

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
<b>ASPETTI RELAZIONALI</b>				
Garantire il miglioramento dei rapporti con utenza	Numero reclami aspetti relazionali/numero totale reclami	Decremento % reclami aspetti relazionali	Report segnalazioni e reclami a cura Servizio Comunicazione e qualità	ANNO 2013: 26% ANNO 2014: 18% Decremento del 8% Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
<b>INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE</b>				
Garantire la piena funzionalità e visibilità dell'Ufficio Relazioni Pubblico	-esistenza di un numero telefonico dedicato - presenza front office in ogni PP.OO	100%	Report contatti a cura Servizio Comunicazione e qualità	-100%  -100% <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
Garantire l'orientamento al cittadino per l'accesso ai servizi aziendali	presenza sito web con informazioni aggiornate sui servizi e sulle prestazioni aziendali	numero.accessi sito/mese	Monitoraggio accessi sito web- a cura Servizio Comunicazione e qualità	N.ACCESSI 701.117 Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
Mettere a disposizione delle associazioni di volontariato e tutela autorizzate, nei limiti delle possibilità, spazi dedicati per accoglienza e informazione.	Presenza spazi dedicati	Almeno 1 per P.O	Sopralluogo annuale – Direzione medica di PO	100%  <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
<b>INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE</b>				
Garantire l'informazione sulle attività libero professionali	numero.informazioni fornite	100%	Report contatti a cura Servizio Comunicazione e qualità	100% delle Richieste pervenute Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
<b>TEMPI E ACCESSIBILITA'</b>				
Garantire consultazione tempi di attesa per prestazioni specialistiche	Presenza tabella tempi di attesa su sito web	Presenza su sito web dati aggiornati	Verifica e aggiornamento a cura della Direzione Medica di Presidio	Home Page   TEMPI D'ATTESA :Sono pubblicati sul sito i tempi di attesa aziendali per prestazioni ambulatoriali aggiornati mensilmente <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
Miglioramento liste di attesa e comunicazione all'utenza	numero.sms di remind inviati /totale prenotazioni effettuate	95%	Report a cura Servizio Amministrativo PP.OO	Al fine di ridurre le liste d'attesa, è attivo il servizio "recall"- gestito dal call center che invia giornalmente il numero di sms (previsti dal contratto) agli utenti per rammentare l'appuntamento ed eventualmente disdirlo. <i>Direzione Amm.va PP.OO</i>
Garantire la possibilità di prenotare telefonicamente le prestazioni specialistiche , escluse quelle per cui si rende necessaria la visione della richiesta	esistenza di un numero telefonico dedicato	100%	Report a cura Servizio Amministrativo PP.OO	100% <i>Direzione Amm.va PP.OO.</i>
<b>ASPETTI ALBERGHIERI E CONFORT</b>				
Garantire ai degenti la possibilità, per chi segue una dieta libera, di scegliere tra due o più menu	Numero reparti in cui è possibile la prenotazione/ Numero totale reparti di ricovero	100%	Monitoraggio provveditorato/economato	100% <i>Responsabile Provveditorato e Responsabile Economato</i>
Presenza menù consultabile presso i reparti di degenza	numero reparti con menù consultabile/ Numero totale reparti di ricovero	100%	Monitoraggio provveditorato/economato	100% <i>Responsabile Provveditorato e Responsabile Economato</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
<b>PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA</b>				
Garantire contenimento e rispetto dei giorni di consegna della cartella clinica	Numero cartelle consegnate entro n 10.gg/totale richiesta cartelle cliniche chiuse	100%	Monitoraggio tempi di consegna a cura Direzione Medica di Presidio	PO ACQUI TERME: 98% PO CASALE: 100% PO NOVI LIGURE :100% PO TORTONA : 100% Documenti agli atti del servizio <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
Personalizzazione dell'assistenza	Presenza orario ricevimento medici	100%	Controllo a cura Direzione Medica di Presidio	PO ACQUI TERME 100% PO CASALE 90% PO NOVI LIGURE : 90% PO OVADA 100% PO TORTONA :90% Documenti agli atti del servizio <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
Garantire la consegna ad ogni utente ricoverato, al momento della dimissione, della relazione sanitaria da consegnare al proprio mmg o pls	Numero.dimessi con relazione/totale dimessi	100%	Verifiche a campione Direzione Medica di Presidio	PO ACQUI TERME 100% PO CASALE :100% PO NOVI LIGURE:100% PO OVADA 100% PO TORTONA : 100% Documenti agli atti del servizio <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
<b>STRUTTURA E LOGISTICA</b>				
Possibilità alternative di pagamento ticket	Presenza punto giallo all'interno PP.OO	Presenza	Controllo Servizio Amministrativo PP.OO	100% <i>Direzione Amm.va PP.OO.</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
<b>FORMAZIONE</b>				
Rispondere alle esigenze di formazione ASL AL fornendo od incrementando le conoscenze del proprio personale	Corsi erogati/corsi pianificati  Prove	70%	Rilevazione del settore formazione professionale	74.39% <b>EVIDENZE:</b> Verbali di valutazione semestrale Relazione annuale disponibile su: <a href="http://www.ecmpiemonte.it">www.ecmpiemonte.it</a> Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Settore Formazione Professionale</i>
Miglioramento livello delle competenze dei progettisti formatori interni	Effettuazione annuale di almeno un corso di progettazione con docenti esterni Gradimento almeno pari al 75% della somma delle valutazioni per i corsi progettati dai progettisti interni	100%  75%	Documentazione corsi erogati  Rilevazione semestrale Settore F.P.	Rispetto degli standard <b>EVIDENZE:</b> Firme di presenza, valutazioni discenti, corso e docente. Verbali di valutazione semestrale Verbale di Riesame della Direzione del 12/02/2015 Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Settore Formazione Professionale</i>
Miglioramento della comunicazione con l'utenza esterna	Erogazione di almeno un corso all'anno trasversale in tema di comunicazione e relazione operatore utente	100%	Documentazione corsi erogati	100% <b>EVIDENZE:</b> Firme di presenza, valutazioni discenti, corso e docenti. Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Settore Formazione Professionale</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
<b>TUTELA ASCOLTO E VERIFICA</b>				
Semplicità inoltrare reclami	Esistenza procedura per la gestione dei reclami	Presenza procedura aggiornata e modulistica su sito web	Controllo a cura Servizio Comunicazione e qualità	<b>Sito web:</b> Home Page   UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO : documento pubblica tutela e modulo segnalazione reclami/elogi <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
Garantire ai cittadini che hanno presentato reclamo riscontro nei tempi di legge	Numero riscontro reclami nei tempi/totale reclami	100%	Report contatti a cura Servizio Comunicazione e qualità	100% Documenti agli atti del servizio <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
Effettuare annualmente rilevazioni a campione sulla soddisfazione /gradimento dei servizi	Effettuazioni rilevazioni	100%	Relazioni servizio competente a cura Servizio Comunicazione e qualità	100% rilevazione -degenza PO Tortona - ostetricia e ginecologia PO Novi L. <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>

### AREA PREVENZIONE

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
Garantire l'accesso allo screening per la diagnosi precoce tumore del seno su tutte le sedi distrettuali	Presenza di strutture dedicate in tutte le sedi distrettuali	100%	Controllo e monitoraggio delle attività da parte dell'UVOS	100% <i>Responsabile SOC UVOS</i>
Aumentare l'adesione volontaria per la diagnosi precoce del tumore al seno tra le donne in fascia d'età ante-screening	Numero inviti spediti annualmente a donne 45-49 anni /totale popolazione femminile provincia 45-49 anni	50%	Rendicontazione del servizio UVOS	30% La documentazione attestante è agli atti del Servizio. <i>Responsabile SOC UVOS</i>
Garantire l'accesso allo screening per la diagnosi precoce tumore all'utero su tutte le sedi distrettuali	Presenza di strutture dedicate in tutte le sedi distrettuali	100%	Controllo e monitoraggio delle attività da parte dell'UVOS	100% <i>Responsabile SOC UVOS</i>
Implementazione entro tre anni della nuova metodica di individuazione dell'HPV tramite HPV test	Numero di donne transitate da Metodica con PAP Test triennale a metodica con HPV quinquennale/ totale donne aderenti allo screening per HPV	30% al primo anno	Monitoraggio dei dati da parte dell'UVOS	40%: La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SOC UVOS</i>
Garantire l'accesso allo screening per la diagnosi precoce del tumore al colon in tutte le sedi distrettuali	Attivazione FOBT (ricerca sangue occulto nelle feci) in tutte le sedi distrettuali	100 %	Controllo e monitoraggio delle attività da parte dell'UVOS	100% <i>Responsabile SOC UVOS</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
Effettuazione della colonscopia di II livello entro 40 gg. dal referto di positività al FOBT	Numero pazienti che effettuano la colonscopia entro 40 giorni/n.pazienti positivi alla FOBT	80%	Monitoraggio dei dati da parte dell'UVOS	40%: La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SOC UVOS</i>
Garantire la prevenzione delle infezioni da virus influenzali per le persone anziane	ultrasessantaquattrenni vaccinati contro l'influenza/totale ultrasessantaquattrenni	75%	SEREMI -SSEpi	41,04% La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SEREMI</i>
Mantenere elevate coperture vaccinali prioritarie per i nuovi nati	nuovi nati vaccinati contro la poliomielite (ciclo completato entro 24 mesi)/totale nuovi nati	95%	SEREMI -SSEpi	96,56% La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SEREMI</i>
Controllo della diffusione della tubercolosi	casi di tubercolosi polmonare che hanno avuto esito favorevole (guariti o completato il trattamento)/totale casi di tubercolosi	85%	SEREMI -SSEpi	78% La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SEREMI</i>
Garantire l'attività di controllo vigilanza e ispezione in materia di sicurezza alimentare	Numero di unità controllate sul totale delle unità stabilite dal piano regionale integrato di sicurezza alimentare	90%	Sistema Informativo Unificato della Regione Piemonte a cura del SIAN	90% La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNO 2014
Vigilanza nei cantieri edili compresi quelli per la realizzazione dell'AV Milano Genova	Numero dei cantieri controllati/sul numero dei cantieri assegnati Regione Piemonte	100%	Sistema Informatico Regionale Spresal web- <b>S.Pre.S.A.L.</b>	E' stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio.100% <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>
Garantire i controlli sugli impianti natatori: di qualità delle acque e sicurezza strutturale	Controlli eseguiti / sul totale degli impianti natatori	100%	Verbali di sopralluogo e report alla Regione Piemonte <b>-SISP</b>	E' stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio.100% <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>
Garantire il controllo degli allevamenti zootecnici	Controlli eseguiti / Allevamenti zootecnici sottoposti a controllo secondo i criteri del P.R.I.S.A	90%	Attuazione del P.R.I.S.A. (Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare) - <b>SERVIZIO VETERINARIO AREA "A"</b>	E' stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio.100% <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>
Garantire l'attività di controllo su esercizi di vendita al dettaglio alimenti di origine animale	Controlli eseguiti/ Controlli previsti dal Piano Integrato Sicurezza Alimentare	90 %	Verifica tramite sistema informativo regionale VETALIMENTI <b>SERVIZIO VETERINARIO AREA "B"</b>	E' stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio.100% <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>
Garantire i controlli sulle stalle di produzione del latte	Controlli eseguiti/ totale delle Stalle da latte presenti sul territorio di competenza	90% (Previsione PRISA 15 %)	Sistemi informativi ARVET, VETALIMENTI <b>SERVIZIO VETERINARIO AREA "C"</b>	E' stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio.100% <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>