

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

## 8. INIZIATIVE INTRAPRESE PER L'INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI DI LIQUIDAZIONE

Con riguardo alle attività inerenti il processo di liquidazione è stato utilizzato il nuovo programma regionale SEC-SIRS utilizzato da tutte le strutture tecnico amministrative aziendali.

Il predetto programma garantisce le tracciabilità delle fatture (dalla registrazione del protocollo delle fatture in entrata, all'emissione dell'atto di liquidazione), la tempestività dei relativi pagamenti, la protocollazione automatica degli atti di liquidazione, nonché la doppia firma e il doppio controllo di formalità sia dell'atto di liquidazione sia della documentazione interna all'ufficio, assicurando il pieno rispetto dei principi contabili.

## 9. SINISTRI

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha ritenuto opportuno svolgere un audit con il Responsabile dell'U.O. Affari Generali e Assicurativi, referente Anticorruzione, per avere contezza dei processi innovativi apportati nell'ambito dei sinistri nell'anno 2019. Alla luce della legge 8 marzo 2017 n. 24: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (conosciuta come legge Gelli—Bianco). Il Responsabile degli Affari Generali e Assicurativi precisa che il "Regolamento per la gestione sinistri da RCT/O", precedentemente adottato con deliberazione n°498 del 03.11.2017, è stato modificato, con deliberazione n°37 del 31.01.2019 e regolarmente pubblicato sul sito, nella sezione: "Amministrazione Trasparente".

Brevemente vengono ricordate le innovazioni più significative che sono state introdotte in applicazione all'art 8 della legge citata: per esempio il ricorso ex art. 696 Bis c.p.c. costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento innanzi al giudice civile. Ancora, il Responsabile aggiunge che ai sanitari coinvolti nel sinistro che siano coperti da polizza assicurativa o scoperti, cioè privi di assicurazione, viene data informativa (ex art. 13 della legge n. 24/2017, come modificato dall'art. 11 della legge 3/2018) entro 45 giorni dalla notifica dell'atto introduttivo nei confronti dell'esercente la professione sanitaria. E' opportuno ricordare che all'interno della Amministrazione è stato costituito, con deliberazione N°498/2017 e con deliberazione N°37 del 31.01.2019, il CVGS (Comitato Valutazione Gestione Sinistri). Il Comitato è composto dal Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi, dal Direttore Sanitario Ospedaliero, dal Dirigente U.O.S. Ufficio Legale, dal Dirigente U.O.S.D. Rischio Clinico e da Dirigente Medico Legale.

## Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

I sinistri vengono gestiti, nella fase stragiudiziale e in quella giudiziale, dalla Compagnia di Assicurazione, con propri Legali.

Le richieste di risarcimento danni pervenute al servizio legale dal mese di gennaio 2019 al 31 dicembre 2019 sono pari a n°95. All'interno delle stesse ci sono state n. 8 richieste di mediazione stragiudiziale, n°2 di notifica atto di citazione, N°1 ricorso giudiziale ex art. 696 BIS C.P.C., tutti i restanti sinistri sono richieste di risarcimento danni.

### **10. PERSONALE: INCARICHI E NOMINE**

La RPCT ha potuto constatare che puntualmente l'attività concorsuale viene pubblicata sul sito web aziendale, nell'apposita sezione "Bandi di concorso" del link dell'Amministrazione Trasparente.

Per quanto riguarda l'uso della discrezionalità, il rischio è da considerare basso, ed è legato esclusivamente alla necessità di individuare un profilo professionale adeguato all'incarico da ricoprire; esso, peraltro, per effetto delle recenti disposizioni in materia di selezione di dirigenti di Struttura Complessa, è ampiamente e dettagliatamente definito preventivamente all'interno del relativo bando.

In tema di prevenzione del rischio corruttivo, l'Azienda già provvede a verificare la coerenza tra la richiesta di avvio di procedura concorsuale e l'Atto Aziendale, la dotazione organica e ogni previsione normativa e regolamentare, nonché le necessità assistenziali; allo stesso modo, ogni bando adottato individua gli elementi specifici del profilo professionale cui l'incarico fa riferimento, fornendo alla commissione aggiudicatrice uno strumento idoneo.

Con riferimento alla commissione, l'Azienda si attiene scrupolosamente alle norme previste dalla normativa.

Per quanto concerne le nomine di responsabili di strutture semplici, l'ufficio di competenza fornisce e pubblica tutto il processo per l'affidamento della struttura. Fornisce a tutti gli interessati il percorso di tale affidamento.

Nell'Area del Personale, nel corso dell'anno 2019 non è pervenuta alcuna segnalazione relativa alla violazione del D.P.R. n. 62 del 2013 (codice di comportamento). Non si sono verificati eventi corruttivi nelle diverse aree dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane.



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

L'Azienda non è stata interessata da alcun processo di riorganizzazione.

È stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi. Non sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati.

Non sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n.165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.).

## **11. GESTIONE ENTRATE, SPESE E PATRIMONIO**

Il rischio nell'ambito della gestione entrate viene determinato dalla possibilità di errata o indebita fatturazione (c.d. sovrapproduzione).

Le misure attuate consistono in:

- verifica dell'oggetto della fatturazione;
- acquisizione della documentazione giustificativa fornita dai servizi che hanno erogato la prestazione: reports e prospetti attestanti quantità, tipologia della prestazione e/o del servizio da fatturare;
- nel caso di fatturazione di versamenti o conferimenti di denaro per sperimentazioni o donazioni da parte di soggetti esterni, acquisizione della documentazione giustificativa e verifica della regolarità della prestazione anche mediante apposite attestazioni formali (da porre a corredo della predetta documentazione giustificativa della fattura) da parte dei soggetti interni responsabili del procedimento;
- archiviazione della copia interna della fattura unitamente alla documentazione di supporto ai fini di una pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di fatturazione. È da precisare che il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei Bilanci delle Aziende e degli Enti del SSN" in corso di realizzazione costituisce un ulteriore e fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di corruzione e di frode amministrativo-contabile (l'attività svolta nel corso del 2019 è approfondita nel paragrafo dedicato). L'implementazione di tale percorso, infatti, ha come presupposto fondamentale un miglioramento della strutturazione dell'organizzazione interna e dei procedimenti aziendali anche con particolare riferimento ai sistemi amministrativo-contabili facilitando i processi interni di controllo finalizzati alla prevenzione dei fenomeni corruttivi e fraudolenti.

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

Il rischio relativo alla **gestione dei pagamenti** si potrebbe configurare in diverse fattispecie tra le quali le più significative sono:

- ritardo nell'erogazione dei compensi entro i termini previsti contrattualmente;
  - liquidazione delle fatture senza adeguata verifica della prestazione con correlato rischio di eventuale attribuzione di benefici indebiti;
  - fatturazione di prestazioni non svolte;
  - pagamenti effettuati senza rispettare la cronologia nell'approvazione delle delibere di liquidazione, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'Ente.
- Al fine di limitare il verificarsi del rischio, sono state messe in atto misure che hanno come scopo precipuo quello di garantire la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, volte anche ad agevolare la verifica ed il controllo della correttezza dei pagamenti effettuati e della gestione finanziaria e contabile, ed in particolare:

- tracciabilità del procedimento di liquidazione prevedendo strumenti che consentano la controllabilità delle fasi;
- istruttoria dell'atto di liquidazione che preveda la verifica della regolarità della fornitura attraverso il riscontro tra ordinato, consegnato (D.D.T.) e fatturato, al fine di evitare rischi di indebite o non corrette fatturazioni da parte dei fornitori. In tale fase rientra anche, per ciò che concerne la fornitura dei servizi e dei lavori, la verifica, da parte dei Settori ordinanti preposti alla liquidazione dei corrispettivi dovuti, della corretta esecuzione del servizio o del lavoro fatturato;
- effettuazione dei pagamenti seguendo in maniera tassativa il formale ordine cronologico delle date di approvazione delle deliberazioni autorizzative dei pagamenti, al fine di scongiurare ogni tipo di favoritismo tra i beneficiari degli stessi, alterando la tempistica nel legittimo soddisfacimento delle pretese creditorie. Tale criterio offre, peraltro, il duplice vantaggio dell'assoluta oggettività nella dinamica di effettuazione dei pagamenti e della facile controllabilità della sequenza dei pagamenti.

