

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 20

RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER

2019

LABORATORIO A. SABIN

1. Politica della qualità anno 2019

Il Laboratorio A. Sabin è parte di una Rete Analitica di Laboratorio denominate LAB 3 Verona. I laboratori costituenti tale Rete condividono la medesima politica di qualità dei servizi.

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 prerogative 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 ed 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.

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).

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

LABORATORIO A. SABIN FASE PREANALITICA, FASE POSTANALITICA		
1.1.1 FUNZIONE	RESPONSABILE	PERSONALE OPERATIVO
1.1.2	Clara Socal	
1.1.3 DIREZIONE GENERALE		
1.1.4 DIRETTORE RESPONSABILE LABORATORIO anche Resp. Gestione Apparecchiature e Resp. Rischio Clinico e Resp. Gestione Documentazione Sanitaria	Dr.ssa Francesca Colella	Dott Mauro Vavassori Dr. Franco Ceccotti Giovanna Marchi Sara Tomiati Luigi Tomelleri
1.1.5 ATTI MEDICI 1.1.6 (prelievi) anche Resp. Emergenze Cliniche	Dott. Mauro Vavassori	Mario Antoniazzi (Sede) Dott. Franco Ceccotti (Sede, prelievi in ditta) Mariella Corradi (Cerro), Massimo Cecchetto (Golosine) Tina Dusi (sostituzioni, prelievi domiciliari) Camilla Zangaris (sostituzioni, prelievi ostetrici) Ellen Pfluger (sostituzioni, prelievi ostetrici) Nicolò Tommasi (sostituzioni, prelievi domiciliari, prelievi in ditta) Simonetta Cavallini (sostituzioni, prelievi domiciliari, prelievi in ditta)
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)	Dott.ssa Silvia Lupatin	RLS territoriale
RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)	Dr. Andrea Orsi	
GESTIONE QUALITA' (RGQ)	Dr. Andrea Orsi	Dr. Franco Ceccotti (AGQ)
FORMAZIONE	Dr.ssa Francesca Colella	
SEGRETERIA E AMMINISTRAZIONE	Clara Socal	Massimo Colella (Accettazione sede, clienti privati) Martina Bragantini (Accettazione sede, amministrazione) Ellen Pfluger (accettazione sede, sostituzioni) Gloria Borsati (accettazione Golosine) Camilla Zangaris (Accettazione Cerro, sede)
SANIFICAZIONI AMBIENTI DI LAVORO anche Resp. Gestione Edifici ed Impianti	Clara Socal	Impresa di pulizia ALFA SERVICE di Malhotra Aman

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.

