

GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI

Descrizione modifica: revisione 1 a seguito dell'introduzione all'uso della piattaforma informatica per l'elaborazione, la gestione e l'archiviazione della documentazione aziendale.


Preparato e verificato	Approvato	Approvazione Direzione Generale	Emesso Servizio Qualità
CPSE Contini Sabrina	Dott.ssa Brociero M. Gabriella	Dott. Cassisa Gianfranco	Dott. Vero Luciano
Dott.ssa Miraglio Roberta	Dott.ssa Frigeri M.Cristina		
Dott.ssa Venturino Valentina	Dott. Vero Luciano		

INDICE

1. PREMESSA		pag. 3
2. SCOPO E OBIETTIVI		pag 3
2.1 Scopo		pag 3
2.2 Obiettivi		pag 3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE		pag 3
4. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI		pag 3
5. DEFINIZIONI		pag 4
5.1 Glossario		pag 4
5.2 Siglario		pag 4
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		pag 5
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO		pag 6
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'		pag 7
8.1 Attività: stesura, verifica, approvazione, modifica ed emissione di un documento		pag 7
8.2 Attività: distribuzione, elenco ed archiviazione di un documento		pag 9
8.3 Attività: definizione del format di un documento		pag 12
9. RIFERIMENTI E ALLEGATI		pag 20
10. VERIFICA/INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO		pag 20
10.1 Verifica dell'applicazione della presente procedura		pag 20
10.2 Standard di riferimento		pag 20
11. LISTA DI DISTRIBUZIONE		pag 20

Descrizione modifica: revisione 1 a seguito dell'introduzione all'uso della piattaforma informatica per l'elaborazione, la gestione e l'archiviazione della documentazione aziendale.

Preparato e verificato	Approvato	Approvazione Direzione Generale	Emesso Servizio Qualità
CPSE Contini Sabrina	Dott.ssa Brociero M. Gabriella		
Dott.ssa Miraglio Roberta	Dott.ssa Frigeri M.Cristina	Dott. Cassissa Gianfranco	Dott. Vero Luciano
Dott.ssa Venturino Valentina	Dott. Vero Luciano		

	<p>PROCEDURA GENERALE</p> <p>GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI</p>	<p>Cod: PGSGQ01</p> <p>Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 3 di 20</p>
---	--	--

1. PREMESSA

La Procedura Generale di Gestione Documentale definisce i requisiti minimi di ogni documento del sistema qualità e individua una struttura base comune per tutte le procedure. Si agevola così l'identificazione e la rintracciabilità dei documenti, si semplifica l'elaborazione delle procedure con lo schema predefinito, si semplifica l'aggiornamento/revisione delle procedure e la consultazione da parte degli operatori.

2. SCOPO E OBIETTIVI

2.1 Scopo

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità operative per la stesura, verifica, approvazione, emissione, distribuzione e modifica di tutti i documenti aziendali.

2.2 Obiettivi

- Uniformare il format dei documenti aziendali
- Assicurare la capillare diffusione dei documenti aziendali
- Garantire la corretta applicazione di norme, regole e procedure


3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura funge da matrice per l'elaborazione delle procedure e deve essere applicata presso tutti i servizi dell'ASL CN2, ogni volta che viene elaborata una procedura generale o specifica.

4. MODIFICHE ALLE REVISIONI PRECEDENTI

La presente procedura è stata emessa il 21/01/2008 ed è ora revisionata per le seguenti motivazioni:

- aggiornamento periodico previsto
- necessità di adeguamento
- introduzione all'utilizzo di specifica piattaforma informatica per l'elaborazione, la gestione, e l'archiviazione della documentazione aziendale.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 4 di 20
---	---	---

5. DEFINIZIONI

5.1 Glossario

- [Procedure Generali \(PG\)](#): sono i documenti che descrivono come le regole definite dall'Organizzazione nel rispetto della legislazione vigente, inclusi i requisiti di accreditamento istituzionale trovano applicazione. Contengono le responsabilità e le modalità di esecuzione delle attività svolte dal personale per la conduzione aziendale. Le Procedure Generali descrivono processi aziendali.

- [Procedure Specifiche \(PrS\)](#): sono documenti che regolamentano le attività cliniche, organizzative e gestionali all'interno della singola SOC, oppure emessi da una struttura operativa che regolamenta attività trasversali su diverse SOC e Servizi (PrST), e dovranno essere approvate prima dell'emissione dal DSPO, QRMU e SISTRPO per competenza.

