

Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	N° 4.1 - Presenza di supporto psicologico per i bambini adolescenti ospedalizzati in ricovero ordinario e Day hospital – Day Surgery			
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	Attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona			
CRITERIO	Funzione di supporto psicologico			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Disponibilità dello psicologo del consultorio dall'inizio del ricovero alla dimissione			
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	D.S. Presidio – Dipartimento Salute della Donna e del Bambino			
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	Coordinatrice U.O.C. Pediatria			

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° 4.2 - Presenza di supporto psicologico per i bambini adolescenti ospedalizzati in ricovero ordinario e Day hospital – Day Surgery			
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	Attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona			
CRITERIO	Funzione di supporto psicologico			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Disponibilità dello psicologo del consultorio dall'inizio del ricovero alla dimissione			
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	D.S. Presidio – Dipartimento Salute della Donna e del Bambino			
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	Coordinatrice U.O.C. Pediatria			

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° 13 – Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio ricoverato			
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	Attenzione alle fragilità e ai bisogni di socialità della persona			
CRITERIO	Agevolazione del supporto relazionale e affettivo di familiari e altri soggetti			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Fornitura di pasti gratuita al genitore che assiste			
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	D.S. Presidio – Direttore U.O.C. Pediatria			
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 checked="" type="checkbox"/> Continua	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Coordinatrice U.O.C. Pediatria			

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° 30.1 – Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto (U.O. Medicina Interna)		
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona		
SOTTO-AREA	Rispetto della privacy		
CRITERIO	Rispetto della riservatezza		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Aumento presenza separatori visivi parziali		
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	D.S Presidio		
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE X (>12 mesi)
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/> X	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 <input checked="" type="checkbox"/> Al montaggio
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	Coordinatore U.O.C. Medicina Interna		

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° 30.2 – Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto (U.O. Chirurgia Generale)			
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	Rispetto della privacy			
CRITERIO	Rispetto della riservatezza			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Aumento presenza separatori visivi parziali			
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	D.S Presidio			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi)	LUNGOTERMINE X (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/> X	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 <input checked="" type="checkbox"/> Al montaggio	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Coordinatrice U.O.C. Chirurgia Generale			

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° 37 – Possibilità di Onoranze Funebri consone alle convinzioni etiche o alla fede del soggetto deceduto, compresa la possibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza			
AREA	Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona			
SOTTO-AREA	Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa			
CRITERIO	Rispetto delle esigenze di culto			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Disponibilità per i congiunti d'intervenire personalmente nella ricomposizione della salma secondo il rito di appartenenza			
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	D.S Presidio			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE X (≤ 6 mesi)	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 <input checked="" type="checkbox"/> Al verificarsi dell'evento	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Il personale in servizio al momento dell'evento			

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° 52 – Presenza di parcheggio fruibile per il pubblico che accede alla struttura			
AREA	Accessibilità fisica, vivibilità e confort dei luoghi di cura			
SOTTO-AREA	Accessibilità fisica			
CRITERIO	Accessibilità ai pedoni e ai mezzi di trasporto			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Fruizione area interna, esterna comunale e parcheggio privato nell'immediatezza dell'area ospedaliera			
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				
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE X (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤ 12 mesi)	LUNGOTERMINE X (>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 <input checked="" type="checkbox"/> Continua	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI				

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero