



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale:
Via Renato Paolini, 47
65124 Pescara
P.Iva: 01397530682

Protocollo UACC nr. _____ Località, _____, data _____.

[da compilare per ciascuna unità operativa verificata]

VERBALE DI VERIFICA UACC:

(contrassegnare la UACC di competenza tra quelle di seguito elencate ed inserire il nominativo ivi preposto)

- Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per i P.O. di Pescara, Penne e Popoli
Dott. _____.
- Direzione del Dipartimento di Prevenzione per le strutture ivi afferenti
Dott. _____.
- Direzione del Dipartimento di Salute Mentale per le strutture ivi afferenti
Dott. _____.
- Direzione del Dipartimento Emergenza Urgenza per le strutture ivi afferenti
Dott. _____.
- Coordinamento Aree Distrettuali per le strutture ivi afferenti
Dott. _____.

OGGETTO DI VERIFICA

UNITA' OPERATIVA : _____.

NR. MODULI "CHIAMATA IN REPERIBILITÀ" : _____ PARI ALLA PERCENTUALE DEL _____% RISPETTO

AL NUMERO TOTALE DELLE CHIAMATE NEL PERIODO CONSIDERATO.

PERIODO TEMPORALE : DAL _____ AL _____

ATTIVITA' DI VERIFICA ED ESITI

Le attività di verifica per la predetta unità operativa sono state avviate in data _____ e sono state concluse in data _____, del che viene redatto il presente verbale.

✓ Messa a regime procedura di utilizzo "Modulo chiamata in reperibilità" attraverso compilazione da parte del reperibile chiamato ad intervenire:

SI NO

ALTRO _____

- ✓ Messa a regime procedura di raccolta, verifica, validazione e conservazione in atti del predetto modulo da parte del Dirigente Responsabile di Unità Operativa (specificare in particolare se i moduli verificati contengono le annotazioni in ordine alle determinazioni del Responsabile di unità operativa in merito al controllo di I livello):

SI NO

ALTRO _____

- ✓ Correttezza formale nella compilazione del modulo compilato: SI NO

ALTRO _____

- ✓ Corrispondenza del nominativo del paziente oggetto di intervento con i registri di degenza, e/o di sala operatoria, e/o di accesso al pronto soccorso, e/o altri provvedimenti formati da soggetti/istituzioni esterni:

SI NO

ALTRO _____

- ✓ Corrispondenza dei dati di durata dell'intervento con i cartellini marcatempo:

SI NO

ALTRO _____

- ✓ Appropriatelyzza delle prestazioni erogate in relazione a – tipologia di chiamata; - durata degli interventi; - adeguatezza prestazioni erogate:

SI NO

Se si spunta la casella NO specificarne i motivi _____

✓ ANNOTAZIONI CONCLUSIVE:

✓ Formano parte integrante e sostanziale del presente verbale i seguenti allegati:

- Nr. _____ "Moduli chiamata in reperibilità" acquisiti in copia conforme all'originale presso la U.O. _____ oggetto di controllo di cui alle attività sopra verbalizzate;
- _____;
- _____;
- _____;
- _____;

IL PREPOSTO UACC

(timbro e firma)

La presente verbalizzazione viene inviata, in copia conforme all'originale, al Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa oggetto di controllo ed al Direttore del Dipartimento e/o Coordinatore di Macro-area, affinché i predetti soggetti abbiano disponibili gli elementi necessari per valutare l'andamento della gestione dei servizi interessati dalla Pronta Disponibilità di cui sono responsabili, nonché, laddove siano emerse condotte improprie, per l'attivazione coordinata di ogni e qualsiasi procedura e/o comunicazione consequenziale dovuta ai sensi di legge o contratto, in considerazione della responsabilità di gestione delle risorse umane di propria afferenza attribuita in virtù dell'incarico direzionale conferito.