## **12. PATRIMONIO**

Le misure attuate si distinguono a seconda che riguardino la gestione dei beni mobili o immobili.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni mobili:

- completa formalizzazione del procedimento di inventariazione (acquisizione ordine d'acquisto, D.D.T., fattura, collaudo, altra documentazione a supporto).



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

- verifica della corrispondenza del bene consegnato a quello ordinato e fatturato attestata dall'organo tecnico interno;
- verifica delle regolarità del collaudo;
- inserimento del bene e dei dati correlati nel libro cespiti;
- archiviazione della documentazione a supporto ai fini di una puntuale e pronta controllabilità e ripercorribilità del procedimento di inventariazione.

Per ciò che concerne la gestione patrimoniale dei beni immobili:

- per gli immobili destinati all'utilizzo di terzi (locazione): attuazione di adeguate procedure di selezione del contraente, che garantiscano la parità di trattamento tra gli aspiranti ed un'equa remunerazione dell'utilizzo del bene, tenendo conto caso per caso dell'interesse pubblico perseguito;
- per la generalità degli immobili: predisposizione degli appositi prospetti di inventariazione, contenenti tutti i dati afferenti agli stessi (dati catastali, ubicazione, caratteristiche etc.).

Infine, si rileva che l'Azienda è dotata di un "Regolamento per la gestione dei beni mobili e immobili", pubblicato fra le "Disposizioni Generali" della sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale.

### **13. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA**

Per lo svolgimento dell'Attività Libero Professionale svolta dai Dirigenti Medici dell'Azienda Ospedaliera, anche per l'anno 2019, l'Azienda ha ottemperato ai compiti attribuiti dal Regolamento Aziendale previsti all'art.13. Precisamente ha gestito le attività relative alla fase istruttoria e successiva autorizzazione delle domande di richiesta allo svolgimento dell'Alpi. Dopo la verifica e congruità delle domande che, di volta in volta, vengono presentate, è stata accertata l'effettuabilità delle prestazioni richieste, l'impegno orario, la disponibilità dei locali e la verifica delle prestazioni erogate. Successivamente, dopo l'autorizzazione delle istanze prodotte, a seguito della convalida del Direttore Medico P.U., si è provveduto ad inserire tutti i dati utili nel software in dotazione, predisponendo le agende e trasmettendone comunicazione al professionista, nel rispetto di quanto previsto nell'Atto Aziendale stesso.

Costantemente sono state verificate le procedure di prenotazione e riscossione dei proventi in Alpi, in modo che siano tracciabili e consentano la rilevazione dei volumi di attività Alpi, raffrontandoli con quelli istituzionali. A tale proposito, nel rispetto del principio di trasparenza, e

## Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

per rendere all'utenza meno gravose le modalità di pagamento, offrendo loro la possibilità di effettuare il pagamento dell' onorario contestualmente all'effettuazione della prestazioni Alpi, è stato attivato un Pos mobile per ciascuno studio esterno autorizzato per l'Alpi allargata.

E' stata controllata l'effettuazione della timbratura con il codice 77 prima e dopo l'esecuzione delle prestazioni rese in Alpi, direttamente sul portale delle presenze, sia per il dirigente medico e sia per il personale di supporto diretto e indiretto, e l'esecuzione dei piani di lavoro.

Sono stati, inoltre, effettuati a random verifiche sulla presenza del medico e la disponibilità dell'infermiere nell'ambulatorio per la data prevista. Inoltre, è stata elaborata la raccolta dei dati utili al monitoraggio periodico dei tempi di attesa dell'attività libero-professionale allineato con quello istituzionale.

