIREZIONE GENERALE	Funzione Responsabile: Dott.ssa A. Gerola

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
RICEZIONE POSTA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	UFFICIO PROTOCOLLO	31.12.2016
APERTURA POSTA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	UFFICIO PROTOCOLLO	31.12.2016
PROTOCOLLO POSTA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	UFFICIO PROTOCOLLO	31.12.2016

DISTRIBUZIONE AI DESTINATARI	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**	**UFFICIO PROTOCOLLO**	31.12.2016
RICEZIONE POSTA CON DESTINAZIONE PRECISA	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO**	**UFFICIO PROTOCOLLO**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	19.10.2015	**Dott.ssa A. Gerola**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Valutazione dei Rischi ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. - Sottoprocesso: Redazione del Documento di Valutazione dei Rischi

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Individuazione dei FRI associati alle mansioni lavorative	Responsabile SPPA in collaborazione con il Medico competente	Acquisizione Piani di Lavoro. Confronto con Leggi e Standard	Art. 25 sexies abuso di informazioni privilegiate, sicurezza dei dati personali del lavoratore	Rispetto dei principi e norme vigenti ERRORI: Scorretta individuazione del rischio lavorativo Utilizzo improprio delle informazioni	Danno all'operatore e danno economico	Interna	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto Utilizzo Talete Web. Accesso protetto da password
Identificazione delle strutture e aree su cui effettuare la valutazione dei rischi	Responsabile SPPA in collaborazione con il Medico competente	Acquisizione elenco delle strutture da Struttura Qualità e Accreditamento	Art. 25 sexies abuso di informazioni privilegiate, sicurezza dei dati aziendali	Scorretta individuazione delle Strutture dell'Azienda ERRORI: Utilizzo improprio delle informazioni	Danno al Datore di Lavoro e danno economico	Interna	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto Utilizzo Talete Web. Accesso protetto da password
Valutazione dei rischi in ogni Dipartimento sulla base dei pericoli evidenziati	Datore di Lavoro (DdL), Responsabile SPPA, Medico Competente e Datori di Lavoro delegati (DdLd),	Matrice di Rischio sulla base della Probabilità e Gravità dell'evento e delle misure di prevenzione e protezione adottate	Art. 25 sexies abuso di informazioni privilegiate, sicurezza dei dati Personali del lavoratore	Diligenza, sicurezza Negligenza ed errore di analisi ERRORI:Utilizzo improprio delle informazioni si	Danno all'operatore e danno economico	Interna	2	2	2	8 (RR)	Realizzazione Implementazione di procedure Taleteweb

Redazione della scheda di rischio per Struttura e Mansioni	RSPP/ASPP unitamente a Dirigenti e Preposti	Standard, Linee Guida, Procedure interne, buone prassi	Art. 25 sexies abuso di informazioni privilegiate, sicurezza dei dati Personali del lavoratore	Imparzialità, riservatezza ERRORI:Errore di compilazione	Danno all'operatore	interna	1	2	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Programmazione misure di prevenzione,di protezione e di controllo	Datore di Lavoro Responsabile SPPA con Medico Competente	Plaining/ report Redazione di programma di miglioramento	Art. 25 sexies abuso di informazioni privilegiate, sicurezza dei dati Personali del lavoratore	Diligenza Appropriatezza ERRORE:Mancata inclusione di alcuni interventi di prevenzione, protezione o controllo necessari	Danno all'operatore e danno economico	Interna	2	2	2	8 (RR)	Realizzazione Implementazione di procedure Taleteweb
Validazione e copertura finanziaria degli interventi richiesti	Direttore Generale e Datori di Lavoro delegati	Struttura BOARD-INVESTIMENTI (Programmazione annuale degli investimenti)	Art. 25 septies abuso di informazioni privilegiate, rispetto delle leggi vigenti, onestà, tutela dell'ambiente	Diligenza onestà ERRORE:Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti	Danno all'operatore e danno economico	Interna	2	3	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Verifica dello stato di attuazione dei diversi interventi	Datori di Lavoro delegati unitamente a Dirigenti e Preposti	Struttura BOARD-INVESTIMENTI (Report periodico degli investimenti e dei lavori eseguiti)	Art. 25 corruzione di persona incaricata di pubblico servizio, rispetto delle leggi vigenti, onestà	Appropriatezza ERRORI: Negligenza e mancato rispetto delle norme	Danno all'operatore, danno all'immagine e danno economico	Interna	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo Alberto Tuglio

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **Redazione del Documento di Valutazione dei Rischi**	**Direzione di Afferenza:** **Direzione Generale**	**Funzione Responsabile:** **Dr. A. Tieghi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Individuazione dei FRI associati alle mansioni lavorative	Mancata Diligenza abuso di informazioni privilegiate, incompletezza di valutazione	Nessun rischio rilevato	bassa	Utilizzo Taleteweb accesso protetto da password	Responsabile SPPA in collaborazione con il Medico competente	31.12.2016
Identificazione delle strutture e aree su cui effettuare la valutazione dei rischi	Mancata Diligenza abuso di informazioni privilegiate, incompletezza di valutazione	Nessun rischio rilevato	bassa	Utilizzo Taleteweb accesso protetto da password	Responsabile SPPA in collaborazione con il Medico competente	31.12.2016
Valutazione dei rischi in ogni Dipartimento sulla base dei pericoli evidenziati	Mancata Diligenza e onestà incompleta valutazione dei rischi	Rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Realizzazione di procedure Implementazione Taleteweb	Datore di Lavoro (DdL), Responsabile SPPA, Medico Competente e Datori di Lavoro delegati (DdLd),	30.06.2016
Redazione della scheda di rischio per Struttura e Mansioni	Mancata Diligenza, sicurezza Negligenza ed errore di anali Utilizzo improprio delle informazioni si	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento procedure in atto	RSPP/ASPP unitamente a Dirigenti e Preposti	31.12.2016

Programmazione misure di prevenzione,di protezione e di controllo	Mancata Imparzialità, riservatezza	Rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Realizzazione Implementazione di procedure Taleteweb	Datore di Lavoro Responsabile SPPA con Medico Competente	30.06.2016
Validazione e copertura finanziaria degli interventi richiesti	Mancata Diligenza e Appropriatezza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento procedure in atto	Direttore Generale e Datori di Lavoro delegati	31.12.2016
Verifica dello stato di attuazione dei diversi interventi	Mancata appropriatezza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento procedure in atto	Datori di Lavoro delegati unitamente a Dirigenti e Preposti	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	06.11.2015	Dr. A. Tieghi	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Analisi dei dati
Sottoprocesso: Processo valutazione sicurezza dati informatici NON SENSIBILI

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Controllo degli accessi alle risorse locali e condivise sui PC	Referente del settore Ced	Disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno immagine all'Azienda	interna	2	2	2		CREAZIONI DI PROFILI DI ACCESSO PERSONALIZZATI
Controllo accesso alle risorse di rete	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno all'operatore e utente	interna	2	1	3	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Controllo utenze e password	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno all'operatore e/o utente	interna	2	1	2	4 (RA)	Attività coordinata delle azioni con fornitori di servizi per controllo e uso password

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Voce di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali(ERRORI)	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Gestione dei dati in locale	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno all'operatore e/o utente	interna	3	3	1	[illegible]	Sollecitazione al rispetto delle Linee Guida Aziendali CREAZIONI DI PROFILI DI ACCESSO PERSONALIZZATI Rilevazione statistica, basata sul TICKETING in uso in Azienda
Gestione dei dati su Server	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno immagine all'Azienda	interna	2	1	2	4 (RA)	Maggior controllo delle attività e accessi sui server
Procedure di Backup e Disaster Recovery	Responsabile Disaster Recovery e Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno immagine all'Azienda danno all'operatore e all'utente	interna	4	1	2		in via di definizione un Piano di Disaster Recovery IN ATTESA INDICAZIONI REGIONALI

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / eventi	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Utilizzo di software anti-virus	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno economico-patrimoniale	Interna/ esterno	2	2	1	4 (RA)	copertura delle stazioni virtualizzate
Postazione stand-alone	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno operatore e utente	interno	2	2	3		Sollecitazione all'applicazione Linee Guida creazioni di profili di accesso personalizzati
Analisi connettività verso l'interno	Referente del settore Ced	Disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno economico-patrimoniale	interna	1	1	2	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Analisi connettività verso l'esterno (INTERNET)	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti,riserva	Danno immagine all'Azienda	esterno	2	1	2	4 (RA)	Applicazione di politiche di controllo del traffico informatico con profilazione del profilo di accesso al web

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Posta elettronica	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno immagine all'Azienda	Interno/ esterno	4	1	3		Sollecitazione all'applicazione linee guida
Configurazione e caratteristiche della rete	Referente del settore Ced	disciplinare interno in materia di utilizzo delle risorse informatiche, internet e posta elettronica	ART.24 e art 24 bis Dlg 231/01 Frode informatica,e falsità ideologica	Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	Danno ecomonico-patrimoniale	interno	2	1	3	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 05.12.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

scheda per la comunicazione del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE CARLO POMA	PROVINCIA MANTOVA
PROCESSO: ANALISI DEI DATI NON SENSIBILI	DIREZIONE DI AFFERENZA: DIREZIONE GENERALE	FUNZIONE RESPONSABILE: DR. PEDRAZZINI

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
controllo degli accessi alle risorse locali e condivise sui pc	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	rischio rilevante previste azioni correttive	media	creazioni di profili di accesso personalizzati	referente del settore CED	31.12.2016
controllo accesso alle risorse di rete	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	referente del settore CED	31.12.2016
controllo utenze e password	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	attività coordinata delle azioni con fornitori di servizi per controllo e uso password	referente del settore CED	31.12.2016
gestione dei dati in locale	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	rischio critico prevista azione correttiva	alta	Sollecitazione al rispetto delle Linee Guida Aziendali CREAZIONI DI PROFILI DI ACCESSO PERSONALIZZATI Rilevazione statistica, basata sul TICKETING in uso in Azienda	referente del settore CED	31.12.2016
gestione dei dati su server	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	maggior controllo delle attività e accessi sui server	referente del settore CED	31.12.2016
procedure di backup e disaster recovery	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	rischio rilevante previste azioni correttive	media	in via di definizione un piano di Disaster Recovery in attesa indicazioni regionali	responsabile disaster recovery e referente del settore CED	31.12.2016
utilizzo di software anti-virus	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	copertura delle stazioni virtualizzate	referente del settore CED	31.12.2016

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
postazione stand-alone	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	rischio rilevante previste azioni correttive	media	sollecitazione all'applicazione linee guida creazioni di profili di accesso personalizzati	referente del settore CED	31.12.2016
analisi connettività verso l'interno	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	referente del settore CED	31.12.2016
analisi connettività verso l'esterno (INTERNET)	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti,riserva	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	applicazione di politiche di controllo del traffico informatico con profilazione del profilo di accesso al web	referente del settore CED	31.12.2016
posta elettronica	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	rischio rilevante previste azioni correttive	media	sollecitazione all'applicazione linee guida	referente del settore CED	31.12.2016
configurazione e caratteristiche della rete	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti, riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	referente del settore CED	31.12.2016

REDATTO DA	DATA	APPROVATO DA	PAGINE
DR. E.BURATO	05.12.2015	DR. PEDRAZZINI	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
DR. ENRICO BURATO

Processo: Relazioni con il Pubblico (URP)
Sottoprocesso: Gestione Reclami

Attività	Responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/errori	effetti / esiti	origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	barriere individuate / azioni correttive
Ricezione e accoglimento comunicazioni del cittadino	Collaboratore URP	Face-face/ Modulo reclami	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio, omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy	interno/ esterno	3	1	1	3 (RA)	mantenimento della procedura in corso
registrazione e selezione comunicazione protocollo	Collaboratore URP	apertura fascicolo, con assegnazione codice- tracciabilità	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy, trasparenza, rintracciabilità dei dati	interna	2	1	2	4 (RA)	mantenimento della procedura in corso
categorizzazione	Collaboratore URP	DATA BASE URP	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	interna	1	2	3	6 (RA)	mantenimento della procedura in corso

istruttoria	collaboratore URP responsabile URP	lettera scritta e protocollata	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	privacy appropriatezza, trasparenza e completezza, imparzialità, diligenza	interna	3	2	1	6 (RA)	mantenimento della NUOVA procedura adottata
risposta utente	responsabile URP collaboratore URP	lettera scritta e protocollata	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza,	appropriatezza, trasparenza e completezza, imparzialità, diligenza	interna	3	1	2	6 (RA)	mantenimento della procedura in corso

g = gravità delle conseguenze errore (1-4) p = probabilità che si verifichi errore (1-4) r = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =indice di priorità di rischio (gxpxr)	azioni di miglioramento: ra (rischio accettabile con ipr da 1 a 6): gestire secondo procedure rr (rischio rilevante con ipr da 8 a 16) da specificare le responsabilità rc (rischio critico con ipr da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

data, 11.10.2015 **firma responsabile processo** Marco Venturini

master list

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	ipr

Processo: Relazioni con il Pubblico (URP)
Sottoprocesso: Gestione Reclami

Attività	Responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/errori	effetti / esiti	origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	barriere individuate / azioni correttive
Ricezione e accoglimento comunicazioni del cittadino	Collaboratore URP	Face-face/ Modulo reclami	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio, omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy	interno/ esterno	3	1	1	3 (RA)	mantenimento della procedura in corso
registrazione e selezione comunicazione protocollo	Collaboratore URP	apertura fascicolo, con assegnazione codice- tracciabilità	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy, trasparenza, rintracciabilità dei dati	interna	2	1	2	4 (RA)	mantenimento della procedura in corso
categorizzazione	Collaboratore URP	DATA BASE URP	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	violazione privacy appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	interna	1	2	3	6 (RA)	mantenimento della procedura in corso

istruttoria	collaboratore URP responsabile URP	lettera scritta e protocollata	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona	privacy appropriatezza, trasparenza e completezza, imparzialità, diligenza	interna	3	2	1	6 (RA)	mantenimento della NUOVA procedura adottata
risposta utente	responsabile URP collaboratore URP	lettera scritta e protocollata	art.25 DLg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione	riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza,	appropriatezza, trasparenza e completezza, imparzialità, diligenza	interna	3	1	2	6 (RA)	mantenimento della procedura in corso

g = gravità delle conseguenze errore (1-4) p = probabilità che si verifichi errore (1-4) r = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =indice di priorità di rischio (gxpxr)	azioni di miglioramento: ra (rischio accettabile con ipr da 1 a 6): gestire secondo procedure rr (rischio rilevante con ipr da 8 a 16) da specificare le responsabilità rc (rischio critico con ipr da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

data, 10.10.2014 firma responsabile processo __Marco Venturini__

master list

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	ipr

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **RELAZIONI CON IL PUBBLICO**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZOINE GENERALE**	**Funzione Responsabile** **Dott. Marco Venturini**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Ricezione e accoglimento comunicazioni del cittadino	art.25 dlg.231/01 corruzione atti d'ufficio, omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione MANCATA riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	mantenimento della procedura in corso	Collaboratore URP	31.12.16
registrazione e selezione comunicazione protocollo	art.25 dlg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione MANCATA riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	mantenimento della procedura in corso	Collaboratore URP	31.12.16
categorizzazione	art.25 dlg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione MANCATA riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	mantenimento della procedura in corso	Collaboratore URP	31.12.16
istruttoria	art.25 dlg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione MANCATA riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura ADOTTATA	BASSA	sensibilizzazione del personale e professionisti sui diritti del cittadino	collaboratore URP responsabile URP	31.12.16

risposta utente	art.25 dlg.231/01 corruzione atti d'ufficio omissione atti d'ufficio, manipolazione e strumentalizzazione MANCATA riservatezza, trasparenza, tutela della persona, onestà, imparzialità, appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	mantenimento della procedura in corso	respensabile URP collaboratore URP	31.12.16

Redatto da	data	Approvato da	Pagine
Dr. E. Burato	11.10.15	Dott .Marco Venturini	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Piano di comunicazione
Sottoprocesso: Gestione del Piano di comunicazione

attività	responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/errori	effetti / esiti	origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	barriere individuate / azioni correttive
Indicazioni regionali	Responsabile Struttura Comunicazione	documenti regionali a confronto Struttura Comunicazione Regione Lombardia	art 25sexies	rispetto dei principi e delle norme vigenti, diligenza	Danno all'immagine dell'Azienda	interna	4	1	1	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
valutazione fabbisogno interno	Responsabile Struttura Comunicazione	riunioni, passaggio di documentazioni,confronto con Direzione Strategica e Strutt. Comunicazione-aggiornamento Piano di Comunicazione anno precedente	art24bis art 25sexies	tutela del paziente e del personale appropriatezza, equita', trasparenza e completezza dell'informazione	inadeguatezza rispetto alle esigenze dell'Azienda	interna/ esterna	4	1	1	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
elaborazione	Responsabile Struttura Comunicazione	elaborazione con PC delle informazioni e stesura Piano Comunicazione aggiornato	art24bis	appropriatezza, equita', trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine dell'Azienda imprecisione, incompletezza delle informazioni	interna	2	1	1	2 (RA)	mantenimento delle procedure in atto

Delibera	DG DS DA	iter atto deliberatorio	art25sexies	rispetto dei principi delle norme vigenti, trasparenza	non attuazione del Piano di Comunicazione	interna	4	1	1	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
comunicazione alla Regione Ufficio Strutt e Comunicazione	Responsabile Struttura Comunicazione	informativa via mail	art24bis art 25sexies	rispetto dei principi delle norme vigenti, trasparenza , diligenza	non ottemperanza del coordinamento con Ufficio Comunicazione Regione Lombardia	interna	3	1	1	3 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
pubblicazione intranet e presentazione alla Dirigenza	Responsabile Struttura Comunicazione	documento digitale on line, SLIDE PPT	art24bis art 25sexies	trasparenza, onestà rispetto dei principi delle norme vigenti,	mancato/difetto coinvolgimento dei professionisti , trasparenza,	interno	4	1	1	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 22.10.2015 **Firma Responsabile Processo** **Dr.ssa Elena Miglioli** Elena Miglioli

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **Piano di Comunicazione**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dr.ssa Elena Miglioli**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Indicazioni regionali	rispetto dei principi e delle norme vigenti, diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile Struttura Comunicazione	31.12.2016
valutazione fabbisogno interno	tutela del paziente e del personale appropriatezza, equita', trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile Struttura Comunicazione	31.12.2016
elaborazione	appropriatezza, equita', trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile Struttura Comunicazione	31.12.2016
Delibera	rispetto dei principi delle norme vigenti, trasparenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	DG DS DA	31.12.2016
comunicazione alla Regione settore Comunicazione Sanità tramite Asl Mantova	rispetto dei principi delle norme vigenti, trasparenza , diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile Struttura Comunicazione	31.12.2016

pubblicazione intranet e presentazione alla Dirigenza	trasparenza, onestà rispetto dei principi delle norme vigenti,	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Responsabile Struttura Comunicazione	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	22.10.2015	**Dr.ssa Elena Miglioli**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamenti
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

PROCESSO: SISTEMA GESTIONE QUALITA'
SOTTOPROCESSO: PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI / PROCEDURE / ADDESTRAMENTO	VALORE DI RIFERIMENTO / REATI E VIOLAZIONI 231	RISCHI DI DIFFORMITÀ AI VALORI AZIENDALI/ERRORI	EFFETTI / ESITI	ORIGINE DEL RISCHIO (INTERNO/ ESTERNO)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	BARRIERE INDIVIDUATE / AZIONI CORRETTIVE
RACCOLTA RIESAMI DI UU.OO/REPORT SEMESTRALI E INDICATORI	RQA E STAFF	EVENTI AVVERSI/REPORT SEMESTRI RIESAMI UU.OO/SISTEMA INDICATORI/RAPPORTO DEL RIESAME ALLA DIREZIONE	ART.25 ART 25 SEXIES ART 25 SEPTIES ART. 25 UNDIECIES DLGS 231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA/ MANCATA RACCOLTA RIESAMI DI UU.OO/REPORT SEMESTRALI E INDICATORI	DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA, ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNO	1	2	1	2	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO
GESTIONE RIESAME ALLA DIREZIONE	RQA DIREZIONE STRATEGICA.	RAPPORTO DEL RIESAME ALLA DIREZIONE	ART.24 BIS ART 25 SEXIES DLGS 231/01	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,I EQUITA', MPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DI[illegible]ZA	DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA, ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNO	2	2	1	4	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO

				APPROPRIATEZZA MANCATA GESTIONE DEL RIESAME ALLA DIREZIONE							
DEFINIZIONE DEL PIANO DI QUALITA' E RISK MENAGEMENT	**RQA/RM DIREZIONE STRATEGICA COMPARTO QUALITA' E RISK**	**PIANO QUALITA'**	**ART.24 BIS ART.25 ART 25 SEXIES ART 25 SEPTIES DLGS 231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,ITRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZA,SICUREZZA/ MANCATA DEFINIZIONE DEL PIOANO QUALITA'	**DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA DANNO ECOMONIC - PATRIMONIALE E DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE**	**INTERNO**	2	2	1	4	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**
REALIZZAZIONE DEL PIANO	**RQA E UU.OO INTERESSATE**	**ACTION PLAN**	**ART.24 BIS ART 25 SEXIES DLGS 231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI, ONESTA', MPARZIALITA', ITRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATE **ZA/MANCTA** REALIZZAZIONE DEL PIANO	**DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA**	**INTERNO**	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**

RENDICONTAZIONE DEL PIANO ALLA REGIONE LOMBARDIA	**RQA RM DIREZIONE GENERALE**	**RESOCONTO PIANO QUALITA' E DEL RISK MENAGEMENT**	**ART.24 BIS ART.25 ART 25 SEXIES DLGS 231/01**	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI, ONESTA', MPARZIALITA', ITRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE, DILIGENZA APPROPRIATEZA/ MANCATA **RENDICONTAZIONE ALLA REGIONE LOMBARDIA**	**DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA**	INTERNO	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 23.10.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: SISTEMA GESTIONE QUALITA': PIANO QUALITA' E RISK MANAGEMENT	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dr. E. Burato**

SOTTOPROCESSO/ ATTIVITÀ	RISCHIO RILEVATO	DESCRIZIONE GAP RILEVATI	PRIORITÀ	PIANO DI AZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE	TERMINE DI ATTUAZIONE
RACCOLTA RIESAMI DI UU.OO/REPORT SEMESTRALI E INDICATORI	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA E STAFF**	31.12.2016
GESTIONE RIESAME ALLA DIREZIONE	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA DIREZIONE STRATEGICA.**	31.12.2016
DEFINIZIONE DEL PIANO DI QUALITA' E RISK MENAGEMENT	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA/RM DIREZIONE STRATEGICA COMPARTO QUALITA' E RISK**	31.12.2016
REALIZZAZIONE DEL PIANO	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA E UU.OO INTERESSATE**	31.12.2016

RENDICONTAZIONE DEL PIANO ALLA REGIONE LOMBARDIA	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA RM DIREZIONE GENERALE**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	23.10.2015	**Dr. E. Burato**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamenti
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: SISTEMA GESTIONE QUALITA'
Sottoprocesso: IMPLEMENTAZIONE SISTEMA GESTIONE QUALITA'

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno /esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
DEFINIZIONE DEI PROCESSI PRIMARI E DI SUPPORTO	DIREZIONE STRATEGICA E S.C.QUALITA' SQR	INDICATORI DI PREFORMANCE	ART.25 ART 25 SEXIES ART 25 SEPTIES ART. 25 UNDIECIES DLGS 231/01	rispetto dei principi e norme vigenti,imparzialita' e pari oppurtunita', diligenza appropriatezza/ mancata **definizione dei processi primari e di supporto**	DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA, ECONOMICO-PATRIMONIALE E DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE	INTERNO	1	2	1	2	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO
PIANIFICAZIONE PROCESSI	S.C.QUALITA' SQR, RM, CSQ,CIQ CDQ E UU.OO.	ISO 9000 ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E ACCREDIT JCR MANUALE QUALITA'	ART.24 BIS ART 25 SEXIES DLGS 231/01	rispetto dei principi e norme vigenti,i equita', mparzialita' e pari oppurtunita', trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza/mancata **pianificazione processi**	DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA, ECONOMICO-PATRIMONIALE E DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE	INTERNO	1	2	1	2	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO

ATTUAZIONE DEL PROCESSO	**RUO RP RGQ E RQPR**	**PROCEDURE GENERALI PROCEDURE SPECIFICHE TAB1MQ05 MQ06**	**ART.24 BIS ART.25 ART 25 SEXIES ART 25 SEPTIES DLGS 231/01**	rispetto dei principi e norme vigenti,itrasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriateza,sicurezza/ manca **taattuazione del processo**	**DANNO ECOMONIC-PATRIMONIALE E DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE**	**INTERNO/ESTERNO**	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**
ATTUAZIONE MONITORAGGIO REGISTRAZIONE RISULTATO	**RUO RP RGQ E RQPR**	**MODULI TABELLE SCHEDE CARTELLE CLINICHE**	**ART.24 BIS ART 25 SEXIES DLGS 231/01**	rispetto dei principi e norme vigenti, onesta', mparzialita', itrasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriate **za/mancta attuazione monitoraggio registrazione risultato**	**DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA**	**INTERNO**	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**
AUDIT VERIFICA	**RQA CVI GVI**	**PROCUDURA AUDIT** (MOD4PG3MQ08)	**ART.24 BIS ART.25 ART 25 SEXIES DLGS 231/01**	rispetto dei principi e norme vigenti, onesta', mparzialita', itrasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriateza/ mancata verifica audit	**DANNO ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA**	INTERNO	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**

AZIONI SECONDO RISULTATI OTTENUTI	**UU.OO STRUTTURA QUALITA'**	**PG1MQ08 MOD5PG3MQ08 MOD11PG3MQ08**	**ART.24 BIS ART.25 ART 25 SEXIES ART 25 SEPTIES DLGS 231/01**	rispetto dei principi e norme vigenti, onesta', itrasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriateza,sicurezza	**DANNO ECOMONIC-PATRIMONIALE E DANNO ALL'OPERATORE/UTENTE**	INTERNO/ESTERNO	2	1	1	2	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015

Firma Responsabile Processo _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **SISTEMA GESTIONE QUALITA:** IMPLEMENTAZIONE SISTEMA GESTIONE QUALITA'	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dr. E. Burato**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
DEFINIZIONE DEI PROCESSI PRIMARI E DI SUPPORTO	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**DIREZIONE STRATEGICA E S.C.QUALITA' SQR**	31.12.2016
PIANIFICAZIONE PROCESSI	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**S.C.QUALITA' SQR, RM, CSQ,CIQ CDQ E UU.OO.**	31.12.2016
ATTUAZIONE DEL PROCESSO	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RUO RP RGQ E RQPR**	31.12.2016
ATTUAZIONE MONITORAGGIO REGISTRAZIONE RISULTATO	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA',	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RUO RP RGQ E RQPR**	31.12.2016

	DILIGENZA APPROPRIATEZZA					
AUDIT VERIFICA	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**RQA CVI GVI**	31.12.2016
AZIONI SECONDO RISULTATI OTTENUTI	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI,IMPARZIALITA' E PARI OPPURTUNITA', DILIGENZA APPROPRIATEZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO**	**UU.OO STRUTTURA QUALITA'**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	**Dr. E. Burato**	2

Processo: ***Gestione del processo di interfaccia con le attività sanitarie.***
Sottoprocesso: ***Gestione della documentazione sanitaria ambulatoriale.***

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
COMPILAZIONE RICETTA UNICA PER EFFETTUARE RICHIESTE DI PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI E FARMACEUTICHE,	MEDICO PRESCRITTORE	PG4MQ04 E ALL1 PROTOCOLLO PER LA CORRETTA PRESCRIZIONE 2010 ASL REGIONE LOMBARDIA	ABUSO DI INFORMAZIONI PRIVILEGIATE,TRUFFA AGGRAVATA (ART25 SEXIES E ART.24)	NON RISPETTO DEL CODICE DEONTOLOGICO ED ETICO E FALSIFICAZIONE DI BISOGNI SANITARI O FARMACOLOGICI	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	4	1	1	4 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
PAGAMENTO DEL TICKET	PERSONALE CUP/CASSA AZIENDALE E PERSONALE DEI SERVIZI ACCETTAZIONE DEL LABORATORIO ANALISI E DELLA RADIOLOGIA	SECONDO PG4MQ04 E ALL.2 TABELLA UNICA DELLE CONDIZIONI DI ESENZIONI – REG. LOMBARDIA	TRUFFA AGGRAVATA,INDEBITA PERCEZIONE DI EROGAZIONE A DANNO DELLO STATO,RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI	FALSIFICAZIONE DEL CONTENUTO DELLA RICETTA UNICA	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
EMISSIONE RICEVUTE	PERSONALE CUP/CASSA AZIENDALE E PERSONALE DEI SERVIZI ACCETTAZIONE DEL LABORATORIO ANALISI E DELLA RADIOLOGIA	SECONDO PG4MQ04	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI. DILIGENZA	NON CORRISPONDENZA DI QUANTO PREVISTO DALLA PROCEDURA GENERALE E DALLE NORME VIGENTI	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO	INTERNA	2	1	1	2 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE

VALUTAZIONE DELLA CORRETTA DOCUMENTAZIONE	MEDICO SPECIALISTA E/O PERSONALE INFERMIERISTICO	SEC. PG4MQ04 E APPROPRIATEZZA CLINICO ORGANIZZATIVA	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI. DILIGENZA	ESEGUIRE UNA PRESTAZIONE SENZA LA CORRETTEZZA FORMALE	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE	MEDICO SPECIALISTA E/O PERSONALE INFERMIERISTICO	DOCUMENTAZIONE SANITARIA SOFWARE	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI. DILIGENZA	Non rispetto della prescrizione	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
REFERTAZIONE	MEDICO SPECIALISTA	SECONDO PG4MQ04	ONESTÀ, RISERVATEZZA, APPROPRIATEZZA	Non rispetto delle procedure	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO	INTERNA	1	1	1	1 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
ARCHIVIAZIONE DI UU.OO.	SEGRETARIE DI UU.OO O DI SERVIZI O ALTRO PERSONALE DESIGNATO DAL DIRETTORE DI PRESIDIO	SEC. PG4MQ04	DILIGENZA E RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORMA VIGENTI	Non rispetto della procedura generale	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	1	1	1	1 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE
ARCHIVIAZIONE DEFINITIVA	PERSONALE ARCHIVIO	SEC. PG4MQ04	DILIGENZA E RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORMA VIGENTI	Non rispetto della procedura generale	DANNO ALL'UTENTE ESTERNO E DANNO ECONOMICO E DI IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 RA	CONTINUARE A GESTIRE SECONDO PROCEDURE

