



Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 1746 DEL 02 SET 2025

OGGETTO: Accreditamento Istituzionale nota Prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Procedura Gestionale dei Documenti e delle Registrazioni ASP Ag.

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale C.U.R. e C.U.P.

PROPOSTA N. 1804 DEL 26-08-2025

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Paolo Consiglio

IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

VISTO CONTABILE

Si attesta la copertura finanziaria:

() come da prospetto allegato (ALL. N. _____) che è parte integrante della presente delibera.

NON COMPORTA
ORDINE DI SPESA

() Autorizzazione n. _____ del _____

C.E. / C.P.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott. Giuseppe Maria
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE UOC SEF e P.

DIRETTORE U.O.C.
POTERE ECONOMICO
MANAGGIO E PATRIMONIALE

RICEVUTA DALL'UFFICIO ATTI DELIBERATIVI IN DATA

28 AGO 2025

L'anno duemilaventicinque il giorno DUE del mese di
SETTEMBRE nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci , nominato con Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 310/Serv.1°/S.G. del 21-06-2024 , acquisito il parere del Direttore Amministrativo , dott.ssa Ersilia Riggi , nominata con delibera n. 60 del 14-01-2025 e del Direttore Sanitario , dott. Raffaele Elia , nominato con Delibera n. 415 del 02-09-2024 , con l'assistenza del Segretario verbalizzante DOTT. GIUSEPPE TERESA CIRQUE adotta la presente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.

PROPOSTA

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico, Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. in Staff alla Direzione Generale Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Visto l'Atto Aziendale di questa ASP, adottato con delibera n. 265 del 23/12/2019 ed approvato con D.A. n. 478 del 04/06/2020, di cui si è preso atto con Delibera n. 880 del 10/06/2020;

Premesso che l'Assessorato Regionale alla Salute ha avviato in tutte le Aziende Sanitarie il processo di accreditamento istituzionale ;

Vista la nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 " Accreditamento Istituzionale " con la quale sono individuate le strutture aziendali incaricate della stesura della documentazione richiesta dall'Assessorato alla Salute;

Visto il documento " Accreditamento Istituzionale nota prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Procedura Gestionale dei Documenti e delle Registrazioni ASP AG " , redatto dal Dott. Paolo Ferrara Dirigente Medico di Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità;

Atteso che tra i documenti da adottare il documento " Accreditamento Istituzionale nota prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Procedura Gestionale dei Documenti e delle Registrazioni ASP AG" soddisfa quanto richiesto nella nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 80655 del 15-05-2025 Accreditamento Istituzionale ;

Stante la necessità di questa Azienda di munirsi dell'apposito documento " Accreditamento Istituzionale nota prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Procedura Gestionale dei Documenti e delle Registrazioni ASP AG " ;

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

Approvare il documento " Accreditamento Istituzionale nota prot. D.S.A. n. 80655 del 15-05-2025 . Procedura Gestionale dei Documenti e delle Registrazioni ASP AG " ;

Che l'esecuzione della deliberazione verrà curata dalla U.O.S. Gestione del Rischio Clinico e della Qualità Aziendale , C.U.R. e C.U.P. in Staff alla Direzione Generale;

Di munire la deliberazione della clausola di immediata esecuzione per le motivazioni di seguito specificate: tempistica immediata della presa in carico del Documento per soddisfare la richiesta dell'Assessorato alla Salute per l'Accreditamento Istituzionale;

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Dott. Girolamo Maurizio Galletto

Il Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P.

SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere *Favorabile*
Data 2/09/2025

Dr.ssa Ersilia Riggi
Ersilia Riggi

Parere *Favorabile*
Data 02/09/2025

Dott. Raffaele Elia
R. Elia

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal dott. Girolamo Maurizio Galletto Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale , della C.U.R. e del C.U.P. che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

Tenuto conto del parere espresso dal Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario ;

DELIBERA

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal dott. Girolamo Maurizio Galletto , Dirigente Responsabile della U.O.S. Gestione del Rischio Clinico , della Qualità Aziendale della C.U.R. e del C.U.P.

IL DIRETTORE GENERALE

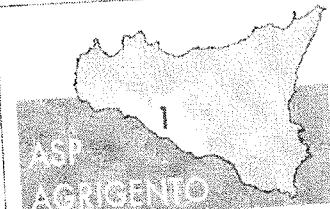
Dott. Giuseppe Capodieci

Giuseppe Capodieci

Il Segretario verbalizzante:
Dott. Giuseppe Capodieci
Dott. Stefano Galletto di Gestione
Dott.ssa Teresa Cinque



1859



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

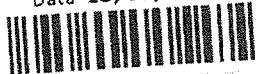
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Direzione Sanitaria

Prot. Generale n. 00 80655

Data 15/05/2025

prot



Al Direttore del DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO

Al Responsabile UOS QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

Al Responsabile UOS FORMAZIONE

Al Responsabile UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE

Al Responsabile UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Al Responsabile del SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE

Al dott. Alfonso CAVALERI, Direzione Sanitaria Aziendale

Al Responsabile UOS PSICOLOGIA

Al Direttore UOC PROVVEDITORATO

Al Direttore UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Oggetto: ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

Nella ricognizione della documentazione necessaria per il buon esito della procedura di accreditamento regionale dell'Azienda, sono emerse alcune criticità inerenti la evidenza documentale della presenza o meno di alcuni atti; e se - qualora esistenti - riguardo la conformità ai requisiti richiesti dall'Assessorato.

A tal proposito, si evidenzia che tale documentazione, per essere considerata valida ai fini della verifica di conformità devono:

- avere un'intestazione chiara
- individuare chiaramente il destinatario
- avere un contenuto coerente con quanto richiesto dall'evidenza
- recare una data e un numero di protocollo o di registrazione
- recare la firma dell'autore

Ciò premesso, le SS.LL. sono individuate quali responsabili della produzione della documentazione elencata in calce.

Pertanto, qualora essa fosse già acquisita, dovrà essere trasmessa alla dott.ssa Adriana Graceffa, Coordinatrice del Team, all'indirizzo mail adriana.graceffa@aspag.it per il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda entro e non oltre la data del 26 maggio p.v.

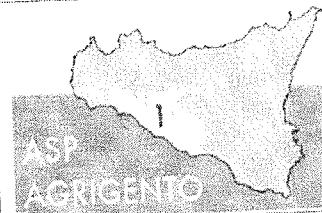
Qualora non presente, non reperibile o non rispondente ai requisiti richiesti, le SS.LL. provvederanno alla loro redazione, e/o integrazione, e/o aggiornamento secondo le necessità, in uno con le strutture aziendali ritenute deputate alla collaborazione entro il termine massimo del

Resta bene inteso che, in questo percorso individuato, la responsabilità della produzione del documento resta in capo alla UO indicata nella presente nota

Si elenca di seguito la documentazione ad oggi ritenuta critica:

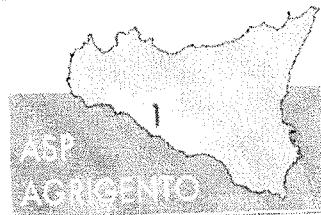
- 1) Procedura sistema informativo (modalità con cui è garantita l'integrità e la sicurezza dei dati; modalità di raccolta, conservazione e tracciamento dei dati; modalità di valutazione della qualità dei dati; modalità di diffusione e utilizzo delle informazioni da parte delle articolazioni organizzative aziendali);





- 2) Procedura valutazione e miglioramento qualità delle prestazioni e servizi erogati: esiste la procedura Piano Aziendale Gestione del Rischio Clinico e della Qualità – Triennio 2023/2025, ma bisogna integrare con il report delle attività messe in atto per il miglioramento della qualità del servizio, Analisi del contesto e/o dei risultati degli interventi già realizzati, Analisi dei punti di forza e delle criticità, definizione delle aree di intervento, metodi utilizzati o da utilizzare per la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni; obiettivi e indicatori per il monitoraggio dei risultati delle azioni programmate;
- 3) Procedura piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a seguito dell'analisi dei disservizi con relativo report di monitoraggio dei piani di miglioramento;
- 4) Procedura accoglienza e formazione personale neoassunto o trasferito e report attività formazione;
- 5) Polizze assicurative in materia antinfestunistica e DURC (documento unico regolarità contributiva);
- 6) Procedura valutazione del clima aziendale e soddisfazione del personale con indagini periodiche; report diffusi al personale e confronto sulle criticità emerse dalle indagini;
- 7) Report o procedura sistema di raccolta segnalazioni da parte del personale ed eventuali azioni di miglioramento;
- 8) Procedura di comunicazione esterna (con i cittadini) con lista di distribuzione al personale;
- 9) Carta dei servizi: pubblicazione sul sito, report;
- 10) Procedura Customer Satisfaction con relativo report;
- 11) Formazione personale a contatto con il pubblico: report /fascicoli personali;
- 12) Procedura Aziendale per la Gestione del Rischio orientato alla sicurezza di operatori, pazienti e ambienti di lavoro (near miss, eventi avversi, eventi sentinella): esiste la procedura Aziendale adottata con delibera n. 469 del 05/03/2024, ma non risultano valorizzati i seguenti punti: la gestione delle emergenze sanitarie, la prevenzione e controllo delle ICA ; inoltre mancano i piani di intervento con le eventuali correzioni in caso di “near miss” e l'evidenza che il personale sia adeguatamente formato.
- 13) Procedura gestione documentale: redazione, approvazione e distribuzione dei documenti, controllo delle modifiche, disponibilità e sistema di archiviazione;
- 14) Report e piani di intervento per la valutazione della qualità del percorso di assistenza;
- 15) Procedura valutazione del percorso di cura da parte di pazienti e familiari;
- 16) Procedura, report o piani di intervento di attività di valutazione della qualità della documentazione sanitaria;
- 17) Procedura gestione del rischio ambientale e delle infrastrutture: DVR Aziendale nel quale però manca il programma per il monitoraggio dell'idoneità della struttura e la raccolta dei dati relativi ad incidenti, infortuni ed altri eventi a supporto della pianificazione della riduzione dei rischi (report, incontri periodici relativi alla gestione della sicurezza);
- 18) Procedura/report conoscenze acquisite esterno e condivisione tra operatori;
- 19) Procedura Job Description che definisce gli standard di competenza per posizione con report verifica periodica ECM;
- 20) Procedura attribuzione livelli di autonomia personale medico con relativa lista di distribuzione;
- 21) Procedura sulla comunicazione con pazienti e familiari;
- 22) Procedura coinvolgimento ascolto attivo di pazienti e familiari;
- 23) Report modalità di coinvolgimento dei pazienti e dei caregiver;
- 24) Procedura modalità di coinvolgimento dei pz ai processi di gestione del rischio clinico;
- 25) Procedura di programmazione acquisti di prodotti, attrezzature, e apparecchiature biomediche e dispositivi medici;
- 26) Procedura per l'uso sicuro appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche sia sotto il profilo funzionale che tecnologico;





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SICILIANA

Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento

Viale Della Vittoria, 321 - 92100 AGRIGENTO

Direzione Strategica

- 27) Procedura rilevazione fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative da implementare;
- 28) Report monitoraggio efficacia ed efficienza delle innovazioni introdotte;
- 29) Procedura modalità di integrazione assistenza, didattica e ricerca;
- 30) Procedura accoglienza pazienti e relative esigenze relative ad età, genere e a particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica e tenendo conto delle specificità di religione, etniche e linguistiche;
- 31) Documento di formazione di counseling tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari.
- 32) Procedura che semplifica gli adempimenti amministrativi per accesso agevolato alle prestazioni assistenziali, semplificando gli adempimenti amministrativi ed assicurando un'informazione tempestiva e trasparente, con particolare riferimento all'accesso alla documentazione sanitaria entro tempi predefiniti.

Si elencano di seguito le strutture individuate quali responsabili della produzione della documentazione:

DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO: Item 32

UOS QUALITA' E RISCHIO CLINICO: Item 2, 3, 6, 7, 9 (in collaborazione con la UO Comunicazione), 10, 12, 14 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 15, 16 (in collaborazione con il Controllo di Gestione), 20, 24 (in collaborazione con UOS Psicologia), 27 (in collaborazione con la Formazione), 30 Gestione)

UOS FORMAZIONE: Item 4, 11, 18, 29, 31 (in collaborazione con UOS Psicologia)

UOS SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE: Item 5, 17 (in collaborazione con la UOC Servizio Tecnico), 26 (in collaborazione con UOS Rischio Clinico)

UOS COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE: Item 1 (in collaborazione con i Sistemi Informatici Aziendali e con il Controllo di Gestione), 13, 8, 21 (in collaborazione con UOS Psicologia)

DIREZIONE SANITARIA: Item 19

UOS PSICOLOGIA: Item 22, 23

UOC PROVVEDITORATO: Item 25

UOC CONTROLLO DI GESTIONE: Item 28

dott.ssa Adriana GRACEFFA
Coordinatrice del Team per il completamento
del percorso di autorizzazione e accreditamento dell'Azienda

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Ersilia Ruggi

IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE

Dott. Raffaele Elia

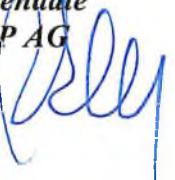
IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Capodieci





PROCEDURA GESTIONALE DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI ASP AG

REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	COD. N.
<p><i>Dott. Paolo Ferrara Dir. Medico Direzione Sanitaria Referente Rischio Clinico e Qualità PO Sciacca</i></p> 	<p><i>Dott. Maurizio Galletto Direttore UOS Rischio Clinico e Qualità ASP AG</i></p>	<p><i>Dott. Raffaele Elia Direttore Sanitario Aziendale ASP AG</i></p> 	RMQ 01

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	Prima stesura		23/8/2025



INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. DESCRIZIONI.....	4
3. CRITERI DI BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE	6
4. SCOPO	7
5. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
6. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	7
7. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	8
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	13
9. MATRICE DI RESPONSABILIA' DELLE PROCEDURE.....	14
10. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'.....	14
11. REDAZIONE.....	14
12. INDICATORI.....	20
13. GESTIONE DELLA NON CONFORMITA'	20
14. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE.....	20
15. DOCUMENTI INSERITI/ALLEGATI.....	20



1. Introduzione

L'efficacia del sistema di gestione per la qualità e la riduzione del rischio clinico si ottiene anche grazie ad un accurato processo di pianificazione e redazione dei documenti aziendali, in particolare delle procedure che orientano e guidano concretamente le attività degli operatori sanitari; una carenza di tale processo infatti può portare ad errori dovuti ad informazioni non corrette dell'operatore. In tale ottica le *Procedure (generali o specifiche)* assumono una rilevanza fondamentale poiché definiscono in modo rigoroso, sistematico, misurabile e verificabile il processo assistenziale. In questa procedura vengono indicati i criteri per assicurare l'efficace pianificazione, il funzionamento ed il controllo delle attività mediante misurazione e monitoraggio. La gestione delle informazioni necessarie, la pianificazione delle attività, la definizione chiara dei processi, il controllo e la misurazione di quanto atteso assumono per l'esecuzione dei processi nel contesto sanitario, una particolare rilevanza a causa delle conseguenze che può comportare un errore dovuto a carenze di informazioni da parte dell'operatore.

