

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	4.1. esposizione di uno o più poster informativi sulle Linee guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria:nell'Unità Operativa di Medicina Generale /Modulo di degenza Area funzionale medica-livello a media intensità di cure.			
AREA	MODULO INTEGRATIVO SICUREZZA DEL PAZIENTE			
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	I posters informativi sulle Linee guida OMS sull'igiene delle mani sono presenti nel presidio, si avrà cura di affiggerli nell'U.O. di Medicina			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	5.2. Presenza della soluzione a base alcolica per il lavaggio delle mani: nell'UO di Chirurgia /Modulo di degenza di area chirurgica –livello a media intensità di cure		
AREA	MODULO INTEGRATIVO SICUREZZA DEL PAZIENTE		
SOTTO-AREA			
CRITERIO			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	La soluzione a base alcolica per il lavaggio delle mani è presente nella U.O di Chirurgia		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	COORDINATORI INFERMIERISTICI U.O. CHIRURGIA		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	5.Possibilità di consulenza psicologica per le problematiche della gravidanza		
AREA	1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona		
SOTTO-AREA	1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona		
CRITERIO	1.1.1 Funzione di supporto psicologico		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Contatto con il consultorio per prendere accordi su modalità operative		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA	BASSA X	
COSTO PER AZIENDA	ZERO X	BASSO	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO-CONSULTORIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) X	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA X	AVVIATA	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>
CONCLUSA <input type="checkbox"/>			
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE X	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	30.2.Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto nell'Unità Operativa di chirurgia generale/ Modulo di degenza di Area chirurgica – livello a media intensità di cure		
AREA	1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona		
SOTTO-AREA	1.2 Rispetto della privacy		
CRITERIO	1.2.2 Rispetto della riservatezza		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Fornitura di separatori visivi alla U.O. di Chirurgia		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	COORDINATORE INFERMIERISTICO U.O. CHIRURGIA		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	36.Presenza di una modalità definita per garantire l'assistenza religiosa per non cattolici			
AREA	1.Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	1.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa			
CRITERIO	1.3.2 Rispetto delle esigenze di culto			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Accordo con il pastore della Chiesa Evangelica locale Sig. Tagliavia Giuseppe			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	47.Presenza di report periodici circa l'effettiva pratica della prenotazione diretta delle visite e degli esami post-ricovero			
AREA	1.Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	1.4 Continuità delle cure			
CRITERIO	1.4.1 Agevolazione della continuità delle cure			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	La prenotazione diretta degli esami e delle visite post-ricovero avviene con regolarità. Si predispone report da compilare			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	RESPONSABILE U.O. CHIRURGIA			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	RESPONSABILE U.O. CHIRURGIA			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	50.3.Presenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso al servizio di diagnostica per immagini			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.1 Accessibilità fisica			
CRITERIO	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Accordo con il Responsabile dell'Unione Italiana Ciechi sezione di Palermo per valutare i necessari accorgimenti per consentire agli ipovedenti l'accesso ai servizi del Presidio			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>		ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>		LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>		ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	50.4.Presenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso al centro prelievi			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.1 Accessibilità fisica			
CRITERIO	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Accordo con il Responsabile dell'Unione Italiana Ciechi sezione di Palermo per valutare i necessari accorgimenti per consentire agli ipovedenti l'accesso ai servizi del Presidio			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>		ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>		LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>		ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	52.Presenza di parcheggio fruibile per il pubblico che accede alla struttura			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.1 Accessibilità fisica			
CRITERIO	2.1.2 Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	In atto sono presenti diversi parcheggi pubblici non a pagamento con una capienza superiore ai due posti auto/posto letto nel raggio di 100 mt dal perimetro del Presidio			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	COMUNE DI CORLEONE			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	68. Accesso gratuito ad internet tramite rete wireless			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"			
CRITERIO	2.3.1 Dotazioni e caratteristiche dei reparti di degenza			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Richiesta della rete wireless tramite il Dipartimento Risorse Economico-finanziarie, Patrimoniale, Provveditorato e Tecnico			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIPARTIMENTO RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE, PATRIMONIALE, PROVVEDITORATO E TECNICO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI	SI INOLTRA RICHIESTA AL U.O. PROVVEDITORATO			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	81.1. Affissione di tabelle di registrazione degli interventi giornalieri di pulizia dei bagni con nominativo/ codice dell'operatore ed orario, nel Pronto Soccorso			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.3 Reparti di degenza "a misura d'uomo"			
CRITERIO	2.3.3 Comfort alberghiero			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Predisposizione di tabelle di registrazione degli interventi giornalieri di pulizia dei bagni con nominativo/ codice dell'operatore ed orario, nel Pronto Soccorso			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	COORDINATORE INFERMIERISTICO U.O. PRONTO SOCCORSO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	91.3. Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di distributori di bevande/ alimenti			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.4 Comfort generale della struttura			