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 23.10.2015

Firma Responsabile Processo _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: : ***Gestione del processo di interfaccia con le attività sanitarie:*** *Gestione della documentazione sanitaria ambulatoriale.*	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dr. E. Burato**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
COMPILAZIONE RICETTA UNICA PER EFFETTUARE RICHIESTE DI PRESTAZIONI SANITARIE AMBULATORIALI E FARMACEUTICHE,	**NON RISPETTO DEL CODICE DEONTOLOGICO ED ETICO E FALSIFICAZIONE DI BISOGNI SANITARI O FARMACOLOGICI**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**MEDICO PRESCRITTORE**	31.12.2016
PAGAMENTO DEL TICKET	**FALSIFICAZIONE DEL CONTENUTO DELLA RICETTA UNICA**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**PERSONALE CUP/CASSA AZIENDALE E PERSONALE DEI SERVIZI ACCETTAZIONE DEL LABORATORIO ANALISI E DELLA RADIOLOGIA**	31.12.2016
EMISSIONE RICEVUTE	**NON CORRISPONDENZA DI QUANTO PREVISTO DALLA PROCEDURA GENERALE E DALLE NORME VIGENTI**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**PERSONALE CUP/CASSA AZIENDALE E PERSONALE DEI SERVIZI ACCETTAZIONE DEL LABORATORIO ANALISI E DELLA RADIOLOGIA**	31.12.2016
VALUTAZIONE DELLA CORRETTA DOCUMENTAZIONE	**ESEGUIRE UNA PRESTAZIONE SENZA LA CORRETTEZZA FORMALE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**MEDICO SPECIALISTA E/O PERSONALE INFERMIERISTICO**	31.12.2016

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE	**NON RISPETTO DELLA PRESCRIZIONE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**MEDICO SPECIALISTA E/O PERSONALE INFERMIERISTICO**	31.12.2016
REFERTAZIONE	**NON RISPETTO DELLE PROCEDURE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**MEDICO SPECIALISTA**	31.12.2016
ARCHIVIAZIONE DI UU.OO.	**NON RISPETTO DELLA PROCEDURA GENERALE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**SEGRETARIE DI UU.OO O DI SERVIZI O ALTRO PERSONALE DESIGNATO DAL DIRETTORE DI PRESIDIO**	31.12.2016
ARCHIVIAZIONE DEFINITIVA	**NON RISPETTO DELLA PROCEDURA GENERALE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	PERSONALE ARCHIVIO	31.12.2016

Redatto da	Data 23.10.2015	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato		**Dr. E. Burato**	2

Processo: Trattamento dei dati personali **Sottoprocesso: Gestione dei dati sensibili D.Lgs 196/2003**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Nomina Responsabili Aziendale Privacy	Direzione generale	Delibera n.988 del 27 nov 2008	Art 24 BIS D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Legge n.190/12	Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	Danno immagine aziendale Danno utenti e operatori	interna	1	1	1	1	Conferma delle nomine
Nomina Responsabili di Struttura trattamento dati	Respons. Aziendale Privacy	Delibera n.988 del 27 nov 2008	Art 24 BIS D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Legge n.190/12	Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	Danno immagine aziendale Danno utenti e operatori	interna	1	1	1	1	Aggiornamento delle nomine
Individuazione e aggiornamento degli Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	Respons. di Struttura trattamento dati	Nomina scritta / Istruzioni scritte	Art 24 BIS D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Legge n.190/12	Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	Danno immagine aziendale Danno utenti e operatori	interna	1	1	1	1	Aggiornamento incarichi

Consegna informativa al personale dipendente o all'utenza	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	Istruzioni scritte (Disposizioni operative da delibera)	Art 24 bis D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Art 25 qiunqiues Art 25 sexies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione e diligenza	Danno utenti e operatori	interna	2	1	1	2	Mantenimento procedura in atto
Affissione fogli informativi (AVVISI) nei locali di contatto con i pubblico	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	Cartaceo (Disposizioni operative da delibera)	Art 24 bis D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Art 25 qiunqiues Art 25 sexies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno utenti e operatori	interna	1	1	1	1	Mantenimento procedura in atto
Acquisizione del consenso informato	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	Orale: registrazione negli applicativi CUP/radiologia Data Processing/Accettazione Lab. Analisi Ststema informatico attivo. Modulo-consenso cartaceo	Art 24 bis D.Lgs 231/01 D.Lgs 196/03 Art 25 qiunqiues Art 25 sexies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione e diligenza	Danno immagine aziendale	interna	2	1	1	2	Mantenimento procedura in atto

Verifica/ Raccolta/ conservazione dei documenti	Responsabili di Struttura trattamento dati	Sistemi informatici Moduli cartacei	Art 24 bis D.Lgs 231/01 Art 25 qiunqiues Art 25 sexies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza diligenza	Danno immagine aziendale	interna	1	1	1	1	Mantenimento procedura in atto
Archiviazione Generale	Responsabile struttura spedalità	Archivio centrale	Art 24 bis D.Lgs 231/01 Art 25 qiunqiues Art 25 sexies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno immagine aziendale	interna	2	1	1	2	Mantenimento procedura in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 23.10.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** Carlo Poma	**PROVINCIA** Mantova
PROCESSO: **Gestione dei dati sensibili D.Lgs 196/2003**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dott.ssa A. GEROLA**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Nomina Responsabili Aziendale Pravacy	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	CONFERMA delle NOMINE	Direzione generale	31.12.2016
Nomina Responsabili di Struttura trattamento dati	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	AGGIORNAMENTO delle NOMINE	Respons. Aziendale Privacy	31.12.2016
Individuazione e aggiornamento degli Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	Aggiornamento degli incarichi	Respons. di Struttura trattamento dati	31.12.2016
Consegna informativa al personale dipendente O all'utenza	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	Mantenimento procedura in atto	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	31.12.2016
Affissione fogli informativi (AVVISI) nei locali di contatto con i pubblico	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	Mantenimento procedura in atto	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	31.12.2016
Acquisizione del consenso informato	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della	BASSA	Mantenimento procedura in atto	Incaricati del trattamento dati nelle organizzazioni di competenza	31.12.2016

	Riservatezza Mancato Trasparenza e completezza dell'informazione diligenza	procedura in corso				
Verifica/ Raccolta/ conservazione dei documenti	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	Mantenimento procedura in atto	Responsabili di Struttura trattamento dati	31.12.2016
Archiviazione Generale	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	BASSA	Mantenimento procedura in atto	Responsabile struttura spedalità	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	23.10.2015	Dott.ssa A. Gerola	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: ANALISI DEI DATI INFORMATICI
Sottoprocesso: Valutazione sicurezza dati informatici sensibili (SERVIZIO INFORMATIVO AZIENDALE)

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Controllo accessi remoti ai sistemi critici	PERSONALE SIA	Sistemi di sicurezza perimetrali con autenticazione utenti nominativa	ART.24 BIS Delitti informatici e trattamento illecito dei dati art. 615-ter c.p: Accesso abusivo art. 615-quater c.p: Detenzione e diffusione abusiva di accesso	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza ERRORI:In caso di configurazione errata gli utenti remoti potrebbero non raggiungere le destinazioni richieste o avere accesso a sistemi non essenziali	Danni immagine aziendale Danno agli operatori	Esterno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Configurazioni applicativi aziendali	PERSONALE SIA	Software house fornitrici di soluzioni Procedure interne alle software house per la configurazione degli applicativi	ART.24 BIS Delitti informatici e trattamento illecito dei dati	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Riservatezza Diligenza ERRORI:Alcune funzionalità non attivate potrebbero permettere accessi non conformi alla normativa (lunghezza user/pasword, scadenza..)	Danni immagine aziendale Danno agli operatori	Esterno interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Accesso agli applicativi aziendali che trattano dati sensibili	PERSONALE SIA	Creazione delle utenze secondo requisiti allegato B 196/2003	ART.24 BIS Delitti informatici e trattamento illecito dei dati ART.25 sexies Delitti di abuso di informazioni privilegiate Accesso abusivo (art. 615-quater c.p)	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza ERRORI: L'attivazione di utenze potrebbe non essere conforme a tutti i requisiti richiesti dalla normativa (scadenza password, tipologia, ecc..)	Danni immagine aziendale Danno agli utenti-pazienti	Interno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Adeguamento alla normativa	personale sia	Software house	ART.24 BIS Delitti informatici e trattamento illecito dei dati art. 615-quater c.p: Detenzione e diffusione abusiva di accesso	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza ERRORI: non sostituzione dei software più obsoleti (non 196/2003 compliant); non aggiornato o sostituzione secondo nuove versioni conformi	Danni immagine aziendale Danno agli operatori e utenti-pazienti	Esterno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Protezione dell'infrastruttura	PERSONALE SIA	Controllo accessi (fisico e logico), logging accessi, business-continuity e disaster recovery	ART.24 BIS Delitti informatici e trattamento illecito dei dati art. 615-quinquies c.p art. 635-quinquies	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza ERRORI:mancanza di intervento in caso di guasto alla continuità dei sistemi che viene garantita grazie alla ridondanza delle infrastrutture critiche, in caso di perdita dei dati i sistemi di backup permettono di recuperare i sistemi più critici per le funzionalità aziendali	Danni immagine aziendale	Interno esterno	3	1	2	6 (RA)	REALIZZAZIONE FISICA NUOVA SALA SERVER Nota: in collaborazione con Ufficio tecnico

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 05.12.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR
1			
2			
3			
4			
5			

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **Valutazione sicurezza dati informatici SENSIBILI** **(SERVIZIO INFORMATIVO AZIENDALE)**	**DIREZIONE DI AFFERENZA:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. F. Pedrazzini**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Controllo accessi remoti ai sistemi critici	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Mancata Onestà, Riservatezza e Diligenza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	PERSONALE SIA	31.12.2016
Configurazioni applicativi aziendali	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Mancata Onestà, Riservatezza e Diligenza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	PERSONALE SIA	31.12.2016
Accesso agli applicativi aziendali che trattano dati sensibili	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Mancata Onestà, Riservatezza e Diligenza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	PERSONALE SIA	31.12.2016
Adeguamento alla normativa	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Mancata Onestà, Riservatezza e Diligenza	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	PERSONALE SIA	31.12.2016

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Protezione dell'infrastruttura	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti Mancata Onestà, Riservatezza e Diligenza	Nessun rischio rilevato	bassa	REALIZZAZIONE FISICA NUOVA SALA SERVER Nota: in collaborazione con Ufficio tecnico	PERSONALE SIA	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	05.12.2015	Dr. F. Pedrazzini	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: CONTROLLO DI GESTIONE & FLUSSI INFORMATIVI Sottoprocessi: Flussi, Budget, Reporting, Contabilità Analitica

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
FLUSSI	Addetti Controllo di Gestione	Applicativi aziendali per tipologia di flussi	Truffa (art. 24/231)	Onestà, appropriatezza, riservatezza; Errore; ritardi invio e % mancato raggiungimento obiettivo	danno immagine, danno economico	Esterno e interno	4	1	1	4	PIENA ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI
BUDGET	Responsabile Struttura Controllo di Gestione, Comitato Budget	Regolamento Aziendale, Procedure Interne	Art24bis (trattamento illecito dei dati)	Equità, Imparzialità Errore; imputazione errata x CdR (Centro di Responsabilità)	Danno immagine CdR e/o Dipartimento	Interno	3	1	1	3	Mantenimento Procedure Interne e confronto con Comitato Budget
REPORTING	Responsabile Struttura e addetti Controllo di Gestione	Applicativi aziendali interni ed esterni (OSLO) Procedure Interne (intranet)	Art24bis	Equità, Imparzialità Errore; imputazione errata x CdR (Centro di Responsabilità)	Danno immagine CdR e/o Dipartimento	Interno	4	1	1	4	Mantenimento Procedure Interne e confronto con Strutture Sanitarie e di Staff
CONTABILITA' ANALITICA	Addetti Controllo di Gestione	Applicativo Aziendale Interno e strumenti interni	Art 24, art24bis	Equità, Imparzialità Errori di attribuzioni	Danno Economico per CdR	Esterni e Interni	3	2	1	6	Adeguamento linee guida Regionali e confronto con Strutture Sanitarie e di Staff

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data. 16/10/2015

Firma Responsabile Processo Dott.ssa ALESSANDRA BRUSCHI

SCHEDA per la COMUNICAZIONE Del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **CONTROLLO DI GESTIONE & FLUSSI INFORMATIVI**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dott.ssa A. Bruschi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
FLUSSI	Onestà,appropriatezza, riservatezza; Errore: ritardi invio e % mancato raggiungimento obiettivo	Nessun rischio rilevato	bassa	PIENAADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI	Addetti Controllo di Gestione e Flussi informativi	31.12.2016
BUDGET	Equità, Imparzialità	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento Procedure Interne e confronto con Comitato Budget	Responsabile Struttura Controllo di Gestione, Comitato Budget	31.12.2016
REPORTING	Errore: imputazione errata x CdR (Centro di Responsabilità)	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento Procedure Interne e confronto con Strutture Sanitarie e di Staff	Responsabile Struttura e addetti Controllo di Gestione	31.12.2016
CONTABILITA' ANALITICA	Equità, Imparzialità	Nessun rischio rilevato	bassa	Adeguamento linee guida Regionali e confronto con Strutture Sanitarie e di Staff	Addetti Controllo di Gestione	31.12.2016

Redatto da		data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	IL RESPONSABILE Struttura Qualità Accreditamento Appropriatezza Dr. ENRICO BURATO	16.10.2014	Dott.ssa A. Bruschi	1

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi

Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia

Attività	Responsabilità	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Definizione del fabbisogno per l'anno di competenza	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs163/10)e Direzione Sanitaria	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo	Danno all'utente interno/esterno	Interno	2	1	1	4	Aggiornamento scadenziari con frequenza trimestrale
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei servizi (art.271, Dpr 207/2010)	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato (adempimento non obbligatorio per le prestazioni di servizi)	Nessuno	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Definizione dell'importo di gara, verifica delle soglie comunitarie e redazione della lettera d'invito e degli atti di gara e	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale	Danno all'utente interno e danno economico/patrimoniale per l'Azienda	Interno	3	1	1	3	Non previste
Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Attivazione indagine di mercato ovvero estrazione operatore economico da elenco/albo fornitori	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto	Mancato rispetto dei principi di trasparenza,imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	3	1	1	3	Attivazione albo fornitori telematico mediante la piattaforma della società CSA Med

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi

Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia

		d'ufficio. Abuso d'ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001).								
Invio lettera d'invito e documentazione di gara ad almeno 5 operatori se presenti sul mercato	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (quest'ultimi solo se richiesti) artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza. Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto della normativa vigente e del principio di parità di trattamento, par condicio e imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4	Non previste Adottato schema di autocertificazione per verifica assenza di conflitti di interesse, ex L.190/12 e reati con la PA
Nomina della Commissione tecnica nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Organo stazione appaltante (art.84, D.Lgs163/06)	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e parità di trattamento	Danno all'utente esterno	Interno	4	1	1	4	Non previste Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi

Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia

Valutazione dell'offerta tecnica	Commissione Tecnica (art.84, D.Lgs163/06)	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d' ufficio. Abuso di informazioni privilegiate(D.Lgs 231/2001).	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno/Esterno	4	1	2	8 (RR)	Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Commissione di gara/Seggio di gara	Diligenza ed onestà. Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001).	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno/ esterno	4	1	1	4	Utilizzo gare telematiche
Verifica dell'anomalia dell'offerta (artt. 86,87,88)	Responsabile Unico del procedimento ovvero Commissione di	Diligenza ed onestà. Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno/esterno	3	1	1	3	Non previste

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi

Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia

	gara	incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abusod'ufficio (D.Lgs 231/2001).								
Aggiudicazione definitiva	Organo della Stazione Appaltante	Diligenza ed onestà. Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001).	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Trattasi di evento formale di recepimento degli atti di gara
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente esterno	Interno	2	1	1	2	Non previste
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs163/06)	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto d'ufficio	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4	Attestazioni prodotte direttamente da organismi pubblici esterni

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi **Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia**

Redazione verbale di aggiudicazione definitiva	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	interno	1	1	1	1	Non previste
Stipula contratto mediante letterà commercialovvero scrittura privata	Ufficiale rogante	Diligenza Falsità in scrittura privata (art.24 bis D.Lgs 231/2001	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	2	1	1	2	Non previste
Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	Danno all'utente esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309)	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno	Interno	3	1	2	**6**	Individuazione della figura del DEC per i contratti oggi sprovvisti. Applicazione del regolamento interno, approvato con deliberazione n.986 del 21/12/2012

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi

Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sotto soglia

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 14.10.2015

"STRUTTURA TECNICO ECONOMALE DEI SERVIZI"
IL RESPONSABILE
Dott. ALBERTO BASSI

Firma Responsabile Processo

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE SERVIZI SOTTO SOGLIA**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. A. Bassi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Definizione del fabbisogno per l'anno di competenza	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Aggiornamento scadenziari con frequenza trimestrale	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs163/10)e Direzione Sanitaria	31.12.2016
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei servizi (art.271, Dpr 207/2010)	Nessuno	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Definizione dell'importo di gara, verifica delle soglie comunitarie e redazione della lettera d'invito e degli atti di gara e	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Attivazione indagine di mercato ovvero estrazione operatore economico da elenco/albo fornitori	Mancato rispetto dei principi di trasparenza,imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Attivazione albo fornitori telematico mediante la piattaforma della società CSA Med	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Invio lettera d'invito e documentazione di gara ad almeno 5 operatori se presenti sul mercato	Mancato rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016

Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (quest'ultimi solo se richiesti) artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000	Mancato rispetto della normativa vigente e del principio di parità di trattamento, par condicio e imparzialità	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Nomina della Commissione tecnica nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Mancato rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e parità di trattamento	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)	Organo stazione appaltante (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta tecnica	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)	Commissione Tecnica (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Utilizzo gare telematiche	Commissione di gara/Seggio di gara	31.12.2016
Verifica dell'anomalia dell'offerta (artt. 86,87,88)	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del procedimento ovvero Commissione di gara	31.12.2016
Aggiudicazione definitiva	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Trattasi di evento formale di recepimento degli atti di gara	Organo della Stazione Appaltante	31.12.2016
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Attestazioni prodotte direttamente da organismi pubblici esterni	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Redazione verbale di aggiudicazione definitiva	Mancato rispetto dei	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa			31.12.2016

	principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica			Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	
Stipula contratto mediante letterà commercialovvero scrittura privata	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Ufficiale rogante	31.12.2016
Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	31.12.2016
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309)	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Individuazione della figura del DEC per i contratti oggi sprovvisti. Applicazione del regolamento interno, approvato con deliberazione n.986 del 21/12/2012	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	14.10.2015	Dr. A. Bassi	3

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

"STRUTTURA TECNICO ECONOMALE E DEI SERVIZI"
IL RESPONSABILE
Dott. ALBERTO BASSI

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi **Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sopra soglia**

Attività	Responsabilità	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Definizione del fabbisogno per l'anno di competenza	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs 163/10) e Direzione Sanitaria	Diligenza ed onestà. Nessun reato penale specifico.	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo	Danno all'utente interno/esterno	Interno	2	1	1	4	Aggiornamento scadenziari con frequenza trimestrale
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei servizi (art.271, Dpr 207/2010	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato (adempimento non obbligatorio per le prestazioni di servizi	Nessuno	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Scelta della procedura di gara da attivare	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato	Danno all'utente interno e danno economico / patrimoniale per l'Azienda; rischio di contenzioso con soggetti partecipanti/ PROROGHE DI CONTRATTI	Interno	2	2	1	4	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi **Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sopra soglia**

Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Pubblicazione del bando di gara (GUEE,GURI, due quotidiani nazionali,due quotidiani locali, profilo del committente, profilo del Ministero delle Infrastrutture e trasporti e Osservatorio Opere Pubbliche della Regione Lombardia	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza Nessun reato di carattere penale	Mancato rispetto dei principi di trasparenza e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4	Non previste
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4	Non previste
Nomina della Commissione tecnica nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Organo stazione appaltante (art.84, D.Lgs163/06)	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente esterno	Interno	4	1	1	4	Non previste Adottato schema di autocertificazione per la verifica dell'assenze di conflitti di interesse, ex L.190/12 e reati

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi **Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sopra soglia**

										con la PA
Valutazione dell'offerta tecnica	Commissione Tecnica (art.84, D.Lgs163/06)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d' ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Esterno	4	1	2	8 (RR)	Non previste Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Commissione di gara/Seggio di gara	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno	Interno/esterno	4	1	1	4	Utilizzo gare telematiche
Verifica dell'anomalia dell'offerta(artt. 86,87,88)	Responsabile Unico del procedimento ovvero Commissione di gara	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed	Danno all'utente interno/esterno	Interno/esterno	3	1	1	3	Non previste

		Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	imparzalità							
Aggiudicazione definitiva	Organo della Stazione Appaltante	Diligenza ed onestà. Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizi. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abusod'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Trattasi di evento formale di recepimento degli atti di gara
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara(art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente esterno	Interno	2	1	1	2	Non previste
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs 163/06)	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	Corruzione per un atto d'ufficio	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4	Attestazioni prodotte direttamente da organismi pubblici esterni
Redazione verbale di aggiudicazione definitiva	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto d'ufficio	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste

Processo: Gestione processo di Acquisto di Servizi **Sottoprocesso: Acquisto di Servizi sopra soglia**

Stipula contratto	Ufficiale rogante	Falsità in scrittura privata (art.24 bis D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	2	1	1	2	Non previste
Pubblicazione dei provvedimenti degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	Danno all'utente esterno	Interno	1	1	1	1	Non previste
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309)	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno	Interno	3	1	2	6	Individuazione della figura del DEC per i contratti oggi sprovvisti. Applicazione del regolamento interno, approvato con deliberazione n.986 del 21/12/2012

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità

	RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 14.10.2015

"STRUTTURA TECNICO ECONOMALE E DEI SERVIZI"
Firma Responsabile Processo
IL RESPONSABILE
Dott. ALBERTO BASSI

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE SERVIZI SOPRA SOGLIA**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. A. Bassi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Definizione del fabbisogno per l'anno di competenza	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Aggiornamento scadenziari con frequenza trimestrale	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs163/10)e Direzione Sanitaria	31.12.2016
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei servizi (art.271, Dpr 207/2010)	Nessuno	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Scelta della procedura di gara da attivare	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato	NESSUN RISCHIO	bassa	Mantenimento delle procedure	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento e Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Pubblicazione del bando di gara (GUEE,GURI, due quotidiani nazionali,due quotidiani locali, profilo del committente, profilo del Ministero delle Infrastrutture e trasporti e Osservatorio Opere Pubbliche della Regione Lombardia	Mancato rispetto dei principi di trasparenza,imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016

Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Mancato rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento E Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90	31.12.2016
Nomina della Commissione tecnica nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Mancato rispetto dei principi di imparzialità, trasparenza e parità di trattamento	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Organo stazione appaltante (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta tecnica	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Adottato Allegato P del Dpr 207/2010 ed in particolare metodo (media di coefficienti attribuiti dai singoli Commissari)	Commissione Tecnica (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Utilizzo gare telematiche	Commissione di gara/Seggio di gara	31.12.2016
Verifica dell'anomalia dell'offerta (artt. 86,87,88)	Mancato rispetto dei principi di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del procedimento ovvero Commissione di gara	31.12.2016
Aggiudicazione definitiva	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Trattasi di evento formale di recepimento degli atti di gara	Organo della Stazione Appaltante	31.12.2016
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Attestazioni prodotte direttamente da organismi pubblici esterni	Responsabile del Procedimento amministrativo (L.241/90)	31.12.2016
Redazione verbale di aggiudicazione definitiva	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016

Stipula contratto	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Ufficiale rogante	31.12.2016
Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	31.12.2016
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309)	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica	NESSUN RISCHIO RILEVATO	bassa	Individuazione della figura del DEC per i contratti oggi sprovvisti. Applicazione del regolamento interno, approvato con deliberazione n.986 del 21/12/2012	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	14.10.2015	Dr. A. Bassi	3

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

"STRUTTURA TECNICO ECONOMALE E DEI SERVIZI"
IL RESPONSABILE
Dott. ALBERTO BASSI

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sopra soglia**

Attività	Responsabilità	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Definizione del fabbisogno oggetto della procedura di gara (rappresentazione del fabbisogno ed organizzazione dell'acquisto)	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs 163/10) e Direttore di dipartimento di area sanitaria/Direttore Farmacia/Commissione Aziendale apparecchiature biomedicali	Diligenza ed onestà. Nessun reato penale specifico.	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo; Errata definizione del fabbisogno (Richiesta di materiale in eccedenza rispetto alle reali necessità, mancata valutazione di proposte alternative, meno costose e già aggiudicate; Gestione delle richieste senza programmazione	Danno all'utente interno / esterno; Organizzazione basata sulla gestione delle urgenze	Interno	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione di beni (art.271, Dpr 207/2010)	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato (adempimento non obbligatorio)	Mancato rispetto dl principio di economicità, Errata programmazione, Mancata effettuazione studio di fattibilità per aggregazione d'acquisto e concentrazione	Danno all'utente interno/esterno ; Effettuazione di procedure di gara evitabili	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

			della domanda tra le Aziende sanitarie lombarde (intra ed extra Consorzio)							
Scelta della procedura di gara da attivare	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato	Danno all'utente interno e danno economico / patrimoniale per l'Azienda; rischio di contenzioso con soggetti partecipanti/ proroghe di contratti	Interno	3	2	1	6 (RA)	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. come previsto dal paragrafo 3.2.1.1. RIDUZIONE DELLE PROROGHE DEI CONTRATTI DI APPALTO / RINNOVO della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014
Redazione degli atti di gara (Bando, Capitolato Tecnico, Disciplinare o Lettera d'Invito, DUVRI)	Responsabile Unico del Procedimento, Farmacista, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, Professionalità Mediche ed Infermieristiche di riferimento	Diligenza ed onestà Art. 24 e segg. del D.Lgs. n. 231/2001	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno e danno economico / patrimoniale per l'Azienda; rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	2	2	1	4 (RR)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sopra soglia**

Deliberazione/Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Direzione Strategica, Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno, rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Pubblicazione del bando di gara (GUEE,GURI, due quotidiani nazionali,due quotidiani locali, profilo del committente, profilo del Ministero delle Infrastrutture e trasporti e Osservatorio Opere Pubbliche della Regione Lombardia	Responsabile Unico del Procedimento e referente amministrativo del procedimento	Diligenza Nessun reato di carattere penale	Mancato rispetto dei principi di trasparenza e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata o omessa pubblicazione del bando	Danno all'utente interno / esterno, rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	4		1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Presidente seggio di gara (Responsabile Unico del Procedimento)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno , rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sopra soglia**

Nomina della Commissione Giudicatrice nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Organo stazione appaltante (Direzione Strategica) (art.84, D.Lgs163/06)	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto del principi in materia di composizione della Commissione Giudicatrice e delle relative cause di astensione	Danno all'utente esterno possibilità di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Valutazione dell'offerta tecnica	Commissione Giudicatrice (art.84, D.Lgs163/06)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d' ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta tecnica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	2	8 (RC)	Verifica a campione sulle veridicità delle dichiarazione rilasciate dai componenti delle Commissioni giudicatrici, in ordine all''assenza di cause ostative alla partecipazione al Collegio.

Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Seggio di gara	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Verifica dell'anomalia dell'offerta(artt. 86,87,88)	Responsabile Unico del procedimento	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata, omessa o incompleta verifica dell'anomalia dell'offerta	Danno all'utente interno/esterno	Interno/esterno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Aggiudicazione definitiva	Direzione Strategica / Organo della Stazione Appaltante	Diligenza ed onestà.	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata aggiudicazione per errore materiale	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Responsabile Unico del procedimento	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, omessa ed errata comunicazione	Danno all'utente esterno / interno, allungamento tempi per la definizione contrattuale	Interno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs 163/06)	Responsabile Unico del procedimento	Corruzione per atti d'ufficio, abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata / parziale o omessa verifica del possesso dei requisiti	Danno all'utente interno / esterno	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Redazione verbale di chiusura verifiche e incameramento cauzione definitiva (se prevista)	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto d'ufficio	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di	Danno all'utente interno, mancata garanzia e	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

		(D.Lgs 231/2001)	contrattualistica pubblica, errata redazione del verbale di chiusura, errato incameramento della cauzione per importo inferiore a quanto definito	possibile contenzioso con altri concorrenti						
Stipula contratto	Direttore Generale / Dirigente delegato	artt.24 e segg. D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica), errata stipula del contratto	Danno all'utente interno / esterno	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309 del DPR 207/2010)	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. . Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001	Mancata osservanza delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica)	Danno all'utente interno	Interno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sopra soglia**

Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	Danno all'utente esterno	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RC (rischio critico con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RR (rischio rilevante con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Firma Responsabile Processo

Data, 05.12.2015

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **Gestione processo di Acquisto di Beni SOPRA SOGLIA**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. C. Panarelli**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Definizione del fabbisogno oggetto della procedura di gara (rappresentazione del fabbisogno ed organizzazione dell'acquisto)	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo; Errata definizione del fabbisogno (Richiesta di materiale in eccedenza rispetto alle reali necessità, mancata valutazione di proposte alternative, meno costose e già aggiudicate; Gestione delle richieste senza programmazione	Nessun rischio rilevato	bassa	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs 163/10) e Direttore di dipartimento di area sanitaria/Direttore Farmacia/Commissione Aziendale apparecchiature biomedicali COMMISSIONE AZIENDALE DISPOSITIVI MEDICI	31.12.2016
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei BENI (art.271, Dpr 207/2010)	Mancato rispetto dl principio di economicità, Errata programmazione, Mancata effettuazione studio di fattibilità per aggregazione d'acquisto e concentrazione della domanda tra le Aziende sanitarie lombarde (intra ed extra Consorzio)	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Scelta della procedura di gara da attivare	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato	Rischio basso	bassa	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. come previsto dal paragrafo 3.2.1.1. Riduzione delle proroghe dei contratti di appalto / rinnovo della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016

Redazione degli atti di gara (Capitolato Tecnico, Lettera d'Invito, DUVRI)	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento, Farmacista, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, Professionalità Mediche ed Infermieristiche di riferimento	31.12.2016
Deliberazione/Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Direzione Strategica, Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Pubblicazione del bando di gara (GUEE,GURI, due quotidiani nazionali,due quotidiani locali, profilo del committente, profilo del Ministero delle Infrastrutture e trasporti e Osservatorio Opere Pubbliche della Regione Lombardi	Mancato rispetto dei principi di trasparenza e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata o omessa pubblicazione del bando	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento e referente amministrativo del procedimento	31.12.2016
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Presidente seggio di gara (Responsabile Unico del Procedimento)	31.12.2016
Nomina della Commissione Giudicatrice nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Mancato rispetto del principi in materia di composizione della Commissione Giudicatrice e delle relative cause di astensione	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in essere	Organo stazione appaltante (Direzione Strategica) (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta tecnica	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta tecnica	**RISCHIO CRITICO NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA**	**medio**	**Verifica a campione sulle veridicità delle dichiarazione rilasciate dai componenti delle Commissioni giudicatrici, in ordine all''assenza di cause ostative alla partecipazione al Collegio.**	**Commissione Giudicatrice (art.84, D.Lgs163/06)**	**31.12.2016**
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Seggio di gara	31.12.2016
Verifica dell'anomalia dell'offerta(artt. 86,87,88)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata, omessa o incompleta verifica dell'anomalia dell'offerta	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016

Aggiudicazione definitiva	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata aggiudicazione per errore materiale	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Direzione Strategica / Organo della Stazione Appaltante	31.12.2016
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, omessa ed errata comunicazione	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs 163/06)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata / parziale o omessa verifica del possesso dei requisiti	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016
Redazione verbale di chiusura verifiche e incameramento cauzione definitiva (se prevista)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata redazione del verbale di chiusura, errato incameramento della cauzione per importo inferiore a quanto definito	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Stipula contratto	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica), errata stipula del contratto	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Direttore Generale / Dirigente delegato	31.12.2016
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309 del DPR 207/2010)	Mancata osservanza delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica)				Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	05.12.2015	Dr. C. Panarelli	4

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Attività	Responsabilità	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Definizione del fabbisogno oggetto della procedura di gara (rappresentazione del fabbisogno ed organizzazione dell'acquisto)	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs 163/10) e Direttore di dipartimento di area sanitaria/Direttore Farmacia/Commissione Aziendale apparecchiature biomedicali	Diligenza ed onestà. Nessun reato penale specifico.	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo; Errata definizione del fabbisogno (Richiesta di materiale in eccedenza rispetto alle reali necessità, mancata valutazione di proposte alternative, meno costose e già aggiudicate; Gestione delle richieste senza programmazione	Danno all'utente interno / esterno; Organizzazione basata sulla gestione delle urgenze	Interno	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei beni (art. 271 Dpr 207/2010)	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza Nessun reato (adempimento non obbligatorio)	Mancato rispetto dl principio di economicità, Errata programmazione, Mancata effettuazione studio di fattibilità per aggregazione d'acquisto e concentrazione della domanda tra le Aziende sanitarie lombarde (intra ed extra Consorzio)	Danno all'utente interno/esterno ; Effettuazione di procedure di gara evitabili	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Scelta della procedura di gara da attivare	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato	Danno all'utente interno e danno economico / patrimoniale per l'Azienda; rischio di contenzioso con soggetti partecipanti/ proroghe di contratti	Interno	3	2	1	6 (RA)	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. come previsto dal paragrafo 3.2.1.1. RIDUZIONE DELLE PROROGHE DEI CONTRATTI DI APPALTO / RINNOVO della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014
Definizione dell'importo di gara, verifica delle soglie comunitarie	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale	Danno all'utente interno e danno economico/patrimoniale per l'Azienda	Interno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Redazione degli atti di gara (Capitolato Tecnico, Lettera d'Invito, DUVRI)	Responsabile Unico del Procedimento, Farmacista, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, Professionalità Mediche ed Infermieristiche di riferimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno e danno economico / patrimoniale per l'Azienda; rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Deliberazione/Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Direzione Strategica, Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno, rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Trasmissione dell'Invito ad almeno 5 Operatori Economici	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Danno all'utente interno, rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Presidente seggio di gara (Responsabile Unico del Procedimento)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità	Danno all'utente interno/esterno , rischio di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Nomina della Commissione Giudicatrice nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Organo stazione appaltante (Direzione Strategica) (art.84, D.Lgs163/06)	Diligenza ed onestà Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto del principi in materia di composizione della Commissione Giudicatrice e delle relative cause di astensione	Danno all'utente esterno possibilità di contenzioso con soggetti partecipanti	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Valutazione dell'offerta tecnica	Commissione Giudicatrice (art.84, D.Lgs163/06)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta tecnica	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	2	8 (RC)	Verifica a campione sulle veridicità delle dichiarazione rilasciate dai componenti delle Commissioni giudicatrici, in ordine all''assenza di cause ostative alla partecipazione al Collegio.

		d'ufficio. Abuso d' ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)								
Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Seggio di gara	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta	Danno all'utente interno/esterno	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Verifica dell'anomalia dell'offerta(artt. 86,87,88)	Responsabile Unico del procedimento	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio Istigazione alla corruzione Concussione Corruzione per un atto d'ufficio Abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata, omessa o incompleta verifica dell'anomalia dell'offerta	Danno all'utente interno/esterno	Interno/esterno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Aggiudicazione definitiva	Direzione Strategica / Organo della Stazione Appaltante	Diligenza ed onestà.	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata aggiudicazione per errore materiale	Danno all'utente interno/esterno	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Responsabile Unico del procedimento	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, omessa ed errata comunicazione	Danno all'utente esterno / interno, allungamento tempi per la definizione contrattuale	Interno	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs 163/06)	Responsabile Unico del procedimento	Corruzione per atti d'ufficio, abuso d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata / parziale o omessa verifica del possesso dei requisiti	Danno all'utente interno / esterno	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Redazione verbale di chiusura verifiche e incameramento cauzione definitiva (se prevista)	Responsabile Unico del Procedimento	Diligenza ed onestà Corruzione per un atto d'ufficio (D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata redazione del verbale di chiusura, errato incameramento della cauzione per importo inferiore a quanto definito	Danno all'utente interno, mancata garanzia e possibile contenzioso con altri concorrenti	Interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Stipula contratto	Direttore Generale / Dirigente delegato	art.24 e segg. D.Lgs 231/2001)	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica), errata stipula del contratto	Danno all'utente interno / esterno	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309 del DPR 207/2010)	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	Corruzione per un atto contrario a doveri d'ufficio. Corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio. Istigazione alla corruzione. Concussione. Corruzione per un atto d'ufficio. Abuso d'ufficio. Abuso di informazioni privilegiate (D.Lgs 231/2001	Mancata osservanza delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica)	Danno all'utente interno	Interno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

Processo: Gestione processo di Acquisto di Beni **Sottoprocesso: Acquisto di Beni mediante procedura di gara sotto soglia**

Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazione	Diligenza Nessun reato penale specifico	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	Danno all'utente esterno	Interno	1	1	1	1 (RA)	Mantenimento delle procedure in essere

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RC (rischio critico con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RR (rischio rilevante con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Firma Responsabile Processo

Data, 05.12.2015

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **Gestione processo di Acquisto di Beni SOTTO SOGLIA**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. C. Panarelli**

Sottoprocesso/ Attività	**Rischio rilevato**	**Descrizione GAP rilevati**	**Priorità**	**Piano di Azione**	**Responsabile dell'attuazione**	**Termine di attuazione**
Definizione del fabbisogno oggetto della procedura di gara (rappresentazione del fabbisogno ed organizzazione dell'acquisto)	Mancato rispetto del principio di economicità del procedimento amministrativo; Errata definizione del fabbisogno (Richiesta di materiale in eccedenza rispetto alle reali necessità, mancata valutazione di proposte alternative, meno costose e già aggiudicate; Gestione delle richieste senza programmazione	Nessun rischio rilevato	bassa	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile Unico del Procedimento (art.10 D.lgs 163/10) e Direttore di dipartimento di area sanitaria/Direttore Farmacia/Commissione Aziendale apparecchiature biomedicali COMMISSIONE AZIENDALE DISPOSITIVI MEDICI	31.12.2016
Programmazione dell'attività contrattuale per l'acquisizione dei BENI (art.271, Dpr 207/2010)	Mancato rispetto dl principio di economicità, Errata programmazione, Mancata effettuazione studio di fattibilità per aggregazione d'acquisto e concentrazione della domanda tra le Aziende sanitarie lombarde (intra ed extra Consorzio)	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Scelta della procedura di gara da attivare	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di	Rischio basso	bassa	Verifica semestrale procedure d'acquisto effettuate con proroghe a contratti esistenti. come previsto dal paragrafo 3.2.1.1. Riduzione delle proroghe	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016

	contrattualistica pubblica/Mancata verifica dell'offerta del mercato			dei contratti di appalto / rinnovo della D.G.R. n. X/2989 del 23/12/2014		
Definizione dell'importo di gara, verifica delle soglie comunitarie	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Redazione degli atti di gara (Capitolato Tecnico, Lettera d'Invito, DUVRI)	Mancato rispetto dei principi previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia di contrattualistica pubblica	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento, Farmacista, Ingegneria Clinica, Fisica Sanitaria, Professionalità Mediche ed Infermieristiche di riferimento	31.12.2016
Deliberazione/Determinazione a contrarre (art.11,comma 2, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Direzione Strategica, Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Trasmissione dell'Invito ad almeno 5 Operatori Economici	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Ricevimento delle offerte e verifica correttezza autocertificazione relativa ai requisiti di ordine generale e speciale (artt.38-41-42 del D.Lgs163/06 – Dpr 445/2000)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Presidente seggio di gara (Responsabile Unico del Procedimento)	31.12.2016
Nomina della Commissione Giudicatrice nel caso in cui si applichi per la selezione delle offerte il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (art.84 del D.Lgs163/06)	Mancato rispetto del principi in materia di composizione della Commissione Giudicatrice e delle relative cause di astensione	Nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento delle procedure in essere	Organo stazione appaltante (Direzione Strategica) (art.84, D.Lgs163/06)	31.12.2016
Valutazione dell'offerta tecnica	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta tecnica	**RISCHIO CRITICO NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA**	**MEDIO**	**Verifica a campione sulle veridicità delle dichiarazione rilasciate dai componenti delle Commissioni giudicatrici, in ordine all''assenza di cause ostative alla partecipazione al Collegio.**	**Commissione Giudicatrice (art.84, D.Lgs163/06)**	**31.12.2016**

Valutazione dell'offerta Economica ed aggiudicazione provvisoria	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento,par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata valutazione dell'offerta	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Seggio di gara	31.12.2016
Verifica dell'anomalia dell'offerta(artt. 86,87,88)	Mancato rispetto del principio di parità di trattamento, par condicio, trasparenza ed imparzialità, errata, omessa o incompleta verifica dell'anomalia dell'offerta	Nessun rischio rilevato	bassa	Non previste	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016
Aggiudicazione definitiva	Mancato delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata aggiudicazione per errore materiale	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Direzione Strategica / Organo della Stazione Appaltante	31.12.2016
Comunicazioni avvenuta aggiudicazione agli operatori economici in gara (art.79,co.5, D.Lgs163/06)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, omessa ed errata comunicazione	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016
Verifica del possesso dei prescritti requisiti (art.11,co.8, D.Lgs 163/06)	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata / parziale o omessa verifica del possesso dei requisiti	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del procedimento	31.12.2016

Redazione verbale di chiusura verifiche e incameramento cauzione definitiva (se prevista)	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di contrattualistica pubblica, errata redazione del verbale di chiusura, errato incameramento della cauzione per importo inferiore a quanto definito	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del Procedimento	31.12.2016
Stipula contratto	Mancato rispetto delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica), errata stipula del contratto	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Direttore Generale / Dirigente delegato	31.12.2016
Esecuzione del contratto-verifica (da art.209 a 309 del DPR 207/2010)	Mancata osservanza delle norme vigenti (penali e contrattualistica pubblica)	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Direttore Esecutivo del contratto (DEC)	31.12.2016
Pubblicazione dei provvedimentii degli organi di indirizzo politico e dei dirigenti amministrativi- ex art. 23, co.1 e 2- D.Lgs 33/2013	Mancato rispetto delle norme vigenti in materia di anticorruzione e trasparenza	Nessun rischio rilevato	bassa	Non prevista	Responsabile Unico del Procedimento Responsabile di Contenuto Responsabile di Pubblicazion	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	05.10.2015	Dr. C. Panarell	4

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	ANALISI DEL RISCHIO DI DIFFORMITA' AI VALORI ETICI AZIENDALI	MOD1PG8MQ08 DATA 19.11.2012 Rev. 2

Processo: Gestione delle collaborazioni esterne - Sottoprocesso: ***Reclutamento consulenze esterne***

Attività	Responsabilità	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Rilevazione della necessità	Direttore di Dipartimento o Direttore di Struttura	Art. 25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà Truffa ai danni dello Stato Indebita percezione di erogazioni da parte dello Stato	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti per mancanza di un'attività di selezione che garantisca criteri di correttezza e tracciabilità delle relative valutazioni	Valutazione della necessità NON realistica con conseguente danno economico	interna	3	1	2		Mantenimento procedure
			Non rispetto dell'onestà nella propria attività professionale per errata rilevazione e per possibile ricezione o promessa di denaro o altra utilità, a se o a terzi, al fine di praticare un favoritismo in sede di selezione o in sede di gestione del contratto		interna	3	1	2		Mantenimento procedure
Invio richiesta di reclutamento attraverso la forma del "contratto atipico" a Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	Direttore di Dipartimento o Direttore di Struttura	Diligenza	Non rispetto dei tempi	Danno economico e danno all'Utente interno	interna	2	1	1		Gestire secondo procedure

Ricezione della richiesta	Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	Diligenza	Non rispetto dei tempi	Danno economico e danno all'Utente interno	interna	2	1	1		Gestire secondo procedure
Verifica presupposti per accoglimento richiesta in rapporto all'effettivo bisogno	Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	Diligenza	Non rispetto dei tempi	Danno economico e danno all'Utente interno	interna	2	1	1		Gestire secondo procedure
In caso di parere positivo invio atti al titolare della gestione del processo	Titolare di p.o.	Diligenza	Non rispetto dei tempi	Danno economico e danno all'Utente interno	interna	2	1	1		Gestire secondo procedure
Avvio delle procedure per il reclutamento	Titolare di p.o.	Art. 25 sexies Abuso di informazioni privilegiate, art. 25 Istigazione alla corruzione, onestà, diligenza	Carente riservatezza	Danno all'immagine dell'A.O. e danno all'Utenza	interna	1	1	1		Gestire secondo procedure
			Negligenza nell'iter procedurale		Interna	1	1	1		Gestire secondo procedure

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RC** (rischio critico con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RR** (rischio rilevante con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Firma Responsabile Processo

Data, 05.11.2015

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE DELLE COLLABORAZIONI ESTERNE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. G. Simonetti**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Rilevazione della necessità	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti per mancanza di un'attività di selezione che garantisca criteri di correttezza e tracciabilità delle relative valutazioni	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure	Direttore di Dipartimento o Direttore di Struttura	31.12.2016
Invio richiesta di reclutamento attraverso la forma del "contratto atipico" a Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	Non rispetto dei tempi	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Gestire secondo procedure	Direttore di Dipartimento o Direttore di Struttura	31.12.2016
Ricezione della richiesta	Non rispetto dei tempi	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Gestire secondo procedure	Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	31.12.2016
Verifica presupposti per accoglimento richiesta in rapporto all'effettivo bisogno	Non rispetto dei tempi	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Gestire secondo procedure	Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo	31.12.2016

In caso di parere positivo invio atti al titolare della gestione del processo	**Non rispetto dei tempi**	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**Gestire secondo procedure**	**Titolare di P.O.**	31.12.2016
Avvio delle procedure per il reclutamento	**Carente riservatezza Negligenza nell'iter procedurale**	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**Gestire secondo procedure**	**Titolare di P.O.**	31.12.2015

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	05.11.2015	Dr. G. Simonetti	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE ACQUISTO TECNOLOGIE

Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità del servizio di consulenza per l'acquisto tecnologie

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
ATTIVAZIONE DELLE CONSULENZA	STRUTTURA GARE E CONTRATTI REFERENTE SEGRETERIA AMMINISTRATIVA (RSA) O RUO SIC	ATTRIBUZIONE CODICE ALLA PRATICA – APERTURA FILE SPECIFICO COMPILAZIONE REGISTRO CONSULENZE M_027	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ TRASPARENZA, CORRUZIONE ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE E CORRUZIONE PER ATTI D'UFFICIO ART 24 D.LGS 231/01	MANCATA ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI CONSULENZA DA PARTE DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE PER NON RISPETTO DI DILIGENZA , NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, NON TRASPARENZA, NON IMPARZIALITÀ	L'ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO POTREBBE PARTIRE SENZA LA CONSULENZA DEL SIC . (RISCHIO DI ACQUSITO INCAUTO PERCHÈ LA RICHIESTA TIENE CONTO DI PARERI DI ALTRE STRUTTURE CHE NON CONOSCONO BENE AL REALTÀ)	INTERNO ED ESTERNO	1	3	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
PREPARAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE TECNICA PRE-GARA FASE 1 **(CAPITOLATO TECNICO E QUESTIONARIO)**	RUO SIC RSA	ATTRIBUZIONE CODICE PRATICA ALLA DOCUMENTAZIONE TECNICA PRODOTTA AGGIORNAMENTO REGISTRO CONSULENZE	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ TRASPARENZA, CORRUZIONE	ERRATA PREPARAZIONE / INCOMPLETA PREPARAZIONE / DEL CAPITOLATO TECNICO PER NON COMPLETA CONOSCENZA DEL MERCATO E DEI PRODOTTI IN COMMERCIO.	AGEVOLAZIONE DI UNO O PIÙ CONCORRENTI , MANCATA DILIGENZA	INTERNO ED ESTERNO	2	1	4	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

PREPARAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE TECNICA POST-GARA FASE 2 **(QUADRO COMPARATIVO, FOGLIO DI VALUTAZIONE, RELAZIONE DI SINTESI)**	RUO SIC	ATTRIBUZIONE CODICE PRATICA ALLA DOCUMENTAZIONE TECNICA PRODOTTA AGGIORNAMENTO REGISTRO CONSULENZE	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ TRASPARENZA, CORRUZIONE	ERRATA VALUTAZIONE / INCOMPLETA VALUTAZIONE / DELLE CARATTERISTICHE DEI PRODOTTI IN GARA PER NON COMPLETA CONOSCENZA DI TUTTI GLI ELEMENTI O PER SCELTA ARBITRARIA DEL PRODOTTO.	:AGEVOLAZIONE DI UNO O PIù CONCORRENTI, MANCATA DILIGENZA,	INTERNO	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ DI CONSULENZA	RSA	COMPILAZIONE ED AGGIORNAMENTO REGISTRO ESECUZIONE ATTIVITÀ M_027	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ TRASPARENZA, CORRUZIONE	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA (DILIGENZA)	PROLUNGAMENTO DEI TEMPI	INTERNO	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE ACQUISTO TECNOLOGIE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Ing. L.Attolini**

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
attivazione delle consulenza	mancata attivazione delle attività di consulenza da parte della struttura richiedente per non rispetto di diligenza , non rispetto dei principi e delle norme vigenti, non trasparenza, non imparzialità	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	STRUTTURA GARE E CONTRATTI REFERENTE SEGRETERIA AMMINISTRATIVA (RSA) O RUO SIC	31.12.2016
preparazione della documentazione tecnica pre-gara fase 1 **(capitolato tecnico e questionario)**	errata preparazione / incompleta preparazione / del capitolato tecnico per non completa conoscenza del mercato e dei prodotti in commercio.	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RUO SIC RSA	31.12.2016
preparazione della documentazione tecnica post-gara fase 2 **(quadro comparativo, foglio di valutazione, relazione di sintesi)**	errata valutazione / incompleta valutazione / delle caratteristiche dei prodotti in gara per non completa conoscenza di tutti gli element i o per scelta arbitraria del prodotto.	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RUO SIC	31.12.2016
chiusura delle attività di consulenza	mancata chiusura nei tempi definiti per omissione dimenticanza (diligenza)	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RSA	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	06.11.2015	**Ing. L.Attolini**	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE TECNOLOGIE I
Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità del servizio di installazione e collaudo delle tecnologie

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
PREPARAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI INSTALLAZIONE E COLLAUDO	RGTB O RUO SIC	AGGIORNAMENTO DATI NEL SISTEMA INFORMATIVO IDENTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E FISICA DELLA TECNOLOGIA CONTROLLATA E STOCCATA (EMISSIONE DOCUMENTALE + IDENTIFICAZIONE CON ETICHETTE, CARTELLINI)	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO ART 24 D.LGS 231/01	MANCATA PREPARAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI INSTALLAZIONE DOVUTA A MANCANZA DI TUTTI GLI ELEMENTI CHE NELL'ESECUTIVO VENGONO EVIDENZIATI (O EVIDENZIATI IN CORSO D'OPERA) PER MANCANZA DI DILIGENZA	:RALLENTAMENTO DELLE OPERAZIONI DI INSTALLAZIONE DANNO ALL'UTENTE	**INTERNO**	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
INSTALLAZIONE E COLLAUDO	RGTB O RUO SIC	AGGIORNAMENTO DATI NEL SISTEMA INFORMATIVO IDENTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA E FISICA DELLA TECNOLOGIA CONTROLLATA E	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ	MANCATA INSTALLAZIONE E COLLAUDO PER MANCANZA DELLA APPARECCHIATURA (MANCATA CONSEGNA DI PARTI DELL'APPARECCHIATURA O CERTIFICAZIONI	RITARDO DEL COLLAUDO E DELLA FRUIZIONE DEL BENE DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**INTERNO/ ESTERNO**	1	3	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

		STOCCATA (EMISSIONE DOCUMENTALE + IDENTIFICAZIONE CON ETICHETTE, CARTELLINI)		NECESSARIE O ATTO DI ORDINE) PER NON RISPETTO DELLA DITTA DELLE CONDIZIONI RELATIVI ALL'ORDINE O PER IL FATTO CHE I LOCALI NON SONO ANCORA PRONTI (O IDENTIFICATI I DESTINATARI DEL BENE) MANCATA DILIGENZA							
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	RGTB O RUO	aggiornamento dati nel sistema informativo identificazione amministrativa e fisica della tecnologia controllata e stoccata (emissione documentale + identificazione con etichette) apertura, aggiornamento e chiusura file specifico nel sistema informativo.	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER OPPOSIZIONE DELL'ATTORE A CUI È DESTINATO I BENE MANCATA DILIGENZA	PROLUNGAMENTO DEI TEMPI DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**INTERNO**	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015 **Firma Responsabile Processo** _____

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE TECNOLOGIE E COLLAUDO**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Ing. L. Attolini**

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
preparazione delle attività di installazione e collaudo	mancata preparazione delle attività di installazione dovuta a mancanza di tutti gli elementi che nell'esecutivo vengono evidenziati (o evidenziati in corso d'opera) per mancanza di diligenza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RGTB O RUO SIC	**31.12.2016**
installazione e collaudo	mancata installazione e collaudo per mancanza della apparecchiatura (mancata consegna di parti dell'apparecchiatura o certificazioni necessarie o atto di ordine) per non rispetto della ditta delle condizioni relativi all'ordine o per il fatto che i locali non sono ancora pronti (o identificati i destinatari del bene) mancata diligenza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RGTB O RUO SIC	**31.12.2016**
chiusura delle attività	mancata chiusura nei tempi definiti per omissione dimenticanza o per opposizione dell'attore a cui è destinato i bene mancata diligenza	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento procedure in corso	RGTB O RUO	**31.12.2016**

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott.E. Burato	06.11.2015	**Ing. L.Attolini**	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: SIC

Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità Servizi relativi all'esecuzione di: test funzionali, verifiche, calibrazioni e verifiche di sicurezza

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO DI VERIFICHE NELLE UO	DITTA ESTERNA	BANCA DATI DEL SISTEMA INFORMATIVO	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 DANNEGGIAMENTO E CORRUZIONE	ERRATA / INCOMPLETA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI FINANZIAMENTI O PER DIMENTICANZA	NON OTTEMPERANZA A NORME DI LEGGE SULLE VERIFICHE OBBLIGATORIE	ESTERNO	4	1	1	4 (RA)	ERRATA / INCOMPLETA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI FINANZIAMENTI O PER DIMENTICANZA
ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ TECNICHE	DITTA ESTERNA	EMISSIONE DOCUMENTALE + IDENTIFICAZIONE CON ETICHETTE	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 FALSITA' E CORRUZIONE	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA PER MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA	NON EMISSIONE DOCUMENTALE + IDENTIFICAZIONE CON ETICHETTE	ESTERNO	4	2	1	8 (RR)	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA PER MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	DITTA ESTERNA	AGGIORNAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 DANNEGGIAMENTO E CORRUZIONE	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIG	PROLUNGAMENTO DEI TEMPI DI CHIUSURA	ESTERNO	3	1	1	3 (RA)	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA

CONTROLLO	RGTB RSA O RUO	MONITORAGGIO E CONTROLLO DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELLE VERIFICHE NELLE UU.OO.	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO ART 24 D.LGS 231/01	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE ATTUATA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**INTERNA**	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data,12.11.2014 **Firma Responsabile Processo** _____

MASTER LIST

Processo: GESTIONE della STRUMENTAZIONE

Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità Servizio di Manutenzione Preventiva

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: SIC Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità Servizi relativi all'esecuzione di: test funzionali, verifiche, calibrazioni e verifiche di sicurezza	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Ing. L. Attolini**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO DI VERIFICHE NELLE UO	ERRATA / INCOMPLETA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI FINANZIAMENTI O PER DIMENTICANZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	ERRATA / INCOMPLETA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI FINANZIAMENTI O PER DIMENTICANZA	DITTA ESTERNA	31.12.2016
ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ TECNICHE	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA PER MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA	RISCHIO RILEVANTE NECESSITA DI AZIONE CORRETTIVA	MEDIA	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI VERIFICA PER MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA	DITTA ESTERNA	30.06.2016
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	DITTA ESTERNA	31.12.2016
CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE ATTUATA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE ATTUATA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	RUO SIC RSA	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott.E. Burato	02.12.2015	**Ing. L. Attolini**	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE della STRUMENTAZIONE

Sottoprocesso: Identificazione e rintracciabilità Servizio di Manutenzione Preventiva

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO	DITTA ESTERNA	EMISSIONE PIANO ANNUALE MP E REGISTRAZIONE NEL SISTEMA INFORMATIVO BANCA DATI DEL SISTEMA INFORMATIVO	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 DANNEGGIAMENTO E CORRUZIONE	ERRATA / CARENTE PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE ECONOMICHE O SCELTE INCAUTE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NON VENGONO MESSE IN MANUTENZIONE PREVENTIVA TUTTE LÈ MACCHINE CHE NECESSITANO DI MANUTENZIONE PREVENTIVA DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**ESTERNA**	3	2	1	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE PREVENTIVA	DITTA ESTERNA	AGGIORNAMENTO PIANO ANNUALE MP NEL SISTEMA INFORMATIVO AGGIORNAMENTO PIANO MENSILE MP NEL SISTEMA INFORMATIVO VERIFICA ARRIVO RAPPORTINO DI LAVORO	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 DANNEGGIAMENTO E CORRUZIONE	MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA NELL'ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE PREVENTIVA .APPROPRIATEZZA,DILIGENZA, ONESTÀ	NON VENGONO MESSE IN MANUTENZIONE LE MACCHINE COME DA CONTRATTO DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**ESTERNA**	3	3	1	**9 (RR)**	SOLLECITOLLE DITTE E VERIFICA DEI RAPPORTINO CON SCADENZA MENSILE DA PARTE DI RSA

CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	DITTA ESTERNA	AGGIORNAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ART 24 BIS E ART. 25 DLGS 231/01 DANNEGGIAMENTO E CORRUZIONE	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	PROLUNGAMENTO DEI TEMPI	**ESTERNA**	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO
CONTROLLO	RGTB RSA O RUO	ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E CONTROLLO DEL SERVIZIO DI MANUTENZIONE PREVENTIVA	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO ART 24 D.LGS 231/01	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DEGLI INTERVENTI A CARATTERE PREVENTIVO SUI MACCHINARI DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	NON SI VERIFICA L'EFFICACIA DEI MACCHINARI COME DA CONTRATTO DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**INTERNA**	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015 **Firma Responsabile Processo**

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE della STRUMENTAZIONE**	**Direzione di Afferenza:** **Direzione Sanitaria**	**Funzione Responsabile:** **Ing.L. Attolini**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
PIANIFICAZIONE DEL SERVIZIO	ERRATA / CARENTE PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE ECONOMICHE O SCELTE INCAUTE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NESSUN RISCHIO RILEVANTE	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	DITTA ESTERNA	31.12.2016
ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE PREVENTIVA	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE PREVENTIVA PER MANCATO INTERVENTO DELLA DITTA .APPROPRIATEZZA,DILIGENZA, ONESTÀ	RISCHIO RILEVANTE	MEDIA	SOLLECITO DELLE DITTE E VERIFICA DEI RAPPORTINO CON SCADENZA MENSILE DA PARTE DI RSA	DITTA ESTERNA	30.06.2016
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	NESSUN RISCHIO RILEVANTE	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO	DITTA ESTERNA	31.12.2016
CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE ATTUATA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE ATTUATA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	RUO SIC RSA	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	02.12.2015	**Ing. L.Attolini**	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
BURATO

PROCESSO: SIC

Sottoprocesso: identificazione e rintracciabilità servizio di manutenzione correttiva

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI / PROCEDURE / ADDESTRAMENTO	VALORE DI RIFERIMENTO / REATI E VIOLAZIONI 231	RISCHI DI DIFFORMITÀ AI VALORI AZIENDALI/ERRORI	EFFETTI / ESITI	ORIGINE DEL RISCHIO (INTERNO/ESTERNO)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	BARRIERE INDIVIDUATE / AZIONI CORRETTIVE
PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO	DITTA ESTERNA	RICHIESTA M_009 O WEB SISTEMA INFORMATIVO	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI TRASPARENZA , ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CORRUZIONE	ERRATA / CARENTE PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE UMANE A DISPOSIZIONE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NON VENGONO MESSE IN MANUTENZIONE PREVENTIVA TUTTE LE MACCHINE CHE NECESSITANO DI MANUTENZIONE PREVENTIVA	ESTERNO	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
ACCETTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO	RGTB RSA O RUO	NOTA DI APPROVAZIONE	ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE E CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO	ERRATA / CARENTE VALUTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE UMANE A DISPOSIZIONE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NON VENGONO MESSE IN MANUTENZIONE PREVENTIVA TUTTE LE MACCHINE CHE NECESSITANO DI MANUTENZIONE PREVENTIVA	INTERNO	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	DITTA ESTERNA	EMISSIONE DOCUMENTALE	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI TRASPARENZA , ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CORRUZIONE	MANCATA ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA PER INSOLVENZA NEGLIGENZA SICUREZZA	NON VIENE ATTIVATA LA MANUTENZIONE CORRETTIVA COME DA RICHIESTA DANNO ALL'UTENTE ALL'IMMAGINE DELL'AZINEDA	ESTERNO	4	1	2		sollecito dei reparti e verifica dei tempi di intervento aperti rispetto alle richieste di attivazione con frequenza mensile da parte di RSA
ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	DITTA ESTERNA	EMISSIONE DOCUMENTALE	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI TRASPARENZA , ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CORRUZIONE	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA PER INSOLVENZA NEGLIGENZA SICUREZZA	NON VIENE GESTITA LA MANUTENZIONE CORRETTIVA COME DA RICHIESTA DANNO ALL'UTENTE ALL'IMMAGINE DELL'AZINEDA	ESTERNO	4	1	2		sollecito dei reparti e verifica dei tempi di interventi chiusi rispetto agli aperti con frequenza mensile da parte di RSA
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	DITTA ESTERNA	AGGIORNAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI TRASPARENZA , ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CORRUZIONE	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	PROLUNGAMENTO DEI TEMPI	ESTERNA	3	1	1	3 (RA)	mantenimento delle procedure in atto

CONTROLLO	RGTB RSA O RUO	MONITORAGGIO E CONTROLLO DEI LAVORI' DI PIANIFICAZIONE, ATTIVAZIONE ED ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	DILIGENZA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI IMPARZIALITÀ ART 25 DLGS 231/01 CONCUSSIONE CORRUZIONE PER UN ATTO D'UFFICIO ART 24 D.LGS 231/01	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ATTIVAZIONE ED ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	DANNO ALL'UTENTE E ALL'IMMAGINE DELL'AZIENDA	**INTERNA**	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN CORSO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 002.12.20015

Firma Responsabile Processo _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: : SIC Sottoprocesso:identificazione e rintracciabilità servizio di manutenzione correttiva	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile** **Ing. L. Attolini**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO	ERRATA / CARENTE PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE UMANE A DISPOSIZIONE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	DITTA ESTERNA	31.12.2016
ACCETTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO	ERRATA / CARENTE VALUTAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE PER MANCANZA DI RISORSE UMANE A DISPOSIZIONE NEGLIGENZA, SICUREZZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	DITTA ESTERNA	31.12.2016
ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	MANCATA ATTIVAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA PER INSOLVENZA NEGLIGENZA SICUREZZA	EMISSIONE DOCUMENTALE	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI TRASPARENZA , ART.24 E ART 25 DLGS 231/01 CORRUZIONE	sollecito dei reparti e verifica dei tempi di intervento aperti rispetto alle richieste di attivazione con frequenza mensile da parte di RSA	DITTA ESTERNA	31.12.2016

ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA	MANCATA ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA PER INSOLVENZA NEGLIGENZA SICUREZZA	RISCHIO RILEVATE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	MEDIA	SOLLECITO DEI REPARTI E VERIFICA DEI TEMPI DI INTERVENTI CHIUSI RISPETTO AGLI APERTI CON FREQUENZA MENSILE DA PARTE DI RSA	DITTA ESTERNA	31.12.2016
CHIUSURA DELLE ATTIVITÀ	MANCATA CHIUSURA NEI TEMPI DEFINITI PER OMISSIONE DIMENTICANZA O PER MANCATA RINTRACCIABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE (RAPPORTINO) MANCATA DILIGENZA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	DITTA ESTERNA	31.12.2016
CONTROLLO	MANCATO ACCERTAMENTO DELL' EFFICACIA ED EFFICIENZA DELL'ATTIVITA' DI PIANIFICAZIONE ATTIVAZIONE ED ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DI MANUTENZIONE CORRETTIVA DA PARTE DELLA DITTA ESTERNA	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	**INTERNA**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	02.12.2015	**Ing. L. Attolini**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI DIPENDENTI EX DLGS 81/08 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E CORREZIONI
Sottoprocesso: VISITE MEDICHE

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Convocazione del lavoratore per visita medica di sorveglianza sanitaria ex DLgs 81/08 in fase di assunzione, periodica, straordinaria, di fine rapporto di lavoro	- Datore Di Lavoro per segnalazione dei lavorator - Medico Competente e personale infermieristico della Medicina del Lavoro per la calendarizza-zione della visita e la convocazione del lavoratore	- INCONTRI D'EQUIPE nel 2014, con personale infermieristico e medico del Centro di Medicina del Lavoro, con accreditamento ECM, per condivisione procedure aziendali - Informatizzazione della convocazione (invio via email)	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato rispetto delle norme - Mancato controllo - Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	- Danno all'operatore - Danno economico - Danno all'immagine	Interna/esterna	4	1	1	**4**	Sorveglianza della casistica di ritardata o mancata convocazione a visita medica per sorveglianza sanitaria
Stesura protocollo sanitario	Medico Competente	- INCONTRI D'EQUIPE nel	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato	- Danno all'utente	Interna	3	1	2	**6**	Revisione periodica

		2014, con personale infermieristico e medico del Centro di Medicina del Lavoro, con accreditamento ECM		rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	- Danno economico						protocollo in adozione Individuazione di indicatori di efficacia ed efficienza
Esecuzione visita medica	Medico Competente	Incontri d'equipe nel 2014 del personale medico ed infermieristico del Centro di Medicina del Lavoro, per condivisione aggiornamento modalità e contenuti	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	- Danno all'utente	Interna	3	1	2	**6**	Individuazione di indicatori di efficacia ed efficienza
Compilazione cartella sanitaria e di rischio ex DLgs 81/08	Medico Competente	Incontri d'equipe nel 2014 del personale medico ed infermieristico del Centro di Medicina del Lavoro, per condivisione aggiornamento modulistica	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	- Danno all'utente	Interna	3	1	1	**3**	Nessuna

Acquisizione documentazione relativa alla mansione svolta e ai rischi specifici	- Documentazione fornita da Datore di Lavoro o suo delegato - Preparazione della documentazione a cura del SPPA in collaborazione con Dirigenti, Preposti, MEDICO COMPETENTE	Documentazione aziendale in intranet	Art. 24 bis	- Negligenza - Mancato rispetto delle norme - Mancato controllo - Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	- Danno all'utente - Danno economico	Interna	3	4	1	**9**	Creazione e divulgazione di procedura aziendale
Esecuzione di accertamenti clinico-strumentali integrativi	- MEDICO COMPETENTE E PERSONALE INFERMIERISTICO DEL CENTRO DI MEDICINA DEL LAVORO, per la selezione degli accertamenti, la illustrazione al lavoratore, l'organizzazione degli stessi o l'esecuzione di alcuni di essi - PERSONALE DI ALTRI SERVIZI E REPARTI DELLA AO C.POMA, per	Creazione di percorsi facilitati per la prenotazione di visite specialistiche per i dipendenti (obiettivi di risultato Responsabile di Struttura e RAR 2014 del Centro di Medicina del Lavoro)	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici - Mancato rispetto delle procedure aziendali	- Danno all'utente - Danno economico - Danno all'immagine	Interna	3	1	1	**3**	Monitoraggio indicatori di efficacia-efficienza, anche tramite il server di gestione aziendale

	l'esecuzione di accertamenti clinico-strumentali non effettuabili presso il Centro di Medicina del Lavoro										
Comunicazione del risultato degli accertamenti effettuati al lavoratore	Medico Competente	Modulistica in uso	Art. 25 septies	- Negligenza - Mancato rispetto delle norme - Mancato controllo - Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	- Danno all'utente - Danno all'immagine	Interna	3	1	1	**3**	Monitoraggio indicatori di efficacia ed efficienza
Trasmissione del giudizio di idoneità al lavoratore ed al datore di lavoro	Medico Competente	Incontri d'equipe nel 2014 del personale medico ed infermieristico del Centro di Medicina del Lavoro, per condivisione aggiornamento modalità Gruppo di miglioramento con SITRA, Struttura Risorse Umane	Art. 24 bis	- Negligenza - Mancato rispetto delle norme - Mancato controllo - Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	- Danno all'utente - Danno economico - Danno all'immagine	Interna	4	1	1	**4**	Creazione di procedura aziendale

Comunicazio-ne del risultato degli accertamenti effettuati ad altri soggetti (RLS, medico di medicina generale, ASL, INAIL, UPG)	Medico Competente	Incontri d'equipe nel 2014 del personale medico ed infermieristico del Centro di Medicina del Lavoro, per condivisione aggiornamento modalità Gruppo di miglioramento con SITRA, Struttura Risorse Umane	Art. 24 bis	- Negligenza - Mancato rispetto delle norme - Mancato controllo - Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	- Danno all'utente - Danno all'immagine	interna	4	1	1	**4**	Nessuno
Istituzione, gestione e custodia della cartella sanitaria e di rischio in fase di costanza di rapporto di lavoro e di cessazione del rapporto di lavoro	- Medico Competente - Datore Di Lavoro per concordare il luogo di custodia	Incontri d'equipe nel 2014 del personale medico ed infermieristico del Centro di Medicina del Lavoro, per condivisione aggiornamento modalità	Art. 24 bis	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	Danno all'utente Danno all'immagine	Interna	3	1	1	**3**	Nessuno

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 04.12.2015

Firma Responsabile Processo Dott.ssa Donatella Placidi

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR
1	**Convocazione del lavoratore per visita medica di sorveglianza sanitaria ex DILgs 81/08 in fase di assunzione, periodica, straordinaria, di fine rapporto di lavoro**	Probabilità medio-bassa, in attesa di deliberazione di procedura condivisa	**8 Rischio rilevante**
2	**Stesura protocollo sanitario**	Probabilità bassa	6 Rischio accettabile
3	**Esecuzione visita medica**	Probabilità bassa	6 Rischio accettabile
4	**Compilazione cartella sanitaria e di rischio ex DLgs 81/08**	Probabilità bassa	3 Rischio accettabile
5	**Acquisizione documentazione relativa alla mansione svolta e ai rischi specifici**	Probabilità medio-alta, in attesa di deliberazione di procedura condivisa	**9 Rischio rilevante**
6	**Esecuzione di accertamenti clinico-strumentali integrativi**	Probabilità bassa	3 Rischio accettabile
7	**Comunicazione del risultato degli accertamenti effettuati al lavoratore**	Probabilità bassa, rilevabilità alta	3 Rischio accettabile
8	**Trasmissione del giudizio di idoneità al lavoratore ed al datore di lavoro**	Probabilità bassa	4 Rischio accettabile
9	**Comunicazione del risultato degli accertamenti effettuati ad altri soggetti (RLS, medico di medicina generale, ASL, INAIL, UPG)**	Probabilità bassa	4 Rischio accettabile
10	**Istituzione, gestione e custodia della cartella sanitaria e di rischio in fase di costanza di rapporto di lavoro e di cessazione del rapporto di lavoro**	Probabilità bassa	3 Rischio accettabile

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: ATTIVITA' DI SORVEGLIANZA SANITARIA DEI DIPENDENTI EX DLGS 81/08 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E CORREZIONI (VISITE MEDICHE)	**DIREZIONE DI AFFERENZA:** **DIREZIONE GENERALE**	**FUNZIONE RESPONSABILE:** **DR.SSA PLACIDI**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Convocazione del lavoratore per visita medica di sorveglianza sanitaria ex DlLgs 81/08 in fase di assunzione, periodica, straordinaria, di fine rapporto di lavoro	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Formalizzazione di una procedura aziendale	- Datore Di Lavoro per segnalazione dei lavorator - Medico Competente E Personale Non Medico Del Centro Di Medicina Del Lavoro per la calendarizzazione della visita e la convocazione del lavoratore	31.12.2016
Stesura protocollo sanitario	Negligenza Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	Nessun rischio rilevato	bassa	Revisione periodica protocollo in adozione Individuazione di indicatori di efficacia ed efficienza	medico competente	31.12.2016
Esecuzione visita medica	Negligenza Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	Nessun rischio rilevato	bassa	Individuazione di indicatori di efficacia ed efficienza	medico competente	31.12.2016
Compilazione cartella sanitaria e di rischio ex DLgs 81/08	Negligenza Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici	Nessun rischio rilevato	bassa	Nessuna	medico competente	31.12.2016
Acquisizione documentazione relativa alla mansione svolta e ai rischi specifici	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Creazione e divulgazione di procedura aziendale	- Documentazione fornita da DATORE DI LAVORO o suo delegato - Preparazione della documentazione a cura del SPPA in collaborazione con Dirigenti, Preposti, MEDICO COMPETENTE	31.12.2016
Esecuzione di accertamenti clinico-strumentali integrativi	Negligenza Mancato rispetto delle buone prassi e dei principi tecnico-scientifici Mancato rispetto delle procedure aziendali	Nessun rischio rilevato	bassa	Monitoraggio indicatori di efficacia-efficienza, anche tramite il server di gestione aziendale	- MEDICO COMPETENTE E PERSONALE INFERMIERISTICO DEL CENTRO DI MEDICINA DEL LAVORO, per la selezione degli accertamenti, la illustrazione al lavoratore, l'organizzazione degli stessi o l'esecuzione di alcuni di essi - PERSONALE DI ALTRI SERVIZI E REPARTI	31.12.2016

					DELLA AO C.POMA, per l'esecuzione di accertamenti clinico-strumentali non effettuabili presso il Centro di Medicina del Lavoro	
Comunicazione del risultato degli accertamenti effettuati al lavoratore	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	Nessun rischio rilevato	bassa	Monitoraggio indicatori di efficacia ed efficienza	MEDICO COMPETENTE	31.12.2016
Trasmissione del giudizio di idoneità al lavoratore ed al datore di lavoro	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	Nessun rischio rilevato	bassa	Creazione di procedura aziendale	MEDICO COMPETENTE	31.12.2016
Comunicazione del risultato degli accertamenti effettuati ad altri soggetti (RLS, medico di medicina generale, ASL, INAIL, UPG)	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	Nessun rischio rilevato	bassa	Nessuno	MEDICO COMPETENTE	31.12.2016
Istituzione, gestione e custodia della cartella sanitaria e di rischio in fase di costanza di rapporto di lavoro e di cessazione del rapporto di lavoro	Negligenza Mancato rispetto delle norme Mancato controllo Mancata distinzione dei compiti e dei ruoli	Nessun rischio rilevato	bassa	Nessuno	- Medico Competente - Datore Di Lavoro per concordare il luogo di custodia	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	04.12.2015	Dr.ssa D. Placidi	2

Processo: ***Reclutamento del personale***
Sottoprocesso: ***Reclutamento del personale afferente al SITRA a tempo indeterminato***

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno /esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Rilevazione del fabbisogno del personale afferente al SITRA	Coordinatore di struttura RAD	Richiesta scritta e invio alla direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti	Pianificazione non congrua ai fabbisogni reali	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Invio della richiesta alla direzione SITRA	RAD	Richiesta scritta e invio alla direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno economico aziendale e al personale afferente al SITRA	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Invio richiesta all'Area del Personale se valutata con parere favorevole	Direzione SITRA	Parere espresso scritto sulla richiesta da parte della Direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'assistenza sanitaria	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

Avvio delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	Responsabile Struttura Risorse Umane	Rispetto autorizzazioni regionali previste dal Piano Assunzioni	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà , appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'operatore	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Adozione di atto aziendale per la formalizzazione dell'assunzione	Responsabile Struttura Risorse Umane	DETERMINA del Dirigente Struttura Risorse Umane / Delibera	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà , appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'operatore, danno d'immagine	interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 05.11.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **RECLUTAMENTO DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA A TEMPO INDETERMINATO**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dott. Vallicella**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	FORMALIZZAZIONE,CONVALIDAZIONE AZIENDALE DELLA DETERMINAZIONE DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA E MONITORAGGIO COSTANTE DI EVENTUALI SCOSTAMENTI	COORDINATORE DI STRUTTURA RAD	31.12.2016
INVIO DELLA RICHIESTA ALLA DIREZIONE SITRA	MANCATA DILIGENZA, ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	FORMALIZZAZIONE,CONVALIDAZIONE AZIENDALE DELLA DETERMINAZIONE DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA E MONITORAGGIO COSTANTE DI EVENTUALI SCOSTAMENTI	RAD	31.12.2016
INVIO RICHIESTA ALL'AREA DEL PERSONALE SE VALUTATA CON PARERE FAVOREVOLE	MANCATA DILIGENZA, ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO	DIREZIONE SITRA	31.12.2016
AVVIO DELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE SE LA VERIFICA È POSITIVA	MANCATA DILIGENZA,ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO	RESPONSABILE STRUTTURA RISORSE UMANE	31.12.2016

ADOZIONE DI ATTO AZIENDALE PER LA FORMALIZZAZIONE DELL'ASSUNZIONE	**MANCATA DILIGENZA,ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO**	**RESPONSABILE STRUTTURA RISORSE UMANE**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. Burato	05.11.2015	**Dott. Vallicella**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

AZIENDA OSPEDALIERA CARLO POMA	MODULO SCHEDA HFMECA DI RISCHIO CLINICO E DI DIFFORMITA' AI VALORI ETICI AZIENDALI	MOD1PG8MQ08 DATA 17.09.2012 Rev. 2 Pagina 1 di 3

Processo: ***Reclutamento del personale***
Sottoprocesso: ***Reclutamento del personale afferente al SITRA a tempo determinato***

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno /esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Rilevazione del fabbisogno del personale afferente al SITRA	Coordinatore di struttura RAD	Richiesta scritta e invio alla direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti	Pianificazione non congrua ai fabbisogni reali	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Invio della richiesta alla direzione SITRA	RAD	Richiesta scritta e invio alla direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno economico aziendale e al personale afferente al SITRA	interna	4	1	2	8 (RR)	Controllo della richiesta da parte Direttore SITRA prima invio RSU e confronto richiesta e fabbisogno organico
Invio richiesta all'Area del Personale se valutata con parere favorevole	Direzione SITRA	Parere espresso scritto sulla richiesta da parte della Direzione SITRA	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'assistenza sanitaria	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

Avvio delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	Responsabile Struttura Risorse Umane	Rispetto autorizzazioni regionali previste dal Piano Assunzioni	Art.25 corruzione per un atto , d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà , appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'operatore	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Adozione di atto aziendale per la formalizzazione dell'assunzione	Responsabile Struttura Risorse Umane	DETERMINA del Dirigente Struttura Risorse Umane / Delibera	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà , appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'operatore, danno d'immagine	interno	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 05.11.2015

Firma Responsabile Processo _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **RECLUTAMENTO DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA A TEMPO DETERMINATO**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dott. Vallicella**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
RILEVAZIONE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE AFFERENTE AL SITRA	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO	COORDINATORE DI STRUTTURA RAD	31.12.2016
INVIO DELLA RICHIESTA ALLA DIREZIONE SITRA	MANCATA DILIGENZA, ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	RILEVATO RISCHIO MEDIO PROPOSTA AZIONE CORRETTIVA	MEDIA	Controllo della richiesta da parte Direttore SITRA prima invio RSU e confronto richiesta e fabbisogno organico	RAD	30.06..2016
INVIO RICHIESTA ALL'AREA DEL PERSONALE SE VALUTATA CON PARERE FAVOREVOLE	MANCATA DILIGENZA, ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO	DIREZIONE SITRA	31.12.2016
AVVIO DELLE PROCEDURE DI ASSUNZIONE SE LA VERIFICA È POSITIVA	MANCATA DILIGENZA,ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO	RESPONSABILE STRUTTURA RISORSE UMANE	31.12.2016

ADOZIONE DI ATTO AZIENDALE PER LA FORMALIZZAZIONE DELL'ASSUNZIONE	**MANCATA DILIGENZA,ONESTÀ, APPROPRIATEZZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE**	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	**MANTENIMENTO DEI PROCESSI IN ATTO**	**RESPONSABILE STRUTTURA RISORSE UMANE**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. Burato	05.11.2015	**Dott. Vallicella**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo:Gestione della programmazione dei bisogni di manutenzione delle strutture.

Sottoprocesso : Gestione della manutenzione ordinaria delle strutture.

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI / PROCEDURE / ADDESTRAMENTO	VALORE DI RIFERIMENTO / REATI E VIOLAZIONI 231	RISCHI DI DIFFORMITÀ AI VALORI AZIENDALI/ERRORI	EFFETTI / ESITI	ORIGINE DEL RISCHIO (INTERNO/ ESTERNO)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	BARRIERE INDIVIDUATE / AZIONI CORRETTIVE
ANALISI DEL BISOGNO DI MANUTENZIONE SECONDO LA PROCEDURA DELLE MANUTENZIONI ORDINARIE PROGRAMMATE	RESP. AREA GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	SUPPORTI / LIBRETTI MANUTENZIONE/ "PROSPETTIVA DI VITA" DELLA STRUTTURA	ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA, EQUITÀ, TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE	INTERNA	3	2	1	6(RA)	MANTENIMENTO DEGLI INTERVENTI IN CORSO NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO
ANALISI DEL BISOGNO DI MANUTENZIONE SECONDO LA PROCEDURA DELLE MANUTENZIONI STRAORDINARIE CORRETTIVE	RESP. AREA GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	SUPPORTI / LIBRETTI MANUTENZIONE/ "PROSPETTIVA DI VITA" DELLA STRUTTURA	ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA, EQUITÀ, TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE	INTERNA	3	2	1	6 (RA)	MANTENIMENTO DEGLI INTERVENTI IN CORSO NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO

VERIFICA DELLA FATTIBILITÀ DI MANUTEBNZIONE E DEFINZIONE DELLE SPECIFICHE TECNICHE	RESP. AREA GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	SUPPORTI INFORMATICI/ LIBRETTI MANUTENZIONE/ "PROSPETTIVA DI VITA" DELLA STRUTTURA	ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE	INTERNA	3	2	1	6 (RA)	MANTENIMENTO DEGLI INTERVENTI IN CORSO NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO

VERIFCA DEI COSTI DELLE MANUTENZIONI ORDINARIE PROGRAMMATE	RESP. AREA GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	SUPPORTI INFORMATICI/ LIBRETTI MANUTENZIONE/ "PROSPETTIVA DI VITA" DELLA STRUTTURA	ART.24 DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE	INTERNA	3	2	1	6 (RA)	MANTENIMENTO DEGLI INTERVENTI IN CORSO NEI LIMITI DEL BUDGET ASSEGNATO
RICHIESTA DI DELIBERA AUTORIZZATIVA SULLA PROGRAMMAZIONE DEI LAVORI INDIVIDUATI	DIRETTORE GENERALE	RELAZIONE DELL'INTERVENTO	ART.24 DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI	DANNO UTENTE INTERNO	INTERNO	3	2	1	6 (RA)	SORVEGLIANZA DEL CRONOPROGRAMMA DEGLI INTERVENTI
INDIVIDUAZIONE DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO IN FASE DI PROGETTAZIONE, DIREZIONE LAVORI E COLLAUDO	DIRETTORE GENERALE	VALIDAZIONE PROGETTO	ART. 24 ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	2	2 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN CORSO

VERBALE DI INIZIO7ESEGUZIONE LAVORI	DIRETTORE DEI LAVORI	MODULO CARTACEO E SUPPORTO INFORMATICO	ART.24 DLG231/01 ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	2	2 (RA)	ATTO FORMALE DI VERBALE SOTTOSCRITTO DAL DIRETTORE DEI LAVORI E IMPRESA
CONTABILITÀ LAVORI E CONTROLLO DEI LAVORI EFFETTUATI	DIRETTORE DEI LAVORI	VERIFICA DI QUANTO REALIZZATO PROGRAMMA SU SUPPORTO INFORMATICO	ART.24 DLG231/01 ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	2	2 (RA)	CONTABILIZZARE I COSTI SU BUDGET DI GARA NEI TERMINI DI LEGGE
AZIONI DI REVISIONE PER EVENTUALI ESECUZIONI NON CONFORMI RISPETTO ALLE SPECIFICHE CONTRATTUALI	DIRETTORE DEI LAVORI	VERIFICA DI QUANTO REALIZZATO PROGRAMMA SU SUPPORTO INFORMATICO	ART.24 DLG231/01 ART. 25 SEPTIES DLG231/01	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE	DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE	INTERNO	1	1	3	3 (RA)	ORDINE DI SERVIZIO E RELAZIONE SCRITTA ALL'IMPRESA FIRMATA DAL DIRETTORE LAVORI

GESTIONE DELL'ADEGUAMENTO STRUTTURALE DELL'AO POMA	**RESP. AREA GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE**	**RELAZIONE TECNICA DELLO STATO EDILE ED IMPIANTISTICO DEGLI EDIFICI**	**LEGGE N. 190 DEL 6.11.2012 ALL. 2**	**MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ONESTÀ,IMPARZIALITÀ, TRASPARENZA DILIGENZA EQUITÀ, APPROPRIATEZZA, SUCUREZZA TUTELA AMBIETE**	**DANNO ALL'UTENTE INTERNO, DANNO DI IMMAGINE E ECONOMICO - PATRIMONIALE**	**INTERNO**	4	2	2	16	**RAPPORTO ANNUALE ALLA DIREZIONE DELLO STATO DEGLI EDIFICI**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 08.10.2014

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

scheda per la comunicazione del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE CARLO POMA	PROVINCIA MANTOVA
PROCESSO:GESTIONE DELLA PROGRAMMAZIONE DEI BISOGNI DI MANUTENZIONE DELLE STRUTTURE.SOTTOPROCESSO : GESTIONE DELLA MANUTENZIONE ORDINARIA DELLE STRUTTURE.	DIREZIONE DI AFFERENZA: DIREZIONE GENERALE	FUNZIONE RESPONSABILE: Ing.F. BERUFFI

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
analisi del bisogno di manutenzione secondo la procedura delle manutenzioni ordinarie e straordinarie	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà,imparzialità, trasparenza diligenza appropriatezza, sucurezza, equità, tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**mantenimento degli interventiin corso nei limiti del budget assegnato**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
analisi del bisogno di manutenzione secondo la procedura delle manutenzioni straordinarie correttive	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà,imparzialità, trasparenza diligenza appropriatezza, sucurezza, equità, tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**mantenimento degli interventiin corso nei limiti del budget assegnato**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
verifica della fattibilita'di manutenzione e definizione delle specifiche tecniche	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**mantenimento degli interventiin corso nei limiti del budget assegnato**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
verifca dei costi delle manutenzioni ordinarie programmate	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**mantenimento degli interventiin corso nei limiti del budget assegnato**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
richiesta di delibera autorizzativa sulla programmazione dei lavori individuati	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti**	nessun rischio rilevato	bassa	**sorveglianza del cronoprogramma degli interventi**	**direttore generale**	31.12.2016

individuazione del responsabile del procedimento in fase di progettazione, direzione lavori e collaudo	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**mantenimento delle procedure in corso**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
verbale di inizio7eseguzione lavori	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**atto formale di verbale sottoscritto dal direttore dei lavori di impresa**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
contabilità lavori e controllo dei lavori effettuati	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**contabilizzare i costi su badget di gara nei termini di legge**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
azioni di revisione per eventuali esecuzioni non conformi rispetto alle specifiche contrattuali	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	nessun rischio rilevato	bassa	**ordine di servizio e relazione scritta all'impresa firmata dal direttore lavori**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016
adeguamento strutturale dell'azienda	**mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti onestà,imparzialità, trasparenza diligenza equità, appropriatezza, sucurezza tutela ambiete**	rischio rilevante necessita di azione correttiva	**media**	**-rapporto annuale alla direzione dello stato degli edifici -richiesta di finanziamento regionale - programmazione con la direzione degli interventi di attuazione nei limiti del budget assegnato**	**resp. area gestione tecnico patrimoniale**	31.12.2016

REDATTO DA	DATA	APPROVATO DA	PAGINE
DR. E.BURATO IL RESPONSABILE *Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza* Dr. ENRICO BURATO	02.12.2015	Ing. R. BERUFFI	2

Processo *Reclutamento del personale* **Sottoprocesso: *Reclutamento del personale medico a tempo determinato***

