

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 1 di 24

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

STESURA	VERIFICATO	APPROVATO
Per GdL <i>Dott.ssa A. S. Morgante</i> Coordinatrice GdL	<i>Dott.ssa A. S. Morgante</i> Responsabile U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing	<i>Dr. A. Barbato</i> Direttore Sanitario
<i>Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.</i>		

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Antonella Stefania Morgante Responsabile U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, Coordinatrice del GdL
Dott.ssa Cristina Graziani U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
Dott.ssa Albertina Miccadei - U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
Dott.ssa Cinzia Pitti U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
Dott.ssa Cristina Vecchi - U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
26/05/2015	00	EMISSIONE
05/05/2016	01	Revisione periodica
01/03/2024	02	Revisione periodica
12/03/2025	03	Revisione periodica

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 2 di 24

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE e DESTINATARI	3
4. ABBREVIAZIONI	4
5. SISTEMA DOCUMENTALE.....	4
5.1 documenti di origine interna	4
5.2 documenti di origine esterna.....	6
5.3 tipologia di documenti.....	6
6. MODALITA' OPERATIVE	6
6.1 modalità di redazione.....	6
6.2 modalità di revisione	7
6.3 modalità di codifica del documento	7
6.4 criteri per l'identificazione dei firmatari	9
6.5 formazione del Gruppo di Lavoro	9
6.6 definizione dello stato di revisione.....	10
6.7 struttura dell'indice e modalità di stesura.....	11
6.8 requisiti formali per la stesura dei documenti.....	12
6.9 come compilare una matrice di responsabilità.....	13
6.10 indicatori e monitoraggio.....	14
6.11 modalità di diffusione e liste di distribuzione	15
6.12 modalità di archiviazione cartacea/digitale.....	16
6.13 periodo di validità.....	17
6.14 bibliografia e normativa vigente, sitografia.....	17
6.15 Allegati.....	17
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	17
8. MODALITA' DI DIFFUSIONE della presente procedura e archiviazione della stessa.....	18
9. RESPONSABILITA'.....	18
10. PERIODO DI VALIDITA' DELLA PRESENTE PROCEDURA.....	19
11. BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA VIGENTE, SITOGRAFIA.....	19
12. ALLEGATI.....	20

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 3 di 24

1. PREMESSA

Un Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) efficace si basa su un'organizzazione strutturata e documentata delle informazioni necessarie per supportare il funzionamento e il monitoraggio dei processi aziendali. La formalizzazione del sistema documentale consente di passare da un'organizzazione "informale" a una "formale", garantendo l'oggettività, la ripetibilità e la verificabilità delle attività, oltre a promuovere il miglioramento continuo.

La documentazione costituisce un elemento chiave per la standardizzazione dei processi, la chiarezza dei ruoli e delle responsabilità, nonché per la corretta esecuzione delle attività. Inoltre, rappresenta uno strumento essenziale per l'applicazione del ciclo di Deming (Plan-Do-Check-Act), che permette di:

- **pianificare (Plan o fase 1)** le attività attraverso la definizione di obiettivi, procedure e modalità operative;
- **eseguire (Do o fase 2)** i processi secondo quanto stabilito, garantendo la conformità agli standard definiti;
- **verificare (Check o fase 3)** l'efficacia e l'efficienza dei processi mediante il monitoraggio e l'analisi delle prestazioni;
- **agire (Act o fase 4)** per implementare azioni correttive e migliorative, assicurando la continua evoluzione del SGQ.

Un sistema documentale chiaro, strutturato e costantemente aggiornato è quindi strategico per garantire la qualità, la sicurezza e l'efficacia dei processi, nonché per la trasmissione del *know-how* aziendale. L'adozione di un linguaggio universale e di un formato condiviso facilita l'accessibilità delle informazioni e il mantenimento del SGQ nel tempo.

2. SCOPO

La presente procedura ha l'obiettivo di definire un format uniforme per le diverse tipologie di documenti sopra citati, in conformità agli standard aziendali del Sistema di Gestione della Qualità (SGQ). Questi standard si basano sul DCA 7 novembre 2017, n. U00469 e sulla norma UNI EN ISO 9001:2015.

In particolare, la procedura "Gestione della documentazione" – nota anche come "procedura madre" o "00" – definisce i criteri per tutte le fasi della gestione documentale. Ciò include le attività di stesura, verifica, validazione, approvazione, emissione, distribuzione, archiviazione, monitoraggio dell'applicazione e dell'efficacia, formazione interna, revisione ed eliminazione dei documenti.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Tutti gli operatori aziendali, sia sanitari che non, sono tenuti a rispettare quanto definito nella presente procedura. Di conseguenza, tutte le procedure aziendali dovranno essere progressivamente allineate ai requisiti stabiliti in questa revisione.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 4 di 24

4. ABBREVIAZIONI

Di seguito sono riportate le abbreviazioni e gli acronimi utilizzati nella presente procedura, il cui impiego è raccomandato in tutti i documenti di Qualità (Tabelle 1 e 2).

SGQ	Sistema Gestione Qualità	DG	Direttore Generale
PO	Procedure Operative	DS	Direttore Sanitario
PROT	Protocolli Operativi	DA	Direttore Amministrativo
IO	Istruzioni Operative	DMO	Direzione Medica Ospedaliera
PA	Piani Aziendali	DIP	Dipartimento
REG	Regolamento	DAPS	Dipartimento delle Professioni Sanitarie
LGI	Linee Guida Interne	CRM	Clinical Risk Manager
BUN	Bundle	RQ	Responsabile o referente della Qualità
MOD	Modulo	UOC	Unità Operativa Complessa
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale	UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
PPDTA	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale	UOS	Unità Operativa Semplice
ID	Informazioni documentate	GdL	Gruppo di Lavoro
FAC	Facilitatore Qualità e Rischio Clinico	CGdL	Coordinatore del GdL

5. Il Sistema Documentale

Il sistema documentale aziendale si compone di due tipologie di documenti:

- documenti di origine interna: prodotti dalle articolazioni aziendali.
- documenti di origine esterna: provenienti da fonti esterne all'azienda.