Queste informazioni, relative alla settimana indice prevista nei mesi di aprile ed ottobre, sono state successivamente trasmesse all'Agenas ed al Dipartimento Tutela della Salute. E' stato aggiornato costantemente l'elenco dei professionisti che svolgono l'attività con le diverse modalità (Alpi intramoenia, Allargata, Rinuncia, Prestazioni Aggiuntive, Extramoenia, Limitazioni). Sono stati attivati i controlli e le verifiche per l'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità in attività libero professionale e extramuraria al 30 settembre).

### **14. IL RUOLO DEI DIRIGENTI REFERENTI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione presuppongono il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione. L'art. 16 del D. Lgs. 165/2001 attribuisce ad ogni dirigente specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione.

La Determinazione dell'ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento dei contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera 11 settembre 2013 n. 72, sottolinea al punto 4.3 che "la collaborazione è, infatti, fondamentale per consentire al RPC e all'organo di indirizzo che adotta il PTPC di definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti. La principale correzione da apportare ai PTPC è quella di individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale". I referenti sono individuati per le seguenti aree di attività:



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

## **Area Amministrativa e Tecnica:**

- Gestione Risorse Umane;
- Gestione Provveditorato, Economato e Gestione Logistica;
- Gestione Risorse Economiche e Finanziarie;
- Affari Generali e Assicurativi ;
- Gestione Tecnico- Patrimoniale;
- Ingegneria Clinica;
- Servizi Amministrativi P.U.;
- Ufficio Legale.

## **Area Sanitaria:**

- Gestione delle Liste di Attesa, dei Ricoveri, della Libera professione, delle convenzioni e delle Prestazioni ambulatoriali,
- Relazioni con il Pubblico,
- Farmacia;
- Autorizzazioni all'esercizio dell'ALPI e all'attività esterna ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. 165/2001;

## **Area Scientifica:**

- Sperimentazioni Cliniche, della Gestione dei Progetti di Ricerca,
- Gestione del personale della ricerca a contratto e delle assunzioni;
- Acquisti di beni e servizi finalizzati alla ricerca;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione coinvolge tutti i dirigenti medici e SPTA dell'Azienda titolari di incarico di struttura, i Capi Dipartimento e tutti i Referenti individuati per la prevenzione della corruzione, sia nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi connessi all'attività di competenza di ciascuno, sia nella fase di adozione dei provvedimenti conseguenti.

Viene quindi richiesto ai Dirigenti di:

- collaborare nella fase di mappatura dei processi ed analisi dei rischi;
- proporre misure idonee a prevenire e contrastare i rischi di corruzione ed a controllarne il rispetto nelle strutture di competenza;
- fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie;
- avanzare alla Direzione aziendale le proposte per la rotazione, ove attuabile, del proprio

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

personale esposto a rischio;

- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento e verificare le ipotesi di violazione;
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e vigilare sull'efficacia della rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis del D. Lgs. 165/2001);
- osservare le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- segnalare al Responsabile della prevenzione della corruzione ogni evento o dato utile per l'espletamento delle proprie funzioni.

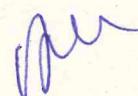
In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 si prevede che l'assolvimento dei compiti di cui sopra sia inserito nel Piano della performance e costituisca obiettivo strategico di budget per i Dirigenti responsabili di struttura per gli anni 2018, 2019 e 2020 aggiornamento 2020.

Il Responsabile Anticorruzione, propone alla Direzione gli obiettivi specifici da attribuire ai singoli CdR per l'inserimento nelle singole schede di budget di ciascuna struttura.