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Valutazione della congruenza del fabbisogno del personale medico autorizzati	Direttore di Struttura Complessa/ Capo Dipartimento Direzione e Staff	Compilazione modulo specifico e invio alla Direzione Aziendale	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti Errori: Valutazione non congrua ai fabbisogni reali	Danno economico aziendale e dell'Immagine aziendale	interna	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Invio richiesta alla Struttura Risorse Umane se valutata con parere favorevole	Direzione Aziendale	Decisione (assunzione atto deliberativo) Rispetto dei vincoli regionali su ricorso a contratti di tempo determinato	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno economico e danno alla'Assistenza Sanitaria	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Espletamento delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	Resp. Struttura Risorse Umane Commissione selettiva	Rispetto della normativa statale sul reclutamento	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei	Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno Azienda Danno potenziale operatore	interna	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

			principi e delle norme vigenti, onestà		(candidato)						

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data 06.11.2015

Firma Responsabile Processo **Dr. Giovanni Simonetti**

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **RECLUTAMENTO DEL PERSONALE MEDICO A TEMPO DETERMINATO**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dott. G. Simonetti**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Valutazione della congruenza del fabbisogno del personale medico autorizzato	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	Mantenimento dei processi in atto	Direttore di Struttura Complessa/ Capo Dipartimento Direzione e Staff	31.12.2016
Invio della richiesta alla Direzione Aziendale	MANCATA Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	Mantenimento dei processi in atto	Direttore di Struttura Complessa/ Capo Dipartimento	31.12.2016
Invio richiesta alla Struttura Risorse Umane se valutata con parere favorevole	MANCATA Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	Mantenimento dei processi in atto	Direzione Aziendale	31.12.2016
Avvio delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	MANCATA Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	Mantenimento dei processi in atto	Resp. Struttura Risorse Umane Commissione selettiva	31.12.2016
Adozione di atto aziendale per la formalizzazione dell'assunzione	MANCATA Diligenza,onestà,,appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	Mantenimento dei processi in atto	Responsabile Struttura Risorse Umane	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	06.11.2015	**Dott. G. Simonetti**	1

RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamenti e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: ***Reclutamento del personale*** **Sottoprocesso:** ***Reclutamento del personale medico a tempo indeterminato***

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Rilevazione del fabbisogno del personale medico	Direttore di Struttura Complessa/ Capo Dipartimento/Direzione Aziendale e Staff	Proposta di definizione del fabbisogno in sede di negoziazione di budget annuale	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti Errori: Pianificazione non congrua ai fabbisogni reali	Danno economico aziendale e immagine dell'azienda	interna	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Invio della richiesta di assunzione alla Direzione Aziendale	Direttore di Struttura Complessa/ Capo Dipartimento /Direzione Aziendale e Staff	Richiesta alla Direzione Aziendale	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione Errori: assunzione non congrua ai fabbisogni reali	Danno economico aziendale	interna	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

Proposta alla Regione del Piano Assunzioni annuale e destinazione delle autorizzazioni concesse	Direzione Aziendale	Atti attuativi del piano assunzione	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza, onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione Equità Errori: assunzione non congrua ai fabbisogni reali e	Danno economico all'immagine	interna	3	1	2	6 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Verifica dell'effettiva compatibilità con il Piano Assunzioni annuale	Responsabile Struttura Risorse Umane	Rispetto autorizzazioni regionali previste dal Piano Assunzioni	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno economico all'immagine	interna	4	1	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto
Espletamento delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	Resp. Area del Personale Commissione concorsuale	Rispetto della normativa legislativa	Art.25 corruzione per un atto d'ufficio o per un atto contrario ai doveri d'ufficio, rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà	Diligenza,onestà, appropriatezza, Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'Azienda Potenziale operatore (candidato)	interna	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento dei processi in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure** **RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità** **RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management**

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo Dr. Giovanni Simonetti

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: RECLUTAMENTO DEL PERSONALE MEDICO A TEMPO INDETERMINATO	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile:** **Dott. G. Simonetti**

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
rilevazione del fabbisogno del personale medico	mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento dei processi in atto	rilevazione del fabbisogno del personale medico	31.12.2016
invio della richiesta alla direzione aziendale	mancata diligenza,onestà, appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento dei processi in atto	invio della richiesta alla direzione aziendale	31.12.2016
proposta della regione del piano assunzioni annuale	mancata diligenza, onestà, appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento dei processi in atto	invio richiesta all'area del personale se valutata con parere favorevole	31.12.2016
verifica dell'effettiva compatibilità con il piano assunzioni annuale	mancata diligenza,onestà, appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento dei processi in atto	verifica dell'effettiva compatibilità con il piano assunzioni annuale	31.12.2016
espetamento delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	mancata diligenza,onestà, appropriatezza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato	bassa	mantenimento dei processi in atto	avvio delle procedure di assunzione se la verifica è positiva	31.12.2016

redatto da	data	approvato da	pagine
dott. e. burato	06.11.2015	dott. g. simonetti	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: PrSSRU01 e PrSSRU02 **Sottoprocesso: GESTIONE PROVIDER AZIENDALE**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Acquisizione e analisi della normativa di riferimento e delle direttive regionali	Direzione strategica / RUO / RFFA	Ricezione normativa da Direzione Strategica / Protocollo	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti	Danno all'immagine aziendale	Interno	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Produzione della documentazione cartacea. Approvazione documentazione da parte del DG	RUO / RFFA DG	Sistema gestionale regionale ECM CDP	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno all'immagine aziendale	Interno	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Inserimento dati nel sistema informatico di Regione Lombardia	RUO / RFFA / FCP / FOR	Sistema gestionale regionale ECM CDP	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Avvio istruttorie Gestione eventuali anomalie	RUO / RFFA FCP / FOR	Sistema gestionale regionale ECM CDP/ notifiche da EUPOLIS	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno / Esterno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Monitoraggio del piano formativo annuale disposto su piattaforma informatica dalla Regione	RUO / RFFA / FCP / FOR	Sistema codice colore del Sistema gestionale regionale ECM CDP	art. 24 BIS e art.25	Diligenza	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Esterno / Interno	2	1	1	3 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Inserimento dati nella scheda rendicontazione eventi - sistema informatico di Regione Lombardia	FCP / FOR	Sistema gestionale regionale ECM CDP	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

Produzione tracciato record Invio flussi informativi Gestione eventuali anomalie	RUO	Normativa e format regionale e nazionale / trasmissione dati ad EUPOLIS e CO.Ge.A.P.S.	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno / Esterno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

LEGENDA:

DG: DIRETTORE GENERALE RUO: DIRIGENTE AREA VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DEL PERSONALE RFFA: RESPONSABILE FUNZIONE FORMAZIONE AZIENDALE FOR: FORMATORE FCP: FORMATORE COORDINATORE DI PROGETTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: ELABORAZIONE PIANO DI FORMAZIONE : gestione provider aziendale	Direzione di Afferenza: DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Funzione Responsabile: D.ssa G. Mezzadrelli

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Acquisizione e analisi della normativa di riferimento e delle direttive regionali	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI ,	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	Direzione Strategica/ RUO/ RFFA	31.12.2016
Produzione della documentazione cartacea Approvazione della documentazione da parte del DG	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti , diligenza/e, ,trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	RUO/ RFFA DG	31.12.2016
Inserimento dati nel sistema informatico di Regione Lombardia	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti ,diligenza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	RFFA /FCP/FOR	31.12.2016
Avvio istruttorie Gestione eventuali anomalie	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti ,diligenza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	RFFA /FCP/FOR	31.12.2016
Monitoraggio del piano formativo annuale disposto su piattaforma	MANCATA diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	RFFA /FCP/FOR	31.12.2016

informatica dalla Regione						
Inserimento DATI NELLA SCHEDA RENDICONTAZIONE EVENTI- SISTEMA INFORMATICO DI REGIONE LOMBARDIA	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti ,diligenza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	FCP/ FOR	31.12.2016
PRODUZIONE TRACCIATO RECORD INVIO FLUSSI INFORMATIVI GESTIONE DI EVENT. ANOMALIE	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti ,diligenza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	RUO	31.12.2016

Legenda:
DG: Direttore Generale
RUO: Responsabile Unità Operativa
RFFA: Responsabile Funzione Formazione Aziendale
FOR: Formatore
FCP: Formatore Coordinatore di progetto
RSI: Responsabile Sistema Informatico

Redatto da	data	Approvato da	Pagine 2
Dott. E. Burato	06.11.2015	**d.ssa G.Mezzadrelli**	

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: PrSSRU01 **Sottoprocesso: Elaborazione Piano di Formazione Aziendale**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Definizione e condivisione linee di indirizzo per lo sviluppo del PFA	Direzione Strategica / RUO	Incontro/i	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine aziendale	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Ricezione istanze formative derivanti da Piani elaborati dalle strutture (di staff o line della direzione) ed approvati dalla direzione strategica	RUO	Piani approvati / delibere / determine / incontri	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Appropriatezza Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Analisi fabbisogni formativi dipartimentali e definizione istanze formative attivabili	RUO	Istanze formative / incontri	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Appropriatezza Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Valutazione coerenza Composizione Piano di Formazione e relativi atti deliberativi	RUO / RFFA	Incontri / normativa / procedure	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Appropriatezza Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine aziendale Danno all'operatore	Interno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto
Validazione PFA da parte della Direzione Strategica (deliberazione)	Direzione strategica / RUO	Incontri / Delibere	art. 24 BIS e art.25	Rispetto dei principi e delle norme vigenti Appropriatezza Trasparenza e completezza dell'informazione	Danno all'immagine aziendale	Interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento delle procedure in atto

LEGENDA:

RUO: DIRIGENTE AREA VALORIZZAZIONE, SVILUPPO E FORMAZIONE DEL PERSONALE RFFA: RESPONSABILE FUNZIONE FORMAZIONE AZIENDALE
PFA: PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **ELABORAZIONE PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **d.ssa G. Mezzadrelli**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Definizione e condivisione linee di indirizzo per lo sviluppo del PFA	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI , trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**Direzione Strategica RUO**	31.12.2016
Ricezione istanze formative derivanti da Piani elaborati dalle Strutture (di Staff o line della direzione) ed approvati dalla Direzione Strategica	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti , appropriatezza trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**RUO**	31.12.2016
Analisi fabbisogni formativi dipartimentali e definizione istanze formative attivabili	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti , appropriatezza trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**RUO**	31.12.2016
Valutazione coerenza Composizione Piano di Formazione e relativi atti deliberativi	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti ,diligenza, trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**RUO RFFA**	31.12.2016
Validazione PFA da parte della Direzioe Strategica (deliberazione)	MANCATO rispetto dei principi e delle norme vigenti , appropriatezza trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**Direzione Strategica RUO**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	Pagine 1
Dott. E. Burato IL RESPONSABILE *Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza* Dr. ENRICO BURATO	06.11.2015	**D.ssa G.Mezzadrelli**	

Processo: Gestione Donazioni **Sottoprocesso: ACCETTAZIONE PROPOSTA DONAZIONE**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
RICEZIONE PROPOSTA DI DONAZIONE	Respon. Struttura Funzione Acquisti	cartaceo	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà riservatezza Diligenza Errori: non presa in carico della richiesta	Danno economico patrimonial e	interno esterno	3	1	1	3 (RA)	Manteniment o procedure in atto
VERIFICA DATI/ INFORMAZIONI CONTENUTI NELLA PROPOSTA	Collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	richiesta informazioni telefonica /fax/ mail	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza Errori: mero errore materiale	Danno economico patrimonial e	interna	2	1	1	2 (RA)	Manteniment o procedure in atto
RACCOLTA DEI PARERI ALLE FIGURE COMPETENTI	Assistente Amm.vo Struttura Funzione Acquisti	FAX MAIL	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	Danno economico patrimonial e	interna	3	1	1	3 (RA)	Manteniment o procedure in atto

VERIFICA MODALITA' INGRESSO DEL BENE	collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	Controllo schede tecniche	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti sicurezza Diligenza appropriatezza Errori: omissione delle procedure specifiche	Danno economico patrimoniale	interna	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento procedure in atto
INVENTARIAZIONE DEL BENE SE TRATTASI DI BENE PATRIMONIALE	Personale addetto alla struttura acquisti patrimoniali	Sistema informatico "data processing"	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza dell'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	Danno economico patrimoniale	interna	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR = Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione ai top management

Data, 01.10.2015 Firma Responsabile Processo

VERIFICA CONDIZIONI PER L'ACCETTAZIONE DELL PROPOSTA (collaudo/legge 626/legge 81)	Collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	Modulistica per competenza (Ing. Clinica, CED, radioprotezione, Ufficio tecnico)	Art 24 Art 25 Art 25 septies Legge 190	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza Appropriatezza Sicurezza Errori: mero errore materiale Omissione delle procedure specifiche	Danno economico patrimonial e	interna	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento procedure in atto
STESURA ATTO DI ACCETTAZIONE	Resp. Struttura e collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	Modulistica aziendale	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	Danno economico Patrimonia le E Immagine aziendale	interna	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
ATTUAZIONE DELIBERA	DG	Modulistica aziendale	Art 24 bis	Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	Danno economico Patrimonia le E Immagine aziendale	interna	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **GESTIONE DONAZIONI**	**Direzione di Afferenza** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. Panarelli**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
RICEZIONE PROPOSTA DI DONAZIONE	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà riservatezza Diligenza Errori: non presa in carico della richiesta	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Respon. Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016
VERIFICA DATI/ INFORMAZIONI CONTENUTI NELLA PROPOSTA	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza Errori: mero errore materiale	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016
RACCOLTA DEI PARERI ALLE FIGURE COMPETENTI	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Riservatezza Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Assistente Amm.vo Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016
VERIFICA CONDIZIONI PER L'ACCETTAZIONE DELL PROPOSTA (collaudo/legge 626/legge 81)	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza dei informazione Diligenza Appropriatezza	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016

	Sicurezza Errori: mero errore materiale Omissione delle procedure specifiche					
STESURA ATTO DI ACCETTAZIONE	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Resp. Struttura e collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016
ATTUAZIONE DELIBERA	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	DG	31.12.2016
VERIFICA MODALITA' INGRESSO DEL BENE	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti sicurezza Diligenza appropriatezza Errori: omissione delle procedure specifiche	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	collaboratore Amm.vo Esp. Struttura Funzione Acquisti	31.12.2016
INVENTARIAZIONE DEL BENE SE TRATTASI DI BENE PATRIMONIALE	Mancato Rispetto dei principi e norme vigenti Onestà Trasparenza e completezza del'informazione Diligenza appropriatezza Errori: mero errore materiale	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Personale addetto alla struttura acquisti patrimoniali	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	01.10.2015	Dr. C. Panarelli	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo:PRESENZE/ASSENZE PERSONALE **Sottoprocesso: GESTIONE PRESENZE/ASSENZE DEL PESONALE**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali /ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
SCARICO TIMBRATURE	OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE	TESSERINO MAGNETICO/ PROGRAMM SPECIFICI (SIGMA KRONOTECH IRISWIN)	ART.24 BIS/ ART.25 SEXIES	RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI/ERRORI TECNICI DI COMUNICAZIONE TRA TERMINALI	DANNO IMMAGINE AZIENDA E DANNO OPERATORE	INTERNO ESTERNO	2	3	1	6	SCARICO GOIRNALIERO TIMBRATURE/ MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
MANUTENZIONE TIMBRATURE	OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE E COORDINATORI SITRA	PROGRAMMA SIGMA NEMHO E SIGMA PLANNER/ REGOLAMENTO OMISSIONI TIMBRATURA	ART.24 ART.24 BIS/ ART 25 E DISPOSIZIONI DELLA LEGGE 190/12	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	DANNO IMMAGINE AZIENDA E DANNO OPERATORE	INTERNO ESTERNO	3	2	1	6	CONTROLLI PERIODICI EFFETTUATI DAL SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE CON APPLICAZIONE DELLE SANZIONI PREVISTE DAI REGOLAMENTI INTERNI/ MANTENIMENTO DELLA DELLE PROCEDURE IN ATTO

INSERIMENTO GIUSTIFICATIVI	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE**	**PROGRAMMA SIGMA NEMHO E SIGMA PLANNER/ PROCEDURA INTERNA SU MODALITA' E TEMPISTICHE DI CHIUSURA DEI CARTELLINI**	**ART.24 ART.24 BIS/ ART 25 E DISPOSIZIONI DELLA LEGGE 190/12**	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	**DANNO IMMAGINE AZIENDA E DANNO OPERATORE**	**INTERNO ESTERNO**	2	3	1	6	**CONTROLLI INTERNI PERIODICI EFFETTUATI DAL SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE /MANTENIMENTO DELLA DELLE PROCEDURE IN ATTO**
CHIUSURA E RILASCIO DEI CARTELLINI DEFINITIVI SULL'ANGOLO DEL DIPENDENTE	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE**	**PROGRAMMA SPECIFICO SIGMA NEMHO**	**ART.24 ART.24 BIS/ ART 25 ART.25 SEXIES LEGGE 190/12**	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	**DANNO IMMAGINE AZIENDA E DANNO OPERATORE**	**INTERNO ESTERNO**	1	1	3	3	**PROCEDURA DI RILASCIO DEI CRATELLINI DEFINITIVI AL RESPONSABILE PER PRESA VISIONE DEFINITIVA/ MANTENIMENTO DELLA DELLE PROCEDURE IN ATTO**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015 **Firma Responsabile Processo** _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: **PRESENZE/ASSENZE PERSONALE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE AMMINISTRATIVA**	**Funzione Responsabile:** **Dott. G. Simonetti**

SOTTOPROCESSO/ ATTIVITÀ	RISCHIO RILEVATO	DESCRIZIONE GAP RILEVATI	PRIORITÀ	PIANO DI AZIONE	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE	TERMINE DI ATTUAZIONE
SCARICO TIMBRATURE	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E NORME VIGENTI/ERRORI TECNICI DI COMUNICAZIONE TRA TERMINALI	NESSUN RISCHIO RILEVABILE	BASSA	MANTENIMENTO DELLA PROCEDURA IN CORSO	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE**	31.12.3016
MANUTENZIONE TIMBRATURE	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	NESSUN RISCHIO RILEVABILE	BASSA	MANTENIMENTO DELLA PROCEDURA IN CORSO	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE E COORDINATORI SITRA**	31.12.3016

INSERIMENTO GIUSTIFICATIVI	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	NESSUN RISCHIO RILEVABILE	BASSA	MANTENIMENTO DELLA PROCEDURA IN CORSO	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE**	31.12.3016
CHIUSURA E RILASCIO DEI CARTELLINI DEFINITIVI SULL'ANGOLO DEL DIPENDENTE	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITA', ONESTA', RISERVATEZZA, DILIGENZA, APPROPRIATEZZA/ NON CORRETTO RICONOSCIMENTO AI DIPENDENTI DEGLI ORARI SVOLTI E DEGLI ISTITUTI CONTRATTUALI	NESSUN RISCHIO RILEVABILE	BASSA	MANTENIMENTO DELLA PROCEDURA IN CORSO	**OPERATORI SETTORE RILEVAZIONE PRESENZE**	31.12.3016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	05.11.2015	Dott. G. Simonetti	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: DIETE SPECIALI
Sottoprocesso: programmazione dietetica

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Ricevimento richiesta dieta U.O.	Medico	Telefono, Sistema Galileo, mail/ Posta interna	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	-Tutela della persona ovvero del paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale per garantire le prestazioni di cui l'utente necessita - Appropriatezza	Danni al paziente,danni all'immagine dell'azienda	Interno	1	2	2	4 (RA)	Possibilità di formazione attiva sulle necessità che servono al medico per compilare lo schema dietetico
Esecuzione schema dietetico	Dietista	Tabelle specifiche e Conoscenza dei principi dietetici	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Diligenza - Appropriatezza	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Presentazione dieta al personale della cucina dietetica	Dietista	Schema dietetico	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Trasparenza e completezza dell'informazione/dato - Sicurezza	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

Preparazione dieta speciale In cucina	Personale cucina addestrato	Attrezzature cucina	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- rispetto dei proncipi e delle norme - Sicurezza - Appropriatezza	Danni al paziente e danni all'operatore	Interno	1	2	2	4 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Chiusura ermetica dei contenitori.	Personale cucina addestrato	Attrezzature cucina	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- rispetto dei principi e delle norme - Sicurezza -	Danno all'utente all'immagine dell'azienda	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Assegnazione nominale della dieta confezionata con specifica data di nascita	Personale cucina addestrato e dietista	- Elenchi nominali - Schema dietetici	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Diligenza (6) - Appropriatezza (9) - Sicurezza (10)	Danni al paziente	Interno	2	1	2	4 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Inserimento appropriato nel carrello specifico destinato all'U.O richiedente la dieta speciale	Personale cucina addestrato	Elenchi nominali	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Appropriatezza - Sicurezza	Danni all'azienda e al paziente	Interno	1	2	2	4 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Preparazione della dieta speciale da offrire al paziente	Personale del comparto di U.O.	Contenitori nominali preparati in cucina	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Diligenza - Appropriatezza - Sicurezza	Danni al paziente	interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

Identificazione del paziente a cui somministrare la dieta speciale	Personale del comparto di U.O	Cartella clinica integrata (grafica e/o schemi dietetici) e braccialetto identificazione	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Rispetto dei principi e delle norme vigenti - Diligenza - Appropriatezza - Sicurezza	Danni al paziente,danno all'immagine dell'azienda	interno	1	2	1	2 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Somministrazione della dieta speciale	Personale di comparto di U.O	Servizio alberghiero	Art 25 bis 1 Dlg 231/01	- Rispetto dei principi e delle norme vigenti - Sicurezza	Danni al paziente,danni all'immagine dell'azienda	interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

Processo: NUTRIZIONE CLINICA ARTIFICIALE

Sottoprocesso: Consulenza specialistica per pazienti fragili, neoplastici,neurologici, affetti da gravi patologie del tratto gastro-alimentare

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Richiesta della consulenza da U.O.	Medico di U.O	Sistema informatico GALILEO Procedura generale Valutazione del rischio nutrizionale.	Art.24 D.Lgs 231/2001 Art. 491-bis e art. 477 c.p.	Tutela della persona,ovvero il paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale,, per garantire le prestazioni di cui l'utente necessita.	Danni al paziente	Interno	2	2	1	4 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Presa visione della consulenza	Resp.Medico SNCD / Medico esperto	Sistema informatico GALILEO	Art.24 D.Lgs 231/2001 Art. 491-bis art. 477 c.p. art 24bis	Trasparenza e completezza dell'informazione- Diligenza.	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Valutazione del paziente	Responsabile Medico SNCD E medico esperto	Cartella Clinica Integrata Scale di valutazione nutrizionali	art.25 quinquies Dlg.231/01	Tutela della persona,ovvero il paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale., per garantire le prestazioni di cui l'utente necessita.	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

condivisione con il Medico di U.O sulla tipo di nutrizione da applicare.	Responsabile Medico SNCD e medico esperto	Linee guida scientifiche e protocolli mirati aziendali	art.25 quinquies Dlg.231/01	Rispetto dei principi e delle norme vigenti. Imparzialità	Danni al paziente	Interno	2	3	2	12 (RR)	Sollecito RAD e Capi Dipartimento rispetto protocollo
Refertazione della consulenza e condivisione	Responsabile Medico SNCD e medico esperto e Medico U.O	Sistema informatico GALILEO e Procedura generale : Valutazione del rischio nutrizionale. PG38MQ08	Art.24 D.Lgs 231/2001 Art. 491-bis e art. 477 c.p.	Rispetto dei principi e delle norme vigenti.	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Stampa della consulenza ed inserimento nella documentazione clinica del paziente	Medico di U.O. e personale infermieristico	Sistema informatico GALILEO Cartella Clinica Integrata	Art.24 D.Lgs 231/2001 Art. 491-bis e art. 477 c.p.	Rispetto dei principi e delle norme vigenti. Trasparenza e completezza dell'informazione	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Prescrizione della nutrizione da applicare	Medico di U.O.	Cartella Clinica Integrata (grafica e schede specifiche)	art.25 quinquies art 25 sexies Dlg.231/01	Tutela della persona.ovvero il paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale., per garantire le prestazioni di cui l'utente necessita.	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere
Somministrazione della dieta al paziente	Personale infermieristico	Pompe specifiche per la nutrizione applicata	art 25 sexies Dlg.231/01	Tutela della persona.ovvero il paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale,. per garantire le prestazioni di cui l'utente necessita.	Danni al paziente	interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

Monitoraggio del paziente a cui è stata applicata la nutrizione artificiale.	Medico di U.O. e personale infermieristico	Cartella Clinica Integrata (diario clinico diario assistenziale e compilazione del bilancio idro-elettrolitico.)	Art.24bis D.Lgs 231/2001	Tutela della persona,ovvero il paziente come bene fondamentale e il personale come patrimonio culturale e professionale,. per garantire le prestazioni	Danni al paziente	Interno	1	1	1	1 (RA)	Si mantengono le procedure attualmente in essere

SNCD = SERVIZIO NUTRIZIONE CLINICA E DIETETICA

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: NUTRIZIONE CLINICA ARTIFICIALE	Direzione di Afferenza: DIREZIONE SANITARIA	Funzione Responsabile: Dott. Picarone

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
RICHIESTA DELLA CONSULENZA DA U.O.	NON TUTELA DELLA PERSONA,OVVERO IL PAZIENTE COME BENE FONDAMENTALE E IL PERSONALE COME PATRIMONIO CULTURALE E PROFESSIONALE., PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI DI CUI L'UTENTE NECESSITA.	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	MEDICO DI U.O	31.12.2016
PRESA VISIONE DELLA CONSULENZA	NON TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE-NON DILIGENZA.	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	RESP.MEDICO SNCD / MEDICO ESPERTO	31.12.2016
VALUTAZIONE DEL PAZIENTE	NON TUTELA DELLA PERSONA,OVVERO IL PAZIENTE COME BENE FONDAMENTALE E IL PERSONALE COME PATRIMONIO CULTURALE E PROFESSIONALE., PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI DI CUI L'UTENTE NECESSITA.	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	RESPONSABILE MEDICO SNCD E MEDICO ESPERTO	31.12.2016
CONDIVISIONE CON IL MEDICO DI U.O SULLA TIPO DI NUTRIZIONE DA APPLICARE.	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI. NON IMPARZIALITÀ	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	RESPONSABILE MEDICO SNCD E MEDICO ESPERTO	31.12.2016
REFERTAZIONE DELLA CONSULENZA E CONDIVISIONE	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	RESPONSABILE MEDICO SNCD E MEDICO ESPERTO E MEDICO U.O	31.12.2016
STAMPA DELLA CONSULENZA ED INSERIMENTO NELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE	NON RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI. NON TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	MEDICO DI U.O. E PERSONALE INFERMIERISTICO	31.12.2016
PRESCRIZIONE DELLA NUTRIZIONE DA APPLICARE	NON TUTELA DELLA PERSONA,OVVERO IL PAZIENTE COME BENE FONDAMENTALE E IL PERSONALE COME PATRIMONIO	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	MEDICO DI U.O.	31.12.2016

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: DIETE SPECIALI	Direzione di Afferenza: DIREZIONE SANITARIA	Funzione Responsabile: Dr. Picarone

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Ricevimento richiesta dieta U.O.	Danni al paziente,danni all'immagine dell'azienda	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Possibilità di formazione attiva sulle necessità che servono al medico per compilare lo schema dietetico	Medico	31.12.2016
Esecuzione schema dietetico	Danni al paziente e danno	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Dietista	31.12.2016
Presentazione dieta al personale della cucina dietetica	Danni al paziente	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Dietista	31.12.2016
Preparazione dieta speciale In cucina	Danni al paziente e danni all'operatore	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale cucina addestrato	31.12.2016
Chiusura ermetica dei contenitori.	Danno all'utente all'immagine dell'azienda	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale cucina addestrato	31.12.2016
Assegnazione nominale della dieta confezionata con specifica data di nascita	Danni al paziente	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale cucina addestrato e dietista	31.12.2016
Inserimento appropriato nel carrello specifico destinato all'U.O richiedente la dieta speciale	Danni all'azien-da e al paziente	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale cucina addestrato	31.12.2016
Preparazione della dieta speciale da offrire al paziente	Danni al paziente	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale del comparto di U.O.	31.12.2016
Identificazione del paziente a cui somministrare la dieta speciale	Danni al paziente,danno all'immagine dell'azien-da	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale del comparto di U.O	31.12.2016
Somministrazione della dieta speciale	Danni al paziente,danni all'immagine dell'azien-da	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Si mantengono le procedure attualmente in essere	Personale di comparto di U.O	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	19.10.2015	Dr. M. Picarone	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

	CULTURALE E PROFESSIONALE,, PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI DI CUI L'UTENTE NECESSITA.					
SOMMINISTRAZIONE DELLA DIETA AL PAZIENTE	NON TUTELA DELLA PERSONA,OVVERO IL PAZIENTE COME BENE FONDAMENTALE E IL PERSONALE COME PATRIMONIO CULTURALE E PROFESSIONALE,, PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI DI CUI L'UTENTE NECESSITA.	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	PERSONALE INFERMIERISTICO	31.12.2016
MONITORAGGIO DEL PAZIENTE A CUI È STATA APPLICATA LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE.	NON TUTELA DELLA PERSONA,OVVERO IL PAZIENTE COME BENE FONDAMENTALE E IL PERSONALE COME PATRIMONIO CULTURALE E PROFESSIONALE,, PER GARANTIRE LE PRESTAZIONI	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	SI MANTENGONO LE PROCEDURE ATTUALMENTE IN ESSERE	MEDICO DI U.O. E PERSONALE INFERMIERISTICO	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. Burato IL RESPONSABILE *Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza* Dr. ENRICO BURATO	19.10.2015	**Dott. Picarone**	2

Processo: RADIOPROTZIONE OPERATORE
Sottoprocesso: ATTIVITÀ DISCIPLINATE DAL D.LGS. 230/95

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Apertura modulo di autorizzazione all'esposizione MOD2PG2MQ06	Capo Dipartimento/ RAD	modulo cartaceo	ART.25 Dlg 231/01	Rispetto dei valori e delle norme vigenti/ ERRORI:manca segreteria di fisica non controllo sull'iter modulo	Danno operatore/ Danno all'Azienda	INTERNO	3	3	3		Installazione di software che renda visibile all'allocazione della risorsa (Talete)
Informazioni sanitarie e proteximetriche pregresse	LAVORATORE	Fornire dati attivita' pregressa con modulo cartaceo	ART.24 BIS Dlg 231/01	Diligenza trasparenza e completezza dell'informazione, sicurezza/tutela della persona (rispetto normativa 230) ERRORI: manca segreteria di fisica percio' mancanza sollecito e controllo sulla consegna dosi pregresse	Danno all'Azienda/ Danno operatore	ESTERNA (operatore/ Azienda Osp. di provenienza	4	1	2	8 (RR)	- Sollecito formale consegna documentazione prima della chiusura della classificazione

Definizione del carico di lavoro dell'operatore	RUO	Compilazione modulo MOD2PG2MQ06 **Sofware ORMAWEB per rilevazione puntuale carichi di lavoro**	ART.24 Dlg 231/01	Negligenza, trasparenza e completezza dell'informazione, sicurezza, onesta', imparzialita, diligenza	Danni all'Azienda e all'operatore	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	Mantenimento del software adottato
Valutazione potenziale radioesposizione classificazione dell'operatore	Esperto qualificato	MODULO MOD2PG1MQ06 normativa di radioprotezione	ART.25 SEXIES ART25 SEPTIS Dlg 231/01	Tutela della persona, eqiuta'/ imparzialita', trasparenza, appropriatezza ,sicurezza	Danni all'operatore, danni economico-patrimoniali all'Azienda	INTERNO	3	1	3	**9 (RR)**	Tracciabilita' dei processi di valutazione (Talete)
Visita d' idoneita' alla mansione/ alla radioesposizione	Operatore	Colloquio/ visita apertura fascicolo sanitario	ART.25 SEXIES 25 SEPTIS Dlg. 231/01	Tutela della persona, riservatezza, appropriatezza, sicurezza	danni all'Azienda e all'operatore	INTERNO	3	2	2	**12 (RR)**	TRASMISSIONE IN TEMPI ADEGUATI DEL FASCICOLO SANITARIO
Autorizzazione alla radioesposizione	Direttore Sanitario	Compilazione moduli: MOD2PG2MQ06 (autorizzazione esposizione) Modulo di comunicazione all'area risorse umane ai fini di riconoscimento dei benefici contrattuali al personale radioesposto MOD2PG1MQ06	ART.24 BIS ART.25 QUINQUIES Dlg. 231/01	Rispetto dei principi edelle norme vigenti, tutela della persona, diligenza e sicurezza	Danni all'Azienda e operatore	INTERNO	4	2	3		Sollecito alla Direzione sanitaria di seguire la procedura concordata (ISO) e trasmissione in tempi adeguati dell'autorizzazione all'esposizione (.Talete)

Consegna Dosimetro	Struttura Fisica Sanitaria	Consegna al lavoratore del dosimetro	25 SEPTIS Dlg. 231/01	Rispetto dei principi e delle norme vigenti, tutela della persona, diligenza e sicurezza	Danno operatore	INTERNO	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
Apertura fascicolo dosimetrico	Servizio struttura sanitaria	Compilazione cartella dosimetrica individuale	ART.25SEPTIS ART.25 NOVIES Dlg.231/01	Rispetto dei principi e delle norme vigenti, tutela della persona, diligenza e sicurezza	Danno economico/patrimoniale Azienda	INTERNO	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 04.09.2015_____

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR
1	Apertura modulo di autorizzazione all'esposizione MOD2PG2MQ06	Ritardo invio modulo o non invio	RR
2	Formazione dei nuovi classificati	Non partecipazione ai corsi aziendali	RC

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** Carlo Poma	**PROVINCIA** Mantova
PROCESSO: **RADIOPROTEZIONE OPERATORE (D.LGS. 230/95)**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dott. G. Barai**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Apertura modulo di autorizzazione all'esposizione MOD2PG2MQ06	non rispetto dei valori e delle norme vigenti	rilevato rischio critico, necessaria azione correttiva	ALTA	installazione di software che renda visibile all'allocazione della risorsa (TALETE)	Capo Dipartimento/ RAD	31.12.2016
informazioni sanitarie e proteximetriche pregresse	non trasparenza e completezza dell'informazione, sicurezza, diligenza	rilevato rischio rilevante, necessaria azione correttiva	MEDIA	- Sollecito formale consegna documentazione prima della chiusura della classificazione	Lavoratore	31.12.2016
definizione del carico di lavoro dell'operatore	non trasparenza e completezza dell'informazione, non sicurezza, disonesta', non imparzialita. non diligenza	nessun rischio rilevato	BASSA	Mantenimento del sotware adottato	RUO	31.12.2016
valutazione potenziale radioesposizione classificazione dell'operatore	non tutela della persona. ineqiuta'/ non imparzialita', non trasparenza, inappropriatezza ,non sicurezza	rilevato rischio rilevante, necessaria azione correttiva	MEDIA	tracciabilita' dei processi di valutazione (TALETE)	Esperto qualificato	31.12.2016
visita d'idoneita' alla mansione/ alla radioesposizione	non tutela della persona, non riservatezza, inappropriatezza, non sicurezza	rilevato rischio rilevante, necessaria azione correttiva	MEDIA	trasmissione in tempi adeguati del fascicolo sanitario	Operatore	31.12.2016
autorizzazione alla radioesposizione	non rispetto dei principi edelle norme vigenti, non tutela della persona, diligenza e sicurezza	rilevato rischio critico, necessaria azione correttiva	ALTO	Sollecito alla Direzione sanitaria di seguire la procedura concordata (ISO) e trasmissione in tempi adeguati dell'autorizzazione all'esposizione (TALETE)	Direttore Sanitario	31.12.2016
consegna dosimetro	non rispetto dei principi edelle norme vigenti, tutela della persona, diligenza e sicurezza	nessun rischio rilevato	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Struttura Fisica Sanitaria	31.12.2016

Apertura fascicolo dosimetrico	Mancato Rispetto dei principi e delle norme vigenti, tutela della persona, diligenza e sicurezza	nessun rischio rilevato	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	Servizio struttura sanitaria	31.12.2016

Redatto da	Data	Approvato da	pagine
Dott. E. Burato	04.09.2015	**Dott. G. Barai**	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Attivita' di ambulatorio
Sottoprocesso: Gestione consulenze Pronto Soccorso

attività	responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/ Errori	effetti / esiti	origine del rischio	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (gxpxr)	barriere individuate / azioni correttive
Triage	Infermiere triage	Procedure aziendali specifiche relative all'accoglienza del paziente/ modulo piano di addestramento del personale neoassunto/neo inserito infermiere triage	Art.24 bis	tutela della persona; rispetto di principi e norme/ riservatezza Errore: attribuzione errata di codice colore/ intempestiva presa incarico del paziente/ difficolta' di comunicazione/ difficolta' relazionali	Danno utente Danno immagine aziendale	interna	2	1	2	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
Valutazione	Medico PS	Procedure piani assistenziali osservazione breve	Art 25 quinques	tutela della persona; rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza. Errore di diagnosi	Danno all'utente e operatore Danno immagine aziendale	interna	2	1	2	4 (RA)	mantenimento delle procedure in atto (piano gestione sovraffollamento Bed Manager- continuità assistenziale procedura gestione posti letto)
Consulenza	Medico specialista	Software aziendale rispetto procedure aziendali/ accordi fast-track	Art 25 quinques	tutela della persona;rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza Errore: ritardo visita di consulenza/ specialistica/ aumento rischio cadute	Danno all'utente Danno immagine azienda Danno Economico/ patrimoniale	interna	3	1	1	3 (RA)	Miglioramento delle procedure individuate

attività	responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/ Errori	effetti / esiti	origine del rischio	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (gxpxr)	barriere individuate / azioni correttive
Invio paziente	Infermiere PS/ e personale SSTI (servizi trasporti interni)	invio richiesta trasporto PZ e procedure azienda specifiche	Art 25 quinques	tutela della persona;rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza, sicurezza ritardo trasporto paziente in reparto Errore: Ritardo Trasporto Paziente In Reparto	Danno all'utente Danno immagine aziendale	interna	1	3	1	3 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
Trasporti secondari	Pers. medico infermieristico PS	procedura aziendale e richiesta autorizzata di acquisto nuovo automezzo	art 25 sexies	tutela della persona rispetto di principi e norme vigenti diligenza appropriatezza sicurezza errori ritardo nel trasporto impropria applicazione procedura	Danno all'utente e all'operatore Danno immagine aziendale	interna	3	1	1	3 (RA)	rispetto rigoroso della procedura aziendale ha permesso una notevole riduzione dei trasportoi secondari (e diminuzione dei conseguenti rischi medico legali)

G= gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.201

Firma Responsabile Processo

Sistema Sanitario Regione Lombardia

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **Gestione consulenze Pronto Soccorso**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dr. M. Luppi**

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
Triage	**MANCATA tutela della persona; rispetto di principi e norme/ riservatezza**	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	Infermiere triage	31.12.2016
Valutazione	**MANCATA tutela della persona; rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza.**	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**mantenimento delle procedure in atto (piano gestione sovraffollamento Bed Manager- continuità assistenziale procedura gestione posti letto)**	Medico PS	31.12.2016
Consulenza	**MANCATA tutela della persona;rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza**	Rischio rilevante si attiva azione di miglioramento	bassa	**Miglioramento delle procedure individuate**	Medico specialista	31.12.2016
Invio paziente	**MANCATA tutela della persona rispetto di principi e norme vigenti diligenza appropriatezza sicurezza**	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento delle procedure in atto	infermiere PS/ e personale SSTI (servizi trasporti interni)	31.12.2016

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
Trasporti Secondari	**MANCATA tutela della persona;rispetto di principi e norme/ riservatezza, diligenza, appropriatezza, sicurezza ritardo trasporto paziente in reparto**	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	**rispetto rigoroso della procedura aziendale ha permesso una notevole riduzione dei trasportoi secondari (e diminuzione dei conseguenti rischi medico legali)**	**Pers medico infermieristico PS**	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	19.10.2015	Dr. M. Luppi	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

PROCESSO: GESTIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI OSPEDALIERE
SOTTOPROCESSO: RICHIESTA ATTIVAZIONE CIO

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI / PROCEDURE / ADDESTRAMENTO	VALORE DI RIFERIMENTO / REATI E VIOLAZIONI 231	RISCHI DI DIFFORMITÀ AI VALORI AZIENDALI/ERRORI	EFFETTI / ESITI	ORIGINE DEL RISCHIO (INTERNO/ ESTERNO)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	BARRIERE INDIVIDUATE / AZIONI CORRETTIVE
RICHIESTA DI ATTIVAZIONE	STRUTTURA DMP RM	MOD8POL3MQ96	ART.24BIS ART.25 SEXIES	TUTEL A DELLA PERSONA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, APPROPRIATEZZA	DANNO UTENTE, IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENGO LE PROCEDURE IN ATTO
ANALISI DELLA SEGNALAZIONE	PRESIDENTE CIO	RIUNISCE IL GRUPPO OPERATIVO	ART.24BIS ART.25 SEXIE	TUTEL A DELLA PERSONA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI APPROPRIATEZZA	DANNO UTENTE, IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENGO LE PROCEDURE IN ATTO
INCARICO AL GRUPPO OPERATIVO	PRESIDENTE CIO	SOPRALUOGO VERIFICA DELL'APPLICAZIONE DI ISOLAMENTO E USO DPI, TERAPIA ANTIBIOTICA, EVENTUALI CONTROLLI AMBIENTALI	ART.24BIS ART.25 SEXIE	DILIGENZA, APPROPRIATEZZA , RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI	DANNO UTENTE, E OPERATORE IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENGO LE PROCEDURE IN ATTO
CHIUSURA PROCEDURA	PRESIDENTE CIO, GRUPPO OPERATIVO	INDICAZIONI SUL CASO IN ESAME E VALUTAZIONE DELL'APPLICAZIONE	ART.24BIS ART.25 SEXIE	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA	DANNO UTENTE, E OPERATORE	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENGO LE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 19.10.2015

Firma Responsabile Processo

AZIENDA OSPEDALIERA "C. Poma"
- PRESIDIO DI MANTOVA -
Dott. GIANNI GATTUSO
PRESIDENTE
COMITATO CONTROLLO INF. OSP.

SCHEDA per la COMUNICAZIONE delPIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE E SORVEGLIANZA INFEZIONI OSPEDALIERE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dott. Gattuso**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
richiesta di attivazione	non tutela della persona, non rispetto dei principi e delle norme vigenti, non appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantengo le procedure in atto	struttura DMP RM	31.12.2016
analisi della segnalazione	non tutela della persona, non rispetto dei principi e delle norme vigenti, non appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantengo le procedure in atto	Presidente CIO	31.12.2016
incarico al gruppo operativo	non tutela della persona, non rispetto dei principi e delle norme vigenti, non appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantengo le procedure in atto	Presidente CIO	31.12.2016
chiusura procedura	non tutela della persona, non rispetto dei principi e delle norme vigenti, non appropriatezza	nessun rischio rilevato	bassa	mantengo le procedure in atto	Presidente CIO Gruppo Operativo	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dott. Burato	19.10.2015	**Dott. Gattuso**	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE FARMACI IN PRONTUARIO OSPEDALIERO **Sottoprocesso: GESTIONE PTO (1)**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
RICHIESTA DI INSERIMENTO DI NUOVO FARMACO IN PRONTUARIO TERAPEUTICO	DIRETTORE U.O.	MOD2PRSFARM09 PRSFARM09	D.Lgs 231 /2001 art.25 CORRUZIONE CONCUSSIONE	DILIGENZA APPROPRIATEZZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA	COMMISSIONE TERAPEUTICA	INFORMAZIONI SCIENTIFICHE INDIPENDENTE, VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA, VALUTAZIONE EFFICACIA-SICUREZZA	D.Lgs 231 /2001 art.25 CORRUZIONE CONCUSSIONE	TUTELA DELLA PERSONA, RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITÀ, ONESTÀ, IMPARZIALITÀ , TRASPARENZA, RISERVATEZZA , DILIGENZA, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA	DANNO ALL'UTENTE, ECONOMICO-PATRIMONIALE, IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	3	1	2	6 (RA)	mantenimento delle procedure in atto

AGGIORNAMENTO PRONTUARIO SUL SITO INTRANET	FARMACISTA	SITO INTRANET	Art.24 bis	DILIGENZA	DANNO ALL'OPERATORE, IMMAGINE DELL'AZIENDA	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	mantenimento delle procedure in atto
SEGNALAZIONE ALL'UFFICIO GARE E CONTRATTI DELLA DECISIONE DELLA COMMISSIONE TERAPEUTICA	DIRETTORE FRAMACIA	SCRITTURA PROTOCOLLATA	Art.24 bis	DILIGENZA	DANNO ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	mantenimento delle procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015 **Firma Responsabile Processo** _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Gestione farmaci in prontuario ospedaliero	Direzione di Afferenza: DIREZIONE SANITARIA	Funzione Responsabile: Dott.ssa A. Saccardi

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
richiesta di inserimento di nuovo farmaco in prontuario terapeutico	mancata diligenza appropriatezza trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	DIRETTORE U.O.	31.12.2016
valutazione della richiesta	mancata tutela della persona, rispetto dei principi e delle norme vigenti, equità, onestà, imparzialità , trasparenza, riservatezza , diligenza, appropriatezza, sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	COMMISSIONE TERAPEUTICA	31.12.2016
aggiornamento prontuario sul sito intranet	mancata diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	FARMACISTA	31.12.2016
segnalazione all'ufficio gare e contratti della decisione della commissione terapeutica	mancata diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	mantenimento delle procedure in atto	DIRETTORE FRAMACIA	31.12 2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	Dott.ssa A. Saccardi	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE FARMACI EXTRA PRONTUARIO OSPEDALIERO
Sottoprocesso: GESTIONE FARMACI EXTRA PTO (1)

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
RICHIESTA DI ACQUISTO DI NUOVO FARMACO EXTRA PRONTUARIO TERAPEUTICO	DIRETTORE U.O. MEDICO SPECIALISTA	INFORMAZIONI SCIENTIFICHE INDIPENDENTE. VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA. VALUTAZIONE EFFICACIA-SICUREZZA	Art 25 Legge 190/12	DILIGENZA APPROPRIATEZZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA	FARMACISTA	PRSFARM09 INFORMAZIONI SCIENTIFICHE INDIPENDENTE. VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA. VALUTAZIONE EFFICACIA-SICUREZZA	Art 25 Legge 190/12	TUTELA DELLA PERSONA. RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI. EQUITÀ. ONESTÀ. IMPARZIALITÀ , TRASPARENZA. RISERVATEZZA , DILIGENZA. APPROPRIATEZZA. SICUREZZA	DANNO ALL'UTENTE, ECONOMICO-PATRIMONIALE, IMMAGINE ALL'AZIENDA	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
Attività	**Responsabilità**	**Strumenti / procedure / addestramento**	**Valore di riferimento / reati e violazioni 231**	**Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI**	**Effetti / esiti**	**Origine del rischio (interno/esterno)**	**G (1-4)**	**P (1-4)**	**R (1-4)**	**IP (GXPXR)**	**Barriere individuate / Azioni correttive**

INDIVIDUAZIONE DITTE FORNITRICI	FARMACISTA	BANCA DATI	Art 25 Legge 190/12 Art.25 octies	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, EQUITÀ, ONESTÀ, IMPARZIALITÀ , TRASPARENZA, RISERVATEZZA , DILIGENZA,	DANNO ECONOMICO-PATRIMONIALE E IMMAGINE AZIENDA	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
RICHIESTA OFFERTA	AMMINISTRATIVO	MODULI INTERNI	D.LGS 231/2001 ART.25 CORRUZIONE PER ATTI 'UFFICIO	DILIGENZA E ONESTA' CORRUZIONE PER ATTI 'UFFICIO	DANNO ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
EMISSIONE ORDINE	AMMINISTRATIVO	SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE	Art 24 bis	DILIGENZA COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	NTERNA	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015 **Firma Responsabile Processo**

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Gestione farmaci EXTRA prontuario ospedaliero	Direzione di Afferenza: DIREZIONE SANITARIA	Funzione Responsabile: Dott.ssa Saccardi

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
richiesta di acquisto di nuovo farmaco extra prontuario terapeutico	mancata diligenza appropriatezza trasparenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	Direttore U.O. medico specialista	31.12.2016
valutazione della richiesta	mancat a tutela della persona, rispetto dei principi e delle norme vigenti, equità, onestà, imparzialità , trasparenza, riservatezza , diligenza, appropriatezza, sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
individuazione ditte fornitrici	mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, equità, onestà, imparzialità , trasparenza, riservatezza , diligenza,	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
richiesta offerta	mancata diligenza e onesta' corruzione per atti 'ufficio	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	amministrativo	31.12.2016
emissione ordine	mancata diligenza completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	amministrativo	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	Dott.ssa A. Saccardi	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: MONITORAGGIO FORNITORI **Sottoprocesso: GESTIONE NON CONFORMITA'**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
VERIFICA STATO DELL'ORDINE	AMMINISTRATIVO / OPERATORE TECNICO	IO12FARM	Art.24 bis	DILIGENZA APPROPRIATEZZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
VERIFICA MATERIALI IN ARRIVO	FARMACISTA OPERATORE TECNICO	IO12FARM	Art.24 bis	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI. DILIGENZA.	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
COMPILAZIONE FILE NON CONFORMITà MONITORAGGIO FORNITORI	FARMACISTA	IO12FARM	Art.24 bis Art 25	DILIGENZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNA	2	1	1	2 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

SEGNALAZIONI NON CONFORMITà A STRUTTURA GARE E CONTRATTI	FARMACISTA	IO12FARM	Art.24 bis Art 25	DILIGENZA COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	3	1	1	3	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
ATTIVAZIONE CONTESTAZIONI	AMMINISTRATIVO	IO12FARM	Art.24 bis Art 25	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, , DILIGENZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO ALL'AZIENDA ECONOMICO-PATRIMONIALE	INTERNA	3	1	1	3	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015 **Firma Responsabile Processo** Aylo Buri

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: MONITORAGGIO FORNITORI FARMACI	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE SANITARIA**	**Funzione Responsabile:** **Dott.ssa Saccardi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
VERIFICA STATO DELL'ORDINE	MANCATA DILIGENZA APPROPRIATEZZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	AMMINISTRATIVO / OPERATORE TECNICO	31.12.2016
VERIFICA MATERIALI IN ARRIVO	MANCATAO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, , DILIGENZA,	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	FARMACISTA	31.12.2016
COMPILAZIONE FILE NON CONFORMITà MONITORAGGIO FORNITORI	MANCATAVDILIGENZA TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	AMMINISTRATIVO /OPERATORE TECNICO	31.12.2016
SEGNALAZIONI NON CONFORMITà A STRUTTURA GARE E CONTRATTI	MANCAT DILIGENZA COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	FARMACISTA	31.12.2016
ATTIVAZIONE CONTESTAZIONI	MANCATO RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI, , DILIGENZA, TRASPARENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	AMMINISTRATIVO	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	Dott.ssa A. Saccardi	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: FARMACOVIGILANZA **Sottoprocesso: gestione segnalazioni**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
SEGNALAZIONE ADR	MEDICO FARMACISTA OPERATORE SANITARIO	IO4FARM	ART.24bis	DILIGENZA APPROPRIATEZZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE TUTELA DELLA PERSONA	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
VERIFICA CORRETTEZZA DELLA SEGNALAZIONE	FARMACISTA	IO4FARM	ART.24bis	RISPETTO DEI PRINCIPI E DELLE NORME VIGENTI. . DILIGENZA. COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
INSERIMENTO NELLA RETE DI FARMACOVIGILANZA	FARMACISTA	IO4FARM	ART.24bis	DILIGENZA E COMPLETEZZA DELL'INFORMAZIONE	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	2 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

INVIO SCHEDA AL CENTRO REGIONALE DI FV	FARMACISTA	IO4FARM	ART.24bis	DILIGENZA	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
FEED BACK A SEGNALATORE	FARMACISTA	IO4FARM	ART.24bis	DILIGENZA	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO
FOLLOW UP	MEDICO FARMACISTA OPERATORE SANITARIO	IO4FARM	ART.24bis	DILIGENZA APPROPRIATEZZA SICUREZZA, TUTELA DELLA PERSONA	DANNO OPERATORE ED UTENTE	INTERNA	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR = Indice di Priorità di rischio (GXPXR)

Azioni di miglioramento:
RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6), gestire secondo procedure
RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità
RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015 Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: FARMACOVIGILANZA	Direzione di Afferenza: DIREZIONE SANITARIA	Funzione Responsabile: Dott.ssa Saccardi

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
segnalazione adr	mancata diligenza appropriatezza e completezza dell'informazione tutela della persona	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	medico farmacista operatore	31.12.2016
verifica correttezza della segnalazione	mancata rispetto dei principi e delle norme vigenti, diligenza, completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
inserimento nella rete di farmacovigilanza	mancata diligenza e completezza dell'informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
invio scheda al centro regionale di fv	mancata diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
feed back a segnalatore	mancata diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2016
follow up	mancata diligenza,appropriatezza,sicurezza, tutela della persona	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	mantenimento delle procedure in atto	farmacista	31.12.2015

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	Dott.ssa Saccardi	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo : gestione dello screening mammografico **Sottoprocesso: reclutamento e programmazione screening – ASL**

Attività	Responsabilità	Materiali / strumenti	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Ricezione della popolazione target da Regione Lombardia (data base, anagrafe regionale e locale)	SIA ASL	Data base regionale (secondo certificazione) Il sistema è dotato di allarme per non riallineamento (segnale con record su data base)	Non rispetto privacy (dati sensibili utente e criteri di accesso ai dati da operatori interni) Mancata ricezione dei dati per Mancato collegamento con la regione (per rottura apparato della rete SISS o apparato locale),	Ritardo dell'allineamento con ritardo di erogazione del servizio	Si (lombardia informatica)	3	1	2	6	Mantenimento strumenti in uso (si consiglia adozione allarme basato su invio mail)
			Parziale ricezione dell'elenco Per difformità tra data base regionale e situazione contingente dei paz (per non comunicazione del cambio di residenza da parte del paziente)			3	2	3	18	postalizzazione e invio sistematico da smpdc a scelte e revoche, predisposizione moduli per segnalazione di modifica presso gli uffici asl #1

Creazione delle agende	**smpdc**	**Agende degli erogatori , data base , PQADPM MDC01 rev.O 2004, formazione del personale nov. 2011**	**Errata individuazione dei giorni/orari concordati e dedicati con gli Enti Erogatori Per errore dell'operatore,**	Modifica della disponibilità programmate (sovraccarico del servizio di screening)	SMPC (operatore che esegue la compilazione dell'agenda)	2	2	3	12	**Programmazione a priori (o in tempo utile) delle sospensioni rispetto all'agenda concordata #2**
Generazione dei lotti di invito da data base	**smpdc**	**Agende degli erogatori , data base , PQADPM MDC01 rev.O 2004, formazione del personale nov. 2011**	**Errata Generazione di lotti di invito contenenti data/ora in cui le prestazioni di screening non verranno erogate Per errore dell'operatore,**	Cittadini utenti che subiscono un disservizio (si presentano ad eseguire test che non verranno effettuati)	SMPC: gestione informatizzata ed automatizzata della distribuzione degli inviti in base all'agenda attiva)	2	2	4	16	**Programmazione a priori (o in tempo utile) delle sospensioni rispetto all'agenda concordata #2**
Spedizione dei lotti di invito via mail a MKT che invia alle poste	**Smpdc , ditta MKT**	**spedizione lotti, (Convenzione Ditta MKT)**	**interruzione della catena di invito (per mancanza dell'unico operatore addestrato/mancata presenza per il feedback tra mkt e asl)**	**Mancata produzione delle lettere di invito/esito)**	Interno / esterno	1	3	3	9	**Addestramento di più operatori / coinvolgimento per conoscenza via mail di più operatori #3**
Consegna dell'invito all'utenza	**Poste**	**Ricevuta invito**	**Mancato recapito o recapito che avviene troppo in ritardo rispetto alla data di invito contenuta nella lettera Per motivi esterni (organizzazione poste)**	**Mancata presenza alle sedute programmate/disservizio**	esterno	1	4	3	12	Attivare messaggistica su telefoni mobili 48 ore prima della data/invito o via email **#4**

Verifica consegna invito (nell'ambito delle verifiche dei non responder)	**Smpdc**	**Lettere di invio, resoconto dei non responder (vedi survey regionali) , programma Dedalus**	**Mancata verifica della consegna per Difficoltà ad individuare i reali non responder dagli inviti inesitati**	**Stima falsata dell'adesione in quanto non ripulita dagli inesitati**	Interno/esterno	3	3	2	18	Anagrafe aggiornata/ protocollo di gestione univoco delle poste italiane (inserire nel contratto con le poste) **#5**
Rifiuto dell'invito attraverso telefonata al numero verde	**Pz. e smpdc**	**Lettera che arriva al SMPC da parte dell'utente che rifiuta oppure al SMPdC modulo rifiuto da parte del poma : esclusione dell'utente tramite procedura informatica e archiviazione del materiale cartaceo compilato dall'utente**	**Non corretta evidenza del rifiuto ed Esclusione informatica senza possedere l'evidenza cartacea sottoscritta dall'utente che rifiuta**	**Esclusione dal programma di screening di utente sbagliato o che in realtà non ha rifiutato**	Interno (Errore operatore del SMPC)	3	2	1	6	Abilitare un solo operatore o suo delegato alla possibilità di escludere definitivamente le persone dallo screening (= solo il responsabile) e solo dopo aver stilato condiviso ed applicato la procedura: acquisizione del rifiuto per iscritto e relativa archiviazione (rivedere procedura sui tempi di riesecuzione in pazienti che rifiutano o che non vengono) Preparazione di un modulo di rifiuto condiviso e messo a sistema **#6**
differimento dell'invito attraverso telefonata al numero verde	**smpc**	**Telefonata al numero verde, programma**	**Errato differimento e Sospensione temporale inadeguata alla richiesta e impossibilità di re-invitare l'utente nei tempi con lui stabiliti Per errore dell'operatore o per date riferite in modo errato dal paziente**	**Non rispetto dei tempi stabiliti per insufficienza oraria**	Esterno: orario agende degli erogatori insufficiente	1	1	4	4	Mantenimento dell'attuale sistema

Attività	Responsabilità	Materiali / strumenti	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO
Stampa del piano di lavoro per la seduta del giorno	Segreteria csm	Programma dedalus, work list stampata, formazione del personale nov.2011	Errata stampa del piano per Errata datazione del giorno della seduta per incompleto piano di lavoro perché gli appuntamenti sono stati dati verbalmente e non confermati informaticamente	Rifacimento lista, Cartelle difformi rispetto all'elenco del piano di lavoro Mancanza della cartella per le pazienti in lista / utilizzo della cartella di una pazientte su un'altra	POMA e ASL	2	1	1	2	nessuna
Preparazione degli esami e della documentazione sanitaria precedente della pz.	Segreteria Csm Poma	Programma dedalus, cartaceo	carente preparazione degli esami per prelievo sbagliato della cartella perché l'archivio è eccessivamente pieno e perché il sistema di archiviazione non è immediato (cartelle ravvicinate), per distrazione e per carico di lavoro	Cartelle difformi rispetto all'elenco del piano di lavoro Mancanza della cartella per le pazienti in lista / utilizzo della cartella di una pazientte su un'altra	Poma (interno)	2	2	3	12	applicazione della politica di identificazione del paziente (prevedere il doppio controllo con richiesta verbale); eliminazione della verifica cartacea e utilizzo della sola verifica informatica (dedalus) **#7**

Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione dedalus)	TSRM del csm	Cartaceo e programma dedalus compilato in doppio, tabella o schema sui criteri di anamnesi (non codificata) nessuna procedura specifica ma solo linee guida nazionali	Accesso errato della paziente in sala RX	Difformità tra immagine e paziente	interno	4	1	4	16	eliminazione del cartaceo e informatizzazione del processo **#14**
Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione dedalus)	TSRM del csm	Cartaceo e programma dedalus compilato in doppio, tabella o schema sui criteri di anamnesi (non codificata) nessuna procedura specifica ma solo linee guida nazionali	Difformità tra quanto riportato sul cartaceo rispetto a quanto inserito in Dedalus	Dati difformi	interno	2	2	4	16	eliminazione del cartaceo e informatizzazione del processo **#14**
Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione dedalus)	TSRM del csm	Cartaceo e programma dedalus compilato in doppio, tabella o schema sui criteri di anamnesi (non codificata) nessuna procedura specifica ma solo linee guida nazionali	errata accoglienza per Erratta selezione della paziente sul Novation, inoltre i medici non danno l'eseguito e rimane l'elenco dei paziente pertano è possibile cliccare il nome sbagliato (il medico non da il nome perché manca ancora l'esame citologico)	Difformità tra immagine e paziente (possibile scambio di paziente per attribuzione di altro nominativo dall'elenco sull'immagine)	interno	4	2	3	24	definizione una procedura che definisca cosa deve fare il medico rispetto alla conferma (dare l'eseguito) all'esame **#8**
Spiegazione dell'esame (esecuzione tecnica e spiegazione del progetto screening)	TSRM del csm	Corso di Formazione sullo screening degli operatori (ultimo agg.to anno 2011), nessun materiale	errata incompleta spiegazione al pz per motivi di tempo, per agitazione del pz, (la spiegazione	perdita di tempo, lamentele del paziente , agitazione del paziente sulla seconda chiamata	interno	1	3	3	9	**valutazione di fattibilità sulla presenza di operatore dell'ASL, migliorare la fase di spiegazione dell'esame revisione dei contenuti del consesno informato sulla**

		divulgativo	prima veniva fatta da operatore ASL)	per incomprensione del progetto						gravidanza (poste le domande sbagliate) non dovrei chiedere se sei incinta ma quali rischi corri se lo fossi #9
Firma del consenso informato al pz	TSRM del csm	Consenso informato MOD356POL10MQ07 rev 2010	errata consegna del consenso informato sulla attuazione della mammografia per Protesi non dichiarata - esame eseguito prima del periodo indicato	danno alle protesi - esame troppo ravvicinato	interno /esterno	4	1	4	16	ridefinizione della consegna del consenso , si rileva dopo l'esame non prima, modifica del consenso con inserimento della dichiarazione della protesi, mettere a sistema il modulo di rifiuto del poma attualmente non messo a sistema con procedura #10
Adozione delle procedure e preparazione dell'esame	TSRM del csm	Procedure UO di esecuzione esame	Erroneo posizionamento della paziente	Iconografia non refertabile o difficilmente refertabile	interno	3	1	1	3	mettere a sistema le procedure esistenti #11
Effettuazione dell'esame	TSRM del csm	Documentazione sanitaria, procedure in atto, formazione (ultimo addestramento 2001 - utlima verifica competenze 2012)	errata effettuazione dell'esame con restituzione non appropriata dell'immagine da parte dell'aparecchiatura che porta ad Immagine non conforme per tipologia del paziente, per posizionamento errato del paziente , per non chiara definizione dei ruoli e sovraccarico	errata risposta e richiamo del paziente, errata laterlaità	interna	4	1	4	16	definizione procedure preparazione paziente ed esecuzione esami , proposta di formazione / addestramento degli operatori (sulla gestione e quatà dell'immagine prodotta), rideffinizone dei ruoli (chi esegue, chi da informazioni al pz ecc...), valutazione della proposta di centralizzazione del servizio o spostamento del tecnico in periferia su gg concordati definizione di una procedura di identificazione della lateralità (procedura condivisa secondo la definzione delle sequenze di immagini),

			dell'operatore durante l'esecuzione dell'esame (in particolare sui prsisi periferici), per scambio di mammella							**#12**
Chiamata della fisica sanitaria per consulenza sulla esecuzione dell'esame e sulla qualità delle apparecchiature e qualità della refertazione (al bisogno)	**TSRM ,fisica sanitaria**	**Sistema dedalus, procedure fisica sanitaria, scheda di segnalazione errori da inviare alla fisica sanitaria**	non attivazione della fisica sanitaria per operatore di fisica non presente (per motivi organizativi e di gestione delle risorse)	Blocco esame difficoltà nell'esecuzione	interna	4	2	1	8	**riorganizzazione risorse umane in corso #13**
Lettura dell'esame	**Medico**	**Foglio di anamnesi, esami precedenti su monitor, corsi di formazione (anno 2011), linee guida e rif scientifici (no protocolli interni validati)**	errata lettura per paziente non trovato sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente, utilizzo di due sistemi di refertazione (prima su cartaceo e poi inserimento del cartaceo su supporto informatico)	errata diagnosi, allungamento dei tempi di refertazione, richiamo inutile dei pazienti	interno	4	2	4	32	**eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sisteam infomatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi #14**
Refertazione dell'esame	**Primo lettore medico**	**WS, Dedalus , foglio di anamnesi, foglio di periodicità**	errori di refertazione Difformità tra quanto riportato sul cartaceo rispetto a quanto inserito in Dedalus, qualià dell'immagine, errore di lettura	difformi di referto Carta/sw,non possibilità di lettua, distrazione in refertazione	interna	4	2	4	32	**eliminazione del sistema doppio (cartaceo - infomratico) introducendo un nuovo sisteam infomatico , adozione di una procedura che descriva le fasi #14**

Trasporto referti ed esami per altra lettura nei distretti periferici	**Segreteria csm, fattorino**	**Lastre radiografiche (solo per alcuni distretti) Referti, nessuna procedura, nessun modulo di ritiro,**	errato trasporto per mancanza del fattorino nei tempi definiti , il primo lettore non le elgge nei tempi std	non possibilità di lettura in tempi std	interno / esterna	2	2	1	4	**definzione della procedura che definisca i tempi std e le modalità di ritiro con moduli di rititro e relativa ricevuta #15**
seconda lettura con Refertazione esame	**Secondo lettore medico**	**Monitor, Dedalus , foglio di anamnesi, foglio di periodicità formazione (anno 2011),**	errata refertazione per paziente non trovata sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente, esame non realmente in cieco in quanto già presente la prima lettura a disposizione del secondo lettore al momento della rivalutazione	errata diagnosi	interna	4	2	4	32	**eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sisteam infomatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi #14**
Refertazione (terza lettura quando il primo e seconda lettore non concordano)	**Terzo lettore Medico radiologo**	**No procedure Verificare formazione terzo lettore Nessuna scheda codificata rileva la firma del terzo lettore**	errata refertazione per paziente non trovata sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente esame non realmente in cieco in quanto già presente la prima lettura a disposizione del secondo lettore al momento della rivalutazione	errata diagnosi	interna	4	2	4	32	**eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sisteam infomatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi. Ridefinizione e riprogrammazione del numero di referti per medico lettore #14 #15**

Ritiro del referto al csm	**operatori ASL, fattorini**	**Lastre radiografiche (ritiro da parte di addetti asl: per Mantova solo foglio di periodicità e di anamnesi, per i distretti foglio di periodicità e lastra), Referti, nessuna procedura, nessun modulo di ritiro,**	errato ritiro o mancato ritiro e mancata tracciabilità del ritiro (mancanza moduli di ritiro)	il referto non viene ritirato o viene ritirato in tempi non utili , referto cartaceo sui positivi che giunge in tempi troppo lunghi o che non giunge al pz	esterno	2	1	1	2	**inserimento nuovo programma informatico con eliminazione del ritiro cartcaeo dei referti di primo livello. Definizone di un modulo di ritiro per i referti di secondo livello progetto di revisione sulla formazione e addestramento delle competenze del lettore (definizione degli std e dei "privegi" dei medici #16**
Archivio immagine nei PO sede di screening	**Radiologia**	**Archivio separato, il sistema non è codificato da procedure .**	errata archiviazione per distrazione, mancata archiviazione immagini eco e mancato invio al PACS per archiviazione	mancata archiviazione dell'immagine	interna	2	2	1	4	**aggiornamento e definizione di una procedura di archiviazione delle immagini ecografiche #17**
richiesta approfondimento (se alterazioni mammografiche presenti)	**Medico**	**Foglio cartaceo anamnesi, dedalus, criteri definiti da procedure interne**	errato richeista di approfondimento per Mancato inserimento in dedalus	Mancato invito, e/o ritardo	interna	4	2	4	32	**eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sisteam infomatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi aggiornamento definizione dei criteri di approfondimento per indagini successive #14**
Richiesta appuntamento alla pz e trascrizione appuntamento si quaderno	**TSRM**	**Telefono**	errata richiesta di appuntamento per dimenticanza di trascrizione sul quaderno	disservizio con presentazione di paz in giornate differenti da quelle pianificate	interna	1	2	1	2	**nessuna azione**
Inserimento agenda informatica	**Segreteria csm**	**Agenda informatica**	errato inserimento dovuto a errori di identificazione del pz	errata comunicazione all'ASL di pz chiamati	interna	1	2	1	2	**nessuna azione**

Esecuzione accertamento	**TSRM / Medico**	**Monitor, Dedalus , foglio di anamnesi, foglio di periodicità formazione (anno 2011),**	errata esecuzione secondo livello per errore umano,	ripetizione dell'esame	interna	1	2	1	2	**nessuna azione**
Richiesta citologico/istologico da seconde letture (se necessaria) effettuati solo al PO di Mantova	**medico**	**Richiesta Consenso informato agoaspirato e biopsia (non validato)**	richiesta errata citologico per errore umano (mancata numerazione dei citologici rispetto al numero di noduli individuati)	errata diagnosi	interna	4	1	2	8	**definizione procedura di prelieveo dei campioni validare consenso infmrato per ago aspirato #18**
Trasporto esami (con pedonaggio)	**Segreteria csm**	**Vetrini/biopsie, richieste esami**	errato trasporto per non ricezione del campione	non arrivo del campione	interna	4	1	1	4	**vedi procedura anatomia patologicaper ritiro campioni**

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015 **Firma Responsabile Processo** _____

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Gestione dello screening mammografico	Direzione di Afferenza: DIREZIONE GENERALE	Funzione Responsabile: Dr. MOLANI

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Ricezione della popolazione target da Regione Lombardia (data base, anagrafe regionale e locale)	Non rispetto privacy (dati sensibili utente e criteri di accesso ai dati da operatori interni) Mancata ricezione dei dati per Mancato collegamento con la regione (per rottura apparato della rete SISS o apparato locale),	nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento strumenti in uso (si consiglia adozione allarme basato su invio mail)	SIA ASL	31.12.2016
	Parziale ricezione dell'elenco Per difformità tra data base regionale e situazione contingente dei paz (per non comunicazione del cambio di residenza da parte del paziente)	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	postalizzazione e invio sistematico da SMPDC a scelte e revoche, predisposizione moduli per segnalazione di modifica presso gli uffici asl #1	medico	31.12.2016
Creazione delle agende	Errata individuazione dei giorni/orari concordati e dedicati con gli Enti Erogatori Per errore dell'operatore,	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Programmazione a priori (o in tempo utile) delle sospensioni rispetto all'agenda concordata #2	SMPDC	31.12.2016
Generazione dei lotti di invito da data base	Errata Generazione di lotti di invito contenenti data/ora in cui le prestazioni di screening non verranno erogate Per errore dell'operatore,	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Programmazione a priori (o in tempo utile) delle sospensioni rispetto all'agenda concordata #2	SMPDC	31.12.2016
Spedizione dei lotti di invito via mail a MKT che invia alle poste	interruzione della catena di invito (per mancanza dell'unico operatore addestrato/mancata presenza per il feedback	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Addestramento di più operatori / coinvolgimento per conoscenza via mail di più operatori #3	SMPDC , DITTA MKT	31.12.2016

	tra mkt e asl)					
Consegna dell'invito all'utenza	Mancato recapito o recapito che avviene troppo in ritardo rispetto alla data di invito contenuta nella lettera Per motivi esterni (organizzazione poste)	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	Attivare messaggistica su telefoni mobili 48 ore prima della data/invito o via email #4	Poste	31.12.2016
Verifica consegna invito (nell'ambito delle verifiche dei non responder)	Mancata verifica della consegna per Difficoltà ad individuare i reali non responder dagli inviti inesitati	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	Anagrafe aggiornata/ protocollo di gestione univoco delle poste italiane (inserire nel contratto con le poste) #5	SMPDC	31.12.2016
Rifiuto dell'invito attraverso telefonata al numero verde	Non corretta evidenza del rifiuto ed Esclusione informatica senza possedere l'evidenza cartacea sottoscritta dall'utente che rifiuta	nessun rischio rilevato	bassa	Abilitare un solo operatore o suo delegato alla possibilità di escludere definitivamente le persone dallo screening (= solo il responsabile) e solo dopo aver stilato condiviso ed applicato la procedura: acquisizione del rifiuto per iscritto e relativa archiviazione (rivedere procedura sui tempi di riesecuzione in pazienti che rifiutano o che non vengono) Preparazione di un modulo di rifiuto condiviso e messo a sistema #6	Pz. e SMPDC	31.12.2016
differimento dell'invito attraverso telefonata al numero verde	Errato differimento e Sospensione temporale inadeguata alla richiesta e impossibilità di re-invitare l'utente nei tempi con lui stabiliti Per errore dell'operatore o per date riferite in modo errato dal paziente	nessun rischio rilevato	bassa	Mantenimento dell'attuale sistema	SMPC	31.12.2016
Attività	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	nessun rischio rilevato	bassa	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	Responsabilità	31.12.2016
Stampa del piano di lavoro per la seduta del giorno	Errata stampa del piano per Errata datazione del giorno della seduta per incompleto piano di lavoro perché gli appuntamenti sono stati dati verbalmente e non confermati informaticamente	nessun rischio rilevato	bassa	nessuna	Segreteria CSM	31.12.2016
Preparazione degli esami e della documentazione sanitaria precedente della	carente preparazione degli esami per prelievo sbagliato della cartella	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	applicazione della politica di identificazione del paziente (prevedere il doppio controllo con	Segreteria Csm Poma	31.12.2016

pz.	perché l'archivio è eccessivamente pieno e perché il sistema di archiviazione non è immediato (cartelle ravvicinate), per distrazione e per carico di lavoro			richiesta verbale); eliminazione della verifica cartacea e utilizzo della sola verifica informatica (Dedalus) #7		
Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione Dedalus)	Accesso errato della paziente in sala RX	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	eliminazione del cartaceo e informatizzazione del processo #14	TSRM del csm	31.12.2016
Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione Dedalus)	Difformità tra quanto riportato sul cartaceo rispetto a quanto inserito in Dedalus	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	eliminazione del cartaceo e informatizzazione del processo #14	TSRM del csm	31.12.2015
Accoglienza della pz presso centro di screening mammografico con primo accesso (anamnesi e consultazione Dedalus)	errata accoglienza per Errata selezione della paziente sul Novation, inoltre i medici non danno l'eseguito e rimane l'elenco dei paziente pertanto è possibile cliccare il nome sbagliato (il medico non da il nome perché manca ancora l'esame citologico)	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	definizione una procedura che definisca cosa deve fare il medico rispetto alla conferma (dare l'eseguito) all'esame . #8	TSRM del csm	31.12.2016
Spiegazione dell'esame (esecuzione tecnica e spiegazione del progetto screening)	errata incompleta spiegazione al pz per motivi di tempo, per agitazione del pz, (la spiegazione prima veniva fatta da operatore ASL)	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	valutazione di fattibilità sulla presenza di operatore dell'ASL, migliorare la fase di spiegazione dell'esame revisione dei contenuti del consenso informato sulla gravidanza (poste le domande sbagliate) non dovrei chiedere se sei incinta ma quali rischi corri se lo fossi #9	TSRM del CSM	31.12.2016
Firma del consenso informato al pz	errata consegna del consenso informato sulla attuazione della mammografia per Protesi non dichiarata - esame eseguito prima del periodo indicato	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	ridefinizione della consegna del consenso , si rileva dopo l'esame non prima, modifica del consenso con inserimento della dichiarazione della protesi, mettere a sistema il modulo di rifiuto del Poma attualmente non messo a sistema con procedura #10	TSRM DEL CSM	31.12.2016

Adozione delle procedure e preparazione dell'esame	Erroneo posizionamento della paziente	nessun rischio rilevato	bassa	mettere a sistema le procedure esistenti #11	TSRM DEL CSM	31.12.2016
Effettuazione dell'esame	errata effettuazione dell'esame con restituzione non appropriata dell'immagine da parte dell'apparecchiatura che porta ad Immagine non conforme per tipologia del paziente, per posizionamento errato del paziente , per non chiara definizione dei ruoli e sovraccarico dell'operatore durante l'esecuzione dell'esame (in particolare sui prsisi periferici), per scambio di mammella	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	definizione procedure preparazione paziente ed esecuzione esami , proposta di formazione / addestramento degli operatori (sulla gestione e qualità dell'immagine prodotta), ridefinizione dei ruoli (chi esegue, chi da informazioni al pz ecc...), valutazione della proposta di centralizzazione del servizio o spostamento del tecnico in periferia su gg concordati definizione di una procedura di identificazione della lateralità (procedura condivisa secondo la definizione delle sequenze di immagini), #12	TSRM del CSM	31.12.2016
Chiamata della fisica sanitaria per consulenza sulla esecuzione dell'esame e sulla qualità delle apparecchiature e qualità della refertazione (al bisogno)	non attivazione della fisica sanitaria per operatore di fisica non presente (per motivi organizzativi e di gestione delle risorse)	nessun rischio rilevato	bassa	riorganizzazione risorse umane in corso #13	TSRM ,fisica sanitaria	31.12.2016
Lettura dell'esame	errata lettura per paziente non trovato sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente, utilizzo di due sistemi di refertazione (prima su cartaceo e poi inserimento del cartaceo su supporto informatico)	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sistema informatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi #14	Medico	31.12.2016
Refertazione dell'esame	errori di refertazione Difformità tra quanto riportato sul cartaceo rispetto a quanto inserito in Dedalus, qualità dell'immagine, errore di lettura	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	eliminazione del sistema doppio (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sistema informatico , adozione di una procedura che descriva le fasi #14	Primo lettore medico	31.12.2016
Trasporto referti ed esami per altra lettura nei distretti periferici	errato trasporto per mancanza del fattorino nei tempi definiti , il primo lettore non legge nei tempi std	nessun rischio rilevato	bassa	definizione della procedura che definisca i tempi std e le modalità di ritiro con moduli di ritiro e relativa ricevuta #15	Segreteria CSM, fattorino	31.12.2016

seconda lettura con Refertazione esame	errata refertazione per paziente non trovata sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente, esame non realmente in cieco in quanto già presente la prima lettura a disposizione del secondo lettore al momento della rivalutazione	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sistema informatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi #14	Secondo lettore medico	31.12.2016
Refertazione (terza lettura quando il primo e seconda lettore non concordano)	errata refertazione per paziente non trovata sul sistema, mancanza di anamnesi, scambio di paziente esame non realmente in cieco in quanto già presente la prima lettura a disposizione del secondo lettore al momento della rivalutazione	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo a informatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi. Ridefinizione e riprogrammazione del numero di referti per medico lettore #14 #15	Terzo lettore Medico radiologo	31.12.2016
Ritiro del referto al CSM	errato ritiro o mancato ritiro e mancata tracciabilità del ritiro (mancanza moduli di ritiro)	nessun rischio rilevato	bassa	inserimento nuovo programma informatico con eliminazione del ritiro cartaceo dei referti di primo livello. Definizione di un modulo di ritiro per i referti di secondo livello progetto di revisione sulla formazione e addestramento delle competenze del lettore (definizione degli STD e dei "prelevi" dei medici #16	operatori ASL, fattorini	31.12.2016
Archivio immagine nei PO sede di screening	errata archiviazione per distrazione, mancata archiviazione immagini eco e mancato invio al PACS per archiviazione	nessun rischio rilevato	bassa	aggiornamento e definizione di una procedura di archiviazione delle immagini ecografiche #17	Radiologia	31.12.2016
richiesta approfondimento (se alterazioni mammografiche presenti)	errato richiesta di approfondimento per Mancato inserimento in Dedalus	Rilevato rischio critico necessaria azione correttiva	alta	eliminazione del doppio sistema (cartaceo - informatico) introducendo un nuovo sistema informatico unico, adozione di una procedura che ne descriva le fasi aggiornamento definizione dei criteri di approfondimento per indagini successive #14	Medico	31.12.2016
Richiesta appuntamento alla pz e trascrizione appuntamento si	errata richiesta di appuntamento per dimenticanza di	nessun rischio rilevato	bassa	nessuna azione	TSRM	31.12.2016

quaderno	trascrizione sul quaderno					
Inserimento agenda informatica	errato inserimento dovuto a errori di identificazione del pz	nessun rischio rilevato	bassa	nessuna azione	Segreteria CSM	31.12.2016
Esecuzione accertamento	errata esecuzione secondo livello per errore umano,	nessun rischio rilevato	bassa	nessuna azione	TSRM / Medico	31.12.2016
Richiesta citologico/istologico da seconde letture (se necessaria) effettuati solo al PO di Mantova	richiesta errata citologico per errore umano (mancata numerazione dei citologici rispetto al numero di noduli individuati)	rischio rilevante necessaria azione correttiva	media	definizione procedura di prelievo dei campioni validare consenso informato per ago aspirato #18	medico	31.12.2016
Trasporto esami (con pedonaggio)	errato trasporto per non ricezione del campione	nessun rischio rilevato	bassa	vedi procedura anatomia patologica per ritiro campioni	Segreteria CSM	31.12.2016

Redatto da	Data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	06.11.2015	**Dr. MOLANI**	6

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Accettazione in Hospice e Cure palliative domiciliari
Sottoprocesso: Gestione assistenza in Hospice e Cure Palliative

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali /ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Visita paziente/ colloquio medico curante/ colloquio familiari (pre-presa in carico)	Medico infermiere psicologo	Cartella clinica/ Assunzioni informazioni Anamnesi clinica sociale e psicologica	Art. 24 bis	Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Incompletezza nella raccolta delle informazioni	Danno utente Danno all'immagine Azienda	interno	1	1	1	1	Mantenimento procedure in atto
Presa in carico	Medico e infermiere psicologo	Cartella clinica Assunzioni informazioni Anamnesi clinica sociale e psicologica Prescrizione e somministrazione terapia e supporto psicologico ed educativo	Art. 24 bis Art 25 quinquens	Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione, somministrazione e errori assistenziali, educazionali	Danno utente Danno all'immagine Azienda	interno	2	2	1	4	Mantenimento procedure in atto
Prosecuzione del processo di cura e assistenza	Medico e infermiere psicologo	Cartella clinica Assunzioni informazioni Anamesi clinica sociale e psicologica Prescrizione somministrazione terapia e supporto psicologico e educativo	Art. 24 bis Art 25 quinquens	Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione, somministrazione e errori assistenziali, educazionali	Danno utente Danno all'immagine Azienda	interno	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali /ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/ esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Mantenimento processo di cura e assistenza	Assistenti familiari /personale esterno	Assistenza in ambito domiciliare su indicazioni operative da parte del personale del Servizio	Art 25 quinquens Art 25 sexies	Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione, somministrazione e errori assistenziali	Danno utente	Interno/ esterno	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Fase ultimi giorni ultime ore	Medico e infermiere psicologo Fisioterapsta i oss	Cartella clinica Assunzioni informazioni Anamesi clinica sociale e psicologica. Prescrizione e somministrazione terapia e supporto psicologico e educativo	Art. 24 bis Art 25 quinquens	Tutela della persona Riservatezza trasparenza Prescrizione, somministrazione e errori assistenziali	Danno utente	Interno/ esterno	2	2	1	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
lutto	Psicologo Medico infermiere	Visita cordoglio Colloquio psicologico e/o di sostegno	Art.24 bis Art 25 quinquens	Tutela della persona Riservatezza trasparenza.	Danno utente	interno	2	1	1	2 (RA)	Mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data,06.11.2015

Firma Responsabile Processo

AZIENDA OSPEDALIERA "Carlo Poma"
- PRESIDIO DI MANTOVA -
S.C. DI CURE PALLIATIVE
Direttore: Dott. Luciano Orsi
Cod. Fisc.: RSO LCN 54E26 G535O
Tel. 0376 201408 - 201419

Sistema Sanitario Regione Lombardia

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
Processo: **Processo: Accettazione in Hospice e Cure palliative domiciliari**	**Direzione di Afferenza:** **Direzione Sanitaria**	**Funzione Responsabile:** **Dr. L. Orsi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Visita paziente/ colloquio medico curante/ colloquio familiari (pre-presa in carico)	Art.24 bis Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Incompletezza nella raccolta delle informazioni	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Medico infermiere psicologo	31.12.2016
Presa in carico	Art.24 bis Art 25 quinquens Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione,somministrazione e errori assistenziali, educazionali	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Medico e infermiere psicologo	31.12.2016
Prosecuzione del processo di cura e assistenza	Art.24 bis Art 25 quinquens Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione,somministrazione e errori assistenziali, educazionali	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Medico e infermiere psicologo	31.12.2016
Mantenimento processo di cura e assistenza	Art 25 quinquens Art 25 sexies Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione,somministrazione e errori assistenziali	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Assistenti familiari /personale esterno	31.12.2016

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
Processo: **Processo: Accettazione in Hospice e Cure palliative domiciliari**	**Direzione di Afferenza:** **Direzione Sanitaria**	**Funzione Responsabile:** **Dr. L. Orsi**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Fase ultimi giorni ultime ore	Art.24 bis Art 25 quinquens Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza/ Prescrizione,somministrazione e errori assistenziali	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Medico e infermiere psicologo Fisioterapsta e OSS	31.12.2016
lutto	Art.24 bis Art 25 quinquens Mancata Tutela della persona Riservatezza trasparenza.	NESSUN RISCHIO RILEVABILE mantenimento della procedura in corso	bassa	Mantenimento procedure in atto	Psicologo Medico infermiere	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	**06.11.2015**	**Dr. L. Orsi**	**2**

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

AZIENDA OSPEDALIERA "Carlo Poma"
- PRESIDIO DI MANTOVA -
S.C. DI CURE PALLIATIVE
Direttore Dott. Luciano Orsi
Cod. Fisc. RSO LCN 54E26 G535O
Tel. 0376 201408 - 201419

Processo: PROGRESSIONI DI CARRIERA **Sottoprocesso: Conferimento incarichi dirigenziali**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Istituzione incarichi dirigenziali	Direzione Strategica	Identificazione contenuto e responsabilità (descrizione posizione)	ART 25	Appropriatezza organizzativa/tecnico scientifica Errori:Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	Danno economico e funzionale all'AO	interno	4	1	2		Barriera:delibazione commissione tecnica e giudizio tecnico professionale espresso dai direttori di dipartimento Revisione periodica assetti organizzativi
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	SRU	Avviso interno	ART 25	Trasparenza Errori: Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Danno immagine all'AO Danno operatore	interno	3	1	1	3 (RA)	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto
valutazione candidati	Commissione	valutazione cv trasfuso nel verbale	ART 25	appropriatezza, imparzialità errori;valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	Danno immagine all'AO Danno operatore	interno	3	2	2		barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione tecnica e non definitività della valutazione Azione:rotazione periodica dei componenti della commissione
attribuzione incarico	Direzione strategica	provvedimento di incarico	ART 25	Appropriatezza Errori: inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Danno immagine all'AO Danno operatore	interno	3	1	2	6 (RA)	barriere: valutazione periodica e permanente Azione: mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Progressioni di carriera SOTTOPROCESSO: Conferimento incarichi dirigenziali	Direzione di Afferenza: DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Funzione Responsabile: Dott. G. Simonetti

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Istituzione incarichi dirigenziali	Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Barriera:delibazione commissione tecnica e giudizio tecnico professionale espresso dai direttori di dipartimento Revisione periodica assetti organizzativi	Direzione Strategica	31.12.2016
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	bassa	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto	SRU	31.12.2016
valutazione candidati	valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	RISCHIO RILEVANTE NECESSARIA AZIONE CORRETTIVA	media	Barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione tecnica e non definitività della valutazione Azione: rotazione periodica dei componenti della commissione	Commissione	31.12.2016
attribuzione incarico	inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	bassa	barriere: graduazione effettuata dalla commissione e temporalità dell'incarico Azione: mantenimento procedure in atto	Direzione Strategica	31.12.2016

Redatto da	Data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	06.11.2015	Dott. G. Simonetti	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: PROGRESSIONI DI CARRIERA — Sottoprocesso: Istituzione posizioni organizzative

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Istituzione posizioni organizzative	Direzione Strategica	Identificazione contenuto e responsabilità (job)	ART 25	Appropriatezza organizzativa Errori:Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	1	2	6 (RA)	Barriera: graduazione della funzione Revisione periodica assetti organizzativi
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	SRU	Avviso interno	ART 25	Trasparenza Errori: Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	1	2	6 (RA)	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto
valutazione candidati	Commissione	Colloquio e valutazione cv trasfuso nel verbale	ART 25	appropriatezza, imparzialità errori;valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	Danno immagine all'AO	interno	4	1	1	4 (RA)	barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione Azione: mantenimento procedure in attoespressa
attribuzione incarico	Direzione strategica	provvedimento di incarico	ART 25	Appropriatezza Errori: inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	1	2	6 (RA)	barriere: valutazione effettuata dalla commissione e temporalità dell'incarico Azione: mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015 **Firma Responsabile Processo** _____

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE
del
PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Progressioni di carriera SOTTOPROCESSO: Istituzione posizioni organizzative	Direzione di Afferenza: DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Funzione Responsabile: Dott. G. Simonetti

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Istituzione posizione organizzative	Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	Barriera: graduazione della funzione Revisione periodica assetti organizzativi	Direzione Strategica	31.12.2016
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto	SRU	31.12.2016
valutazione candidati	valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	Barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione Azione: mantenimento procedure in atto	Commissione	31.12.2016
attribuzione incarico	inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	bassa	barriere: valutazione effettuata dalla commissione e temporalità dell'incarico Azione: mantenimento procedure in atto	Direzione Strategica	31.12.2016

Redatto da	Data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	06.11.2015	Dott. G. Simonetti	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
e Appropriatezza
Dr ENRICO BURATO

Processo: PROGRESSIONI DI CARRIERA **Sottoprocesso: Conferimento incarichi di coordinamento**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Istituzione incarichi coordinamento	Direzione Strategica	Identificazione contenuto e responsabilità (job)	ART 25	Appropriatezza organizzativa Errori:Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	2	1	6 (RA)	Barriera: graduazione della funzione Revisione periodica assetti organizzativi
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	SRU	Avviso interno	ART 25	Trasparenza Errori: Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	1	2	6 (RA)	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto
valutazione candidati	Commissione	Colloquio e valutazione cv trasfuso nel verbale	ART 25	appropriatezza, imparzialità errori;valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	Danno immagine all'AO	interno	3	1	1	3 (RA)	barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione Azione: mantenimento procedure in atto
attribuzione incarico	Direzione strategica	provvedimento di incarico	ART 25	Appropriatezza Errori: inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Danno economico e funzionale all'AO	interno	3	1	2	6 (RA)	barriere: valutazione effettuata dalla commissione e temporalità dell'incarico Azione: mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 06.11.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE Carlo Poma	PROVINCIA Mantova
PROCESSO: Progressioni di carriera SOTTOPROCESSO: Conferimento incarichi di coordinamento	Direzione di Afferenza: DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Funzione Responsabile: Dott. G. Simonetti

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Istituzione incarichi coordinamento	Mancata corrispondenza tra le funzioni istituite e le esigenze aziendali	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	Barriera: graduazione della funzione Revisione periodica assetti organizzativi	Direzione Strategica	31.12.2016
Emissione avviso per attribuzione responsabilità	Mancata diffusione dell'opportunità di carriera	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	Barriere:utilizzazione sito web per massima diffusione Azione: mantenimento procedure in atto	SRU	31.12.2016
valutazione candidati	valutazione non corrispondente alle capacità dei candidati	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	Bassa	barriere individuate: professionalità dei componenti la commissione Azione: mantenimento procedure in	Commissione	31.12.2016
attribuzione incarico	inadeguatezza dell'individuazione del conferitario	Nessun rischio rilevato mantenimento procedure in atto	bassa	barriere: valutazione effettuata dalla commissione e temporalità dell'incarico Azione: mantenimento procedure in atto	Direzione Strategica	31.12.2016

Redatto da	Data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	06.11.2015	Dott. G. Simonetti	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
ENRICO BURATO

Processo: Gestione Bilancio **Sottoprocesso: Predisposizione consuntivo**

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IPR (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Richiesta di verifica dei costi e ricavi annuali che non risultano ancora iscritti nella contabilità	Responsabile SEF	Comunicazione scritta.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza. Mancata verifica di invio richiesta a tutti i Servizi, compresi quelli di eventuale nuova attivazione. ERRORI: Mancanza ricezione di tutti i dati che potrebbe comportare indicazioni errate a Bilancio.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Riscontro della richiesta del SEF.	Responsabili dei diversi Servizi .	Comunicazione scritta.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza. Errata e/o incompleta indicazione dei costi e dei ricavi.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Registrazione in contabilità dei dati trasmessi.	Responsabile SEF.	Software di contabilità.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza. Errata e/o incompleta indicazione dei costi e dei ricavi	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno	2	3	1	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO

Controlli sulle scritture effettuate al fine di verificarne la correttezza.	Responsabile SEF.	Software di contabilità.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza. Errata e/o incompleta indicazione dei costi e dei ricavi	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno	2	3	1	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Allineamento dei dati di contabilità alle assegnazioni regionali.	Responsabile SEF.	Software di contabilità.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errata e/o incompleta indicazione dei costi e dei ricavi	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	1	2	1	2 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Verifica della completa quadratura del Bilancio.	Responsabile SEF.	Software di contabilità.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errata e/o incompleta indicazione dei costi e dei ricavi	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Predisposizione del Bilancio e relativi allegati, preparazione delibera.	Responsabile SEF.	Files in formato excel e word..	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errata predisposizione del Bilancio e rappresentazione non coerente con I dati della contabilità.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	2	3	1	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Invio in Regione della documentazione e richiesta per il Bilancio.	Responsabile SEF.	Piattaforma Regionale.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errore nel caricamento/ Errata trasmissione del Bilancio	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	3	1	1	3(RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Ricezione eventuali rilievi o sospensiva da Regione.	Responsabile vari Servizi..	Piattaforma regionale.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza/ Trasparenza Errori: Carenze e/o errori nella predisposizione dei Bilanci e/o poca trasparenza nella informativa.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO

Predisposizione del nuovo Bilancio e relativi allegati, preparazione delibera.	Responsabile SEF.	Files in formato excel e word..	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errata predisposizione del Bilancio. Rappresentazione non coerente con I dati della contabilità.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	2	2	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Invio in Regione della documentazione e richiesta per il Bilancio.	Responsabile SEF.	Piattaforma Regionale.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errore nel caricamento. Errata trasmissione del Bilancio.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	3	1	1	3 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Ricezione Approvazione.	Responsabile SEF.	Piattaforma Regionale.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errore nella ricezione. Mancata rilevazione della comunicazione.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	1	1	1	1 RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO
Chiusura dell'esercizio finanziario e stampa delle scritture obbligatorie.	Responsabile SEF.	Software di contabilità e cespiti.	ART 25TER (Art. 2621 c.c.)	Diligenza Errori nella chiusura e/o stampa errata dei registri obbligatori.	danno economico/ patrimoniale aziendale	Interno.	1	1	1	1 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Mantova, 23.10.2016

Firma Responsabile Processo

scheda per la comunicazione del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE CARLO POMA	PROVINCIA MANTOVA
PROCESSO: GESTIONE BILANCIO SOTTOPROCESSO: PREDISPOSIZIONE CONSUNTIVO	DIREZIONE DI AFFERENZA: DIREZIONE GENERALE	FUNZIONE RESPONSABILE: DR.ssa N. MOI

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
Richiesta di verifica dei costi e ricavi annuali che non risultano ancora iscritti nella contabilità	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF	31.12.2016
Riscontro della richiesta del SEF.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabili dei diversi Servizi .	31.12.2016
Registrazione in contabilità dei dati trasmessi.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Controlli sulle scritture effettuate al fine di verificarne la correttezza.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Allineamento dei dati di contabilità alle assegnazioni regionali.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Verifica della completa quadratura del Bilancio.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Predisposizione del Bilancio e relativi allegati, preparazione delibera.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Invio in Regione della documentazione richiesta per il Bilancio.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Ricezione eventuali rilievi o sospensiva da Regione.	Mancata diligenza e trasparenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile vari Servizi..	31.12.2016

sottoprocesso/ attività	rischio rilevato	descrizione gap rilevati	priorità	piano di azione	responsabile dell'attuazione	termine di attuazione
Predisposizione del nuovo Bilancio e relativi allegati, preparazione delibera.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Invio in Regione della documentazione richiesta per il Bilancio.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Ricezione Approvazione.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016
Chiusura dell'esercizio finanziario e stampa delle scritture obbligatorie.	Mancata diligenza	NESSUN RISCHIO RILEVATO in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO	Responsabile SEF.	31.12.2016

REDATTO DA	DATA	APPROVATO DA	PAGINE
DR. E.BURATO	23.10.2015	DR.ssa N. MOI	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento
Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **ADOZIONE DETERMINE**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile** **Dott.ssa A. Gerola**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
PREDISPOSIZIONE DELLA PROPOSTA DI DETERMINAZIONE	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	SERVIZI VARI	31.12.2016
CARICAMENTO DELLA PROPOSTA SUL SW DEDICATO	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	SERVIZI VARI	31.12.2016
RICEZIONE PROPOSTA IN FORMATO CARTACEO ED ELETRONICO	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	UFFICIO DELIBERE/ DETERMINE	31.12.2016
NUMERAZIONE DETERMINAZIONE	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione,	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO	UFFICIO DELIBERE/ DETERMINE	31.12.2016

	diligenza appropriatezza					
PUBBLICAZIONE DELL'ATTO DEFINITIVO	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**UFFICIO DELIBERE**	**31.12.2016**
VERIFICA COLLEGIO SINDACALE	Mancato rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	**COLLEGIO SINDACALE**	**31.12.2016**

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. E. Burato	16.10.2015	Dott.ssa A. Gerola	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

PROCESSO: ADOZIONE DETERMINE

SOTTOPROCESSO: ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO

attività	responsabilità	strumenti / procedure / addestramento	valore di riferimento / reati e violazioni 231	rischi di difformità ai valori aziendali/errori	effetti / esiti	origine del rischio (interno/esterno)	g (1-4)	p (1-4)	r (1-4)	IPR (gxpxr)	barriere individuate / azioni correttive
predisposizione della proposta di determinazione	servizi vari	programma gs4 de-gestione delibere e determine	art 24 art 24 bis art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	interno	2	2	1	4 (ra)	mantenimento delle procedure in atto
caricamento della proposta sul sw dedicato	servizi vari	programma gs4 de-gestione delibere e determine	art 24 art 24 bis art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	interno	1	1	1	1 (ra)	mantenimento delle procedure in atto
ricezione proposta in formato cartaceo ed eletronico	ufficio delibere/ determine	programma gs4 de-gestione delibere e determine	art 24 art 24 bis art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	nterno	1	1	1	1 (ra)	mantenimento delle procedure in atto
numerazione determinazione	ufficio delibere/ determine	programma gs4 de-gestione delibere e determine	art 24 art 24 bis art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	nterno	1	1	1	1 (ra)	mantenimento delle procedure in atto

				dell'informazione, diligenza appropriatezza							
pubblicazione dell'atto definitivo	ufficio delibere	programma gs4 de-gestione delibere e determine	art 24 art 24 bis art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	esterna	1	1	1	1 (ra)	mantenimento delle procedure in atto
verifica collegio sindacale	collegio sindacale	relativa documentazione	art 24 art.25 del dlg231/01	rispetto dei principi e delle norme vigenti, onestà trasparenza e completezza dell'informazione, diligenza appropriatezza	danno immagine dell'azienda ecomonico-patrimoniale	inteno	1	1	1	1 (ra)	mantenimento delle procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 16.10.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

Processo: EROGAZIONE DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE
Sottoprocesso: INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER PRESTAZIONE AMBULATORIALE ALLO SPORTELLO CUP

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Acquisizione impegnativa presentata da utente	Operatore front office	Acquisizione materiale della prescrizione cartacea	Art 24bis (trattamento illecito dei dati)	Rispetto dei principi e norme vigenti riservatezza su dati sensibili errore: Violazione riservatezza su dati sensibili;	Danno all'immagine dell'Azienda Danno all'utente	Interno (operatore che acquisisce materialmente l'impegnativa)	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Identificazione dell'utente	Operatore front office	Utilizzo programma informatico GSA (fornitore esterno del programma in outsorcing)	Art 24bis (Delitti informatici/ trattamento illecito dei dati)	Rispetto dei principi e norme vigenti; riservatezza Errore:Violazione riservatezza su dati sensibili; e nell'identificazione del paziente (omonimie, stranieri)	Danno all'immagine dell'Azienda Danno all'utente	Interno (operatore che estrae i dati anagrafici dalla banca dati SSN); Esterno (se commesso dal medico prescrittore)	2	3	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Ricerca disponibilità per appuntamento in agenda/ prestazione	Operatore front office	Utilizzo programma informatico GSA (fornitore esterno del programma in outsorcing)	Art25sexies (abuso informazioni privilegiate)	Equità onestà;imparzialità e pari opportunità; diligenza Errore nella scelta dell'agenda; Erronea corrispondenza tra prescrizione e appuntamento;	Danno all'immagine dell'Azienda Danno all'utente	Interno (operatore che seleziona l'agenda); Esterno (se la prescrizione riporta una richiesta non corrispondente al quesito diagnostico)	2	1	2	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Proposta data utile	Operatore front office	Comunicazione verbale verso utente	Art25 legge 190 (concussione e corruzione) Art25sexies	Imparzialità/Trasparenza e completezza di informazione	Danno all'utente	Interno per comportamento scorretto operatore; esterno se vi	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto

Processo: EROGAZIONE DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE
Sottoprocesso: INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER PRESTAZIONE AMBULATORIALE ALLO SPORTELLO CUP

			(abuso informazioni privilegiate)			sono pressioni e comportamenti scorretti da parte dell'utente; esterno per malfunzionamento del programma					
Prenotazione prestazione in agenda	Operatore front office	Inserimento data appuntamento in programma GSA	Art25sexies (abuso informazioni privilegiate)	Diligenza Errore di digitazione su data appuntamento –	Danno all'immagine dell'Azienda Danno all'utente	Interno	3	2	1	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Generazione pro memoria di prenotazione	Operatore front office	Stampa pro memoria da programma GSA	Art25sexies (abuso informazioni privilegiate)	Diligenza Errore per mancata stampa o consegna del pro memoria –	Danno all'immagine dell'Azienda Danno all'utente	Interno	2	1	3	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 05.11.2015

Firma Responsabile Processo _____

Processo: EROGAZIONE DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE
Sottoprocesso: INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER PRESTAZIONE AMBULATORIALE ALLO SPORTELLO CUP

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
Processo: EROGAZIONE DI PRESTAZIONE AMBULATORIALE Sottoprocesso: INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA PER PRESTAZIONE AMBULATORIALE ALLO SPORTELLO CUP	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile** **Dott.ssa A. Bonini**

Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Acquisizione impegnativa presentata da utente	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti e riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016
Identificazione dell'utente	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti; riservatezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016
Ricerca disponibilità per appuntamento in agenda/ prestazione	MANCATA Equità onestà;imparzialità e pari opportunità; diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016
Proposta data utile	MANCATA Imparzialità/Trasparenza e completezza di informazione	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016
Prenotazione prestazione in agenda	MANCATA Diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016
Generazione pro memoria di prenotazione	MANCATA Diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore front office	31.12.2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr.E.Burato	05.11.2015	Dott.ssa A. Bonini	1

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: GESTIONE RIFIUTI AZIENDALI

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (gxpxr)	Barriere individuate / Azioni correttive
Produzione Rifiuti	Direttore Struttura Coordinatore DMP (divulgazione informazioni)	PG4MQ06 Report delle non conformità MOD1PG4MQ06	Art.25 undicies	Rispetto dei principi e norme vigenti; tutela della persona;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza ERRORI: Non corretta corrispondenza tra rifiuto e contenitore Rischio di infortunio (per rifiuti potenzialmente infetti aghi e taglienti)	Danno Immagine Azienda; Danno operatore/utente; Danno economico; Rischio contenzioso.	Interno	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO (Rispetto della PG4MQ06 Trattamento immediato delle non conformità con analisi e risoluzione della stessa)
Raccolta e trasferimento dei contenitori Deposito temporaneo	Ditta di sanificazione esterna	Capitolato di appalto	Art.25 undicies	Rispetto dei principi e norme vigenti; ;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza ERRORI:mancata identificazione del contenitore	Danno immagine azienda	Esterno	4	1	1	4 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO (Rispetto della PG4MQ06 Trattamento immediato delle non conformità con analisi e risoluzione della stessa)

Controllo deposito temporaneo	RQPr	MOD1PG4MQ06	Art.25 undicies	Rispetto dei principi e norme vigenti;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza ERRORE: non corrispondenza tra contenitore e tipologia di rifiuto	Danno immagine azienda	interno	3	2	1	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO (Rispetto della PG4MQ06 Trattamento immediato delle non conformità con analisi e risoluzione della stessa)
Trasferimento area stoccaggio	DITTA AUTORIZZATA ESTERNA	CAPITOLATO SPECIALE DI APPALTO	Art.25 undicies	Rispetto dei principi e norme vigenti;;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza ERRORI:non svuotamento deposito temporaneo	Danno immagine azienda	esterno	2	1	1	2 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO Rispetto della PG4MQ06 Trattamento immediato delle non conformità con analisi e risoluzione della stessa
Compilazione del formulario e dei registri di carico e scarico	DMP e personale amministrativo	Registri vidimati dalla camera di commercio	Art.25 undicies	Rispetto dei principi e norme vigenti;diligenza; trasparenza e completezza dell'informazione ERRORI: Errata compilazione nei Codici CER, nelle classi di pericolo, peso/volume e colli.	Danno immagine azienda Danno economico; rischio contenzioso	Interno	2	1	3	6 (RA)	MANTENIMENTO PROCEDURE IN ATTO Rispetto della PG4MQ06 Trattamento immediato delle non conformità con analisi e risoluzione della stessa

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	Azioni di miglioramento: RA (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure RR (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità RC (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

DATA 17.06.2015

Firma Responsabile Processo

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
PROCESSO: **GESTIONE RIFIUTI AZIENDALI**	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile** **Dott. P. SUPERBI**

Sottoprocesso/ Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Produzione Rifiuti	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti; tutela della persona;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	Direttore Struttura Coordinatore DMP (divulgazione informazioni)	**31.12.2016**
Raccolta e trasferimento dei contenitori Deposito temporaneo	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti; tutela della persona;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	Ditta di sanificazione esterna	**31.12.2016**
Controllo deposito temporaneo	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	RQPr	**31.12.2016**
Trasferimento area stoccaggio	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigentl;tutela dell'ambiente;diligenza; sicurezza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	DITTA AUTORIZZATA ESTERNA	**31.12.2016**
Compilazione del formulario e dei registri di carico e scarico	MANCATO Rispetto dei principi e norme vigenti;diligenza;	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	BASSA	**MANTENIMENTO DELLE PROCEDURE IN ATTO**	DMP e personale amministrativo	**31.12.2016**

	trasparenza e completezza dell'informazione					

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr. Enrico BURATO	17.06.2015	Dott. Piero SUPERBI	2

IL RESPONSABILE
Struttura Qualità Accreditamento e Appropriatezza
Dr. ENRICO BURATO

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

Attività	Responsabilità	Strumenti / procedure / addestramento	Valore di riferimento / reati e violazioni 231	Rischi di difformità ai valori aziendali/ERRORI	Effetti / esiti	Origine del rischio (interno/esterno)	G (1-4)	P (1-4)	R (1-4)	IP (GXPXR)	Barriere individuate / Azioni correttive
Presentazione richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività libero professionale interna aziendale di tipo ambulatoriale	Dirigente Medico o Sanitario dipendente a rapporto di lavoro esclusivo con il SSN	Modulo cartaceo su format predisposto sulla base di regolamento aziendale	Artt. 24 e 25 D. Lgs 231/2001	Rispetto principi e norme vigenti;onestà; imparzialità	Danno immagine Ente; danno economico patrimoniale; danno all'utente;rischio di contenzioso	Interno	4	2	1	8 (RR)	Comunicazione interna rivolta ai professionisti - diffusione regolamento LP - comunicazione a tutti professionisti su modalità lp - pubblicazione nota informativa su sito istituzionale; Integrazione del documento Dichiarazione **Svolgimento incarichi e cariche- con un'ulteriore specifica nel titolo e nel testo sulla copertura di incarico libero professionale**

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

Valutazione richiesta di esercizio ai fini della compatibilità organizzativa	Direttore Struttura Complessa di afferenza del Dirigente che richiede autorizzazione alla LPI	Parere su modulo cartaceo di richiesta autorizzazione	Art. 24 D.Lgs 231/2001	Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	Danno all'utente	Interno	3	2	2	12 (RR)	Comunicazione interna rivolta ai Dirigenti di SC - Invio report orari LP a Direttori SSCC - Analisi segnalazioni degli utenti
Valutazione richiesta di esercizio ai fini della compatibilità logistica e delle eventuali apparecchiature richieste	Direttore Medico di Presidio responsabile dell'uso degli spazi e delle attrezzature aziendali	Parere su modulo cartaceo di richiesta autorizzazione	Art. 24 D. Lgs 231/2001	Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	Danno all'utente	Interno	3	2	2	12 (RR)	Comunicazione interna rivolta ai Direttori Medici di Presidio Analisi segnalazioni alla DS provenienti da operatori
Valutazione richiesta di esercizio ai fini della compatibilità amministrativa (codice prestazione, indicazione tariffa,ecc)	Operatore amministrativo della struttura gestione amm.va servizi sanitari	Comunicazione verbale finalizzata ad ottenere eventuale rettifica	nessuno	diligenza	Danno all'utente	Interno	1	1	4	4 (RA)	Mantenimento procedure in atto
Valutazione richiesta di esercizio per compatibilità con finalità istituzionali	Direttore Sanitario Aziendale	Parere su modulo cartaceo di richiesta autorizzazione	Art. 24 D. Lgs 231/2001	Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	danno economico patrimoniale; danno all'utente;rischio di contenzioso	interno	3	2	2	12 (RR)	Rilevazione periodica dei volumi di attività e dei tempi di attesa su prestazioni in SSN e in LP

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

Pubblicazione agenda di prenotazione a Cup lpi	Operatore amministrativo della strutttura gestione amm.va servizi sanitari	Modulo autorizzativo cartaceo (tipologia, durata, fascia oraria,ecc); procedura informatica con software Gestione Sanitaria Ambulatoriale fornito da ADS Bologna	nessuno	Imparzialità; diligenza; trasparenza e completezza di informazione	Danno all'utente	Interno (operatore amm.vo)/ esterno (per malfunzionamento del programma)	3	2	2	12 (RS)	Comunicazione interna rivolta ai professionisti su modalità pubblicazione agenda e sue variazioni - pubblicazione nota informativa su sito istituzionale - Comunicazione esterna rivolta ai cittadini su corretto percorso prestazioni in lp
Richiesta variazione agenda di prenotazione	Dirigente medico o sanitario LP	richiesta di variazione a indirizzo mail: liberaprofessione.agende@aopoma.it	nessuno	Onestà;diligenza	Danno all'utente	Interno/esterno (malfunzionamento del programma)	2	2	1	4 (RA)	mantenimento procedure in atto
Prenotazione prestazione in LP	Operatore amministrativo front office LPI	prenotazione telefonica a call center aziendale (800724505); prenotazione diretta a sportello cup lpi	Art. 24 bis D. Lgs 231/2001	Riservatezza; diligenza	Danno economico patrimoniale; danno all'utente	Interno/esterno (malfunzionamento del programma)	3	2	2	12 (RS)	Verifiche a campione presso ambulatori lp per accertamento su numero pazienti prenotati e numero pazienti in attesa - Comunicazione esterna verso cittadini su

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

											corretta modalità di accesso a prestazioni in lp
spostamento pazienti già prenotati	Operatore amministrativo front office LPI	Chiamata telefonica all'utente	nessuno	Riservatezza; diligenza	Danno all'utente	Interno	3	1	2	6 (RA)	Mantenimento procedure in atto
riscossione tariffa	Operatore amministrativo front office LPI	riscossione contante o con carta di credito/bancomat; inserimento dati in programma informatico GSA per emissione fattura	Artt. 24 e 25 D.Lgs 231/2001	Onestà;Diligenza	Danno economico-patrimoniale;	Interno/esterno (malfunzionamento del programma informatico)	4	1	3	12 (RR)	verifiche di cassa giornaliere con segnalazione eventuali difformità in base a regolamento agenti contabili Pianificazione e realizzazione di AUDIT a campione per la verifica del mantenimento delle caratteristiche organizzative e amministrative previste
erogazione della prestazione	dirigente medico o sanitario in libera professione	Accoglienza utente per effettuazione prestazione sanitaria richiesta	Artt. 24 e 25 D.Lgs 231/2001	Onestà; rispetto dei principi e delle norme vigenti	Danno economico patrimoniale; danno all'utente; danno d'immagine rischio di contenzioso	interno	4	2	2	16 (RR)	controlli a campione durante sedute ambulatoriali di lp; controllo incrociato timbratura orario e agende adi prenotazione;

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

											Comunicazione esterna rivolta ai cittadini sulla corretta procedura di erogazione prestazioni in libera professione

G = gravità delle conseguenze errore (1-4) P = probabilità che si verifichi errore (1-4) R = rilevabilità dell'errore prima che si verifichi o procuri un danno all'utente (1-4)

IPR =Indice di Priorità di rischio (GXPXR)	**Azioni di miglioramento:** **RA** (rischio accettabile con IPR da 1 a 6): gestire secondo procedure **RR** (rischio rilevante con IPR da 8 a 16) da specificare le responsabilità **RC** (rischio critico con IPR da 18 a 64) sono richieste azioni immediate con grande attenzione al top management

Data, 03.12.2015

Firma Responsabile Processo

Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra-moenia
Sottoprocesso: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali

MASTER LIST

n° di ordine	attività	eventualità di errore /guasto	IPR

SCHEDA per la COMUNICAZIONE del PIANO DI AZIONE		
AZIENDA OSPEDALIERA	**DENOMINAZIONE** **Carlo Poma**	**PROVINCIA** **Mantova**
Processo: Gestione esercizio attività libero professionale intra moenia **Sottoprocesso**: Erogazione di prestazione in regime libero professionale ambulatoriale individuale in strutture aziendali	**Direzione di Afferenza:** **DIREZIONE GENERALE**	**Funzione Responsabile** **Dott.ssa A. Bonini**

Attività	Rischio rilevato	Descrizione GAP rilevati	Priorità	Piano di Azione	Responsabile dell'attuazione	Termine di attuazione
Presentazione richiesta di autorizzazione all'esercizio dell'attività libero professionale interna aziendale di tipo ambulatoriale	MANCATO Rispetto principi e norme vigenti;onestà; imparzialità	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Comunicazione interna rivolta ai professionisti - diffusione regolamento LP - comunicazione a tutti professionisti su modalità lp - pubblicazione nota informativa su sito istituzionale; Integrazione del documento Dichiarazione **Svolgimento incarichi e cariche- con un'ulteriore specifica nel titolo e nel testo sulla copertura di incarico libero professionale**	Dirigente Medico o Sanitario dipendente a rapporto di lavoro esclusivo con il SSN Direttore Sanitario aziendale/Direttore struttura Gass/Responsabile Comunicazione	30/06/2016
Valutazione richiesta di esercizio ai fini della compatibilità organizzativa	MANCATO Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Comunicazione interna rivolta ai Dirigenti di SC - Invio report orari LP a Direttori SSCC - Analisi segnalazioni degli utenti	Direttore Struttura Complessa di afferenza del Dirigente che richiede autorizzazione alla LPI Direttore Sanitario aziendale/Direttore Struttura Gass/Responsabile URP	31/12/2016
Valutazione richiesta di esercizio ai fini della compatibilità logistica e delle eventuali apparecchiature richieste	MANCATO Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Comunicazione interna rivolta ai Direttori Medici di Presidio Analisi segnalazioni provenienti da operatori	Direttore Medico di Presidio responsabile dell'uso degli spazi e delle attrezzature aziendali Direttore Sanitario/Direttore Medico di Presidio	31/12/2016
Valutazione richiesta di esercizio ai fini della	MANCATA diligenza	nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore amministrativo della struttura gestione	31/12/2016

compatibilità amministrativa (codice prestazione, indicazione tariffa,ecc)					amm.va servizi sanitari Direttore Struttura Gass	
Valutazione richiesta di esercizio per compatibilità con finalità istituzionali	MANCATO Rispetto principi e norme vigenti; imparzialità;diligenza	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Rilevazione periodica dei volumi di attività e dei tempi di attesa su prestazioni in SSN e in LP	Direttore Sanitario Aziendale	31/12/2016
Pubblicazione agenda di prenotazione a Cup lpi	MANCATA Imparzialità; diligenza; trasparenza e completezza di informazione	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Comunicazione interna rivolta ai professionisti su modalità pubblicazione agenda e sue variazioni - pubblicazione nota informativa su sito istituzionale - Comunicazione esterna rivolta ai cittadini su corretto percorso prestazioni in lp	Operatore amministrativo della strutttura gestione amm.va servizi sanitari Direttore Sanitario Aziendale /Direttore struttura Gass Responsabile Comunicazione	30/06/2016
Richiesta variazione agenda di prenotazione Prenotazione prestazione in LP	MANCANZA Onestà;diligenza	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Dirigente medico o sanitario LP Direttore Struttura Gass	31/12/2016
Prenotazione prestazione in LP	MANCANZA Riservatezza; diligenza	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	Verifiche a campione presso ambulatori lp per accertamento su numero pazienti prenotati e numero pazienti in attesa - Comunicazione esterna verso cittadini su corretta modalità di accesso a prestazioni in lp	Operatore amministrativo front office LPI Direttore Sanitario/Direttore Struttura Gass/Responsabile Comunicazione	31/12/2016
spostamento pazienti già prenotati	MANCANZA Riservatezza; diligenza	Nessun rischio rilevato in quanto rischio accettabile	bassa	Mantenimento procedure in atto	Operatore amministrativo front office LPI Direttore Struttura Gass	31/12/2016
riscossione tariffa	MANCANZA Onestà;Diligenza	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	verifiche di cassa giornaliere con segnalazione eventuali difformità in base a regolamento agenti contabili Pianificazione e realizzazione di AUDIT a campione per la verifica del mantenimento delle caratteristiche organizzative e amministrative previste	Operatore amministrativo front office LPI Direttore Struttura Gass	31/12/2016
erogazione della prestazione	MANCANZA Onestà; rispetto dei principi e delle norme vigenti	RISCHIO RILEVANTE PREVISTA AZIONE DI MIGLIORAMENTO	media	controlli a campione durante sedute ambulatoriali di lp; controllo incrociato timbratura orario e agende adi prenotazione; Comunicazione esterna rivolta ai cittadini sulla corretta procedura di erogazione prestazioni in libera professione	dirigente medico o sanitario in libera professione Direttore Sanitario/Direttore Struttura Gass/Responsabile Comunicazione	31/12/2016

Redatto da	data	Approvato da	pagine
Dr.E.Burato	30/10/2015	Dott.ssa A. Bonini	2