

	<p style="text-align: center;">Azienda USL Toscana Centro</p> <p style="text-align: center;">PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA</p> <p style="text-align: center;">2019-2021</p>	
--	---	--

8. ALLEGATI AL PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA 2019 - 2021

8.1 ALLEGATO n. 1 – Catalogo dei processi 2019

CATALOGO DEI PROCESSI 2019

Codice Processo	Nome del processo	DIR	Dipartimento / Struttura	RESP	Struttura
DECENT003	Fornitura ausili e protesi tramite ortopedie / gara / economia	Susanna Tamburini	Dipartimento del Decentramento	Patrizia Romoli	SOC Servizi alle Zone - SDS
FARMAC001	Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Teresa Brocca (Farmaceutica Convenzionata) – Massimo Nocchi (Farmaceutica DPC)	SOS Farmaceutica Convenzionata – SOS Farmaceutica DPC
FARMAC002	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Massimo Nocchi – Sara Bruni – Paola Becagli – Cristina Ceccarelli	SOS Farmaceutica convenzionata
FARMAC003	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie	Teresa Brocca	Dipartimento del Farmaco	Loredana Casini	SOC Vigilanza alle farmacie
PREVEN001	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Cantini Stefano	Area Funzionale SPVSA
PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Maurizio Baldacci	Area Funzionale PISLL
PREVEN003	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Garofalo Giorno	Area Funzionale IPN
PREVEN004	Verifica e Omologazione di Impianti, Macchine e Attrezzature	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Alessandro Matteucci	Verifiche Impianti e Macchine
PREVEN005	Verifica e controllo dell'esercizio degli impianti sportivi ai sensi e per gli effetti della LRT n. 35/2003	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Mochi Nicola	UFC Medicina dello Sport
PREVEN006	Vigilanza e controllo su strutture sanitarie e studi professionali	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Paolo Del Guerra	Unità Funzionale Semplice Vigilanza e Controllo Erogazione Prestazioni Sanitarie Strutture Sanitarie e Sociali (UFS VCEPSSSS)

CATALOGO DEI PROCESSI 2019

Codice Processo	Nome del processo	DIR	Dipartimento / Struttura	RESP	Struttura
PREVEN007	Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Cantini Stefano	Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
PREVEN008	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Mochi Nicola	UFC Medicina dello Sport
PREVEN009	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Giorgio Garofalo	Area Funzionale Igiene Pubblica e della Nutrizione
PREVEN010	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")	Berti Renzo	Dipartimento della Prevenzione	Maurizio Baldacci	Area Funzionale Prevenzione Igiene e Sicurezza Luoghi Lavoro
RETOSP001	Gestione salme Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Francesca Ciruolo	SOS DSPO Santa Maria Nuova
RETOSP002	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Simone Naldini	SOS DSPO San Giovanni di Dio
RETOSP003	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero OSMA	Luca Nardi	Dipartimento Rete Ospedaliera	Lucilla Di Renzo	SOS DSPO OSMA
RISUMA002	Conferimento incarichi collaborazione	Tognini Arianna	Dipartimento Risorse Umane	Occhiolini Ginevra	SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR
RISUMA003	Incarichi extra istituzionali	Tognini Arianna	Dipartimento Risorse Umane	Cristina Sarti	SOS Procedure amministrative del personale
SERSOC001	Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento.	Rossella Boldrini	Dipartimento dei Servizi Sociali	Rossella Boldrini	SOS Qualità Professionale
STAFDS001	Controlli su strutture accreditate - Ricoveri	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Felicia Zaccardi	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
STAFDS002	Controlli su strutture accreditate - Attività ambulatoriale	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Felicia Zaccardi	Area Programmazione e controllo attività sanitaria
STAFDS003	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)	Roberto Biagini	Staff Direzione Sanitaria	Piero Luigi Perruccio	SOS Etica e cure
STAFDS004	Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato	Stefano Michelagnoli	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche	Marco Massagli	SOC Odontoiatria
TECSAN001	1° accesso per prestazioni ambulatoriali di terapia dietetica	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnici Sanitari	Giuseppe Nottoli (Rita Marianelli)	SOS Attività tecniche Assistenziali Dietetica professionale
TECSAN002	Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica (Percorso 2 DGRT 595/05)	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnico sanitari	Sandra Moretti	SOC Attività di riabilitazione funzionale

CATALOGO DEI PROCESSI 2019

Codice Processo	Nome del processo	DIR	Dipartimento / Struttura	RESP	Struttura
TECSAN003	Percorso assistenziale specialistico di medicina fisica (Percorso 3 DGRT 595/05)	Giuseppe Nottoli	Dipartimento Servizi Tecnico sanitari	Sandra Moretti	SOC Attività di riabilitazione funzionale

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Fornitura ausili e protesi tramite ortopedie / gara / economia
Scopo del processo	Gestire le richieste di fornitura di ausili provenienti dai cittadini
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	DECENT003
Data aggiornamento e revisione	18/01/2019
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento del Decentramento
DIR	Susanna Tamburini
Struttura del RESP	SOC Servizi alle Zone - SDS
RESP	Patrizia Romoli
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Domanda del cittadino corredata
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Autorizzazione
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
DECENT003 - Gestire le richieste di fornitura di ausili provenienti dai cittadini										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Presentazione della domanda	Modalità 1: Il Cittadino si presenta al Front-Office della propria zona munito della richiesta specialistica per l'ausilio richiesto corredata da autocertificazione dell'invalidità Modalità 2: Il Cittadino si presenta al Centro Ausili della propria zona, munito della richiesta specialistica per l'ausilio richiesto corredata da autocertificazione dell'invalidità	Modalità 1: Amministrativo Front-Office Modalità 2: Amministrativo del centro ausili	Legge 833/1978, - D.M. 332/99 e Procedura PS.DRIAB.02 del 06/02/2017	Controllo della documentazione da parte del Centro Ausili come descritto al punto successivo (2)					
2	Verifica dei requisiti	Per le richieste pervenute ai Front Office di zona, l'amministrativo trasmette al Centro Ausili di zona la documentazione che viene verificata dagli amministrativi del centro Per le richieste pervenute direttamente al Centro Ausili, l'amministrativo del centro effettua direttamente un controllo della documentazione presentata dal cittadino	Amministrativi del Centro Ausili	Legge 833/1978, - D.M. 332/99 e Procedura PS.DRIAB.02 del 06/02/2017	Non previsto					
3	Autorizzazione	Se tutti i requisiti della domanda sono presenti, l'amministrativo del Centro Ausili rilascia autorizzazione	Amministrativi del Centro Ausili	Legge 833/1978, - D.M. 332/99 e Procedura PS.DRIAB.02 del 06/02/2017	In corso di definizione	Esiste il rischio che l'amministrativo autorizzi l'ausilio senza che sia presente tutta la documentazione di supporto alla richiesta	Predisporre un'istruzione operativa formalizzata nella quale siano previsti dei controlli incrociati da parte degli amministrativi dei quattro Centri Ausili di zona, su input del Responsabile della struttura complessa, per verificare la correttezza delle autorizzazioni rilasciate. Nella stessa istruzione operativa si ritiene opportuno predisporre una check-list nella quale siano indicati tutti i documenti necessari per l'autorizzazione che l'operatore dovrà spuntare per verificare, anche visivamente, la completezza della documentazione. Il numeri di controlli e la frequenza saranno valutati in base al numero di autorizzazioni concesse e in funzione delle risorse disponibili	Istruzione operativa	30/06/2019	RESP
4	Rilascio dell'autorizzazione	Per gli ausili disponibili su gara ESTAR, si rilascia al cittadino l'autorizzazione dando mandato alla ditta fornitrice di consegnare direttamente a domicilio l'ausilio Per gli ausili non previsti in gara ESTAR ma disponibili presso rivenditori accreditati (es: busti, scarpe, etc.), si rilascia l'autorizzazione al cittadino che può ritirarli direttamente dal rivenditore prescelto Qualora gli ausili non siano previsti in gara ESTAR e non siano acquisibili presso un rivenditore accreditato, l'amministrativo provvede a richiedere l'acquisto in economia presso ESTAR	Amministrativi del Centro Ausili	Legge 833/1978, - D.M. 332/99 e Procedura PS.DRIAB.02 del 06/02/2017	Non previsto					

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
DECENT003 - Gestire le richieste di fornitura di ausili provenienti dai cittadini										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
5	Liquidazione	Il rivenditore dopo aver consegnato l'ausilio, invia richiesta di pagamento cioè fattura elettronica ed allegati alla Ragioneria che collega i ricevimenti indicati in fattura su CEPAS e liquida; al Centro Ausili vengono inviati nel contempo le copie cartacee per i dovuti controlli sugli sbilanci e per le richieste di note di credito La ditta fornitrice dopo aver consegnato l'ausilio, invia richiesta di pagamento cioè fattura elettronica ed allegati alla Ragioneria; il Centro Ausili controlla le fatture elettroniche e i documenti di consegna emette il ricevimento sull'ordine emesso e liquida.	Amministrativi del Centro Ausili	Legge 833/1978, - D.M. 332/99 e Procedura PS.DRIAB.02 del 06/02/2017	In corso di definizione	Esiste il rischio che l'amministrativo liquidi delle forniture non effettuate	Predisporre un'istruzione operativa formalizzata nella quale siano previsti dei controlli incrociati da parte degli amministrativi dei quattro Centri Ausili, su input del Responsabile della struttura complessa, per verificare la correttezza delle autorizzazioni rilasciate. Il numeri di controlli e la frequenza saranno valutati in base al numero di autorizzazioni concesse e in funzione delle risorse disponibili. Il rivenditore dovrà trasmettere copia dell'avvenuta consegna al cittadino.	Istruzione operativa	30/06/2019	RESP

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)
Scopo del processo	Effettuare il controllo delle ricette presentate per il rimborso da parte delle farmacie territoriali convenzionate e relativi pagamenti
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	FARMAC001
Data aggiornamento e revisione	28/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento del Farmaco
DIR	Teresa Brocca
Struttura del RESP	SOS Farmaceutica Convenzionata – SOS Farmaceutica DPC
RESP	Teresa Brocca (Farmaceutica Convenzionata) – Massimo Nocchi (Farmaceutica DPC)
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Farmacie territoriali convenzionate
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Ricette farmaceutiche da liquidare, documento contabile riepilogativo, controllo tecnico e valutazioni del farmacista sulle ricette evidenziate dalla ditta incaricata della lettura ottica in base ad una griglia di criteri alla stessa fornita da parte del Dipartimento del farmaco.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Farmacie territoriali convenzionate, Ditta appaltatrice lettura ottica, Comune.
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Report tecnico contabile, verbale d' invio a Commissione ex art. 10 DPR 371/1998 o Collegio Tecnico ex art. 10 DGRT 1466/2017, sanzioni amministrative, liquidazione su applicativo informatico
Area di rischio ANAC	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

SCHEDE ANALISI DEL PROCESSO

FARMAC001 - Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura				
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE				
1	Ricevimento Ricette e documento contabile	La SOS Farmaceutica convenzionata riceve all'inizio di ogni mese ,le ricette da liquidare accompagnate da un documento contabile riepilogativo. Tale ricezione è effettuata direttamente presso la sede AUSL di riferimento per le farmacie territoriali convenzionate degli ambiti di Firenze, Prato e Pistoia. Per la zona Empoli la ricezione è effettuata direttamente al domicilio della ditta convenzionata al successivo riscontro e verifica delle ricette	Amministrativo	DPR 371/98	riscontro a fine dei dati inseriti sul gestionale con quanto riportato nelle relative DCR	Nessuno								
2	Liquidazione	La SOS Farmaceutica convenzionata liquida gli importi dichiarati dalle farmacie su apposito applicativo informatico, previo controllo e inserimento di eventuali addebiti o accrediti ed effettuazione del riscontro con Agenzia delle Entrate	Amministrativo / Farmacista a seconda degli ambiti territoriali AUSL TC	DPR 371/98	riscontro con la risposta ricevuta da Ag. Entrate in ordine all'interrogazione effettuata	Nessuno								
3	Invio ricette al controllo	La SOS Farmaceutica convenzionata di Firenze, Prato e Pistoia inviano mensilmente le ricette liquidate alla Ditta esterna, appaltatrice della gara, che si occupa del controllo tecnico-contabile tramite lettura ottica automatizzata	Amministrativo	Convenzione ex gara	riscontro analitico dei colli relativi alle farmacie inviate	Nessuno								
4	Ricevimento dei risultati del controllo	La ditta convenzionata fornisce alla SOS Farmaceutica i risultati dei controlli effettuati (report tecnico-contabile) con evidenziazione delle ricette non corrette secondo la normativa vigente	Farmacista / Amministrativo	Convenzione ex gara	ricezione e verifica del report e relative ricette	Nessuno								
5	Controllo contabile	Il Farmacista effettua il controllo contabile sulla base del report del fornitore di servizi ed eventualmente accredita o addebita delle differenze alle farmacie - in precedenza comunicate alle farmacie – tramite imputazione nel gestionale dei pagamenti del mese in corso o del primo mese utile	Farmacista	Da parte del Dipart. Del Farmaco è stato elaborata un documento con indicazione degli estremi normativi di riferimento. La revisione viene fatta da un primo farmacista e poi ricontrollata da un secondo. Gli stessi provvedono a firmare il report generale di revisione		Esiste la possibilità che venga attribuito un vantaggio economico ad un soggetto non avente diritto	1) Rilascio di una dichiarazione preventiva di assenza di conflitto di interessi da parte degli operatori che effettuano il controllo; 2) Definizione di criteri per effettuare il controllo delle ricette H13anomale	1) Raccolta di tutte le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi; 2) Formalizzazione dei criteri di controllo e applicazione degli stessi anche da parte delle ditte che effettuano la lettura ottica delle ricette.	1) 31/12/2018 2) 30/04/2019	RESP				

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

FARMAC001 - Fatturazione e controllo delle ricette provenienti dalle farmacie territoriali convenzionate comprese quelle in DPC (Distribuzione Per Conto dell'Azienda)

MAPPATURA DEL PROCESSO										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Controllo tecnico	Il Farmacista effettua il controllo tecnico sulle ricette che hanno evidenziato un problema non contabile alla lettura ottica ed eventualmente: - attiva un procedimento sanzionatorio; - segnala l'anomalia alla Commissione ex art. 10 DPR 371/1998 o al Collegio Tecnico DPC; - convalida pagamento.	Farmacista	Da parte del Dipartim. del Farmaco è stata elaborata un documento con gli estremi normativi vigenti a cui attenersi. La revisione viene fatta da un primo farmacista e poi ricontrollata da un secondo. Gli stessi provvedono a firmare il report generale di revisione		Esiste il rischio che l'operatore incaricato del controllo ometta di avviare il procedimento sanzionatorio per conflitto di interessi	1) Rilascio di una dichiarazione preventiva di assenza di conflitto di interessi da parte degli operatori che effettuano il controllo; 2) Definizione di criteri per effettuare il controllo delle ricette anomale	1) Raccolta di tutte le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi; 2) Formalizzazione dei criteri di controllo e applicazione degli stessi anche da parte delle ditte che effettuano la lettura ottica delle ricette.	1) 31/12/2018 2) 30/04/2019	RESP
7	Predisposizione report	La ditta convenzionata per la lettura ottica e riscontro delle ricette elabora per conto della Farmaceutica territoriale – dietro indicazione dei criteri forniti dalla stessa - un report contabile che viene messo a disposizione delle farmacie attraverso un portale on-line per la presa visione e formulazione di eventuali segnalazioni in merito.	Amministrativo ditta convenzionata	verifica da parte di un amministrativo AUSL TC della presenza del report sul portale della ditta convenzionata						

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali
Scopo del processo	Entro il 31 marzo di ogni anno pari i titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici presentano le domande per il riconoscimento del diritto all'indennità e conseguente determinazione della misura della stessa al Direttore Generale dell'Azienda. Le domande sono esaminate al fine di verificare la sussistenza dei presupposti richiesti dalla normativa in materia ai sensi dell'art.2 legge 221/68.
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	FARMAC002
Data aggiornamento e revisione	28/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento del Farmaco
DIR	Teresa Brocca
Struttura del RESP	SOS Farmaceutica convenzionata
RESP	Massimo Nocchi – Sara Bruni – Paola Becagli – Cristina Ceccarelli
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Istanza in bollo dell'interessato
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Comune e titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibera, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Delibera del Direttore Generale con la quale vengono individuate gli aventi diritto all'indennità di residenza nonché l'entità della relativa quota annuale
Area di rischio ANAC	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
FARMAC002 - Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Ricezione delle domande	Ricevimento e inserimento sul protocollo aziendale delle domande per il riconoscimento del diritto all'indennità di residenza presentate dai titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e dispensari farmaceutici. Viene elaborata un registro interno in cui trascrivere le domande pervenute e relativo protocollo e data	Amministrativo del Dipartimento del Decentramento	la fase è vincolata in quanto le relative lettere di richiesta sono sottoposte a registrazione nel protocollo generale della AUSL TC						
2	Valutazione delle domande	Valutazione formale delle domande	Amministrativo con P.O. del Dipartimento del Decentramento e dal Farmacista dell'ambito territoriale di competenza della farmacia richiedente	L. 2 legge 221/1968; L. 40/1973; sentenza Cons. Stato 6671/2005		Esiste la possibilità che venga attribuito un vantaggio economico ad un soggetto non avente diritto	1) Gli operatori addetti alla valutazione delle domande devono rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi 2) Controllo a campione (minimo 10%) delle domande presentate da parte del Direttore di Dipartimento	1) Rilascio delle dichiarazioni da parte di tutti gli operatori coinvolti 2) Controllo di almeno il 10% delle domande	1) 31/12/2018 2) 30/06/2019	RESP
3	Richiesta informazioni al Comune	Il Farmacista richiede al Comune i dati sulla popolazione residente nella frazione in cui è ubicata la farmacia.	Farmacista							
4	Predisposizione delibera del Direttore Generale	La concessione del contributo avviene mediante delibera del Direttore Generale	Amministrativo del Dipartimento del Decentramento							
5	Invio al Comune e alle farmacie	Notifica ai Comuni e alle farmacie interessate della delibera del D.G.	Amministrativo del Dipartimento del Decentramento							