- [Istruzioni Operative \(IO\)](#): sono documenti specifici di SOC che indicano nel dettaglio come eseguire una determinata attività tecnica, amministrativa o sanitaria.

- [Regole di Unità](#): sono documenti che descrivono l'organizzazione, i processi, le responsabilità delle unità operative.

- [Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali \(PDTA\)](#): sono piani interdisciplinari di assistenza costruiti per specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da chi eroga le prestazioni sanitarie sulla base delle migliori Linee Guida esistenti; identificano la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti a priori, con un'efficacia ed un'efficienza ottimali (Aress 2009).

- [Modelli \(MOD\)](#) sono parte integrante della documentazione cui si riferiscono e includono: Checklist, Griglie, Moduli, Report, Scale, Schede, Tabelle, Verbali.

- [Opuscoli informativi \(OI\)](#): interni ed esterni, sono documenti esplicativi sintetici di carattere divulgativo e informativo.

5.2 Siglario

CPSE = Coordinatore Personale del Comparto

DD = Direttore di Dipartimento

DG = Direttore Generale

DocsPA = Protocollo Informatico e Gestione dei flussi Documentali

DS = Direzione Sanitaria d'Azienda

DSC = Direttore Struttura Complessa

DSPO = Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero

IO = Istruzione Operativa

MOD = Modello

OI = Opuscoli informativi

PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PG = Procedura Generale

PrS = Procedura specifica

PrST = Procedura specifica Trasversale

QRMU = Servizio Qualità, Risk Management, URP

RQR = Referenti Qualità Rischio clinico di SOC

RSA = Responsabile Sistema Accreditamento

RSPP = Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

RU = Regole di Unità

SOC = Struttura Operativa Complessa

SITRPO = Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Preventivo Ostetrico

URP = Ufficio Relazioni con il Pubblico

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

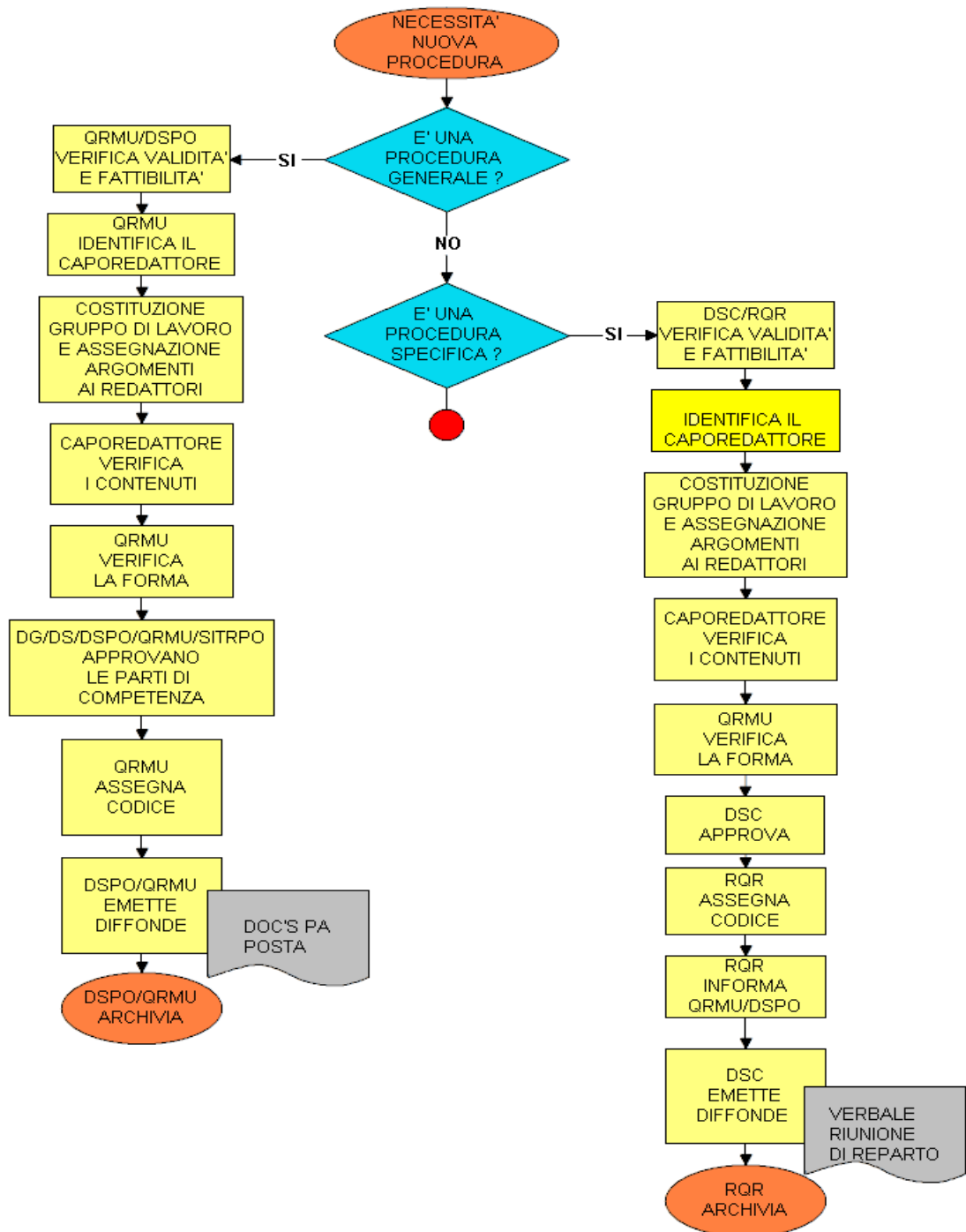
Le responsabilità relative alle attività della presente procedura sono di seguito sintetizzate:


