

**LAB3 VERONA**

Laboratorio A. Sabin  
Laboratorio San Martino  
Analisi Cliniche Gallieno

**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  
STAKEHOLDER**

Mod. 1.1.8.1  
**Edizione 01 Rev. 00**  
Del 2018  
Pag. 1 di 17

**RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER**

**2018**

**LABORATORIO A. SABIN**

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 2 di 17
--	---	--

## 1. **Politica della qualità anno 2019**

Le politiche della Qualità, così come espresse nella Carta Servizi, sono state confermate rispetto a quelle dell'anno 2018.

In ottemperanza ai requisiti di cui alle DGR 524/14 e DGR 1923/2015 i laboratori di analisi hanno costituito una rete, protocollo n. 245911 del 10/06/2013 della Regione Veneto.

La rete risulta composta dall'unione delle seguenti strutture:

- Laboratorio di analisi "A. Sabin" via Col. G. Fincato, 32
- Laboratorio di analisi "San Martino" via Genova, 2/C
- Laboratorio di analisi "Gallieno" via G. C. Abba, 12/A

La rete risponde al modello organizzativo A previsto dalla D.G.R. n. 4052 del 11/12/2007, e la fase analitica della rete è concentrata presso il laboratorio di Analisi A. Sabin S.r.l.

Le fasi pre-analitica e post-analitica rimangono prerogativa dei tre laboratori costituenti la rete.

I Laboratori procedono nel percorso di cogestione per uniformare le procedure e lavorare prediligendo sempre la centralità del paziente.

La costituzione della Rete ha richiesto la riorganizzazione e razionalizzazione delle risorse percorso richiesto dalla Regione Veneto in base ai criteri di efficienza, qualità ed economicità.

I Laboratori si impegnano a migliorare continuamente la qualità dei servizi offerti, mediante un Sistema di Gestione della Qualità armonizzato con i requisiti definiti dalla Normativa Regionale di Accredimento.

### **Missione**

1. Promuovere la salute degli utenti nel rispetto della persona e di tutti i principi emanati e illustrati nelle Carte dei Servizi.
2. Contribuire a contenere la spesa per la Sanità e, parallelamente, offrire ai cittadini la possibilità di effettuare esami di controllo e prevenzione privatamente.
3. Garantire la continuità assistenziale
4. Garantire la professionalità e preparazione dei proprio operatori
5. Garantire la precisione e l'accuratezza dei propri risultati.
6. Garantire la sicurezza degli Utenti e degli Operatori.

<p><b>LAB3 VERONA</b>  Laboratorio A. Sabin  Laboratorio San Martino  Analisi Cliniche Gallieno</p>	<p><b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  STAKEHOLDER</b></p>	<p>Mod. 1.1.8.1  <b>Edizione 01 Rev. 00</b>  Del 2018  Pag. 3 di 17</p>
---	---	---

**I nostri obiettivi:**

- la soddisfazione dei bisogni, espliciti e non, dei clienti e degli operatori;
- la capacità di creare servizi nuovi in linea con gli obiettivi e la missione delle Società.
- favorire il miglioramento continuo della qualità stimolando la comunicazione interna, tra il personale operativo, ed esterna, con il cliente, monitorando le attività che incidono sulla qualità ed attivando adeguate azioni di miglioramento
- coinvolgere operatori e clienti/pazienti nel processo di miglioramento
- fidelizzare i propri clienti/pazienti
- promuovere la costante crescita della professionalità e delle competenze del personale interno, attraverso la continua formazione ed aggiornamento dello stesso.
- Mantenere costantemente aggiornato il livello di attrezzature analitiche e informatiche, promuovendo la qualità delle prestazioni e la sicurezza dell'operatore e del paziente

Le Direzioni sono consapevoli che per raggiungere questi obiettivi è necessario il massimo coinvolgimento di tutti.