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie
Scopo del processo	Effettuare ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie a: Farmacie convenzionate pubbliche e private; Depositi di medicinali e gas terapeutici; Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie)
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	FARMAC003
Data aggiornamento e revisione	20/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento del Farmaco
DIR	Teresa Brocca
Struttura del RESP	SOC Vigilanza alle farmacie
RESP	Loredana Casini
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Generale; Comuni; Autorità Giudiziaria; ASL; NAS, Regione
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Obiettivi di struttura; Normativa vigente; Parere igienico sanitario; Segnalazioni
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Farmacie convenzionate pubbliche e private; Depositi di medicinali e gas terapeutici; Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie); Comuni, Autorità Giudiziaria; ASL; NAS
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verbale contestuale; Verbale sanzionatorio; Segnalazione ad altri Enti.
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO :										
FARMAC003 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Programmazione di struttura	Il Direttore di struttura definisce il numero di controlli che ogni commissione di zona deve effettuare nel semestre di riferimento, sulla base degli obiettivi Aziendali e della normativa vigente.	Direttore di struttura	Legge RT 16/2000	Nessuno	Nessuno				
2	Programmazione operativa	Controlli programmati su farmacie: Il Presidente della commissione di zona redige il programma semestrale di dettaglio dei controlli e lo invia al Direttore di struttura. Le farmacie da sottoporre a controllo sono individuate tenendo conto della temporalità dei controlli già effettuati. Ispezioni preventive: Il Presidente della commissione programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le richieste di parere dai Comuni. Controlli su segnalazione: Il Presidente della commissione programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le segnalazioni. Controlli su depositi medicinali e parafarmacie: Il controllo è effettuato solo in caso di necessità (es. segnalazione o richiesta di parere igienico sanitario da parte del Comune) per carenza di risorse.	Presidenti delle commissioni di zona	Legge RT 16/2000	Il Direttore di struttura effettua un controllo sul calendario semestrale delle ispezioni programmate.	Possibile conflitto di Interessi tra il Presidente della commissione ed un soggetto controllato	1) I Presidenti delle commissioni devono rilasciare annualmente al Direttore di struttura una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. 2) In base alle indicazioni impartite dal Direttore di Struttura, gli amministrativi delle commissioni effettuano un controllo sugli archivi delle zone non di competenza allo scopo di individuare soggetti non sottoposti a controlli negli ultimi due anni.	1) Rilascio delle dichiarazioni da parte di tutti i Presidenti di commissione 2) Controllo annuale di tutti gli archivi	1) 31/12/2018 2) 31/12/2019	RESP
3	Istruttoria	L' amministrativo della Commissione di zona controlla nell' archivio farmacie, relativo al proprio ambito territoriale della USL Toscana Centro, la documentazione presente agli atti della Farmacia oggetto della successiva ispezione. Riporta sul verbale i riferimenti ricavati da detta documentazione (es. autorizzazione all' esercizio, ragione sociale ect.) Evidenzia al Presidente eventuali problematiche riscontrate, che saranno oggetto di controllo più accurato durante l' ispezione. Raccoglie la documentazione necessaria per l' ispezione (es. planimetria locali, organico personale, autorizzazione autodiagnostica).	Amministrativo della commissione	Verbale d' ispezione definito da Delibera Regione Toscana n. 811 del 04/08/2003	Nessuno	Nessuno				
4	Esecuzione del controllo	Svolgimento dell' ispezione a Farmacie, depositi di medicinali e parafarmacie	Presidente Commissione di zona e per i depositi e parafarmacie Commissione definita da delibera ASL n. 471 del 29/03/2018	Legge R.T. 16/2000 e Delibera n. 471 del 29/03/2018	Nessuno	Nessuno				
5	Eventuale attivazione del procedimento sanzionatorio	Le eventuali violazioni rilevate durante l' ispezione diventano oggetto di un successivo verbale di contestazione e sanzionatorio che deve essere redatto entro il termine di 90 giorni. Il trasgressore ha facoltà entro il termine di 30 giorni dalla notifica, o di pagare subito la somma ridotta oppure d' inviare scritti difensivi al Sindaco del Comune dove ha sede la farmacia. In questo caso sarà il Sindaco stesso a decidere come procedere per la sanzione, (estinzione, conferma o aumento importo ecc.).	Sindaco del Comune di riferimento della farmacia	Articolo n. 16 e 18 della legge 689/81. Articolo n. 8 e 10 della legge R.T. n. 81/2000.	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO :										
FARMAC003 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Registrazione dell'attività.	In ciascuna zona vengono registrate le ispezioni effettuate, tramite registro cartaceo o informatizzato. I verbali sanzionatori sono numerati con numerazione progressiva annuale. La loro redazione è centralizzata per tutta la USL Toscana Centro al Servizio Farmaceutico Territoriale di S. Salvi a cura dell' amministrativo della Commissione.	Amministrativo della commi	Nessuno	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA PER LA MAPPATURA

Data aggiornamento	06/09/2018
Codice del processo	PREVEN001
Nome del processo	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale
DIR	Berti Renzo
Dipartimento/Struttura	Dipartimento della Prevenzione
RESP	Cantini Stefano
Struttura	Area Funzionale SPVSA
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo	Regione Toscana; Ministero della Salute; Cittadini e imprese; Enti pubblici competenti.
Principali input del processo	Normativa comunitaria, nazionale e regionale sulla categorizzazione del rischio per gli stabilimenti che producono e/o commercializzano prodotti destinati al consumo umano e/o animale; Sistema di allerta regionale e/o ministeriale; Dati storici relativi agli stabilimenti già sottoposti a controllo; Esposti presentati da soggetti esterni nell'interesse collettivo.
Descrizione e fasi del processo	<p>Le strutture organizzative dell'Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, in quanto autorità competente territoriale, svolgono le funzioni di vigilanza e di ispezione (definite "controllo ufficiale") sull'ottemperanza alla normativa di prodotti alimentari/mangimi e delle norme per la salute e il benessere degli animali.</p> <p>Le fasi del processo sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programmazione di Area Funzionale dei controlli in base alla frequenza prevista dalla categorizzazione del rischio di cui alle norme specifiche e alle indicazioni regionali (Compilazione del 100% delle Check-list con la seguente frequenza: annuale negli stabilimenti ad alto rischio - biennale negli stabilimenti a medio rischio - triennale negli stabilimenti a basso rischio) e ai dati storici; 2) Programmazione di Unità Funzionale: Programmazione operativa dei controlli degli stabilimenti sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale e della categorizzazione dei rischi individuati. La programmazione è effettuata dal direttore della Unità Funzionale o suo sostituto. 3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza: Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici e i medici veterinari l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura. 4) Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa allo stabilimento da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività; 5) Uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale presso lo stabilimento raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati redigono un verbale e/o rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano i procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali, ovvero emettono dei provvedimenti cautelari, in caso di violazioni alle norme a tutela della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. In caso di violazione di norme a tutela di altri interessi pubblici, gli operatori procedono alla segnalazione alle competenti Autorità preposte. 6) Registrazione su apposito applicativo informatico.
Risorse interne	Risorse umane afferenti alle UFC e UFS SPVSA (operatori sanitari: Medici Veterinari e Tecnici della Prevenzione) applicativo informatico regionale
Principali output del processo	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo; Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo	Titolari degli stabilimenti; Regione Toscana e altre Pubbliche Amministrazioni; Cittadini.
Normativa di riferimento	Reg. CE 852/04 ;Reg. CE 853/04; Reg. CE 854/04; D.G.R.T. 1817/2012; Reg. CE 882/2004
Area di rischio	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA DI ANALISI: Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale

Nome attività	Descrizione attività	Presenz a rischi?	Rischi	Descrizione delle decisioni critiche	Meccanismo di formazione delle decisioni	Meccanismo di attuazione delle decisioni	Meccanismo di controllo delle decisioni	Misure specifiche di prevenzione	Indicatori	Target indicatori	Date di attuazione
1) Programmazione di Area Funzionale	Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttore dell'Area Funzionale in base alla frequenza prevista dalla categorizzazione del rischio di cui alle norme specifiche e alle indicazioni regionali (Compilazione del 100% delle Check-list con la seguente frequenza: annuale negli stabilimenti ad alto rischio - biennale negli stabilimenti a medio rischio - triennale negli stabilimenti a basso rischio) e ai dati storici. Tale programmazione è riferita soltanto al numero dei controlli da effettuare per fascia di rischio. L'individuazione dei soggetti da sottoporre a controllo è effettuata nella successiva fase di Programmazione di Unità Funzionale.	NO									
2) Programmazione di Unità Funzionale	Programmazione operativa dei controlli degli stabilimenti sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale e della categorizzazione dei rischi individuati. La programmazione è effettuata dal direttore della Unità Funzionale o suo sostituto.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il Direttore della Unità Funzionale e/o suo sostituto e i potenziali destinatari dei controlli.	Il Direttore dell'Unità Funzionale o il suo sostituto decide quali stabilimenti sottoporre a controllo.	Non esistono criteri formalizzati per l'individuazione degli stabilimenti da sottoporre a controllo in base agli obiettivi individuati nella programmazione di Area Funzionale.	Programma di Unità Funzionale	Nessun controllo formalizzato.	Definizione di un documento IN CUI DEVONO ESSERE INDICATI I CRITERI LE MODALITA' ETC. SULLA BASE DEI QUALI IL DIRETTORE UF (O SUO DELEGATO) DETERMINA LA PROGRAMMAZIONE DEI SOGGETTI DA CONTROLLARE (es. monitoraggio degli esiti dei controlli, criteri statistici, dimensione dell'impresa, etc.) NEL SUDETTO DOCUMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE.	Pubblicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità di programmazione dei soggetti da controllare	Presenza del documento entro la scadenza	31/12/2018
3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici e i medici veterinari l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna il controllo, e i soggetti controllati	Il soggetto che assegna il controllo individua gli operatori ai cui assegnare l'attività	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Assegnazione della pratica	Nessun controllo formalizzato.	Definizione dei CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI SONO ASSEGNATE LE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE DITTE AGLI OPERATORI con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione etc.) nell'ambito della misura specifica precedente. NEL SUDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Pubblicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle pratiche agli operatori vigilanza e controllo	Presenza del documento entro la scadenza	31/12/2018
4) Fase istruttoria	Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa allo stabilimento da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività	NO									
5) Attività di controllo	Uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale presso lo stabilimento raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi Gli operatori incaricati redigono un verbale e/o rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano i procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali, ovvero emettono dei provvedimenti cautelari, in caso di violazioni alle norme a tutela della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare. In caso di violazione di norme a tutela di altri interessi pubblici, gli operatori procedono alla segnalazione alle competenti Autorità preposte.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	L'operatore incaricato valuta le condizioni di rischio delle imprese soggette a controllo attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme e assume le determinazioni conseguenti sempre in conformità alla normativa.	In base alla normativa vigente.	Emissioni del provvedimento	Fino al 2017 è stato effettuato il controllo dell'attività proceduralizzato a livello di Area/UFC con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 -Audit di supervisione professionale)	1) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate 2) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 3) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) N° Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di vigilanza 2) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza 3) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009	1) 100% 2) 100% dei programmi di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 3) 100% della relazioni di riesame di attività pubblicate in base al DDG 4443/2009	1) 31/12/2018 2) 31/12/2018 3) 31/12/2019
6) Registrazione	Registrazione su apposito applicativo informatico	NO									

SCHEDA PER LA MAPPATURA

Data aggiornamento	06/09/2018
Codice del processo	PREVEN002
Nome del processo	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)
DIR	Berti Renzo
Dipartimento/Struttura	Dipartimento della Prevenzione
RESP	Maurizio Baldacci
Struttura	Area Funzionale PISLL
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo	Autorità giudiziaria, enti sovraordinati (Ministeri, Regione), ARPAT, enti locali, lavoratori, medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, altre strutture del Dipartimento della Prevenzione, organizzazioni sindacali, privati cittadini, forze di polizia.
Principali input del processo	Programmazione regionale/nazionale, criteri di priorità (eventi sentinella e/o valutazioni epidemiologiche; metodo regionale INDEDI solo per cantieri), programmazione di Area Funzionale, esposti e segnalazioni, controllo "a vista" (per norma regionale: solo per cantieri), deleghe autorità giudiziaria ai sensi cpp
Descrizione e fasi del processo	<p>Le strutture organizzative dell'Area Funzionale Prevenzione, Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, in quanto organo di vigilanza ai sensi del D.Lgs.81/08 e del D.Lgs.758/94, svolgono le funzioni di vigilanza e di ispezione sull'ottemperanza alla normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro.</p> <p>Le fasi del processo sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programmazione di Area Funzionale dei controlli su varie tipologie di imprese (con relative unità locali) e cantieri, secondo le indicazioni degli enti sovraordinati (Regione), le priorità individuate e i dati storici, individuando anche i criteri di campionamento delle imprese da controllare; 2) Programmazione operativa di Unità Funzionale sulla base delle indicazioni ricevute con la programmazione di Area Funzionale; 3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza: assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa e specifica da parte della competente Unità Funzionale, ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico; 4) Fase istruttoria, in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa alla unità locale o cantiere da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività; 5) Attività di controllo: uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo presso l'unità locale o cantiere raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati redigono una relazione finale delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano i procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali, ovvero emettono dei provvedimenti cautelari, gli operatori procedono anche alle segnalazioni alle competenti Autorità preposte. 6) Registrazione su apposito applicativo informatico.
Risorse interne	Risorse umane afferenti alle UFC e UFS PISLL (Medici del Lavoro, Ingegneri e Tecnici della Prevenzione); applicativo informatico regionale
Principali output del processo	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo – Fogli di prescrizioni – Comunicazioni di notizia di reato Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo	Autorità giudiziaria, Regione, lavoratori, datori di lavoro, dirigenti, preposti, consulenti, responsabili del servizio prevenzione e protezione, fabbricanti, progettisti, coordinatori, contravventori, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, organizzazioni sindacali, organizzazioni di parte datoriale, cittadini
Normativa di riferimento	Codice penale (artt.589-590), codice di procedura penale, D.Lgs.81/08, Prodotti finiti della prevenzione della R.Toscana n.25-26-27-81, atti di programmazione regionale (PSSR, PRP, DGRT 151/2016) e nazionale (LEA; piano nazionale edilizia, piano nazionale amianto, piano nazionale agricoltura); delibere aziendali (Del. DG 1157/2016).
Area di rischio	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA DI ANALISI: Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)

Nome attività	Descrizione attività	Presenza rischi?	Rischi	Descrizione delle decisioni critiche	Meccanismo di formazione delle decisioni	Meccanismo di attuazione delle decisioni	Meccanismo di controllo delle decisioni	Misure specifiche di prevenzione	Indicatori	Target indicatori	Date di attuazione	
1) Programmazione di Area Funzionale	Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttivo dell'Area Funzionale in base alla valutazione dei diversi input (LEA, PSSR, piani regionale della prevenzione, atti regionali, disposizioni aziendali, criteri di priorità, frequenza esposti). Tale programmazione è riferita soltanto al numero e alla tipologia dei controlli da effettuare per fascia di rischio. L'individuazione dei soggetti da sottoporre a controllo è effettuata nella successiva fase di Programmazione di Unità Funzionale.	NO										
2) Programmazione di Unità Funzionale	Programmazione operativa dei controlli di unità locali e cantieri sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale, considerando anche esposti/ segnalazioni e attività delegate dall'Autorità Giudiziana. La programmazione è effettuata dal direttore della Unità Funzionale o suo delegato.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il Direttore della Unità Funzionale e/o suo delegato e i potenziali destinatari dei controlli nella definizione della programmazione.	Il Direttore dell'Unità Funzionale o il suo delegato decide quali imprese/cantieri sottoporre a controllo.		Non esistono criteri formalizzati per l'individuazione delle unità locali/cantieri da sottoporre a controllo in base agli obiettivi individuati nella programmazione di Area Funzionale.	Programma di Unità Funzionale	Nessun controllo formalizzato.	Revisione dei documenti	Emissione della revisione entro la scadenza	31/12/2018	
3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura o suo delegato tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici e gli ingegneri l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna il controllo, e i soggetti controllati	Il soggetto che assegna il controllo individua gli operatori ai cui assegnare l'attività		L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Assegnazione della pratica	Nessun controllo formalizzato.	Revisione dei documenti	Emissione della revisione entro la scadenza	31/12/2018	
4) Fase istruttoria	Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa allo stabilimento da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività	NO										
5) Attività di controllo	Gli operatori incaricati (di norma due), di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati redigono, se del caso, una relazione finale delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	L'operatore incaricato valuta le condizioni di rischio delle imprese soggette a controllo attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme e assume le determinazioni conseguenti sempre in conformità alla normativa.	In base alla normativa vigente.		Emissione del provvedimento	Fino al 2015 è stato effettuato in alcune UF il controllo dell'attività di vigilanza svolta dagli operatori aziendali, proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 -Audit di supervisione professionale)	1) Compilazione del primo atto di accesso che comprenda anche una dichiarazione di assenza di conflitti di interessi tra il soggetto controllore e il soggetto controllato. 2) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 3) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) N° DI DICHIARAZIONI COMPILATE / N° DI PRATICHE ASSEGNATE 2) Numero di programmi attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza 3) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009	1) 100% 2) 100% dei programmi di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012/2015 3) 100% della relazioni di riesame di attività pubblicate in base al DDG 4443/2009	1) 31/12/2018 2) 31/12/2018 3) 31/12/2018
6) Registrazion e	Registrazione su apposito applicativo informatico	NO										

SCHEDA PER LA MAPPATURA

Data aggiornamento	06/09/2018
Codice del processo	PREVEN003
Nome del processo	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)
DIR	BERTI RENZO
Dipartimento/Struttura	DIPARTIMENTO PREVENZIONE AREA FUNZIONALE IPN
RESP	GIORGIO GAROFALO
Struttura	AREA FUNZIONALE IPN
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo	Regione Toscana; Ministero della Salute; Cittadini, Enti pubblici competenti.
Principali input del processo	Normativa nazionale e regionale Dati storici relativi alle strutture già sottoposti a controllo; Esposti presentati da soggetti esterni nell'interesse collettivo
Descrizione e fasi del processo	<p>Le strutture organizzative dell'Area Funzionale Igiene Pubblica e della Nutrizione, svolgono le funzioni di vigilanza e di ispezione (definite "controllo ufficiale") sull'ottemperanza alla normativa delle collettività scolastiche, strutture ricettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..</p> <p>Le fasi del processo sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Programmazione di Area Funzionale dei controlli: Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttivo dell'Area Funzionale in base alle indicazioni regionali, LEA, PNP, impatto sulla salute, analisi dei rischi, numerosità delle unità locali, criteri temporali (ultimo sopralluogo) L'individuazione delle strutture/attività da sottoporre a controllo è effettuata nella successiva fase di Programmazione di Unità Funzionale 2) Programmazione operativa di Unità Funzionale sulla base delle indicazioni ricevute con la programmazione di Area Funzionale: programmazione operativa dei controlli in base alla Programmazione dell'Area Funzionale e dei rischi individuati. La programmazione è effettuata dal direttore della Unità Funzionale o suo sostituto. 3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza: assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa e specifica da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico; 4) Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa alla struttura/attività da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività. 5) Attività di controllo: Uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale presso la struttura raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati redigono un verbale e/o rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti anche su specifica modulistica e attivano i procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali, ovvero emettono dei provvedimenti cautelari, in caso di violazioni alle norme a tutela dell'igiene e sanità pubblica. In caso di violazione di norme a tutela di altri interessi pubblici, gli operatori procedono alla segnalazione alle competenti Autorità preposte. 6) Registrazione su apposito applicativo informatico.
Risorse interne	Risorse umane afferenti alle UFC e UFS IPN (operatori sanitari: Medici e Tecnici della Prevenzione) applicativo informatico regionale
Principali output del processo	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo; Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo	Titolari delle strutture /attività Pubbliche Amministrazioni e cittadini
Normativa di riferimento	Le normative sono riportate in dettaglio nelle procedure specifiche (es vigilanza piscine, etc..)
Area di rischio	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA DI ANALISI: Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)