Attività	Redattore		Caporedattore		DSC	RQR	QRMU		DSPO		SITRPO	
	PrS	PG/T	PrS	PG/T	PrS	PrS	PrS	PG/T	PrS	PG/T	PrS	PG/T
Redazione	C	C	R	R	S			S		S		S
Ver. contenuto			R	R	S			S		S		S
Verifica format						R	R	R				
Approvazione					R			R		R		R
Codifica						R		R				
Emissione					R			R		R		
Revisione	C	C	R	R	R	C		R		R		R
Distribuzione					R	C		R		R		
Archiviazione						R		R ₁		R ₂		

R = Responsabile C = Collaboratore S = Supervisore

1 = Responsabile archiviazione informatica 2 = Responsabile archiviazione cartacea

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO



	<p style="text-align: center;">PROCEDURA GENERALE</p> <p style="text-align: center;">GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI</p>	<p>Cod: PGSGQ01</p> <p>Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 7 di 20</p>
---	--	--

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

L'Azienda pone particolare attenzione affinché la documentazione sia sempre redatta in modo corretto e completo, tale da guidare e supportare il personale cui è indirizzata.

8.1 Attività 1: redazione, verifica, approvazione, codifica, emissione e revisione di un documento

- Procedure Generali, Specifiche e Istruzioni Operative

La necessità di avere una nuova PG/PrS o la revisione di una esistente può nascere per soddisfare esigenze di diversa natura quali:

nuove attività, miglioramento della qualità, adeguamento a nuove conoscenze o norme. Averle in forma scritta risponde alla necessità di metterle a conoscenza e a disposizione dell'intera organizzazione e di tenerne traccia nel tempo.


Ogni operatore che ravvisi la necessità di una nuova procedura o della modifica di una esistente, per gli argomenti d'interesse aziendale (PG) deve far riferimento al Servizio QRMU, per quelli di interesse specifico di SOC (PrS) al DSC/RQR. Nel caso di richiesta di revisione di documento in vigore, può direttamente proporre, alle figure prima citate, la bozza di testo della modifica che si vuole apportare.

Il QRMU/RUO per le rispettive competenze, verificata la validità e fattibilità della richiesta, sentito il responsabile SOC/DD/DSPO, in base alla struttura della piattaforma informatica in uso, identifica il Caporedattore responsabile della stesura della procedura.

Il Caporedattore individua i redattori e assegna loro gli argomenti da trattare.

Ogni redattore, a sua volta, può individuare una serie di collaboratori per la trattazione dei singoli argomenti.

Per quanto concerne le **PG**, al termine della stesura, il capo redattore verifica i contenuti e invia il documento al QRMU e, se di argomento inerente il presidio ospedaliero al DSPO, per la verifica di congruenza con i requisiti del sistema aziendale. Se la verifica da esito positivo il documento sarà approvato dai Direttori nelle parti di competenza (DG, DSPO, QRMU, SITRPO), e sarà classificato e **codificato** dal QRMU. Nel caso in cui la verifica dia esito negativo il documento viene rinviato al caporedattore per le modifiche del caso.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 8 di 20
---	---	---

In alcuni casi, quando la procedura fosse di particolare rilievo o interessasse elementi di “politica” Aziendale, la sua approvazione sarà di competenza della Direzione d’Azienda. L’emissione e la distribuzione sono effettuate dal DSPO e dal QRMU.

Per le **PrS** il caporedattore invia la procedura assemblata al DSC che, coadiuvato dal RQR, secondo le competenze che vorrà delegargli, farà la verifica di congruenza con i requisiti di U.O. e in caso di esito positivo provvederà alla sua approvazione, emissione e distribuzione assicurandosi che tutto il personale ne abbia conoscenza e sempre facile accesso. Il RQR assegnerà un **codice identificativo** con numero progressivo di SOC e ne darà notizia al DSPO e al QRMU.

- Assegnazione codice identificativo

La codifica delle PG è effettuata dal QRMU seguendo il criterio dei numeri progressivi nel seguente modo:

PG: il codice è PGSGQ 01, PGSGQ02, PGSGQ03, e così via.

La codifica delle PrS e delle IO è effettuata dal RQR seguendo il criterio dei numeri progressivi nel seguente modo:

PrS: il codice è PrS + (codice SOC) + n° progressivo, Esempio:


PrSDG	DIREZIONE GENERALE
- PrSDGdg01	Direttore Generale
- PrSDGds01	Direttore Sanitario
- PrSDGda01	Direttore Amministrativo
- PrSDGcs01	Collegio Sindacale

IO: il codice è IO + (codice SOC) + n° progressivo, Esempio:

PrSDS	Direzione Sanitaria
- IOlab01	Laboratorio di Analisi
- IOrx01	Radiodiagnostica
- IOaip01	Anatomia e Istologia Patologica
- IOses01	Servizio Trasfusionale
- IOtro01	Trapianto organi
- IOafo01	Assistenza Farmaceutica Ospedaliera

L’ **IO** è documento specifico di unità operativa per cui segue lo stesso iter della PrS.

Nel caso in cui un’altra SOC volesse adottare la stessa IO è sufficiente che il

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 9 di 20
---	---	---

Responsabile la emetta, ne assicuri la conoscenza tra i suoi collaboratori e il RQR la codifichi (codice e numero di SOC) e ne dia notizia alla DSPO e QRMU.

- Comunicazioni verso l'esterno

Le proposte di realizzazione, di modifica o di miglioramento di documenti informativi possono essere richieste all'URP che si farà carico di inoltrarle al Servizio di competenza. La guida per gli utenti e gli opuscoli informativi sono di competenza delle singole SOC/Dipartimenti con la supervisione della DSPO/SITRPO. Anche per questi documenti si richiede specifica **codifica** e, infine, invio per conoscenza, al QRMU.

- Comunicazioni interne

Regole di Unità sono documenti di competenza del DSC formulate in accordo con la DSPO. L'iter è quello delle PrS.

Verbali sono documenti redatti, su modello aziendale, a fronte di riunioni interne ordinarie o straordinarie. La gestione di tali documenti (stesura, condivisione firmata, distribuzione ai Servizi interessati ed archiviazione finale) è responsabilità del Servizio che convoca la riunione.

8.2 Attività 2: distribuzione elenco e archiviazione della documentazione

Distribuzione


I documenti sono distribuiti alle funzioni competenti dell'esecuzione delle attività.

- Distribuzione interna

La distribuzione della **PG o della PrS** approvata avviene tramite rete intranet utilizzando **il sistema DocsPA** che mantiene traccia dei destinatari e dell'avvenuta lettura, oppure tramite posta elettronica (con predisposizione automatica di messaggio di avvenuta lettura) con obbligo di inoltrare a tutti i collaboratori da parte del DSC e del CPSE.

Nel caso di distribuzione di materiale cartaceo deve essere utilizzato l'apposito modulo:

- MOD 1 lista di distribuzione del documento (allegato 1)
- MOD 2 elenco dei documenti interni (allegato 2)
- MOD 3 elenco dei documenti informativi (allegato 3)
- MOD 4 elenco delle Linee Guida (allegato 4)
- MOD 5 circolari e avvisi (allegato 5)
- MOD 6 schema verbale (allegato 6)
- MOD 7 mappa codici PrS (allegato 7).

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 10 di 20
---	---	--

Il DSC potrà consegnarla direttamente a ogni singolo operatore oppure potrà esporre l'elenco dei documenti indicando chiaramente dove sono archiviati presso i luoghi di lavoro oppure potrà inserirli sulla rete aziendale.

La modifica dell'elenco dei documenti per redazione di una nuova procedura (**sia PG che PrS**) o per la sua revisione deve essere resa nota durante una riunione di reparto o tramite avviso esposto nella bacheca di reparto.

I verbali redatti dalle strutture operative in corso di riunioni interne ordinarie o straordinarie sono distribuiti utilizzando lo specifico modulo (MOD6).

Si ricorda che la bacheca viene utilizzata come strumento per divulgare le informazioni a tutto il personale.

Le circolari/avvisi di SOC sono predisposti attraverso l'utilizzo del MOD5 e devono riportare da chi sono state emesse, a chi sono rivolte e la modalità di diffusione (affissione in bacheca, firma per presa visione sull'elenco allegato).

La PrS vengono numerate secondo l'emissione, firmate e vengono conservate presso le aree dedicate della SOC.

Le PG vengono numerate secondo l'ordine di emissione e firmate per quanto di competenza dalle diverse figure coinvolte (DG/DSPO/QRMU/SITRPO).

- Distribuzione esterna

I documenti informativi sono divulgati all'utenza sia attraverso consegna diretta da parte del personale di front-office sia attraverso l'apposizione in sala d'attesa e nei luoghi di accesso dell'utenza.


Elenco dei documenti

Il QRMU/DSPO, per competenza deve provvedere a mantenere aggiornati gli elenchi dei documenti della struttura.

In particolare è tenuto ad avere in ordine:

- ❖ elenco dei documenti interni (organizzazione e gestione, tecnici) suddivisi per tipologia/settore, se ritenuto necessario;
- ❖ elenco dei documenti informativi rivolti agli utenti esterni
- ❖ elenco delle linee guida.

I documenti sono rivalutati nella loro adeguatezza con cadenza almeno triennale e a

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 11 di 20
---	---	--

seguito della revisione.

Il documento che è stato revisionato deve essere emesso nuovamente secondo lo stesso iter di emissione originaria.

Archiviazione

Se il documento (PG o PrS) in questione rappresenta una nuova versione di un documento precedente, contestualmente al ricevimento del nuovo documento, i destinatari distruggono la copia divenuta «obsoleta».

L'archiviazione dei documenti originali è a carico delle figure indicate in tabella – capitolo 6; ogni documento è conservato in forma cartacea (depositato presso la segreteria della DSPO dei 2 Ospedali) e presso il QRMU in forma elettronica.

Ogni responsabile dell'archiviazione dei documenti predispone due archivi:

- Documenti attivi
- Documenti obsoleti.

Una copia di tutti i documenti obsoleti viene mantenuta **in forma elettronica** (DocsPA) per un periodo non inferiore a 3 anni.


I destinatari, quindi, provvedono al necessario addestramento del personale e aggiornano il proprio archivio di settore.

Il DSC, per competenza, coadiuvato dal RQR, mantiene un elenco aggiornato di tutti i documenti interni emessi della struttura da lui diretta e dei documenti informativi gestiti suddivisi per tipologia.

Tutte le PrS della SOC attive sono archiviate in forma cartacea in appositi dossier presso aree dedicate del reparto e, in forma elettronica, in rete sul sito web aziendale. Questa attività è in capo al RQR.

Le PrsT seguono lo stesso iter delle PG e devono essere approvate prima dell'emissione dal DSPO, QRMU e SITRPO per competenza.

Le PG vengono numerate secondo l'ordine di emissione, firmate per quanto di competenza dalle diverse figure coinvolte (DG/DSPO/QRMU/SITRPO), e conservate in forma cartacea presso il locale dedicato della DSPO.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 12 di 20
---	---	--

8.3 Attività 3: format dei documenti


Una procedura deve essere elaborata rispettando un format standard

La prima pagina delle procedure (Generali e Specifiche) contiene sempre

❖ **L'intestazione** con

- il logo Aziendale
- la tipologia del documento e il titolo
- il codice assegnato secondo le indicazioni date (cap. 8.1)
- la data di emissione che deve coincidere con la data di entrata in vigore
- il numero di revisione che identifica il numero di volte in cui il documento ha subito modifiche (parte da Rev. 0 per la prima emissione, se il documento non è definitivo inserire la dicitura *BOZZA*)
- Il numero progressivo della pagina (allegati esclusi)

Intestazione

	PROCEDURA GENERALE/SPECIFICA/ISTRUZIONE OPERATIVA/MODULO TITOLO	Cod: Data: Rev. Pagina ... di
---	--	--


Nell'*applicazione informatizzata* l'intestazione è generata in automatico.

