

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO			
ITEM n. e denominazione	N. 6 PROGETTO PER PROMUOVERE L'OSPEDALE COME LUOGO APERTO		
AREA	1 PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA		
SOTTO-AREA	1.1 ATTENZIONE ALLA FRAGILITA' E AI BISOGNI DELLA PERSONA		
CRITERIO	1.1.2 ATTIVITA' PER FAVORIRE LA SOCIALITA' E LA CONTINUITA' CON IL MONDO ESTERNO		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	REALIZZAZIONE DI UNA "GIORNATA DI FESTA": OSPEDALE LUOGO DI C.U.R.A. - <i>Creatività, Umanizzazione, Relazionalità, Armonia</i>		
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	REFERENTE QUALITA' E REFERENTE QUALITA' E RISCHIO CLINICO P.O.		
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	SI ALLEGA BOZZA DEL PROGRAMMA		
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	28.09.2018		
VALUTATORI	REFERENTI DELL'OBIETTIVO (ASS. SOCIALE, RESP. SERV. INFERMIERISTICO)		

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	N. 50 PRESENZA DI ACCORGIMENTI CHE CONSENTONO AI NON VEDENTI E IPOVEDENTI L'ACCESSO AI SERVIZI		
AREA	2 ACCESSIBILITA' FISICA, VIVIBILITA' E COMFORT DEI LUOGHI DI CURA		
SOTTO-AREA	2.1 ACCESSIBILITA' FISICA		
CRITERIO	2.1.1 ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE SENSORIALI		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI PERCORSI DI ORIENTAMENTO E RICONOSCIBILITA' DEI SERVIZI CUP, CENTRO PRELIEVI E DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DEL PRESIDIO ALLE PERSONE NON VEDENTI E IPOVEDENTI		
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	REFERENTE QUALITA' e rischio clinico del P.O.		
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 checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI	IL PROGETTO SI INTENDE AVVIATO PERCHE' E' STATO CONTATTATO L'ISTITUTO DEI CIECHI "OPERE RIUNITI I. FLORIO F.A. SALAMONE" DI PALERMO, SIA INFORMALMENTE, CHE FORMALMENTE CON NOTA DELLA DIREZIONE MEDICA DEL PRESIDIO -N. 3126 DEL 26/06/2018.		
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> SARA' INDICATO NEL PROGETTO ESECUTIVO.....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GIUGNO 2019		
VALUTATORI	REFERENTE DELL'OBIETTIVO (ASS. SaCIALE E RESP. SERV. INFERMIERISTICO DEL P.O.)		

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	ITEM 61.3 -PRESENZA NELL'ATRIO PRINCIPALE DI UN PANNELLO AGGIORNATO CHE INDICA L'UBICAZIONE DEL SERVIZIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
AREA	2 ACCESSIBILITA' FISICA AI LUOGHI DI CURA		
SOTTO-AREA	2.2 LOGISTICA E SEGNALETICA		
CRITERIO	2.2.1 ORIENTAMENTO E SEGNALETICA		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	AGGIORNAMENTO DELLA SEGNALETICA RELATIVA AL SERVIZIO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
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	COORDINATORE TECNICO SERVIZIO DI RADIOLOGIA		
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 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"/> E' PREVISTO L'AGGIORNAMENTO CONTESTUALMENTE AD E'EVENTUALI VARIAZIONI .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO DEL 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	ITEM 62 - SEGNALETICA INTERNA DI ORIENTAMENTO PER EVIDENZIARE I PERCORSI CHE CONTRADDISTINGUONO LE DIVERSE AREE DI DESTINAZIONE		
AREA	<u>2 ACCESSIBILITA' FISICA AI LUOGHI DI CURA</u>		
SOTTO-AREA	<u>2.2 LOGISTICA E SEGNALETICA</u>		
CRITERIO	<u>2.2.1 ORIENTAMENTO E SEGNALETICA</u>		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	AGGIORNAMENTO DELLA SEGNALETICA INTERNA CON PERCORSI COLORE, PER IDENTIFICARE I PERCORSI INTERNI AL 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	DIRETTORE COORD. AMMINISTRATIVO/ DIRETTORE MEDICO 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 checked="" type="checkbox"/>	AVVIATA <input type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <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	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO DEL 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	N. 30 STANZE DI DEGENZA CON SEPARAZIONE VISIVA (PARZIALE O TOTALE) TRA I POSTI LETTO U.O. MEDICINA – U.O. CARDIOLOGIA		
AREA	1 PROCESSI ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI ORIENTATI AL RISPETTO E ALLA SPECIFICITA' DELLA PERSONA		
SOTTO-AREA	<u>1.2 RISPETTO DELLA PRIVACY</u>		
CRITERIO	1.2.2 RISPETTO DELLA RISERVATEZZA		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	RICHIESTA ACQUISTO SEPARATORI MOBILI		
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	DIRETTORE COORD. AMMINISTRATIVO P.O./DIRETTORE MEDICO DEL P.O.		
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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	REFERENTE OBIETTIVO -ASS. SOCIALE , RESPONS. SERV. INFERMIERISTICO		