Nome attività	Descrizione attività	Presenza rischi?	Rischi	Descrizione delle decisioni critiche	Meccanismo di formazione delle decisioni	Meccanismo di attuazione delle decisioni	Meccanismo di controllo delle decisioni	Misure specifiche di prevenzione	Indicatori	Target indicatori	Date di attuazione
1) Programmazione di Area Funzionale	Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttivo dell'Area Funzionale in base alle indicazioni regionali, LEA, PNP, impatto sulla salute, analisi dei rischi, numerosità delle unità locali, criteri temporali (ultimo sopralluogo) L'individuazione delle strutture/attività da sottoporre a controllo è effettuata nella successiva fase di Programmazione di Unità Funzionale	NO									
2) Programmazione di Unità Funzionale	Programmazione operativa dei controlli in base alla Programmazione dell'Area Funzionale e dei rischi individuati. La programmazione è effettuata dal direttore della Unità Funzionale o suo sostituto.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il Direttore della Unità Funzionale e/o suo sostituto e i potenziali destinatari dei controlli.	Il Direttore dell'Unità Funzionale o il suo sostituto decide quali strutture/attività sottoporre a controllo.	Non esistono criteri formalizzati per l'individuazione delle strutture da sottoporre a controllo in base agli obiettivi individuati nella programmazione di Area Funzionale.	Programma di Unità Funzionale	Nessun controllo formalizzato.	Definizione di un documento IN CUI DEVONO ESSERE INDICATI I CRITERI LE MODALITA' ETC. SULLA BASE DEI QUALI IL DIRETTORE UF (O SUO DELEGATO) DETERMINA LA PROGRAMMAZIONE DEI SOGGETTI DA CONTROLLARE (es. monitoraggio degli esiti dei controlli, criteri statistici, dimensione dell'impresa, etc.) NEL SUDETTO DOCUMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE.	Publicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità di programmazione dei soggetti da controllare	Presenza del documento entro la scadenza	31/12/2018
3) Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna il controllo, e i soggetti controllati	Il soggetto che assegna il controllo individua gli operatori ai cui assegnare l'attività	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Assegnazione della pratica	Nessun controllo formalizzato.	Definizione dei CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI SONO ASSEGNATE LE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE DITTE AGLI OPERATORI con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione etc.) nell'ambito della misura specifica precedente. NEL SUDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Publicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle pratiche agli operatori vigilanza e controllo	Presenza del documento entro la scadenza	31/12/2018
4) Fase istruttoria	Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa allo struttura/attività da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività	NO									
5) Attività di controllo	Uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale presso la struttura raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati redigono un verbale e/o rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti anche su specifica modulistica e attivano i procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali, ovvero emettono dei provvedimenti cautelari, in caso di violazioni alle norme a tutela della sanità pubblica. In caso di violazione di norme a tutela di altri interessi pubblici, gli operatori procedono alla segnalazione alle competenti Autorità preposte.	SI	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	L'operatore incaricato valuta le condizioni di rischio delle imprese soggette a controllo attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme e assume le determinazioni conseguenti sempre in conformità alla normativa.	In base alla normativa vigente.	Emissione del provvedimento	Fino al 2017 è stato effettuato in alcune UF il controllo dell'attività di vigilanza svolta dagli operatori aziendali, proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)	1) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate. 2) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 3) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) N° Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di vigilanza 2) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 3) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009	1) 100% 2) 100% dei programmi di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012/2015 3) 100% della relazioni di riesame di attività pubblicate in base al DDG 4443/2009	1) 31/12/2018 2) 31/12/2018 3) 31/12/2019
6) Registrazioni	Aggiornamento archivio informatico SISPC	NO									

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature
Scopo del processo	Effettuare i controlli omologativi, periodici e straordinari obbligatori per Legge su impianti, macchine ed attrezzature
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN004
Data aggiornamento e revisione	12/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Dr. Renzo Berti
Struttura del RESP	UF Verifica Impianti e Macchine
RESP	Ing. Alessandro Matteucci (Matr. 308751)
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati.
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Per gran parte dell'attività il processo inizia necessariamente con una richiesta, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono stati da tempo liberalizzati e possono essere effettuati anche da altri soggetti. Per la parte rimanente (intorno al 4 - 5 %) il processo può prendere avvio anche d'iniziativa, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono affidati per Legge alle AUSL in esclusiva (Impianti di riscaldamento centralizzato; omologazione di impianti elettrici a rischio esplosione; recipienti GPL non attrezzature di lavoro).
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati.
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Certificati di omologazione, verbali di verifica, fatture per il pagamento delle prestazioni
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche e ispezioni.

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO :										
PREVEN004 - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	SURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Redazione piano di lavoro operativo annuale	Dimensionamento del programma di attività da effettuare nell'anno in esame, in termini di numero di verifiche suddivise per tipologia di impianto (impianti di protezione contro le scariche atmosferiche, impianti di messa a terra, impianti elettrici installati in luoghi con pericolo di esplosione, ascensori e montacarichi, apparecchi di sollevamento di cose e persone, attrezzature a pressione, impianti di riscaldamento) e per caratteristiche del procedimento (in concorrenza con altri soggetti pubblici o privati abilitati oppure attribuito per Legge in esclusiva alle AUSL). Detto dimensionamento si effettua tenendo conto degli affidamenti in via continuativa già in essere e della previsione delle richieste sulla base dei dati storici, rapportando gli impegni previsti alla capacità operativa della UF per garantire il rispetto delle scadenze contrattuali.	- Direttore della UF - Dirigenti coordinatori dei settori di attività	Vincolata dalla programmazione (POA) concordata con la Direzione del Dipartimento e dagli obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale.	Non esistente	Mancato inserimento nel programma di attività delle verifiche degli impianti di riscaldamento (in esclusiva), dovuto alla mancata trasmissione della documentazione dei nuovi impianti da parte di INAIL, che la riceve dal proprietario dell'impianto	Concordare con INAIL le modalità per la corretta trasmissione della documentazione dei nuovi impianti di riscaldamento	Regolare trasmissione da parte di INAIL della documentazione dei nuovi impianti di riscaldamento	31/12/2019	Direttore della UF
2	Pianificazione operativa di UF e dei singoli verificatori	Assegnazione dei carichi di lavoro agli tecnici verificatori, tenendo conto delle caratteristiche professionali e del tempo lavoro disponibile per le attività di verifica. Ogni tecnico verifikatore provvederà alla personale pianificazione della sua attività, in modo tale da portare a termine il programma a lui affidato.	- Direttore della UF - Dirigenti coordinatori dei settori di attività - Tecnici verificatori	Discrezionale	Non esistente	Assegnazione di verifiche ad operatori con potenziali conflitti d'interesse verso i soggetti destinatari dell'output del processo	1. Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse sui procedimenti assegnati 2. Formazione degli operatori in materia di prevenzione della corruzione e di conflitto di interessi 3. Individuazione di criteri di rotazione degli operatori sui procedimenti in carico alla UF, sia in riferimento ai settori di attività che alle singole imprese.	1. Dichiarazioni sottoscritte dal 100% degli operatori 2. Formazione di almeno il 90% degli operatori 3. Criteri di rotazione formalizzati dal Direttore della UF	1. 31/12/2018 2. 31/12/2019 3. 30/06/2019	Direttore della UF
3	Effettuazione delle verifiche	Le modalità di effettuazione operativa delle attività di verifica, diverse per ogni tipologia di impianto, sono descritte in dettaglio nelle Procedure Tecniche e nelle Istruzioni Operative del Sistema di Gestione della Qualità del Dipartimento della Prevenzione. L'effettuazione della verifica da parte del tecnico termina con l'emissione del verbale o del certificato di omologazione e con l'archiviazione informatica e cartacea del fascicolo.	- Tecnici verificatori	Vincolato da Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche di settore	Supervisione professionale a campione da parte dei Direttori di UO	Emissione di false certificazioni rispetto all'esito dei controlli da parte del tecnico verifikatore per possibili conflitti di interessi nei confronti del soggetto controllato	1. Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse sui procedimenti assegnati 2. Audit interno e di supervisione professionale	1. Dichiarazioni sottoscritte dal 100% degli operatori 2. Effettuazione del 100% degli audit professionali previsti nell'ambito del SGO	1. 31/12/2018 2. 30/06/2019	Direttore della UF con la collaborazione del Referente Qualità di UF Direttori delle UU.OO. Interessate
4	Emissione delle fatture corrispondenti alle prestazioni effettuate	Questa attività è a cura degli operatori amministrativi dell'ufficio, e viene effettuata utilizzando appositi applicativi informatici messi a disposizione dall'Azienda. L'invio delle fatture ai destinatari avviene, nel rispetto delle normative di settore, secondo le disposizioni degli uffici amministrativi aziendali (posta ordinaria o email per le fatture verso privati, invio telematico per le fatture elettroniche verso le Pubbliche Amministrazioni). La riscossione e la contabilizzazione degli importi, il controllo dei pagamenti insoluti e del conseguente procedimento di recupero del credito sono di competenza del Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione dell'Azienda.	- Operatori amministrativi	Vincolato da Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche di settore	Non esistente	Nessuno				

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO :										
PREVEN004 - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	SURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
5	Controllo dell'andamento dell'attività ed eventuali correttivi	Questo controllo, di norma mensile, è a cura dei Dirigenti coordinatori dei settori di attività (ascensori, impianti di sollevamento, attrezzature a pressione, impianti di riscaldamento) e del Direttore di UF. Ove si verificano scostamenti dall'andamento previsto si provvede ad apportare gli opportuni correttivi in termini di obiettivi di attività, di ripartizione di carico di lavoro tra gli operatori, di ripartizione delle verifiche tra le varie tipologie di impianto, ecc. Il controllo comprende inoltre l'incrocio dei dati di attività con la programmazione operativa dei singoli tecnici verificatori, registrata nell'archivio informatico, e con i dati delle marcature orarie, al fine di evidenziare eventuali mancati inserimenti di verifiche da parte degli operatori, che saranno richiamati ad una tempestiva registrazione dell'attività.	- Dirigenti coordinatori dei settori di attività - Direttore della UF	Discrezionale	Non esistente	Nessuno				
6	Esame a consuntivo annuale	Attività a cura del Direttore di UF, che determina il consuntivo annuale in termini di numero e tipologia di verifiche effettuate ed in termini di importi fatturati, provvedendo al raffronto con gli obiettivi assegnati	- Direttore della UF	Discrezionale	Non esistente	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Vigilanza sugli impianti sportivi
Scopo del processo	Verifica e controllo dell'esercizio degli impianti sportivi ai sensi e per gli effetti della LRT n. 35/2003
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN005
Data aggiornamento e revisione	10/12/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	Unità Funzionale Complessa Medicina dello Sport
RESP	Nicola Mochi
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Regione Toscana, Comuni, CONI ed Enti di promozione sportiva
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Censimento impianti sportivi, elenco regionale ambulatori accreditati, elenco Società Sportive di CONI ed Enti di Promozione Sportiva, eventuali esposti o segnalazioni.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Gestori e/o proprietari impianti sportivi, presidenti società sportive, titolari ambulatori privati accreditati
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verbale di chiusura intervento, con eventuali prescrizioni e/o sanzioni.
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
PREVEN005 - Verifica e controllo dell'esercizio degli impianti sportivi ai sensi e per gli effetti della LRT n. 35/2003										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Acquisizione elenchi degli impianti sportivi per la programmazione e annuale dei controlli	Acquisizione censimenti impianti sportivi da comuni/province, elenco ambulatori privati accreditati (fonte Regione Toscana) elenchi società sportive (CONI ed Enti Promozione sportiva)	Direttore di UFS		No	Nessuno				
2	Programmazione e annuale delle attività di vigilanza	Definizione impianti, ambulatori e società sportive da controllare nel corso dell'anno	Direttore di UFC	Dal censimento degli impianti sportivi ogni anno deve essere scelto un numero di impianti da verificare pari o maggiore al 5% degli impianti censiti sul territorio (fino ad ora per ex USL); qualora negli impianti oggetto di controllo, siano ubicate segreterie di società sportive, vengono controllati anche i certificati. Vengono inoltre scelte a campione alcune competizioni, e verificate le certificazioni in possesso delle società sportive a quella data. Vi è discrezionalità solo nella selezione dei soggetti da verificare con possibile scelta di alcuni risparmiando il controllo ad altri. Per gli ambulatori non esiste discrezionalità in quanto vengono controllati con cadenza almeno biennale.	No	Discrezionalità nella selezione dei soggetti da verificare con possibile scelta di alcuni risparmiando il controllo ad altri.	1) Ogni anno viene effettuata una riunione della commissione di vigilanza, con il coinvolgimento dei Responsabili delle UF IPN e Medicina dello Sport, che riporta i risultati dell'attività. In quella occasione considerando i risultati della vigilanza, le criticità emerse, la distribuzione dei controlli effettuati rispetto al territorio, alle federazioni ed enti di promozione sportiva, e le società sportive, vengono stilati i criteri per identificare i soggetti da vigilare nella annualità successiva. Sulla base dei criteri stabiliti, i membri della commissione di vigilanza stilano l'elenco degli impianti da vigilare (fatto salvo emergenze insorgenti nel corso dell'anno). L'elenco della società sportive da valutare a campione viene stilato nel mese settembre, in considerazione della cronologia di inizio dei campionati degli sport più praticati. 2) Le decisioni vengono comunicate ai responsabili di UF IPN e Medicina dello Sport per la verifica e e validazione. 3) Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse tra i componenti la commissione ed Direttori di UFS ed i potenziali destinatari dei controlli	1) Presenza dei criteri di campionamento nel verbale degli incontri annuali 2) Validazione elenco di impianti e società sportive da parte dei responsabili di UFS IPN e Medicina dello Sport 3) Sottoscrizione del 100% delle dichiarazioni	1) 31/12/2019 2) 31/12/2019 3) 31/12/2019	Direttore UFC Medicina dello Sport
3	Effettuazione dei sopralluoghi di vigilanza	L'attività viene svolta come Commissione di vigilanza per impianti e società sportive e singolarmente ovvero come specialista di settore nella commissione sulle Strutture Sanitarie. Vengono compilate liste di riscontro nel caso di sopralluoghi su impianti, o valutati i certificati che poi rimangono in copia agli atti nel caso di verifiche a campione su eventi sportivi.	Componenti la commissione	Viene svolta la verifica dei documenti dell'impianto durante il sopralluogo. Per i certificati rimangono agli atti in copia. Vengono verificate le certificazioni in possesso della società sportiva. Possibile decisione di non evidenziare non conformità effettivamente presenti	Controllo reciproco tra gli operatori della commissione	Mancata rilevazione di non conformità per agevolare il controllato	I sopralluoghi sono effettuati come commissione. L'operato dei professionisti in questo processo viene valutato con la supervisione professionale. Presenza di commissioni deliberate per tutto il territorio. % del personale impegnato nel processo sottoposto a programma di supervisione professionale	Commissione presente e deliberata nelle 4 ex USL (4/4) o una che copre l'intera Azienda).	30/06/2019	Direttore UFC Medicina dello Sport
4	Conclusione fase istruttoria	Redazione delle liste di riscontro e del verbale/relazione finale con eventuali prescrizioni e/o sanzioni	Componenti la commissione	I documenti sono prodotti dalla commissione di vigilanza ovvero singolarmente nel caso di ambulatori accreditati oppure come parere dello specialista in caso di commissione strutture sanitarie.	Viene svolta la verifica raffrontando verbali o relazioni di chiusura con liste di riscontro e copie certificati archiviate.	Mancata definizione prescrizioni/sanzioni per agevolare il controllato	L'operato dei professionisti in questo processo viene valutato con la supervisione professionale	Almeno il 30% del personale impegnato nel processo inserito nel programma di supervisione professionale.	30/06/2019	Direttore UFC Medicina dello Sport

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

PREVEN005 - Verifica e controllo dell'esercizio degli impianti sportivi ai sensi e per gli effetti della LRT n. 35/2003

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura					
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE					
5	Registrazione su apposito applicativo informatico	Registrazione dati su SIS PC e/o archivi locali	Personale sanitario e/o tecnico-amministrativo individuato dai Responsabili di UFS		NO	Nessuno									

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO	
Nome del processo	Vigilanza e controllo su strutture sanitarie e studi professionali
Scopo del processo	Verifica e controllo dell'esercizio delle strutture sanitarie e degli studi professionali
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN006
Data aggiornamento e revisione	26/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	Unità Funzionale Semplice Vigilanza e Controllo Erogazione Prestazioni Sanitarie Strutture Sanitarie e Sociali (UFS VCEPSSSS)
RESP	Paolo Del Guerra
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Autorità giudiziaria, enti sovraordinati (Ministeri, Regione), Comuni, Direzione aziendale, Direzione sanitaria, altre strutture del Dipartimento della Prevenzione, ordini professionali, organizzazioni sindacali e di categoria, privati cittadini, forze di polizia, associazioni dei consumatori
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Programmazione regionale/nazionale, criteri di priorità (eventi sentinella e/o valutazioni epidemiologiche), programmazione di UFS, esposti e segnalazioni, deleghe autorità giudiziaria ai sensi cpp
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Autorità giudiziaria, Regione (uffici Giunta Regionale), direzione aziendale, altre strutture aziendali, strutture sanitarie, studi professionali, pazienti, lavoratori, datori di lavoro, consulenti, responsabili del servizio prevenzione e protezione, fabbricanti, progettisti, organizzazioni sindacali, organizzazioni di parte datoriale, organizzazioni di volontariato, ordini professionali, cittadini e loro rappresentanze
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Relazione e/o rapporto conclusivo del controllo – Comunicazioni di notizia di reato in caso di fatti di rilevanza penale - Sanzioni amministrative - Segnalazioni ad altre strutture/Enti competenti per materia - -- Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori.
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO
PREVEN006 - Verifica e controllo dell'esercizio delle strutture sanitarie e degli studi professionali