Sarà quindi loro costante impegno:

- mantenere elevata la tensione etica, nello sviluppo delle attività delle società, rispettando i principi fondamentali della missione sociale nei confronti dei pazienti
- rispettare gli impegni presi con i clienti/pazienti, cercando di garantire la loro soddisfazione;
- fornire i mezzi e le risorse necessarie per l'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità;
- garantire l'addestramento di tutti gli operatori.

Con queste finalità vengono fissati di conseguenza annualmente gli obiettivi specifici concordati tra le Direzioni, declinati per ogni laboratorio e condivisi con gli operatori.

Le direzioni definiscono inoltre le politiche per la gestione dei rischi in ambito occupazionale, clinico e di protezione dei dati. Per ognuno di questi ambiti di rischio vengono definiti ruoli, responsabilità, risposte impiegate, monitoraggio, verifiche e formazione.

In particolare:

- **rischio occupazionale:** si intende l'ambito della garanzia della sicurezza degli operatori, secondo quanto definito dalla Norma vigente, D.Lgs 81/2018. Le Direzioni pianificano annualmente delle attività relative a quest'ambito, in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP).

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 4 di 17
--	--	--

Il monitoraggio avviene annualmente, tramite sopralluoghi, incontri di formazione periodica e verifiche di incidenti, infortuni e comportamenti pericolosi

- **rischio clinico relativo ai pazienti:** le Direzioni definiscono in un documento specifico i rischi per i pazienti all'interno delle strutture e relativamente al servizio erogato

E' stata implementata una procedura per la rilevazione e la gestione del rischio clinico che definisce le responsabilità, l'analisi, il monitoraggio di eventuali azioni a seguito di un evento avverso.

- **rischio di violazione della protezione dei dati e della privacy :** Le Direzioni si impegnano a mantenere costantemente adeguato il sistema di gestione dei dati informatici per garantirne l'integrità e l'accessibilità secondo la Normativa vigente e in adeguamento al nuovo Regolamento Europeo.

## 2. Organigramma

NOME E COGNOME	MANSIONE	QUALIFICA
<b>SEDE BORGO TRENTO</b>		
Clara Socal	Direttore Amministrativo e Rappresentante legale	Diploma magistrale
Dr.ssa Francesca Colella	Direttore Responsabile	Laurea in Scienze Biologiche e specializzazione in Biochimica clinica
Dott. Mauro Vavassori	Responsabile atti medici Medico prelevatore	Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Biochimica clinica
Dr. Franco Ceccotti	Biologo	Laurea in Scienze Biologiche
Dr. Andrea Orsi	Responsabile Gestione Qualità	Laurea in Economia Internazionale
Massimo Colella	Accettazione Borgo Venezia Amministrazione	Diploma di ragioneria
Martina Bragantini	Accettazione Borgo Venezia Amministrazione	Diploma di ragioneria
Dr.ssa Ellen Pfluger	Accettazione Borgo Venezia Tamponi vaginali e cervicali	Laurea di primo livello in Ostetricia
Giovanna Marchi	Tecnico di laboratorio	Diploma Tecnico laboratorio
Luigi Tomelleri	Tecnico di laboratorio	Diploma Tecnico laboratorio
Sara Tomiati	Tecnico di laboratorio	Diploma Tecnico laboratorio
Mario Antoniazzi	Prelevatore	Diploma Infermiere professionale
Mirella Menegolli	Prelevatore	Diploma Infermiere professionale
Dr.ssa Camilla Zangaris	Addetta segreteria e accettazione Tamponi vaginali e cervicali	Laurea di primo livello in Ostetricia
<b>PUNTO PRELIEVI GOLOSINE</b>		
Massimo Cecchetto	Prelevatore	Diploma Infermiere professionale

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 5 di 17
--	---	--

NOME E COGNOME	MANSIONE	QUALIFICA
Gloria Borsati	Addetta segreteria e accettazione	Diploma Tecnico laboratorio
<b>PUNTO PRELIEVI CERRO VERONESE</b>		
Dr.ssa Camilla Zangaris	Addetta segreteria e accettazione Tamponi vaginali e cervicali	Laurea di primo livello in Ostetricia
Mariella Corradi	Prelevatore	Diploma Infermiere professionale
Tina Dusi	Prelevatore	Diploma Infermiere professionale
<b>SOSTITUZIONI PER TUTTE LE SEDI</b>		
Simonetta Cavallini	Prelevatore in caso di sostituzioni e prelievi domiciliari	Diploma Infermiere professionale
Dr. Nicolò Tommasi	Prelevatore in caso di sostituzioni e prelievi domiciliari	Laurea in Scienze Infermieristiche

### 3. Modalità di gestione del rischio e incident report

#### 3.1 La nostra metodologia nella valutazione del rischio

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **"macro" obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della direzione vengono pertanto segmentati in **obiettivi secondari** che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il **focus** degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello standard fornita dalla **UNI ISO 31000** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale.

Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

**Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA** – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 6 di 17
--	---	--

conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

#### **5.1 Gestione degli incident report**

Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.

#### **Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento**

CHECK

**Istanza** – Es: Reclami, non conformità, eventi avversi, rapporti di audit (I, II e III parte), incident report, near miss.

Le istanze vengono trasmesse al RGQ in modo che possano venire da questi raccolte e sottoposte ad una prima analisi.

ACT

**Prima analisi:** scrematura iniziale delle varie istanze con la risoluzione immediata di quelle che lo consentono e distribuzione alle persone competenti delle restanti istanze.

L'RGQ provvede alla gestione delle istanze che prevedono una soluzione semplice ed immediata, mentre invia le restanti **al titolare o ai titolari del rischio competenti**. Rientrano in questa fase anche i feedback da fornire al **soggetto promotore** (paziente, operatore, ...), ossia un riscontro a seguito dell'istanza presentata che può consistere nella conferma di presa in carico ed eventuale immediata conclusione.

PLAN

**Elaborazione:** Pianificazione delle nuove misure per la minimizzazione o l'eliminazione del rischio (azioni correttive).

Il **titolare del rischio**, con l'assistenza di **tecnici specializzati** (resp. di progetto), individua tutte le misure necessarie a minimizzare il rischio. È necessario il coordinamento dell'RGQ nel caso in cui siano presenti più titolari del rischio.

DO

**Implementazione:** aggiornamento del piano gestione del rischio FMEA, adozione delle nuove misure, aggiornamento del piano di miglioramento e adozione, diffusione e distribuzione.

Vengono messe in atto le misure elaborate dal Titolare del Rischio: i nuovi provvedimenti vengono trasmessi all'Ufficio Qualità che procede alle implementazioni del caso, a diffondere gli aggiornamenti (compresi i feedback ai soggetti promotori) anche intervenendo nel programma della formazione degli operatori.

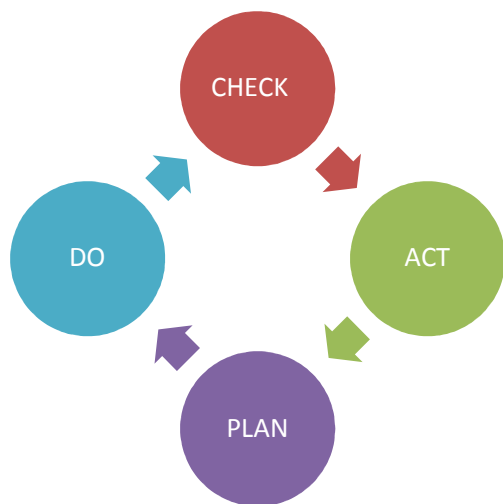
MIGLIORAMENTO CONTINUO

**Miglioramento continuo:** La corretta gestione degli input provenienti dal flusso informativo favorisce l'organizzazione delle risorse e l'efficacia del risultato.

Il sistema può godere di un effettivo contributo dal basso, ossia vengono intercettati dagli operatori "sul campo" i punti di debolezza del sistema in modo capillare e gestiti in un modo più accentratore possibile al fine che ogni elemento possa contribuire al miglioramento del sistema in modo organico.