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	ITEM 47 -PRESENZA DI REPORT PERIODICI CIRCA L'EFFETTIVA PRATICA DELLA PRENOTAZIONE DIRETTA DELLE VISITE E DEGLI ESAMI		
AREA	1		
SOTTO-AREA	1.4 CONTINUITA' DELLE CURE		
CRITERIO	1.4.1 AGEVOLAZIONE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	CREAZIONE DI AGENDE DI PRENOTAZIONE DIRETTA AL FOLLOW-UP POST - OPERATORIO <u>UU.OO-CHIRURGIA, ORTOPEDIA, GINECOLOGIA</u>		
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	COORDINATORE INFERMIERISTICO U.O.		
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 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 checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	1° LUNEDI' SUCCESSIVO AL TRIMESTRE DI RIFERIMENTO		
VALUTATORI	RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO DEL 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	N. 84 POSSIBILITA' PER I DEGENTI/FAMILIARI DI ACQUISTARE ACCESSORI ESSENZIALI PER LA CURA DELLA PERSONA ALL'INTERNO DEL P.O.		
AREA	2 COMFORT DEI LUOGHI DI CURA		
SOTTO-AREA	2.4 COMFORT GENERALE DELLA STRUTTURA		
CRITERIO	2.4.1 COMFORT DEI SERVIZI COMUNI		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	INSTALLAZIONE DI DISTRIBUTORE DI ACCESSORI PER LA CURA DELLA PERSONA DA DESTINATE AI DEGENTI 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	DIRETTORE U.O.C. COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO P.O.INGRASSIA/DIRETTORE MEDICO 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 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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GIUGNO 2019		
VALUTATORI	DIRETTORE MEDICO 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	N. 85 PRESENZA DI UNO SPORTELLLO BANCOMAT ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA		
AREA	2 COMFORT DEI LUOGHI DI CURA		
SOTTO-AREA	2.4 COMFORT GENERALE DELLA STRUTTURA		
CRITERIO	2.4.1 COMFORT DEI SERVIZI COMUNI		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	INSTALLAZIONE DI UNO SPORTELLLO BANCOMAT ALL'INTERNO 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	DIRETTORE U.O.C. COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO P.O. INGRASSIA/DIRETTORE MEDICO 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 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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GIUGNO 2019		
VALUTATORI	REFERENTI OBIETTIVO (SERVIZIO SOCIALE – RESPONSABILE SERV. INFERMIERISTICO) 9		

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	N. 128 PRESENZA DI INIZIATIVE PER INFORMARE I CITTADINI SULLA CONSERVAZIONE E SULLA DONAZIONE DELLE STAMINALI EMOPOIETICHE DEL SANGUE CORDONALE		
AREA	3 ACCESSO ALLE INFORMAZIONI, SEMPLIFICAZIONI E TRASPARENZA		
SOTTO-AREA	3.2 AGEVOLAZIONE DELL'ACCESSO ALLE INFORMAZIONI E TRASPARENZA		
CRITERIO	3.2.3 CONTENUTI E ACCESSIBILITA' DEL SITO WEB		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI INERENTI LA DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE		
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	REFERENTE QUALITA' E RISCHIO CLINICO P.O.		
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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	REFERENTI OBIETTIVO – SERV. SOCIALE E RESPOS. SERV. INFERMIERISTICO P.O.		

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	N. 132 REALIZZAZIONE CORSI DI FORMAZIONE SULLA COMUNICAZIONE CLINICA E SULLA RELAZIONE DI AIUTO		
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 PERSONALE PER LA CURA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	PARTECIPAZIONE AI SEGUENTI CORSI DI FORMAZIONE: 1. Formazione sulle procedure aziendali del “Codice Rosa” 2. Corso Formazione 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	DIRETTORE MEDICO P.O.		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	LUNGOTERMINE (>12 mesi)
TATO 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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	REFERENTI OBIETTIVO (SERVIZIO SOCIALE – RESPONSABILE SERV. INFERMIERISTICO)		

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	N. 135 DISPONIBILITA' DELLA CARTA DEI SERVIZI		
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	PREDISPOSIZIONE DELLA BROCHURE “GUIDA AI SERVIZI” PER DARE DIFFUSIONE DI TUTTE LE INFORMAZIONI INERENTI IL P.O., INCLUSI GLI ORARI DI VISITA		
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	REFERENTE QUALITA' E RISCHIO CLINICO P.O.		
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 type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO	GENNAIO 2019		
VALUTATORI	REFERENTI OBIETTIVO – SERV. SOCIALE E RESPOS. SERV. INFERMIERISTICO P.O.		

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero

