

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE
ASPETTI RELAZIONALI				
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	Percentuale dei reclami per aspetti relazionali sul totale dei reclami: Anno 2014: 18 % -Anno 2015 : 17,14 % Documenti agli atti <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>
INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE				
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	Totale Accessi : 862.992 con una media mensile di 60.190 Documenti agli atti <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% Presso tutte le sedi ospedaliere è presente almeno 1 associazione di volontariato e tutela autorizzate <i>Direzione Sanitaria PP.OO.</i>
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>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

TEMPI E ACCESSIBILITA'				
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	Sul sito aziendale sono pubblicati i tempi di attesa 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	Il servizio di Recall (sms) viene esplicito esclusivamente sulle prenotazioni con numeri telefonici non a rete fissa e su una elevata percentuale di visite e/o esami che non rivestano peculiarità di esecuzione o programmazione. Rispetto alle prenotazioni inviate per il servizio Recall SMS viene raggiunta una percentuale di circa il 63%. <i>Direzione Sanitaria 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% Esiste il numero telefonico dedicato (199107077) attivo per le prenotazioni di tutte le prestazioni specialistiche che non necessitano di visione della richiesta. Da Dicembre 2014 è attivo anche il n. 0997730773. <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE
ASPETTI ALBERGHIERI E CONFORT				
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>
PERSONALIZZAZIONE E UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA				
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	P.O. Acqui 100% P. O Ovada 98% P.O. Casale 100% P.O. Novi 100% P.O. 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	P.O. Acqui 100% P.O. Ovada 100% P.O. Casale 100% P.O. Novi 90% P.O. Tortona 90% Documenti agli atti del servizio <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

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	100% Documenti agli atti del servizio <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
STRUTTURA E LOGISTICA				
Possibilità alternative di pagamento ticket	Presenza punto giallo all'interno PP.OO	Presenza	Controllo Servizio Amministrativo PP.OO	100 % <i>Direzione Sanitaria PP.OO</i>
FORMAZIONE				
Rispondere alle esigenze di formazione ASL AL fornendo od incrementando le conoscenze del proprio personale	Corsi erogati/corsi pianificati Prove	70%	Rilevazione semestrale del settore formazione professionale	Corsi erogati: 188 Corsi pianificati: 287 65.50% Prove di valutazione apprendimento superate: 100% <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.	CORSO: Compiti del formatore in un momento di trasformazione aziendale ed.1 24-25/9/15 ed. 2 8-9/10/15 CORSO: Conduzione d'aula e metodologie didattiche in intervento rivolto a personale che modificherà le proprie attività lavorative - Ed. unica 14/12/15 Gradimento: 99.6% <i>Responsabile Settore Formazione Professionale</i>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE
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% CORSO: Comunicazione professionale, <i>counselling</i> breve e stili di vita Ed. 1 14-15/4/15-Ed. 2 20-21/4/15 Ed. 3 3-4/11/15-Ed. 4 17-18/11/15 CORSO: Comunicazione professionale e <i>counselling</i> di 2° livello: l'ascolto come competenza sanitaria Ed. 1 4-5/5/15-Ed. 2 11-12/5/15 Ed. 3 30/11/-1/12/15 CORSO: La buona comunicazione professionale Ed. 1 11/3/15-Ed. 2 17/3/15 <i>Responsabile Settore Formazione Professionale</i>
TUTELA ASCOLTO E VERIFICA				
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	Sito web: Home Page URP : 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 <i>Responsabile Comunicazione e Qualità</i>

AREA PREVENZIONE

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE
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% Su tutto il territorio provinciale è garantita la possibilità di eseguire una mammografia di screening secondo il programma regionale. <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	Per poter garantire la chiamata alle donne in età target 50-69 anni (con copertura in chiamata di circa il 93.5%), abbiamo dovuto contenere l'invio delle lettere informative alle donne nella fascia di età pre-screening a causa di una ridotta disponibilità di ore/agenda da parte delle radiologie, arrivando ad una percentuale del 18.75% anziché del 50% richiesto. Il servizio garantisce comunque l'inserimento nel programma di screening con effettuazione della mammografia al 100% delle donne nella fascia di età 45-49 che aderiscono volontariamente attraverso il numero verde UVOS <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% -Su tutto il territorio provinciale è garantita la possibilità di eseguire un pap test o test HPV di screening secondo il programma regionale a tutte le donne nella fascia di età 25-64 anni. <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	30% al primo anno	Monitoraggio dei dati da parte dell'UVOS	La DGR 21-5705 del 23/4/2013 prevede il passaggio al test HPV nell'intera Regione entro cinque anni. Inoltre, l'implementazione dello screening con HPV implica la dismissione progressiva della citologia che, per ciò che

