

## Allegato 3 – Scheda di monitoraggio delle Azioni di Miglioramento

SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
ITEM n. e denominazione	13	Possibilità per un genitore di assistere senza limiti di orario il proprio figlio ricoverato		
AREA	con la dotazione di un posto letto/ poltrona-letto			
SOTTO-AREA	con la possibilità di fruire di mensa gratuita/ a prezzo convenzionato			
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Per ogni posto letto della pediatria è possibile avere una poltrona fornita dalla U. O. La ditta esterna di ristorazione fornisce, a richiesta e previo pagamento a prezzo convenzionato, come da appalto con il P. O., il pasto completo			
RILEVAZIONE 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	Direttore 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 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"/> .....	
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	30.1	Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto nell'Unità Operativa di medicina generale/ Modulo di degenza di Area funzionale medica - livello a media intensità di cure		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO	Stanze degenza con più posti letto N° 4 per un totale di 16 posti letto, presenza di un solo separatore			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Acquisto separatori			
RILEVAZIONE 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	U. O. C. Provveditorato			
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	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.			

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	30.3	Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto nell'Unità Operativa/ Modulo di degenza Tutti		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO	Stanze degenza con più posti letto N° 3 per un totale di 12 posti letto, nessun separatore			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Acquisto separatori			
RILEVAZIONE 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	U. O. C. Provveditorato			
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 checked="" type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Coordinatore Infermieristico U. 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	35.2 Presenza di altro locale dedicato alla pratica religiosa		
AREA			
SOTTO-AREA			
CRITERIO			
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Individuazione ed adeguamento locali presso il VI° piano del P. O. da dedicare alla pratica di culti religiosi diversi.		
RILEVAZIONE AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input checked="" type="checkbox"/>	ALTO <input checked="" type="checkbox"/>
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	Ufficio Tecnico U. O. C. 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	AVVIATA <input checked="" type="checkbox"/>	PARZIALMENTE REALIZZATA <input type="checkbox"/> CONCLUSA <input type="checkbox"/>
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI	Coinvolgimento del Cappellano che attualmente ha la disponibilità dei locali		
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....
GIORNO DEL MONITORAGGIO			
VALUTATORI	Ufficio Tecnico		

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				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Distribuzione alle varie UU. OO. del P. O. Elenco numeri telefonici Ministri altri culti religiosi			
RILEVAZIONE 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 Sanitaria			
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	Coordinatori Infermieristici UU. OO.			

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	41.1	Presenza di più strumenti informativi sulle modalità per il rilascio del codice STP, al fine di fornire assistenza sanitaria a utenti stranieri non iscritti al SSN e sprovvisti di permesso di soggiorno regolare: presenza di cartello/ manifesto / avviso multilingue presso il servizio di accoglienza/punto informazioni/URP		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Affissione cartello Informativo			
RILEVAZIONE AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO X	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	Coordinatori infermieristici UU. OO. , Ufficio Tecnico			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi)	MEDIO TERMINE (>6 mesi ≤12 mesi) X	LUNGOTERMINE (>12 mesi)	
STATO DI ATTUAZIONE	NON AVVIATA <input type="checkbox"/>	AVVIATA X	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	Ufficio Tecnico			

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	56	Presenza di una o più linee di mezzi pubblici che raggiungono la struttura ospedaliera		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Fermata autobus di linea extraurbana di fronte all' ospedale			
RILEVAZIONE AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO X	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE				
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE (≤ 6 mesi) X	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 X
EVENTUALI OSSERVAZIONI/ COMMENTI				
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	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	58	Presenza di stazione taxi in prossimità della struttura ospedaliera oppure presenza di un sistema predisposto di chiamata per servizio taxi o di altri accorgimenti per agevolare la chiamata di taxi	
AREA			
SOTTO-AREA			
CRITERIO	Richiesta al comune di eventuali licenze Taxi e relativi numeri telefonici dei titolari		
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Apposizione cartelli con numeri telefonici di Taxi		
RILEVAZIONE 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 Sanitaria U. O. C. Provveditorato		
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"/>
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 Sanitaria		