## 15. STRUMENTI PREVISTI

I diversi strumenti e misure di cui si avvale l'Azienda sono elencati di seguito:

- Lo stesso Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- Gli adempimenti e le misure in materia di trasparenza;
- il Codice etico-comportamentale;
- le misure di rotazione del personale;
- l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- la disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- le incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- la disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- la disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage — revolving doors);
- la disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

- Per il 2020, alla luce della necessità rilevata dall'Amministrazione stessa nonché dall'ANAC in sede di analisi dei PTPC, al fine di consolidare il processo di ristrutturazione delle misure anticorruzione di superamento delle criticità, si prevede di attuare una formazione mirata e approfondita nei confronti dei soggetti a vario titolo coinvolti, dedicando sessioni specifiche di formazione con riguardo alle attività a maggior rischio.

## **16. MONITORAGGIO URP**

L'URP individua adeguati strumenti per l'ascolto dell'utenza e per la comunicazione con i cittadini e le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, anche al fine di verificare le percezioni della qualità delle prestazioni erogate. In questo ambito, l'Azienda ha adottato delle specifiche procedure operative: "Segnalazione e reclami", al fine di rendere certi e trasparenti tempi e modalità di risposta e identificare chiaramente i soggetti responsabili della gestione del reclamo, fino alla risposta all'utente e all'attivazione delle possibili azioni correttive dell'evento che ha generato il reclamo.

## **17. FARMACIA**

La Farmacia Ospedaliera è una struttura complessa che, sulla base degli obiettivi strategici indicati dalla Direzione e nel rispetto della normativa vigente, opera al fine di assicurare un uso appropriato, efficace, sicuro ed economico, delle risorse gestite (farmaci, dietetici, disinfettanti, dispositivi medici e materiale sanitario). Nella gestione del rischio corruttivo, legato alle modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento dei farmaci, il servizio di Farmacia adotta la gestione informatizzata del magazzino, per garantire la corretta tracciabilità di tutte le movimentazioni dei prodotti di scorta.

L'approvvigionamento di farmaci, dietetici, disinfettanti, dispositivi medici, materiale sanitario e materiale diagnostico viene effettuato mensilmente, previa programmazione, pianificazione, verifica delle scorte ed analisi della assegnazione economica; tutte le attività di gestione del magazzino vertono sul controllo qualitativo e quantitativo, ponendo particolare cura alla corretta conservazione di tutti i prodotti in entrata, al fine di garantire la rotazione degli stessi, nonché, prima della fase di dispensazione, le attività di informazione e di controllo sul loro corretto ed appropriato uso.



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

Al fine di assicurare una corretta allocazione delle risorse economiche viene costantemente effettuato il monitoraggio della spesa economica per centro di costo.

Già dal 2018 si sono svolte tutte quelle attività che hanno portato all'implementazione presso la nostra farmacia del nuovo Progetto regionale SEC-SISR gestito dalla Ditta Data Processing/ADS.

Tale Progetto SEC-SISR si compone di vari Moduli come quello per la gestione del magazzino (GE4) e quello per la gestione dei farmaci ai pazienti in dimissione (EDF).

Tramite il Modulo GE4 è possibile espletare varie funzioni, tra cui:

1. Gestione richieste di farmaci e DM dalle UU.00. alla Farmacia;
2. Scarichi sui CDC (trasferimento alle UU.00.);
3. Stampa inventario;
4. Archivio Depositi Magazzino;
5. Gestione ordini;
6. Gestione carichi dei prodotti;
7. Estrapolazione report consumi per CDC, FILE F, consumo farmaci innovativi, ecc.

Il personale della Ditta Data Processing/ADS che gestisce il nuovo programma regionale ha svolto attività di formazione ed affiancamento ai vari operatori presenti in Farmacia (farmacisti ed amministrativi) ed anche nelle UU.00. (medici ed infermieri).

Inoltre, è stato organizzato dalla UOC Farmacia e realizzato in tre edizioni, un Corso di Formazione aziendale rivolto a tutto il personale medico e infermieristico dal titolo "L'informatizzazione della Farmacia rispetto a tutte le UU.OO."

