



A.S.L. V.C.O.
Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

AZIENDA SANITARIA LOCALE VCO
Viale Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB)

Struttura: I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 07-QA 04	
Titolo documento: Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento	Pagina 1 di 5	Revisione: 04	15/09/2020
Redatta da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	
Firma per Redazione: Dr.ssa Margherita Bianchi Data: 29/07/2020	Firma per Approvazione: Dr.ssa Emma Zelaschi Data: 16/09/2020	Firma per Validazione: Dr.ssa Margherita Bianchi Data: 17/09/2020	
Firma per Emissione Direzione Generale Dr. Angelo Penna Data: 25-09-2020			

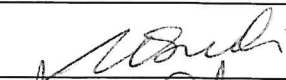
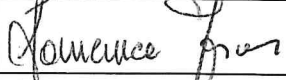


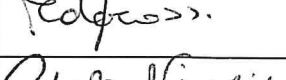
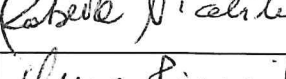
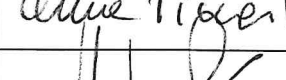
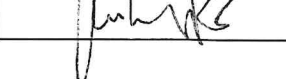
Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento

GRUPPO DI LAVORO.....	2
LEGENDA.....	2
SCOPO ED OBIETTIVI.....	2
CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
RESPONSABILITÀ.....	3
MODALITÀ OPERATIVE.....	3
AVVERTENZE.....	4
INDICATORI.....	4
REGISTRAZIONI, MODULI, DOCUMENTI.....	5
ALLEGATI.....	5

Rev.	Data	Descrizione delle modifiche
00	27/05/2008	Creazione
01	24/01/2011	Creazione Gruppo di Verifica e Validazione Aggiornamento Capitolo: Modalità Operative
02	04/05/2015	Aggiornamento: Gruppo di Verifica e Validazione e Capitolo Modalità Operative
03	15/09/2020	Inserimento dei Capitoli: Gruppo di Lavoro, Legenda e Obiettivi. Eliminato "Gruppo di Verifica e Validazione" Aggiornamento e Modifica dei Capitoli: Responsabilità, Modalità Operative, Avvertenze, Indicatori, RegISTRAZIONI-Moduli-Documenti

Struttura: I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 07-QA 04	
Titolo documento: Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento	Pagina 2 di 5	Revisione: 04	Data: 17/09/2020
Redatta da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

GRUPPO DI LAVORO

Cognome Nome	Ruolo/Funzione	Firma
Bianchi Margherita	Dirigente Medico Referente Governo Clinico, Qualità, Appropriatezza, Rischio Clinico	
Fiore Domenica	Dirigente Medico Referente Programma Regionale Rischio Clinico	
Garufi Francesco	Direttore SOC DSPO Verbania-Domodossola	
Laudando Franca	Infermiera CPSE Qualità Ricerca Accreditamento SOC DiPSa	
Materossi Laura	Infermiera Dirigente Referente Rischio Clinico SOC DiPSa	
Nicolini Roberta	Infermiera CPSE Qualità Ricerca Accreditamento SOC DiPSa	
Pingitore Anna	Dirigente Farmacista SOC Farmacia Referente Qualità Rischio Clinico	
Riboni Paolo	Responsabile SOS SPP	

LEGENDA

- - CPSE: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto
- - DiPSa: Direzione Professioni Sanitarie
- - GCQARC: Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico
- - GdL: Gruppo di Lavoro
- - I.A.S: Incarico Altissima Specializzazione
- - RQR: Referenti Qualità-Rischio
- - SOC: Struttura Operativa Complessa
- - SOS: Struttura Operativa Semplice
- - SOSD: Struttura Operativa Semplice Dipartimentale
- - SPP: Servizio Prevenzione Protezione

SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo della procedura è definire la modalità di validazione dei documenti aziendali a valenza trasversale e non (condivisi e fruiti da più Strutture Operative e/o Servizi) e della loro distribuzione capillare agli attori competenti per l'applicazione.

Obiettivo generale è individuare regole condivise per la gestione dei processi di cura.

Struttura: I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 07-QA 04	
Titolo documento: Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento	Pagina 3 di 5	Revisione: 04	Data: 17/09/2020
Redatta da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

Obiettivi specifici sono migliorare la qualità delle prestazioni erogate secondo i criteri condivisi e mediati dalle evidenze scientifiche.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Questa procedura operativa è applicabile a tutti i processi aziendali (di cura, di gestione, di amministrazione) ritenuti strategici e pertanto da codificare in documenti validati e pubblicati nel sito intranet/internet aziendale al fine garantire la qualità, l'efficienza dei processi sanitari e la sicurezza delle cure per i pazienti e la tutela degli operatori sanitari.

RESPONSABILITÀ

È responsabile dell'attuazione della seguente procedura il Responsabile I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico.

I Direttori delle SOC sono responsabili dell'approvazione, della comunicazione e della distribuzione ai collaboratori delle procedure validate.

I Referenti Qualità-Rischio (RQR) di SOC/SOSD/SOS verificano l'applicazione delle procedure/protocolli attraverso l'osservazione diretta, l'audit delle cartelle cliniche e dei casi clinici anche con l'ausilio di *check list* appositamente individuate.

MODALITÀ OPERATIVE

Le Strutture Organizzative tramite i RQR inviano i documenti in formato elettronico (WORD) al Responsabile GCQARC, il quale verifica il format (a disposizione nel sito Intranet aziendale) e i contenuti generali dei file e quindi li condivide con il Gruppo di Lavoro selezionato sulla base della tipologia di processo sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale, organizzativo-gestionale.

Il Gruppo di Lavoro, individuato e coordinato dal Responsabile GCQARC o da Suo delegato, è sempre un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare.

I documenti sono riconsegnati dal Responsabile GCQARC o suo delegato ai redattori con le osservazioni del Gruppo di Lavoro per un opportuno confronto e per il recepimento di osservazioni/integrazioni.

Il redattore del documento sottopone le modifiche del testo all'attenzione dei colleghi/collaboratori coinvolti, anche potenzialmente, nel processo di cui la procedura/percorso/protocollo è parte.

La procedura operativa/processo (es. PDTA) è quindi restituita al Responsabile GCQARC con le osservazioni e/o modifiche apportate in seguito al confronto.

Il documento così condiviso è approvato dal Direttore dell'Area a cui fa capo il processo (Direttore Sanitario Aziendale/Direttore Amministrativo/Direttore di Dipartimento/ Direttore SOC/Responsabile SOSD/SOS) validato dal Responsabile GCQARC e quindi stampato per la raccolta delle firme sia della griglia d'intestazione (in prima pagina) che del GdL (in seconda pagina) presso le sedi dell'ufficio qualità delle Sedi di competenza.

Struttura: I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 07-QA 04	
Titolo documento: Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento	Pagina 4 di 5	Revisione: 04	Data: 17/09/2020
Redatta da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

Il documento firmato è scannerizzato e pubblicato nel sito dal Responsabile GCQARC il quale notifica l'avvenuta pubblicazione con e-mail a tutti i Direttori e i Coordinatori di SOC/SOSD protocollata dalla Direzione Generale cui segue nota protocollo ai Direttori di Macrostruttura/Dipartimento sempre a firma del Responsabile GCQARC.

La diffusione, che deve essere tracciata e tracciabile, e la verifica dell'applicazione delle disposizioni contenute nei documenti validati è demandata ai Direttori e ai Coordinatori di SOC/SOSD che periodicamente (minimo annualmente) raccolgono, verificano e valutano gli indicatori di struttura, di processo e di esito e li trasmettono al Responsabile GCQARC per la valutazione degli obiettivi di Budget e la successiva pubblicazione nel sito intranet.

AVVERTENZE

La stesura di PDTA, Procedure Operative, Protocolli Farmacologici e/o Terapeutici a valenza trasversale richiede la validazione di un gruppo interdisciplinare e multiprofessionale, individuato in relazione al contenuto e alla tipologia del documento oggetto di verifica e validazione.