→ N.B. *Tutte le pagine* del documento contengono sempre l'intestazione.

❖ **il piè di pagina** con i nomi e le firme dei responsabili di

- redazione
- verifica dei contenuti
- verifica formale
- approvazione
- emissione

ed eventualmente, se si tratta di una revisione, la segnalazione delle parti del documento modificate vanno inserite solo nella prima pagina.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 13 di 20
---	---	--

Piè di pagina

Descrizione modifica:				
Redatto	Verificato nei contenuti	Verificato nella forma	Approvato	Emesso

❖ L'indice

Il format standard è ben schematizzato in un indice completo. Lo scopo dell'indice è anzitutto dare una chiara idea della struttura del lavoro; talvolta ciò basta anche a suggerire gli argomenti fondamentali trattati.

I titoli definitivi delle diverse parti (capitoli e argomenti) andrebbero dunque riveduti alla fine della stesura. Generalmente i titoli, non più lunghi di una riga, dovrebbero evitare sia formulazioni troppo generiche, sia troppo dettagliate.

In secondo luogo, l'indice ha lo scopo pratico di permettere che il lettore possa trovare un argomento senza scorrere l'intero testo, è dunque importante che tutte le parti che compaiono nel testo corrispondano nell'indice. Il sistema più semplice (e anche il migliore) per distinguere capitoli e argomenti sfrutta soltanto numeri arabi, separati da punti senza spazi.

Nell'*applicazione informatizzata* la preparazione dell'indice è la prima fase dell'inserimento di una procedura.

L'indice può dunque contenere, se applicabili, i seguenti capitoli e argomenti:

1. Premesse

1.1 Introduzione

1.2 Gruppo di lavoro

In questo capitolo si possono inserire come argomenti una breve introduzione, dati epidemiologici, casistica con l'intento di chiarire la scelta dell'argomento, illustrare e delimitare i termini del problema che sarà affrontato ed eventualmente il metodo col quale si procederà.

2. Scopo/Obiettivi

2.1 Scopo

2.2 Obiettivi

Lo scopo descrive le finalità che si intendono raggiungere con la produzione del documento.

Si definiscono quali sono gli obiettivi del processo da perseguire o gli eventi indesiderati che si vogliono evitare.

Gli obiettivi sono interdipendenti e sequenziali, la definizione degli obiettivi deve svilupparsi attraverso un percorso logico.

Può essere utile aiutarci definendoli con forme verbali quali:

uniformare, migliorare, definire, attuare, applicare, riconoscere e gestire, ecc...

Caratteristiche di un obiettivo:


- pertinente in rapporto al problema
- logico
- realizzabile (sia in relazione al risultato atteso che al tempo necessario per raggiungerlo)
- preciso
- misurabile
- comprensibile e chiaro

3. Campo di applicazione

In questo capitolo sono definiti “dove” e “quando” verrà applicata la procedura, ossia in quale contesto dell’attività della Struttura interessata e in quale momento o situazione.

Nel caso di procedura clinico/assistenziale potrebbe essere utile indicare anche i criteri di inclusione o esclusione della persona assistita.

E’ importante in questo ambito indicare con chiarezza i parametri spazio-temporali in cui la procedura deve essere applicata e ha validità, in questo modo si contiene il rischio che si faccia un uso improprio e fuori contesto del documento.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 15 di 20
---	---	--

4. Modifiche alle revisioni precedenti

La prima stesura sarà indicata come “revisione 0” (revisione zero).

Se si tratta di una modifica della versione precedente (revisione 1, 2, 3, ecc.) menzionarne il motivo e indicare le pagine modificate e la natura della modifica. Indicare infine i tempi previsti per le successive revisioni.

L’indicazione precisa delle variazioni/modifiche aiuta anche i destinatari a focalizzare l’attenzione su questi punti, senza dover rileggere tutta la procedura.

Si può anche scegliere uno schema tabellare come quello sotto, per certi versi preferibile per l’ordine e la lettura agevole.

Revisione	Data	Motivo dell’aggiornamento
0	10/01/08	Prima emissione
1	12/12/08	Revisione del punto ... con modifica ...inserimento di ...

5. Definizioni

5.1 Classificazioni


5.2 Glossario

5.3 Siglario

Per la corretta lettura della procedura, in questo capitolo sono elencati per esteso le sigle, abbreviazioni e gli acronimi (in un siglario), i termini utilizzati (in un glossario) di non immediata comprensione, dei quali vengono fornite definizioni utili ad uniformarne l’interpretazione.

→ *Esempio di siglario*

SIGLE	DEFINIZIONE
SOC	Struttura Operativa Complessa
SOS	Struttura Operativa Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
EBN	Evidence-Based Nursing
EBM	Evidence-Based Medicine

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 16 di 20
---	---	--

→ *Esempio di glossario*

TERMINE	DEFINIZIONE
PROCESSO	Successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato (prodotto, servizio) che ha valore per il cliente finale
PROCEDURA	Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo (DPR 37 del 14.1.97). In generale: maniera specifica di compiere una attività. Scopo delle procedure nel modello di riferimento di Sistema Qualità ISO 9000 è garantire l'efficacia e l'efficienza del Sistema Qualità, consentendo la riproducibilità e la trasferibilità del 'come si fa' specifico. Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi è il responsabile delle attività descritte.
ISTRUZIONE OPERATIVA	Documento che descrive un'attività in modo puntuale
LINEE GUIDA	Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti con lo scopo di aiutare i professionisti della sanità ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche(Istitute of Medicine) Si tratta di raccomandazioni legate a comportamenti pratici ed indicazioni operative che scaturiscono dall'applicazione di una metodologia definita.

6. Matrice delle responsabilità

In questa sezione sono sintetizzate le principali responsabilità delle figure coinvolte nel documento.

Per ciascuna delle attività descritte in procedura, vengono in questo paragrafo riassunte le funzioni coinvolte e le relative responsabilità. Sarà esplicitato se ciascuna delle funzioni richiamate in procedura, ha, nei confronti delle attività descritte, responsabilità primaria, responsabilità di supervisione o responsabilità di collaborazione.

Si suggerisce di:

- Elencare prima le attività che compongono il processo in ordine cronologico;
- Individuare chi fa che cosa;
- Compilare la tabella/matrice sottostante.

Attività	<i>Funzione 1</i>	<i>Funzione 2</i>	<i>Funzione 3</i>	<i>Funzione 4</i>
<i>Attività 1</i>	<i>R</i>	<i>C</i>		<i>C</i>
<i>Attività 2</i>	<i>S</i>	<i>R</i>		
<i>Attività 3</i>	<i>S</i>		<i>R</i>	<i>C</i>



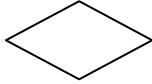

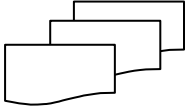

R=responsabile; S= supervisione; C=collaboratore


7. Diagramma di flusso

Un diagramma di flusso è una rappresentazione grafica, che utilizza figure geometriche, della sequenza delle attività all'interno di un processo, è un ottimo mezzo per comprendere il processo (insieme di attività da analizzare) al fine:

- di renderlo noto;
- identificare i problemi potenziali;
- individuare i passaggi critici.

→ Qui sotto il significato delle forme di maggiore utilizzo.

Figura	Utilizzo
	Rettangolo ad angoli smussi: viene utilizzato per rappresentare l'azione che dà il via al processo (input) e quella che termina il processo (output).
	Rettangolo: è usato per la descrizione sintetica di un'attività.
	Rombo: rappresenta un punto in cui si deve prendere una decisione. Solitamente contiene una domanda cui si può rispondere solo con un "sì" o con un "no".
	Rettangolo ondulato: indica un documento di supporto (es. cartella clinica, lettera, richiesta di un esame).
	Rettangoli ondolati: indica più documenti di supporto alla stessa attività (es. cartella clinica, lettera, richiesta di un esame).
	Cerchio (connettore): serve a collegare un diagramma di flusso ripartito su due pagine attraverso una lettera A – A od un numero 1 – 1, oppure come punto di congiungimento di più frecce, destinate a confluire in un unico flusso in uscita verso una delle figure illustrate prima.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 18 di 20
---	---	--

8. Descrizione delle attività

8.1 Attività 1

8.2 Attività 2

8.3 Attività 3

In questo capitolo si descrivono sotto forma di testo, in sequenza, tutte le attività della procedura, definendo nel dettaglio le azioni organizzate e finalizzate con cui le attività devono essere svolte per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Le classiche domande CHI, A CHI, DA CHI, COSA, COME, QUANDO, DOVE possono sicuramente aiutare a raccogliere tutti gli elementi utili.

Già in questa fase, sarebbe opportuno cercare di rappresentare graficamente il processo attraverso una bozza di diagramma di flusso. Questo per verificare se effettivamente le attività descritte permettono di delineare un processo logico e completo.

Per ogni attività va indicato:

- chi svolge un ruolo (attivo o passivo);
- come deve essere gestita l'attività;
- quali strumenti devono essere utilizzati (es. dal modulo cartaceo all'apparecchiatura elettromedicale);
- se e dove è possibile ritrovare traccia della corretta conduzione dell'attività.

9. Riferimenti e allegati

9.1 Riferimenti


9.2 Bibliografia

9.3 Allegati

Si elencano i documenti che contengono le norme di riferimento in conformità dei quali la procedura in oggetto viene redatta.

La bibliografia è un elenco di tutti i documenti consultati nel corso della ricerca (sia in formato cartaceo che elettronico) che vengono identificati in pochi dati essenziali (autore, titolo, editore, anno di pubblicazione, ecc.) chiamati "riferimenti bibliografici".

Gli allegati, cioè moduli, schede, istruzioni operative, ecc. che integrano e completano

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 19 di 20
---	---	--

quanto descritto nella procedura, sono annessi al corpo centrale della procedura e sono gestiti come documenti autonomi con identificazione propria.

Nell'applicazione informatizzata la bibliografia è generata in automatico.

10. Verifica

10.1 Indicatori

10.2 Parametri di controllo


In questo capitolo sono riportati gli indicatori per monitorare e valutare le attività descritte nelle procedure e per attivare, qualora necessario, azioni correttive o azioni di miglioramento.

Si deve esplicitare chi e come rileva i dati, chi li elabora e con quale frequenza, a chi è inoltrata la relazione (report) sui risultati.

È necessario utilizzare dati facilmente rilevabili ed una scheda di rilevazione (cartacea o informatizzata). La scheda o una immagine della videata deve essere inserita negli allegati. I dati devono essere elaborati e illustrati in una relazione. La rilevazione dei dati rispetterà la cadenza periodica dichiarata e inviata alle funzioni competenti.

11. Lista di distribuzione

Qui si deve specificare a quali ruoli (medici, infermieri, tecnici, ecc.) o funzioni o stakeholder deve essere distribuito il documento. Per gli operatori appartenenti alla SOC, è necessario predisporre un elenco nominativo e far apporre data e firma in occasione della consegna e illustrazione del documento (meglio se si tratta di una riunione di reparto con relativo verbale). Per le persone appartenenti ad altri servizi, utilizzare DocsPA.

	PROCEDURA GENERALE GESTIONE DEI DOCUMENTI GENERALI E TECNICI AZIENDALI	Cod: PGSGQ01 Data: 25 settembre 2012 Rev. 1 Pagina 20 di 20
---	---	--

9. RIFERIMENTI E ALLEGATI

1. Manuale Accredimento delle strutture sanitarie: Deliberazione del Consiglio Regionale - 22 febbraio 2000, n. 616 – 3149 in attuazione al Decreto del Presidente della Repubblica - 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione";
2. Aress. Glossario Clinical Governance. Regione Piemonte, Febbraio 2009
3. Joint Commission International. Elenco degli standard adottati a partire dal 2011 e relative note interpretative. Progetto Patient Safety.

10. VERIFICA/INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

10.1 Verifica dell'applicazione della presente procedura: annualmente il QRMU richiede la lista delle PrS ad ogni SOC per verificare la conformità al format aziendale delle nuove procedure emesse.

10.2 Standard di riferimento: a partire dalla data di emissione della presente procedura tutti i documenti aziendali elaborati e o revisionati dovranno seguire l'iter ed avere la struttura formale indicata.

11. LISTA DI DISTRIBUZIONE

La **PG** deve essere distribuita a tutto il personale dell'Azienda inteso come a tutti i DSC e Responsabili delle strutture operative e ai CPSE che sono deputati alla diffusione del documento all'interno della loro struttura. Si deve utilizzare **il sistema DocsPA**.

Le **PG** e le **PrS** devono essere distribuite alle persone appartenenti alla U.O. predisponendo un elenco nominativo e facendo apporre data e firma in occasione della consegna e illustrazione del documento, preferibilmente durante una riunione di reparto con stesura di relativo verbale e protocollato tramite DocsPA con inoltro ai responsabili dell'emissione.