La corretta redazione delle procedure rappresenta dunque uno strumento di governo clinico, di gestione del rischio nonché del miglioramento della qualità.

Essa deve essere attuata attraverso un processo rigoroso di:

- redazione condivisa, che tenga conto delle migliori evidenze scientifiche, di modelli di buona pratica clinica ed organizzativa,
- approvazione da parte di chi ha l'autorità,
- diffusione tra gli operatori,
- monitoraggio dei risultati.
-

Le procedure rappresentano uno strumento idoneo alla prevenzione degli errori dovuti a difetti di pianificazione e nell'esecuzione delle attività per l'assenza di informazioni formalizzate, condivise, autorizzate e valutate.

Tale approccio "formale" permette inoltre la standardizzazione dei processi e delle attività, garantisce la costanza dei risultati, rende possibile la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei processi nonché l'individuazione di criticità e di scostamenti dalla "buona pratica" determinata dalle evidenze documentali. Fornisce inoltre gli strumenti con i quali realizzare i principi del "ciclo del miglioramento continuo della qualità" e della gestione del rischio clinico attraverso la pianificazione di un'attività, l'esecuzione, il controllo e le azioni correttive.

La gestione del rischio clinico è profondamente legata alla qualità del sistema aziendale. Secondo l'American Institute of Medicine, quest'ultima viene definita come: "il grado con il quale i sistemi sanitari aumentano la probabilità di risultato di salute attesa coerente con le conoscenze mediche correnti".





La qualità del sistema aziendale si declina attraverso le seguenti dimensioni:

- Qualità del Sistema di Gestione del Rischio Clinico e di Qualità.
- Umanizzazione delle cure.
- Rilevazioni di cittadini/associazioni
- Qualità della ricerca.
- Qualità dei processi sanitari, gestionali, decisionali e di politica sanitaria.
- Qualità della formazione/aggiornamento professionale.
- Il principio della “Global Quality”.
- Qualità delle strutture eroganti.
- Qualità degli aspetti alberghieri.
- Qualità e certificazione dei livelli di igiene.
- Disinfezione, Sterilità.

In quest'ottica, l'elaborazione, la stesura, la diffusione e la corretta applicazione delle procedure permette in modo diretto una riduzione del rischio clinico oltre che un miglioramento della qualità aziendale a tutti i livelli.

2. DESCRIZIONI

Secondo quanto previsto dagli Standard di Accreditamento ISO 9001 in termini di Eccellenza, si descrive quanto segue:

- Procedura

“Modalità definite per eseguire un’attività o serie di attività e comunicazioni, tra loro interrelate, per portare a compimento un servizio per il cliente/utente. Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come è fatto, dove, quando, perché e chi ne è responsabile”.

Il termine procedura **non indica** tutto ciò che invece viene descritto con i termini:

- Protocollo
- Istruzione operativa
- Linea guida
- Profilo assistenziale
- Regolamento

- Protocollo

“Schema predefinito, localmente concordato, di comportamento ottimale secondo ragioni, vincoli, obiettivi delle attività in oggetto”.

- Istruzioni operative

“Disposizione che stabilisce un’azione da compiere o precisa il modo con cui svolgere un’attività. E’ un documento sintetico e descrittivo, di facile interpretazione che



Agosto 2018

specifica le varie fasi di uno schema di flusso quando l'attività (o il "servizio") da fornire richiede maggiori informazioni o quando sia necessario trasferire know-how mediante note ed avvertimenti".

- **Linee guida / raccomandazioni**

"Insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze".

L'obiettivo primario delle linee guida è di garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate rispetto ai vari problemi di salute, secondo le conoscenze scientifiche del momento. Sono basate sul consenso delle specialità interessate, sulle evidenze cliniche e tendono, oltre che a garantire l' appropriatezza, anche al contenimento dei costi degli interventi e ad arrecare il minor disagio possibile al paziente.

- **Percorsi diagnostico-terapeutici o profili assistenziali**

Linee guida cliniche adattate alla organizzazione locale che specificano in maniera dettagliata i luoghi, i tempi ed i personaggi coinvolti nel processo assistenziale definito a partire da specifici bisogni dei pazienti. Hanno spesso carattere di sperimentazione e richiedono impegnative esperienze applicative ai fini della loro validazione e pubblicizzazione.

- **Regolamento**

"Definisce le modalità i comportamento o successione di azioni, definite da regolamenti formali o dalla normativa che devono essere sistematicamente ottemperate".

Sono atti di ufficio che contribuiscono alla normazione di un' organizzazione. Quasi sempre includono i principi ispiratori della struttura, la definizione della sua politica ed i riferimenti normativi. A corredo della parte riguardante la pianificazione delle attività e gli obiettivi, possono essere descritti l'organico, l'organigramma e l'attribuzione delle responsabilità.

Possono essere redatti dai vertici della struttura e diffusi in versione anche fortemente vincolante in modo tale che le deviazioni dei singoli dalla norme in esso contenute possono dar luogo a sanzioni di tipo disciplinare.

In altri casi il loro scopo è di regolare i rapporti all'interno e/o con le interfacce dell'organizzazione in modo da rendere i processi gestionali più coerenti con il mandato e le disposizioni normative ed i processi tecnico professionali più efficienti e adeguati alle risorse assegnate. All'interno dei regolamenti possono essere allegate delle procedure gestionali.

Ad esempio, per quanto concerne la gestione della documentazione, è sicuramente necessaria una procedura che dia precise regole sulla registrazione, consultazione e conservazione della documentazione formale della struttura e che abbia tra gli obiettivi quello di dare la possibilità a tutti gli aventi diritto di accedere alle informazioni di cui in quel momento c'è necessità.



3. CRITERI DI BUONA QUALITA' DELLE PROCEDURE

Fondamentalmente, l'esigenza di definire delle procedure nasce dalla necessità di avere chiarezza e trasparenza sui meccanismi che permettono il funzionamento dei processi fondamentali di un'organizzazione.

In genere una procedura tende a standardizzare un preciso processo che mira a garantire uno specifico output

La definizione di una procedura rientra pienamente nella logica del ciclo di miglioramento PDCA

- **P** - Plan. Programmazione.
- **D** - Do. Esecuzione del programma, dapprima in contesti circoscritti.
- **C** - Check. Test e controllo, studio e raccolta dei risultati e dei feedback.
- **A-Act**. Azione per rendere definitivo e/o migliorare il processo

L'impostazione di una procedura dovrebbe garantire:

- chiarire l'obiettivo della procedura: ovvero che cosa si vuole garantire con la sua definizione;
- chiarire i rapporti fornitore-cliente all'interno del processo;
- rendere chiaramente comprensibili le attività che devono essere svolte per il raggiungimento dell'obiettivo;
- rendere trasparente il sistema di responsabilità inerenti al processo, sia per quanto riguarda il processo nel suo insieme che per le singole attività;
- garantire la disponibilità in forma aggiornata della procedura a tutti i soggetti interessati.

L'indice tipo utilizzato, di norma, per strutturare il contenuto di una procedura è il seguente:

1. Redazione, emissione, approvazione, verifica, autorizzazione

- Chi ha fatto la stesura.
- Quando è stata emessa la prima versione sperimentale e quando sono emesse le edizioni successive.
- Chi verifica e approva i contenuti.
- Chi autorizza la emissione e applicazione.

2. Scopo/Obiettivo della procedura

- Perché è stata sviluppata la procedura.
- Cosa si prefigge la procedura.
- Quali sono gli obiettivi specifici del processo da perseguire.

3. Campo di applicazione

- Dove e quando si applica la procedura.

4. Riferimenti

- Specificare i riferimenti ad altra documentazione (altre procedure, modulistica





di registrazione).

- Indicare normative o altri documenti di riferimento (ad esempio : linee guida professionali).

5. Definizioni

Chiarimenti rispetto a tecnologie particolari, acronimi o abbreviazioni.

Definire una procedura rappresenta quindi un momento dell'attività di pianificazione fondamentale per avere il controllo dei processi.

L'avere sintetizzato le modalità operative e le responsabilità relative ad un processo, permette di creare un punto di partenza da cui avviare interventi che mirino a migliorare efficienza ed efficacia del processo stesso.

La predisposizione di procedure è fondamentale per rendere il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile lo svolgimento delle attività, soprattutto quando la complessità della struttura e l'importanza dell'attività lo richiedono.

Nell'elaborazione dei contenuti, i punti da seguire sono:

- Individuazione del processo tecnico-professionale
- Selezione delle informazioni
- Individuazione dei compiti professionali
- Definizione dello scopo e del campo di applicazione
- Stesura
- Verifica
- Approvazione e diffusione
- Monitoraggio e revisione
- Archiviazione

4. SCOPO

Lo scopo principale di questa procedura è quello di implementare e definire le modalità con cui devono essere redatte, conservate, diffuse e valutate le procedure. Tale processo deve inoltre esplicitare gli indicatori con cui valutare l'attività con lo scopo di facilitare il miglioramento continuo.

5. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in conformità a quanto specificato nello punto “4. SCOPO” per l'intera ASP di Agrigento.

6. RIFERIMENTI NORMATIVI

- www.jointcommissioninternational.org
- JCI, 2007- Standard per la gestione del Rischio Clinico nelle Strutture Sanitarie della
- Normativa ISO 9001 relativa al “Records Management” – ISO 15489



7. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

SGQ	Sistema di gestione per la qualità
L.R	Legge Regione Siciliana
D.Lgs	Decreto Legislativo
D.A	Decreto Assessoriale Regione Siciliana
D.P.R.	Decreto Presidente della Repubblica
ALLEGATO	Documento accluso ad manuale, ad una procedura o ad una istruzione operativa.
DIREZIONE STRATEGICA	La persona che, dal livello più elevato di un'organizzazione, la guida e la gestisce
APPROVAZIONE	Autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
ARCHIVIAZIONE	Conservazione codificata del documento.
ATTIVITÀ	Insieme di operazioni organizzate e finalizzate
REGOLAMENTO	Raccolta sistematica delle modalità di esercizio di un dispositivo (informatico, elettromedicale,...) o di una articolazione organizzativa, ovvero dei requisiti che bisogna ottemperare nello svolgimento di uno specifico processo.
REGOLAMENTO INTERNO	Raccolta sistematica delle modalità di esercizio di un dispositivo (informatico, elettromedicale,...) o di una articolazione organizzativa, ovvero dei requisiti che bisogna ottemperare nello svolgimento di uno specifico processo con applicazione a livello di Servizio/Unità Operativa
REGOLAMENTO SANITARIO	Raccolta sistematica delle modalità di esercizio di un dispositivo (informatico, elettromedicale,...) o di una articolazione organizzativa, ovvero dei requisiti che bisogna ottemperare nello svolgimento di uno specifico processo con campo di applicazione limitato all'area sanitaria
DICHIARAZIONE SULLA POLITICA E SUGLI OBIETTIVI PER LA QUALITÀ	Documento con cui l'Alta Direzione esprime in modo formale gli indirizzi generali e gli obiettivi dell'Azienda relativi alla qualità.
DOCUMENTO	Entità fisica o digitale in cui sono registrate delle informazioni a prescindere dal supporto utilizzate per contenerle.
DOCUMENTAZIONE ESTERNA AL SGQ INFORMAZIONI CON IL LORO MEZZO DI SUPPORTO	Entità fisica o digitale in cui sono registrate delle informazioni provenienti da organizzazioni esterne che rappresentano riferimenti o obblighi da utilizzare per svolgere le attività. Essa include: normative, riferimenti bibliografici, manuali tecnici, modulistica aziendale, modulistica rilasciata da enti esterni,....
STANDARD ED ELEMENTI MISURABILI	Il sistema Joint Commission International (JCI) si basa su una serie di requisiti (standard) che le strutture devono avere per potere essere accreditate. Gli standard fanno riferimento a tutti gli aspetti della vita dell'ospedale avendo il paziente e le sue cure come punto di riferimento continuo. I fattori misurabili di uno standard indicano ciò che viene esaminato e ciò a cui viene assegnato un punteggio durante il processo della visita di accreditamento in situ. I fattori misurabili relativi a ogni standard identificano i requisiti per la piena conformità allo standard. I fattori misurabili sono utilizzati per chiarire maggiormente gli standard e per aiutare l'organizzazione a comprendere totalmente i requisiti, per supportare l'educazione dei leader e degli operatori sanitari sugli standard e per



	guidare l'organizzazione nella preparazione all'accreditamento.
GESTIONE	Attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un' organizzazione
INTENTO	Breve spiegazione del razionale, del senso e del significato di uno standard. Gli intenti che precedono i vari standard all'interno di questo manuale possono racchiudere delle aspettative dettagliate rispetto ai singoli standard che diventano oggetto di valutazione in sede di survey o visita di accreditamento in situ.
ISTRUZIONE OPERATIVA	Modo specificato per svolgere una attività.
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL	Organizzazione internazionale di accreditamento all'eccellenza delle strutture sanitarie.
MIGLIORAMENTO CONTINUO	Requisito del Sistema di Gestione per la Qualità che precede l'utilizzo di quegli strumenti che consentono un miglioramento continuo del Sistema.
MODULO	Documento prestampato di registrazione di attività o di eventi
ORGANIZZAZIONE	Insieme di persone e di mezzi, con definite responsabilità, autorità ed interrelazioni
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE	Rappresenta uno strumento utilizzato il cui scopo è quello di uniformare l'approccio clinico a determinate categorie di pazienti. Descrive una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali sulla base di linee guida per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito. I PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto ad una o più patologie o problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno di una organizzazione e tra organizzazioni per la presa in carico del paziente e della sua famiglia.
PIANIFICAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Requisito del Sistema di Gestione per la Qualità che mira a stabilire gli obiettivi per la qualità ed a specificare i processi operativi e le relative risorse necessarie per conseguire tali obiettivi.
PIANO	Documento che contiene la pianificazione delle attività.
PIANO AREA SANITARIA	Documento che contiene la pianificazione di attività dell'area Sanitaria.
PIANO INTERNO	Documento che contiene la pianificazione di attività interne ad una articolazione organizzativa.
POLITICA PER LA QUALITÀ	Obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione relativi alla qualità espressi in modo formale dal vertice dell'organizzazione.
PROCEDURA	Modo specificato per svolgere un processo.
PROCEDURA GENERALE	Procedura con applicazione tra due o più Servizi/Unità Operative costituenti il Sistema di Gestione per la Qualità.
PROCEDURA GENERALE SANITARIA	Procedura generale con campo di applicazione limitato all'area sanitaria
PROCEDURA OPERATIVA	Procedura con applicazione a livello di Servizio/Unità Operativa
PROCESSO	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.
QUALITÀ	Grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.
RAPPRESENTANTE	Componente della struttura direzionale designato dall'AD con responsabilità e



DELLA DIREZIONE	autorità sul SGQ.
REDAZIONE/ PREPARAZIONE (DI UN DOCUMENTO)	Stesura del documento.
REFERENTE PER LA QUALITÀ	Componente designato dal Responsabile dell' U.O./Settore con responsabilità e autorità sulla documentazione interna e sulla applicazione delle procedure del SGQ a livello U.O./Settore.
REQUISITO	Esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.
RESPONSABILE DEL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Dirigente aziendale designato dall'AD con responsabilità e autorità sulla documentazione e sulla applicazione delle procedure del SGQ a livello aziendale.
SISTEMA	Insieme di elementi fra loro correlati o interagenti.
SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ	Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo una organizzazione con riferimento alla qualità.
SISTEMA DI GESTIONE	Sistema per stabile politiche ed obiettivi e per conseguire tali obiettivi.
SISTEMA	Insieme di elementi fra loro correlati o interagenti.
VERIFICA (DI UN DOCUMENTO)	Valutazione della congruità e conformità del documento rispetto alla norma UNI EN ISO 9001.
STANDARD	dichiarazione che definisce le aspettative di performance, le strutture o i processi che devono esistere affinché un'organizzazione possa garantire la sicurezza e l'elevata qualità dell'assistenza, del trattamento e del servizio.

- **Direzione Sanitaria Presidio (DSP):** sono i documenti dove vengono definite le regole, le modalità di esecuzione delle attività, le responsabilità delle stesse in relazione e nel rispetto della legislazione vigente nonché dei requisiti di accreditamento. Le DSP descrivono i processi aziendali.
- **Procedure Specifiche (PrS):** sono documenti che si riferiscono alle attività cliniche, organizzative e gestionali all'interno di una singola UOC e che ne regolano i processi. Possono anche essere emesse da un'unità operativa trasversale a diverse UOC. Esse dovranno essere approvate
- **Istruzioni Operative (IO):** sono documenti di una UOC che indicano dettagliatamente come eseguire una determinata attività sanitaria, tecnica o amministrativa.
- **Regole delle Unità:** sono documenti che si riferiscono alla singola unità operativa e ne descrivono l'organizzazione, i processi e le responsabilità.
- **Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA):** sono piani di assistenza interdisciplinari per specifiche categorie di pazienti. Sulla base delle Linee Guida esistenti definiscono la sequenza delle azioni che devono essere messe in atto da chi eroga le prestazioni sanitarie al fine di raggiungere gli obiettivi di salute definiti a priori.
- **Modulo (Mod)** fanno parte della documentazione cui si riferiscono e includono: moduli, checklist, tabelle, report, verbali, schede, griglie, scale e grafici.
- **Opuscoli informativi (OI):** sono documenti esplicativi sintetici di carattere divulgativo ed informativo.



Sigle

ASP AG	• Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Amb.	• Ambulatorio
Aus.	• Ausiliario
CUP	• Centro Unico di Prenotazione
UORCeQ	• Unità Operativa Rischio Clinico e Qualità
DAA	• Direttore Amministrativo Aziendale
DIP	• Dipartimento
DG	• Direttore Generale
Dir.S.	• Dirigente Sanitario
DIR. U.O.	• Direttore Unità Operativa
DSA	• Direttore Sanitario Aziendale
DSP	• Direzione Sanitaria Presidio
Dir.M.	• Dirigente Medico
DIP	• Dipartimento
Facil.re	• Facilitatore
JCI	• Joint Commission International
INF.	• Infermieri
INF. Coord.	• Infermiere Coordinatore
IO	• Istruzioni Operative
L'IPR	• E' "l'indice di priorità del rischio" ed è data dal prodotto tra la probabilità "P", la gravità "G" e la rilevabilità "R"
ISO 9000	• Sono l'insieme di normative e linee guida sviluppate dall'Organizzazione internazionale per la normazione (ISO - International Organization for Standardization) che definiscono i requisiti per la realizzazione all'interno di un'organizzazione di un sistema di gestione della qualità
Lab.	• Laboratorio
L.G.	• Linee Guida
Mod.	• Modulo
OI	• Opuscoli Informativi
OMS Europa	• Ufficio Regionale Europeo dell'Organismo Mondiale della Sanità, organismo internazionale che si pone come obiettivo il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute (definita non come assenza di malattia ma come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale)
OSS	• Operatore Socio Sanitario
OST.	• Ostetrica
T	• Operatore Tecnico
P	• Probabilità del rischio
PDTA	• Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. S. S. A.'. It is positioned above the circular stamp.

P.O	• Presidio Ospedaliero
PROC	• Procedura
PROT	• Protocollo
PrS:	• Procedure Specifiche
R:	• rischio che accada un determinato evento
DD	• Direttore Dipartimento
REF.	• Referente
RESP. LE	• Responsabile
RSPP	• Responsabile Prevenzione e Protezione
RRCeQ	• Responsabile Rischio Clinico e Qualità
RSPP	• Responsabile Prevenzione e Protezione
R.U.O.S	• Responsabile Unità Operativa Semplice
R.U.O.C	• Responsabile Unità Operativa Complessa
Tab.	• Tabella
UDS	• Unità di Staff
U.O	• Unità Operativa
UOC	• Unità Operativa Complessa
UOS	• Unità Operativa Semplice
UOSD	• Unità Operativa Semplice Dipartimentale
URP	• Ufficio Relazioni con il Pubblico
UU.OO	• Unità Operative