La risoluzione delle fattispecie più delicate viene affrontata dai soggetti più competenti le cui decisioni vengono poi messe a sistema a vantaggio di tutta l'organizzazione.



**Leggenda:**

T.R.: titolare del rischio

U.Q.: ufficio qualità

RGQ: responsabile qualità

P.G.R.: piano di gestione del rischio

A.C: azione correttiva

A.P.: azione preventiva

**4. Gestione incident report anno 2018**

Durante il 2018 è stato registrato un incident report, con relativa analisi delle cause, riferito a fattori legati allo stato del paziente.

La Direzione ha deciso due azioni di miglioramento per l'anno 2019: introduzione dell'Analisi FMEA e la partecipazione di tutto il personale a corsi di gestione del rischio clinico.

**5. Modalità di gestione del reclamo**

Il reclamo è considerato un elemento che contribuisce al processo di continuo miglioramento pertanto la sua presa in carico agisce su due fronti principalmente:

1. verso il paziente, a cui viene prestato l'ascolto del caso in modo tale da recepire al meglio le precise necessità. Si è rilevato, nel tempo, che una parte dei pazienti non ritiene, per propria scelta, di compilare l'apposito modulo di reclamo (disponibile presso le accettazioni di tutte le strutture) e comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il personale presente e adeguatamente formato, in spazi che possano garantire la riservatezza, registrano il reclamo per il paziente. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora il problema non si possa risolvere immediatamente, si chiede al paziente di indicare i propri dati di contatto in modo da poter comunicare allo stesso paziente le modalità di risoluzione che l'organizzazione ha, conseguentemente all'istanza, intrapreso.



2. verso l'organizzazione interna, infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale (tale personale è rappresentato da operatori della segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al responsabile per la gestione della qualità il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al responsabile dell'ambito di riferimento (direttore tecnico, direttore generale o responsabile di processo a seconda della gravità). In tal modo, insieme a figure tecniche e figure responsabili del processo coinvolto, viene definita la soluzione migliore sia in risposta al paziente che al miglioramento del sistema organizzativo al fine di minimizzare la possibilità che il problema si ripresenti.

La metodologia, al fine di assicurare un trattamento sistematico e ben definito del reclamo, oltre ad una consapevolezza e conoscenza della procedura da parte del personale, è quella seguita anche per il trattamento dell'incident report (si veda il punto 4).

#### 6. Gestione reclami anno 2018

La corretta raccolta e gestione dei reclami permette all'organizzazione del laboratorio di promuovere un continuo miglioramento a favore della qualità dei servizi e della centralità del paziente. Si riportano di seguito i reclami registrati nell'anno 2018 suddivisi per sede, ambito, descrizione ed azione di miglioramento e risoluzione associata.

SEDE	PROCESSO	DESCRIZIONE	RISPOSTA AL RECLAMO / AZIONE DI MIGLIORAMENTO
Sabin	Prelievi	Emocromo coagulato: il paziente si lamenta della modalità di prelievo	Scuse al paziente e formazione interna del personale
Sabin	Accettazione	Comportamento non idoneo da parte dell'operatrice in accettazione	Scuse al paziente e formazione interna del personale
Sabin	Prelievo a domicilio	Non ritiro rifiuti da prelievo	Scuse al paziente e formazione interna del personale
Cerro	Manutenzione ambienti	Sistemazione locali e luce.	Accettata – In corso
Sabin	Accettazione	Data ritiro errata su foglio ritiro	Scuse al paziente
Sabin	Accettazione	Paziente lamenta perché non viene eseguito INR il sabato	Telefonato e spiegata la criticità del sabato

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 10 di 17
--	---	---

**7. Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2018**

Mille questionari sono stati distribuiti nel mese di Giugno 2018 : la percentuale di ritorno risulta l'85,4 % .  
I risultati sono sempre molto positivi e tutti i suggerimenti sono stati valutati dalla Direzione.  
Il dettaglio della valutazione dei questionari viene esposto nelle sale di attesa del laboratorio e dei punti prelievo.