Questo ha determinato un rapido utilizzo del programma regionale SEC-SISR nella nostra Azienda. Si sono, inoltre, svolte delle riunioni aziendali, a cui hanno partecipato tutti i soggetti coinvolti, riguardanti le integrazioni tra i vari applicativi informatici in uso con il nuovo programma regionale, in particolare:

1. Integrazione ADS (GE4) con LOG 80 (per il trasferimento automatico degli scarichi dei farmaci oncologici effettuati nel programma LOG 80 nel programma regionale GE4);
2. Integrazione GESAN con LOG 80 (per la prescrizione degli antibiotici su Log 80 accedendo dalla cartella clinica informatizzata di Reparto Wirgilio);
3. Integrazione ADS (GE4) con GESAN (per lo scarico dei farmaci presenti in GE4 ai pazienti);

Sempre dall'anno 2018 abbiamo realizzato le prime due integrazioni ed abbiamo avviato la terza

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

integrazione (ADS/GESAN) che permetterà di avere la banca dati del programma regionale GE4 nella cartella clinica informatizzata di Reparto in modo da ottenere la valorizzazione economica dei carichi, degli scarichi e delle giacenze di Reparto (DCA 137/2015).

Sono state fatte varie riunioni e ci sono state vari messaggi di posta elettronica tra le varie figure deputate ad avviare la terza integrazione, ma per motivi tecnici ad oggi non è stata completata.

In data 21 marzo 2019 è stata indetta una riunione dedicata con l'obiettivo di realizzare l'integrazione tra la cartella clinica e gli armadi di Reparto GE4 entro il 31/12/19.

## **18. COMPLETA INTEGRAZIONE INFORMATIZZATA UU.OO./ MAGAZZINO FARMACIA**

L'U.O.C. di Farmacia ha espletato tutte le procedure necessarie per completare l'informatizzazione sia del magazzino di Farmacia che degli armadi farmaceutici delle varie UU.OO.

Si mette, infatti, in evidenza che tutte le richieste dei vari prodotti, sia a scorta che in transito, sono ormai gestite completamente on-line, in particolare si precisa che:

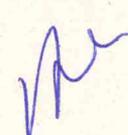
- ✓ Tutte le richieste dei materiali a scorta in farmacia pervengono tramite il programma SIRS, vengono validate dal farmacista e allestite nello stesso magazzino.
- ✓ Tutte le richieste sono effettuate dai vari Reparti come richieste in transito; sono valutate dal farmacista e confermate, eliminate o modificate secondo i criteri di buona gestione e trasformate sul programma SIRS in proposte d'acquisto per le UU.OO. richiedenti.

Inoltre, si fa presente che tutte le UU.OO. dispongono sul programma SIRS dell'armadio informatizzato attraverso la cui gestione la U.O. può verificare la corrispondenza del materiale inviato dalla Farmacia. Attraverso la gestione dell'armadio di reparto, le UU.OO. possono effettuare gli scarichi di tutto il materiale utilizzato per l'assistenza ai pazienti, per i resi in farmacia e per i prestiti tra le varie UU.OO.

Le movimentazioni informatizzate dei vari prodotti sono corredate di lotto e scadenza, per garantire una migliore tracciabilità, secondo quanto previsto dalla normativa di riferimento vigente.

## **19. RISCHIO CLINICO**

L'attività del Risk management è una attività complessa e plurispecialistica che richiede impegno, capacità di relazionarsi ed obiettività.



## Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

Per poter attivare una proficua azione di contenimento dei rischi è necessaria sia la partecipazione di tutto il personale, sia una Struttura del Rischio forte ed adeguata, con risorse idonee, in modo da costituire punto di riferimento per le Unità Operative. E' indispensabile, inoltre, un supporto della Direzione Strategica che sostenga il lavoro del Risk Management, rendendolo strategicamente importante.

Per ogni evento segnalato si è tenuta un'apposita riunione in cui si è analizzato l'evento e si sono evidenziate le azioni di miglioramento. In particolare, per le cadute è stata adottata una procedura aziendale per la gestione del rischio di caduta, che prevede la segnalazione, tramite schede suddivise per visitatore/utenti e pazienti e la successiva analisi dei singoli casi a cura della SSD Risk management.