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura				
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITÀ DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITÀ	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE È VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITÀ	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE				
1	Programmazione e annuale delle attività di controllo	<p>In relazione alle risorse rese disponibili annualmente e ai dati storici, i controlli su strutture sanitarie e studi professionali sono programmati ogni anno in relazione a:</p> <p>1 - richieste cogenti aziendali (Direzione, segnalazioni URP, Dipartimento);</p> <p>2 - richieste cogenti esterne (es. autorità giudiziaria, organi di polizia, comuni);</p> <p>3 - azioni/progetti su specifici rischi o tipologie di attività, concordati in sede di programmazione annuale (POA) del Dipartimento della Prevenzione (DP), anche in collaborazione con altre strutture aziendali o del DP;</p> <p>4 - situazioni di rischio o priorità emergenti in occasione di altri controlli.</p> <p>Tale programmazione è riferita al numero e alla tipologia dei controlli da effettuare, per tipologia di controllo e per rischio. I soggetti da sottoporre a controllo sono individuati nella successiva fase di programmazione operativa.</p> <p>L'attività è obbligatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di richieste cogenti, esterne o interne (es. URP, Direzione, autorità giudiziaria, organi di polizia) - per l'attività concordata in sede di programma annuale con il Dipartimento. <p>Discrezionale nei restanti casi.</p> <p>Per l'individuazione delle priorità, la UFS ha predisposto un apposito documento del sistema qualità del DP.</p> <p>La programmazione annuale è formalizzata nel POA della UFS, che definisce anche la tipologia ed il campione dei soggetti da controllare in un orizzonte temporale determinato (es. il 20% per anno di quelle censite della specifica tipologia, eventualmente tenendo conto di criteri di dimensione e distribuzione territoriale).</p>	Direttore di UFS	<p>POA approvato dal Comitato direttivo del Dipartimento</p> <p>Documento predisposto dalla UFS per l'individuazione delle priorità VAR.VCEPSSSS.01</p>	Nessuno	Nessuno								
2	Programmazione e operativa delle attività di controllo	<p>Il Direttore di UFS, di norma su base mensile, individua le strutture sanitarie e gli studi professionali da sottoporre a controllo sulla base delle diverse tipologie e dei criteri di urgenza.</p> <p>L'attività è vincolata in caso di richieste cogenti, esterne o interne (es. URP, Direzione, Autorità Giudiziaria, organi di polizia), in quanto il soggetto da controllare è già stato determinato nella richiesta di intervento.</p> <p>Nel caso dei controlli programmati per rischio o priorità, il Direttore di UFS individua i soggetti da controllare secondo i criteri definiti nel POA.</p>	Direttore di UFS	<p>Documento predisposto dalla UFS per l'individuazione delle priorità VAR.VCEPSSSS.01</p> <p>Procedura PST.VCEPSSSS.01</p> <p>Vigilanza e controllo delle strutture sanitarie private e degli studi professionali, 5.1-5.2</p>	Indicazioni cogenti del Direttore Sanitario o del Direttore del DP (per competenza)	<p>1) Possibili conflitti di interessi tra il Direttore di UFS e i potenziali destinatari dei controlli</p> <p>2) Incompleta puntualizzazione di tutti i criteri per l'individuazione dei soggetti da controllare</p>	<p>1) Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi tra il Direttore di UFS e i potenziali destinatari dei controlli.</p> <p>2) In fase di programmazione annuale sarà implementato il POA con la formalizzazione dei criteri di campionamento dei controlli programmati per rischio o priorità (% ritenuta adeguata dei soggetti da controllare; categorizzazione per dimensione, distribuzione geografica, o altri criteri individuati). Sarà privilegiata una modalità di sorteggio all'interno del campione così ottenuto.</p>	<p>1) Sottoscrizione del 100% delle dichiarazioni</p> <p>2) Presenza nel POA dei criteri di campionamento</p>	<p>1) 31/12/2018</p> <p>2) 31/03/2019</p>	RESP				
3	Assegnazione delle pratiche agli operatori	<p>La pratica viene assegnata agli operatori (di norma due) dal Direttore di UFS o suo delegato tramite applicativo informatico, secondo criteri di professionalità, esperienza professionale su specifici argomenti e carichi di lavoro.</p> <p>Il Direttore di UFS definisce con gli operatori i criteri del controllo (mandato) a seconda della tipologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in base all'oggetto della segnalazione per le richieste esterne; - predeterminati nel caso dei controlli per rischio/priorità. 	Direttore di UFS	<p>Procedura PST.VCEPSSSS.01</p> <p>Vigilanza e controllo delle strutture sanitarie private e degli studi professionali, 5.3-5.4</p>	No	Possibili conflitti di interessi tra gli operatori, e i soggetti controllati	Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse sui procedimenti assegnati nei confronti dei soggetti controllati	Sottoscrizione del 100% delle dichiarazioni	31/12/2018	RESP				
4	Fase istruttoria	<p>Gli operatori incaricati consultano la documentazione eventualmente disponibile (es. segnalazione, ove presente; atti in archivio) relativi all'attività da sottoporre a controllo e preparano la documentazione necessaria al controllo</p>	Operatori incaricati: Amministrativi	<p>Procedura PST.VCEPSSSS.01</p> <p>Vigilanza e controllo delle strutture sanitarie private e degli studi professionali, 5.3</p>	No	Nessuno								

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO
PREVEN006 - Verifica e controllo dell'esercizio delle strutture sanitarie e degli studi professionali

MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura	
5	Esecuzione del controllo	<p>Gli operatori incaricati (di norma due), di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano le operazioni di controllo raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi.</p> <p>Ove necessario, richiedono documentazione su specifica modulistica.</p> <p>Gli operatori incaricati redigono una relazione finale delle attività svolte e dei risultati ottenuti e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali.</p> <p>Il Direttore di UFS valida gli esiti del controllo trasmettendolo ai soggetti richiedenti e/o competenti per materia, o disponendo l'archiviazione nel caso di controlli per rischio o priorità conclusi senza l'adozione di provvedimenti.</p> <p>In caso diverso, il Direttore di UFS dispone approfondimenti.</p>	<p>Operatori incaricati: 1 Medico e 1 TdP</p> <p>Direttore di UFS</p>	<p>Procedura PST.VCEPSSSS.01</p> <p>Vigilanza e controllo delle strutture sanitarie private e degli studi professionali, 5.4-5.5</p> <p>Mod 01 – Modulo di richiesta documentazione</p> <p>Mod 02 – Verbale di accertamento e contestazione.</p>	<p>Verifica di ciascuna pratica da parte del Direttore di UFS al fine di valutare:</p> <p>-la completezza;</p> <p>-la conformità ai criteri predeterminati;</p> <p>-la coerenza dell'esito del controllo.</p>	<p>Presenza di conflitto di interessi non riconosciuto in precedenza ma che si verifica in fase di controllo</p>	<p>1) Dichiarazione di impegno di tutti gli operatori a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali conflitti di interesse emersi durante il controllo e ad astenersi dall'attività.</p> <p>2) Audit interni</p>	<p>1) Sottoscrizione del 100% delle dichiarazioni</p> <p>2) Effettuazione audit</p>	<p>1) 31/12/2018</p> <p>2) 31/12/2019</p>	RESP
6	Registrazione su apposito applicativo informatico	<p>Gli operatori incaricati provvedono alle previste registrazioni sull'applicativo.</p> <p>Il Direttore di UFS, o suo delegato, provvede alla chiusura della pratica, verificando la completezza del contenuto.</p>	<p>Operatori incaricati: 1 Medico e 1 TdP</p> <p>Amministrativi</p> <p>Direttore UFS</p>	<p>Procedura PST.VCEPSSSS.01</p> <p>Vigilanza e controllo delle strutture sanitarie private e degli studi professionali, 5.6</p>	<p>Il Direttore o suo delegato verifica la completezza del contenuto della pratica informatica</p>	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")
Scopo del processo	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN007
Data aggiornamento e revisione	30/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
RESP	Stefano Cantini
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, Operatore Settore Alimentare
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, Operatore Settore Alimentare
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	<u>Rilascio Certificazioni in Area SPVSA</u> <ul style="list-style-type: none"> - Certificazioni per scambi, importazioni ed esportazioni di animali da reddito e da compagnia a finalità commerciale; - Certificazione idoneità sanitaria riproduttori - Certificato attestante l'avvenuto abbattimento di animali infetti - Certificazioni equidi movimentati per finalità diverse da quelle commerciali - Certificazioni relative agli esami della commestibilità dei funghi al commercio - Certificazioni export prodotti e sottoprodotti di o.a. - Certificazioni movimentazioni animali affezione - Emissione giudizio di commestibilità alimenti su richiesta OSA - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

SCHEMA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Ricezione Richiesta Certificato	Arrivo di istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC	Personale amministrativo	Vincolato da normative specifiche e procedure tecniche operative professionali di settore.	Non Presente					
2	verifica avvenuto pagamento	Verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente	Personale amministrativo	Presente un tariffario regionale ma non sono definite le modalità di verifica del pagamento delle tariffe	Non Presente	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata liquidata	Definizione di specifica procedura contenente i CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI VENGONO EFFETTUATE LE VERIFICHE DEGLI AVVENUTI PAGAMENTI PREVENTIVI CON RIFERIMENTO AL TARIFFARIO REGIONALE,	Publicazione sul sito intranet della specifica procedura contenente criteri e modalità operative di verifica avvenuto pagamento del rilascio di certificazione in base al tariffario regionale.	31.12.2019	Direttore SOS servizi amministrativi per la prevenzione
3	Assegnazione pratica	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. 1) Per i Dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura. 2) Per gli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione.	1) Direttore UF o suo sostituto 2) Coordinatore e/o Posizione organizzativa	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Non Presente	Possibili conflitto di interessi potenziale tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Definizione dei CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI SONO ASSEGNATE LE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE DITTE AGLI OPERATORI con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione etc.) nell'ambito della misura specifica precedente. NEL SUDDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Publicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle pratiche agli operatori vigilanza e controllo	31.12.2018	Direttore di Area Funzionale
4	Presenza in carico della pratica con esame/valutazione della documentazione	Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante sopralluogo e/o richieste e/o prodotti autonomamente dal richiedente?	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)					
5	Richiesta Integrazioni	Atto formale di richiesta informazioni al richiedente la prestazione, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Non Presente					
6	Sopralluogo	Eventuale accesso per alcuni processi in rapporto al tipo di certificazione richiesta di uno o più operatori di profili anche diversi, che analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale e raccolgono informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Possibili conflitti di interessi attuali tra il soggetto assegnatario della pratica e il soggetto richiedente. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. 3) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 4) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	2) Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di rilascio criticati = 100% 3) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 4) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 - 100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
7	Prelievo/misure strumentali	Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)					
8	Valutazioni esiti analitici	Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico-sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
9	Certificazione	Redazione certificato	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
10	Rilascio certificato	Consegna materiale all'interessato della documentazione/certificazione richiesta	Dirigente/operatore del comparto	presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Non Presente			non necessarie		

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Rilascio di certificazione
Scopo del processo	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN008
Data aggiornamento e revisione	30/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione – Unità Funzionale Complessa Medicina dello Sport
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	UFC Medicina dello Sport
RESP	Nicola Mochi
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, Comuni, Regione
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, Comuni, Regione
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	<u>Rilascio Certificazioni Medicina dello Sport</u> - Certificazione per idoneità sportiva agonistica tipo Tabella (A) - Certificazione per idoneità sportiva agonistica tipo Tabella (B)
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

SCHEMA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Ricezione Richiesta Certificato	Arrivo di istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC	Personale amministrativo	Vincolato da normative specifiche e procedure tecniche operative professionali di settore.	Non Presente					
2	Assegnazione attività	Assegnazione dell'attività agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico.	Direttore UF o suo sostituto	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Non Presente	Possibili conflitto di interessi potenziale tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Definizione dei CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI SONO ASSEGNATE LE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE DITTE AGLI OPERATORI con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione etc.) nell'ambito della misura specifica precedente. NEL SUDDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Publicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle attività	31.12.2018	Direttore di UFC
3	Presa in carico della pratica con Esame/valutazione della documentazione	Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante un sopralluogo e/o richiesti e/o prodotti autonomamente dal richiedente	Medico competente/operatore comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)					
4	Richiesta Integrazioni	Atto formale di richiesta informazioni, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura	Medico competente/operatore comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Non Presente					
5	Visita medica ambulatoriale	Accesso in ambulatorio del richiedente il certificato. Il Medico competente effettua la visita e gli accertamenti sanitari, raccoglie informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o accertamenti successivi	Medico competente	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Possibili conflitti di interessi attuali tra il soggetto assegnatario della pratica e il soggetto richiedente. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. 3) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 4) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	2) Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di rilascio certificati = 100% 3) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 4) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di UFC e Direttori di UO

SCHEMA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Prelievo/misure strumentali	Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice	Medico competente/operatore comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)					
7	Valutazioni esiti analitici	Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico-sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale	Medico competente	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	12 Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 3) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di UFC e Direttori di UO
8	verifica avvenuto pagamento	verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente	Medico competente	Presente un tariffario regionale ma non sono definite le modalità di verifica del pagamento delle tariffe	Non Presente	Esiste il rischio che non venga richiesto il pagamento e che, anche se richiesto, non venga effettuato dal richiedente	Definizione di specifica procedura nella quale: 1) SIANO STABILITI I CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI VENGONO EFFETTUATE LE VERIFICHE DEGLI AVVENUTI PAGAMENTI CON RIFERIMENTO AL TARIFFARIO REGIONALE 2) SIA SPECIFICATO CHE IL PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI DEVE ESSERE ANTECEDENTE ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' RICHIESTA	Publicazione sul sito intranet della specifica procedura contenente criteri e modalità operative di verifica avvenuto pagamento del rilascio di certificazione in base al tariffario regionale.	31.12.2019	Direttore SOS servizi amministrativi per la prevenzione
9	Certificazione	Redazione certificato	Medico competente	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di UFC e Direttori di UO
10	Rilascio certificato	Consegna materiale all'interessato della documentazione/certificazione richiesta	Medico competente/operatore comparto	presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Non Presente					

SCHEMA DATI GENERALI PROCESSO	
Nome del processo	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")
Scopo del processo	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.
Codice del processo (campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)	PREVEN009
Data aggiornamento e revisione	08/01/2019
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	Area Funzionale Igiene Pubblica e della Nutrizione
RESP	Giorgio Garofalo
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo (Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)	Cittadini, Comuni
Principali input del processo (Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati gli output del processo (Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)	Cittadini, Comuni
Principali output del processo (Indicare l'esito finale del processo delibera, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)	<u>Rilascio certificazioni in Area IPN:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione resa in sede di Commissione esame per rilascio certificazione alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti - Certificato necroscopico; - Certificazione assenza di pace-maker - Nulla osta trasporto salme; - Certificazione di osservanza delle prescrizioni di cui all'art. 30, per estradizione dal Paese di salme dirette verso Stati non aderenti alla Convenzione internazionale di Berlino - Controllo sui trattamenti per ottenere l'imbalsamazione dei cadaveri - Dichiarazione sulla esistenza/inesistenza di condizioni pregiudizievoli alla salute pubblica per la autorizzazione alla estumulazione del feretro destinato ad essere trasportato in altra sede - Disposizioni per trasporto di urne contenenti residui della cremazione, nel caso di presenza di nuclidi radioattivi - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

SCHEMA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Ricezione Richiesta Certificato	Arrivo di istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC	Personale amministrativo	Vincolato da normative specifiche e procedure tecniche operative professionali di settore.	Non Presente	Non Presenti				
2	verifica avvenuto pagamento	verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente	Personale amministrativo	Presente un tariffario regionale ma non sono definite le modalità di verifica del pagamento delle tariffe	Non Presente	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata liquidata	Definizione di specifica procedura contenente i criteri e modalità operative sulla base dei quali vengono effettuate le verifiche degli avvenuti pagamenti preventivi con riferimento al tariffario regionale	Publicazione sul sito intranet della specifica procedura contenente criteri e modalità operative di verifica avvenuto pagamento del rilascio di certificazione in base al tariffario regionale.	31.12.2019	Direttore SOS servizi amministrativi per la prevenzione
3	Assegnazione pratica	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. 1) Per i Dirigenti l'assegnazione è decisa direttamente dal responsabile di struttura. 2) Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione.	1) Direttore UF o suo sostituto 2) Coordinatore e/o Posizione organizzativa	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Non Presente	Possibili conflitti di interesse tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente.	1) Obbligo di astensione o compilazione del modulo relativo 2) Definizione dei criteri e modalità operative sulla base dei quali sono assegnate le pratiche agli operatori con particolare attenzione al conflitto di interessi; NEL SUDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Publicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle pratiche agli operatori	31.12.2018	Direttore di Area Funzionale
4	Presa in carico della pratica con Esame/valutazione della documentazione	Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante un sopralluogo e/o richiesti e/o prodotti autonomamente	Dirigente/operatore del comparto	Discrezionale	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)					
5	Richiesta Integrazioni	Atto formale di richiesta informazioni, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura	Dirigente/operatore del comparto	Discrezionale	Non Presente					

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Sopralluogo	Eventuale accesso per alcuni processi in rapporto al tipo di certificazione richiesta	Dirigente/operatore del comparto	Discrezionale	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario della pratica e il soggetto richiedente. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. 3) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 4) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	2) N° Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di rilascio certificati =100% 3) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza =100% 4) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 =100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
7	Prelievo/misure strumentali	Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)					
8	Valutazioni esiti analitici	Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico-sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale	Dirigente/operatore del comparto	Discrezionale	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza =100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 =100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
9	Certificazione	Redazione certificato	Dirigente/operatore del comparto	Presente normativa e modulistica	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza =100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 =100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
10	Rilascio certificato	Consegna materiale all'interessato della documentazione/certificazione richiesta	Dirigente/operatore del comparto	Discrezionale	Non Presente	Non Presenti	non necessarie	non necessarie		

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")
Scopo del processo	Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti.
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	PREVEN010
Data aggiornamento e revisione	21/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento della Prevenzione
DIR	Renzo Berti
Struttura del RESP	Area Funzionale Prevenzione Igiene e Sicurezza Luoghi Lavoro
RESP	Maurizio Baldacci
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, aziende, Regione
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini, aziende, Regione
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibera, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	<u>Rilascio Certificazioni Area PISLL:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Certificato di restituibilità di ambienti bonificati per amianto; - Esami in sede di Commissione Regionale per accertamento della idoneità per abilitazione alle operazioni relative all'impiego di gas tossici ai fini del rilascio da parte del Comune del relativo patentino - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Ricezione Richiesta Certificato	Arrivo di istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC	Personale amministrativo	Vincolato da normative specifiche e procedure tecniche operative professionali di settore.	Non Presente					
2	verifica avvenuto pagamento	verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente	Personale amministrativo	Presente un tariffario regionale ma non sono definite le modalità di verifica del pagamento delle tariffe	Non Presente	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata liquidata	Definizione di specifica procedura contenente i CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI VENGONO EFFETTUATE LE VERIFICHE DEGLI AVVENUTI PAGAMENTI PREVENTIVI CON RIFERIMENTO AL TARIFFARIO REGIONALE	Pubblicazione sul sito intranet della specifica procedura contenente criteri e modalità operative di verifica avvenuto pagamento del rilascio di certificazione in base al tariffario regionale.	31.12.2019	Direttore SOS servizi amministrativi per la prevenzione
3	Assegnazione pratica	Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. 1) Per i Dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura. 2) Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa dei Tecnici della Prevenzione.	1) Direttore UF o suo sostituto 2) Coordinatore e/o Posizione organizzativa	L'assegnazione viene fatta sulla base dei carichi di lavoro e della professionalità degli operatori, ma non sono definite le modalità con cui effettuare un'assegnazione che garantisca l'assenza di conflitti di interessi, un'adeguata rotazione, il possesso di adeguate competenze ecc.	Non Presente	Possibili conflitto di interessi potenziale tra l'operatore che deve emettere il certificato e il richiedente.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Definizione dei CRITERI E MODALITA' OPERATIVE SULLA BASE DEI QUALI SONO ASSEGNATE LE PRATICHE PER IL CONTROLLO DELLE DITTE AGLI OPERATORI con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione etc.) nell'ambito della misura specifica precedente. NEL SUDETTO REGOLAMENTO DEVONO ESSERE SPECIFICATI I CRITERI VINCOLANTI PER LO SVOLGIMENTO DELLE SUDETTE ATTIVITA' DI PROGRAMMAZIONE OPERATIVA.	Pubblicazione sul sito intranet del documento sui criteri e modalità operative di assegnazione delle pratiche agli operatori vigilanza e controllo	31.12.2018	Direttore di Area Funzionale
4	Presenza in carico della pratica con Esame/valutazione della documentazione	Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante un sopralluogo e/o richiesti e/o prodotti autonomamente	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)					
5	Richiesta Integrazioni	Atto formale di richiesta informazioni al richiedente la prestazione, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Non Presente					

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
		DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Sopralluogo	Eventuale accesso per alcuni processi in rapporto al tipo di certificazione richiesta di uno o più operatori di profili anche diversi, che analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale e raccolgono informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Possibili conflitti di interessi attuali tra il soggetto assegnatario della pratica e il soggetto richiedente. Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Obbligo di astensione e compilazione del modulo relativo 2) Dichiarazione di impegno dell'operatore incaricato a segnalare al proprio Responsabile funzionale eventuali presenze di conflitto di interesse sulle pratiche assegnate e nell'eventualità che si rilevi il conflitto di interesse nel momento di analisi della documentazione/erogazione della prestazione, obbligo dell'operatore di effettuare dichiarazione al Responsabile. 3) Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 4) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	2) Dichiarazioni compilate/operatori incaricati delle attività di rilascio certificati = 100% 3) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 4) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
7	Prelievo/misure strumentali	Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)					
8	Valutazioni esiti analitici	Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico-sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DDG 4443/2009 - Audit di supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato	1) Definizione procedura interna nel rispetto della Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO
9	Certificazione	Redazione certificato	Dirigente AF PISLL Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche.	Proceduralizzato con i criteri definiti dalla Regione Toscana (attraverso l'applicazione del DGRT 1012/2015 - supervisione professionale)	Eventuale falsificazione degli esiti da parte dell'operatore incaricato.	1) Definizione procedura interna nel rispetto della Applicazione della DGRT 1012/2015 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale 2) Analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale	1) Numero di programmi attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza = 100% 2) Numero relazioni di riesame dell'attività di supervisione entro la scadenza in base al DDG 4443/2009 = 100%	31.12.2019	Direttore di Area Funzionale e Direttori di UO

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

Rilascio di certificazione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")

MAPPATURA DEL PROCESSO										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
10	Rilascio certificato	Consegna materiale all'interessato della documentazione/certificazione richiesta	Dirigente/operatore del comparto	AF SPVSA: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche. AF IPN: discrezionale. AF PISLL: presente normativa, modulistica e procedure tecniche specifiche	Non Presente	Non Presenti				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero S. Maria Nuova
Scopo del processo	Organizzare e gestire in modo corretto e trasparente l'intero processo che riguarda il decesso dei pazienti in ambito intra ospedaliero da parte della Direzione Sanitaria dell'Ospedale S. Maria Nuova
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	RETOSP001
Data aggiornamento e revisione	06/06/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Rete Ospedaliera
DIR	Luca Nardi
Struttura del RESP	SOS DSPO Santa Maria Nuova
RESP	Francesca Ciruolo
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Personale sanitario che rileva il decesso in ospedale
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Segnalazione di decesso intra ospedaliero
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Familiari del deceduto; Comune; UOC Igiene e Sanità Pubblica Firenze; Imprese funebri.
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Avviso di morte; Certificato necroscopico; Certificato di assenza di reato; Certificato ISTAT di morte;
Area di rischio ANAC	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

11/05/18 rev. 1 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero S. maria Nuova B4- Dipartimento Rete Ospedaliera

MAPPATURA DEL PROCESSO										
RISCHI INDIVIDUATI						MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO			TRATTAMENTO DEL RISCHIO	
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Costatazione e comunicazione decesso ai familiari	Il personale infermieristico che rileva il decesso avvisa i familiari.	Personale infermieristico (7°/8° Livello)	Nessun vincolo o procedura	Nessuno	Esiste il rischio che il personale infermieristico avvisi una impresa funebre dell'imminente probabile decesso di un paziente per avvantaggiarla Esiste il rischio che il personale sanitario condizioni o consigli i familiari nella scelta dell'impresa funebre	1) Predisporre una procedura interna (preferibilmente a valenza aziendale) nella quale si danno indicazioni al personale coinvolto su: a) comportamento da tenere nei confronti dei familiari; b) le modalità per fornire informazioni ai familiari; c) sul divieto assoluto di condizionare i familiari nella scelta dell'impresa funebre; d) il divieto assoluto di comunicare a terzi informazioni inerenti le condizioni di salute dei pazienti e sui decessi avvenuti nella struttura; 2) Predisporre una guida cartacea aziendale per informare i familiari sul percorso da seguire e sugli adempimenti successivi al decesso.	Predisposizione della procedura	31/12/2018	Direttore Sanitario di P.O.
2	Comunicazione del decesso al medico necroscopo	Il personale sanitario avvisa il medico del reparto con delega a medico necroscopo. La presenza del medico necroscopo e sempre assicurata.	Personale infermieristico (7°/8° Livello)	Nessun vincolo o procedura	Nessuno	Nessuno				
3	Accertamento del decesso da parte del medico necroscopo	Il medico necroscopo (delegato dal Direttore Sanitario di Presidio) accerta il decesso mediante rilevazione strumentale (ECG per 20') o clinica entro i termini previsti dalla legge: non prima di 15 ore dal decesso ed entro le 30 ore salvo i casi di legge.	Medico Necroscopo	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990	Nessuno	Nessuno				
4	Predisposizione dei certificati di legge	Il medico necroscopo compila i certificati di legge: certificato necroscopico, ISTAT, esclusione di reato, allegato A per trasporto sanitario. I certificati sono inviati alla Direzione Sanitaria di Presidio	Medico Necroscopo (medico DSPO o medico delegato dalla DSPO)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990	Nessuno	Nessuno				
5	Predisposizione dell' "Avviso di morte"	Il medico DSPO o suo delegato compila l'Avviso di morte	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 D.P.R. 396/2000	Nessuno	Nessuno				
6	Invio al Comune dell' "Avviso di morte"	In alcuni casi la documentazione è anticipata via FAX al Comune, in altri casi è consegnata direttamente alle imprese in originale	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo)	Nessun vincolo o procedura	Nessuno	Esiste il rischio che la Ditta incaricata del trasferimento al Comune della documentazione possa venire a conoscenza delle generalità del defunto e trarne un indebito vantaggio contattando in anticipo i familiari.	Predisporre una procedura interna (preferibilmente a valenza aziendale) nella quale si specificino le modalità di trasmissione telematica della documentazione al Comune (PEC) e che escluda la trasmissione dell'avviso mediante soggetti esterni	Predisposizione della procedura	31/12/2018	Direttore Sanitario di P.O.

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

11/05/18 rev. 1 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero S. maria Nuova B4- Dipartimento Rete Ospedaliera

MAPPATURA DEL PROCESSO										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
7	Prelievo del cadavere	<p><u>In orario d'ufficio:</u> la ditta incaricata dai familiari del defunto presenta alla DSPO o al personale delegato la documentazione necessaria per il rito e riceve la documentazione prevista per legge per prelevare il cadavere.</p> <p><u>Fuori dell'orario d'ufficio:</u> la DSPO o personale delegato previa verifica dei documenti e della delega dei familiari all'impresa, nel caso il cadavere resti all'interno del territorio del comune, autorizza il prelievo del cadavere e, in questo caso l'avviso di morte è effettuato successivamente alla riapertura degli uffici ospedalieri</p>	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo, ditta dei trasporti interni)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Delibere Regionali Delibere Regionali	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio
Scopo del processo	Organizzare e gestire in modo corretto e trasparente l'intero processo che riguarda il decesso dei pazienti in ambito intra ospedaliero da parte della Direzione Sanitaria
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	RETOSP002
Data aggiornamento e revisione	24/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Rete Ospedaliera
DIR	Luca Nardi
Struttura del RESP	SOS DSPO San Giovanni di Dio
RESP	Simone Naldini
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Personale sanitario che rileva il decesso in ospedale; impresa funebre ma solo nel caso in cui sia stata delegata dai familiari per una salma proveniente dal domicilio.
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Segnalazione di decesso intra ospedaliero; segnalazione di trasferimento della salma da civile abitazione o strada.
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Familiari del deceduto; Comune; UOC Igiene e Sanità Pubblica Firenze; Imprese funebri; Esculapio; SVS (Trasporto materiale biologico).
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Avviso di morte; Certificato necroscopico; Certificato di assenza di reato; Certificato ISTAT di morte.
Area di rischio ANAC	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
RETOSP002 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Constatazione del decesso	Il personale medico constata il decesso; il personale medico oppure infermieristico avvisa i familiari. Il personale infermieristico provvede alla distribuzione di brochure orientative sulle modalità di accesso alle Cappelle del commiato con indicazioni ai familiari di provvedere personalmente per individuare imprese funebri.	Personale medico	Procedura aziendale ASF	Nessuno					
2	Comunicazione decesso ai familiari	Il personale medico/infermieristico che rileva il decesso avvisa i familiari; "fornisce ai familiari tutto il sostegno psicologico, le informazioni sull'iter ed eventuale invito alla consultazione dell'elenco telefonico per la scelta dell'impresa funebre" (51-DSPO-PR-95 8/1/2015 procedura di presidio SGD); il personale dà indicazione di provvedere autonomamente all'individuazione di una ditta di Onoranze Funebri, fornendo elenco telefonico, oppure consigliando di utilizzare internet. E' stato deciso di non fornire elenco delle ditte sul territorio, sia perché sicuramente risulterebbe non completo, sia per la necessità di aggiornarlo continuamente, e soprattutto perché non necessariamente i familiari individuano ditte locali (territorio di Firenze-Scandicci), ma in base alla residenza, domicilio oppure alla provenienza anche fuori regione possano non essere minimamente influenzati nella scelta	Personale medico o infermieristico (7°/8° Livello)	Procedura aziendale ASF	Nessuno	Con la distribuzione della procedura aziendale e delle brochure orientative si superano i seguenti rischi individuati in processi analoghi: Esiste il rischio che il personale infermieristico avvisi una impresa funebre dell'imminente probabile decesso di un paziente per avvantaggiarla Esiste il rischio che il personale sanitario condizioni o consigli i familiari nella scelta dell'impresa funebre	Attenersi alla Procedura gestione salma As/Pr/187 febbraio 2016			Direttore Sanitario di P.O.
3	Comunicazione del decesso al medico necroscopo	Il personale sanitario avvisa il medico del reparto con delega a medico necroscopo. La presenza del medico necroscopo è sempre assicurata.	Personale infermieristico (7°/8° Livello)	Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
4	Accertamento del decesso da parte del medico necroscopo	Il medico necroscopo (delegato dal Direttore Sanitario di Presidio) accerta il decesso mediante rilevazione strumentale (ECG per 20') o clinica entro termini previsti dalla legge: non prima di 15 ore dal decesso ed entro le 30 ore salvo i casi di legge.	Medico Necroscopo	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
5	Predisposizione dei certificati di legge	Il medico necroscopo compila i certificati di legge: certificato necroscopico, ISTAT, esclusione di reato, allegato A per trasporto sanitario. I certificati sono inviati alla Direzione Sanitaria di Presidio	Medico Necroscopo (medico DSPO o medico delegato dalla DSPO)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
6	Predisposizione dell' "Avviso di morte"	Il medico DSPO o suo delegato compila l'Avviso di morte	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo, tecnico necroscopo)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 D.P.R. 396/2000 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
RETOSP002 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero San Giovanni di Dio										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
7	Invio al Comune dell' "Avviso di morte"	La documentazione è inviata via FAX al Comune di residenza del deceduto	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 D.P.R. 396/2000 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
8	Prelievo del cadavere	<u>In orario d'ufficio:</u> la ditta incaricata dai familiari del defunto presenta alla DSPO o al personale delegato la delega dei familiari e relative fotocopie di documenti di identità necessaria per il ritiro e riceve la documentazione prevista per legge per prelevare il cadavere (ISTAT, certificato necroscopico e avviso di morte). <u>Fuori dell'orario d'ufficio (festivo):</u> la DSPO o personale delegato previa verifica dei documenti e della delega e fotocopie dei documenti dei familiari all'impresa, nel caso il cadavere resti all'interno del territorio del comune, autorizza il prelievo del cadavere per l'esposizione ma non per il seppellimento; in questo caso l'avviso di morte è effettuato il giorno successivo alla riapertura degli uffici ospedalieri, oppure in caso di due festivi consecutivi, nel secondo festivo dal medico della DSPO.	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo, ditta dei trasporti interni)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Delibere Regionali Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Gestione salme nel Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata
Scopo del processo	Organizzare e gestire in modo corretto e trasparente l'intero processo che riguarda il decesso dei pazienti in ambito intra ospedaliero da parte della Direzione Sanitaria
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	RETOSP003
Data aggiornamento e revisione	26/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Rete Ospedaliera
DIR	Luca Nardi
Struttura del RESP	SOS DSPO Santa Maria Annunziata
RESP	Lucilla Di Renzo
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Personale sanitario che rileva il decesso in ospedale
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Segnalazione di decesso intra ospedaliero
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Familiari del deceduto; Comune; UOC Igiene e Sanità Pubblica Firenze; Imprese funebri; Esculapio; SVS (Trasporto materiale biologico).
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Avviso di morte; Certificato necroscopico; Certificato di assenza di reato; Certificato ISTAT di morte.
Area di rischio ANAC	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
RETOSP003 - Gestione salme nel Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Constatazione del decesso	Il personale medico constata il decesso	Personale medico	Procedura aziendale ASF	Nessuno					
2	Comunicazione decesso ai familiari	Il personale medico/infermieristico che rileva il decesso avvisa i familiari	Personale medico o infermieristico (7°/8° Livello)	Procedura aziendale ASF	Nessuno	Esiste il rischio che il personale infermieristico avvisi una impresa funebre dell'imminente probabile decesso di un paziente per avvantaggiarla Esiste il rischio che il personale sanitario condizioni o consigli i familiari nella scelta dell'impresa funebre	1) Predisporre una procedura interna (preferibilmente a valenza aziendale) nella quale si danno indicazioni al personale coinvolto su: a) comportamento da tenere nei confronti dei familiari; b) le modalità per fornire informazioni ai familiari; c) sul divieto assoluto di condizionare i familiari nella scelta dell'impresa funebre; d) il divieto assoluto di comunicare a terzi informazioni inerenti le condizioni di salute dei pazienti e sui decessi avvenuti nella struttura; 2) Predisporre una guida cartacea aziendale per informare i familiari sul percorso da seguire e sugli adempimenti successivi al decesso.	Predisposizione della procedura	31/12/2018	Direttore Sanitario di P.O.
3	Comunicazione del decesso al medico necroscopo	Il personale sanitario avvisa il medico del reparto con delega a medico necroscopo. La presenza del medico necroscopo è sempre assicurata.	Personale infermieristico (7°/8° Livello)	Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
4	Accertamento del decesso da parte del medico necroscopo	Il medico necroscopo (delegato dal Direttore Sanitario di Presidio) accerta il decesso mediante rilevazione strumentale (ECG per 20') o clinica entro termini previsti dalla legge: non prima di 15 ore dal decesso ed entro le 30 ore salvo i casi di legge.	Medico Necroscopo	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
5	Predisposizione dei certificati di legge	Il medico necroscopo compila i certificati di legge: certificato necroscopico, ISTAT, esclusione di reato, allegato A per trasporto sanitario. I certificati sono inviati alla Direzione Sanitaria di Presidio	Medico Necroscopo (medico DSPO o medico delegato dalla DSPO)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
6	Predisposizione dell' "Avviso di morte"	Il medico DSPO o suo delegato compila l' "Avviso di morte"	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 D.P.R. 396/2000 Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
7	Invio al Comune dell' "Avviso di morte"	La documentazione è inviata via FAX al Comune dove avviene il decesso	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo)	Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				
8	Prelievo del cadavere	La ditta incaricata dai familiari del defunto presenta alla DSPO o al personale delegato la documentazione necessaria per il ritiro e riceve la documentazione prevista per legge per prelevare il cadavere	DSPO o personale delegato (infermiere, amministrativo, ditta dei trasporti interni)	Regolamento di Polizia Mortuaria DPR 285/1990 Delibere Regionali Procedura aziendale ASF	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Conferimento incarichi collaborazione
Scopo del processo	Reclutare, attraverso la pubblicazione di avvisi pubblici ed effettuazione di specifica selezione, personale specializzato e qualificato per il conferimento di incarichi legati a specifici progetti
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	RISUMA002
Data aggiornamento e revisione	15/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Risorse Umane
DIR	Tognini Arianna
Struttura del RESP	SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR
RESP	Occhiolini Ginevra
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direttore di Struttura e Direttore di Dipartimento interessati in base alla professionalità richiesta; Direzione Sanitaria/Amministrativa aziendale
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta di avvio procedura e relativo progetto allegato presentata dai soggetti esterni da cui provengono gli input del processo
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direttori delle Strutture destinatari della collaborazione; il professionista individuato.
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Individuazione del professionista richiesto a seguito espletamento di procedura selettiva, redazione verbale dal parte della Commissione di Valutazione, stipula contratto individuale da redigersi in base agli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile, atti consequenziali.
Area di rischio ANAC	Incarichi e nomine