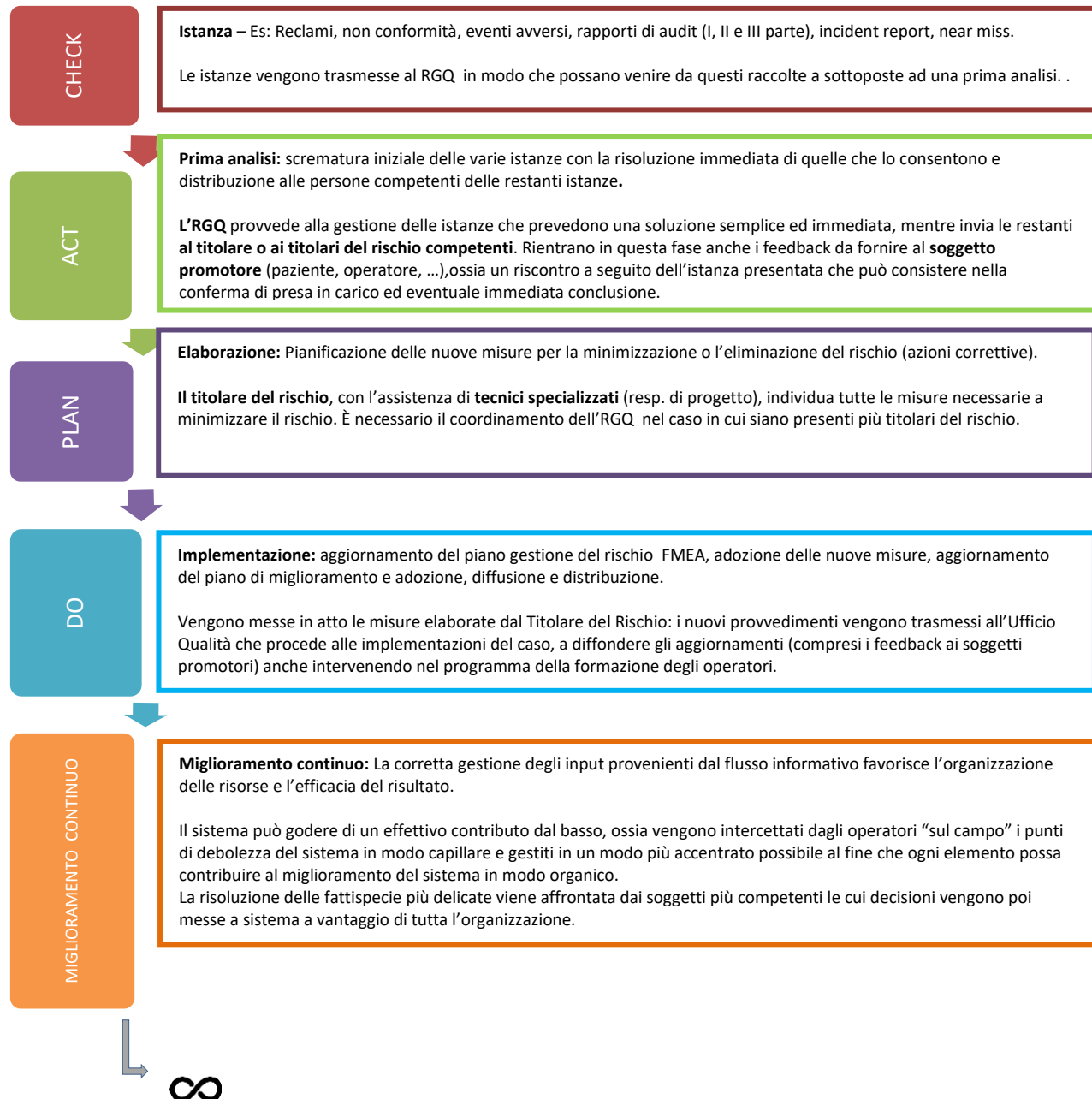
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

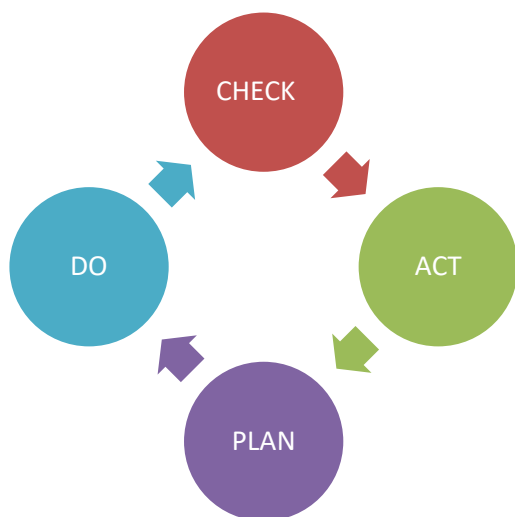
Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

6.1 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



**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 eventi avversi/near miss/ eventi sentinella anno 2019

Durante il 2019 sono stati registrati 18 nella fase pre e post analitica ed un solo evento avverso nella fase analitica. L'analisi del rischio FMEA del 2018 è stata confermata nei suoi livelli di rischio.

5. Modalità di gestione analisi della customer satisfaction e di gestione del reclamo – URP

- **Customer satisfaction:**

Nel mese di settembre vengono consegnati i questionari di rilevazione della soddisfazione dei pazienti con la possibilità, per questi, di indicare possibili punti di miglioramento e suggerimenti che, insieme all'analisi generale dell'andamento dell'anno, vanno a contribuire al piano di miglioramento continuo del Laboratorio.

- **Gestione reclamo.**

La gestione del reclamo è affidata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). 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 (ufficio URP) 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 dell'URP (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 sanitario, 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 2019

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 2019 suddivisi per sede , ambito, descrizione ed azione di miglioramento e risoluzione associata.

SEDE	PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE CORRETTIVA / AZIONE DI MIGLIORAMENTO
Sabin	Accettazione	Confusione in sala d'attesa a causa tono elevato delle voci dei pazienti	Scuse al pz. Formazione interna
Sabin	Pre-Analitica	Paziente lamenta per il parcheggio con poca capienza	Scuse al pz, consiglio di arrivare a piedi
Cerro	Accettazione	Paziente lamenta per esame saltato in accettazione	Scuse al pz. Formazione interna
Golosine	Accettazione	Non avvisato pz della differenza di prezzo per positività esame colturale	Scuse al pz. Formazione interna
Sabin	Prelievo	Pz. Lamenta dolore ed ematoma per alcuni giorni	Scuse al pz. Ricordato di tenere premuto per due minuti e formazione interna
Cerro	Accettazione	Pz lamenta che medico in anagrafica diverso da suo medico	Scuse al pz. Formazione interna
Golosine	Post-Analitica	Istruzioni poco chiare a voce per scaricare i referti	Scuse al pz. Formazione interna

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. 9 di 20

SEDE	PROCESSO	DESCRIZIONE	AZIONE CORRETTIVA / AZIONE DI MIGLIORAMENTO
Sabin	Accettazione	Pz lamenta che non è stato spiegato in maniera chiara pagamento esami colturali	Disguido su doppia identificazione e doppio antibiogramma
Golosine	Pulizie	Bagno non in ordine - mancano salviette e cestini pieni di carta, manca sapone	Stabilito procedura di controllo
Golosine	Accettazione	Lamentela ritiro referti on-line comunicato con mail	Risposta telefonica con risoluzione del problema

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. 10 di 20
--	--	---

7. Audit interni e di terza parte

Nel 2019, sono stati effettuati i seguenti audit interni dallo staff qualità- sicurezza- rischio clinico:

DATA	SEDE	PROCESSI / AREE VERIFICATI	AUDITOR	PERSONALE INVEVISTATO	NC, OSSERVAZIONI E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO
13/02/2020 04/03/2020	SABIN BV	<ul style="list-style-type: none"> Direzione Conservazione 	Sonia Colombari, Marta Bellin	Francesca Colella, Franco Ceccotti	Direzione: 17 raccomandazioni riguardanti formazione, risorse umane, sicurezza ambiente, comunicazione, approvvigionamento.
13/02/2020		<ul style="list-style-type: none"> Accettazione Prelievi 		Francesca Colella, Martina Bragantini, Mario Antoniazzi, Massimo Cecchetto, Franco Ceccotti	Segreteria/accettazione: 11 raccomandazioni su firme documenti, controllo giacenze, gestione impegnative, comunicazione, sicurezza ambiente. Prelievi: tre raccomandazioni su gestione modulistica
13/02/2020		<ul style="list-style-type: none"> Post analitica 		Francesca Colella, Franco Ceccotti e Mauro Vavassori	In ogni caso, si rimanda al documento "1841t007-_Relazione lab Verona_Sabin" per i dettagli.
25/02/2020	SABIN BV	Fase analitica	Sonia Colombari, Marta Bellin	Francesca Colella, Marcella Pasti, Franco Ceccotti, Rossana Gigante, Luigi Tomelleri, Elena Falsirollo, Giovanna Marchi e Sara Tomiati	10 raccomandazioni su linee guida, gestione temperature, pulizie, attrezzature, schede esame, campioni urgenti e 1 non conformità su sicurezza ambiente. Si rimanda al documento "1841t007-_Relazione lab Verona_Sabin".
04/03/2020	SABIN GOLOSINE	<ul style="list-style-type: none"> Accettazione Prelievi 	Sonia Colombari, Marta Bellin	Francesca Colella, Gloria Borsati	Segreteria/accettazione: 9 raccomandazioni su controllo documenti, controllo giacenze, gestione impegnative, comunicazione, sicurezza ambiente. Prelievi: 3 raccomandazioni su gestione modulistica. Si rimanda al documento "1841t007-_Relazione lab Verona_Sabin".
11/03/2020	SABIN CERRO	<ul style="list-style-type: none"> Accettazione Prelievi 	Sonia Colombari,	Francesca Colella, Ellen	Segreteria/accettazione: 2 non conformità su modulistica e informative esposte, 14

DATA	SEDE	PROCESSI / AREE VERIFICATI	AUDITOR	PERSONALE INTEVISTATO	NC, OSSERVAZIONI E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO
		<ul style="list-style-type: none"> Post analitica 	Marta Bellin	Pfluger, Franco Ceccotti	raccomandazioni su codifica accessibilità, firme documenti, controllo giacenze, gestione impegnative, comunicazione, sicurezza ambiente. Prelievi: tre raccomandazioni su gestione modulistica. Post analitica: 1 raccomandazione su accessibilità cartella desktop. Si rimanda al documento "1841t007- <u>Relazione lab Verona_Sabin</u> ".
29/05/2019	SABIN BV	Audit clinico	Sonia Colombari	Francesca Colella	È stato visionato il registro dei valori critici rev.0 del 02-05-2019 ed è stata verificata la concordanza tra risultati dei referti e registrazioni dei valori critici. È stata verificata la conformità di alcuni referti all'allegato A della DGR 3484 del 07-11-2006 fase post-analitica. Relativamente alla verifica della conformità della procedura analitica si rimanda all'audit del processo analitico effettuato presso il laboratorio Sabin il giorno 25 febbraio 2019.
31/07/2019	SABIN GOLOSINE	<ul style="list-style-type: none"> Accettazione Prelievi 	Sonia Colombari	Francesca Colella, Gloria Borsati, Massimo Cecchetto	Segreteria-Accettazione: 4 raccomandazioni su aggiornamento Idl, controlli consensi, sicurezza ambiente. Prelievi: 1 raccomandazione su aggiornamento Idl. Segreteria/accettazione: 1 azione miglioramento: comunicazione tra sede Borgo Venezia e punto prelievi Golosine. Prelievi: valutare l'acquisto di divisorio da utilizzare nel caso in cui un paziente si senta male e occupi il lettino (possibilità di monitorare il paziente e, se possibile, continuare a effettuare i prelievi).
23/10/2019	SABIN BV	Qualità e sicurezza sul lavoro: <ul style="list-style-type: none"> Accettazione Prelievi Analitica 	Sonia Colombari, Silvia Lupatin	Francesca Colella, Mauro Vavass	Qualità: 2 non conformità in accettazione su cartellonistica. Sicurezza ambiente: 4 non conformità 1 raccomandazione: vetri ingresso.
12/12/2019	SABIN BV	Sicurezza sul lavoro	Silvia Lupatin	Francesca Colella, Massimo Colella, Massimo Cecchetto	3 raccomandazioni: aggiornamento e registrazioni DVR.

LAB3 VERONALaboratorio 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. 12 di 20

DATA	SEDE	PROCESSI / AREE VERIFICATI	AUDITOR	PERSONALE INTEVISTATO	NC, OSSERVAZIONI E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO
12/12/2019	SABIN GOLOSINE	Sicurezza sul lavoro	Silvia Lupatin	Francesca Colella, Massimo Cecchetto	2 non conformità: cartellonistica e serrature dei servizi igienici. 3 raccomandazioni: porta ingresso e spogliatoio.

8. Obiettivi e azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2019 e in programma per il 2020

	OBIETTIVO 2019 RAGGIUNTO E CONFERMATO ANCHE PER IL 2020
	OBIETTIVO 2019 IN RAGGIUNGIMENTO NEL 2020
	OBIETTIVO 2019 RAGGIUNTO NON CONFERMATO PER IL 2020
	OBIETTIVO NUOVO 2020

OBIETTIVI DI MONITORAGGIO DEI PROCESSI (QUALITA')

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
ACCETTAZIONE	Responsabile Accettazione	N° NC generate da: errori di accettazione	< 0.1 % NC sul numero di accettazioni	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
ACCETTAZIONE DOMICILI	Responsabile Accettazione	N° NC generate da: errori di accettazione domicili	< 0.2% NC sul numero di accettazioni domiciliari	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
PRELIEVO / RACCOLTA	Infermieri/ Accettazione	N° NC generate da: errori fase pre-analitica (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici)	< 0.2% NC sul numero di prelievi	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
PRELIEVO / RACCOLTA DOMICILIARE	Infermieri/ Accettazione	N° NC generate da: errori fase pre-analitica (prelievo e raccolta campioni biologici a domicilio)	< 0,2 %NC sul numero di prelievi	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
PREPARAZIONE / TRASPORTO CAMPIONI	Infermieri/ Accettazione	N° NC generate da: errori fase pre-analitica (modalità di preparazione e trasporto dei campioni biologici)	< 2 NC/mese	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
FASE ANALITICA	Personale di laboratorio	N° NC generate da: errori fase analitica (esecuzione degli esami, strumenti, attrezzature)	< 1% NC su totale esami	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
APPROVVIGIONAMENTO	Tutto il personale	N° NC generate da fornitori	< 2 NC / anno per fornitore critico	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Tutto il personale
FASE POST ANALITICA	Accettazione	NC riferite a Referti non pronti	< 1 % NC sul totale dei referti	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Personale di accettazione e Resp. Laboratorio
FASE POST ANALITICA	Accettazione	NC riferite a allegati non presenti	< 1 % NC sul totale dei referti	2019	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di RGQ	Personale di accettazione e Resp. Laboratorio
CONFORMITA' PRIVACY	Titolare al trattamento	NC riferite a manca di deleghe	Nessuna NC	2020	Emissione di rapporti di NC verifica semestrale a cura di DPO	Personale di accettazione
CONFORMITA' PRIVACY	Titolare al trattamento	Test su riservatezza, disponibilità e integrità dei dati	Un test per laboratorio per ambito (riservatezza, diponibilità ed integrità dei dati)	2020	Emissione rapporti del tecnico informatico	DPO e Amministratore di Sistema esterno