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

	<p>donne aderenti allo screening per HPV</p>			<p>riguarda l'uso come test primario, si riduce, dopo cinque anni, alle sole donne di età compresa tra 25 e 29 anni.</p> <p>Il Centro di Coordinamento regionale ha definito il programma per il passaggio graduale tenendo conto della differente tempistica che passa da 3 a 5 anni e della necessità di evitare variazioni tra un anno e l'altro nel volume di attività dei centri prelievo e del laboratorio. Il piano proposto prevede che le donne tra 30 e 64 anni siano invitate al test HPV per quote progressivamente crescenti così definite:</p> <p>1° anno 40% 2° anno 50% 3° anno 60%</p> <p>Nel primo anno l'UVOS ha rispettato lo standard richiesto del 30% arrivando ad una percentuale del 44.06% come indicatore richiesto. <i>Responsabile SOC UVOS</i></p>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE
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%- Su tutto il territorio provinciale è garantita a tutti gli assistiti in età dai 58 ai 69 anni (compresi i 58enni che non aderiscono alla sigmoidoscopia) la possibilità di eseguire il FOBT consegnando la provetta in tutti i centri di raccolta diffusi nelle sedi distrettuali o subdistrettuali dell'ASL. <i>Responsabile SOC UVOS</i>
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	Lo standard per il 2015 è stato del 58.29% a causa della diminuita disponibilità di ore/agenda da parte dei Servizi di endoscopia. <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	36% 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% 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	88% La documentazione attestante è agli atti del Servizio <i>Responsabile SEREMI</i>
Garantire l'attività di controllo vigilanza e ispezione in materia di	Numero di unità controllate sul totale	90%	Sistema Informativo Unificato della Regione	nr. 992 stabilimenti/imprese alimentari controllati al 31 dicembre 2015 . E' stata

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

sicurezza alimentare	delle unità stabilite dal piano regionale integrato di sicurezza alimentare		Piemonte a cura del SIAN	raggiunta la percentuale del 90% indicata dallo standard . La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>
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- S.Pre.S.A.L.	100%. E' stata raggiunta la percentuale indicata dallo standard . La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <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 -SISP	100% -Impianti natatori: 128 Controlli n.186. Verbali n.186 agli atti del Servizio. Il report alla Regione Piemonte verrà reso con la rendicontazione del PLP 2015.E' stata raggiunta la percentuale indicata dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>

VERIFICA STANDARD DI QUALITA' ANNO 2015

IMPEGNI (OBIETTIVI DI QUALITÀ)	INDICATORE	STANDARD	STRUMENTI DI VERIFICA	VERIFICA ANNUALE																						
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) - SERVIZIO VETERINARIO AREA "A"	è stato raggiunto il 100% di quanto indicato dallo standard La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <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 SERVIZIO VETERINARIO AREA "B"	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>N° stabilimenti</td><td style="text-align: right;">1122</td></tr> <tr><td>N° accessi</td><td style="text-align: right;">806</td></tr> <tr><td>N° ispezioni</td><td style="text-align: right;">644</td></tr> <tr><td>N° AUDIT</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>Sanzioni</td><td style="text-align: right;">34</td></tr> <tr><td>Denunce A.G.</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Prescrizioni</td><td style="text-align: right;">96</td></tr> <tr><td>Sosp.attività</td><td style="text-align: right;">0</td></tr> <tr><td>Verifica requisiti strutturali/attrezzature</td><td style="text-align: right;">353</td></tr> <tr><td>Verifica igienico-gestionale/procedure base</td><td style="text-align: right;">24</td></tr> <tr><td>Verifica piano o sistema di autocontrollo</td><td style="text-align: right;">236</td></tr> </table> E' stata raggiunta la percentuale indicata dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>	N° stabilimenti	1122	N° accessi	806	N° ispezioni	644	N° AUDIT	5	Sanzioni	34	Denunce A.G.	2	Prescrizioni	96	Sosp.attività	0	Verifica requisiti strutturali/attrezzature	353	Verifica igienico-gestionale/procedure base	24	Verifica piano o sistema di autocontrollo	236
N° stabilimenti	1122																									
N° accessi	806																									
N° ispezioni	644																									
N° AUDIT	5																									
Sanzioni	34																									
Denunce A.G.	2																									
Prescrizioni	96																									
Sosp.attività	0																									
Verifica requisiti strutturali/attrezzature	353																									
Verifica igienico-gestionale/procedure base	24																									
Verifica piano o sistema di autocontrollo	236																									
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 SERVIZIO VETERINARIO AREA "C"	N° attività presenti: 80 % di controllo prevista da PRISA: 15% N° ispezioni programmate 14 N° ispezioni effettuate 16 (17%) . E' stata raggiunta la percentuale indicata dallo standard. La documentazione probatoria è agli atti del Servizio. <i>Responsabile Dip.Prevenzione</i>																						