

SCHEDA MONITORAGGIO TRATTAMENTO DEL RISCHIO 2017

DATI RIASSUNTIVI DEL PROCESSO		
DENOMINAZIONE DIPARTIMENTO	DENOMINAZIONE STRUTTURA	AREA DI RISCHIO
CURE PRIMARIE	DISTRETTO SOCIO SANITARIO 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)
Scelta-revoca MMG/PLS	Il procedimento riguarda la libera scelta-revoca, da parte degli Utenti residenti nella ASL di competenza, del Medico di Medicina Generale e/o del Pediatra di libera scelta. Legge 833/1978 - ACN MMG 29/7/2009 - ACN PLS 29/7/2009	ALTO
DESCRIZIONE DEI RISCHI		
1) attribuzione di vantaggi ad enti convenzionati (MMG-PLS) 2) rischio di manomissione del processo al fine di ottenere benefici personali		
DATI RELATIVI ALLE MISURE DI PREVENZIONE		MISURA N. 1
DESCRIZIONE DELLA MISURA (INDICANDO IL RISCHIO SUL QUALE SI INTENDE AGIRE DI CUI ALLA COL. "C9"):		1 e 2 Verifica semestrale regolarità procedure e documentazione allegata previsti dal regolamento aziendale in materia. Implementazione verifica in concomitanza con collocazione in quiescenza MMG/PLS
INDICARE LA "TIPOLOGIA" DELLA MISURA (SCEGLIENDO DAL MENU A TENDINA)		MISURA "ULTERIORE" GIA' INDIVIDUATA NEI PRECEDENTI P.T.P.C.T.
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		Già applicata da primo trimestre 2014
MODALITA' DI ATTUAZIONE		Verifica trimestrale (per semestre) con modalità "a campione" su procedura e documentazione, con implementazione numero a campione in caso quiescenza medico.
STRUTTURA/SERVIZIO/UFFICIO RESPONSABILE		DSS 8- Collaboratore Amministrativo affiancato da altro Operatore c/o Uffici Anagrafe Distrettuali .
NUMERO PERSONALE COINVOLTO NELL'APPLICAZIONE DELLA MISURA		
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' RISCONTRATE NELL'APPLICAZIONE, MODALITA' DI COINVOLGIMENTO DEI GRUPPI DI LAVORO, TEMPI E MODALITA' DI MONITORAGGIO ECC..)		Nulla da segnalare