

Monitorização de Execução

Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas

RELATÓRIO ANUAL 2024

Unidade de Saúde da Ilha do Faial

N.º de tel. 292 207 200

Morada:
Estrada Príncipe Alberto do Mónaco
9900-038 Horta - Faial

Web site: <https://usifaial.saude.azores.gov.pt>
E-mail: sres-usifaial@azores.gov.pt

Conteúdos

Siglas	1
I – Enquadramento	2
II - A USIFaial	5
III - Elaboração do Relatório	1
IV - Monitorização	2
V - Avaliação das Medidas	7
VI – Divulgação	8
VII - Conclusões	9
VIII - ANEXOS	10

FICHA TÉCNICA:

Monitorização à execução do Plano de Prevenção de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações
Conexas - Relatório Anual – 2024

UNIDADE DE SAÚDE DA ILHA DO FAIAL

Siglas

Siglas e abreviaturas

CA	Conselho de Administração
CPA	Código de Procedimento Administrativo
CEFAPA	Centro de Formação da Administração Pública dos Açores
DRS	Direção Regional da Saúde
EGOAC	Equipa Gestora dos Acordos e Objetivos Contratualizados
ERS	Equipa do Risco e da Segurança
GAQ	Gabinete Gestão da Qualidade
IAR	Inspeção Administrativa Regional
IRS	Inspeção Regional da Saúde
NF	Núcleo de Formação
OPDD	Organização dos Processos de Deslocação de Doentes
PPGRCIC	Plano de Prevenção e de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RGPC	Regime Geral da Prevenção da Corrupção
SCI	Sistema de Controlo Interno
USIFaial	Unidade de Saúde da Ilha do Faial

“A integridade não é um ato, mas um hábito; agir com ética e respeito fortalece relações e constrói um futuro sólido.”

I – Enquadramento

O Plano de Prevenção e de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPGRCIC) na sua atual versão está ajustado aos normativos atuais e às recomendações das entidades de controlo.

O PPGRCIC da Unidade de Saúde da Ilha do Faial (USIFaial) é um instrumento de suporte do planeamento estratégico, de apoio à tomada de decisão e ao planeamento e execução de todas as desenvolvidas na unidade, desde a governança, gestão clínica e gestão das atividades de suporte. Para a revisão do PPGRCIC foi indispensável a colaboração e participação de todos os dirigentes, chefias e responsáveis de área, tendo sido dados contributos para:

- Identificação dos riscos potenciais;
- Classificação da probabilidade de ocorrência, da gravidade e dos possíveis impactos, assim como a aferição do risco e das medidas;
- Descrição das medidas preventivas a adotar para cada risco identificado;
- Identificação dos responsáveis pela execução das tarefas inerentes às medidas de prevenção do PPGRCIC.

A monitorização e acompanhamento das medidas preventivas é efetuada conforme se descreve nos capítulos deste relatório designados como “Monitorização” e “Avaliação das Medidas”.

Pretendeu-se ainda que na atual versão do PPGRCIC espelhar os princípios do Código de Ética e Conduta da USIFaial assim como sistematizar o cumprimento nesta Unidade de Saúde às diversas recomendações acima referidas e aos normativos em vigor.

NORMATIVOS LEGAIS:

- Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A – Orgânica e quadro de pessoal da Unidade de Saúde da Ilha do Faial.
- Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro – Cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral da prevenção da corrupção. DR, 1ª série, nº 237, de 9 de dezembro.
- Lei n.º 93/2021 de 20 de dezembro – Estabelece o regime geral de proteção de denunciantes, transpondo a Diretiva (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União. DR, 1ª série, nº 244, de 20 de dezembro.
- Portaria n.º 185/2024/1, de 14 de agosto - Aprova o modelo de declaração de inexistência de conflitos de interesses destinada aos membros dos órgãos de administração, dirigentes e trabalhadores das entidades públicas abrangidas pelo Regime Geral da Prevenção da Corrupção.

- Portaria n.º 38/2025/1, de 14 de fevereiro - Altera a Portaria n.º 185/2024/1, de 14 de agosto, que aprova o modelo de declaração de inexistência de conflitos de interesses destinada aos membros dos órgãos de administração, dirigentes e trabalhadores das entidades públicas abrangidas pelo Regime Geral da Prevenção da Corrupção.
- Resolução do Conselho de Ministros nº 37/2021 – Aprova a Estratégia Nacional Anticorrupção 2020-2024.

Recomendações:

- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção n.º 1/2010, de 7 de abril, sobre publicidade dos Planos de Prevenção de riscos de corrupção e Infrações conexas;
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2009 sobre Planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 1 de julho de 2015, sobre Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 2 de outubro de 2019, sobre Prevenção de riscos de corrupção na contratação pública.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 6 maio de 2020, sobre a Prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas no âmbito das medidas da resposta ao surto pandémico da Covid-19.
- Recomendação do Conselho de Prevenção da Corrupção, de 8 de janeiro de 2020, sobre Gestão de Conflitos de Interesses no sector público.
- Recomendação do MENAC n.º 1/2024 - Torna -se pública a recomendação ao Governo para que adote instrumentos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.
- Recomendação n.º 2/2023 - Torna-se pública a recomendação do Mecanismo Nacional Anticorrupção sobre a submissão dos instrumentos relativos aos programas de cumprimento normativo.
- Recomendação n.º 7/2024 - Divulga a recomendação aos responsáveis pelo cumprimento normativo.
- Recomendação n.º 9/2024 - Divulga a recomendação às entidades abrangidas para que os relatórios enviados ao Mecanismo Nacional Anticorrupção sejam assinados.

Orientações e Diretivas do MENAC:

- Orientação MENAC: n.º 1/2024, de 24 de setembro –Designação de responsável pelo cumprimento normativo.
- Cumprimento da Recomendação MENAC n.º 7/2024 – Modelo de Documento a preencher e apresentar pelo responsável do cumprimento do normativo (2024)
- Código de Conduta – Cuidados metodológicos de elaboração, adoção e dinamização – síntese (2024)

- Noções elementares sobre o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC). (Decreto-Lei nº 109-E/21 de 9 de dezembro) – (2024)
- Canal de Denúncia interna – Cuidados metodológicos de elaboração, adoção e dinamização - síntese (2024)
- Plano de Prevenção de Riscos - Cuidados metodológicos de elaboração, adoção e dinamização - síntese (2024)
- Programa de Formação e Comunicação para a Integridade – Síntese (2024)
- Responsável pelo cumprimento do normativo - Síntese

Guias:

- Guia nº 1/2023 – setembro – Os Instrumentos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção – algumas indicações e notas explicativas sobre cuidados metodológicos para a sua elaboração, adoção e dinamização.

II - A USIFaial

A Unidade de Saúde de Ilha Faial, doravante USIFaial, é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira, nos termos da lei. O Decreto Regulamentar Regional nº3/2011/A, de 28 de janeiro define a orgânica, competências e quadro de pessoal da USIFaial. Neste diploma é definido no seu art.º 2.º as atribuições da unidade:

“1 — A USIFaial tem como missão a promoção da saúde na sua área geográfica, através de ações de educação para a saúde, prevenção e prestação de cuidados na doença.

2 — Pode ainda a USIFaial prestar cuidados de saúde diferenciados e desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, de formação profissional, de investigação em cuidados de saúde, de melhoria da qualidade dos cuidados e de avaliação dos resultados da sua atividade.”

- Missão, Visão e Valores da USIFaial

Na sua Carta de Missão e Valores o Conselho de Administração expressa a vontade de alcançar um elevado nível ético, promovendo a sua divulgação interna e externa. De forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público. (aprovada pelo Conselho de Administração a: 07-07-2022 | Ref.ª do documento: 01|33|00). Neste documento de gestão ficou definido:

Missão

A *missão* da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.

O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, de forma cortês e profissional, com rigor e qualidade técnico-científica; utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.

Visão

A nossa visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

Valores

Como **valores** da Equipa salientamos os seguintes:

- **Integridade:** promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação:** traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade, Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade; e, Urbanidade por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

Objetivos

O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

- ✓ Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
- ✓ Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e com as várias entidades e parceiros;
- ✓ Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

- **Estrutura Orgânica da USIFaial**

A estrutura orgânica da USIFaial, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro, é composta por um Conselho de Administração (CA), um Conselho Consultivo e um Conselho Técnico.

A USIFaial é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira.

Conselho de Administração

Os representantes legais da USIFaial são os membros do Conselho de Administração:

- Andy Rodrigues– Presidente do Conselho de Administração
- Nídia de Fátima Neves Faria– Vogal Executiva e Diretora Clínica
- Maria Manuela Ferreira Oliveira– Vogal Executiva e Diretora de Enfermagem

Existe um Regulamento Interno de Funcionamento do CA, aprovado pelo CA em 06 de janeiro de 2017 e homologado pelo Ex.mo Sr. Secretário Regional da Saúde, em 28 de janeiro de 2017. Em dezembro de 2019 foi efetuada uma análise ao conteúdo do documento verificando-se que o mesmo se mantém atualizado tendo sido prorrogado o prazo de revisão por 3 anos conforme registo interno: Int-USIF/2019/2908. Em dezembro de 2022 foi efetuada nova revisão ao documento e por o mesmo se manter adequado foi validado o seu conteúdo e enviado para a Secretaria Regional da Saúde e do Desporto, designação de então, a 10 de janeiro de 2023 (Sai-USF/2023/12).

Conselho Consultivo

Em agosto de 2020 foi efetuada revisão e análise ao conteúdo do regulamento pelo Conselho de Administração tendo sido considerado que o conteúdo se mantinha atualizado, pelo que, foi prorrogado a revisão para 3 anos.

Em novembro de 2022 foram contatados todos os representantes dos parceiros e da comunidade para atualização e constituição deste órgão.

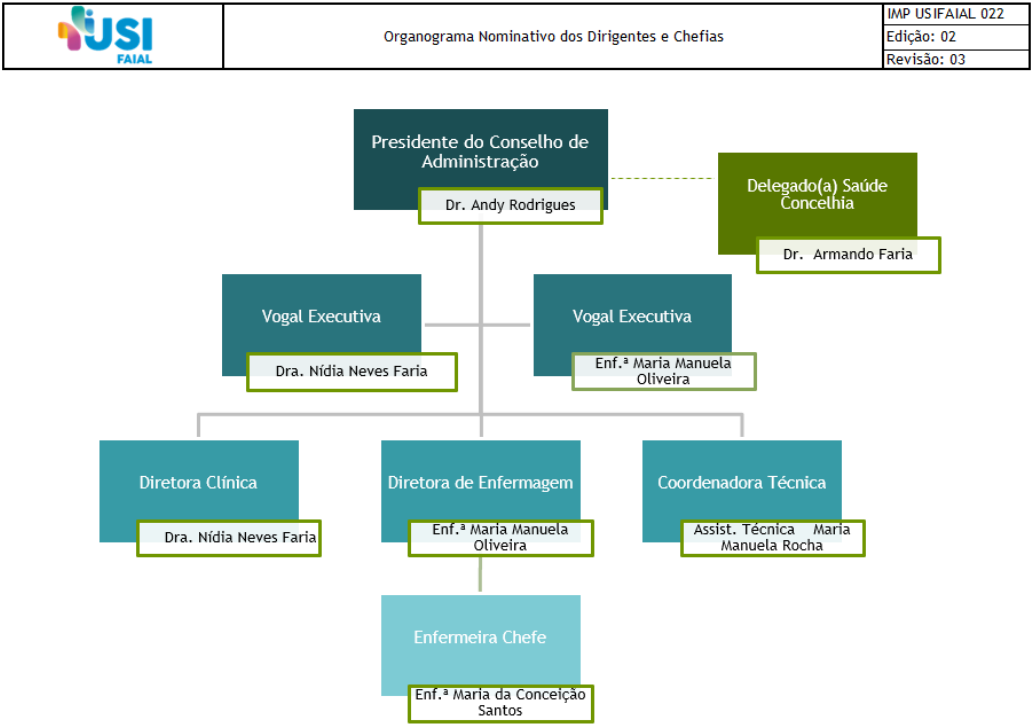
Conselho Técnico

O Conselho Técnico é um órgão de consulta e de apoio técnico da USIFaial que será renomeado de acordo com a tomada de posse do atual CA.

O Regulamento Interno do Conselho Técnico foi homologado pelo Ex.mo Sr. Secretário Regional da Saúde a 19 de abril de 2016 (artigo 20.º, n.º 1, alínea c).

Em 2019 e 2022 foram efetuadas análises ao documento e verificando-se que o seu conteúdo se mantinha atualizado, pelo que, foi aprovado uma renovação automática da sua revisão. Em 2025 está prevista a revisão e atualização (se aplicável) deste normativo.

Organograma nominativo dos Dirigentes e Chefias Intermédias (a 31 de dezembro 2024)



Para a prestação de cuidados de saúde foi prevista a criação de quatro “Unidades Funcionais”: unidade de saúde familiar e comunitária, unidade de saúde pública, unidade de diagnóstico e tratamento e, unidade básica de urgência, esta última não aplicável à USIFaial.

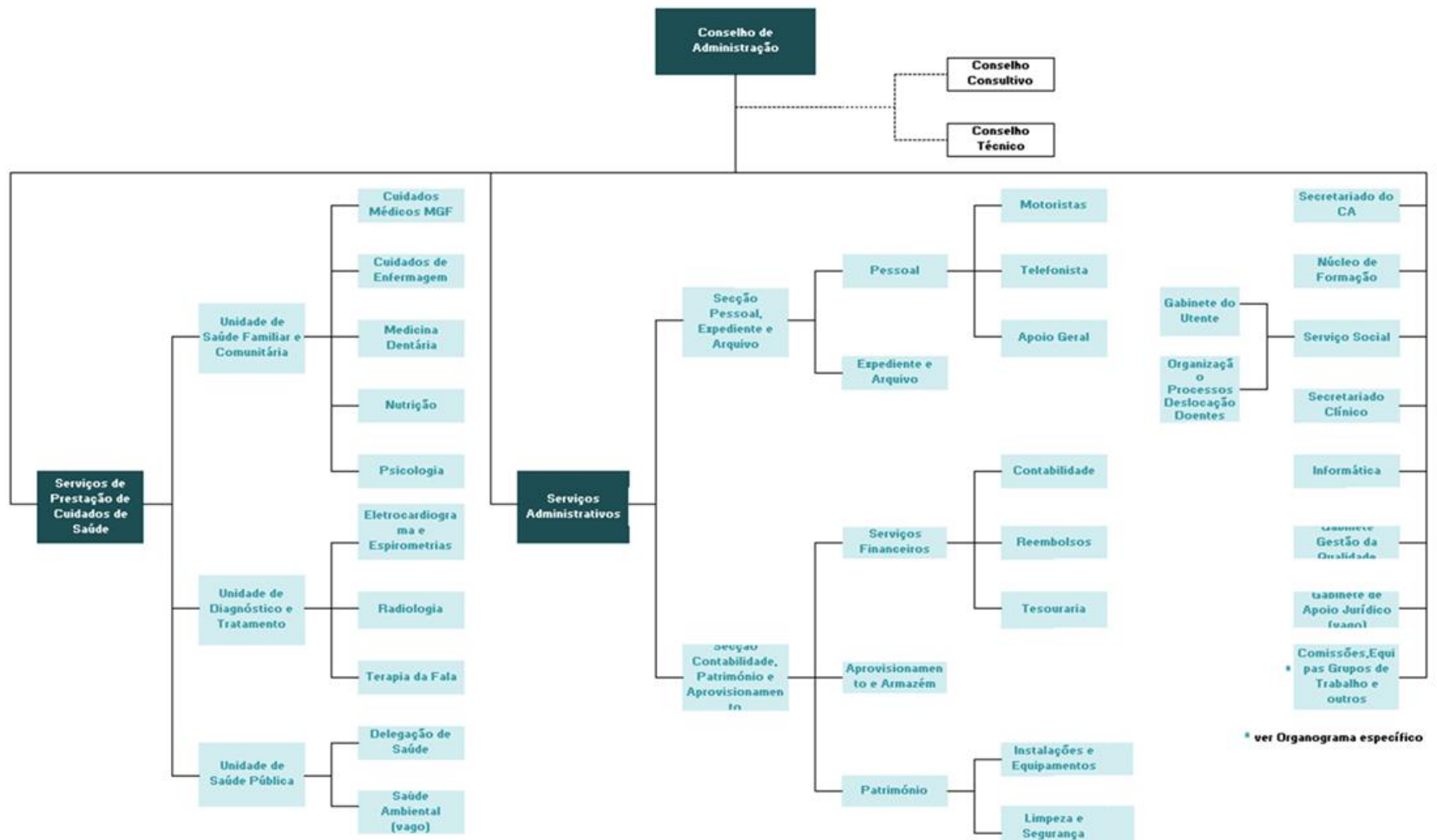
A área administrativa integra duas secções:

- Secção de pessoal, expediente e arquivo;
- Secção de contabilidade, património e aprovisionamento.

Internamente foram nomeados pelo Conselho de Administração responsáveis de área /equipa a quem são atribuídas as seguintes funções:

- Elaboração de planos e relatórios de atividades;
- Propor objetivos para o serviço/área;
- Coordenação diária das atividades e profissionais sob a sua responsabilidade e correção dos desvios detetados;
- Apoiar o superior hierárquico no planeamento das férias, escalas de serviço, intersubstituições e emissões de parecer para frequência de formação (entre outros);
- Preparar as reuniões com as equipas e com o superior hierárquico;
- Garantir o cumprimento da legislação, dos procedimentos e normas do serviço/ área em particular, e da USIFaial, em geral;
- Colaborar com os dirigentes na avaliação de desempenho;
- Contribuir para a melhoria contínua dos seus serviços.

Organograma Funcional



* ver Organograma específico

III - Elaboração do Relatório

Conforme o exposto no ponto 3.4 “Identificação dos responsáveis do PPGRIC” do PPGRIC, a responsabilidade pela elaboração dos relatórios anuais de execução e dos relatórios intercalares de execução, entre outras funções está sob a responsabilidade do grupo de trabalho PPGRIC.

O Relatório de execução anual do ano 2024 foi assim elaborado por quem integra o quadro do pessoal da USIFaial e que faz parte este grupo de trabalho PPGRIC: Coordenadora do Gabinete de Gestão da Qualidade, revisto e validado pelo Presidente do Conselho de Administração da USIFaial.

IV - Monitorização

Monitorização periódica da execução das medidas do PPGRIC

O acompanhamento e monitorização das ações/medidas preventivas e das irregularidades existentes da unidade são da responsabilidade do grupo de trabalho do PPGRIC. Assim, a atividade deste grupo é de ajudar a unidade de saúde a identificar e a avaliar as exposições significativas ao risco e contribuir para melhorar a gestão de risco e os respetivos sistemas de controlo.

Conforme previsto no art.º 10º do DL n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro a USIFaial implementa mecanismos para avaliação do PPGRIC abrangendo os controlos para avaliar a eficácia e garantir a melhoria contínua, através de:

- No mês de outubro de 2024 foi efetuado o relatório intercalar de execução para avaliação da implementação das medidas preventivas dos riscos elevados dando, assim, cumprimento à lei vigente e ao exposto no PPGRIC da USIFaial. O citado relatório foi enviado para a tutela (SRSSS e DRS) e às entidades de controlo (MENAC, IAR e IRS), assim como disponibilizado na intranet e no site oficial da unidade.
- Em agosto de 2024 foi realizada uma monitorização parcial interna à execução de todas as medidas do PPGRIC da USIFaial dando assim cumprimento ao estipulado como ação de melhoria interna.
- E abril de 2025 elabora-se o presente relatório para avaliação da execução do PPGRIC que após aprovado será remetido à tutela e às entidades de controlo (MENAC, IAR e IRS), assim como disponibilizado na intranet e no site oficial da unidade.

A coordenação da monitorização periódica e sistemática às medidas do PPGRIC é feita com o envolvimento dos dirigentes, chefias e responsáveis das diferentes áreas de intervenção, onde se pretende identificar as não conformidades ou desvios, as ações de melhoria e as recomendações propostas. Sempre que sejam diagnosticados riscos que importe prevenir, os dirigentes e demais responsáveis das diversas áreas de intervenção devem informar o coordenador do grupo de trabalho do PPGRIC para que, em conjunto com o Conselho de Administração, possam promover a adequação dos processos da USIFaial de forma a uma eficiente gestão dos riscos.

Responsáveis pela monitorização da execução das medidas do PPGRIC

Área	Responsáveis pela Implementação das medidas
Conselho de Administração	Andy Rodrigues - Presidente Manuela Oliveira - Vogal executivo Nidia Neves - Vogal executivo
Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde	Diretora Clínica – Nidia Neves Diretora de Enfermagem – Manuela Oliveira Enfermeira Chefe – Conceição Santos
Grupo de Trabalho PPGRIC	Coord. do Gabinete do Sistema Gestão da Qualidade – Celeste Freitas Resp. de área Financeira– Susana Simas Jurista – contratação externa
Delegação de Saúde	Delegado de Saúde – Armando Faria
Pessoal, Expediente, Arquivo Geral, Motoristas (gestão do serviço de viaturas), telefonista e assistentes operacionais	Coordenadora Técnica – Manuela Rocha
Área Financeira (contabilidade, tesouraria e reembolsos)	Resp. de área – Susana Simas
Aprovisionamento e Armazém	Resp. de área – António Carvalho
Instalações e Equipamentos, Património, Limpeza e Segurança	Resp. de área - Francisco Salgueiro
Informática	Resp. de área – Regina Duarte
Secretariado Clínico e Arquivo Clínico	Resp. de área – Vitor Geraldo
Organização dos Processos de Deslocação de Doentes	Resp. de área – Anabela Pacheco
Serviço Social / Gabinete do utente	Resp. de área – Diana Escobar
Gabinete Gestão da Qualidade	Resp. de área – Celeste Freitas
Núcleo de Formação	Coordenadora – Márcia Lourenço
Equipa de Comunicação	Coordenador - Rui Mendes
Equipa de Gestão dos Objetivos e Acordos Contratualizados	Coordenador - Rui Mendes

Outros Tipos de controlo periódico:

Conflito de Interesses – medidas e mecanismos de monitorização para prevenir e gerir situações de conflito de interesses

No dia 18 de junho de 2024 iniciou-se o processo da autoavaliação anual da gestão de conflitos de interesses conforme previsto na alínea n) do ponto 1 da recomendação n.º 3/2020, do Conselho de Prevenção de Corrupção, de 8 de janeiro de 2020, as orientações da Inspeção Administrativa Regional da Transparência e do Combate à Corrupção e de acordo com os normativos internos em especial o Código de Ética e de Conduta da USIFaial (em particular o que consta do art.º 9º, pág. 7) e o Plano de Prevenção e Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas da USIFaial.