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	62	Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Cartelli informativi			
RILEVAZIONE 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	Ufficio tecnico			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE ( $\leq 6$ mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE ( $>6$ mesi $\leq 12$ 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"/> .....	
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	71	Presenza di un salottino o altra area di socializzazione nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC/ UO di Psichiatria		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	In fase di attuazione con ristrutturazione dell'U. O.			
RILEVAZIONE 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	Dipartimento Salute Mentale			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE ( $\leq 6$ mesi)	MEDIO TERMINE ( $>6$ mesi $\leq 12$ 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	A cura del Dipartimento Salute Mentale			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	ALTRO (specificare) <input type="checkbox"/> .....	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Coordinatore infermieristico U. 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	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				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Coinvolgimento ditta esterna di pulizie			
RILEVAZIONE 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	Ditta esterna pulizie			
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"/> .....	
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	92.3	Sala d'attesa del Centro prelievi con presenza di distributori di bevande/ alimenti		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Il distributore si trova al piano superiore a meno di 20 metri di distanza			
RILEVAZIONE AZIENDALE	ALTA <input type="checkbox"/>		BASSA <input checked="" type="checkbox"/>	
COSTO PER AZIENDA	ZERO <input type="checkbox"/>	BASSO <input type="checkbox"/>	ALTO <input type="checkbox"/>	
RESPONSABILE/I DELL'AZIONE	Nessuno			
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	Per problemi strutturali è impossibile collocare distributori automatici nella sala d'attesa.			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	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	103.1	Possibilità di ricevere a domicilio la cartella clinica		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Previa apposita richiesta e pagamento spese di segreteria			
RILEVAZIONE 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	U. O. C. Direzione Sanitaria Ufficio rilascio cartelle cliniche			
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"/> .....	
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	104.2 Possibilità di consultare i referti di esami diagnostici strumentali online ed effettuare il download			
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Accedendo al sito aziendale			
RILEVAZIONE 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	Nessuno			
TEMPO DI REALIZZAZIONE PREVISTO	BREVE TERMINE ( $\leq 6$ mesi) <input checked="" type="checkbox"/>	MEDIO TERMINE ( $>6$ mesi $\leq 12$ 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"/> .....	
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	128	Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulla conservazione e sulla donazione delle staminali emopoietiche del sangue cordonale		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Informazione agli utenti tramite appositi cartelli			
RILEVAZIONE 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	Direttore U. O. C. Ostetricia U. O. C. Provveditorato			
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	Non esiste una banca pubblica per la raccolta e la conservazione delle cellule staminali emopoietiche del sangue cordonale			
PERIODICITA' DEL MONITORAGGIO	MENSILE <input type="checkbox"/>	TRIMESTRALE <input type="checkbox"/>	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	129	Presenza di una o più iniziative per informare i cittadini sulle modalità di dichiarazione di volontà a donare organi		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Informazione agli utenti tramite appositi cartelli da affiggere nei vari piani			
RILEVAZIONE 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	U. O. C. Provveditorato – Coordinatore locale trapianti			
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	Ufficio Tecnico			

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				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Formale richiesta U. O. Formazione di appositi corsi			
RILEVAZIONE 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	U. O. S. Formazione			
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"/> .....	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Referenti formazione 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	142	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione/ aggiornamento per il personale di front office dedicati ai temi della relazione e della comunicazione con gli utenti		
AREA				
SOTTO-AREA				
CRITERIO				
AZIONE DI MIGLIORAMENTO	Formale richiesta U. O. Formazione di appositi corsi			
RILEVAZIONE 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	U. O. S. Formazione			
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"/> .....	
GIORNO DEL MONITORAGGIO				
VALUTATORI	Referenti formazione del P. O.			

Firma del Responsabile/Direttore del Presidio Ospedaliero