

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale          Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	<b>MCI. 18</b> <span style="float: right;">Pagina 1 di 7</span>	

## documento per la stesura/composizione di procedure (*procedura delle procedure*)

Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 1 Coord. Sanitario Distretto Ospedaliero AG 2 Resp. Servizio Infermieristico P.O. Agrigento Resp. Servizio Infermieristico P.O. Sciacca

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente F.to Dr. Alfredo Zambuto
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	F.to Dr. Alfredo Zambuto

Data	Atto Formale	Adozione Aziendale	
30.11.2012	Delibera 7842	Il Direttore Generale	F.to Dr. Salvatore Roberto Messina

	<i>Regione Sicilia</i> <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	<b>MCI. 18</b>	Pagina 2 di 7

#### - **Premessa**

Una politica e/o un protocollo scritto aziendale che definisce le modalità ed i requisiti per la stesura di procedure e/o documenti e/o Linee di indirizzo ad uso interno appare necessaria per omogeneizzare qualunque scritto che un Gruppo e/o Gruppi di Lavoro elabora. Ciò peraltro anche in coerenza a quanto previsto dallo standard della Joint Commission **MCI. 18\*** (Progetto *Patient Safety* in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Salute: Decreto Regionale Assessorato alla Sanità dell'11.01.2008 - GURS n. 8/2008 e dell'12.08.2011 GURS n. 39/2011).

#### - **Scopo**

La presente procedura definisce la metodologia generale per l'elaborazione delle procedure specifiche e stabilisce i requisiti minimi di ogni documento individuando una struttura base comune per tutte le procedure. Si facilita in questo modo:

- l'elaborazione delle procedure garantendo alcuni requisiti minimi metodologici;
- l'identificazione e la rintracciabilità dei documenti;
- il percorso per la stesura delle procedure con uno schema predefinito;
- l'aggiornamento/revisione delle procedure;
- la consultazione da parte degli operatori.

#### - **Campo di applicazione**

La procedura si applica a tutte le procedure sanitarie, amministrative, tecniche e organizzative dell'azienda.

#### - **Responsabilità**

1. Direzione Aziendale

\* **MCI. 18** - Lo scopo di politiche e procedure è fornire conoscenze uniformi sul funzionamento dell'organizzazione. Una politica o un protocollo definisce le modalità di controllo sulle politiche dell'organizzazione. La politica o il protocollo in questione contiene le seguenti informazioni sulle modalità di attuazione del controllo sulle politiche, ivi comprese le seguenti fasi:

- a) Verifica e approvazione di tutte le politiche e le procedure da parte di un soggetto autorizzato prima dell'emissione.
- b) Il processo e la frequenza per la revisione e il rinnovo dell'approvazione di politiche e procedure.
- c) I controlli volti a garantire che solo le versioni correnti e aggiornate di politiche e procedure siano disponibili in tutti i luoghi di effettivo utilizzo.
- d) Identificazione delle modifiche apportate a politiche e procedure.
- e) Gestione dell'identità dei documenti e loro leggibilità.
- f) Processo per la gestione di politiche e procedure provenienti dall'esterno.
- g) Conservazione di politiche e procedure obsolete almeno per i tempi imposti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente.
- h) Identificabilità e tracciabilità di tutte le politiche e le procedure in uso nell'organizzazione.

Il sistema di tracciabilità permette di identificare ogni documento per titolo, data di emissione, numero e data di revisione e/o data della versione corrente, numero di pagine, soggetto che ne ha autorizzato l'emissione e/o che ha verificato il documento e l'identificativo del database (laddove applicabile).

Esiste un processo per garantire che tutto il personale abbia letto e conosca le politiche e le procedure di loro competenza.

I processi per sviluppare e gestire politiche e procedure sono implementati.

#### **Elementi Misurabili**

1. Una politica o un protocollo scritto definisce i requisiti per lo sviluppo e la gestione di politiche e procedure tra cui, quantomeno, gli elementi di cui ai punti a) – h) dell'intento. La politica o il protocollo è implementato.
2. Un protocollo scritto definisce le modalità di controllo sulle politiche e sulle procedure prodotte da soggetti esterni all'organizzazione. Il protocollo è implementato.
3. Una politica o un protocollo scritto definisce i tempi di conservazione di politiche e procedure obsolete, almeno per i tempi previsti dalla legislazione e dalla normativa, assicurando al contempo che le stesse non vengano utilizzate erroneamente. La politica o il protocollo è implementato.
4. Una politica o un protocollo scritto definisce le modalità di identificazione e di tracciabilità delle politiche e delle procedure in uso. La politica o il protocollo è implementato.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro	
		<b>MCI. 18</b>	Pagina 3 di 7

## ISTRUZIONE OPERATIVA - COME SCRIVERE UNA PROCEDURA

### - La prima pagina dovrà contenere:

**In alto** intestazione indicante i seguenti elementi (come esempio seguente)

- Logo dell'Azienda con denominazione della stessa, in alto a sinistra;
- Elenco dei Presidi Ospedalieri afferenti all'ASP, in apposita cella a seguire il logo ASP;
- Direzione Strategica, U.O. Aziendale Gestione Rischio Clinico;
- Standard Joint Commission di riferimento e/o altro;
- Numero di pagine sul totale del documento.

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "CLINICAL RISK MANAGEMENT"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro	
		<b>Std JCI</b>	Pagina x di y

### In centro:

Il titolo del documento/procedura/scheda/checklist/linea guida/ protocollo

Lista che indichi le Unità Operative e/o i Responsabili interessati per la redazione/condivisione/valutazione con le rispettive firme (come esempio di seguito riportato)

Redatta			
Rev	Data	Causale della modifica	Condivisa/Valutata
0.0			

Valutata da	Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico	Il Presidente
Approvata da	Direttore Sanitario Aziendale	

Data	Atto Formale	Adozione Aziendale	
		Il Direttore Generale	

 ASP AGRIGENTO	Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale          Agrigento</b> P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"	DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro
	<b>MCI. 18</b> <span style="float: right;">Pagina 4 di 7</span>	

**- Dalla seconda pagina**

seguono, nell'ordine, i seguenti **paragrafi**:

*Premessa*: paragrafo che definisce il razionale per il quale viene redatto il documento.

*Scopo/Obiettivo*: paragrafo in cui viene sviluppata la procedura/documento, che cosa si prefigge (Scopo) e quali sono gli obiettivi specifici o gli eventi indesiderati che si vogliono evitare (Obiettivi).

*Campo di applicazione*: paragrafo in cui vengono definiti il *dove* e il *quando* la procedura verrà applicata, cioè in quale contesto dell'attività aziendale e in quale momento/situazione.

*Terminologia e abbreviazioni*: paragrafo in cui sono elencate per esteso le descrizioni di parole, sigle, acronimi, abbreviazioni che si usano nel linguaggio tecnico comunemente utilizzato nei documenti/procedure (es. C.S.= capo sala)

*Responsabilità*: paragrafo in cui vengono definite le responsabilità generali dell'applicazione della procedura

*Descrizione delle attività*: paragrafo in cui vengono descritte e illustrate sotto forma di testo le specifiche attività di cui si compone la procedura e viene inserita una "matrice delle responsabilità" che indica chi è responsabile di una specifica attività e qual è questa attività (viene cioè riportato ad incrocio *chi fa/cosa* secondo la sequenza temporale delle attività che sono comprese nella procedura, come nell'esempio seguente):

Può essere anche allegato il **diagramma di flusso** che costituisce la rappresentazione grafica della sequenza delle singole attività all'interno del processo definito con i relativi passaggi, le interdipendenze e le relazioni

Attività/Responsabilità	Attore 1	Attore 2	Attore 3	Attore 4
Attività 1	R			
Attività 2		R		
Attività 3	R			
Attività 4			R	R
Attività 5				R

*Riferimenti e Allegati* : paragrafo in cui sono specificati:

*Riferimenti*: documentazione di riferimento (leggi nazionali o regionali, riferimenti scientifici, linee guida professionali, direttive aziendali, ecc.)

*Allegati*: documenti che contengono informazioni di varia natura strettamente correlate alla procedura cui si riferisce

*Lista di distribuzione* che indichi le Unità Operative e/o i Responsabili interessati all'utilizzo e alla conoscenza, ai quali andrà specificatamente distribuito copia della Procedura (come nell'esempio seguente)

Lista di Distribuzione

Direttori Presidi Ospedalieri

Servizio Infermieristico

Direttori UU.OO.

Coordinatori Infermieristici UU.OO.

 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia <b>Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</b></p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE <b>U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO"</b> Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p><b>MCI. 18</b> <span style="float: right;">Pagina 5 di 7</span></p>	

*Indicatori di monitoraggio* : vengono riportati gli indicatori per monitorare e valutare le attività oggetto della procedura ed attivare, ove necessario, azioni di miglioramento. Deve essere esplicitato *chi e come* rileva i dati, chi li elabora e con quale frequenza, a chi viene reso disponibile il *report* di elaborazione.

Per l'**elaborazione della procedura** è necessario rispettare alcuni requisiti:

- La procedura deve essere il risultato di un **processo condiviso e partecipato** che deve coinvolgere tutti i soggetti, ruoli e funzioni interessate all'applicazione.
- Alcuni strumenti metodologici che possono essere utilizzati per l'elaborazione delle procedure in una prospettiva bottom-up sono il *Focus Group*, *Consensus Conference*. Questi strumenti sono rilevanti poiché nella realtà operativa la dimensione partecipativa viene spesso banalizzata, relegata a comportamenti più o meno rituali, deprivativi dell'importante ruolo di coinvolgimento degli operatori al miglioramento organizzativo e della qualità assistenziale. Per tale motivi, il primo passo per l'elaborazione di una procedura, consiste nella costruzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che coinvolga tutte le strutture organizzative, ruoli e funzioni coinvolte nel processo.
- La costituzione del gruppo di lavoro deve essere comunicata all'UO Gestione Rischio Clinico che deve garantire e supportare la correttezza metodologica nella elaborazione della procedura insieme al coinvolgimento ed alla partecipazione delle competenze e delle professionalità necessarie.
- Quando la procedura sarà stata elaborata e verificata dagli organi competenti, Comitato Aziendale Gestione Rischio Clinico, l'UO Gestione Rischio Clinico avrà il compito di provvedere alla sua deliberazione aziendale ed alla sua corretta conservazione nella banca dati delle procedure aziendali. Inoltre, la stessa U.O. completata con il suo organico provvederà alla verifica della sua reale applicazione anche attraverso visite on-site e controlli random.

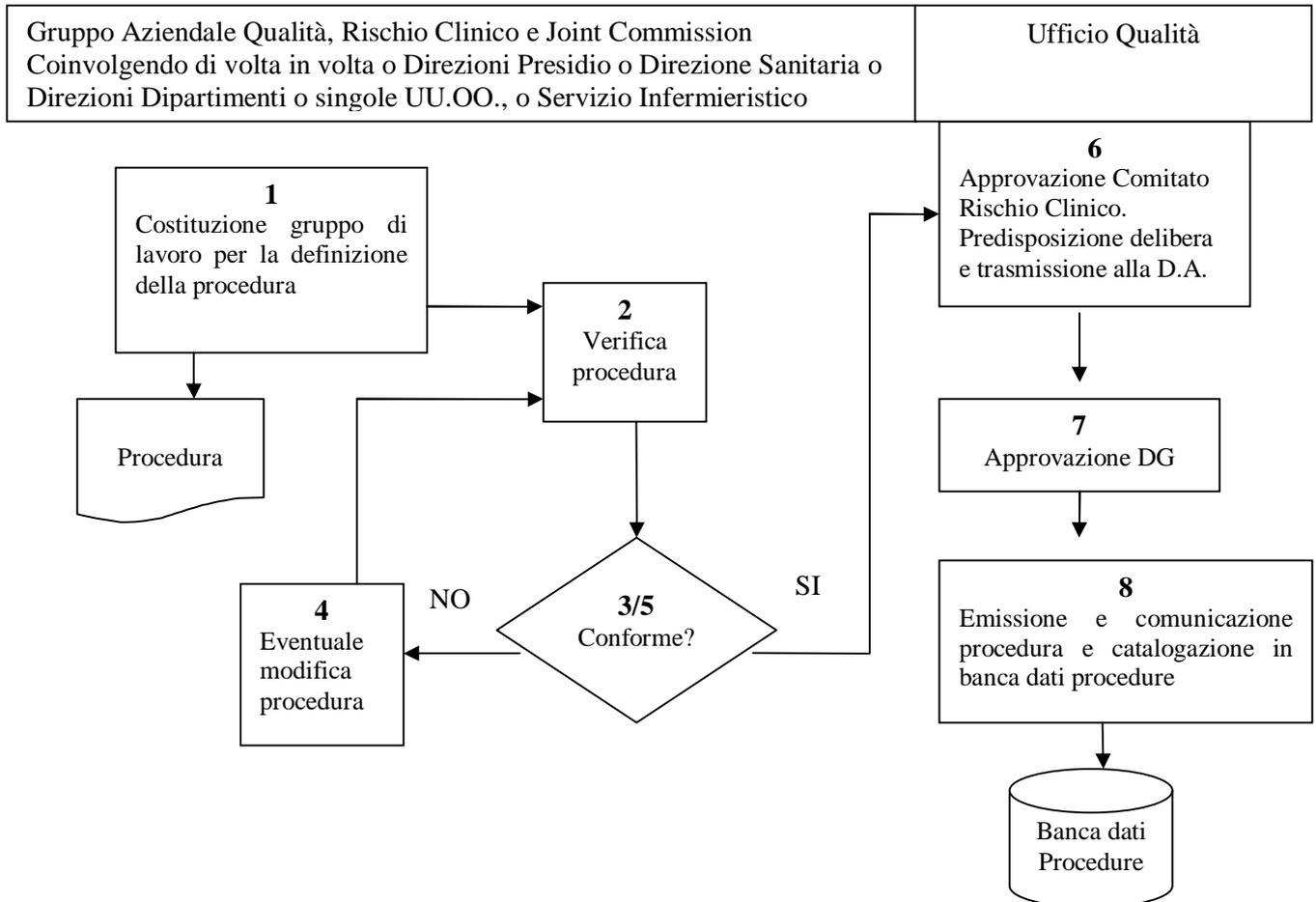
Per la costruzione del **Diagramma di Flusso** vengono utilizzati i seguenti simboli:

1. il rettangolo identifica un'attività (una tappa di una procedura);
2. il rettangolo con il lato inferiore ondulato rappresenta un documento;
3. il rombo indica uno stato decisionale: definisce la condizione in cui deve trovarsi un'azione perché possa essere effettuata;
4. il cilindro indica un archivio informativo o una banca-dati;
5. le frecce indicano il flusso del processo, cioè la sequenza logica delle attività
6. le frecce uscenti verso un documento indicano che tale documento è il risultato dell'attività descritta nel riquadro;
7. le frecce uscenti verso un documento indicano che tale documento è il risultato dell'attività descritta nel riquadro;
8. le frecce entranti da un documento verso l'attività descritta nel riquadro indicano che tale documento è utile per svolgere l'attività stessa.

Esempio di Diagramma di Flusso: vedi allegato

# Allegato 1

## Diagramma di Flusso



 <p>ASP AGRIGENTO</p>	<p>Regione Sicilia Azienda Sanitaria Provinciale Agrigento</p> <p>P.O. "S. Giovanni di Dio" P.O. "Barone Lombardo" P.O. "S. Giacomo d'Altopasso" P.O. "F.lli Parlapiano" P.O. "Giovanni Paolo II"</p>	<p>DIREZIONE GENERALE DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE U.O. AZIENDALE "GESTIONE RISCHIO CLINICO" Resp.: Dr. Vincenzo Scaturro</p>
	<p>MCI. 18 <span style="float: right;">Pagina 7 di 7</span></p>	

### Lista di distribuzione

Direttori Presidi Ospedalieri con obbligo di massima diffusione

Responsabili UU.OO. di Staff Direzione Generale

Direttori Dipartimenti con obbligo di massima diffusione

Direttori UU.OO. con obbligo di massima diffusione

Responsabili UOC Amministrative e Tecniche con obbligo di massima diffusione

Servizio Infermieristico con obbligo di massima diffusione