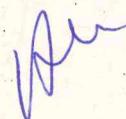
In caso di fattori strutturali, le criticità, anche rilevate nel corso di visite di Safety Walk Round (SWR), vengono segnalate al Servizio Tecnico per gli interventi necessari.

La finalità del SWR è di consentire la valutazione delle vulnerabilità del sistema e l'adozione, anche in tempi brevi, di misure preventive e, nello stesso tempo, favorire il reciproco impegno degli operatori e dei dirigenti nell'attuare miglioramenti per lo sviluppo di una cultura della sicurezza responsabile, come evidenziato nella letteratura. Nei casi di non completa applicazione della procedura vengono effettuate riunioni di reparto per valutare la mancata applicazione e supportarne le azioni di miglioramento.

Sono state avviate diverse iniziative di formazione nonché redazione/revisione di procedure specifiche, organizzazione di incontri formativi/informativi con personale sanitario, in particolare attraverso incontri nelle singole Unità Operative.

Il Responsabile ha rilevato, inoltre, che tra i rischi che si corrono sono particolarmente rilevanti quelli legati alla comunicazione, all'individuazione del giusto paziente e della giusta sede, al rischio infettivo e a quello di ritenzione del materiale sul sito chirurgico.

Pertanto, nel corso del 2018 e 2019 l'UOSD Gestione del rischio clinico con la collaborazione della Direzione del Presidio Unico ha promosso e svolto un corso di formazione sul percorso di sicurezza del paziente in sala operatoria, rivolto ad operatori sanitari (medici ed infermieri).



# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018/2020. Aggiornamento 2020

---

## 20. ATTIVITÀ POST-DECESSO

La morte è un momento di sofferenza per i familiari del deceduto. Pertanto, tutto il personale ospedaliero coinvolto nell'assistenza deve adoperarsi affinché questo evento sia affrontato nel modo più sereno possibile e affinché il Servizio Mortuario, facente parte dell'organizzazione ospedaliera, contribuisca a migliorare la gestione di chi si affida alle cure della nostra Azienda, fino al momento estremo della morte. Le procedure di polizia mortuaria interne all'Azienda hanno inizio con il decesso del paziente ed hanno termine con l'uscita della salma dall'ospedale. Vengono interessate diverse figure professionali che, in base agli specifici compiti, previsti ed assegnati da norme e regolamenti, devono interagire fra loro per la gestione corretta della salma.

Vista la fragilità in cui si trovano i famigliari, risulta utile dedicare un capitolo sull'attività conseguente al decesso in ambito intra-ospedaliero. Poiché questa risulta essere un'attività a forte rischio, si conviene di approfondirne alcuni, fra quelli segnalati nei PTPC, ritenuti maggiormente frequenti.

### ✓ **Segnalazione di decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri**

Il rischio descrive la circostanza per cui gli operatori della struttura sanitaria, anche in forza di propri rapporti personali, stringono accordi con talune imprese funerarie, affinché queste ultime siano informate tempestivamente dell'imminente, o avvenuto, decesso in cambio della spartizione degli utili. Il rischio può concretizzarsi anche nella pratica dell'indicazione ai parenti di una specifica impresa di onoranze funebri, da parte degli addetti alle camere mortuarie e dei reparti.

### ✓ **Richiesta o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento di funzioni**

Il rischio rappresenta la dinamica per cui gli operatori della struttura sanitaria accettino, o richiedano, la dazione di denaro o altre utilità allo scopo di compiere attività che rientrano già nell'alveo delle loro funzioni o dei compiti previsti. Inoltre, viene ricondotto a questa categoria di rischio anche lo svolgimento di attività al di fuori dei compiti d'ufficio dell'operatore sanitario, a favore di una o più agenzie di onoranze funebri in cambio di indebiti vantaggi. Quest'ultimo accordo può riguardare attività come la deposizione della salma nella bara, il montaggio della camera ardente o la vestizione del defunto.