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

CONFERIMENTO INCARICHI DI COLLABORAZIONE

MAPPATURA DEL PROCESSO

RISCHI INDIVIDUATI

MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
						INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Richiesta attivazione selezione per conferimento incarico	Il Dirigente di Struttura interessata e il Direttore del Dipartimento afferente, allo scopo di attivare incarico di collaborazione libero professionale per un massimo di 120 ore mensili (30 ore settimanali) esclusivamente per progetto o settore specifico di attività, verificata l'assenza di graduatoria di Pubblico Concorso/Avviso Pubblico utilizzabile per assunzioni a tempo determinato ed accertata l'impossibilità oggettiva di utilizzare risorse umane disponibili al suo interno, formulano una richiesta di attivazione selezione per il conferimento di un incarico	Direttore della struttura richiedente e Direttore del Dipartimento	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	Art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno	Nessuno			
2	Presentazione richiesta e progetto alla Direzione aziendale	Il Direttore della struttura interessata/Direttore di dipartimento presenta alla Direzione aziendale il progetto e la richiesta di parere esplicitando le motivazioni che portano a richiedere l'emissione di un avviso per il conferimento di un incarico libero professionale.	Direttore della struttura richiedente e Direttore del dipartimento	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno	Nessuno				
3	Espressione parere	La Direzione aziendale rilascia il parere, avendo riguardo alla mancanza di graduatorie e/o alla particolarità dell'attività da svolgere	Il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

CONFERIMENTO INCARICHI DI COLLABORAZIONE

MAPPATURA DEL PROCESSO

RISCHI INDIVIDUATI

MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
4 Invio pratica al Dipartimento Risorse Umane e alla SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR	Se il parere è favorevole, la Direzione aziendale trasmette la richiesta e il relativo progetto al Dipartimento Risorse Umane e alla SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR	Segreteria Direzione	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno	Nessuno				
5 Esame pratica e emissione avviso	La SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR verifica nuovamente la presenza o meno di graduatorie e la correttezza nella redazione dello specifico progetto di dettaglio di attività, e predisporre la delibera di emissione avviso	PO coll. Amministrativo senior (DS)	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno	Nessuno				
6 Espletamento selezione	Nel caso le domande degli interessati siano in numero maggiore rispetto agli incarichi da conferire si procede, oltre a effettuare la valutazione dei curricula, anche a espletare il relativo colloquio	Commissione (composta dal Direttore del Dipartimento interessato o suo delegato, n. 2 specialisti in base all'incarico da conferire) e segretario	art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Il colloquio viene espletato in sala aperta al pubblico per garantire la massima trasparenza. L'esito della selezione è reso pubblico con il provvedimento di conferimento incarico visionabile all'albo pretorio per 15 gg	Possibile conflitto di interessi tra i membri della commissione e i candidati alla selezione Presenza di condanne per reati contro la PA	1- Sottoscrizione da parte di ogni membro della commissione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi 2- Sottoscrizione della dichiarazione di assenza di condanne per reati contro la PA	Raccolta del 100% delle dichiarazioni	31/12/2018	RESP
7 Firma contratto individuale	A seguito dell'espletamento della procedura selettiva la SOS Assunzioni e rapporti con ESTAR procede alla predisposizione e stipula del contratto individuale con il professionista interessato	PO coll. Amministrativo senior (DS)- dirigente SOS assunzioni e professionista	Art. 2222 e seguenti del Codice Civile Artt. 7 e 8 del Regolamento aziendale	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Autorizzazione incarichi extra istituzionali
Scopo del processo	Provvedere al rilascio di autorizzazioni per lo svolgimento di attività al difuori dell'orario di lavoro
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	RISUMA003
Data aggiornamento e revisione	27/11/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Risorse Umane
DIR	Dr.ssa Arianna Tognini
Struttura del RESP	Procedure amministrative del personale
RESP	Cristina Sarti
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Di norma il dipendente per incarichi conferiti da soggetti esterni alla Azienda Toscana Centro (altra Pubblica Amministrazione, soggetti privati, agenzie formative, associazioni, cooperative, case farmaceutiche, provider, ecc)
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta del dipendente o del soggetto esterno
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Il dipendente per incarichi conferiti da soggetti esterni alla Azienda Toscana Centro (altra Pubblica Amministrazione, soggetti privati, agenzie formative, associazioni, cooperative, case farmaceutiche, provider, ecc)
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Autorizzazione o diniego con nota protocollata ed inviata via mail
Area di rischio ANAC	

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Autorizzazione incarichi extra istituzionali										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	istanza del dipendente	1) Acquisizione via mail dell'istanza del dipendente redatta su apposita modulistica e con nulla osta del Responsabile. Nel caso la domanda sia incompleta si chiedono integrazioni 2) Acquisizione dell'istanza dell'altra P.A. O del privato che ha conferito l'incarico al dipendente ASL	coll. Amministrativo e coadiutore amministrativo	l'istanza deve contenere tutti gli elementi indispensabili per la valutazione e richiesti dall'art. 53 del D.Lgs.vo n. 165/2001						
2	esame dell'istanza del dipendente	1) Esame dell'istanza del dipendente al fine di verificare la presenza di tutti gli elementi necessari per la valutazione 2) Esame della lettera di conferimento incarico da parte del soggetto esterno. 3) Verifica in merito alla saltuarietà e l' occasionalità dell'incarico nonchè delle eventuali incompatibilità e del conflitto di interessi, in particolare ved. fase 3	coll. Amministrativo e coadiutore amministrativo	l'istanza deve contenere tutti gli elementi indispensabili per la valutazione e richiesti dall'art. 53 del D.Lgs.vo n. 165/2001	Nessuno	A causa dell'assenza di criteri predeterminati di valutazione che quindi potrebbe risultare troppo soggettiva	Predisporre un Regolamento che indichi in maniera precisa i criteri per la valutazione delle domande	Valutazione effettuata sulla base di criteri oggettivi predefiniti	30.06.2019	RESP
3	valutazione del conflitto di interessi , anche potenziale	valutazione della richiesta in merito al conflitto di interessi anche potenziale tra il dipendente e il soggetto che propone l'incarico	coll. Amministrativo e coadiutore amministrativo e se il caso è di difficile risoluzione e/o in presenza di situazioni di complessa valutazione la decisione è del dirigente	l'istanza deve contenere tutti gli elementi indispensabili per la valutazione e richiesti dall'art. 53 del D.Lgs.vo n. 165/2001	Nessuno	Possibilità di conflitto di interessi, anche potenziale, tra il dipendente e il soggetto esterno che propone l'incarico non rilevato in sede di autorizzazione	Prevedere nel Regolamento la sottoscrizione da parte del dipendente di una dichiarazione di assenza di conflitto di interesse anche potenziale - compilazione modello su assenza di conflitto di interessi	100% delle dichiarazioni	30.06.2019	RESP
4	richiesta di elementi integrativi o di interruzione dei termini	richiesta via mail o in modo formale	coll. Amministrativo e coadiutore amministrativo	l'istanza deve contenere tutti gli elementi indispensabili per la valutazione e richiesti dall'art. 53 del D.Lgs.vo n. 165/2001	Nessuno					
5	autorizzazione o diniego	rilascio della autorizzazione o diniego con lettera formale protocollata a firma del dirigente entro 30 gg. Dalla presentazione dell'istanza	coll. Amministrativo e coadiutore amministrativo	vincolata alle disposizioni di cui all'art. 53	Nessuno					

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO	
Nome del processo	Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento
Scopo del processo	Finalità terapeutiche - riabilitative, promozione della socializzazione, recupero formativo, professionale e lavorativo, finalizzato all'acquisizione di competenze
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	SERSOC001
Data aggiornamento e revisione	06/12/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento dei Servizi Sociali (Responsabilità del processo e finanziaria : altri dipartimenti - es. Salute Mentale e Dipendenze)
DIR	Dott.ssa Rossella Boldrini
Struttura del RESP	SOS Qualità Professionale
RESP	Dott.ssa Meri Cai
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Utente richiedente o Autorità Giudiziaria
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	A seguito di valutazione condivisa del bisogno, richiesta formale presentata dal diretto interessato o dai legali rappresentanti e approvata dalla Commsione valutativa - autorizzativa
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli ouput del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Utente richiedente
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Stipula di apposita Convenzione tra il soggetto ospitante (Ditta, Ass.ne, Ente pubblico, etc.) e il rappresentante dell'Azienda Usl Toscana Centro a mezzo della quale vengono regolati i rapporti tra le parti riguardanti l'attivazione in favore dell'utente interessato dell'inserimento terapeutico, la sua durata, nonché l'entità del cd. "gettone" così come stabilito dai Regolamenti Aziendali/SdS.
Area di rischio ANAC	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento										
MAPPAURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC.	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Accesso/Accoglienza/Segretariato	L'Assistente sociale promuove interventi di ascolto e accoglienza professionale, attività informativa sui servizi e sui diritti degli utenti, oltre che di orientamento, prima valutazione del bisogno, counseling per singoli, famiglie e comunità. In questa prima fase vengono offerte ai cittadini informazioni personalizzate sulle risorse e le competenze presenti sul territorio, si facilita il diritto all'accesso e all'uso dei servizi pubblici e privati e, se necessario, si predispone l'accompagnamento alla presa in carico;	Assistente Sociale	Codice Deontologico Istruzioni operative monoprofessionali o multidisciplinari. Leggi e normative nazionali e regionali di tipo professionale e di riferimento per la materia Regolamenti Aziendali.	no					
		1) Analisi della domanda, dei bisogni sociali, delle risorse individuali, familiari, oltre che delle reti sociali dei soggetti interessati. Analisi dei bisogni relativi all'area socio economica, lavorativa, formativa, del funzionamento sociale, abitativa.	Assistente Sociale							
2	Presa in carico	2) Definizione e condivisione dei bisogni socio-sanitari, individuazione del progetto individualizzato (obiettivi e azioni) integrato dal progetto sanitario per le problematiche socio-sanitarie e condivisione con la persona e, di norma, con la sua famiglia di appartenenza.	Assistente Sociale in collaborazione con l'Equipe Multidisciplinare di cui è membro	Codice Deontologico Istruzioni operative monoprofessionali o multidisciplinari. Leggi e normative nazionali e regionali di tipo professionale e di riferimento per la materia Regolamenti Aziendali ex ASL	no					
		3) Redazione del progetto individuale terapeutico previo accordo con l'utente, per l'attivazione di prestazione IST (Inserimento socio terapeutico), finalizzate: a) al raggiungimento di livelli di autonomia sostenibili; b) al recupero delle competenze relazionali e sociali; c) alla promozione della socializzazione, del recupero di competenze professionali e lavorative per una più ampia inclusione sociale.	Equipe Multidisciplinare del servizio specialistico a cui il soggetto fa riferimento e della quale l'assistente Sociale è membro, viene presieduta dal Direttore della SOS Ser.D/della UFS SMA							
		Per gli IST, l'attività comprende: a) verifica degli specifici requisiti di accesso; b) raccolta della domanda redatta su apposito modulo e di eventuale altra documentazione c) Individuazione della sede più appropriata dove attivare IST; d) Registrazione sui sistemi informativi dell'intervento professionale finalizzato all'erogazione del progetto IST; e) Attivazione delle procedure amministrative finalizzate all'eventuale stipula della Convenzione con i soggetti pubblici, privati e del terzo settore, prevalentemente nell'ambito territoriale di residenza, che hanno manifestato disponibilità ad accogliere tali utenti senza alcuna forma di retribuzione e di riconoscimento economico. Nella convenzione è stabilita la durata del progetto e l'entità del gettone di presenza come definite dai regolamenti vigenti delle ex ASL	Equipe Multidisciplinare Assistente Sociale Equipe Multidisciplinare Assistente Sociale Equipe Multidisciplinare							

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
Inserimenti socioterapeutici o lavorativi per adulti svantaggiati, disabili o TD in trattamento										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC.	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
3	Processo erogazione IST	<p>f) Presentazione alla Commissione valutativa -autorizzativa. L'Equipe Multidisciplinare del servizio specialistico a cui il soggetto fa riferimento e della quale l'assistente Sociale è membro, viene presieduta dal Direttore della SOS Ser.D/della UFS SMA. L'Equipe approva e autorizza l'intervento secondo le modalità definite, della Unità Funzionale competente per territorio e che ha in cura la persona della proposta del beneficiario, formalizzata dal soggetto interessato secondo le modalità previste (cartaceo-informatizzata) dalle diverse Unità Funzionali</p> <p>g) Autorizzazione del progetto IST da parte del Responsabile dell'Unità Funzionale</p> <p>Attivazione Progetto Inserimento Terapeutico e successiva comunicazione all'utente. In caso di esito negativo non è prevista la comunicazione all'utente, in quanto l'eventuale valutazione negativa del progetto viene effettuata nella fase precedente.</p> <p>Accompagnamento dell'utente nell'utilizzo del beneficio secondo il progetto individuale condiviso</p> <p>Verifica e Valutazione sugli esiti del beneficio a cadenza programmata</p> <p>Previa condivisione con l'utente, conclusione dell'intervento (per scadenza dei termini, per non adesione/interruzione programma concordato, per stabilizzazione percorso evolutivo in ambito lavorativo -tirocini, assunzioni etc. -), eventuale prosecuzione del beneficio o temporanea sospensione per l'introduzione di ulteriori percorsi (stage, formazione, etc.)</p>	<p>Assistente Sociale/Equipe Multidisciplinare</p> <p>Responsabile U.F. aziendale al quale l'utente fa riferimento (DIR.SOS Ser.D - UF SMA)</p> <p>Equipe Multidisciplinare del Servizio Specialistico al quale l'utente fa riferimento (es. SERD/SMA)</p> <p>Assistente Sociale</p> <p>Equipe Multidisciplinare del Servizio Specialistico al quale l'utente fa riferimento (es. SERD/SMA)</p> <p>Assistente Sociale in collaborazione con l'Equipe Multidisciplinare di cui risulta essere membro</p>	<p>Normativa vigente Regolamenti delle ex ASL/SdS</p>	no	<p>Discrezionalità circa i requisiti di accesso all'ITS del soggetto, riguardo all'entità del gettone di presenza da attribuire, Mancanza di norme che definiscano quali progetti i Resp. Di UF possono autorizzare.</p> <p>Discrezionalità circa la frequenza dei controlli e il metodo di valutazione degli esiti.</p> <p>conflitto di interessi tra il Resp. UF e il soggetto che richiede l'IST</p>	<p>Il Regolamento in fase di approvazione deve prevedere: i requisiti di accesso all'ITS del soggetto, l'entità del gettone da attribuire al soggetto inserito, la cadenza delle verifiche e le modalità di valutazione degli esiti</p> <p>Compilazione da parte del Resp. U.F. del modulo di astensione per conflitto interessi nel caso questo sia presente</p>	<p>Regolamento</p> <p>Modulo compilato in caso di conflitto di interessi</p>	31/12/2018	Responsabilità finanziaria: Altro Dipartimento (no DSS) dipartimento salute mentale e dipendenze

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Controlli su strutture accreditate - Ricoveri
Scopo del processo	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	STAFDS001
Data aggiornamento e revisione	18/06/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Staff Direzione Sanitaria
DIR	Roberto Biagini
Struttura del RESP	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
RESP	Felicia Zaccardi
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria Aziendale
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Nessuno
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verbali dei controlli effettuati
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS001 - Controlli su strutture accreditate - Ricoveri - 18/06/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura					
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC.	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE					
1	Predisposizione del Piano dei Controlli	Il piano dei controlli, su base annuale, stabilisce le verifiche che verranno effettuate sulle strutture private accreditate, sulla base delle risorse umane a disposizione, sulle risultanze dei dati relativi a flusso sdo e flusso spa, eventuali criticità rilevate dagli uffici Urp dell'Ausl e del volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione.	La stesura del piano dei controlli viene effettuata dalla SOS Verifica della Qualità delle Prestazioni Erogate. Dopo la supervisione del Direttore dell'Area Programmazione e Controllo Attività Sanitarie, il piano viene sottoposto al Direttore dello Staff della Direzione Sanitaria per l'approvazione.	Normativa nazionale e regionale in materia di controlli sul privato accreditato.	Nessuno	Esiste il rischio che la selezione dei soggetti da sottoporre a controllo sia condizionata al fine di creare una situazione di vantaggio o svantaggio per alcune strutture vigilate. Esiste il rischio di conflitti di interesse per i soggetti che partecipano alla stesura e all'approvazione del Piano, che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Predisporre una procedura aziendale nella quale siano definiti i criteri per la produzione del Piano dei controlli e i criteri per la verifica preliminare di eventuali conflitti di interessi.	Predisposizione della procedura.	31/12/2018	RESP					
2	Acquisizione della documentazione	Gli incaricati del controllo si recano presso la struttura sanitaria accreditata per esaminare la cartella clinica da sottoporre a controllo	Il controllo è effettuato dal Direttore e da un dipendente della struttura. Al controllo possono partecipare a richiesta soggetti esterni alla struttura competenti per la specifica materia attinente al controllo	Nessuno	Nessuno	Esiste il rischio di conflitti di interesse per i membri del gruppo di controllo che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Predisporre una procedura aziendale nella quale siano definiti i criteri per l'individuazione di una Commissione di controllo e per la verifica preliminare di eventuali conflitti di interessi	Predisposizione della procedura	31/12/2018	RESP					
3	Controllo documentale	I soggetti incaricati effettuano il controllo delle cartelle cliniche dei ricoveri con particolare attenzione all'appropriatezza del ricovero e del setting assistenziale, alla durata della degenza, alla corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera.	Il controllo è effettuato dal Direttore e da un dipendente della struttura. Al controllo possono partecipare a richiesta soggetti esterni alla struttura competenti per la specifica materia attinente al controllo	Linee Guida nazionali e regionali sulla codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera.	Nessuno	Nessuno									
4	Rendicontazione	I soggetti incaricati redigono un verbale contenente gli esiti del controllo che poi inviano alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa per gli opportuni provvedimenti	Il verbale è redatto dal Direttore della struttura o suo delegato.	Nessuno	Nessuno	Nessuno									

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Controlli su strutture accreditate - Ambulatoriale
Scopo del processo	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	STAFDS002
Data aggiornamento e revisione	29/09/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Staff Direzione Sanitaria
DIR	Roberto Biagini
Struttura del RESP	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
RESP	Felicia Zaccardi
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria Aziendale
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Nessuno
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verballi dei controlli effettuati
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS002 - Controlli su strutture accreditate - Ambulatoriale - 29/09/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura					
1	Predisposizione del Piano dei Controlli	Il piano dei controlli, su base annuale, stabilisce le verifiche che verranno effettuate sulle strutture private accreditate, sulla base delle risorse umane a disposizione, sulle risultanze dei dati relativi a flusso sdo e flusso spa, eventuali criticità rilevate dagli uffici Urp dell'Ausl e del volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione.	La stesura del piano dei controlli viene effettuata dalla SOS Verifica della Qualità delle Prestazioni Erogate. Dopo la supervisione del Direttore dell'Area Programmazione e Controllo Attività Sanitarie, il piano viene sottoposto al Direttore dello Staff della Direzione Sanitaria per l'approvazione.	Normativa nazionale e regionale in materia di controlli sul privato accreditato.	Nessuno	Esiste il rischio che la selezione dei soggetti da sottoporre a controllo sia condizionata al fine di creare una situazione di vantaggio o svantaggio per alcune strutture vigilate Esiste il rischio di conflitti di interesse per i soggetti che partecipano alla stesura e all'approvazione del Piano, che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza	Predisporre una procedura aziendale nella quale siano definiti i criteri per la produzione del Piano dei controlli e i criteri per la verifica preliminare di eventuali conflitti di interessi.	Predisposizione della procedura	31/12/2018	RESP					
2	Acquisizione della documentazione	La SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate elabora, sulla base del flusso spa, un campione di prestazioni e richiede alle strutture private in convenzione di inviare tramite PEC o raccomandata, copia della documentazione clinica (referto, consenso informato etc).	Il controllo è effettuato dal Direttore e da un dipendente della struttura. Al controllo possono partecipare a richiesta soggetti esterni alla struttura competenti per la specifica materia attinente al controllo.	Nessuno	Nessuno	Esiste il rischio di conflitti di interesse per i membri del gruppo di controllo che potrebbero condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture soggette a vigilanza.	Predisporre una procedura aziendale nella quale siano definiti i criteri per l'individuazione di una Commissione di controllo e per la verifica preliminare di eventuali conflitti di interessi. In fase transitoria, il controllore dovrà comunque rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Predisposizione della procedura.	1) 31/12/2018	RESP					
3	Controllo documentale	La SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate insieme con i suoi collaboratori, analizza la documentazione inviata dalle Strutture private in convenzione, valutando se sono rispettati i requisiti di qualità stabiliti dai referenti clinici aziendali, sulla base delle evidenze riportate in letteratura.	Il controllo è effettuato dal Direttore e da un dipendente della struttura. Al controllo possono partecipare a richiesta soggetti esterni alla struttura competenti per la specifica materia attinente al controllo.	Requisiti di qualità stabiliti dai referenti clinici aziendali, sulla base delle evidenze riportate in letteratura.	Nessuno	Nessuno									
4	Rendicontazione	I soggetti incaricati redigono un verbale contenente gli esiti del controllo che poi inviano alla Struttura in convenzione, alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa per gli opportuni provvedimenti, se dovuti.	Il verbale è redatto dal Direttore della struttura o suo delegato.	Nessuno	Nessuno	Nessuno									

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)
Scopo del processo	Gestire l'iter delle sperimentazioni cliniche (Profit e No Profit)
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	STAFDS003
Data aggiornamento e revisione	04/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Staff Direzione Sanitaria
DIR	Roberto Biagini
Struttura del RESP	SOS Etica e cura
RESP	Piero Luigi Perruccio
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.)
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Lettera di intenti
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.)
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	CRF contenente i risultati dello studio
Area di rischio ANAC	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
STAFDS003 - Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) - 04/10/2018										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Invio lettera di intenti da parte del promotore	Il promotore invia la lettera di intenti a: 1) DG (tramite TFA); 2) Comitato Etico per la Sperimentazione clinica di Area Vasta 3) all'autorità competente (AIFA o Ministero della Salute); 4) al clinico a cui si chiede di svolgere la sperimentazione (P.I.) Il Promotore invia la documentazione in digitale o in cartaceo.	Promotore è un soggetto esterno (ditta, associazione, soggetto privato etc) che viene rappresentato dal legale rappresentante o da un Dirigente)	- D.L.vo 211 24.06.2003 -D.M. Salute 21.12.2007 -Regolamento (UE) n. 536/2014 del 16 aprile 2014, DM 2/08/2005 e smi						
2	Presentazione della documentazione da parte dello Sperimentatore Principale (P.I.)	Il P.I., acquisita la lettera di intenti inviata dal promotore, concorre alla <u>negoziazione con il promotore</u> circa gli aspetti <u>organizzativi ed economici</u> della sperimentazione, prepara la documentazione prevista dal regolamento e sottoscrive il modello regionale di assenza di conflitti di interessi (B5) e inoltra il tutto alla Task Force Sperimentazione Clinica aziendale (TFA) posta presso la SOS Etica e Cura.	Sperimentatore Principale (P.I.) Dirigente	-D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 -Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018	Il controllo è effettuato dalla TFA come specificato al punto 3.	Conflitto di interessi del P.I.	Integrazione del modello regionale B5 attualmente in uso allo scopo di far emergere le situazioni di conflitto di interessi (incluse quelle previste dalla normativa vigente DPR 62/2013, D.Lgs. 165/2001).	Aggiornamento modello B5	31/12/2018	RESP
3	Istruttoria per l'emissione della fattibilità locale (Mod. B6)	La Task Force presso la SOS Etica e Cura: - Valuta la documentazione e lo studio clinico trasmesso e proposto dal PI; - Compila il Mod. B6 secondo i termini negoziati che poi viene sottoscritto dal P.I. e dal Direttore della Struttura interessata e convalidato dal Resp. della TFA (Direttore della SOS Etica e Cura); - Rilascia un <u>parere preventivo di fattibilità</u> che invia alla Direzione Sanitaria.	Task Force Sperimentazione Clinica (P.O. -Personale Laureato - Dirigente)	-D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 -Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018 Regolamento (UE) n. 536/2014 del 16 aprile 2014	Il controllo è effettuato dalla Direzione Sanitaria come specificato al punto 4.	Esiste il rischio che la proposta di sperimentazione presenti delle criticità che potrebbero favorire un finanziamento non corrispondente alle sole finalità della sperimentazione stessa	Integrare la procedura per l'emissione del parere di fattibilità locale con una valutazione oggettiva di indicatori di rischio corruttivo	1) Individuazione degli indicatori da utilizzare in via sperimentale fino all'approvazione delle modalità di applicazione da parte della Direzione. 2) Individuazione delle modalità di applicazione e approvazione da parte della Direzione..	1) 31/12/2018 2) 31/12/2019	RESP
4	Emissione del parere sulla fattibilità locale da parte della Direzione Sanitaria (o figura delegata)	La Direzione Sanitaria valuta l'istruttoria effettuata dalla Task Force, e rilascia un parere. Se questo è favorevole (<u>parere di fattibilità</u> = convalida del parere preventivo di fattibilità) l'iter prosegue in caso contrario la sperimentazione non può avere luogo. La DS può, comunque, richiedere integrazioni, alla stessa Task Force.	Staff Direzione Sanitaria - Dirigente	-D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 -Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018 Regolamento (UE) n. 536/2014 del 16 aprile 2014						

SCHEDE ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS003 - Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) - 04/10/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO										
					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
5	Redazione/ negoziazione contratto	La TFA - una volta ricevuto il parere favorevole della Direzione Sanitaria - perfeziona, in accordo con il promotore, i contenuti formali e tecnici del contratto sulla base del template standard studio-specifici. La P.O. verifica rispondenza finale del documento (ceck-list di controllo) prima dell'invio alla firma. L'OK finale viene dato dal Responsabile della Struttura.	La TFA (Impiegato + P.O + Dirigente)	-D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 -Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018						
6	Attivazione flusso documenti su Piattaforma Regionale CRPMS	La TFA trasmette la documentazione di cui al punto 5 al Comitato Etico di Area Vasta tramite la Piattaforma CRPMS. I requisiti e le specifiche delle informazioni e degli atti digitali inseriti in Piattaforma sono definiti dal SW applicativo secondo procedura regionale.	La TFA (Impiegato + P.O + Dirigente)	-D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 - D.D. R.T. del 6748 del 28.07.2016 -Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018						
7	Istruttoria della Segreteria Comitato Etico Sperimentazione Clinica	La Segreteria del Comitato Etico di Area Vasta riceve il parere di fattibilità definitivo e i documenti dalla TFA, effettua una verifica complessiva del caso, conclude l'istruttoria ed inserisce la sperimentazione nell'ordine del giorno (all'OdG) della seduta del COMITATO ETICO per il rilascio del suo parere.	Segreteria Comitato Etico di Area Vasta	-D.L.vo 211 24.06.2003 -D.M. Salute 21.12.2007 - D.M. 28.02.2013 - D.D. R.T. 414 del 10.02.2016						
8	Emissione del parere del Comitato Etico Sperimentazioni Cliniche	Il Comitato Etico esprime il parere, la Segreteria del CE predispone il verbale e lo inoltra all'autorità competente (AIFA o Ministero della Salute) e al Promotore (tramite OsSC se studio farmacologico) e alla TFA tramite la Piattaforma CRPMS. Se il parere è negativo, l'iter si arresta. Se il parere è favorevole, si procede con la firma del contratto e l'emissione del provvedimento autorizzativo come specificato nella fase 9.	Comitato Etico di Area Vasta Segreteria Comitato Etico di Area Vasta	-D.L.vo 211 24.06.2003 -D.M. Salute 21.12.2007 - D.M. 28.02.2013 - D.D. R.T. 414 del 10.02.2016						
9	Acquisizione firme sul contratto (già concordato) ed emissione del provvedimento autorizzativo	La Task Force acquisito il verbale con il parere prodotto dalla Segreteria Comitato Etico, attiva l'iter per le firme della convenzione/contratto e predispone il provvedimento autorizzativo e il contratto che viene firmato dalla Direzione Sanitaria	La TFA (Impiegato + P.O + Dirigente)	-D.L.vo 211 24.06.2003 -D.M. Salute 21.12.2007 - D.M. 28.02.2013 - D.D. R.T. 414 del 10.02.2016						
10	Invio documentazione al Promotore	Con Determina del Direttore della SOS Etica e Cura viene autorizzata la sperimentazione. La Task Force Sperimentazione Clinica invia l'atto autorizzativo e il contratto sottoscritti al promotore	Il Direttore della SOS Etica e Cura La TFA (Impiegato + P.O + Dirigente)	-D.L.vo 211 24.06.2003 - D.D. R.T. 414 del 10.02.2016						

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS003 - Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) - 04/10/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO										
MAPPATURA DEL PROCESSO						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
11	Rendicontazione della sperimentazione	La Task Force acquisisce le relazioni periodiche e le rendicontazioni sull'andamento dello studio fornite dallo Sperimentatore Principale e verifica la correttezza dei dati presentati. In particolare, il P.I. provvede alla predisposizione dei documenti secondo modelli da Regolamento. In particolare il P.I. è tenuto ad inviare un documento di rendicontazione sull'avanzamento dello studio, dopo che questo è stato attivato; ciò avviene di solito a fine anno a mezzo di relazione sintetica oppure per gli studi profit al momento della emissione della fattura da parte della USL. La TFA controlla che i dati indicati (pazienti arruolati rispetto ai previsti, tempi di esecuzione, personale coinvolto, etc etc) siano congrui con l'autorizzazione emessa.	La TFA (Impiegato + P.O + Dirigente)	-D.L.vo 211 24.06.2003 - D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 - Regolamento USL TC sperimentazioni cliniche 2018						

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato
Scopo del processo	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni odontoiatriche erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	STAFDS004
Data aggiornamento e revisione	05/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche
DIR	Stefano Michelagnoli
Struttura del RESP	SOC Odontoiatria
RESP	Marco Massagli
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Strutture odontoiatriche convenzionate
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Piano di cura
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verbali dei controlli effettuati
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS004 - Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato - 05/10/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO											RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura					
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE					
1	Trasmissione dei Piani di cura	Le strutture odontoiatriche accreditate trasmettono alla SOC Odontoiatria i Piani di cura dei pazienti	Strutture odontoiatriche convenzionate	No	Nessuno	Nessuno									
2	Verifica "ex ante" dei piani di cura	I Direttori delle SOS Odontoiatria verificano "ex ante" (ovvero prima dell'erogazione) la appropriatezza/congruità di tutti i piani di cura prodotti dalle strutture accreditate e trasmettono i risultati al Direttore della SOC Odontoiatria. Il Direttore della SOC Odontoiatria valuta la documentazione trasmessa ed, eventualmente, approva i Piani di cura per l'erogazione delle prestazioni. L'autorizzazione potrà essere anche parziale, cioè il piano terapeutico potrà non essere approvato nella sua interezza.	Direttori delle SOS Odontoiatria Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	1) Non è presidiata la presenza eventuale di conflitto di interessi per i titolari del controllo che potrebbe condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture accreditate soggette a vigilanza. 2) Mancanza di criteri di controllo specifici previamente individuati e formalizzati	1) Il Direttore SOC Odontoiatria e i Direttori delle SOS Odontoiatria dovranno rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. 2) Individuazione di criteri adeguati di verifica	1) Rilascio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. 2) Definizione dei criteri di verifica	1) 30/06/2019 2) 31/12/2019	RESP					
3	Verifica "ex post" a campione delle prestazioni erogate	Al fine di valutare la qualità delle prestazioni di odontoiatria erogate dal privato convenzionato, i Direttori delle SOS Odontoiatria individuano e controllano il 3% dei Piani di cura approvati. I risultati sono trasmessi al Direttore delle SOC Odontoiatria.	Direttori delle SOS Odontoiatria Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	Esiste il rischio che i controlli siano condizionati a causa della mancanza di criteri per l'individuazione delle prestazioni da sottoporre a verifica.	Individuazione di criteri adeguati per l'individuazione delle prestazioni e per la conduzione del controllo	Definizione dei criteri per l'individuazione e la verifica	31/12/2019	RESP					
4	Controllo del paziente	Nei casi in cui la documentazione relativa alla prestazione sottoposta a verifica "ex post" non fosse sufficiente a valutare la correttezza della prestazione, il Direttore della SOS invita il paziente interessato negli ambulatori aziendali per un approfondimento.	Direttore SOS Odontoiatria	No	Nessuno	Mancanza di criteri di controllo specifici previamente individuati e formalizzati	Individuazione di criteri adeguati di verifica	Definizione dei criteri di verifica	31/12/2019	RESP					
5	Rendicontazione	Il Direttore della SOC Odontoiatria rendiconta sui controlli effettuati alla Direzione Sanitaria	Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	Nessuno									

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato (Fase transitoria fino a marzo/aprile 2019)
Scopo del processo	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni odontoiatriche erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	STAFDS004
Data aggiornamento e revisione	05/10/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche
DIR	Stefano Michelagnoli
Struttura del RESP	SOC Odontoiatria
RESP	Marco Massagli
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Strutture odontoiatriche convenzionate
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Piano di cura
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Direzione Sanitaria
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	Verbali dei controlli effettuati
Area di rischio ANAC	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

STAFDS004 - Controlli su strutture accreditate - Prestazioni di odontoiatria erogate dal privato accreditato (Fase transitoria fino a marzo/aprile 2019) - 05/10/2018

MAPPATURA DEL PROCESSO										
						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Trasmissione dei Piani di cura	Le strutture odontoiatriche accreditate (ex. USL 11 di Empoli) trasmettono alla SOC Odontoiatria i Piani di cura dei pazienti	Strutture odontoiatriche convenzionate (ex. USL 11 di Empoli)	No	Nessuno	Nessuno				
2	Verifica "ex ante" dei piani di cura	Il Direttore SOC Odontoiatria verifica "ex ante" (ovvero prima dell'erogazione) la appropriatezza/congruità di tutti i piani di cura prodotti dalle strutture accreditate, che potranno essere erogati solo dopo la sua autorizzazione. L'autorizzazione potrà essere anche parziale cioè il piano terapeutico potrà non essere approvato nella sua interezza.	Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	1) Non è presidiata la presenza eventuale di conflitto di interessi per il titolare del controllo che potrebbe condizionare l'esito del procedimento e favorire o sfavorire alcune strutture accreditate soggette a vigilanza. 2) Mancanza di collegialità in quanto il controllo è effettuato da un singolo soggetto 3) Mancanza di criteri di controllo specifici previamente individuati e formalizzati	1) Il Direttore SOC Odontoiatria e il Direttore SOS Odontoiatria Firenze dovranno rilasciare una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. 2) I controlli saranno effettuati dal Direttore della SOS Odontoiatria di Firenze e validati dal Direttore della SOC Odontoiatria. 3) Individuazione di criteri adeguati di verifica (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva - Processo a regime).	1) Rilascio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. 2) Effettuazione dei controlli da parte del Direttore della SOS Odontoiatria di Firenze e validati dal Direttore della SOC Odontoiatria. 3) Definizione dei criteri di verifica (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva -	1) 31/10/2018 2) 31/10/2018	RESP
3	Verifica "ex post" a campione delle prestazioni erogate	Al fine di valutare la qualità delle prestazioni di odontoiatria erogate dal privato convenzionato, il Direttore della SOC Odontoiatria individua e controlla il 3% dei Piani di cura approvati	Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	Esiste il rischio che i controlli siano condizionati a causa della mancanza di criteri per l'individuazione delle prestazioni da sottoporre a verifica.	Individuazione di criteri adeguati per l'individuazione delle prestazioni e per la conduzione del controllo (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva - Processo a regime).	Definizione dei criteri per l'individuazione e la verifica (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva - Processo a regime).		RESP
4	Controllo del paziente	Nei casi in cui la documentazione relativa alla prestazione sottoposta a verifica "ex post" non fosse sufficiente a valutare la correttezza della prestazione, si invita il paziente interessato negli ambulatori aziendali per un approfondimento.	Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	Mancanza di criteri di controllo specifici previamente individuati e formalizzati	Individuazione di criteri adeguati di verifica (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva - Processo a regime).	Definizione dei criteri di verifica (Misura che sarà prevista e quindi attivata e attuata in una fase successiva - Processo a regime).		RESP
5	Rendicontazione	Il Direttore della SOC Odontoiatria rendiconta sui controlli effettuati alla Direzione Sanitaria	Direttore SOC Odontoiatria	No	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	1° accesso per prestazioni ambulatoriali di terapia dietetica
Scopo del processo	Erogare le prestazioni ambulatoriali di assistenza dietetica ai cittadini
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	TECSAN001
Data aggiornamento e revisione	21/08/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento Servizi Tecnici Sanitari
DIR	Giuseppe Nottoli
Struttura del RESP	SOS Attività tecniche Assistenziali Dietetica professionale
RESP	Giuseppe Nottoli (Rita Marianelli)
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Rete CUP Metropolitan, CUP 2° livello per strutture specialistiche interne all'Azienda
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Richiesta del medico per Terapia dietetica Agenda Giornaliera di lavoro nella quale affluiscono sia le visite prenotate al CUP metropolitan che quelle di 2° livello inserite nel CUP
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Pazienti/utenti e altre strutture aziendali
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc. prescrizione medica, prescrizione farmaceutica, piani terapeutici)</i>	Elaborazione e consegna del piano nutrizionale personalizzato sottoscritto dalla dietista.
Area di rischio ANAC	Altro

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
1° accesso per prestazioni ambulatoriali di terapia dietetica										
Predisposizione						RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO		
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE L'ESECUTORE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC.	INDICARE SE ESISTE UN UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E , SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Predisposizione Agende Cup	La PO Responsabile Dietetica professionale aziendale, per predisporre l'agenda CUP deve: - Individuare l'utenza a cui si rivolge anche sulla base dello storico e comunque sui dati epidemiologici recenti; - Individuare l'ubicazione dell'ambulatorio (territoriale o ospedaliero), la disponibilità del personale e della stanza; - Stabilire gli slot differenziati tra terapie dietetiche e valutazioni (con tempistiche diverse) e quindi orario di inizio e di fine dell'agenda; - Definire alcuni spazi di terapia dietetica da destinare ad accessi prioritari attraverso una caratteristica specifica (detta coda) che identifica un percorso preferenziale per patologia o per gravidanza (accesso non differibile). Nel caso in cui tale accesso non sia stato prenotato, 3 giorni prima della seduta viene reso disponibile per una prenotazione generica. Questo permette uno scorrimento più rapido delle liste di attesa. Per rendere efficiente il piano di lavoro, stabilire la modalità di prestazione alternativa, ovvero 2 giorni prima della seduta ambulatoriale se ci sono 2 spazi consecutivi liberi per valutazione (tempo 25 minuti ciascuno) possono essere convertiti in un 'accesso di terapia dietetica (tempo 50 minuti)	PO Responsabile Dietetica professionale aziendale	Non è vincolata	Nessuno	Rischio che l'agenda CUP sia inadeguata rispetto all'orario di servizio con conseguente possibile mancato soddisfacimento della domanda dell'utenza e allungamento delle liste di attesa.	Elaborazione documento interno di Criteri di progettazione della agende cup anche al fine di uniformare le procedure	Predisposizione del documento interno	31/12/2018	PO Responsabile Dietetica professionale
2	Esecuzione della prestazione e elaborazione piano nutrizionale	Il CPS Dietista identifica il paziente e prende visione della richiesta medica e dell'avvenuto pagamento del ticket (se dovuto). Compila la cartella dietistica in ogni sua parte . Definisce una diagnosi dietetica ed elabora il piano nutrizionale personalizzato sulla base dei dati raccolti e di una relazione terapeutica costruita con il paziente.	CPS Dietista cat D	Non è vincolata	Nessuno	Nessuno				
3	Indicazioni per il controllo successivo	Il CPS Dietista stabilisce e concorda con il, paziente un programma di monitoraggio. Compila il modulo predisposto dove indica una data approssimativa per la valutazione di controllo che l'utente è tenuto a presentare presenta al CUP per la prenotazione della visita successiva.	CPS Dietista cat D	Non è vincolata	Nessuno	Nessuno				

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO

Nome del processo	PERCORSO ASSISTENZIALE SPECIALISTICO DI MEDICINA FISICA (PERCORSO 2 DGRT 595/05)
Scopo del processo	Assicurare i livelli essenziali di assistenza nelle condizioni di disabilità di tipo segmentario, suscettibili di modificabilità come previsto dalla normativa regionale DGRT 595/05
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	TECSAN002
Data aggiornamento e revisione	29/09/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento dei servizi tecnico sanitari
DIR	Giuseppe Nottoli
Struttura del RESP	SOC Attività di riabilitazione funzionale
RESP	Sandra Moretti
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti del SSN (regionali ed extraregionali)
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	richiesta su ricettario del SSN
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini residenti sul territorio regionale
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	erogazione prestazioni ambulatoriali previste dal pacchetto presso presidi aziendali o presso istituti convenzionati, relazione di esito, registrazione dati flusso PAS
Area di rischio ANAC	Liste di attesa

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

PERCORSO ASSISTENZIALE SPECIALISTICO DI MEDICINA FISICA (PERCORSO 2 DGRT 595/05)

MAPPATURA DEL PROCESSO										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura	
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Front-office professionale	Il cittadino munito di richiesta medica contatta il servizio di riabilitazione territoriale telefonicamente o si presenta negli orari di front-office . Non essendoci un vincolo legato al Comune di residenza (purchè nel territorio regionale), il cittadino puo' scegliere un qualsiasi presidio aziendale o istituto convenzionato. Il fisioterapista effettua il front office valutando la correttezza e la completezza dei dati contenuti nella richiesta, effettua una breve intervista per rilevare le condizioni funzionali dell'utente, fornisce le prime indicazioni per l'autogestione della malattia (es. controllo del dolore, posture corrette, esercizi ecc.) . In base a tale prima valutazione il cittadino viene informato sui criteri di priorità secondo i quali verrà inserito in una lista d'attesa di presidio. Inoltre, al cittadino viene richiesta la disponibilità ad effettuare il pacchetto prescritto presso istituti convenzionati direttamente gestiti a livello aziendale.	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Il rischio consiste nell'incompletezza delle informazioni fornite al cittadino (criteri di priorità e tempi di attesa, possibilità di rivolgersi a tutti i presidi aziendali o a istituti convenzionati, cicli massimi annuali previsti dalla normativa)	1) Fisioterapia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica. 2) Logopedia: Redazione istruzione operativa gestione liste d'attesa logopedia territoriale e criteri di priorità	1) Informazione dell'istruzione operativa a tutti gli operatori interessati. 2) Redazione dell'istruzione operativa	1) Fisioterapia: 31/12/2018 2) Logopedia: 31/12/2018	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale
2	Inserimento in lista	L'operatore addetto al front office inserisce i dati dell'utente nella lista d'attesa (modalità cartacea o informatizzata) e assegna un codice di priorità all'interno della stessa in base alla valutazione fatta. Segnala sulla lista l'eventuale disponibilità dell'utente ad usufruire dei centri convenzionati a gestione diretta	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Esiste il rischio che il codice di priorità venga assegnato in base ad una valutazione che risente della soggettività dell'operatore presente al front office	1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 di Riunioni Permanenti fra professionisti per uniformare la modalità di valutazione ed assegnazione del criterio di priorità al front office . 2) Logopedia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica	1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 delle Riunioni; 2) Informazione dell'istruzione operativa a tutti gli operatori interessati.	1) Fisioterapia: 31/12/2019 2) Logopedia: 31/12/2019	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale
3	scorrimento liste d'attesa	Il referente della lista, in base alla disponibilità di presa in carico di nuovi utenti da parte del Servizio, contatta l'utente in base al criterio di priorità e al criterio cronologico (data di inserimento)	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Esiste il rischio che non venga mantenuta una corretta proporzione nella presa in carico tra i vari livelli di priorità	Adozione delle seguenti modalità di presa in carico: Fisioterapia: presa in carico del 90% degli utenti con priorità 1 o 2, del 10% con priorità 3 . Logopedia: in base a quanto dichiarato al momento dell'approvazione dell'istruzione operativa	Raggiungimento delle percentuali di presa in carico stabilite	31/12/2018	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

PERCORSO ASSISTENZIALE SPECIALISTICO DI MEDICINA FISICA (PERCORSO 2 DGRT 595/05)

MAPPATURA DEL PROCESSO										
					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura	
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
4	presa in carico ed erogazione delle prestazioni	L'operatore che prende in carico l'utente compila la documentazione sanitaria secondo i requisiti di qualità, fornisce informazioni sulla modalità di erogazione delle prestazioni (frequenza, obiettivo, modalità del trattamento), applica l'intervento riabilitativo più appropriato al caso, registra la presenza o assenza del paziente ad ogni singola seduta programmata	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05	Monitoraggio interno sui requisiti di qualità della documentazione sanitaria; flussi PAS					
5	Dimissione	L'operatore rilascia alla dimissione una relazione d'esito per il medico prescrittore, in cui esplicita gli obiettivi raggiunti e/o dichiara la necessità di proseguire il trattamento con un nuovo percorso	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05	Monitoraggio interno sui requisiti di qualità della documentazione sanitaria; flussi PAS					

SCHEDA DATI GENERALI PROCESSO	
Nome del processo	PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (PERCORSO 3 DGRT 595/05)
Scopo del processo	Assicurare la presa in carico riabilitativa nelle condizioni di disabilità di tipo globale o segmentario, che necessitano di programmi di intervento all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale per la complessità del quadro clinico, con l'obiettivo di contenere la disabilità o favorirne la gestione degli esiti
Codice del processo <i>(campo da compilare a cura del servizio anticorruzione)</i>	TECSAN003
Data aggiornamento e revisione	29/09/2018
Dipartimento/Struttura del DIR	Dipartimento dei servizi tecnico sanitari
DIR	Giuseppe Nottoli
Struttura del RESP	SOC Attività di riabilitazione funzionale
RESP	Sandra Moretti
Principali soggetti esterni da cui provengono gli input del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura dai quali inizia il processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Specialisti del SSN (regionali ed extraregionali)
Principali input del processo <i>(Indicare se, per esempio, il processo inizia con una richiesta o con quali altre diverse modalità da parte di soggetti esterni oppure se inizia per ottemperare ad una normativa etc.)</i>	Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)
Principali soggetti esterni a cui sono destinati degli output del processo <i>(Indicare i soggetti esterni alla struttura ai quali è destinato la finalità del processo : esempio, cittadini, società private, associazioni, Regione, altre Aziende, altri Dipartimenti, Strutture o Direzione aziendale ecc.)</i>	Cittadini residenti sul territorio regionale o extraregionale con autorizzazione preventiva da parte della ASL di residenza
Principali output del processo <i>(Indicare l'esito finale del processo delibere, determine, mandati di pagamento, stipula di contratto ecc.)</i>	erogazione degli interventi ambulatoriali o domiciliari previsti dal PRI presso presidi aziendali o presso istituti convenzionati, relazione di esito, registrazione dati flusso SPR
Area di rischio ANAC	Liste di attesa

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (PERCORSO 3 DGRT 595/05)										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
1	Accesso tramite Front-office professionale	Il cittadino munito di PRI contatta il servizio di riabilitazione territoriale telefonicamente o si presenta negli orari di front-office. L'accesso alle prestazioni in percorso 3 viene garantito ai cittadini residenti in Toscana o a coloro che abbiano già ottenuto l'autorizzazione da parte della propria regione di residenza. Il fisioterapista effettua il front office valutando la correttezza e la completezza dei dati contenuti nel PRI, effettua una breve intervista per rilevare le condizioni funzionali dell'utente, fornisce le prime indicazioni per l'autogestione della malattia (es. controllo del dolore, posture corrette, esercizi ecc.) . In base a tale prima valutazione il cittadino viene informato sui criteri di priorità, secondo i quali verrà inserito in una lista d'attesa di presidio. Inoltre, al cittadino viene richiesta la disponibilità ad effettuare il percorso prescritto presso istituti convenzionati direttamente gestiti a livello aziendale.	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Il rischio consiste nell'incompletezza delle informazioni fornite al cittadino (criteri di priorità e tempi di attesa, possibilità di rivolgersi a istituti convenzionati)	1) Fisioterapia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica. 2) Logopedia: Redazione istruzione operativa gestione liste d'attesa logopedia territoriale e criteri di priorità	1) Informazione dell'istruzione operativa a tutti gli operatori interessati. 2) Redazione dell'istruzione operativa	1) Fisioterapia: 31/12/2018 2) Logopedia: 31/12/2018	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale
2	Accesso per continuità da ospedale per acuti o strutture residenziali di riabilitazione	Il referente della lista riceve le segnalazioni dei pazienti in dimissione da ospedale per acuti o struttura residenziale attraverso applicativi informatizzati/email e inserisce nelle liste d'attesa con gli stessi criteri del front office	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da P.A.DSTS.01 Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01					

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO										
PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (PERCORSO 3 DGRT 595/05)										
MAPPATURA DEL PROCESSO					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
N. FASE	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
3	Inserimento in lista	L'operatore che inserisce i dati dell'utente nella lista d'attesa (modalità cartacea o informatizzata) assegna un codice di priorità all'interno della stessa in base alla valutazione fatta e all'I.O.DSTS.01. Eventualmente, segnala sulla lista la disponibilità dell'utente ad usufruire dei centri convenzionati a gestione diretta, ad eccezione degli utenti dimessi da ospedale o struttura	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da P.A.DSTS.01 Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Il rischio è che il codice di priorità venga assegnato in base ad una valutazione che risente della soggettività dell'operatore presente al front office	1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 di Riunioni Permanenti fra professionisti per uniformare la modalità di valutazione ed assegnazione del criterio di priorità al front office . 2) Logopedia: Divulgazione dell'istruzione operativa di gestione delle liste a tutti gli operatori che possono svolgere il front office professionale con condivisione dei criteri di priorità e modulistica	1) Fisioterapia: inserimento nel PAAF 2019 delle Riunioni; 2) Informazione dell'istruzione operativa a tutti gli operatori interessati.	1) Fisioterapia: 31/12/2019 2) Logopedia: 31/12/2019	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale
4	scorrimento liste d'attesa	Il referente della lista, in base alla disponibilità di presa in carico di nuovi utenti da parte del Servizio, contatta l'utente in base al criterio di priorità e al criterio cronologico (data di inserimento) . Per gli utenti in dimissione da ospedale o struttura, viene rispettato lo standard di servizio come da P.A.DSTS.01	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01	Monitoraggio annuale come da P.A.DSTS.01 Monitoraggio annuale come da I.O.DSTS.01	Esiste il rischio che non venga mantenuta una corretta proporzione nella presa in carico tra i vari livelli di priorità	Adozione delle seguenti modalità di presa in carico: Fisioterapia: presa in carico del 90% degli utenti con priorità 1 o 2, del 10% con priorità 3 . Logopedia: in base a quanto dichiarato al momento dell'approvazione dell'istruzione operativa	Raggiungimento delle percentuali di presa in carico stabilite	31/12/2018	Direttore SOC attività di riabilitazione funzionale
5	presa in carico ed erogazione delle prestazioni	L'operatore che prende in carico l'utente compila la documentazione sanitaria secondo i requisiti previsti dall'accreditamento istituzionale, fornisce informazioni sulla modalità di erogazione delle prestazioni (frequenza, obiettivo, modalità del trattamento), applica l'intervento riabilitativo più appropriato al caso, registra la presenza o assenza del paziente ad ogni singola seduta programmata	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale P.A. AGC.03	Monitoraggio interno sui requisiti di accreditamento istituzionale inerenti la documentazione sanitaria; flussi SPR					

SCHEDA ANALISI DEL PROCESSO

PERCORSO ASSISTENZIALE AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE (PERCORSO 3 DGRT 595/05)

MAPPATURA DEL PROCESSO										
					RISCHI INDIVIDUATI	MISURE SPECIFICHE DI MITIGAZIONE DEL RISCHIO	TRATTAMENTO DEL RISCHIO			
	Attività	Fase	Esecutore	Vincoli	Controlli	Rischi individuati in ogni singola fase del processo	Misure specifiche di mitigazione del rischio	Risultato atteso	Data di attuazione della misura	Soggetto Responsabile dell'attuazione della misura
N. FASE	DESCRIVERE LE ATTIVITA' DEL PROCESSO	DESCRIVERE IN MANIERA CHIARA LE FASI DI CIASCUNA ATTIVITA'	INDICARE IL RESPONSABILE DELLA FASE (ES. IMPIEGATO 6° O 7° LIVELLO, P.O., DIRIGENTE)	INDICARE SE LA FASE E' VINCOLATA O DISCREZIONALE. SE VINCOLATA INDICARE SE DA LEGGI, PROCEDURE, REGOLAMENTI, LINEE GUIDA INTERNE ECC. INDICARE LE EVENTUALI 'CRITICITA'	INDICARE SE ESISTE UN MECCANISMO DI CONTROLLO INTERNO E, SE ESISTENTE DESCRIVERLO	INDIVIDUARE E DESCRIVERE I RISCHI PRESENTI NELLA FASE	INDIVIDUARE E DESCRIVERE LE MISURE DI PREVENZIONE DA METTERE IN ATTO PER MITIGARE IL RISCHIO	INDICARE L'ESITO ATTESO DALL'APPLICAZIONE DELLE MISURE	INDICARE LA DATA ENTRO LA QUALE LE MISURE DI PREVENZIONE DEVONO ESSERE ATTUATE	INDICARE IL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLE MISURE
6	Dimissione	L'operatore rilascia alla dimissione una relazione d'esito per il medico prescrittore o per il medico curante, in cui esplicita gli obiettivi raggiunti e/o dichiara la necessità di proseguire il trattamento con un nuovo percorso	Fisioterapista/Logopedista	DGRT 595/05 P.A. AGC.03	Monitoraggio interno sui requisiti di accreditamento istituzionale inerenti la documentazione sanitaria; flussi SPR					