5.1 Documenti di origine interna

I documenti interni si suddividono nelle seguenti categorie:

Tipologia	Descrizione
Documentazione aziendale	Emessa dalle Direzioni e applicata a tutti i livelli organizzativi della ASL (UUOO, Strutture, Aree, Dipartimenti, Territorio, ADI, COT). Sono documenti trasversali basate sulla normativa vigente e Best Practices. (Es.: documenti di pianificazione, regolamenti, piani, procedure, ecc.)
Documentazione interdipartimentale	Redatta dagli operatori dei Dipartimenti, verificata dai Direttori di Dipartimento e approvata dal Clinical Risk Manager e dalla Direzione Aziendale. Favorisce l'integrazione tra le diverse discipline.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 5 di 24

Tipologia	Descrizione
Documentazione Ospedale-Territorio	Strumento di continuità funzionale tra le strutture ospedaliere e territoriali. Verificata dai Direttori di Dipartimento e approvata dal Clinical Risk Manager e dalla Direzione Aziendale.
Documentazione di Unità Operativa (UO)	Prodotta dalle singole UUOO per il Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) e in conformità alla Legge Gelli-Bianco. Per la verifica e l'approvazione vedi gli esempi al punto 6.4.
Documenti di registrazione	Documenti che garantiscono la tracciabilità delle attività svolte e ne consentono il controllo. Si distinguono in: - registrazioni sanitarie: cartella clinica, scheda terapia, referti, check-list, ecc. - registrazioni tecnico-amministrative: verbali, registri di manutenzione, moduli di trasporto campioni biologici, ecc.
Email e comunicazioni ufficiali	Esempi di evidenze documentali di attività in corso: - audit di terza parte (strutture accreditate, audit regionali, certificatori esterni). - audit del rischio clinico e piani di miglioramento con il Risk Management. - attività richieste da uffici aziendali, Organi di Vigilanza, Autorità Giudiziaria, Forze dell'Ordine (NAS, NOE), o disposizioni organizzative delle Direzioni.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 6 di 24

5.2. Documenti di origine esterna

I documenti di origine esterna sono prodotti e trasmessi da enti e istituzioni competenti e riguardano l'ambito sanitario e normativo.

Di seguito alcuni esempi:

Categorie	Enti fonti di documenti
Normative e regolamenti	Unione Europea, Governo centrale, Accordi Stato-Regioni, Ministeri, Regioni, Comuni
Linee guide e direttive	Centri di ricerca, enti di certificazione, Società scientifiche
Segnalazioni di sicurezza (es. Warming su farmaci, dispositivi o apparecchiature)	Ministero della Salute, Aziende di dispositivi medici, farmaci, apparecchiature elettromedicali
Farmaco/dispositivo-vigilanza (es. comunicazioni AIFA su farmacovigilanza, emovigilanza e dispositivi medici)	Ministero della Salute, AIFA, Centro Nazionale Sangue

5.3 TIPOLOGIA di documenti

Per la scelta del documento da redigere vedi allegato n.1.

6. MODALITA' OPERATIVE

6.1 Modalità di redazione

La redazione di un documento a livello aziendale deve avvenire in modo da produrre un documento chiaro e preciso, semplice e incisivo, in un numero di pagine il più contenuto possibile. L'obiettivo è trasformare un processo in una procedura formalizzata, assicurando così: **uniformità, replicabilità, tracciabilità, trasparenza, conformità agli standard**. Questo approccio permette di regolamentare attività complesse attraverso la contestualizzazione di linee guida, best practices e l'integrazione delle evidenze scientifiche (*Evidence-Based Medicine*).

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 7 di 24

6.2 Modalità di revisione

La revisione di un documento a livello aziendale si rende necessaria per diverse ragioni, tra cui:

- **scadenza del periodo di vigenza**
- **modifiche e aggiornamenti**

Alcuni esempi di quando è necessaria una revisione includono:

- **processi di miglioramento** della qualità e della sicurezza delle cure, come per esempio l'implementazione di nuove raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico
- **introduzione di nuove attività**
- **modifica dei modelli di erogazione delle cure** o dell'organizzazione aziendale
- **adozione di nuove tecniche e tecnologie**, come:
 - innovazione digitale
 - nuove tecnologie diagnostico-terapeutiche
 - innovazione tecnologica.

6.3 Modalità di codifica del documento

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. Rev. 3 Del

LOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

UO	REVISIONE	ATTUALITÀ

Il presente documento è destinato esclusivamente all'uso interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche esterno da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.

Gruppo di Lavoro:

Dott.ssa Antonella Sestini-Moragani Responsabile U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
 Dott.ssa Cristina Occhini U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
 Dott.ssa Alberta Micocci - U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
 Dott.ssa Cinzia Pitti U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
 Dott.ssa Cristina Vecchi - U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
2015/2016	00	Emissione
2016/2017	01	Revisione periodica
	02	Revisione periodica

Fig.1. Frontespizio format aziendale documenti SGQ

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 8 di 24

In alto e a sinistra, sotto lo spazio “Regione Lazio Azienda Sanitaria Locale Rieti”, definire il TITOLO del documento, al di sotto di Sistema di Gestione Della Qualità (Fig.1).

