

SCHEMA MONITORAGGIO TRATTAMENTO DEL RISCHIO 2017		
DATI RIASSUNTIVI DEL PROCESSO		
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 rimborso trasporti emodializzati con mezzo proprio, emodialisi e contributo annuale per dialisi domiciliare peritoneale	La procedura prevede l'autorizzazione del Medico di Distretto, ovvero del Dirigente Medico, acquisita la richiesta dell'utente corredata della certificazione della Struttura Ospedaliera sede del trattamento o attestante l'effettuazione a domicilio. L.R.n. 42/1976, L.R.n. 28/1987, L.R. n. 36/1989.	ALTO
DESCRIZIONE DEI RISCHI		
1) 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) a) controllo semestrale sulla congruità richiesta/documentazione da parte della Direzione Distrettuale per le pratiche riferite alla Dialisi Ospedaliera; b) controllo annuale sulla congruità richiesta/documentazione da parte della Direzione Distrettuale per quella peritoneale a domicilio
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 GIÀ APPLICATA, LA DATA DI INIZIO		1-gen-17
MODALITÀ DI ATTUAZIONE		Controllo della congruità iter procedurale da parte del Dirigente preposto coadiuvato dal Personale Amministrativo del settore
STRUTTURA/SERVIZIO/UFFICIO RESPONSABILE		DSS 8-Ufficio rimborsi - Personale Amministrativo- Dirigente Medico distrettuale c/o Direzione Distrettuale Via Camozzini 15.
NUMERO PERSONALE COINVOLTO NELL'APPLICAZIONE DELLA MISURA		2
TEMPI E MODALITÀ 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 (DIFFICOLTÀ RISCONTRATE NELL'APPLICAZIONE, MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEI GRUPPI DI LAVORO, TEMPI E MODALITÀ DI MONITORAGGIO ECC..)		Nulla da segnalare