Para esta autoavaliação foi utilizado o mesmo modelo de questionário utilizado na anterior avaliação alargando o seu âmbito de aplicação, a saber: dirigentes – membros do CA; chefias – Enfermeira Chefe e Coordenadora Técnica; e, responsáveis das seguintes áreas: Aprovisionamento, Área Financeira, Secretariado Clínico, Serviço de Informática e Serviço Social. Foram distribuídos 12 questionários e obtidas respostas por parte de todos os dirigentes e chefias. Os resultados foram os seguintes, a saber: 100% de participação, em que 67% de cumprimento do prazo de resposta estipulado e 33% de participações extra prazo o que originou a um atraso na finalização do tempo previsto para a realização deste trabalho. Foi elaborado relatório a 14 de agosto de 2024 tendo o mesmo sido submetido a despacho do CA.

Em 2024 efetuou-se a revisão e atualização do formulário “Declaração de Inexistência de Conflitos de Interesses” (IMP USIFaial 021), de acordo com a Portaria n.º 185/2024/1, de 14 de agosto.

Acumulação de funções, contratação pública, controlo do orçamento

Em relação ao à subscrição de declarações de interesses, incompatibilidades e impedimentos (dirigentes e trabalhadores) referimos que no ano de 2024, de acordo com o Procedimento Acumulação de Funções/Incompatibilidades e Impedimentos, foi elaborada Nota Interna – Pedido de Acumulação de Funções (Int-USIF/2024/328, de 01-02-2024), com o objetivo de informar todos os trabalhadores da USIFaial que se encontravam a prestar funções ou atividades privadas que deviam fazer o seu pedido usando para tal o formulário existente. O serviço de Pessoal recebeu o total de 12 pedidos, em que todos foram objeto de autorização.

Quanto ao controlo do Orçamento refere-se que o orçamento final no ano 2024 cifrou-se nos 9 175 414 EUR tendo sido efetuadas 7 Alterações Orçamentais. A execução orçamental atingiu os 80% (compromissos assumidos e pagos) e física 86%.

Controlo Interno

A 31 de janeiro de 2025 concluiu-se a elaboração da Norma de Controlo Interno da USIFaial e aprovado na mesma data pelo Órgão de gestão, tendo sido enviada para a tutela e entidades de controlo. Não foram desenvolvidas avaliações no âmbito do controlo Interno.

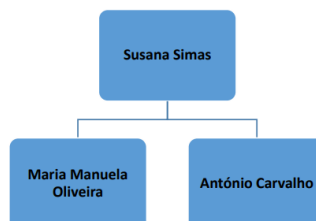
Plano de Recuperação e Resiliência (PRR)

A Unidade de saúde da Ilha do Faial é Entidade Beneficiária do PRR tendo como ponto de contacto (Compras SRSA-Aplicação/PRR) a técnica superior, Susana Catarina Bettencourt de Simas

Relativamente à identificação das unidades orgânicas e recursos humanos e meios afetos ao PRR, ficaram definidos como recursos humanos afetos os responsáveis das áreas financeira e do aprovisionamento da USIFaial, bem como um representante do CA:

- Enf.ª Maria Manuela Oliveira (Vogal Executiva)
- Dra. Susana Simas – Responsável da área financeira
- António Carvalho – Responsável pelo aprovisionamento

Organograma Plano de Recuperação e Resiliência



Plataforma PRR - users:

- Enf.ª Maria Manuela Oliveira (Vogal Executiva)
- Dra. Susana Simas – responsável da área financeira
- António Carvalho – responsável pelo aprovisionamento

O controlo e inserção de documentos na plataforma PRR são assegurados pelo ponto de contacto da USIFaial referido anteriormente.

Canal de Denúncia

Em 2024 não se registaram denúncias à USIFaial.

Relatório de Atividades da USIFaial

O Relatório de Atividades da USIFaial/2024, atualmente na fase de revisão de conteúdo para aprovação do CA, dedica um capítulo aos “Instrumentos para Gerir e Promover a Qualidade” onde na sua alínea b) aborda as “Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude” considerando os seguintes itens para a avaliação dos resultados obtidos em termos qualitativos e quantitativos; e, no capítulo Formação destaca os eventos formativos internos e externos com participação dos trabalhadores da USIFaial.

Recomendação MENAC nº 7/2024

Em dezembro de 2024 corrigiu-se o desvio no cumprimento do exposto na recomendação MENAC nº 7/2024 em particular “comunicado mensalmente ao MENAC durante a primeira semana do mês seguinte ao mês a que respeita, com referência ao cumprimento normativo, se houve regularidade no seu cumprimento ou se houve falhas ou irregularidades, identificando-as.” Situação que foi regularizada com os ofícios sai-USIF/2024/1046, sai-USIF/2025/11, sai-USIF/2025/110, sai-USIF/2025/757, sai-USIF/2025/267 todos submetidos na Plataforma RGPC.

Salienta-se que à data de elaboração do presente relatório de avaliação anual detetou-se a necessidade de melhoria seguindo, para tal, a orientação “Cumprimento da recomendação n.º 7/2024 – Modelo de documento a preencher e apresentar pelo responsável pelo cumprimento do Normativo”, o que será feito em comunicações futuras.

Plataforma Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC)

Com a disponibilização da RGPC a USIFaial efetuou o seu registo e inseriu as evidências existentes e solicitadas.

V - Avaliação das Medidas

Ponto de Situação – Avaliação do estado de implementação das medidas preventivas

Nesta avaliação, considera-se que as ações preventivas previstas no PPGRIC são corretas e adequadas, contribuindo para eliminar ou evitar os riscos de corrupção e de fraude da USIFaial. No PPGRIC foram identificados 138 riscos, classificados em Risco Fraco 1; Risco Moderado 2 e Risco Elevado 3. Para cada Risco identificado foram definidas medidas preventivas. Assim, verificamos que existem: i) 77 medidas para os Riscos Fracos, ii) 52 medidas para os Riscos Moderados; e, 9 Medidas para os Riscos Elevados.

Da totalidade das 138 medidas verificamos 90% de medidas implementadas o que corresponde a uma melhoria significativa do compromisso e assunção da cultura de responsabilidade e ética existente na Unidade, face aos resultados de 2023 (77% de implementação). De destacar que no final do ano de 2023 não se observaram medidas por implementar, o que revela outro bom sinal de melhoria significativa com o compromisso de integridade. Em relação às medidas já implementadas recomenda-se que seja assegurada a sua consolidação e continuidade e às parcialmente não executadas uma análise para assegurar a sua execução.

Tendo em conta as respostas obtidas, podemos apresentar um quadro geral do grau de execução das medidas implementadas no final do ano de 2024:

	Execução das medidas implementadas (ver anexos)			
	Medidas Implementadas	Medidas parcialmente implementadas	Medidas ainda não implementadas	Total
2024	124 (90%)	14 (10%)	0	138 (100%)
2023	106 (77%)	28 (20%)	4 (3%)	138 (100%)

No anexo I enumeram-se todas as medidas previstas no PPGRIC, sendo que para cada medida é indicado o respetivo estado: implementada e/ou parcialmente implementada.

Com agrado registamos que os números ora apresentados correspondem a um estado muito positivo da implementação das medidas/ações preconizadas no PPGRIC da USIFaial. Esta situação continua a demonstrar o compromisso, sentido de ética e responsabilidade dos dirigentes e colaboradores USIFaial.



Entrada principal da USIFaial

VI – Divulgação

A divulgação do Relatório Anual de Monitorização à Execução do PPGRIC da USIFaial é feita pelas seguintes vias:

- Internamente – disponibilizado a todos os colaboradores na página da Intranet;
- Externamente – acessível aos cidadãos através da página oficial da USIFaial.

O relatório é enviado às seguintes entidades, a saber:

- Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social;
- Direção Regional da Saúde;
- Inspeção Administrativa Regional;
- Inspeção Regional da Saúde
- Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) em que a partir do final do ano usada como meio a Plataforma do Regime Geral da Prevenção da Corrupção.

VII - Conclusões

Considerando os resultados da avaliação à implementação das ações e medidas preventivas do PPGRIC da USIFaial cremos que é de elogiar todos os dirigentes, chefias, responsáveis de área e trabalhadores pelos resultados obtidos. Sem dúvida, correspondem a uma evolução gradual e positiva das medidas.

Reconhece-se a importância da realização de uma monitorização intermédia para análise das dificuldades para a sua total implementação.

Em 2025 está prevista a revisão e atualização do PPGRIC que será uma oportunidade para ser revisto e atualizado o mapa de riscos.

É de destacar que se constata um esforço de todos para o cumprimento da missão, visão e valores da USIFaial, e das medidas preventivas da corrupção e infrações conexas constatando-se a consolidação dos conhecimentos, atitudes e valores visando a melhoria contínua..

Responsáveis pela elaboração do Relatório,

VIII - ANEXOS

Grelhas de resultados por responsáveis.

Responsabilidade	Pág.
Conselho de Administração e Presidente do Conselho de Administração	11
Direção Clínica e Direção de Enfermagem	17
Enfermeira Chefe	19
Coordenadora Técnica	20
Dirigentes, Chefias e Responsáveis de Área	27
Resp. Área Financeira e Sistema de Controlo Interno	30
Responsável: Aprovisionamento e Armazém	34
Responsável: Serviço de Instalações e Equipamentos	38
Responsável: Serviço de Informática	40
Responsável: Secretariado Clínico	41
Responsável: Serviço Social (inclui Serviço Social, Deslocação de Doentes e Gabinete do Utente)	42
Responsável: Núcleo de Formação	43
Responsável: Grupo de Trabalho PPGRIC	44
Responsável: Gabinete da Gestão da Qualidade	44
Responsável: Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados	45
Responsável: Equipa de Comunicação	45

Conselho de Administração e Presidente do Conselho de Administração

Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Conflito de interesses: Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas; Favorecimento de concorrente a procedimento, no qual o dirigente, chefia ou trabalhador, seu familiar ou amigo tenha algum interesse na adjudicação, execução do contrato, na tramitação do processo ou na tomada da decisão. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos, na tomada de decisão ou na execução do contrato.	1-Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais, assim como existir uma estrutura hierarquizada com nível de decisão. 2-Anualmente, serem assinadas as Declarações Incompatibilidades e Conflito de Interesses e estas enviadas para o Serviço de Pessoal.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA	Implementada
Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários da USIFaial ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome da USIFaial. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros. Garantir a tomada de conhecimento e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial	1-Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. 2-Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. 3-Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. 4-Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. 5-Cumprir o Código de Ética e Conduta da USIFaial que se encontra em vigor. 6 - Garantir a tomada de conhecimento dos conceitos e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial.	Geral	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Implementada
Avaliação de desempenho: as avaliações de desempenho irregulares favorecendo ou prejudicando trabalhadores.	1-A existência de uma estrutura hierarquizada. Definição legal das responsabilidades de Dirigentes e Chefias. 2-No âmbito do SIADAPRA, a existência de um Conselho Coordenador da Avaliação onde são validadas as avaliações, assim como a existência de uma Comissão Paritária, onde se encontram representados os vários grupos profissionais.	Vogais Executivos, Chefias, Responsáveis de Área	Presidente do CA	Implementada
Informação não atempada quando solicitada aos Serviços para cumprir com os prazos legais.	Reenvio por e-mail a relembrar da solicitação da informação necessária, conjuntamente com contacto pessoal ou telefónico para os Serviços.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada
Alteração do contexto interno - Surto Pandémico (ex.: Pandemia COVID-19) - processos chave e de suporte	Reorganização de processos: acompanhamento dos serviços e incentivar a participação em formação por via digital.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada
Falta de orientações específicas na contratação de fornecedores externos	Sensibilização para necessidade de contratação de fornecedores externos, não apenas com recurso ao preço.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada

Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Ausência de mecanismos que capacite os gestores e chefias para a tomada de decisão (Organização Interna).	Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia e capacite os gestores para a tomada de decisão.	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Presidente do CA	Implementada
Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aproveitamento e Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Cedência a entidades alheias à unidade de dados confidenciais relevantes, relativos a doentes/utentes e colaboradores.	1-Monitorizar o circuito de cedência de informação necessária ao exterior. 2-Acompanhar as iniciativas da DRS do controlo da partilha de informação.	Proteção dados pessoais	Presidente do CA	Implementada
Divulgação e exposição de informação clínica e/ou reservada dos doentes/utentes a entidades externas ao SRS e, interna que sejam alheias a esse circuito de informação.	1-Atribuição de perfis de utilização e responsabilização dos colaboradores com acesso a informação clínica; 2-Elaboração de procedimentos com funções e responsabilidades dos profissionais do USIFaial; 3-Monitorizar o cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções.	Proteção Dados Pessoais	Presidente do CA	Implementada
Contencioso - Incumprimentos processuais.	Mecanismos de controlo de tratamento dos processos.	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Implementada
Incumprimento objetivos organizacionais - Inexistência de colaboradores e inadequação das atribuições do Gabinete Jurídico/recursos humanos disponíveis.	Solicitação de colaborador (técnico superior) para substituição nas ausências do único elemento do serviço, permitir a segregação de funções, delegação e validação de procedimentos bem como a exequibilidade dos objetivos propostos.	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Implementada
Jurídico - Dilação das respostas.	Solicitação de colaborador (técnico superior/assistente técnico).	Conselho de Administração/Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Implementada

Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Incumprimento dos deveres de informação a prestar à SRS, DRS e Tribunal de Contas.	1-Responsabilizar um colaborador pela execução das tarefas, dando-lhe conhecimento prévio das funções atribuídas e dos prazos a cumprir. 2- Assegurar que, atempadamente, os serviços responsáveis pelos registos em que assentam os reportes procedem em conformidade. 3-Colaborar com o Serviço de Gestão Financeira na realização das tarefas de encerramento mensal das contas, designadamente na especialização os diferimentos dos subsídios e no processo de conferência. 3-O responsável do serviço deve assegurar o cumprimento da prestação da informação. 4-Após a receção de email por incumprimento dos prazos, o responsável do serviço assegura que a informação é imediatamente reportada.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada
Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	1-Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias (cronograma). 2-Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando a Resp. Serv. Financeiros pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação.	Serviços Financeiros e Conselho de Administração	Presidente do CA e Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Não proceder à elaboração dos instrumentos previsionais de gestão, dentro dos prazos estabelecidos.	1-Solicitar antecipadamente ou logo após a receção das orientações da Tutela, a informação necessária para a elaboração dos instrumentos previsionais de gestão. 2- Responsabilizar os serviços intervenientes pela execução atempada das tarefas que lhe estão atribuídas, enviando lembretes via email para reforçar o pedido.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada
Falta de conhecimento prévio do início de alguns estágios pela Coordenadora Técnica. O facto de novos trabalhadores, designadamente prestadores iniciarem funções sem comunicação prévia para atribuição de credenciais, para aceder às aplicações informáticas. Eventual risco de utilização de <i>password</i> de colega;	Comunicação atempada à Coordenadora Técnica dos Estágios. Comunicação atempada por escrito pela Coord. Técnica ou por quem a substitui ao Serviço de Informática de todas as entradas de forma a que o novo trabalhador tenha a <i>password</i> a tempo e de forma a serem ajustados os respetivos acessos.	Serviço de Pessoal	Presidente do CA	Implementada
Acumulação de funções públicas/privadas: Exercício de atividades acumuladas não autorizadas. Comprometimento da isenção e da imparcialidade exigidas no exercício de funções públicas. Inexistência de declaração de conflito de interesses ou não cessação imediata das funções em caso superveniente deste.	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções, nos termos do artigo 29.º da Lei nº12-A/2008, de 27 de fevereiro, por exemplo a obrigatoriedade de apresentação/renovação anual de pedido de acumulação de funções. Assim como, controlar regularmente os pedidos autorizados de acumulação de funções, no sentido de verificar a sua atualidade e abrangência. Existência de política de sanções em caso de violação dos normativos legais.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA	Implementada

Riscos identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Ofertas: Influência junto do órgão máximo, da chefia ou de funcionários da instituição para concessão de tratamento de favor ou ignorar disposições regulamentares. Suspeitas de decisões serem tomadas de forma parcial, influenciadas pelo recebimento de ofertas, contrapartidas ou favores.	Existência de mecanismos legais para prevenção e repressão em caso de incumprimento. Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. Definir procedimentos a serem observados no caso de recebimento de ofertas de valor simbólico e/ou sentimental e de custo muito reduzido.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA	Implementada
Assédio moral ou discriminação: O assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras.	Existência de um Canal de Denúncia.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA	Implementada
Violação dos princípios da igualdade e da proporcionalidade (favorecimento). Tentativa de influência junto do dirigente ou chefia para concessão de tratamento de favor. Tratamento privilegiado de pessoa ou pessoas. Prejuízo de uma pessoa na tramitação de processos ou na tomada de decisão.	Criação de níveis de serviço que garantam que situações iguais devem ter tratamento igual.	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Presidente do CA	Implementada
Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	1-Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias. 2-Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando a Resp. Serv. Financeiros pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação.	Serviços Financeiros Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada
Ausência de um Técnico Superior área jurídica.	Contratação de um Técnico Superior Área Jurídica	Conselho de Administração Gabinete Jurídico	Presidente do CA	Implementada
Ausência ou desatualização no Sistema de Controlo Interno sobre os princípios da boa gestão e salvaguarda dos interesses financeiros no âmbito do PRR	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações de prevenção de conflito de interesses, de fraude, de corrupção e de duplo financiamento conforme normas da EU (PRR)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno	Implementada
Não ter em consideração os resultados de autoavaliações efetuadas a situações de conflito de interesses	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações para evitar ausência de análise e correção de situações reais e eventuais decorrentes de autoavaliações efetuadas (ex.: relatórios intercalares de execução, questionários, etc.)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Exercício de atividade em acumulação de funções incompatível com as atividades da unidade de saúde e/ou sem autorização prévia do CA	1- Declaração de acumulação de funções e inexistência de conflito de interesses e impedimentos. 2- Acompanhamento de todos os pedidos de acumulação de funções.	Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica	Parcialmente Implementada
Incumprimento dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade nos processos de contratação de trabalhadores	1- Sensibilização por parte da coordenadora técnica ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri logo no início do processo de recrutamento. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Dirigentes, Chefias, Responsáveis de Área e Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica	Implementada
Incumprimento dos deveres de isenção e imparcialidade assim como favorecimento na escolha de fornecedores, nas situações em que seja necessário constituir júri, devido a situações de impedimento e conflito de interesses, incluindo aquisições no âmbito do PRR.	1- Sensibilização por parte do Presidente do CA ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Existência de conflitos de interesses (reais, aparentes ou potenciais) de sobreposição de interesses privados sobre os interesses públicos que os titulares de cargos públicos, políticos e administrativos, estão obrigados a defender, quer durante o exercício do mandato ou funções, quer mesmo em momento anterior ao exercício ou após a sua cessação. Tanto podem gerar conflitos de interesses situações de trabalhadores que deixam o cargo público para assumir funções privadas, como situações de trabalhadores que detêm interesses particulares que poderão vir a ser incompatíveis com o interesse geral inerente ao futuro exercício de cargo público.	1 - Sensibilização no início do exercício de funções para esta situações de conflito de interesses. 2 - Autoavaliação dos normativos da gestão de conflitos de interesses tendo em conta as tipologias de transição (Tipo 1 - Transição do setor público para o privado; Tipo 2 - Transição do setor privado para o público; e, Tipo 3 - Transição do setor privado para o público e posterior regresso ao setor privado, ou transição do setor público para o privado, com posterior regresso ao setor público, vulgarmente designada por "dupla porta giratória"). 3 - Existência de requerimentos de acumulação de funções dirigidos ao CA e/ou ao membro do governo que tutela a saúde, para os tralhadores e membros do CA respetivamente.	Gestão	Presidente do CA, Coordenadora Técnica e Responsável do Serviço de Controlo Interno	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Falta de transparência e/ou incorreção de prestação de informações e das fundamentações para a decisão de contratar, escolha de procedimentos, estimativa de valor e escolha do adjudicatário	1 - Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2 - Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 3- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos. 4 - Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política Antifraude e Canal de Denúncias.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Aprovisionamento	Parcialmente Implementada
Falta de transparência nos procedimentos de contratação pública	1 - Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2 - Privilegiar o máximo possível o recurso a procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto. 3 - Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 4- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Aprovisionamento	Parcialmente Implementada
Alteração do contexto interno - Surtos Pandémicos (ex.: Pandemia COVID-19) - processos chave e de suporte	Reorganização de processos: acompanhamento dos serviços e incentivar a participação em formação por via digital.	Conselho de Administração	Presidente do CA	Implementada

Direção Clínica e Direção de Enfermagem

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Alteração do contexto interno - Surtos Pandémicos (ex.: Pandemia COVID-1) - gestão pandemia	Reorganização de processos: rastreios, vacinação, acompanhamento de planos de contingência externos, vigilância epidemiológica e vigilância de casos ativos de Covid, emissão de altas e declarações de doença e de isolamentos profiláticos.	Delegação de Saúde	Diretora Clínica e Diretora Enfermagem	Implementada
Falta de controlo no processo de referenciação de utentes para o Hospital da Horta	Monitorização das referenciações	Serviços Prestação de Cuidados	Diretor(a) Clínico(a)	Implementada
Produção clínica registada sem execução do respetivo ato.	Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas.	Serviços Prestação de Cuidados	Diretora Clínica e Diretora Enfermagem	Implementada
Acesso indevido à vacinação Covid 19	Reorganização dos processos para a vacinação Covid 19 de acordo com as normas em vigor emanadas pela DRS na identificação da população elegível e divulgação aos profissionais de saúde.	Vacinação	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe	Implementada
Falhas na referenciação de utentes para o hospital de referência e no âmbito de deslocação de doentes	Monitorização das referenciações /deslocações dos utentes e	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)	Implementada
Relação com a indústria farmacêutica (favorecimento de empresas na prescrição de fármacos e dispositivos médicos).	1- Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed; 2- Relatório com os maiores prescritores de medicamentos e quais os medicamentos; 3- A entrada de novos medicamentos é avaliada pela Direção Clínica.	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de Enfermagem	Implementada
Inadequada codificação dos atos clínicos.	1- Autoauditorias internas realizadas à codificação dos atos no âmbito das avaliações sistemáticas à qualidade dos registos clínicos; 2- Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma, conforme codificação; 3- Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a orçamentada.	Prestação de Cuidados de Saúde	Diretor(a) Clínico(a)	Implementada
Apropriação indevida de material clínico.	1- Controlo dos consumos de material clínico; 2- O consumo do material oscila. (ex.: um tratamento de penso o material pode diferir ao longo do tratamento assim como a quantidade) pelo que importa efetuar uma monitorização dos consumos versus atividade da USIFaial.	Direção de Enfermagem	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe	Implementada
Externalização de MCDT sem processo transparente de escolha do prestador.	1- Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração); 2- Para exames que são solicitados que representam grande volume financeiro, são feitos processos de compras; 3- Realização de relatórios com indicação dos MCDT que foram mais vezes realizados no exterior e clínicas onde foram realizados; 4- Auditorias ao agendamento de MCDT.	Prestação de Cuidados-área médica	Diretor(a) Clínico(a)	Implementada