La codifica del documento si evince nel dettaglio dell'intestazione di sotto riportato insieme al numero di revisione e alla data di completamento della redazione/revisione del documento Fig.2).

IMPORTANTE: La data di applicazione del documento è quella di pubblicazione sul sito.

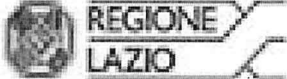

Cod. PO/110/X/anno Rev. 0X Del gg/mm/anno
Pag. 3 di 8

Fig 2 Dettaglio frontespizio

Il CODICE è costituito:

- dalla lettera che definisce la tipologia di documento (nel caso specifico PO)
- dal numero identificativo della Azienda emittente, ASL di Rieti (110)
- dal numero progressivo del documento della UUOO/Struttura in ordine di emanazione e anno di pubblicazione
- dalla data di completamento della redazione/revisione del documento.
- dalla numerazione progressiva delle pagine.

IMPORTANTE: Tutte le UUOO/Aree/Dipartimenti/Strutture che approvano documenti di propria afferenza devono essere dotati di analogo registro di codifica interna ai fini della formazione del proprio sistema di gestione documentale.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 9 di 24

6.4 Criteri per l'identificazione dei firmatari

STESURA	VERIFICATO	APPROVATO
Chi firma per la stesura – è la persona responsabile della stesura del documento che firma per l'intero gruppo di lavoro, il coordinatore del Gruppo di Lavoro. Questo ruolo assicura che il contenuto sia sviluppato in conformità con il processo applicato, in conformità alle <i>Best Practice</i> e indicazioni aziendali.	Chi firma per la verifica – è il soggetto incaricato della verifica* del documento, il quale controlla che i contenuti siano corretti, completi e conformi agli standard di qualità previsti e alla normativa vigente. Può essere un esperto del settore o un responsabile di funzione che esamina il documento prima della sua approvazione (vedi esempi successivi).	Chi firma per l'approvazione – è la figura autorizzata a validare e approvare ufficialmente il documento, confermandone la conformità e l'idoneità all'utilizzo e alla pubblicazione. Può essere un direttore, un dirigente e/o un responsabile della qualità.

***Eventuali osservazioni emerse in corsi di verifica/validazione devono necessariamente determinare la rivalutazione dei contenuti.**

- **ESEMPI:** nel caso di un documento aziendale, chi verifica è il CRM e chi approva è la figura apicale di riferimento del documento stesso (es. nel caso di un piano aziendale sanitario è il DS, nel caso di documento di afferenza tecnico-amministrativa è il DA, nel caso di documentazione inerenti il datore di lavoro è il DG);
- nel caso di una procedura aziendale, chi verifica è il CRM e chi approva è il DS;
- nel caso di una procedura interdipartimentale, chi verifica sono i Direttori di Dipartimenti coinvolti e l'approvazione è del CRM e DS;
- nel caso di una procedura di UOC, chi verifica può essere il coordinatore e chi approva il RQ (per es. nel caso di una IO inerente la modalità di un prelievo o della manutenzione di uno strumento); oppure, a seconda del contenuto, può essere verificato dal dirigente o posizione organizzativa e RQ e approvato dal Direttore UOC (per es. nel caso di una procedura).

6.5 Formazione del Gruppo di Lavoro (GdL)

Il Gruppo di Lavoro (GdL), preferibilmente di natura **multiprofessionale** e **multidisciplinare**, può essere individuato dai proponenti del progetto o, nel caso di lavori con valenza trasversale aziendale, dall' UO Risk Management e Qualità, oppure direttamente dalla Direzione Aziendale. In ogni caso, è fondamentale selezionare il personale più adatto, tenendo conto di criteri quali:

- esperienza
- competenze specifiche.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025
		Pag. 10 di 24

Nel GdL deve essere nominato un **Coordinatore**, necessario per garantire una progressione fluida e tempestiva dei lavori.

Il Coordinatore si occupa di:

- gestire il gruppo di lavoro
- definire i contenuti da trattare
- stabilire la tempistica di redazione del documento
- revisionare il documento secondo le modalità definite dalla presente procedura
- supervisionare dal punto di vista tecnico-scientifico e contenutistico
- interfacciarsi con le Strutture di verifica e approvazione, quando necessario.

6.6 Definizione dello stato della revisione

La prima emissione di un documento è contrassegnata come “rev 00”.

Le successive revisioni saranno numerate progressivamente (ad esempio, “rev 01”, “rev 02”, ecc.).

Deve essere indicata la data della revisione, che corrisponde alla data di conclusione del processo di revisione del documento.

Deve essere specificato anche il motivo della revisione, che può essere:

- scadenza del periodo di vigenza, oppure
- variazione significativa che ha richiesto la revisione anticipata rispetto alla scadenza prevista (ad esempio, aggiornamenti normativi o modifiche sostanziali al contenuto del documento o variazioni nell'organizzazione aziendale). Nella fig. 3 è riportato come mantenere la tracciabilità delle revisioni.

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
26/05/2015	00	EMISSIONE
5/05/2016	01	Revisione periodica
01/03/2024	02	Revisione periodica

Fig.3 Modalità di tracciamento delle revisioni, dalla prima emissione ai successivi aggiornamenti.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 11 di 24

6.7 Struttura dell'indice e modalità di stesura

Seguire l'ordine riportato, salvo variazioni dettate da specifiche e sostanziali peculiarità del documento.

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	4
5. SISTEMA DOCUMENTALE.....	5
5.1 DOCUMENTI DI ORIGINE INTERNA	5
5.2 DOCUMENTI DI ORIGINE ESTERNA	5
6. MODALITA' OPERATIVE	5
6.1 CODIFICHE DEI DOCUMENTI	6
6.2 FORMAZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO (GdL)	8
6.3 STESURA DEI DOCUMENTI	8
6.4 VERIFICA.....	10
6.5 APPROVAZIONE	11
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	13
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	14
9. MODIFICHE/REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	15
10. MODALITA' DI DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO	16
11. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO.....	17
12. INDICAZIONI PER LA REDAZIONE DI UN PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO-ASSISTENZIALE	17
13. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, RIFERIMENTI NORMATIVI	22
ALLEGATI	

Di seguito riportiamo brevemente i punti riportati nell'indice con le indicazioni alla rispettiva modalità di stesura:

Premessa/introduzione	Inserire solo nelle procedure(non nelle IO)
Scopo	Descrivere in modo sintetico l'oggetto e la finalità del documento.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 12 di 24

Campo di applicazione	Identificare i soggetti (ruoli e tipologie professionali) che devono attenersi al documento.
Abbreviazioni e Glossario	Includere una legenda con gli acronimi e i termini specifici utilizzati, con i relativi significati.
Modalità operative	Scomporre il processo in singole attività e definire: chi fa, cosa, dove, quando e con quali risorse.
Matrice di responsabilità	Identificare per ogni attività descritta: responsabile, coinvolto e informato , riportandoli nella tabella di seguito riportata.
Diagramma di flusso	Da inserire obbligatoriamente nella procedura, a discrezione negli altri documenti. Rappresentare graficamente le attività del processo descritto, secondo le indicazioni fornite in seguito.
Indicatori	Definire gli indicatori di monitoraggio secondo le indicazioni date di seguito riportate.
Modalità di distribuzione e di conservazione	Definire le modalità di -diffusione e condivisione del contenuto; -registrazione della formazione e consegna del documento; -archiviazione della copia cartacea del documento attuale e delle revisioni precedenti.
Periodo di validità	Indicare il tempo di validità del documento, salvo variazioni che richiedano una revisione anticipata.
Riferimenti bibliografici, normativi e sitografici	Elencare le Linee Guida di riferimento, evidenze scientifiche, normative vigenti e collegamenti web pertinenti.
Allegati	Elencare e numerare gli allegati alla procedura, specificandone la denominazione.

6.8 Requisiti formali per la stesura dei documenti

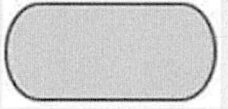
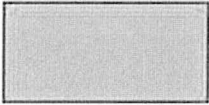
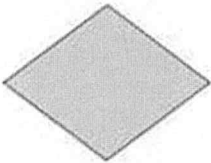
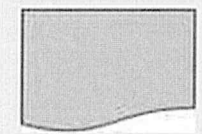
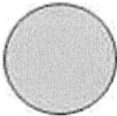
Per tutta la documentazione si devono seguire i criteri generali di intestazione del documento di seguito descritti:

- il formato delle pagine dei documenti corrisponde al formato A4;
- il margine sinistro deve essere non inferiore a 2 cm, per consentirne la catalogazione in appositi inserti raccoglitori;
- il carattere da utilizzare per la stesura del documento è "Arial" con grandezza 11, attenendosi alle indicazioni sotto riportate.

CRITERIO	DESCRIZIONE
Formato pagina	A4
Margini	Il margine sinistro deve essere ≥ 2 cm per consentire l'archiviazione nei raccoglitori
Carattere	Arial, dimensione 11

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 13 di 24

Di seguito sono indicate le modalità basilari di realizzazione di una flow chart:

ASPETTO	INDICAZIONI
Ordine di lettura	Dall'alto verso il basso e da sinistra verso destra (salvo diversa specifica)
Freccia di progressione	Utilizzata per indicare la sequenza logica delle attività
Simboli utilizzati	 Inizio e fine
	 Processo/attività
	 snodo decisionale
	 documento
	 attività svolta in telemedicina
	 Riferimento sulla pagina: il flusso continua su un simbolo corrispondente con la stessa lettera altrove sulla stessa pagina

6.9 Come compilare una matrice di responsabilità

1. Definire le attività

- inserire le attività nella **colonna di sinistra** (es. Accettazione e identificazione del paziente, Triage, Prima valutazione medica; diagnostica e monitoraggio, seconda valutazione medica e decisione clinica, dimissione/ricovero).

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 14 di 24

NB. Ogni attività corrisponde a un paragrafo delle modalità operative e, a sua volta, deve essere riportato nella matrice con indicate le rispettive responsabilità di attuazione.

2. Definire i ruoli professionali

- inserire i ruoli nella **prima riga in alto** (es. Infermiere, Medico di Pronto Soccorso, Radiologo, Specialista, ecc.).

3. Assegnare il livello di responsabilità

- compilare le caselle con:
- ❖ **R** = Responsabile → chi esegue l'attività o ne garantisce l'esecuzione.
- ❖ **C** = Coinvolto → chi partecipa attivamente perché il suo feedback è essenziale.
- ❖ **I** = Informato → chi deve essere aggiornato, ma non interviene direttamente.

ATTIVITÀ	INFERMIERE	MEDICO PS	RADIOLOGO
Accettazione ed identificazione del paziente	R	C	I
Triage	R	C	I
Prima valutazione medica	C	R	I
Diagnostica e monitoraggio	C	C	R
Seconda valutazione e decisione clinica	I	R	C
Dimissione o ricovero	C	R	I

Esempio di matrice di responsabilità (semplificata)

In alcuni documenti, quali ad esempio i PDTA o altra documentazione relativa a processi che esigono un monitoraggio sistematico dei risultati, è necessario indicare le seguenti attività:

- Formazione degli operatori coinvolti
- Monitoraggio outcomes
- Responsabilità clinica
- Responsabilità organizzativo-gestionale.

6.10 Indicatori e Monitoraggio

Gli indicatori sono strumenti fondamentali per misurare l'efficacia e l'esito dei processi e sono necessari per le fasi di verifica e azione del ciclo di Deming.

Gli indicatori di processo valutano l'efficienza e la qualità dell'esecuzione di un'attività, il rispetto delle procedure, i tempi di esecuzione e la corretta allocazione delle risorse.

Gli indicatori di esito misurano l'efficacia, ossia il grado di raggiungimento degli obiettivi finali e l'impatto delle azioni intraprese.

Gli indicatori:

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 15 di 24

- devono prevedere un numeratore e un denominatore, poiché il valore assoluto non è sufficiente per un'analisi accurata.

Al numeratore riportare l'evento misurato, mentre al denominatore il totale della popolazione o del processo in esame.

Esempio: percentuale di pazienti trattati entro 30 minuti dal triage.

Numeratore: pazienti trattati entro 30 minuti.

Denominatore: totale pazienti sottoposti a triage

- devono misurare vari aspetti della qualità del servizio, tra cui:
 - o qualità
 - o efficienza
 - o efficacia
 - o equità
 - o accessibilità
 - o sostenibilità
- per ogni indicatore deve essere indicata:
 - o la frequenza del monitoraggio (mensile, trimestrale, annuale)
 - o il responsabile della rilevazione
 - o il cut-off (soglia minima accettabile)
 - o la modalità della rendicontazione e i destinatari
 - o l'azione correttiva.

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	FREQUENZA	RESPONSABILE	CUT-OFF	AZIONI CORRETTIVE
Tempo medio di attesa al triage	Pazienti valutati entro 30 minuti	Totale pazienti triagiati	mensile	Coordinatore triage	≤ 30 minuti	Revisione del flusso operativo
Adesione al protocollo antibiotico	Pazienti trattati secondo protocollo	Totale pazienti trattati	trimestrale	Medico responsabile	≥ 90%	Audit clinico e formazione
Percentuale di dimissioni programmate	Pazienti dimessi con piano di follow-up	Totale pazienti dimessi	semestrale	Direzione sanitaria	≥ 80%	Ottimizzazione dei percorsi di continuità assistenziale

Esempio di tabella per il monitoraggio degli indicatori

6.11 Modalità di diffusione e liste di distribuzione

La diffusione deve avvenire tramite uno o più audit, anche accreditabili come formazione on the job, che assicurino la condivisione dei contenuti e la comprensione del/i processo/i da parte di tutto il personale coinvolto per permetterne un'efficace applicazione.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 16 di 24

La partecipazione all'evento deve essere attestata mediante l'allegato n.2.

La formazione del personale sul documento approvato, erogabile anche come **deve avvenire tempestivamente** e deve essere tracciata agli atti della struttura emanante attraverso apposito/i verbale/i.

Ciò in quanto gli adempimenti sopra riportati rilevano sia sotto il profilo dell'acquisizione culturale e dell'evidenza di avvenuta adozione delle *Best Practice*, sia dei profili di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie e, non da ultimo, della difendibilità aziendale e dei professionisti in caso di contenzioso.

6.12 Modalità di archiviazione cartacea/digitale

Di seguito sono riportate le modalità di archiviazione dei documenti cartacei e/o informatizzato che avviene secondo le indicazioni della nota prot. 2438/24 (vedi allegato n.3).

TIPOLOGIA DI DOCUMENTO	MODALITA' DI ARCHIVIAZIONE	REQUISITI
CARTACEO	archiviato in formato fisico	-deve essere facilmente reperibile -deve garantire la tracciabilità nel tempo, anche in caso di revisioni successive -deve essere prontamente consultabile dal personale -il luogo di conservazione deve essere noto agli operatori interessati
INFORMATIZZATO	archiviato in formato elettronico	-deve essere protetto per garantire integrità e accessibilità -deve seguire le norme aziendali sulla sicurezza informatica -deve essere aggiornato ad ogni revisione con opportuna registrazione della versione -deve essere prontamente consultabile dal Personale -la sua disponibilità e le modalità di accesso devono essere note a tutti gli operatori interessati (ad es. cartella condivisa su desktop, denominazione, su quali ps/tablet etc)

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 17 di 24

6.13 Periodo di validità

Massimo tre anni dalla data di pubblicazione, qualora non avvengano cambiamenti normativi, strutturali, organizzativi, operativi.

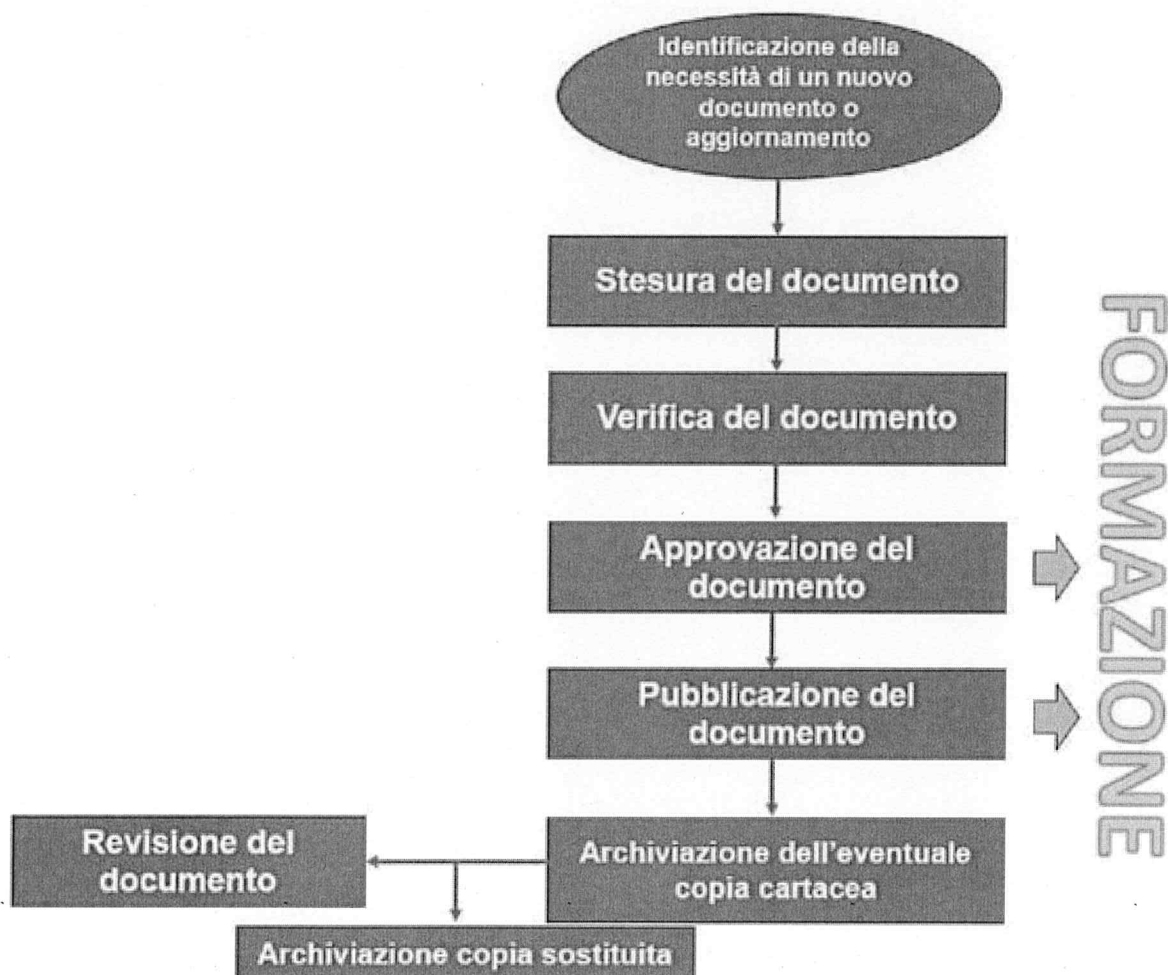
6.14 Bibliografia e normativa vigente, sitografia

Devono essere indicate tutte le fonti che sono state considerate per la stesura del documento di Qualità.

6.15 Allegati

Specificare il numero totale degli allegati e descrivere brevemente il contenuto di ciascuno.

7. Diagramma di flusso



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 18 di 24

8.Modalità di pubblicazione e di diffusione della presente procedura e archiviazione della stessa

La UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing provvede alla pubblicazione sull'intranet aziendale nell' "area documentazione", delle procedure di propria afferenza mentre tutte le altre UUOO/Strutture procedono attraverso la seguente modalità: il referente del sito aziendale, in accordo con il Direttore, provvede alla realizzazione sulla pagina intranet della propria struttura di un' "area documentazione", all'interno della quale devono essere pubblicate tutti documenti di propria afferenza. Il referente provvede anche alla numerazione progressiva e all'aggiornamento dell'area documentale in accordo con il RQ e con il direttore UOC/Dipartimento/Struttura.

Apposita comunicazione dell'avvenuta pubblicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management o da parte delle altre Strutture che curano la pubblicazione a tutti i Direttori/Responsabili UUOO/Coordinatori/Posizioni Organizzative coinvolti per la diffusione a tutti gli operatori interessati.

La stessa comunicazione viene inviata da parte del direttore UOC e dal coordinatore, a tutto il Personale ogni qualvolta viene pubblicato un nuovo documento della Qualità.

La formazione della stessa avviene tramite audit, i cui verbali vengono conservati nelle Strutture emittenti assieme alle liste di distribuzione.

L'archiviazione della stessa avviene secondo le indicazioni della nota prot.2438/24 (allegato 3) ed è a carico delle Strutture emittenti.

9.Responsabilità

L'Azienda, attraverso l'attività della UO Risk Management e Qualità, ha la responsabilità di informare, formare e supportare gli operatori e i professionisti sanitari in merito ai documenti aziendali pubblicati dalla struttura e ai loro contenuti, al fine di:

- garantire la **conoscenza diffusa** delle procedure e delle linee guida adottate
- favorire la **formazione continua** sul SGQ adottato
- promuovere il **miglioramento continuo** della qualità e della sicurezza delle cure erogate ai pazienti
- promuovere azioni e processi di mitigazione del rischio
- promuovere la diffusione capillare dei documenti all'interno di tutte le UUOO/Strutture
- assicurare che i documenti siano facilmente **accessibili e aggiornati**, secondo le disposizioni aziendali e normative.

La UO Risk Management e Qualità deve inoltre predisporre audit periodici per verificare la comprensione e l'applicazione delle procedure aziendali, come previsto dal SGQ e dalle raccomandazioni ministeriali sul rischio clinico, per quanto di pertinenza, nonché monitorare il livello di adesione alle stesse sul portale AGENAS.