Le procedure operative/processo, oggetto di validazione e pubblicazione, devono essere strutturate secondo il format descritto nella "PO 07-QA 01 Format Procedura Operativa" reperibile nella sezione "Accreditamento Qualità" del sito intranet, alla voce "Documenti delle Strutture Organizzative", "07-Qualità-Accreditamento" e quindi inviate in formato elettronico al Responsabile GCQARC.

I documenti validati sono pubblicati sul Sito Intranet per una rapida e capillare distribuzione agli utenti interni, i quali possono stamparli e salvarli sul proprio PC anche al fine di una revisione cui seguirà una ulteriore validazione.

L'aggiornamento e/o revisione dei documenti è previsto qualora intervengano variazioni nell'ambito della normativa di riferimento e/o nel processo e comunque non oltre 3 anni dalla precedente emissione come previsto dai requisiti per l'accreditamento istituzionale.

È responsabilità del Referente della procedura l'aggiornamento del documento alla scadenza del periodo di validità, nonché della relativa diffusione.

Tali aggiornamenti sono comunicati al Responsabile GCQARC tramite reinvio della procedura/percorso revisionato sempre in formato elettronico (Word) ed in seguito all'approvazione del Direttore di Macrostruttura/Dipartimento/SOC/SOS. Sino alla pubblicazione della versione aggiornata resta in vigore la versione precedente.

Il Responsabile GCQARC e il GdL potranno avvalersi della consulenza di specifiche professionalità e competenze ogniqualvolta lo riterranno utile ed opportuno al fine della validazione e pubblicazione nel sito aziendale.

INDICATORI

Indicatori	Tempistica della raccolta	Struttura responsabile della raccolta degli indicatori
N° doc. validati / N° doc. proposti	Annuale	DIPARTIMENTO/SOC/SOSD
N° documenti applicati / N° documenti validati	Annuale	DIPARTIMENTO/SOC/SOSD

Struttura: I.A.S. Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PO 07-QA 04	
Titolo documento: Procedura Operativa Validazione e Distribuzione dei Documenti Aziendali per la Qualità e l'Accreditamento	Pagina 5 di 5	Revisione: 04	Data: 17/09/2020
Redatta da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	Approvata da: Direttore Sanitario Aziendale	Validata da: Responsabile Governo Clinico Qualità Appropriatezza Rischio Clinico	

REGISTRAZIONI, MODULI, DOCUMENTI

I documenti validati sono pubblicati nell'area "Qualità Accreditamento" del Sito Intranet nelle sezioni dedicate, secondo il seguenti criterio:

1. se il contenuto del documento non ha una valenza trasversale, è pubblicato all'interno delle cartella dedicata alla SOC redattrice come da codice alfanumerico cartella di file (es 17-OGI Procedura PO 17-OGI 08 "Gestione della distocia di spalla" (link DOCUMENTI STRUTTURE ORGANIZZATIVE) <http://webasl.asl14/qualità/PROTOCOLLI/webFile.php>,
2. se il contenuto del documento ha una valenza trasversale, è pubblicato sia all'interno delle cartella dedicata alla SOC redattrice come da codice alfanumerico cartella di file (esempio 01-CT) al link DOCUMENTI STRUTTURE ORGANIZZATIVE che al link DOCUMENTI TRASVERSALI <http://webasl.asl14/qualità/PROCEDURE TRASVERSALI/webFile.php> come, ad esempio, la Procedura Operativa Aziendale PO 01-CT 49 "Procedura per la Sicurezza della Terapia Trasfusionale".

ALLEGATI

- - ALL 01 Modello Lista Distribuzione

RIFERIMENTI

- - ISO 9000 – VISION 2000
- - *Joint Commission International*. Elenco degli standard adottati a partire dal 2011 e relative note interpretative. Progetto *Patient Safety*.
- - Manuale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private della Regione Piemonte ai sensi del "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. atti n. 259/CSR).
- - Determinazione n. 725 del 15.11.2015 Aggiornamento Manuale Accreditamento.