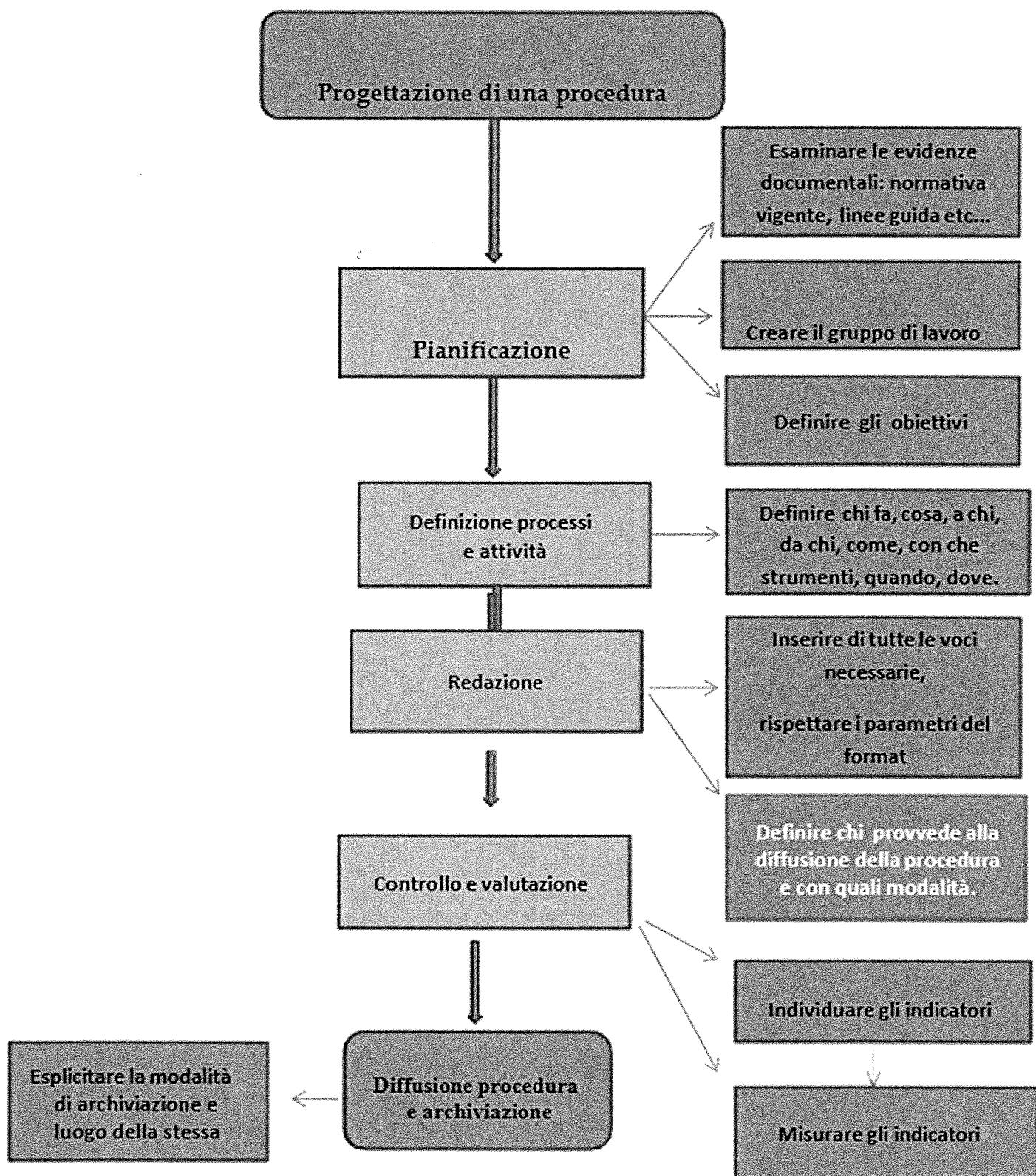
Acronimi (codice delle procedure aziendali)

Ad ogni acronimo segue il numero di procedura (ES: RMQ 01, 02, ecc...).

- UST: Ufficio Servizio Tecnico
- DSP: Direzione Sanitaria di Presidio
- RMQ: Risk Management e Qualità
- FARM: Farmacia
- CH: Chirurgia
- CIO: Comitato Infezioni Ospedaliere
- SDO: Servizio Schede Dimissioni Ospedaliere
- CAVS: Comitato Aziendale Valutazione Sinistri
- FORM: Formazione



8. DIAGRAMMA DI FLUSSO





9. MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ DELLA PROCEDURA DELLE PROCEDURE

ATTIVITÀ	FUNZIONE	REDATTORE	R.U.O.C	DS	RMC	DG	DS	RISK M
Redazione	R	C	C	I	I	I	I	I
Verifica contenuto	R	R	C	I	I	I	I	R
Verifica format	R	R	C	I	I	I	I	R
Verifica	C	R	C	I	I	I	I	R
Codifica	R	R	C	I	I	I	I	C
Emissione	I	C	C	R	R	R	R	I
Revisione	C	R	C	I	I	I	I	C
Distribuzione	I	R	R	C	R	R	R	I
Archiviazione	I	R	R	C	I	I	I	C

R= Responsabile; C= Coinvolto; I=Interessato

*Gli acronimi possono essere oltre a RMQ, Farm. etc

10. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Le procedure devono essere concepite secondo gli obiettivi della qualità evidenziati dall'OMS Europa ossia: sicurezza, appropriatezza, accettabilità ed equità. La qualità infatti è l'aspetto essenziale del processo assistenziale a tutti i suoi livelli. Essa condiziona fortemente l'esito, ossia il risultato in termini di efficacia dell'assistenza ospedaliera.

Le procedure devono identificare modalità sicure ed appropriate di esecuzione di un'attività con l'obiettivo di:

- rendere lo svolgimento di un processo il più possibile oggettivo, sistematico e verificabile;
- garantire la stabilità del risultato delle attività stesse;
- fornire una piattaforma per il miglioramento continuo;
- rendere comprensibili e chiari i compiti, gli ambiti di competenza e le responsabilità degli operatori coinvolti in un processo;
- definire le modalità corrette di esecuzione di una attività e di utilizzo delle risorse disponibili, gli obiettivi ed i risultati attesi.

Le istruzioni scritte assicurano che lo svolgimento di processi e delle attività non sia affidato alla interpretazione soggettiva ma sia il risultato di un percorso ragionato, all'occorrenza condiviso e comunque autorizzato.

11. REDAZIONE

Nella procedura deve essere definito in modo chiaro **chi** fa cosa, **come** viene attuato, **quando** e con che **frequenza** (se eventualmente previsto) e dove sono conservati i risultati.

E' necessario indicare chiaramente i nominativi di chi l'ha redatta, tenendo presente che può essere stilata anche da un gruppo di lavoro; tali nominativi dovranno essere riportati nella prima pagina del documento ove verranno inseriti anche i nominativi dei vertici aziendali che approvano e autorizzano tale Procedura.

L'esigenza di redigere una nuova procedura o di revisionarne una già esistente può essere dettata da nuove conoscenze o attività, nuove norme o dal miglioramento della qualità. Qualunque operatore che dovesse accorgersi della necessità di revisionare o redigere una nuova procedura





deve rivolgersi all'Unità di Staff Risk Management e Qualità. Quest'ultimo, valutata la richiesta individua e il gruppo di lavoro. L'eventuale gruppo di lavoro deve prevedere, in accordo con il responsabile del servizio/struttura destinataria della procedura, almeno un soggetto (ma anche più di uno) redattore che lavori per quel servizio/struttura che definirà, secondo quanto esplicitato dalla *"PROCEDURA GESTIONALE DEI DOCUMENTI E DELLE REGISTRAZIONI ASP AG"* i dettami della Procedura di interesse. La verifica della procedura sarà sempre effettuata dal Risk Manager ASP AG e/o suo delegato. L'approvazione verrà sempre effettuata dal Vertice Aziendale di riferimento e/o suo delegato in base al Servizio individuato.

Una volta redatta e controllata la nuova procedura deve essere approvata.

a. Revisione

Quando una procedura va in revisione è necessario che si esplicitino le sezioni che sono state revisionate. Nel caso in cui chi procede alla revisione non coincida con chi l'ha precedentemente redatta è necessario indicare i nominativi della prima redazione. Sempre nella prima pagina, va inserita la casella sullo Stato delle Revisioni che include *N. Rev.*, *Sezioni Revisionate*, *Redazione prima emissione a cura di*, *Motivazione delle Revisioni*, *Data*. (vedi par. 11.1 b *"Format dei documenti"*).

b. Format dei documenti

In ogni pagina deve essere inserita l'intestazione; essa deve riportare il logo dell'azienda in alto al centro seguito dal titolo della procedura e dalla dicitura "Procedura" Tale scritta deve essere con carattere "Times New Roman", dimensione carattere pari a 14.