Enfermeira Chefe

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Acesso indevido à vacinação Covid 19	Reorganização dos processos para a vacinação Covid 19 de acordo com as normas em vigor emanadas pela DRS na identificação da população elegível e divulgação aos profissionais de saúde.	Vacinação	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe	Implementada
Apropriação indevida de material clínico.	1- Controlo dos consumos de material clínico; 2- O consumo do material oscila. (ex.: um tratamento de penso o material pode diferir ao longo do tratamento assim como a quantidade) pelo que importa efetuar uma monitorização dos consumos versus atividade da USIFaial.	Direção de Enfermagem	Diretora de Enfermagem e Enfermeira Chefe	Implementada
Acesso indevido às instalações e desvio de produtos clínicos.	1- Nos gabinetes de prestação de cuidados o acesso está restringido a pessoas autorizadas; 2- São feitas monitorizações periódicas à quantidade de consumíveis clínicos armazenados na Sala de Tratamentos, Sala de Vacinação, Gab Serviços Externos(e malas); Gab saúde materna, serviço de medicina dentária com a colaboração existente da Enfermeira Chefe e do Resp. área (se necessário recorrer a um elemento da ER)S; 3- Restrição de acesso físico aos armazéns avançados apenas aos utilizadores autorizados que necessitem de material para a prestação diária de cuidados, com registo e identificação dos mesmos. Contagens periódicas e inventário de final do ano aos armazéns avançados. Promoção de segregação de funções. Locais fechados com chave.	Sala de tratamentos Serviço externos Gabinete Saúde Materna Medicina Dentária Vacinação	Enfermeira Chefe, Resp. Medicina Dentária	Implementada

Coordenadora Técnica

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Dependência excessiva em determinados funcionários (falta de gestão de conhecimento).	1-Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutela; 2- Promoção da participação em formação profissional; 3-Promover a partilha de conhecimento.	Serviço de Pessoal (apoio NF)	Coordenadora Técnica	Implementada
Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Maior implementação das ferramentas eletrônicas disponíveis e não receber originais de documentos dos cidadãos, exceto nos casos previstos. Melhoria nos espaços destinados aos arquivos (geral e clínico)	Secretariado clínico Arquivo Geral Arquivo Clínico OPDD Serviço Social	Coordenadora Técnica, Responsável do Secretariado Clínico e Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada
Possibilidade do não cumprimento da Instrução de Trabalho de "Registo do Trabalhador (ativação e desativação)"	Comunicação do Serv. Pessoal atempada ao Serviço de informática de todas as entradas e saídas de trabalhadores, de forma a que o novo trabalhador tenha a <i>password</i> a tempo e aos que saíram sejam devidamente desativados.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Possibilidade de acesso Indevido a informação dos profissionais (processos individuais, remunerações, entre outros), e utilização abusiva de dados confidenciais.	1-Controlar o acesso à informação que está em suporte de papel e sob a responsabilidade do serviço de pessoal (ex.: quando o posto de trabalho estiver sem ninguém os armários devem estar fechados). 2- Efetuar controlo e sessões de sensibilização com registos destas sessões em que a matéria do uso abusivo é abordada (anualmente). 3- Utilização da informação dos trabalhadores da USIFaial para o estritamente necessário	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Possibilidade de registo incorreto e falta de registo de informação de assiduidade (por exemplo: processamento de faltas justificadas indevidamente). Utilização abusiva de picagens manuais por parte dos trabalhadores e chefias.	Obrigatoriedade legal de registo biométrico, n.º 2 do art.º 104.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho 1-O processamento é efetuado com base nas ausências registadas e nas presenças que constam dos horários previamente validados na aplicação "SIGHRARA"; 2- O controlo é sempre efetuado pelo Serviço de Pessoal e verificado pela Coordenadora Técnica aquando do processamento das remunerações. 3-O risco declarado passa por o Serviço de Pessoal não ser alertado em tempo real das alterações efetuadas nos horários dos trabalhadores que praticam um horário diferente ao definido na ficha do trabalhador. 4- O controlo da validação manual de picagem é visível porque assume aspeto diferente no separador "trabalhador" da aplicação "SIGHRARA" 5-Previsibilidade da existência de <i>Regulamento de Horários</i> que defina o n.º de validação manual de picagens por mês e sua fundamentação.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Controlo indevido do trabalho suplementar/extra e respetivos descansos semanais, trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados. Possibilidade de não cumprimento dos níveis mínimos e/ou máximos de trabalho extraordinário, estabelecidos por lei e/ou IRCT.	1-Verificar se o trab. extra/suplementar é autorizado pelo CA; 2- Posteriormente a essa verificação, confirmar e validar o n.º de horas trabalhadas e do gozo de folgas daí adquiridas; 3-Confirmar que os Serviços dão conhecimento, mensalmente, das "folgas" não gozadas.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Controlo inadequado das escalas. Serviços que não elaboram as respetivas escalas.	1-As escalas e horários tem obrigatoriedade de serem publicadas mensalmente, aquando da sua elaboração. As alterações ocorridas devem aí serem registadas; 2-A aplicação SIGHRARA veio reforçar esse controlo, através da interação com o controlo do registo biométrico; 3- Atualmente o SIGHRARA processa e tem acesso/conhecimento da assiduidade dos trabalhadores da Unidade de Saúde; 4-A questão mais importante é o facto de existirem Serviços que não efetuam as respetivas escalas, apesar de todo o esforço do Serv Pessoal e do Órgão de Gestão.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Faltas, férias e licenças em desconformidade legal; Atribuição de dias de férias em número superior inferior ao que o trabalhador tem direito, aquando da elaboração do Mapa de férias.	1- Todas as informações sobre faltas, férias e licenças são tratadas no âmbito da sua fundamentação legal. 2- O Serv de pessoal aquando da elaboração do Mapa de Férias, por reporte da Coord. Técnica efetua um 1.º controlo, e posteriormente são distribuídos aos Serviços para marcação das férias. 3-Na sua receção para envio ao CA é efetuado um novo controlo antes da aprovação, e por último, aquando do fecho dos horários mensalmente pelo Serv. de Pessoal.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Possibilidade de existir acumulação de funções sem autorização/conhecimento.	Anualmente o Serviço de Pessoal emite Nota Interna, a informar a obrigatoriedade de que os trabalhadores devem requerer autorização superior, para acumulação de funções.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Ausência de regras gerais que determinem a rotatividade dos elementos que compõem os júris: Ausência ou deficiente fundamentação dos atos de seleção e avaliação de pessoal; Utilização da contratação a termo, prestações de serviços para satisfação de necessidades permanentes dos Serviços.	1-Procedimentos concursais realizados nos termos do PROD "Gestão de Pessoal: concursos, candidaturas, contratação de trabalhador, saída do trabalhador" e demais legislação aplicável, assentando o recrutamento na adequação dos profissionais às funções a desenvolver, assegurando os princípios da igualdade de oportunidade, da imparcialidade, da boa fé, da não discriminação e da publicidade; 2-Promover a rotatividade dos elementos que compõem os júris.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
A eventual não atribuição em tempo das credenciais para aceder (<i>passwords</i>) às aplicações informáticas, por parte de novos trabalhadores; O facto de novos trabalhadores, designadamente prestadores iniciarem funções sem comunicação prévia para atribuição de credenciais; Eventual risco de utilização de <i>password</i> de colega;	1-Comunicação atempada por parte do CA dos novos estagiários ou novos trabalhadores à Coordenadora Técnica. 2-Comunicação atempada por escrito pela Coord. Técnica ou por quem a substitui ao Serviço de Informática de todas as entradas de forma a que o novo trabalhador tenha a <i>password</i> a tempo e de forma a serem ajustados os respetivos acessos.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA/tutela: Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAPRA 3).	1- Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAPRA, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; 2-Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo Conselho de Administração de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; 3-Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; 3-Nas reclamações dos trabalhadores deverá ser emitido parecer prévio, apesar de não vinculativo, pela Comissão Paritária.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Possibilidade de risco devido à não atualização (Manual) dos procedimentos administrativos e contabilísticos.	Revisão e atualização do manual de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Inexistência de trabalhadores suficientes no Serviço de Pessoal para tornar efetiva a segregação de funções.	1-Regra de controlo interno para um serviço poder evitar falhas ou fraudes na medida em que descentraliza as funções estabelecendo mais independência; 2-Ninguém deve ter sob sua inteira responsabilidade todas as fases inerentes a uma operação. Cada uma dessas fases deve, preferencialmente, ser executada por pessoas (setores) independentes entre si.	Serviço de Pessoal Contabilidade Aprovisionamento	Coordenadora Técnica, Responsável do Aprovisionamento e Responsável Área Financeira	Implementada
Processamentos indevidos e sem fundamentação legal: - Remunerações; - Abonos, Ajudas de Custo, subsídios, entre outros.	1-Todos os processamentos de valores devem conter fundamentação legal e autorizatória dos respetivos Responsáveis e, em termos prévios, do Conselho de Administração; 2- Os ficheiros de descontos CGA, SS, ADSE, DMR e outros são publicados pelo SIGRHARA, são posteriormente submetidos pelo Serviço de Pessoal por via eletrónica nas aplicações RCI, Segurança Social Direta, Portal da ADSE Direta e Portal das Finanças. Após submissão dos mesmos, é verificada a existência ou não de erros para posterior correção. 3-Por último, validados os ficheiros, são retirados os DUCs e respetivas listagens e entregue no Serviço de Tesouraria.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Falha de valores de Compromisso Ético no âmbito da receção e encaminhamento dos utentes.	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Assistentes Operacionais	Coordenadora Técnica	Implementada
Políticas de desenvolvimento profissional injustas e desadequadas	1-Estabilidade dos grupos profissionais para cumprimento efetivo dos objetivos do Serviço; 2-Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais; 3-Estabelecer políticas de desenvolvimento profissional justo a adequado às competências.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Arquivo/Documentação - Deficiente organização administrativa.	Solicitação de colaborador (assistente técnico) para organização arquivística.	Secretariado Clínico Serviço de Pessoal e Expediente	Coordenadora Técnica	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Incorreta e desatualizada informação dos dados pessoais dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos a contratar.	1-Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional; 2- Mensalmente (não desde o início da pandemia) o SIGHRARA (aplicação informática de recursos humanos e vencimentos) reporta a caducidade da cédulas profissionais, bem como os dados pessoais dos trabalhadores da USI Faial; 3-Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais ou contactar os trabalhadores.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	* Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional; * Mensalmente (não desde o início da pandemia) o SIGHRARA (aplicação informática de recursos humanos e vencimentos) reporta a caducidade da cédulas profissionais, bem como os dados pessoais dos trabalhadores da USI Faial; * Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Parcialmente Implementada
No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA/tutela: Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAPRA 3).	1-Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAPRA, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; 2-Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo Conselho de Administração de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; 3-Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; 4- Nas reclamações dos trabalhadores deverá ser emitido parecer prévio, apesar de não vinculativo, pela Comissão Paritária.	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica	Implementada
Ausência ou deficiente fundamentação dos pareceres pedidos: Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável. Ausência de orientações da Tutela com eficácia jurídica, no âmbito dos poderes de superintendência e de direção no objetivo de uma atuação uniformizada no SRS.	1-O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal aplicável, boas práticas e eventual apoio jurídico superior; 2-Promover sessões de trabalho para melhoria e interajuda para a elaboração de pareceres	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica	Implementada
Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA. 4- Elaboração de manual de boas práticas	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.	Parcialmente Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Incorreta e desatualizada informação dos dados pessoais dos trabalhadores que integram o mapa de pessoal e dos a contratar.	1-Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional; 2- Mensalmente (não desde o início da pandemia) o SIGHRARA (aplicação informática de recursos humanos e vencimentos) reporta a caducidade da cédulas profissionais, bem como os dados pessoais dos trabalhadores da USIFaial; 3-Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais ou contactar os trabalhadores.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Implementada
Não apresentação de documentos de habilitação profissional e/ou apresentação de documentos de habilitação falsos e/ou fora de prazo.	* Verificação individual (por amostragem) dos documentos comprovativos da habilitação profissional e da sua validade, dados pessoais entre outros, a efetuar de forma cíclica de acordo com o grupo profissional; * Mensalmente (não desde o início da pandemia) o SIGHRARA (aplicação informática de recursos humanos e vencimentos) reporta a caducidade da cédulas profissionais, bem como os dados pessoais dos trabalhadores da USIFaial; * Caso existam dúvidas solicitar a validação das Ordens Profissionais.	Serviço de Pessoal	Coordenadora Técnica	Parcialmente Implementada
No âmbito da avaliação de desempenho, o não cumprimento das orientações emanadas do CCA/tutela: Não controlo da adequação dos objetivos e competências contratualizados; Registo incorreto dos pontos resultantes das avaliações de desempenho (SIADAPRA 3).	1-Monitorização e controlo por parte de uma comissão, da aplicação do SIADAPRA, designadamente na elaboração dos objetivos e acompanhamento circunstanciado do cumprimento ou superação dos mesmos; 2-Definição prévia (ciclo avaliativo) pelo Conselho de Administração de mais 60% dos objetivos e competências a utilizar pelos avaliadores e avaliados; 3-Controlo final do processo a realizar pelo Conselho de Administração e pelo CCA; 4- Nas reclamações dos trabalhadores deverá ser emitido parecer prévio, apesar de não vinculativo, pela Comissão Paritária.	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica	Implementada
Ausência ou deficiente fundamentação dos pareceres pedidos: Utilização de critérios com excessiva margem de discricionariedade; Interpretação discricionária e abusiva da legislação aplicável. Ausência de orientações da Tutela com eficácia jurídica, no âmbito dos poderes de superintendência e de direção no objetivo de uma atuação uniformizada no SRS.	1-O controlo da fundamentação, nos termos da legislação aplicável, é validada pelo Conselho de Administração com sustentação legal aplicável, boas práticas e eventual apoio jurídico superior; 2-Promover sessões de trabalho para melhoria e interajuda para a elaboração de pareceres	Dirigentes, Chefias e Resp. de Área	Coordenadora Técnica	Implementada
Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3 - Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA. 4- Elaboração de manual de boas práticas	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.	Parcialmente Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Exercício de atividade em acumulação de funções incompatível com as atividades da unidade de saúde e/ou sem autorização prévia do CA	1- Declaração de acumulação de funções e inexistência de conflito de interesses e impedimentos. 2- Acompanhamento de todos os pedidos de acumulação de funções.	Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica	Parcialmente Implementada
Incumprimento dos deveres de transparência, isenção e imparcialidade nos processos de contratação de trabalhadores	1- Sensibilização por parte da coordenadora técnica ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri logo no início do processo de recrutamento. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Dirigentes, Chefias, Responsáveis de Área e Serviço de Pessoal	Presidente do CA e Coordenadora técnica	Implementada
Existência de situações que incentivem os profissionais a favorecer ou prejudicar terceiros em troca de vantagem para si ou para outrem (por atitudes, práticas ou omissão).	Divulgação e consolidação do Código de Ética e Conduta e dos Códigos Deontológicos.	Geral	Coordenadora Técnica e Gabinete Jurídico	Implementada
Recebimento ou ofertas indevidas de vantagem recebidas pelos trabalhadores no exercício das suas funções ou por causa delas (por si ou por interposta pessoa), por si ou através de outrem, com o seu consentimento solicitar ou aceitar vantagem patrimonial ou não patrimonial, que não lhe seja devida.	Divulgação e consolidação do Código de Ética e Conduta e dos Códigos Deontológicos.	Geral	Coordenadora Técnica e Gabinete Jurídico	Implementada
Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3 - Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.	Implementada

Dirigentes, Chefias e Responsáveis de Área

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários da USIFaial ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome da USIFaial. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros. Garantir a tomada de conhecimento e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial	1-Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. 2-Existir uma política de sanções, e em caso de violação dos normativos legais. 3-Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. 4-Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. 5-Cumprir o Código de Ética e Conduta da USIFaial que se encontra em vigor. 6 - Garantir a tomada de conhecimento dos conceitos e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial.	Geral	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Implementada
Insatisfação e falta de motivação dos trabalhadores	Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.	Gestão	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Desrespeito pelo superior hierárquico (dirigente, chefia ou responsável de área)	1-Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia; 2- Mecanismos para criar competências e responsabilidades e capacitação dos dirigentes, chefias e responsáveis de área para a tomada de decisão.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Quebra nos valores de Compromisso Ético.	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Dever de sigilo: Divulgação, de informação interna e/ou confidencial que não deve ser tomada do conhecimento público, a ex-funcionários da USIFaial ou a profissionais que a não tenham direito de acesso. Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais. Divulgação nos meios de comunicação social de informação suscetível de criar perturbação interna ou externa, colocando em causa a imagem e o bom nome da USIFaial. Utilização de dados dos sistemas de informação para fins privados ou outros. Garantir a tomada de conhecimento e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial	1-Sujeição de todos os trabalhadores e colaboradores ao dever legal de sigilo. 2-Existir uma política de sanções, em caso de violação dos normativos legais. 3-Acesso à informação constante das bases de dados informáticas, dependente de um processo de autenticação. 4-Avaliar e implementar os níveis de segurança e controlo de acesso aos arquivos. 5-Cumprir o Código de Ética e Conduta da USIFaial que se encontra em vigor. 6 - Garantir a tomada de conhecimento dos conceitos e assinatura das declarações de ética e confidencialidade da USIFaial.	Geral	Conselho de Administração, Chefias, Resp. de área	Implementada
Insatisfação e falta de motivação dos trabalhadores	Criação de mecanismos de diferenciação e motivação de profissionais.	Gestão	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Desrespeito pelo superior hierárquico (dirigente, chefia ou responsável de área)	1-Criação de mecanismos que promovam o respeito pela hierarquia; 2- Mecanismos para criar competências e responsabilidades e capacitação dos dirigentes, chefias e responsáveis de área para a tomada de decisão.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Quebra nos valores de Compromisso Ético.	Promover a definição de grupos de trabalho e formação de recursos humanos com respeito pelos princípios éticos instituídos.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Inadequação do perfil técnico e comportamental ao exercício de funções.	Formação contínua; partilha de conhecimentos, experiências e informação técnica; acompanhamento personalizado pela Responsável do SC.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Quebra do dever de sigilo e de outros deveres funcionais e valores, tais como a integridade, responsabilidade, imparcialidade e prossecução do interesse público.	1- Declaração, assinada pelos Assistentes Técnicos, de leitura dos Direitos e Deveres previstos na Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas (Lei nº35/2014, de 20 de junho) ou na Lei Geral do Trabalho (Lei nº7/2009, de 12 de Fevereiro, com as devidas atualizações); 2- Promoção do rigoroso cumprimento dos princípios e normas éticas inerentes às funções; 3- Formação em serviço sobre "Direitos e Deveres" em especial dos assistentes e assistentes operacionais que fazem atendimento e receção	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada
Falta de transparência e/ou incorreção de prestação de informações ao utente ou a entidades externas	1- Promoção de uma Cultura de Ética, Conduta e Transparência. 2- Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política Antifraude e Canal de Denúncias.	Geral	Dirigentes, chefias e responsáveis de área	Implementada

Resp. Área Financeira e Sistema de Controlo Interno

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Controlo inadequado dos depósitos bancários.	Monitorização do caixa aleatória e esporádica. - Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. - Conferência dos valores recebidos. - Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. - Segregação de funções. - Reconciliação bancária	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Falhas nos procedimentos de conferência de faturas e reembolsos.	Monitorização periódica do cumprimento do procedimento de conferência de faturas e reembolsos		Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Falta de acompanhamento periódico e apoio dos serviços por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	Acompanhamento e atualização dos normativos e implementação das ações conforme descrito no Sistema de Controlo Interno da unidade e sua revisão de 3 em 3 anos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Parcialmente Implementada
Não existência periódica de monitorias/ auditorias internas de seguimento (follow-ups).	Assegurar que a monitorização sistemática e sejam previstas auditorias de seguimento a processos realizados em anos passados, para verificar o cumprimento dos normativos, a eficácia da implementação das medidas e/ou recomendações efetuadas aos serviços auditados.	Gabinete Gestão da Qualidade; Sistema Controlo Interno	Coordenação GAQ, Resp. Sistema Controlo Interno	Parcialmente Implementada
Prescrição da faturação, p.ex: com as companhias de seguros, a cobrança prescreve ao fim de 3 anos.	Verificação dos episódios que prescrevam no prazo de 6 meses e insistir novamente na cobrança.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Emissão de faturação fora do prazo (há mais de 365 dias).	Análise periódica dos episódios por faturar e o tratamento/correção, atempadamente, da informação registada na aplicação PRIMAVERA.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Desvio de fundos podendo assumir duas formas: a) o NIB não corresponder à instituição/empresa correta; b) a transferência/o pagamento do valor diferente do autorizado.	1-Minimizar valor das disponibilidades em caixa; 2-Controlo periódico do caixa; 3-Utilização de "senhas" para acesso aos sistemas informáticos, incluindo <i>homebanking</i>	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Apropriação indevida de valores em numerário.	Segregação de funções; reconciliação bancária; cruzamento da informação entre quem recebe e quem emite a guia de receita; o caixa é conferido diariamente.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Sistema de Controlo Interno inexistente e falta de estratégias para o compromisso de fornecedores e colaboradores.	1-Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. 2-Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço.	Área Financeira	Responsável do Sistema Controlo Interno	Parcialmente Implementada
Não proceder atempadamente à elaboração e submissão dos documentos de prestação de contas.	1-Deverá ser promovida uma reunião envolvendo todos os serviços com responsabilidades no processo de encerramento de contas, onde deverão ser estipulados prazos para a conclusão das tarefas necessárias (cronograma). 2-Deverão ser identificados os serviços/colaboradores responsáveis pela elaboração dos documentos ou parte dos documentos de prestação de contas exigidos por lei, estando a Resp. Serv. Financeiros pelo envio ao Conselho de Administração para aprovação.	Serviços Financeiros e Conselho de Administração	Presidente do CA e Responsável Serviços Financeiros	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Desvio de fundos, apropriação ou movimentos indevidos de dinheiro.	1- Monitorização do caixa aleatória e esporádica. 2- Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. 3- Conferência dos valores recebidos. 4- Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. 5- Segregação de funções. 6- Reconciliação bancária.	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Pagamentos preferenciais mais céleres a determinados fornecedores, sem existência de fundamentação que o justifique.	1-Monitorização do caixa aleatória e esporádica. 2- Verificação periódica dos valores à guarda do tesoureiro. 3- Conferência dos valores recebidos. 4- Análise regular da antiguidade de saldos e dívidas a fornecedores. 5- Segregação de funções. 6- Reconciliação bancária.	Tesouraria	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Ao nível do Controlo Interno falta de acompanhamento periódico dos Serviços, por parte da Responsável pelo Sistema de Controlo Interno.	1- Atualização de procedimentos internos (e.g. procedimentos técnicos, manual de procedimentos) sempre que tal se mostre necessário. 2- Revisão dos procedimentos e sua implementação de 3 em 3 anos. 3- Monitorização periódica do cumprimento dos procedimentos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Parcialmente Implementada
Faturas por cobrar há muito tempo fora do SRS.	Entregar as faturas por cobrar ao Gabinete Jurídico, de modo a atuar judicialmente antes da sua prescrição e provisionar quaisquer valores incobráveis.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Faturas (de fornecedores) que se encontrem pendentes de validação noutros serviços.	Atempadamente deverá ser efetuada a validação das faturas pelos serviços responsáveis. Caso não seja possível a validação atempada deverá ser enviada aos SGF o valor das mesma, para que seja efetuada a estimativa, dentro do mês a que se refere.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Incumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamento em Atraso.	Garantir que toda a despesa tenha compromisso associado; Garantir a existência de Fundos Disponíveis para os compromissos assumidos.	Serviços Financeiros	Responsável Serviços Financeiros	Implementada
Controlo Interno: compromissos de fornecedores e colaboradores	Criação de estratégias de controlo dos compromissos de fornecedores e colaboradores. Adequação dos programas de contratualização à monitorização de e para os resultados do Serviço. Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno.	Resp. Controlo Interno	Responsável Área Financeira	Implementada
Ausência ou desatualização no Sistema de Controlo Interno sobre os princípios da boa gestão e salvaguarda dos interesses financeiros no âmbito do PRR	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações de prevenção de conflito de interesses, de fraude, de corrupção e de duplo financiamento conforme normas da EU (PRR)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno	Implementada
Não ter em consideração os resultados de autoavaliações efetuadas a situações de conflito de interesses	Prever no normativo do Sistema de Controlo Interno ações para evitar ausência de análise e correção de situações reais e eventuais decorrentes de autoavaliações efetuadas (ex.: relatórios intercalares de execução, questionários, etc.)	Gestão	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Controlo Interno	Implementada
Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3 - Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA. 4- Elaboração de manual de boas práticas	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.	Parcialmente Implementada
Existência de conflitos de interesses, incompatibilidades e impedimentos em particular as previstas no Código de Procedimento Administrativo e que possam por em causa as garantias de imparcialidade	1- Ações de sensibilização / informativas para os instrumentos de conduta existentes. 2- Declaração de inexistência de conflito de interesses e impedimentos 3 - Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos	Serviço de Pessoal	Coordenadora técnica e Responsável pelo Serviço de Controlo Interno.	Implementada

Responsável: Aprovisionamento e Armazém

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Favorecimento de fornecedores por membros de comissões, de grupos de trabalho, de Júris de procedimento pré contratuais, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários nas áreas do medicamento.	Assinatura de declarações de inexistência de incompatibilidades, nos termos do artigo nº 4 do decreto Lei nº 14/2014 de 22 de janeiro.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Parcialmente Implementada
Desperdício de medicamentos por prazo de validade expirado, pela ineficiência na gestão operacional.	Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens criadas para o efeito, com 3 meses de antecedência e fundamentação dos desvios.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Aquisição de bens e serviços: favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação.	Efetuar a aquisição de bens e serviços conforme a legislação em vigor (ajuste direto ou concursos públicos, incrementando sempre que aplicável estes últimos).	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Avaliação de projetos técnicos elaborados por especialistas externos que não cumpram os requisitos de transparência e conflito de interesses.	1-Assegurar que os concorrentes não tenham qualquer tipo de envolvimento, direto ou indireto, na elaboração das peças de um procedimento conforme previstas no CCP; 2-Assegurar a transparência das cláusulas técnicas do caderno de encargos conforme previsto no CCP.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aprovisionamento e Responsável do Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
A aplicação informática que suporta a contratação, as compras, o desempenho e a gestão dos fornecedores ser desadequada e deficiente.	A aplicação informática (Primavera) ser atualizada periodicamente, preferentemente, de acordo com as necessidades.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Parcialmente Implementada
Os consumos, podem ser moderados/previsíveis em contexto regular. Porém, acontecem situações disparees ou diminutas, e sem feedback dos serviços. As aquisições são feitas por previsões de consumos anteriores. Há artigos que transitam de ano/ano, vão ao limite de 3 a 4 anos, ao ponto de vir a ser abatidos . Elevado ou diminuto consumo/ano após ano, sem conseguir apurar os motivos..	Avaliação e gestão dos prazos de validade, através de listagens criadas para o efeito, com 3 meses de antecedência.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Erro na introdução do lote e prazo de validade no sistema informático.	Atualização/conferência da informação aquando do inventário anual das existências em armazém e/ou sempre que detetado aquando do registo de saídas.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Abates aos bens de consumo: bens com condições impróprias para consumo ou prazos de validade expirados. Com informações e/ou fundamentações inexistentes ou incompletas. A informação não ser enviada para análise e autorização do CA.	1- Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; 2- Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; 3- Informação e fundamentação para o CA que por sua vez analisa e emite despacho. 4- Autorização pelo CA do respetivo abate; Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção da USIFaial.	Aprovisionamento e Armazém	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Renovação de contratos (ou seja, falha no sistema de alerta do termo dos contratos, provocando a sua renovação automática, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação).	1- Não Há renovações automáticas senão as legal e contratualmente previstas. À Denúncia, aplica-se a mesma formula. Cabe exclusivamente ao CA disso tomar decisão e instruir os serviços desse objetivo - continuidade ou denúncia de contratos , uma vez alertado para tal. 2- Recomenda-se o mês de Setembro para tomada de posição, quanto a Procedimentos para contratos anuais. 3- Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno. 4- Adesão dos profissionais a formação externa	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Aquisição de bens e serviços por ajuste direto (incluindo aquisições diversas ao mesmo fornecedor e/ou para favorecimento de fornecedores e violação dos princípios gerais de contratação).	1-O recurso ao Ajuste Direto está legalmente previsto/regulamentado pelo CCP e pelo DLR 27/2015/A; face ao valor, à legalidade e aos Procedimentos a considerar. A Lei permite inclusive "só à entidade adjudicante-CA", tomar Decisão de consultar um ou vários fornecedores.G147 Tomada de decisão sobre rotatividade de adjudicatários. 2-- Incluir área a ser autoavaliada no âmbito do Sistema de Controlo Interno. 3- Adesão dos profissionais a formação externa 4- Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política Antifraude e Canal de Denúncias.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Na aquisição de bens e serviços eventuais incumprimentos dos princípios básicos da contratação pública.	1-Aumento de formação na área da contratação pública e segregação de funções conforme normativos em vigor.. 2- Monitorizações internas aos processos de contratação	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Parcialmente Implementada
Dificuldades no acompanhamento dos prazos de garantias das empreitadas e equipamentos, assim como na execução de penalidades nos contratos de prestação de serviços e empreitadas.	1-Qualquer função ou delegação de função específica, carece sempre de nomeação/autorização da entidade adjudicante, sem a qual nenhum funcionário/a estará habilitado a produzir; 2-Ação ou Documento vinculativo/legal. 3-Poderá produzir informação e entidade deverá tomar decisão.	Aprovisionamento	Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Incumprimento dos deveres de isenção e imparcialidade assim como favorecimento na escolha de fornecedores, nas situações em que seja necessário constituir júri, devido a situações de impedimento e conflito de interesses, incluindo aquisições no âmbito do PRR.	1- Sensibilização por parte do Presidente do CA ao grupo de profissionais que faça parte de elementos de júri. 2- Promover a rotatividade dos profissionais que integrem júris de concursos. 3- Declaração de inexistência de conflito de interesses e de impedimentos dos elementos que constituem o júri.	Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Implementada
Falta de transparência e/ou incorreção de prestação de informações e das fundamentações para a decisão de contratar, escolha de procedimentos, estimativa de valor e escolha do adjudicatário	1 - Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2 - Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 3- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos. 4 - Aplicação do previsto no Código de Conduta e Ética, Política Antifraude e Canal de Denúncias.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Serviço de Aprovisionamento	Parcialmente Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Falta de transparência nos procedimentos de contratação pública	1 - Cumprimento da obrigação de publicitação no portal de contratação pública (Portal Base) conforme normativos em vigor. 2 - Privilegiar o máximo possível o recurso a procedimentos concursais em detrimento da consulta prévia e do ajuste direto. 3 - Divulgar e incentivar a participação em ações de formação sobre contratação pública. 4- Autoavaliações a eventuais situações a casos de impedimentos, em particular os previstos no CPA e no Código de Contratos Públicos.	Dirigentes Aprovisionamento	Presidente do CA e Responsável do Aprovisionamento	Parcialmente Implementada

Responsável: Serviço de Instalações e Equipamentos

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Problemas estruturais: insuficiente isolamento da estrutura podendo existir infiltrações quando chove em maior quantidade.	1- Posicionar o equipamento mobiliário longe dos locais onde chove. 2- Desligar os equipamentos ligados às tomadas localizadas nas paredes que dão para o exterior ou próximas de zonas de infiltração, principalmente no final do dia ou final de 6ª feira; 3º Pedir regularmente a limpeza das caleiras existentes e a colocação de panos absorventes para conter a água; 4º Reforçar, junto do CA, a necessidade de realizar trabalhos de manutenção e a mudança para novo espaço.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Apropriação indevida de equipamento médico.	Verificação periódica dos bens de imobilizado existentes por Serviço e registo dos utilizadores.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Abates: o bem abatido continuar nos serviços, abates sem autorização do órgão competente, bens dados como consumidos e continuarem no serviço abastecedor, utilização indevida para fins privados de bens abatidos documentalmente no período até à sua eliminação física, proposta indevida de envio de bens para abate.	1-Existência de parecer técnico relativo à inoperacionalidade ou obsolescência do bem; 2-Estabelecimento e divulgação de orientações quanto ao modo de se proceder ao abate de bens; 3-Autorização pelo CA do respetivo abate; 4-Comunicação e remoção física dos serviços utilizadores, dos equipamentos dados como inoperacionais/inutilizados que aguardam a formalização do abate e da remoção da USIFaial.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Transferências de bens (transferências de bens sem comunicação, apropriação indevida de bens, desaparecimento de bens, desatualização das fichas dos bens, peculato, peculato de uso, abuso de poder).	1-Controlo de equipamentos afetos a cada posto de trabalho, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; 2-Preenchimento de documento devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; 3-Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados; 4-Divulgação da utilização do <i>software</i> de suporte interno para comunicação e registo de abates ou movimentações de bens.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Cedência de equipamento (cedência de equipamento por pessoa/serviço sem competência, gerando utilização indevida de bens).	1-Controlo de equipamentos afetos a cada posto de trabalho, através da responsabilização dos serviços pelos equipamentos à sua guarda; 2-Documento eletrónico devidamente justificado e fundamentado sobre as causas de avaria do equipamento; 3-Promoção da divulgação de procedimento interno de transferência de equipamentos entre serviços; 4-Promoção de ações de monitorização para averiguação e acompanhamento dos bens móveis e imóveis inventariados.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável dos Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Dificuldade de acompanhamento e monitorização de prestação de serviços (contratação de serviços externos)	Assegurar a qualidade e quantidade dos serviços prestados. (SCI - Verificação e avaliação mensal das diversas prestações de serviços.)	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável do Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Não envolvimento dos serviços de instalações e equipamentos na aquisição dos materiais e equipamentos a adquirir, nomeadamente os que dizem respeito à área clínica e que necessitem manutenção preventiva e corretiva.	1-Rubrica do responsável em todos os pedidos do SIE; 2-Na escolha dos equipamentos estará sempre envolvido os SIE.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Presidente do CA, Responsável do Aproveitamento e Responsável do Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Falta de controlo no equipamento existente devendo coincidir com o equipamento registado no Imobilizado (Ativos fixos).	1-Verificação se na aplicação informática (Primavera), o equipamento existente na USIFaial tem nº de imobilizado; 2-Sempre que um equipamento vai para reparar, verificar o nº de imobilizado; 3-Verificar se o serviço que solicita uma reparação é o detentor do equipamento; 4-Avisar o património de todas as discrepâncias encontradas para regularização.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável do Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Não atualização dos cadastros dos equipamentos.	Periodicamente analisar e atualizar o cadastro dos equipamentos.	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável do Serviços de Instalações e Equipamentos	Implementada
Falta de acompanhamento e monitorização de prestação de serviços.	1-Qualquer função ou delegação de função específica, carece sempre de nomeação/autorização da entidade adjudicante, sem a qual nenhum funcionário/a estará habilitado a produzir; 2- Ação ou Documento vinculativo/legal: poderá produzir informação e entidade deverá tomar decisão (está inscrito nos Cadernos Encargos).	Serviço de Instalações e Equipamentos	Responsável do Serviço de Instalações e Equipamentos	Implementada

Responsável: Serviço de Informática

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Possibilidade de ataque informático.	1-Sensibilizar para alterar periodicamente as <i>passwords</i> das aplicações; 2-Divulgar e sensibilizar para a necessidade de evitar escrever as <i>passwords</i> em suporte de papel; 3-Proteger com código de acesso dos ficheiros onde tenha as <i>passwords</i> das aplicações; 4-Divulgar e sensibilizar a necessidade de correr o antivírus sempre que utilize uma pen ou disco externo; 5º Correr o antivírus sempre que utilize uma pen ou disco externo; 6º Escolher <i>passwords</i> fortes; 7º- Definir e divulgar periodicamente as regras para a criação e manutenção de <i>passwords</i> fortes; 8º- Divulgar os riscos de aceder a sites desnecessários	Serviço de Informática	Responsável do Serviço de Informática	Implementada
Possibilidade de ataque informático.	1-Sensibilizar para alterar periodicamente as <i>passwords</i> das aplicações; 2-Divulgar e sensibilizar para a necessidade de evitar escrever as <i>passwords</i> em suporte de papel;	Serviço de Informática	Responsável do Serviço de Informática	Implementada
Acesso indevido a determinada aplicação ou informação.	Reavaliação sistemática dos perfis e diminuição do número de profissionais com acesso ao universo elevado de perfis.	Informática	Responsável do Serviço de Informática	Implementada
Incapacidade de prevenção e resposta a incidentes informáticos.	Aumentar as competências dos Recursos Humanos do Serviço de Informática e contratualizar individualmente a participação em eventos formativos externos.	Informática	Responsável do Serviço de Informática	Pacialmente Implementada
Possível falência do equipamento eletrónico em uso.	1- Ativação e cumprimento dos planos de contingência; 2- Fazer cópias de segurança dos documentos em uso nas diversas pastas com acesso à rede.	Serviço de Informática	Responsável do Serviço de Informática	Implementada
Equipamentos (<i>hardware</i>) desatualizados e/ou inoperacionais.	Assegurar a permanente manutenção, gestão operacional e rentabilização dos sistemas de informação.	Serviço de Informática	Responsável do serviço de informática	Implementada

Responsável: Secretariado Clínico

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Acesso indevido à informação clínica.	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	Serviços Prestação de Cuidados OPDD Secretariado Clínico Serviço Social	Diretora Clínica, Diretora Enfermagem, Responsável do Secretariado Clínico, Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada
Favorecimento de doentes na ordem de listas de espera.	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Realização de auditoria interna às listas de espera.	Secretariado clínico, Organização Processos Deslocação Doentes	Responsável do Secretariado Clínico e Responsável OPDD	Implementada
Admissão de doentes com informação incorreta (ex.: isenções, moradas, validade do documento de identificação, contactos, etc.).	Análise comparativa mensal de atendimentos por funcionário e/ou o nº de episódios de consulta por funcionário (solicitar listagem secretariado e erros RNU).	Secretariado Clínico OPDD Serviço Social	Responsável do Secretariado Clínico	Implementada
Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis e não receber originais de documentos dos cidadãos, exceto nos casos previstos. Melhoria nos espaços destinados aos arquivos (geral e clínico)	Secretariado clínico Arquivo Geral Arquivo Clínico OPDD Serviço Social	Coordenadora Técnica, Responsável do Secretariado Clínico e Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada
Existência de atos clínicos não registados, nomeadamente a execução do ato sem reflexo administrativo e/ou registo informático, bem como atos registados incorretamente e/ou em períodos incorretos.	Monitorização semanal dos atos não registados e/ou em períodos incorretos.	Prestação de Cuidados de Saúde	Responsável do Secretariado Clínico, Diretora Clínica e Diretora de Enfermagem	Implementada

Responsável: Serviço Social (inclui Serviço Social, Deslocação de Doentes e Gabinete do Utente)

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Acesso indevido à informação clínica.	1- Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3- Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4- Restrição no acesso aos Serviços Clínicos; 5- Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados.	Serviços Prestação de Cuidados OPDD Secretariado Clínico Serviço Social	Diretora Clínica, Diretora Enfermagem, Responsável do Secretariado Clínico, Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada
Falta de controlo e falha de documentos nos processos de referênciação de utentes no âmbito de deslocação de doentes (Inter ilhas)	Monitorização das referenciações /deslocações dos utentes	OPDD	Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada
Possibilidade de um elemento do Serviço Social ser vítima de violência física, psicológica/emocional por parte de um utente e/ou familiar deste, consequência da insatisfação com os resultados e/ou negação de alguma situação económico-social.	Quando existir algum utente ou familiar que seja mais conflituoso, solicitar a presença de outro elemento do Serviço Social para estar presente nas reuniões.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social	Implementada
Informação do utente necessária para elaboração de diagnóstico/relatório social, não ser entregue ou enviado atempadamente pelo profissional de saúde.	Alertar com alguma antecedência para a importância da informação por parte do profissional de saúde.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social	Implementada
Incumprimento de prazos legais relativos a não possuir relatórios sociais completos e finalizados.	Alertas com o <i>términus</i> dos prazos a cumprir.	Serviço Social	Responsável do Serviço Social	Implementada
Incumprimento de prazos de entrega de respostas das audições internas (reclamações/exposições) dirigidas à USIFaial	A entrega em mão da audição interna a responder ao profissional da USIFaial e a outras entidades e, posteriormente a insistência relativamente ao prazo de entrega da resposta.	Serviço Social/Gabinete do Utente	Responsável do Serviço Social	Implementada
Favorecimento de doentes na ordem de listas de espera.	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta, com níveis de prioridade estabelecidos; 2- Realização de auditoria interna às listas de espera.	Secretariado clínico, Organização Processos Deslocação Doentes	Responsável do Secretariado Clínico e Responsável OPDD	Implementada
Possibilidade de extravio dos documentos ou a sua inutilização, por ação humana ou causas naturais.	Maior implementação das ferramentas eletrónicas disponíveis e não receber originais de documentos dos cidadãos, exceto nos casos previstos. Melhoria nos espaços destinados aos arquivos (geral e clínico)	Secretariado clínico Arquivo Geral Arquivo Clínico OPDD Serviço Social	Coordenadora Técnica, Responsável do Secretariado Clínico e Responsável do Serviço Social/OPDD	Implementada

Responsável: Núcleo de Formação

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Inadequada gestão do processo de formação.	Promoção de atividade de formação, no âmbito das necessidades, que reduzam possíveis assimetrias (SCI - análise/verificação anual dos indicadores de formação (N.º de formandos/grupo profissional/Taxa de participação).	Núcleo de Formação	Coordenação do NF	Implementada
Ausência de equidade dos profissionais nas iniciativas de formação interna.	Envio de informação às chefias/responsáveis dos Serviços, sempre que se realiza uma formação, com a informação dos profissionais desse Serviço que já frequentaram a mesma. (SCI - rotatividade de formandos e formadores respeitando objetivos e público-alvo).	Núcleo de Formação	Coordenação do NF	Implementada
Desconhecimento legal e falta de sensibilidade dos profissionais da USIFaial, para a postura e tratamento de informação reservada.	Formação sistemática e criativa sobre o Código Deontológico, ética e regulamentos.	Núcleo de Formação	Coordenação do NF	Implementada
Falhas na gestão da formação	1º Promoção de atividade de formação, no âmbito das necessidades, que reduzam possíveis assimetrias ; 2º Análise/verificação anual dos indicadores de formação (N.º de formandos/grupo profissional/Taxa de participação); 3º Taxa de execução do Plano Anual de Formação	Núcleo de Formação	Coordenação do NF	Parcialmente Implementada

Responsável: Grupo de Trabalho PPGRCIC

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Ausência de autoavaliação regular à gestão de conflito de interesses (aplicação de questionário)	Estabelecimento de períodos para a aplicação de questionário	Gestão	Grupo de Trabalho PPGRCIC	Implementada

Responsável: Gabinete da Gestão da Qualidade

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Não existência periódica de monitorias/ auditorias internas de seguimento (<i>follow-ups</i>).	Assegurar que a monitorização sistemática e sejam previstas auditorias de seguimento a processos realizados em anos passados, para verificar o cumprimento dos normativos, a eficácia da implementação das medidas e/ou recomendações efetuadas aos serviços auditados.	Gabinete Gestão da Qualidade; Sistema Controlo Interno	Coordenação GAQ, Resp. Sistema Controlo Interno	Parcialmente Implementada
Manuais de procedimentos desatualizados.	Alertar no mês antecedente ao fim do prazo de revisão os responsáveis de área a que se aplica o normativo dando um prazo limite para efetuar a revisão.	Gabinete Gestão da Qualidade	Coordenação GAQ	Implementada
Desatualizados dos normativos internos.	Atualização dos manuais existentes (Procedimentos e de Governação Clínica) assim como manter o controlo da revisão dos normativos nos períodos estipulados para tal.	Gabinete Gestão da Qualidade	Coordenação GAQ	Implementada

Responsável: Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Ausência de acompanhamento permanente da contratualização interna e externa pode comprometer a execução do Contratualização dos Indicadores	Automatizar alguns processos , de forma a libertar tempo aos colaboradores para efetuar um acompanhamento regular da atividade dos serviços;	Conselho de Administração	Coordenação EGOAC	Implementada

Responsável: Equipa de Comunicação

Riscos Identificados no Serviço 2022-2025	Ações (medidas preventivas) a adotar para cada risco identificado	Serviço / Área	Responsável	Resultados Aval. Anual 2024
Ausência de publicação de conteúdos obrigatórios no site (intranet e internet).	Realizar trimestralmente uma monitorização ao site para constatar se falta algo que deva estar publicado.	Equipa de Comunicação	Coordenador da Equipa de Comunicação	Implementada
Erros na produção gráfica.	Solicitar à Equipa de Comunicação e ao Conselho de Administração a validação dos textos antes da produção na gráfica.		Coordenador da Equipa de Comunicação	Implementada
Existência de informação desatualizada dirigida a utentes e/ou profissionais (intranet e internet).	Realizar trimestralmente uma monitorização ao site para constatar se falta algo que deva estar publicado.	Equipa de Comunicação	Coordenador da Equipa de Comunicação	Implementada