CRITERIO	2.4.2 Comfort delle sale d'attesa			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	I distributori di alimenti/bevande si trovano nelle immediate vicinanze della sala d'attesa del Pronto Soccorso			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	RESPONSABILE U.O. PRONTO SOCCORSO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	91.6. Sala d'attesa del Pronto Soccorso con presenza di televisore anche a circuito chiuso			
AREA	2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	2.4 Comfort generale della struttura			
CRITERIO	2.4.2 Comfort delle sale d'attesa			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Nella sala d'attesa del Pronto Soccorso è previsto un apparecchio TV			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>		ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input checked="" type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	108. Copie di cartelle cliniche disponibili entro 30 giorni dalla richiesta o entro il tempo massimo stabilito a livello aziendale (se presente) sul totale del numero di copie di cartelle cliniche richieste in un mese indice		
AREA	3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza		
SOTTO-AREA	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza		
CRITERIO	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Presenza di un registro attestante i tempi di consegna delle cartelle cliniche		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	114.3.Presenza nel sito web aziendale di strumenti di e-participation		
AREA	3. Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza		
SOTTO-AREA	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza		
CRITERIO	3.2.1 Agevolazione dell'accesso alla documentazione sanitaria		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Presenza di un registro attestante i tempi di consegna delle cartelle cliniche		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	U.O. COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	118.Unità Operative/ Moduli di degenza con procedura di accoglienza		
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino		
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente		
CRITERIO	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Predisposizione di una procedura di accoglienza nei reparti		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	125.Presenza di un corso sulle problematiche post-partum rivolto alle neo-madri o ai neo-genitori			
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino			
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente			
CRITERIO	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Contatto con il consultorio per prendere accordi su modalità operative			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL’AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO-CONSULTORIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA’ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	RESPONSABILE U.O. GINECOLOGIA /OSTETRICIA			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	128.Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue cordonale			
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino			
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente			
CRITERIO	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Il personale medico provvede già ad informare le utenti della possibilità di conservazione e donazione delle cellule staminali del cordone ombelicale, si predisporranno delle locandine da affigere			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>	BASSA <input checked="" type="checkbox"/>		
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	RESPONSABILE U.O. GINECOLOGIA /OSTETRICIA			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	130.Presenza di attività/ iniziative di medicina narrativa		
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino		
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente		
CRITERIO	4.1.1 Cura della comunicazione clinica ed empowerment individuale		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	In atto il personale che in passato si è occupato di medicina narrativa non è più operante nel presidio, pertanto l'ITEM allo stato attuale non è perseguibile. Si prospetta il percorso al personale del presidio		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	132.1. Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto per medici		
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino		
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente		
CRITERIO	4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Previsto corso di formazione aziendale “Kairos”		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL’AZIONE	U.O. PROGETTAZIONE E FORMAZIONE		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA’ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	132.2. Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla comunicazione clinica e/o sulla relazione di aiuto per gli infermieri			
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino			
SOTTO-AREA	4.1 Relazione tra professionista sanitario e paziente			
CRITERIO	4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il paziente			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Previsto corso di formazione aziendale “Kairos”			
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO	
RESPONSABILE/I DELL’AZIONE	U.O. PROGETTAZIONE E FORMAZIONE			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/>	CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA’ DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SEMESTRALE	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	136.3.Presenza della Carta dei Servizi contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica		
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino		
SOTTO-AREA	4.2 relazione con il cittadino		
CRITERIO	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Presente sul sito aziendale		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO	ALTO
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA	AVVIATA	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	136.4.Presenza della Carta dei Servizi contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni		
AREA	4.Cura della relazione con il paziente/ cittadino		
SOTTO-AREA	4.2 relazione con il cittadino		
CRITERIO	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Presente sul sito aziendale		
RILEVANZA AZIENDALE	ALTA <input checked="" type="checkbox"/>	BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input checked="" type="checkbox"/>	BASSO	ALTO
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA	AVVIATA	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input checked="" type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/>
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero