

**SCHEDA MONITORAGGIO TRATTAMENTO DEL RISCHIO 2017**

<b>DATI RIASSUNTIVI DEL PROCESSO</b>		
DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	DENOMINAZIONE STRUTTURA	AREA DI RISCHIO
CURE PRIMARIE	DISTRETTO SOCIOSANITARIO 8	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
DENOMINAZIONE PROCESSO/PROCEDIMENTO	DESCRIZIONE PROCESSO (indicare anche le fasi di cui si compone)	LIVELLO RISCHIO (INDICARE SE MEDIO O ALTO)
Autorizzazione assistenza domiciliare programmata (ADP) dei MMG	La procedura prevede l'autorizzazione del Medico di Distretto ovvero del Dirigente Medico su apposita modulistica (scheda AGED), dove viene richiesto da parte del Medico Curante la necessità di assistenza domiciliare programmata e relativa frequenza degli accessi. A.C.N. MMG 29/7/2009	ALTO
DESCRIZIONE DEI RISCHI		
1) Rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali		
<b>DATI RELATIVI ALLE MISURE DI PREVENZIONE</b>		<b>MISURA N. 1</b>
DESCRIZIONE DELLA MISURA (INDICANDO IL RISCHIO SUL QUALE SI INTENDE AGIRE DI CUI ALLA COL. "C9"):		1) a-aggiornamento dell'archivio informatizzato per estrazione dati incrociati medico/paziente; b-verifica requisiti all'atto autorizzativo scheda AGED; c-verifica a random al domicilio del paziente della tenuta del registro con verbale semestrale.
INDICARE LA "TIPOLOGIA" DELLA MISURA (SCEGLIENDO DAL MENU A TENDINA)		Nuova Misura Ulteriore
GRADO DI INCIDENZA SULLE CAUSE DI RISCHIO		100,00%
TEMPI PREVISTI DI ATTUAZIONE (INDICARE LA DATA PREVISTA/PROGRAMMATA DI APPLICAZIONE) OVVERO, SE GIA' APPLICATA, LA DATA DI INIZIO		Gennaio 2017 (continuità a quanto già in corso di attuazione)
MODALITA' DI ATTUAZIONE		Verifica della congruità procedura (d'ufficio e a domicilio del pz) con verbali semestrali
STRUTTURA/SERVIZIO/UFFICIO RESPONSABILE		DSS 8- Direzione Distrettuale Via Camozzini 15- Dirigente Medico di Staff- 2 Dirigenti Medici Geriatri.
NUMERO PERSONALE COINVOLTO NELL'APPLICAZIONE DELLA MISURA		3
TEMPI E MODALITA' DI MONITORAGGIO INTERNO (PRECISARE SE SONO STATI EFFETTUATI CONTROLLI SULLA EFFETTIVA APPLICAZIONE DELLE MISURE; SE NON SI SONO VERIFICATI INDICARE LE MOTIVAZIONI DEL LORO MANCATO SVOLGIMENTO)		Effettuati periodici controlli
PRECISAZIONI SULL'APPLICAZIONE DELLE MISURE (DIFFICOLTA' RICONTRATE NELL'APPLICAZIONE, MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEI GRUPPI DI LAVORO, TEMPI E MODALITA' DI MONITORAGGIO ECC..)		Nulla da segnalare