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
CONFORMITA' PRIVACY	Titolare del trattamento	Gestione data breach	100% dei trattamenti non conformi alle policy privacy analizzati e gestiti	2020	Registrazione eventi avversi privacy da parte del DPO	DPO

OBIETTIVI STRATEGICI DI RETE

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
GESTIONE E CONSERVAZIONE MATERIALE MAGAZZINO	Direzione	Ottimizzare modalità e tempi della conservazione del materiale in magazzino	RMS-SW dedicato- acquisto ed applicazione/ formazione all'utenza.	2019	AUDIT . Nel 2019 è stato acquisto il software per la gestione del magazzino ed installato non ancora in uso in attesa di formazione del personale – obiettivo 2020	Tutto il personale
IMPLEMENTAZIONE E LINEE GUIDA	Direzione	Aggiornamento idl	Implementazione linee guida società scientifiche relative a: • Temperature di trasporto. • Gestione dei valori critici • Gestione dei campioni emolitici	2019	AUDIT – nel 2019 sono state implementate le l:g. trasporto e critici. Rimane aperta Emolitici e Itterici e Lipemici ed esami urine per il 2020.	DR

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITA DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
RISCHIO CLINICO	Direzione	Applicazione delle procedure di gestione	Compilazione dei rapporti segnalazione eventi avversi e analisi delle cause	2019	Riunione inizio anno, revisione semestrale e analisi del Rischio clinico annuale (febbraio 2020) Obiettivo 2020 : sviluppo dello strumento informatico per la gestione integrata di NC e Rischio clinico	RGQ Resp. Lab.
PREANALITICA- PRELIEVO	Resp. Laboratorio	Tracciabilità del prelievo attraverso dispositivi dedicati attraverso il gestionale di laboratorio Studio Lab	Implementazione strumento / formazione operatori	2019	AUDIT. Nel 2019 il percorso è iniziato con obiettivo di completamento per il 2020	DG
SICUREZZA	Direzione	Introduzione di nuovi presidi per il prelievo con sistema sicurezza per l'operatore	Presenza dispositivi sul 100% delle sedi/punti prelievo	2019	AUDIT	DR
INTEGRAZIONE SGQ – CONSORZIO LAB 3	Direzione- RGQ	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	AUDIT nel 2019 sono state unificate le procedure analitica, pre-analitica, post analitica Per il 2020: procedura di approvvigionamento, diffusione e coinvolgimento del personale nella stesura delle procedure.	RGQ

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITA DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
STRUMENTAZIONE	Direzione	Aggiornamento tecnologico strumentazione di Elettroforesi e Emoglobina Glicata	Nuova strumentazione	2019	AUDIT	DG
STRUMENTAZIONE	Direzione	Acquisizione nuova strumentazione esami di auto immunità	Nuova strumentazione	2020	Acquisizione e messa in uso	DG
FORMAZIONE ESTERNA	Direzione	Corsi aggiornamento esterno	<ul style="list-style-type: none"> • Corsi ECM come da requisiti di legge per il personale sanitario. • Formazione sulla sicurezza per tutto il personale • Formazione sulla comunicazione e • Formazione sul Rischio Clinico 	2019	AUDIT e RIESAME. Nel 2019 fatta comunicazione, rischio clinico e sicurezza e privacy. Per il 2020 rimane sicurezza e training on the job legata alla revisione delle procedure	Corsi esterni
FORMAZIONE INTERNA	Direzione	Riunioni periodiche	Revisione documentazione condivisa con il personale	2020	AUDIT e RIESAME Per 2020 obiettivo come formazione esterna e calendario riunioni SGQ	DR
CUSTOMER SATISFACTION	RGQ	Valutazione della percezione dei pazienti rispetto alle attività migliorative	Questionari ad hoc per valutazione misure migliorative.	2020	Elaborazione e analisi di questionari ad hoc per misure migliorative (es: inserimento totem, condizioni igienico sanitarie)	RGQ

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITA DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
CONTRATTO SISTEMA SANITARIO AULSS 9 SCALIGERA	DIREZIONI	Programmazione e accessi in convenzione SSN al fine di commisurare le risorse necessarie in modo sostenibile.	Superamento del budget assegnato (da definire attraverso analisi costi benefici)	2020	Analisi dei costi con il contributo di consulente commercialista.	Commercialista, RGQ
CQI	Direzione	Report CQI	Implementazione sistema di regole di Westgard per CQI in base analisi dati 2018	2019	Audit Rimane uguale per 2020 – mantenimento e assegnazione	Laboratorio
VEQ	Direzione	N° NC VEQ	Non avere nessun analita che presenti più di un esercizio consecutivo non accettabile / anno	2019	Valutazione in sede di riesame della direzione 2019 e ottimizzazione dei programmi di VEQ RIMANE PER 2020	Personale Analitica
CONSULENTE MEDICO	Direzione	Organigramma	Inserimento in organico di un Medico con specializzazione in patologia clinica	2019	Audit – Organigramma Obiettivo 2020: definizione ruolo in chiave LAB 3 del consulente medico-tempi entro primo semestre	Dr. F. Fraccaroli

RISORSE STRUTTURALI / ATTREZZATURE SABIN

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
ACCETTAZIONE SERVICE	Direzione	Accettazione diretta per esami di Synlab	Adeguamento programma gestionale CB Sistemi	Da 2018 rinnovato 2019	AUDIT Nel 2019 l'obiettivo è stato abbandonato e revisionato con l'obiettivo di un nuovo sistema in fase di ottimizzazione – termine primo semestre 2020	CB SISTEMI

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. 19 di 20
--	---	---

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
ACCETTAZIONE /FLUSSO PAZIENTI	Direzione	Migliorare l'accesso pazienti (flusso regolamentato)	Totem per accesso pazienti sede Golosine, Cerro	2019	AUDIT 2019 raggiunto per Golosine, (Cerro in valutazione dell'obiettivo, verifica primo semestre 2020).	Direzione

SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO:

AREA / ATTIVITA'	RESPONSABILE	OBIETTIVO	INDICATORE	TEMPISTICA	MODALITÀ DI MONITORAGGIO	RISORSE ASSEGNATE
CONFORMITÀ LEGISLATIVA	Direzione (tutti i centri)	Aggiornare il DVR stress lavoro correlato	Revisione DVR	Giugno 2020	Audit sicurezza	RLS, RSPP
CONFORMITÀ LEGISLATIVA	Direzione Sabin	Aggiornare il DVR chimico	Revisione DVR chimico Sabin	Giugno 2020	Audit sicurezza	Contec AQS
CONFORMITÀ LEGISLATIVA/ MIGLIORAMENTO	Direzione (tutti i centri)	Completare i sopralluoghi /audit sicurezza nei punti prelievo LAB3 e continuare con l'avanzamento delle attività di miglioramento indicate nei verbali di audit	Rapporto di Audit	2020	Audit sicurezza	RSPP, DG
GESTIONE EMERGENZE	Direzione (tutti i centri)	Effettuare prove di emergenza come da pianificazione 2019-2020-2021	Verbale	2020-2021	Audit sicurezza	Addetti emergenze, RSPP e tutto il personale
PREVENZIONE DEI RISCHI	Direzione (tutti i centri)	Emettere regolamento "Buone pratiche sicurezza e salute sul lavoro" e sensibilizzare il personale in merito	Emissione del documento e Riunioni	2020	Audit sicurezza	Dr. Vavassori, RLS, RSPP, Referente clinico Contec AQS, DG
COORDINAMENTO	Direzione (tutti i centri)	Effettuare riunione periodica condivisa tra le strutture	Verbale di riunione	2020	Audit sicurezza	Medici competenti/ RLS/RSPP/Referente rischio clinico/DG/RGQ

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. 20 di 20