Tutti i Direttori UUOO/Strutture hanno altresì l'obbligo di **responsabilità di informare, formare e supportare** gli operatori e i professionisti sanitari in merito ai documenti aziendali pubblicati, di promozione della cultura della Qualità e della sicurezza delle cure, di supporter e facilitazione nella costruzione di un SGQ e di implementazione dello stesso.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 19 di 24

La documentazione del SGQ, di fatto, non costituisce “soltanto” un mero adempimento normativo, ma un vero e proprio strumento strategico. Oltre a migliorare l’efficienza e la qualità dei processi, ha un’importante valenza medico-legale, tutelando sia la sicurezza del paziente che quella dell’operatore. Una gestione documentale rigorosa garantisce, come già esplicitato sopra, tracciabilità, trasparenza, responsabilità, riducendo i rischi e fornendo supporto fondamentale in caso di verifiche e contenzioso.

Ogni operatore, sanitario e non, dipendente e non, ha la responsabilità individuale di conoscere, applicare correttamente e sistematicamente i contenuti dei documenti aziendali, in relazione al proprio ambito professionale e alle proprie competenze.

La mancata applicazione può configurarsi come **inosservanza di obblighi professionali** ai sensi della Legge Gelli-Bianco e pregiudicare la qualità e la sicurezza delle cure erogate ai pazienti.

In particolare, ogni operatore ha la **responsabilità** di:

- partecipare alle sessioni di formazione organizzate dall’Azienda/UOC/Dipartimento/Struttura
- consultare regolarmente i documenti aggiornati
- applicare le procedure con **diligenza, perizia e prudenza**, secondo il proprio ruolo professionale
- collaborare con il Risk Management nella segnalazione di eventuali non conformità (near miss, eventi senza danno, eventi avversi, eventi sentinella) e identificazione di azioni di miglioramento
- garantire la **tutela della salute pubblica** e il rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle cure.

10.PERIODO DI VALIDITA’ DELLA PRESENTE PROCEDURA: tre anni

11. BIBLIOGRAFIA, RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA

- Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469. *Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*
- Legge 8 marzo 2017, n.24. *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- DECRETO LEGISLATIVO 9 aprile 2008, n. 81 *Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro*
- DECRETO LEGISLATIVO 14 marzo 2013, n. 33 *Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*
- LEGGE 6 novembre 2012, n. 190 *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*
- Determinazione n. G15691 dl 18/12/2020 *“Linee di indirizzo per la stesura dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali- PDTA nella cronicità”.*

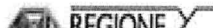
	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025
		Pag. 20 di 24

ALLEGATO N.1 documenti di qualità

Manuale della Qualità (MQ)	Rappresenta il documento che esplicita la politica per la Qualità e descrive il Sistema Qualità dell'organizzazione. I principi, le finalità e le modalità operative espressi o richiamati dal Manuale riguardano l'intera Azienda e tutti coloro che operano al suo interno, oppure di un Dipartimento/Unità Operativa/ Area aziendale. Il Manuale della Qualità è un aspetto, seppure non obbligatorio, di riferimento per la comprensione del Sistema Qualità della struttura/piastra produttiva..
Procedure Aziendali (PO)	Documenti che descrivono con quale modalità operativa trovano applicazione le regole definite dall'organizzazione nel rispetto della legislazione vigente, delle evidenze scientifiche e delle <i>Best Practice</i> . Le procedure Aziendali descrivono processi aziendali, trasversali all'organizzazione o peculiari e contengono in particolare le indicazioni relative alle corrette modalità di esecuzione delle attività, le matrici delle responsabilità, gli indicatori di monitoraggio.
Protocolli Operativi (PROT)	Documenti che individuano in maniera cogente e non ovviabile attività cliniche, organizzative e gestionali che devono essere sistematicamente svolti esattamente nella modalità configurata nel protocollo all'interno della singola UO, o con altre UU. OO/Servizi/Strutture/Dipartimenti/Aree coinvolte nelle specifiche attività. Nell'accezione giuridico-normativa, il contenuto di un Protocollo è vincolante per i professionisti. Se le LG forniscono raccomandazioni, flessibili per definizione, il termine Protocollo implica che questo debba essere costantemente applicato, esponendo il professionista e l'organizzazione a potenziali rischi medico-legali in caso contrario. Pertanto, un Protocollo dovrebbe essere utilizzato solo se viene condiviso l'obbligo sistematico di applicarne tutti i contenuti e se tale obbligo può ragionevolmente essere costantemente posto in essere.
Istruzioni Operative (IO)	Documenti di carattere <u>tecnico-operativo</u> generalmente destinati a fornire un supporto operativo e di rapida e agevole consultazione ad ogni singolo operatore. Spesso sono di supporto all'utilizzazione di particolari apparecchiature o dispositivi medici. Non riportano nei propri contenuti il dettaglio delle responsabilità per l'esecuzione delle attività, in quanto le responsabilità sono definite in via generale da Regolamenti o Procedure generali. Le Istruzioni Operative: - devono essere rese disponibili per la rapida consultazione direttamente sul posto di lavoro; - sono caratterizzate da un livello di dettaglio che dipende dalla criticità e dalla complessità delle attività descritte, dalle metodiche e dalle apparecchiature utilizzate;

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025
		Pag. 21 di 24

	- possono essere in parte espresse, laddove è necessario un maggior dettaglio, attraverso tabelle, quadri sinottici, diagrammi di flusso, schemi, foto, etc. - non sono appropriate per livelli di attività/percorsi di elevata complessità tecnico-clinico-organizzativa-assistenziale.
Informazioni documentate (ID)	
PDTA- Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e Percorsi Aziendali (PA) e PPDTA- Percorsi Preventivi Diagnostico terapeutici Aziendali	Strumenti di gestione del governo clinico aziendale, di natura integrata e multidisciplinare per la definizione del migliore processo di prevenzione (PPDTA) e/o clinico-diagnostico, terapeutico, assistenziale (PDTA) finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'argomento adattate al contesto epidemiologico locale, tenute presenti le risorse disponibili.
Regolamento (R)	Insieme di norme emanate per indicare le regole di funzionamento di settori o di specifiche attività o del complesso dell'Azienda Sanitaria
Piano (PN)	Documento che definisce obiettivi, strategie, processi, politiche aziendali, organizzazione e azioni con orientamento a medio/lungo termine e in recepimento di indicazioni di livello aziendale, regionale o governativo.
Bundle (B)	Documentazione che contiene i "pacchetti" di tutte le azioni assistenziali da eseguire sistematicamente e sempre nella sequenza descritta per la corretta esecuzione di specifiche pratiche assistenziali ai fini della loro corretta e completa esecuzione nonché al fine di evitare conseguenze negative prevenibili (ad esempio insorgenza di ICA) nei pazienti. Hanno validità di buone pratiche riconosciute dalla comunità scientifica per la sicurezza dei pazienti e devono essere aggiornate sulla base delle indicazioni provenienti dalle società scientifiche/enti di riferimento.
Moduli di Registrazione (MR)	Tutta la modulistica, cartacea o informatizzata utilizzata per le registrazioni di dati e/o attività sanitarie o tecniche compresi check list, schede etc).
Scheda progettuale (SP)	Documento di sintesi da allegare a tutti i progetti aziendali presentati alla Direzione aziendale.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025

ALLEGATO N.2 lista di distribuzione

 **AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI** 
Via del Terminillo, 41 - 01100 RIETI - Tel. 0746.2736 - PEC: aslrieti@pec.it
www.aslrieti.it C.F. e P.I. 00031130677

LISTA DI DISTRIBUZIONE per la presa visione e condivisione del documento
VERBALE AUDIT N. _____ **del** _____

ALLIANCE

[illegible]

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 23 di 24

ALLEGATO N.3 raccomandazione sulla corretta gestione documentale



AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 - PEC: asl.rieti@pec.it
www.aslrieti.it C.F. e P.I. 00821180577



UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING
 Direttore f.f.: Dr.ssa Antonella Stefania Morgante
 Tel. 0746-279483 - e-mail: a.morgante@asl.rieti.it

Prot. n 2438/24

RIETI, 10 GEN. 2024

Ai Direttori/Responsabili UU.OO./Distretti
 Ai Coordinatori Infermieri, Tecnici, Ostetriche
 Agli Incarichi Organizzativi
 E, p.c.
 Al Responsabile SPP
 Al Direttore f.f. UOC DMO
 Alla Responsabile UOSD AGL
 Al Coordinatore CVS
 Al Direttore DAPS
 Al Direttore Sanitario

OGGETTO: predisposizione della raccolta completa e aggiornata delle procedure aziendali.

Con l'intento di migliorare il livello di conoscenza e di adesione alle procedure aziendali, nonché la loro rapida consultabilità in tutti i casi di bisogno da parte del personale sanitario, si ricorda che, oltre quanto pubblicato sul sito intranet aziendale nella sezione documentale dell'UOC Risk Management, presso ogni UO/Area/Struttura aziendale è fortemente raccomandato predisporre e rendere disponibili per il personale uno o più raccoglitori cartacei contenenti tutte le Procedure/Istruzioni Operative/Piani/PDTA/ aziendali che stabiliscono e regolamentano le attività clinico-diagnostico-assistenziali d'interesse della UO/Struttura, forniscono le indicazioni relative alla sicurezza dei pazienti, degli operatori e dei luoghi di lavoro, informano l'organizzazione del lavoro all'interno della UO e recano i Regolamenti specifici della UO/Struttura, del Dipartimento di afferenza e quelli generali aziendali.

E' inoltre auspicabile che la raccolta delle procedure d'interesse venga effettuata anche in modalità informatizzata (cartella su desktop in postazione pc fissa e/o portatile di reparto) e che ogni operatore, con particolare riguardo per i neo-assunti, venga invitato a scaricarne il contenuto su una propria pen-

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE	Cod. PO/110/07/2025 Rev. 03 Del 12/03/2025 Pag. 24 di 24

drive, sottolineandone l'utilità non a mero scopo formale, bensì sostanziale, in quanto preciso adempimento professionale e formativo di ognuno.

Il Direttore e il Coordinatore stabiliscono, anche in funzione degli specifici livelli di responsabilità stabiliti dalle norme e/o delegati dal Datore di Lavoro, le modalità di implementazione, monitoraggio, aggiornamento e corretta tenuta dei raccoglitori e il nominativo di un referente per tutto quanto precede, valutando altresì l'eventuale necessità di elaborazione di ulteriori procedure/istruzioni operative specifiche che risultino mancanti. A tale proposito si ricorda la possibilità di fare riferimento alla rete dei referenti e facilitatori della Qualità e rischio Clinico.

Si raccomanda infine di promuovere, già per l'anno in corso e in occasione degli audit periodici interni di dipartimento/UO/Struttura, momenti di "*rapid assessment*", cioè di aggiornamento, confronto e valutazione, anche attraverso la somministrazione di semplici questionari, del grado di conoscenza delle procedure da parte degli operatori e le operatrici sanitarie presenti (OSS e ausiliari compresi), lasciandone opportuna traccia agli atti interni (verbali, criticità rilevate, azioni di miglioramento decise).

La scrivente resta disponibile per ogni utile supporto in merito a quanto comunicato, nonchè in attesa di feed-back sull'attuazione delle raccomandazioni poste.

Cordiali saluti.

Il Direttore f.f. UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing
Dr.ssa Antonella Stefania Morgante

