

1.1 REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI DI GARANZIA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI

I seguenti requisiti sono obbligatori per tutte le strutture

**codice paragrafo
DP**

REQUISITI MINIMI GENERALI ORGANIZZATIVI

Carta dei servizi

1	La Direzione ha predisposto la Carta dei Servizi a disposizione dell'utenza, che specifichi:		
	a) principi sull'erogazione dei servizi pubblici (DPCM 27/01/94 - Direttiva Ciampi)	Sì	No
	b) tipologia delle prestazioni erogate	Sì	No
	c) l'elenco e la sede delle Unità Operative (UU.OO.) con i relativi numeri telefonici	Sì	No
	d) responsabili delle Unità Operative	Sì	No
	e) modalità di accesso	Sì	No
2	Nella Carta dei Servizi sono indicati anche Impegni e Programmi che l'Azienda intende attuare almeno nei seguenti campi:		
	a) Accoglienza	Sì	No
	b) Informazione	Sì	No
	c) Comunicazione	Sì	No
	d) Umanizzazione	Sì	No
3	Nella Carta dei Servizi sono previste le modalità di tutela del cittadino	Sì	No
	Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) – Sportello informativo (solo per AUSL, A.O.)		
4	E' stato nominato un responsabile/referente dell'URP	Sì	No
5	Sono state esplicitate le funzioni e le modalità di accesso all'URP	Sì	No
6	Vengono fornite informazioni circa la presenza di organi di tutela degli utenti	Sì	No
7	Vengono fornite informazioni circa la presenza ed il possibile ricorso ad associazioni di volontariato attive nella struttura	Sì	No
8	L'URP dispone di procedure scritte per la presentazione e gestione dei reclami ed osservazioni comprensive dei tempi massimi di risposta	Sì	No
9	Tutti i reclami pervenuti per iscritto, e in forma non anonima, ricevono risposta scritta entro 60 giorni	Sì	No
	Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) (solo per AUSL, A.O.)		
10	E' stato istituito un Centro Unico di Prenotazione (CUP)	Sì	No

11	E' stato nominato un responsabile/referente del CUP	Sì	No
12	Sono fornite agli utenti informazioni circa: costi, tempi e modalità per il pagamento, modalità di preparazione per l'esame	Sì	No
13	E' possibile effettuare prenotazioni tramite CUP sia al mattino sia al pomeriggio	Sì	No
14	L'attività del CUP è periodicamente valutata in ordine ad efficienza e accessibilità	Sì	No
COMITATO OSPEDALE SENZA DOLORE (COSD)			
15	Nelle strutture sanitarie è stato istituito il Comitato Ospedale Senza Dolore (COSD)	Sì	No
16	La composizione del COSD soddisfa i seguenti criteri:		
	a) Il personale infermieristico rappresenta almeno un terzo dei membri del comitato	Sì	No
	b) Sono presenti operatori delle strutture di terapia del dolore e/o cure palliative	Sì	No
	c) Sono presenti operatori di anestesia e rianimazione	Sì	No
	d) E' presente almeno un referente del servizio farmaceutico	Sì	No
17	E' stato individuato il responsabile del COSD	Sì	No
18	E' stato istituito un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie	Sì	No
19	E' stata inserita nelle cartelle cliniche la scheda di valutazione del dolore	Sì	No
20	E' stato elaborato e distribuito materiale informativo agli utenti	Sì	No
QUALITA', SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE RISCHIO CLINICO			
21	E' stata costituita una U.O. per la gestione del rischio clinico	Sì	No
22	La direzione dell'U.O. per la gestione del rischio clinico è stata affidata ad un dirigente medico (il Responsabile può coincidere con il Responsabile della gestione della Qualità)	Sì	No
23	E' stato ottemperato quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n.1440 del 18/12/06 "Misure organizzative del rischio clinico"	Sì	No
24	E' istituita una Commissione per il controllo delle Infezioni Ospedaliere (CIO) con i compiti previsti dalla normativa regionale più recente	Sì	No
25	E' stata costituita una U.O. per le attività di valutazione e miglioramento della qualità. (il Responsabile può coincidere con il Responsabile della gestione del Rischio Clinico)	Sì	No
26	Le UU.OO. di gestione del rischio clinico e della qualità condividono i piani di attività con le Direzioni Mediche di P.O.	Sì	No
L'accessibilità e la fruibilità			
27	E' possibile la prenotazione telefonica di esami strumentali e visite specialistiche	Sì	No
28	Sono stati definiti e sono a disposizione del pubblico i criteri per la formazione delle liste d'attesa	Sì	No
29	I pagamenti sono effettuabili nell'arco delle 12 ore giornaliere tramite cassa o altre forme di pagamento (bollettini di CC postale, POS, Carte di Credito, sportelli automatici, etc.)	Sì	No

30	Tutto il personale della struttura espone il cartellino indicante generalità e qualifica professionale	Sì	No
31	L'elenco dei responsabili dell'assistenza medica e dei coordinatori del servizio infermieristico che operano nell'articolazione è affisso e visibile dagli utenti	Sì	No
32	E' garantito l'accesso alle organizzazioni di volontariato secondo procedure definite	Sì	No
33	La segnaletica è leggibile a distanza, di giorno e di notte, e di facile comprensione	Sì	No
34	Per facilitare l'accesso e l'individuazione dei percorsi esiste una segnaletica all'esterno dell'edificio, lungo i percorsi e all'ingresso dell'UU.OO. e dei servizi	Sì	No
35	Negli Ospedali (> 250 PL) e nelle Aziende Ospedaliere (A.O.) le indicazioni per l'orientamento dell'utente straniero (all'ingresso della struttura, all'emergenza, ai principali servizi e UU.OO.) sono facilitate attraverso l'uso di segnaletica multilingue, percorsi colorati, mappe	Sì	No
36	La segnaletica per l'accesso e l'individuazione dei percorsi è almeno in francese ed inglese, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
37	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù	Sì	No
38	E' consentita all'utente la possibilità di scelta del menù nel rispetto della propria appartenenza religiosa	Sì	No
39	Sono assicurati all'utente altri servizi:		
	a) prelievo bancario, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
	b) edicola, negli Ospedali (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
	c) parrucchieri/barbieri/altri servizi alla persona	Sì	No
40	E' consentita all'utente durante la degenza l'assistenza religiosa nel rispetto della propria fede (> a 250 PL) e A.O.	Sì	No
41	E' assicurato al bisogno l'intervento di servizio sociale	Sì	No
	La soddisfazione dell'utente		
42	La qualità percepita dagli utenti (art.14 D.lgs. 502/92) è oggetto di monitoraggio da parte della struttura almeno una volta all'anno (Audit Civico)	Sì	No
43	Sono documentabili le modifiche apportate sull'organizzazione sulla base delle analisi dei risultati	Sì	No
44	E' garantita la possibilità a parenti ed accompagnatori di usufruire, all'interno della struttura, di pasti caldi	Sì	No
45	Sono stati predisposti documenti relativi a:		
	a) criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accogliamento e registrazione)	Sì	No
	b) acquisizione del consenso informato	Sì	No