 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 1 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE

STATO DELLE REVISIONI

1

N. REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE ATTIVITA'	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	EMISSIONE E DISTRIBUZIONE
2	19/12/2012	PRIMA EMISSIONE	SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management	SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management	Direttore Sanitario	SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management
3	29/02/2016	PRIMA REVISIONE	Gruppo di Lavoro Aziendale*	Gruppo di Lavoro Aziendale*	Direttore Sanitario	SSD Accreditamento Istituzionale

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1427 DEL 16 NOV. 2016


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dott.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dott. Pier Paolo Pani*

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dott.ssa Savino Ortu*

Il presente allegato è composto di n° 10 fogli di n° 19 pagine.

ASL Cagliari
 Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari
 SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie
 Il Responsabile *Dott. Aldo M...*



 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 2 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

***Gruppo di lavoro aziendale**

Cognome	Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza	Firma
Fois	Teresina	Biologo	Laboratorio Analisi P.O. SST	
Furcas	Luigi	Infermiere	SSD Accreditamento Istituzionale	
Monni	Maria Vincenza	Infermiere	SSD Accreditamento Istituzionale	
Rosmarino	Roberta	Infermiere	Area Nursing	
Ruda	Anna Maria	Medico	Direzione Sanitaria P.O. Marino	



 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 3 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

TABELLA DI CORREZIONE DEL DOCUMENTO

Numero Progressivo	Pagina n.	Paragrafo/ sotto paragrafo	Correzione	Approvata da
1	4	0	Inserita Premessa	Direttore Sanitario
2	3	1	Scopo: aggiornato punto elenco	Direttore Sanitario
3	4/5	3	Aggiornato elenco abbreviazioni Inserito Documento di Contesto Aggiornata definizione procedura/protocollo	Direttore Sanitario
4	7	4	Inserita Tabella 3 Aggiornata matrice delle responsabilità	Direttore Sanitario
5	8	5	Eliminata tabella descrizione attività Aggiornata gerarchia documentale	Direttore Sanitario
6	8/9	5.2, 5.3	Aggiornati contenuti paragrafi indicati	Direttore Sanitario
7	10	5.4	Inserita codifica MDL eliminato esempio codifica CTMO	Direttore Sanitario
8	10/12	5.4	Aggiornato layout e inserito commenti agli esempi Inserita tabella 5 Stato delle Revisioni	Direttore Sanitario
9	13	5.5.2	Per la procedura: inseriti nella tabella: indice, premessa, eliminati validazione, aggiunta tabella di correzioni del documento	Direttore Sanitario
10	15	5.6	Aggiornato contenuto	Direttore Sanitario
11	16	5.6.1	Inserita Flow Chart	Direttore Sanitario
12	17	5.7	Inserito paragrafo formato	Direttore Sanitario
13	18	5.8	Aggiornato contenuto	Direttore Sanitario
14	18	5.9	Inserita tabella 7	Direttore Sanitario
15	19	8	Inseriti riferimenti bibliografici	Direttore Sanitario

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 4 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

INDICE

TABELLA DI CORREZIONE DEL DOCUMENTO..... 3

Premessa..... 5

1 SCOPO 5

2 CAMPO DI APPLICAZIONE 5

3 ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA..... 5

4 RESPONSABILITÀ 7

5 DESCRIZIONE ATTIVITÀ 8

 5.1 Gerarchia documentale..... 8

 5.2 Redazione e modifica documenti..... 8

 5.3 Verifica e Approvazione 9

 5.4 Assegnazione Codifica..... 9

 5.4.1 Codifica dei moduli e delle istruzioni operative..... 10

 5.5 Layout..... 11

 5.5.1 Aspetti comuni a tutti i documenti..... 11

 5.5.2 Procedure, protocolli e istruzioni operative 12

 5.6 Emissione documenti 15

 5.6.1 Flow Chart processo di gestione della documentazione aziendale 16

 5.7 Formato..... 17

 5.8 Distribuzione e Archiviazione..... 17


 5.9 Documenti di origine esterna..... 18

6 INDICATORI 18

7 MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI..... 18

8 BIBLIOGRAFIA/RIFERIMENTI NORMATIVI..... 19

9 ALLEGATI 19

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 5 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

Premessa

Alcune criticità emerse in questi anni hanno reso necessaria una rivisitazione della procedura sulla gestione della documentazione (PR-DG-006/2) anche in funzione della recente istituzione del manuale di codifica e del sito intranet per l'archiviazione/diffusione elettronica delle procedure.