Di seguito la corretta intestazione



PROCEDURA <> nome della procedura

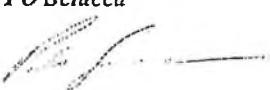
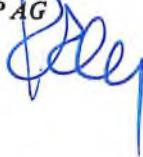
Nella prima pagina sotto l'intestazione va inserito al centro al centro tabella dove sono inserite le seguenti voci: *Redazione, Approvazione ed Autorizzazione, COD. n.*

Tale scritta deve essere con carattere "Times New Roman", dimensione carattere pari a 10 in grassetto e corsivo, il codice di dimensioni e carattere pari a 14.

Di seguito la tabella esemplificativa:





REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	COD. N.
<p>Dott. Paolo Ferrara Dir. Medico Direzione Sanitaria e Referente Rischio Clinico e Qualità PO Sciacca</p> 	<p>Dott. Maurizio Galletto Direttore UOS Risalito Clinico e Qualità ASP AG</p> 	<p>Dott. Raffaele Elia Direttore Sanitario Aziendale ASP AG</p> 	<p>RMQ 01</p>

Definizione del carattere: il carattere della procedura deve essere “Times New Roman”; la dimensione del carattere del testo deve essere pari a 12. I titoli devono essere in grassetto e in stampato con dimensione pari a 14. Il testo deve essere giustificato. Immediatamente sotto si deve inserire la tabella di revisione con le voci previste.

Di seguito tabella esemplificativa:

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	Prima stesura		18/7/2025

Il piè di pagina deve essere riportare i seguenti elementi:

Data, numero della revisione, numero progressivo

della pagina Di seguito la corretta impostazione:

Data	Rev. _____	Pag. _____ di _____
------	------------	---------------------

Nella sezione delle “**Responsabilità**” deve essere inserita la seguente tabella, opportunamente compilata Di seguito tabella esemplificativa:

Data 31/7/2025	Rev.0	Pagina 16 di 22
----------------	-------	-----------------



RESPONSABILITÀ

Funzione	REDATTORE	R.U.O.C.	DSPO	RRC	DG	〃	〃	〃
Attività								

c. Voci che devono essere presenti nella procedura

Ogni procedura deve contenere gli elementi sotto riportati:

- **L'indice:** dove vengono inseriti i vari paragrafi con il riferimento della numerazione delle pagine.
- **L'introduzione:** delinea ed introduce i concetti su cui si base l'elaborazione della procedura
- **Lo scopo:** cosa si vuole raggiungere mettendo in atto la procedura
- **Il campo di applicazione:** individua a chi e dove si applica la procedura
- **I riferimenti normativi e documentali:** sono i documenti come le Raccomandazioni Ministeriali o gli standard di JCI, o ISO 9000 che regolamentano l'oggetto della procedura e ne definiscono gli standard e le modalità
- **Termini e definizioni e abbreviazioni:** devono essere chiare le definizioni dei concetti (glossario) e le eventuali abbreviazioni (sigle)
- **Piano Operativo:** Il piano operativo delinea i processi giornalieri, settimanali e mensili che i membri dell'organizzazione destinataria della procedura devono seguire per raggiungere gli obiettivi della procedura stessa. Risponde alle domande: **Cosa deve essere fatto**, ovvero le strategie e i compiti da completare; **chi deve fare cosa**, ovvero le persone responsabili delle attività identificate; **quando devono essere fatte le attività**, ovvero laa timeline per il completamento delle attività; quando definibile, il **quanto**, ovvero le risorse finanziarie e materiali necessarie.
- **Diagramma di flusso:** è una rappresentazione grafica della sequenza delle attività all'interno del processo. Il diagramma di flusso, utilizzando le figure geometriche permette di analizzare e definire un processo individuando i punti critici, rendendolo chiaro e definito e

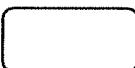
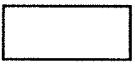
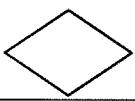


identificando le potenziali difficoltà.

- **Monitoraggio:** la responsabilità del monitoraggio è evidenziata nella procedura stessa, ma di norma sarà del Direttore del Servizio/Struttura destinataria della procedura.

A titolo esemplificativo di sotto viene riportata una tabella per la costruzione di un diagramma:

d. Possibile tabella per la costruzione del diagramma di flusso

Figura	Utilizzo
	Rettangolo ad angoli smussati: 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. Di solito contiene una domanda a cui si può rispondere solo con un "si" o con un "no".
	Rettangolo ondulato: indica un documento di supporto (es: cartella clinica, checklist, richiesta di un esame ecc...)
	Rettangoli ondulati: indica più documenti di supporto (es: cartella clinica, checklist, richiesta di un esame ecc...)
	Cerchio (connettore): serve a collegare un diagramma di flusso che si articola in più pagine, attraverso una lettera A-A oppure un numero 1-1, oppure come punto di congiungimento di più frecce confluenti in un unico flusso verso una delle figure precedentemente illustrate.

- **Responsabilità.** Sotto forma di matrice devono essere rappresentate le responsabilità delle azioni previste in procedura
- **Analisi del Rischio.** Va qui inserito il rischio relativo ad ogni fase e azione descritta in procedura. Il Rischio è dato da quanto segue: $R = P \times G$; dove R è il rischio, P è la probabilità che l'evento avvenga e G è la gravità delle conseguenze che si ha se l'evento si verifica. L'IPR è "l'indice di priorità del rischio" ed è dato dal prodotto tra la probabilità "P", la gravità "G" e la rilevabilità "R".
- **Descrizione delle attività / istruzioni operative:** qui vengono definiti in modo chiaro le attività da porre in essere specificando in particolare: chi, come, cosa, quando, con che mezzi/strumenti e tempi devono essere messe in atto le azioni, nonché le responsabilità del personale coinvolto



- **Gli indicatori per la misurazione, analisi e miglioramenti:** ai fini di valutare e migliorare la qualità dell'assistenza e per la riduzione del rischio clinico è fondamentale provvedere all'individuazione degli indicatori per la misurazione ed il monitoraggio dei processi assistenziali/organizzativi. Per indicatore si intende" la variabile misurabile che serve a confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse) o rispetto ad un obiettivo da raggiungere o da mantenere
- **Gestione delle non conformità:** deve essere esplicitata la modalità di eventuali non conformità e deve essere esplicitata il luogo dove la stessa è conservata
- **Documenti richiamati.** Sono altri documenti a cui si è fatto riferimento nella stesura della procedura non direttamente collegati alla stessa.

Vanno inoltre esplicitati:

1. **La presentazione del Dipartimento/Servizio:** in essa va esplicitata la denominazione del Dipartimento o del servizio, le UU.OO./ Servizi che la compongono e devono essere indicati l'organigramma, i ruoli, le responsabilità e l'articolazione organizzativa.
 2. **La responsabilità della Direzione:** vanno esplicitati quali sono gli obiettivi che la direzione ha posto al fine del miglioramento della qualità nonché i requisiti per il raggiungimento degli stessi.
 3. **La gestione delle risorse:** vanno qui espresse le risorse assegnate, gli eventuali percorsi di formazione/addestramento, sistemi di supporto come i sistemi di comunicazione, quelli di trasporto e quelli informativi, gli spazi di lavoro e le apparecchiature di processo
 4. **Parere tecnico-scientifico:** se è necessario richiedere un parere tecnico-scientifico, il proponente invia il documento alla struttura competente per un controllo di merito
 5. **Approvazione:** ai fini dell'approvazione, la Direzione Aziendale verifica la congruenza della Procedura con le esigenze e la programmazione aziendale per valutare se le modalità operative proposte siano appropriate e coerenti con le risorse, gli obiettivi generali e la pianificazione corrente
 6. **Revisione:** per ogni procedura deve essere considerata la possibilità di una revisione la cui data sarà riportata in prima pagina; la revisione non necessita di nuova approvazione; essa deve riportare i riferimenti di cosa è stato revisionato ed i nominativi di chi ha provveduto alla revisione se diversi dai primi redattori. La Revisione delle procedure va fatta ogni tre anni salvo modifiche necessarie sotto il profilo normativo e gestionale precedenti ai 3 anni.
 7. **Allegati:**
- in ogni procedura devono essere presenti i moduli, le checklist, allegati e tutti i documenti utili esplicitati nella procedura stessa. In particolare gli allegati sono identificati dallo stesso codice alfanumerico del documento cui sono acclusi, seguito dalla sigla "Mod. DSP nn", dove non identifica il numero progressivo di emissione.
 - Mod_ RMQ N n; Mod = Modulo, DSP= Direzione Sanitaria Presidio, N = numero della DSP, n = numero dell' allegato. Es.: Mod _ RMQ/ 34 n.1



12. INDICATORI

INDICATORE	MODALITÀ DI MISURA	VALORE ATTESO
Aderenza alla procedura	N° di procedure redatte correttamente*/N totale di procedure aziendali implementate	100%
Efficacia applicativa	N° di procedure redatte correttamente*/N totale di procedure aziendali redatte ex novo	100%
Impatto	Percentuale di procedure redatte ex novo annualmente / Percentuale totale di procedure aziendali redatte	≥ 20% anno

13. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Sono contenute nel registro segnalazioni delle non conformità, near miss, eventi avversi e eventi sentinella.

14. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE

La Procedura dopo essere stata approvata viene codificata, archiviata presso la Direzione Sanitaria di riferimento (Presidio, Distretto, Aziendale) ritrasmessa all'Unità Operativa proponente. L'U.O. proponente provvederà alla conservazione della Procedura nei luoghi indicati e alla sua diffusione a tutti i soggetti facenti parte della “lista di distribuzione” che praticamente ha lo scopo di far pervenire il documento agli operatori e alle UU.OO che devono utilizzarla. Completata la diffusione, la Procedura si considera operativa.

Il Responsabile dell'U.O. di Risk management e Qualità provvede alla rimozione dal sito aziendale della documentazione obsoleta. Inoltre conserverà in format elettronico la documentazione rimossa dal sito aziendale per un tempo illimitato.

I Referenti per la Qualità e Rischio Clinico delle UU.OO. provvedono, su indicazione del Risk Manager, a ritirare le copie cartacee dei documenti obsoleti utilizzando il modulo Mod_RMQ/ 1 n.2, segregando la documentazione obsoleta in un raccoglitore opportunamente identificato con “Raccoglitore per Archiviazione Documentazione Obsoleta”.

15. DOCUMENTI INSERITI/ALLEGATI

- Mod_All. RMQ/ 1 n. 1 “Elementi obbligatori ed elementi facoltativi presenti della Procedura”.
- Mod. All. RMQ/ 1 n. 2 “Scheda di Incontri”.



Mod_All. RMQ/ 1 n. 1: Elementi obbligatori ed elementi facoltativi presenti della Procedura

ELEMENTI	OBBLIGATORI	ELEMENTI	OBBLIGATORI	FACOLTATIVI
Logo Aziendale *	X	Campo e Luogo applicazione	X	
Codice procedura*	X	Riferimenti normativi e documentali	X	
Titolo*	X	Termini e definizioni		X
Data di approvazione*	X	Presentazione del Dipartimento servizio	X	X
Numero di pagina*	X	Gestione risorse	X	
Struttura proponente (Macrostruttura/ U.O); ** Nominativi di Redazione**	X	Istruzioni Operative / Parametri di Controllo	X	
Stato delle Revisioni**	X	Apparecchiature		X
Oggetto	X	Matrice delle Responsabilità	X	
Premessa	X	Diagramma di Flusso		X
Indice	X	Conservazione/ Archiviazione del documento	X	
Introduzione	X	Misurazione, analisi e miglioramento	X	
Scopo	X	Allegati		X
Gestione delle non conformità		Lista di distribuzione	X	

N. B. Gli Elementi contrassegnati con un asterisco devono essere riportati su ogni pagina, quelli con due asterischi devono essere riportati sulla prima pagina.

Mod. All. RMQ/ 1 n. 2: SCHEDA REGISTRAZIONE INCONTRO / DISTRIBUZIONE CONTROLLATA



Data: _____ Scheda n. _____ Unità Operativa: _____			
Argomento di discussione: _____			
Orario inizio: _____		Orario Fine: _____	
OPERATORE COINVOLTO	Nome	Cognome	Firma
<i>MEDICO</i> <input type="checkbox"/>			
<i>INFERMIERE</i> <input type="checkbox"/>			
<i>OSTETRICHE</i> <input type="checkbox"/>			
<i>TERAPISTI DELLA RIABILITAZIONE</i> <input type="checkbox"/>			
<i>TECNICI DI RADIOLOGIA</i> <input type="checkbox"/>			
<i>ALTRO PERSONALE</i> (specificare) _____			
IL DIRETTORE U.O. NOME E COGNOME	FIRMA		
IL COORD. INF./TECN./OSTETR. NOME E COGNOME	FIRMA		





PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione, a cura dell'incaricato, è stata pubblicata in forma digitale all'albo pretorio on line dell'ASP di Agrigento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 53, comma 2, della L.R. n.30 del 03/11/93 e dell'art. 32 della Legge n. 69 del 18/06/09 e s.m.i., dal _____ al _____

L'Incaricato

Il Funzionario Delegato

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le

Sig.ra Sabrina Terrasi

Notificata al Collegio Sindacale il _____ con nota prot. n. _____

DELIBERA SOGGETTA AL CONTROLLO

Dell'Assessorato Regionale della Salute ex L.R. n. 5/09 trasmessa in data _____ prot. n. _____

SI ATTESTA

Che l'Assessorato Regionale della Salute:

- Ha pronunciato l'**approvazione** con provvedimento n. _____ del _____
 - Ha pronunciato l'**annullamento** con provvedimento n. _____ del _____
- come da allegato.

Delibera divenuta esecutiva per decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L.R. n. 5/09

dal _____

DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO

- Esecutiva ai sensi dell'art. 65 della L. R. n. 25/93, così come modificato dall'art. 53 della L.R. n. 30/93 s.m.i., per decorrenza del termine di 10 gg. di pubblicazione all'Albo,
dal _____

 Immediatamente esecutiva dal 02 SET 2025

Agrigento, li 02 SET 2025

Il Referente Ufficio Atti deliberativi

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le

Sig.ra Sabrina Terrasi



REVOCA/ANNULLAMENTO/MODIFICA

- Revoca/annullamento in autotutela con provvedimento n. _____ del _____
- Modifica con provvedimento n. _____ del _____

Agrigento, li

Il Referente Ufficio Atti deliberativi

Il Collaboratore Amm.vo Prof.le

Sig.ra Sabrina Terrasi