	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo Modello Base	<i>CODICE</i>	
		Data ultima Revisione	
		Emissione del	Da revisionare entro
Titolo:		Pagina 1 di 5	

PROPOSTA

<i>Macrostruttura</i>	<i>Responsabile/Direttore (1) Nome e Cognome</i>	<i>Firma</i>

(1) Coordinatore del Gruppo di Lavoro - Redazione

GRUPPO DI LAVORO - REDAZIONE

<i>Struttura</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Qualifica/ Funzione</i>	<i>Firma</i>

VERIFICA DI CONFORMITÀ


<i>UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Qualifica/ Funzione</i>	<i>Firma</i>

APPROVAZIONE

<i>Direzione Strategica</i>	<i>Direttore/Responsabile Nome e Cognome</i>	<i>Firma</i>

ADOZIONE

<i>Macrostruttura</i>	<i>Numero Delibera/Determina</i>	<i>Data</i>


	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	<i>CODICE</i>	
		Data ultima Revisione	
		Emissione del	Da revisionare entro
Modello Base			
Titolo:		<i>Pagina 2 di 5</i>	

REVISIONI

<i>Revisione</i>	<i>Data</i>	<i>Codice revisione</i>
Ultima revisione effettuata		
Revisione biennale prevista		


1) REVISIONE

Codice Revisione:		
Data Revisione:		
<input type="checkbox"/> Immodificata rispetto al Documento adottato <input type="checkbox"/> Modificata rispetto al Documento adottato per: <input type="checkbox"/> Intervenute modifiche organizzative: Specificare _____ -----		
<input type="checkbox"/> Intervenute modifiche Normative interne ed esterne (Leggi, Decreti, Circolari, Regolamenti) Specificare _____ -----		
<input type="checkbox"/> Intervenute modifiche delle evidenze scientifiche (Protocolli, Linee Guida, Buone Pratiche Clinico-Assistenziali) Specificare _____ -----		
<input type="checkbox"/> Intervenute modifiche del Gruppo di Lavoro/Redazione (come indicato nella specifica sezione sopra riportata)		
VERIFICA DI CONFORMITÀ UOS Qualità e Gestione Rischio Clinico	Dott./Dott.ssa	Firma _____
APPROVAZIONE Direttore Sanitario	Dott./Dott.ssa	Firma _____

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	<i>CODICE</i>	
	Modello Base	Data ultima Revisione	
		Emissione del	Da revisionare entro
Titolo:		<i>Pagina 3 di 5</i>	

SOMMARIO

1. OGGETTO.....	4
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	4
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI.....	4
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	4
8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	4
9. MONITORAGGIO.....	5
10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE.....	5
11. ALLEGATI (se presenti).....	5

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	<i>CODICE</i>	
		Data ultima Revisione	
		Emissione del	Da revisionare entro
Modello Base			
Titolo:		<i>Pagina 4 di 5</i>	

1. OGGETTO

2. SCOPO

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

(Sono definiti l'ambito di applicazione e le situazioni in cui il documento deve essere applicato)

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE PER L'ADOZIONE DEL DOCUMENTO

5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

(E' riportato il significato di sigle, acronimi, abbreviazioni utilizzate nel documento. L'uso non standardizzato di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli, può indurre in errore e causare danni ai pazienti. Raccomandazione Ministeriale n. 18, Settembre 2018)

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

(Verificare che siano chiaramente individuate le attività, le modalità di esecuzione, i mezzi necessari)

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ


(Sono identificati i responsabili di ciascuna delle attività previste nel documento)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	FIGURA PROFESSIONALE CHE SVOLGE L'ATTIVITÀ						
	Attore 1	Attore 2	Attore 3	Attore 4	Attore 5	Attore 6	Attore 7
Descrizione dell'attività							
				R		R	
		C		R		R	
	R			R		R	

R = responsabile C = coinvolto

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

(Verificare che i riferimenti normativi citati nel documento (leggi, linee guida, direttive aziendali) e gli eventuali allegati siano chiaramente indicati e facilmente reperibili)

	Azienda Sanitaria Provinciale Palermo	<i>CODICE</i>	
		Data ultima Revisione	
		Emissione del	Da revisionare entro
Modello Base			
Titolo:		<i>Pagina 5 di 5</i>	

9. MONITORAGGIO

(Sono descritti gli indicatori e le modalità di calcolo da utilizzare per il monitoraggio dell'effettiva realizzazione delle attività previste dal documento)

Indicatore	Fonte dei dati	Frequenza di misurazione	Responsabile della rilevazione

10. CONSERVAZIONE E ARCHIVIAZIONE

11. ALLEGATI (se presenti)