**8. Audit interni e di terza parte**

Nel 2018 Il RGQ nominato, dr.ssa Lucia Acerbi ha svolto una prima parte di AUDIT fino a ottobre 2018:

DATA	SEDE	PROCESSI / AREE VERIFICATI	NC, OSSERVAZIONI E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO
07-13/03/2018	SABIN BV	Fase analitica	3 osservazioni e 3 spunti di miglioramento
19/04/2018	SABIN BV	Accettazione-prelievi-pre analitica	3 spunti di miglioramento
18/04/2018	SABIN BV	Post analitica	ok
04/10/2018	Sabin GL	Accettazione-prelievi-Post analitica	1 NC post analitica e 1 NC prelievi
04/10/2018	SABIN BV	Accettazione-prelievi-Post analitica	1 spunto di miglioramento
09/10/2018	SABIN CERRO	Accettazione-prelievi-Post analitica	1 NC

**9. Obiettivi e azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2018**

Vengono indicate di seguito gli obiettivi dell'anno 2018 e il loro stato di raggiungimento. Gli obiettivi non raggiunti al 100% vengono riproposti ed aggiunti a quelli del 2019 (al punto 10 descritti).

Gli obiettivi si distinguono in tre macro settori: obiettivi del Laboratorio A. Sabin, obiettivi di Rete, obiettivi strutturali.

**Obiettivi Lab. A. Sabin**

AREA / ATTIVITA'	OBBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
------------------	------------	------------	--------------------------	---

AREA / ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
ACCETTAZIONE	N° NC generate da: <b><u>errori di accettazione</u></b>	< 0.1 % NC sul numero di accettazioni	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
ACCETTAZIONE DOMICILI	N° NC generate da: <b><u>errori di accettazione domicili</u></b>	< 0.2% NC sul numero di accettazioni domiciliari	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
PRELIEVO / RACCOLTA	N° NC generate da: <b><u>errori fase pre-analitica (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici)</u></b>	< 0.2% NC sul numero di prelievi	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
PRELIEVO / RACCOLTA DOMICILIARE	N° NC generate da: <b><u>errori fase pre-analitica (prelievo e raccolta campioni biologici a domicilio)</u></b>	< 0,2 %NC sul numero di prelievi	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
PREPARAZIONE / TRASPORTO CAMPIONI	N° NC generate da: <b><u>errori fase pre-analitica (modalità di preparazione e trasporto dei campioni biologici)</u></b>	< 2 NC/mese	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	100 X 60 0
FASE ANALITICA	N° NC generate da: <b><u>errori fase analitica (esecuzione degli esami, strumenti, attrezzature)</u></b>	< 1% NC su totale esami	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
APPROVVIGIONAMENTO	N° NC generate da: <b><u>errori di doveri a fornitori</u></b>	< 6 NC per anno per fornitore	Emissione di rapporti di NC verifica mensile a cura di RGQ	X 100 60 0
FASE POST ANALITICA	NC riferite a Referti non pronti,	< 1 % NC sul totale dei referti	Valutazione in sede di riesame della direzione 2018	X 100 60 0

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 12 di 17
--	---	---

AREA / ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
FASE POST ANALITICA	NC riferite a allegati non presenti / errati	< 1 % NC sul totale dei referti	Valutazione in sede di riesame della direzione 2018	X 100 60 0
FASE POST ANALITICA	NC riferite a mancanza di deleghe	Nessuna NC	Valutazione in sede di riesame della direzione 2018	X 100 60 0
FASE ANALITICA	AMS	Implementazione sistema di validazione	AUDIT	100 X 60 0
FASE ANALITICA	Report CQI	Implementazione sistema di regole di Westgard per CQI in base analisi dati 2018	AUDIT	100 X 60 0
FASE ANALITICA	VEQ	Completare pannello di immunometria con Anticorpi anti tiroide	AUDIT	x 100 60 0
VEQ	N° NC <u>VEQ</u>	Non avere nessun analita che presenti più di un esercizio non accettabile / anno	Valutazione in sede di riesame della direzione 2018	X 100 60 0

### OBIETTIVI STRATEGICI – LAB 3

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
PRIVACY	DPS	Aggiornamento secondo regolamento europeo GDPR/2016	AUDIT	100 X 60 0
RISCHIO CLINICO	Applicazione delle procedure di gestione	Compilazione degli incident report e analisi delle cause	AUDIT	X 100 60 0

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 13 di 17
--	--	---

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
IMPLEMENTAZIONE LINEE GUIDA	REFERTO	Implementazione linee guida società scientifiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• GFR</li> <li>• TEMPERATURE DI TRASPORTO</li> </ul>	AUDIT	100 X 60 0
FORMAZIONE ESTERNA	corsi aggiornamento esterno	Effettuare almeno: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi ECM come da requisiti di legge per il personale sanitario.</li> <li>• Formazione sulla sicurezza per tutto il personale</li> </ul>	AUDIT e RIESAME	100 X 60 0
STRUMENTAZIONE	Aggiornamento tecnologico strumentazione di Chimica clinica ed Ematologia	Nuova strumentazione	Valutazione in sede di riesame della direzione 2018	X 100 60 0
FORMAZIONE INTERNA	Riunioni periodiche	Revisione documentazione condivisa con il personale	AUDIT e RIESAME	X 100 60 0
FORMAZIONE	Procedura Risorse umane rev. 2017	Applicazione della nuova procedura	AUDIT e RIESAME	X 100 60 0

#### RISORSE STRUTTURALI / ATTREZZATURE SABIN

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
ACCETTAZIONE CERRO	Risistemare l'ambiente di accettazione	Tinteggiatura, sistemazione cavi, altro	AUDIT	X 100 60 0

<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 14 di 17
--	--	---

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	%
ACCETTAZIONE CERRO	Fornire Servizio Bancomat	Inserire bancomat con SIM	AUDIT	X 100 60 0
ACCETTAZIONE /FLUSSO PAZIENTI	Migliorare l'accesso pazienti (flusso regolamentato)	Totem per accesso pazienti sede Borgo Venezia	AUDIT	X 100 60 0
ACCETTAZIONE SERVICE	Accettazione diretta per esami di Synlab	Adeguamento programma gestionale CB Sistemi	AUDIT	100 60 X 0
PRELIEVI	Regolamentare l'accesso in sala prelievi e completare la tracciabilità del processo (prelievi)	Aggiungere numeratore elettronico in sala prelievi	AUDIT	100 x 60 0

**10. Piano di miglioramento anno 2019 - 2020 ed obiettivi strategici**

**OBIETTIVI DI MONITORAGGIO DEI PROCESSI (QUALITA')**

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
ACCETTAZIONE	N° NC generate da: <b>errori di accettazione</b>	< 0.1 % NC sul numero di accettazioni	2019
ACCETTAZIONE DOMICILI	N° NC generate da: <b>errori di accettazione domicili</b>	< 0.2% NC sul numero di accettazioni domiciliari	2019
PRELIEVO / RACCOLTA	N° NC generate da: <b>errori fase pre-analitica (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici)</b>	< 0.2% NC sul numero di prelievi	2019

**LAB3 VERONA**Laboratorio A. Sabin  
Laboratorio San Martino  
Analisi Cliniche Gallieno**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  
STAKEHOLDER**Mod. 1.1.8.1  
Edizione 01 Rev. 00  
Del 2018  
Pag. 15 di 17

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
PRELIEVO / RACCOLTA DOMICILIARE	N° NC generate da: <b>errori fase pre-analitica (prelievo e raccolta campioni biologici a domicilio)</b>	< 0,2 %NC sul numero di prelievi	2019
PREPARAZIONE / TRASPORTO CAMPIONI	N° NC generate da: <b>errori fase pre-analitica (modalità di preparazione e trasporto dei campioni biologici)</b>	< 2 NC/mese	2019
FASE ANALITICA	N° NC generate da: <b>errori fase analitica (esecuzione degli esami, strumenti, attrezzature)</b>	< 1% NC su totale esami	2019
APPROVVIGIONAMENTO	N° NC generate da <b>fornitori</b>	< 2% NC sul numero di forniture	2019
FASE POST ANALITICA	NC riferite a <b>Referti non pronti,</b>	< 1 % NC sul totale dei referti	2019
FASE POST ANALITICA	NC riferite a <b>allegati non presenti.</b>	< 1 % NC sul totale dei referti	2019
FASE POST ANALITICA	NC riferite a <b>mancanza di deleghe</b>	Nessuna NC	2019

**OBIETTIVI STRATEGICI DI RETE**

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
-----------------	-----------	------------	------------

**LAB3 VERONA**Laboratorio A. Sabin  
Laboratorio San Martino  
Analisi Cliniche Gallieno**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI  
STAKEHOLDER**Mod. 1.1.8.1  
**Edizione 01 Rev. 00**  
Del 2018  
Pag. 16 di 17

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
GESTIONE E CONSERVAZIONE MATERIALE MAGAZZINO	Ottimizzare modalità e tempi della conservazione del materiale in magazzino	RMS-SW dedicato- acquisto ed applicazione/ formazione all'utenza.	2019
IMPLEMENTAZIONE LINEE GUIDA	AGGIORNAMENTO IDL	Implementazione linee guida società scientifiche relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• TEMPERATURE DI TRASPORTO.</li> <li>• GESTIONE DEI VALORI CRITICI</li> <li>• GESTIONE DEI CAMPIONI EMOLITICI</li> </ul>	2019
RISCHIO CLINICO	Applicazione delle procedure di gestione	Compilazione dei rapporti segnalazione eventi avversi e analisi delle cause	2019
PREANALITICA- PRELIEVO	Tracciabilità del prelievo attraverso dispositivi dedicati attraverso il gestionale di laboratorio Studio Lab	Implementazione strumento / formazione operatori	2019
SICUREZZA	Introduzione di nuovi presidi per il prelievo con sistema sicurezza per l'operatore	Presenza dispositivi sul 100% delle sedi/punti prelievo	2019
INTEGRAZIONE SGQ – CONSORZIO LAB 3	Uniformare gli standard di servizio e attività delle organizzazioni consorziate al fine di ottimizzazione delle best practice.	Analisi del SGQ e attività di auditing su tutti i processi	2019
STRUMENTAZIONE	Aggiornamento tecnologico strumentazione di Elettroforesi e Emoglobina Glicata	Nuova strumentazione	2019
FORMAZIONE ESTERNA	corsi aggiornamento esterno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corsi ECM come da requisiti di legge per il personale sanitario.</li> <li>• Formazione sulla sicurezza per tutto il personale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione sulla comunicazione</li> <li>• Formazione sul Rischio Clinico</li> </ul> </li> </ul>	2019



<b>LAB3 VERONA</b> Laboratorio A. Sabin Laboratorio San Martino Analisi Cliniche Gallieno	<b>DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER</b>	Mod. 1.1.8.1 <b>Edizione 01 Rev. 00</b> Del 2018 Pag. 17 di 17
--	---	---

AREA / ATTIVITA	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
FORMAZIONE INTERNA	Riunioni periodiche	Revisione documentazione condivisa con il personale	2019
CQI	Report CQI	Implementazione sistema di regole di Westgard per CQI in base analisi dati 2018	2019
VEQ	N° NC VEQ	Non avere nessun analita che presenti più di un esercizio non accettabile / anno	2019
CONSULENTE MEDICO	Organigramma	Inserimento in organico di un Medico con specializzazione in biochimica clinica	2019

#### RISORSE STRUTTURALI / ATTREZZATURE SABIN

AREA / ATTIVITA'	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA
ACCETTAZIONE SERVICE	Accettazione diretta per esami di Synlab	Adeguamento programma gestionale CB Sistemi	Da 2018 rinnovato 2019
ACCETTAZIONE /FLUSSO PAZIENTI	Migliorare l'accesso pazienti (flusso regolamentato)	Totem per accesso pazienti sede Gulosine, Cerro.	2019