1 SCOPO

Scopo della presente procedura è definire un sistema di gestione della documentazione aziendale.

Obiettivi specifici sono:

- Standardizzare l'elaborazione dei documenti di origine aziendale;
- Descrivere modalità e responsabilità di Redazione, Verifica, Approvazione, Emissione, Aggiornamento, Revisione e Archiviazione della documentazione prodotta;
- Definire il sistema di codifica per l'identificazione univoca dei documenti e la rispettiva registrazione.


5

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura si applica all'interno di tutte le Strutture della Asl di Cagliari a prescindere dalla loro complessità e dislocazione ospedaliera o territoriale.


3 ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
Accreditamento Istituzionale	SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie
DG	Direzione Generale
DOC	Documento
DIR	Dirigente
IO	Istruzione Operativa
MDL	Medicina di Laboratorio
MO	Modulo
MQ	Manuale Qualità
PR	Procedura
REV	Revisione
RGQ	Responsabile Gestione Qualità
RUO	Responsabile Unità Operativa
U.O. /UU.OO.	Unità Operativa / Unità Operative

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 6 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

DEFINIZIONI	
Allegati	Documenti che possono essere acclusi ad altri documenti.
Istruzione Operativa	Documento tecnico che definisce in modo dettagliato le azioni da svolgere. Si differenzia dalla Procedura in quanto di carattere tecnico-operativo e riguarda le modalità di svolgimento delle singole attività.
Linee Guida	Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i clinici a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica e di migliorare gli esiti di salute.
Manuale Qualità/Documento di Contesto	Il manuale della qualità/documento di contesto è il documento che contiene la descrizione dei processi fondamentali di una struttura organizzativa e rappresenta un sistema operativo per la gestione della qualità. Il Manuale della Qualità riporterà le indicazioni relative al requisito 7 della norma ISO, con l'elencazione della documentazione dimostrativa dei processi operativi di supporto.
Modulo	I moduli sono tutti quei documenti, cartacei o elettronici, che vengono anche in minima parte compilati, destinati a contenere dati di natura prescrittiva o registrazione di attività, controlli, risultati ottenuti (es.: scheda di terapia, verbali, registri temperature, scarico rifiuti, richiesta consenso, schede valutazione...).
Procedura/Protocollo	La UNI EN ISO 9000:2005 Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e vocabolario, definisce la procedura come una descrizione dettagliata e standardizzata dell'attività da svolgere, di come deve essere svolta, da chi e in quali circostanze. Pertanto possiamo definire le procedure come regole operative interne che coinvolgono l'attività di più persone o funzioni, e il protocollo come un documento che traduce conoscenze scientifiche in comportamenti professionali. ¹
Piani/Progetti Aziendali	Documenti sulla missione e visione aziendale, politiche complessive, obiettivi generali e specifici, organizzazione interna, responsabilità. (esempio: Piano Strategico triennale, Assetto Organizzativo Aziendale, Piano delle Azioni, Piani di miglioramento delle UU.OO. coinvolte nel processo di certificazione, ecc.)
Regolamento	Documento generalmente suddiviso in articoli e commi che pone le regole fondamentali e cogenti in riferimento ad un tema generale di rilevanza aziendale o tende a normare l'organizzazione e il funzionamento di uno o più settori dell'Azienda.

¹ Carlo Calamandrei, Manuale di Management per le professioni sanitarie, Edizione McGraw-Hill 2015, pagg. 348-350

 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 7 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

4 RESPONSABILITÀ

Le responsabilità previste per i soggetti coinvolti sono indicate nelle seguenti tabelle, riferite a procedure che riguardano singole Unità Operative fruitrici della procedura (tab 1) e di rilievo aziendale (procedure trasversali) - (tab.2):

Legenda: C = Collabora, R = Responsabile

TABELLA1 : RESPONSABILITÀ PER DOCUMENTI AZIENDALI


Attività	Responsabilità'		
	Direzione Aziendale	Gruppo di lavoro Aziendale	Struttura Aziendale Qualità/Accreditamento Istituzionale
Redazione		R	
Verifica		R	R
Approvazione	R		
Codifica			R
Emissione			R
Distribuzione			R
Archiviazione			R

TABELLA 2 : RESPONSABILITÀ PER DOCUMENTI DIPARTIMENTALI

Attività	Responsabilità'		
	Direzione Di Dipartimento	Gruppo di lavoro Dipartimentale	Struttura Aziendale Qualità/Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie
Redazione		R	
Verifica	R		R
Approvazione	R		
Codifica			R
Emissione	C		R
Distribuzione	C		R
Archiviazione			R

TABELLA3 : RESPONSABILITÀ PER DOCUMENTI DI UNITÀ OPERATIVA

Attività	Responsabilità'			
	Direzione di UO	Coordinatore	RGQ di U.O.	Tutti gli operatori*
Redazione			R	R
Verifica	R	R	R	
Approvazione	R			
Codifica			R**	

 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 8 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

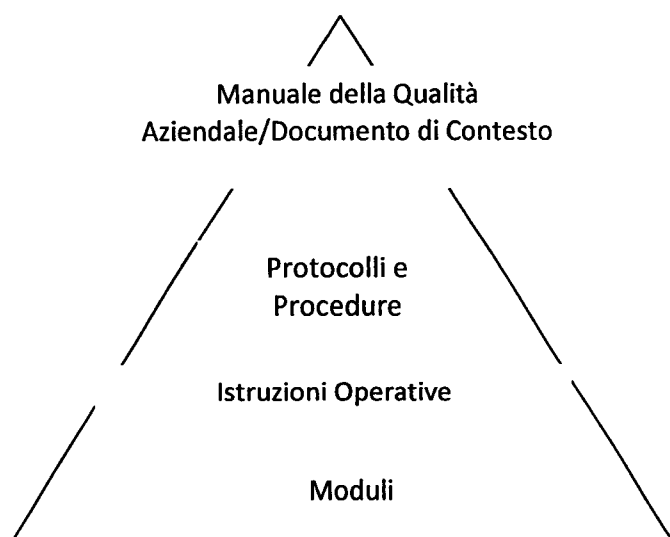
Emissione			R	
Distribuzione			R	
Archiviazione***			R	

* Si intende qualunque figura riconosciuta quale "esperto" del processo cui il documento si applica

** La codifica delle procedure viene assegnata dalla SSD Accreditamento Istituzionale al RGQ dell'U.O

*** Una copia del documento, in formato elettronico (PDF), viene archiviato dalla SSD Accreditamento Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e pubblicato attraverso nel sito intranet aziendale

5 DESCRIZIONE ATTIVITÀ



Le attività di competenza dei professionisti coinvolti sono differenti a seconda che si tratti di una procedura Aziendale, Dipartimentale o di Unità Operativa. Le tabelle 1,2,3 definiscono la ripartizione delle competenze per le tre tipologie di procedure.

5.1 Gerarchia documentale

La struttura documentale si compone delle seguenti tipologie di documenti:


All'apice della gerarchia è collocato il Manuale della Qualità/Documento di contesto, in cui devono essere

riportati i riferimenti ai protocolli e alle procedure che rappresentano il secondo livello gerarchico. Le procedure possono includere Istruzioni Operative, le quali tuttavia possono anche essere indipendenti da esse. Alla base della gerarchia sono collocati i moduli che rappresentano gli strumenti attraverso i quali si concretizzano uno o più azioni del processo descritto nella procedura.

5.2 Redazione e modifica documenti

Qualunque operatore o gruppo di lavoro può proporre un nuovo documento o la modifica di un documento già in uso, come specificato nelle tabelle 1, 2 e 3.

Ogni volta che il documento subisce modifiche, dovrà essere aumentato di una unità l'indicatore dello stato di revisione e aggiornata la sua data (es. se è stato redatto un nuovo documento gli indicatori saranno "Rev 0 del 11/03/2010", nel caso di modifica l'indicatore sarà "Rev. 1 del 11/03/2011"). In caso di revisione dovrà essere indicato nel frontespizio del documento lo "Stato delle revisioni" e all'inizio dello stesso la "Tabella

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 9 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

delle correzioni” seguendo gli schemi presenti in questo documento in cui vengono indicate le parti corrette rispetto al documento precedente. I componenti del gruppo di lavoro o il singolo operatore che hanno redatto/ revisionato il documento apporranno la propria firma.

Fino alla sua approvazione ogni documento avrà carattere di bozza e tale dicitura dovrà comparire sullo sfondo dello stesso e nell’intestazione secondo l’esempio 1 del paragrafo 5.5.1.

5.3 Verifica e Approvazione

La verifica e l’approvazione del documento segue quanto indicato nelle tabelle 1,2 e 3.

La verifica e l’approvazione si concretizzano con l’apposizione sulla copia originale della firma del Responsabile ed eventualmente attraverso delibera aziendale.

5.4 Assegnazione Codifica

Tutta la documentazione deve essere codificata attraverso un codice composto da una serie di sigle e acronimi, seguiti da un numero progressivo a tre cifre e da un codice di revisione che saranno assegnati dalla SSD Accreditamento, previa richiesta da parte della struttura che intende elaborare il documento. La richiesta va trasmessa alla seguente casella di posta elettronica: **accreditamentoistituzionale@asl8cagliari.it** o tramite contatto telefonico con la SSD accreditamento Istituzionale.

Il CODICE BASE deve essere costituito da:


- Primo acronimo riguardante la tipologia di documento;
- Secondo acronimo riguardante la struttura dove il documento viene applicato;
- Numero a tre cifre indicante il numero della procedura di quella struttura.

Es. : PR- XXX-001

In questo caso il codice identifica la procedura n°1 della struttura XXX.

Ulteriori acronimi possono essere inseriti in base alla complessità della struttura che vuole creare il documento. In questo caso l’ordine con cui gli acronimi compaiono dopo la sigla indicante il tipo di documento segue la gerarchia organizzativa.

Ne deriva che prima di procedere con la codifica del documento si dovrà procedere alla scelta della codifica delle strutture e sottostrutture che devono realizzare - o potranno in futuro realizzare – dei propri

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 10 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

documenti. A questo proposito si deve fare riferimento al Manuale di Codifica della documentazione aziendale redatto dalla SSD Accreditamento Istituzionale.

A titolo di esempio, se si prende in considerazione la Medicina di Laboratorio (MDL) e le strutture che vi afferiscono, la codifica è la seguente:

DIPARTIMENTO/AREA	CODICE	STRUTTURA (LABORATORIO DI PRESIDIO)	CODICE
Medicina di Laboratorio	MDL	SS. TRINITA'	SST
		BINAGHI	BIN
		SAN MARCELLINO	SMA
		SAN GIUSEPPE	SGI
		MARINO	MAR
		TOSSICOLOGIA	TOX

Nel caso si realizzi una procedura trasversale valida per tutta la Medicina di Laboratorio, la codifica sarà per esempio la seguente: "PR-MDL-002".

Nel caso si realizzi un documento valido solo per una o più delle strutture che afferiscono alla Medicina di Laboratorio il codice della o delle strutture sarà inserito dopo l'acronimo MDL.

Es. PR-MDL-SST-002 indica la procedura n° 2 riguardante la Medicina di Laboratorio all'interno del P.O. SS. Trinità.

Es. PR-MDL-SST-BIN-002 indica la procedura n° 2 riguardante la Medicina di Laboratorio all'interno dei PP.OO. SS. Trinità e Binaghi.


5.4.1 Codifica dei moduli e delle istruzioni operative

I moduli e le istruzioni operative allegati ad una procedura vengono codificati inserendo, dopo il codice della procedura, l'acronimo MO o IO ed il numero progressivo.

Es: PR-MDL-002-MO-01 indica il modulo n° 1 facente parte della procedura n° 2 della Medicina di Laboratorio.

Es. PR-MDL-002-IO-001 indica l'istruzione operativa n° 1 facente parte della procedura n°2 della Medicina di Laboratorio.


Qualora l'Istruzione operativa non sia allegata ad una procedura, ma rappresenta un documento a sé stante la sua codifica seguirà il criterio indicato al punto 5.4.

 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 11 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3


5.5 Layout

5.5.1 Aspetti comuni a tutti i documenti

Tutti di documenti devono avere la seguente intestazione di pagina:

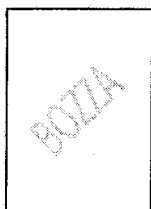
 ASLCagliari	Struttura (Direzione Generale/Presidio/Distretto/Dipartimento)	Nome della struttura di applicazione documento
Codifica del documento (pagina) di (totale pagine)	TITOLO DEL DOCUMENTO	Data emissione Ultima revisione

Esempio1 :


 ASLCagliari	Gruppo di lavoro MDL	Laboratori ASL Cagliari
PR-MDL-025 Pagina 1/10	Gestione del trasporto campioni biologici	Data 23/03/2014 Bozza


11

Il layout sopra indicato può essere letto nel seguente modo: si tratta della Procedura in forma di BOZZA dal titolo "Gestione del trasporto campioni biologici", codificata in maniera univoca con il codice PR-MDL-025, formata da 10 pagine complessive, redatta da un gruppo di lavoro aziendale della Medicina di laboratorio. Questa procedura potrà essere applicata presso tutti i Laboratori della ASL di Cagliari solo una volta che da bozza diventa versione definitiva (Rev 0); la dicitura bozza deve comparire nello sfondo di ogni pagina del documento.




Esempio 2:

 ASLCagliari	Direzione Generale SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management	PP.OO. SS. Trinità, Binaghi
PR-DG-004 Pagina 11 di 19	Razionalizzazione della Gestione Rifiuti Ospedalieri	Data 13/04/2011 Revisione 0

 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 12 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

Il layout sopra indicato può essere letto nel seguente modo: si tratta della Procedura versione definitiva dal titolo "Razionalizzazione della Gestione Rifiuti Ospedalieri" codificata in maniera univoca con il codice PR-DG-004, formata da 20 pagine complessive, redatta dalla Direzione Generale e dalla SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Rischio Clinico. Questa procedura nella sua prima versione (Rev 0) in data 13/04/2011 deve essere obbligatoriamente applicata presso i PP.OO. SS. Trinità e Binaghi.

Esempio 3:

 ASLCagliari	Direzione Generale SC Pianificazione e Controllo Strategico Qualità e Risk Management	PP.OO. SS. Trinità, Binaghi
PR-DG-004 Pagina 12 di 19	Razionalizzazione della Gestione Rifiuti Ospedalieri	Data 23/03/10 Revisione 1

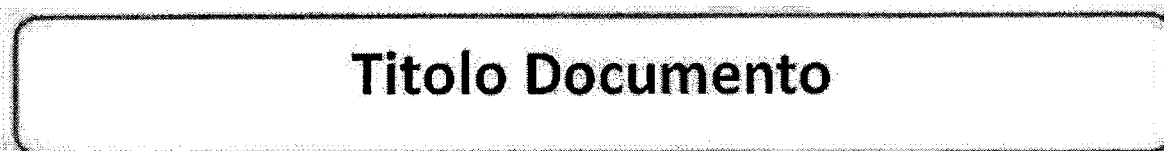
I campi sono interpretabili secondo l'esempio 1, ma rispetto al precedente la dicitura Revisione 1 accanto alla data di redazione 23/03/2010 indica che la Procedura per la Razionalizzazione della Gestione dei Rifiuti Ospedalieri è stata revisionata rispetto alla procedura originaria (Rev 0) e pertanto è una versione successiva alla prima che diviene obsoleta e non più applicabile.

Nota : gli esempi qui esposti non si riferiscono necessariamente a procedure realmente esistenti.

5.5.2 Procedure, protocolli e istruzioni operative

Per quanto concerne le procedure e i protocolli, sulla prima pagina di ogni documento, (frontespizio)verranno riportate:


- a) Il titolo del documento



- b) le indicazioni relative alle informazioni indicate nella seguente tabella 4:

TABELLA 4

ATTIVITÀ	RESPONSABILE	FIRME
Redazione		
Verifica		
Approvazione		
Emissione		
Distribuzione		

 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 13 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

Nel caso della revisione del documento dovrà comparire lo stato delle revisioni come da tabella 5. Tutte le revisioni devono essere indicate.

TABELLA 5

N. REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE ATTIVITA'	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	EMISSIONE E DISTRIBUZIONE
0		PRIMA EMISSIONE				
1		PRIMA REVISIONE				


c) nelle pagine successive devono comparire i nominativi di chi ha redatto il documento

Cognome	Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza	Firma

A seguire:


- **Per la procedura o il protocollo**

TABELLA DI CORREZIONE DEL DOCUMENTO	In caso di revisione del documento iniziale è necessario indicare quali sono state le modifiche apportate rispetto al documento originario. Una tabella posta all'inizio del documento indicherà le modifiche apportate, in quale pagina del documento si trovano e una sintetica descrizione, oltre all'indicazione di chi deve approvare tali modifiche. Prima di dover modificare la procedura-protocollo può essere accettato un numero massimo di 10 correzioni di piccola entità ossia che non influiscono sull'operatività della procedura.
INDICE	Viene inserito all'inizio del documento e ne riassume il contenuto, presentando i titoli dei capitoli/paragrafi e dei sottocapitoli/sottoparagrafi con l'indicazione della pagina in cui si trovano. L'inserimento di un indice aiuta il lettore a orientarsi nei contenuti del documento.
PREMESSA	Permette di fare una breve introduzione al documento, non è vincolante il suo inserimento in tutti i documenti.
1. SCOPO	Capitolo in cui si definisce il perché viene sviluppato il documento e

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 14 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

	gli obiettivi specifici.
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	Capitolo in cui sono presenti il dove e il quando il documento verrà applicato, cioè in quale contesto dell'attività aziendale e in quale momento.
3. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	Capitolo in cui sono elencate per esteso le descrizioni di parole, sigle, acronimi, abbreviazioni utilizzate nella stesura del documento.
4. RESPONSABILITÀ	Capitolo in cui viene inserita una matrice che indica chi è responsabile e chi collabora in ogni specifica attività e qual è questa attività.
5. DESCRIZIONE ATTIVITÀ	Capitolo in cui si descrivono per esteso tutte le attività rappresentate in sequenza nel diagramma di flusso, definendo in dettaglio le modalità che devono essere applicate per lo sviluppo ed il controllo delle attività stesse.
6. INDICATORI	Il monitoraggio dei processi descritti nella procedura può essere fatto con l'utilizzo di indicatori. L'indicatore è uno strumento di misura la cui funzione è di oggettivare ossia di rendere misurabile (quantitativo) o paragonabile (qualitativo) il requisito a cui è associato. Il risultato della osservazione della caratteristica in questione definisce il "valore" (misura dell'indicatore). Gli indicatori possono essere di input, di processo, di output, qualitativi, quantitativi o misti. La definizione dei criteri per valutare e scegliere gli indicatori più appropriati deve essere stabilita sulla base dei processi da monitorare.
7. MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI	Inserire elenco di materiali, strumenti e dispositivi necessari per portare a compimento la procedura-protocollo.
8. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	Capitolo nel quale sono elencati Riferimenti: documenti di ordine superiore (leggi, direttive, linee guida cliniche, ecc.).
9. ALLEGATI	Documenti che contengono informazioni di varia natura strettamente correlate al documento o alla procedura a cui si riferisce (istruzioni operative, moduli, report di registrazione o veri allegati come da definizione). Nella procedura-protocollo si può far riferimento a moduli e istruzioni operative piuttosto che allegarli alla stessa, in questo modo essi possono essere oggetto di revisione indipendentemente dalla procedura e viceversa.

Qualora non fosse possibile compilare uno dei precedenti capitoli, lo stesso deve apparire con la scritta "Non Applicabile".

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 15 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3


- **Per l'istruzione operativa**

1. TITOLO, secondo le indicazione del paragrafo 5.5.2 lettera a
2. DESCRIZIONE ATTIVITÀ
3. MATERIALE E STRUMENTI UTILIZZATI
4. BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

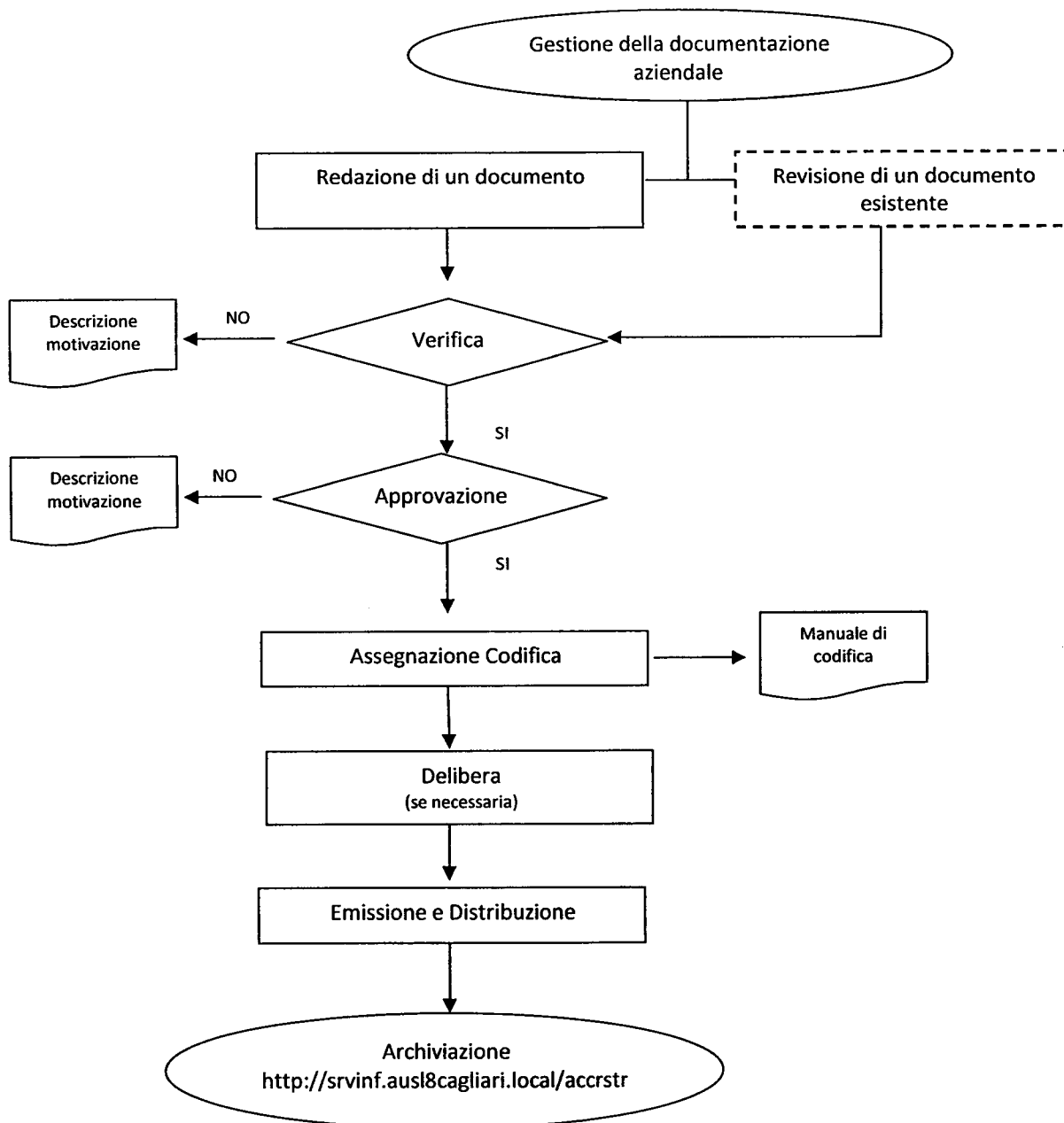
Le istruzioni operative possono essere realizzate come allegati alle procedure oppure essere realizzate indipendentemente come documenti a se stanti.


5.6 Emissione documenti

Una volta approvato, il documento completo di codifica viene inviato al Referente della Qualità/Accreditamento di U.O. che è responsabile della sua emissione all'interno della propria U.O. e alla Struttura Semplice Dipartimentale "Funzioni connesse alle autorizzazioni e accreditamento degli erogatori sanitari e socio sanitari" che avrà cura di inserirlo per la sua diffusione e archiviazione nel sito intranet aziendale (<http://srvinf.ausl8cagliari.local/accrstru/>).

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 16 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

5.6.1 Flow Chart processo di gestione della documentazione aziendale



 ASLCagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 17 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

5.7 Formato

Tutti i documenti devono essere strutturati secondo uno standard specifico al fine di renderne agile e chiara la consultazione e trasformati in formato non modificabile (PDF).

Per quanto riguarda i font e la dimensione dei caratteri da utilizzare, si fa riferimento a quanto descritto nella tabella 6 che costituisce il modello grafico da utilizzare per redigere tutte le Procedure, i Protocolli e le Istruzioni operative, in particolare:

TABELLA 6


Font del carattere	Stili e dimensione
<ul style="list-style-type: none"> • Calibri • Paragrafo Giustificato • Interlinea 1,5 	<ul style="list-style-type: none"> - Per il titolo del documento: Calibri 16 grassetto o adattabile alla lunghezza del titolo - Per i titoli dei paragrafi o dei capitoli: Calibri 14 grassetto (esempio: 4. RESPONSABILITA') - Per i titoli dei sottoparagrafi o sottocapitoli: Calibri 12 grassetto (esempio: 5.1 ATTIVITÀ PRIMARIA) - Per i titoli dei sub-sottoparagrafi: Calibri 11 grassetto (esempio: 3.2.2 STRUTTURA DELLE PROCEDURE) - Per il testo – Calibri 11 e, ove necessario, il 9 o 10 per le tabelle e matrici presenti

17

Sono fatti salvi i documenti redatti prima della presente versione della procedura. Le tavole o tabelle sono classificate, all'interno di ciascuna documento con numeri arabi progressivi. Le figure si individuano, all'interno di ciascuna procedura, con la dicitura Fig. seguita da un numero progressivo (ad esempio Fig. 1).

5.8 Distribuzione e Archiviazione

La distribuzione e l'archiviazione seguono quanto indicato nelle tabelle 1,2 e3. Quando un nuovo documento viene redatto ed emesso, i soggetti responsabili della distribuzione hanno il compito di aggiornare l'indice della documentazione e sostituire la vecchia versione con la nuova sia nell'archivio principale, sia in quello delle varie sezioni di riferimento.

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 18 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

La versione precedente verrà archiviata in un apposito archivio.

La distribuzione verrà registrata su un modulo di distribuzione documenti. Tutti gli operatori interessati verranno informati dell'emissione del nuovo documento.

La documentazione originale specifica di U.O. o di Dipartimento sarà conservata a cura del referente della Qualità/Accreditamento delle stesse

Tutta la documentazione sia specifica di U.O., sia a valenza Dipartimentale, sia generale aziendale sarà conservata a cura della SSD Accredитamento Istituzionale all'interno dell'apposito sito intranet "<http://srvinf.ausl8cagliari.local/accrstru/>" accessibile a tutti gli operatori sanitari aziendali. All'interno del sito gestito dalla SSD Accredитamento Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie sarà presente l'ultima versione dei documenti.

I documenti obsoleti dovranno essere archiviati e mantenuti per almeno 5 anni.

5.9 Documenti di origine esterna

Il Responsabile della Qualità-Accreditamento dell'U.O. deve tenere un indice di tutta la documentazione di origine esterna che viene utilizzata dalle singole UU.OO..Tale indice deve contenere nome del documento, origine, autore, data di aggiornamento secondo la tabella 7.

TABELLA 7


TIPO DOCUMENTO	NOME DOCUMENTO	AUTORE	LUOGO ARCHIVIAZIONE	RESPONSABILE CONSERVAZIONE	RESPONSABILE ELIMINAZIONE
Linee guida / Procedure /Protocolli / ecc	Descrizione del documento	Chi lo ha elaborato	U.O. Cartacea Accredитamento – Elettronica (PDF)	RGQ-UO Accredитamento Istituzionale	RGQ/UQ

6 INDICATORI

Non applicabile

7 MATERIALI E STRUMENTI UTILIZZATI

Server per backup

 ASL Cagliari	Direzione Generale	ASL CAGLIARI
PR-DG-006 Pagina 19 di 19	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	Data: 07/11/2016 Revisione 3

8 BIBLIOGRAFIA/RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Cinotti R. et al, Glossario della qualità e dell'accreditamento Emilia Romagna, 2005
2. UNI EN ISO 9000:2005, dicembre 2005
3. UNI EN ISO 9001:2008, novembre 2008
4. D. Burnett, M. Plebani, Guida Pratica all'accreditamento dei laboratori clinici, Bm Biomedica 2003
5. C. Calamandrei, Manuale di Management per le professioni sanitarie, McGraw-Hill 2015
6. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=314&area=qualita&menu=sicurezza
7. SSD Accreditamento Istituzionale, Manuale di codifica della documentazione aziendale

9 ALLEGATI

Non applicabile