

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

ANNO 2021

LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE A. SABIN

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE**1. Politica della qualità anno 2022**

Le politiche della Qualità, così come espresse nella Carta Servizi, sono state confermate rispetto a quelle dell'anno 2022.

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 gestione 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.

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

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

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 ruli, 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.

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE**2. Modalità di gestione del rischio e incident report****2.1 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 coerenza, 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.

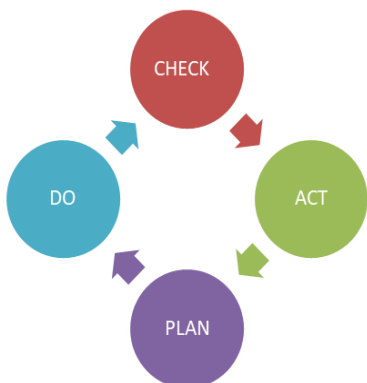
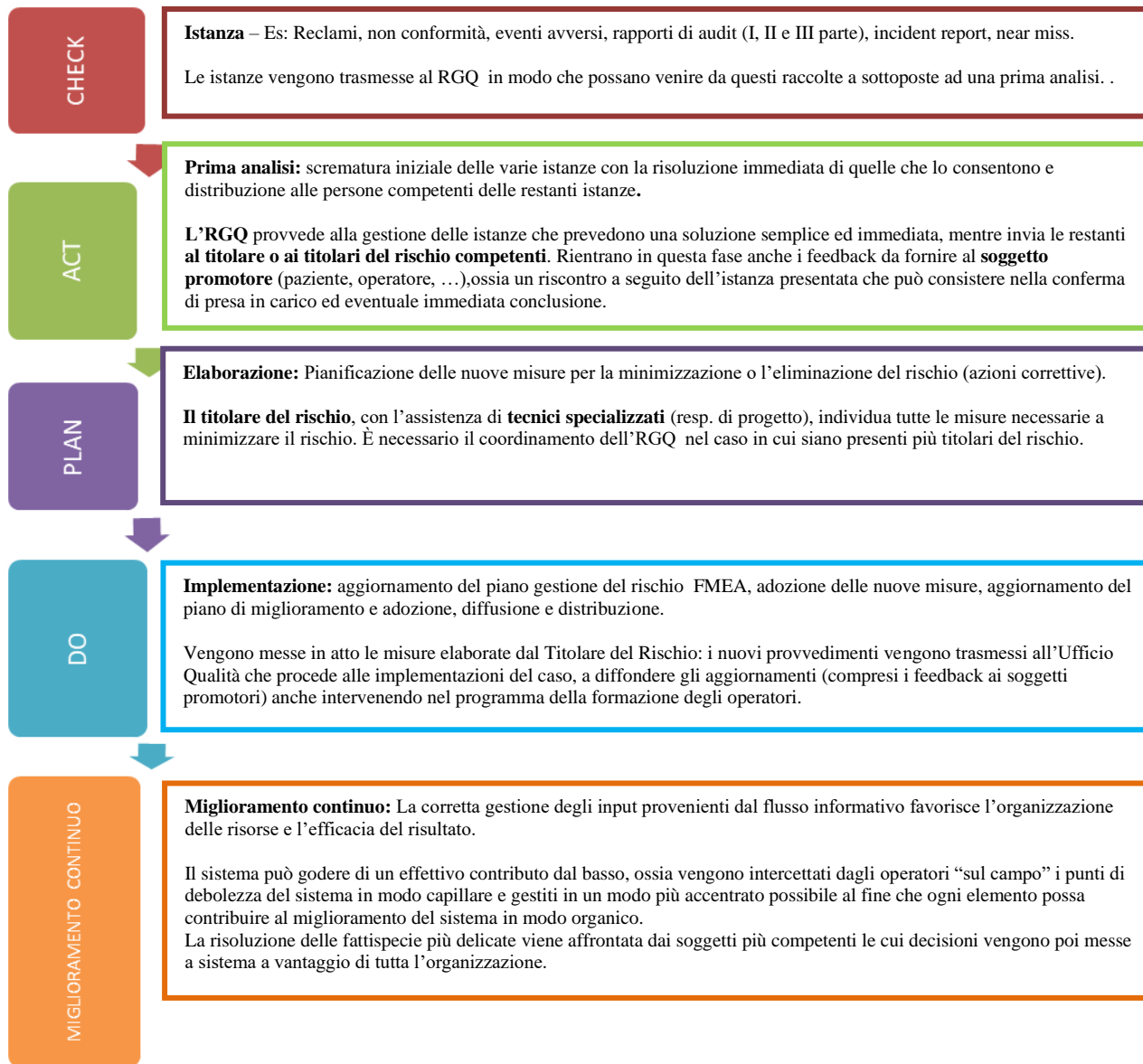
Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si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

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.

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

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

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

3. Gestione incident report anno 2021

Sono state registrate 83 non conformità che hanno generato 29 disservizi ma nessuna criticità, risultando compatibili con le attività (processi di pre-analitica, analitica, post-analitica, medicina del lavoro, prelievi domiciliari e fornitori) sia come numero che come area di interesse.

Le 83 non conformità hanno creato 29 disservizi ma nessun danno per i pazienti. sono stati **registrati 8 eventi avversi e 37 near miss** (derivanti anche dall'analisi delle NC). Nessuna di grave impatto sul paziente.

NON CONFORMITA' e DISSERVIZI

Non Conformità	tot	Acc	Acc.dom	Post. An	Pre. An	Prel.	Prel. Dom	SGQ	Forn.	Giacwnze	MdL	Analit.
Lab. 3	16	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	13
Sabin	83	47	4	7	2	14	2	0	5	0	1	1
RETE	368	116	14	19	10	91	22	2	16	2	2	14

Disservizi	tot	Acc	Acc.dom	Post. An	Pre. An	Prel.	Prel. Dom	SGQ	Forn.	Giacwnze	MdL	Analit.
Lab. 3	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sabin	29	10	0	3	1	8	2	0	5	0	0	0
RETE	117	23	2	5	5	67	8	0	6	0	0	2

Non conformità:

Considerazioni emerse: Il maggior numero di NC si riscontra nei settori in cui vi è maggiore contatto con il pubblico (accettazione e prelievo). I margini pertanto di miglioramento e riduzione delle NC sono da ricercare in misure che vadano a prevenire eventuali problematiche che possano presentarsi con pazienti ed accompagnatori. Da evidenziare come in un laboratorio in particolare vi sia una maggiore sensibilità nella registrazione delle NC.

Azioni di miglioramento: azioni che vadano a migliorare la comunicazione con i pazienti sia a livello documentale (carta servizi, sito web, informative etc...) sia attraverso azioni di sensibilizzazione e formazione sul personale.

Disservizi:

Considerazioni emerse: chiaramente i disservizi risultano maggiore, alla stregua delle NC, nelle attività che coinvolgono il paziente. Risultano in numero molto elevato i disservizi legati al momento del prelievo (errori quindi in fase pre-analitica che richiedono il ritorno del paziente per un nuovo prelievo).

Azioni di miglioramento: riunione con personale prelevatore per analizzare le fattispecie e verificare cause e possibili contromisure.

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

4. 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).

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

ANALISI DELLA DOMANDA E DEI SERVIZI

a) Bacino di utenza

LABORATORIO A. SABIN S.r.l.

Sede operativa	Bacino di utenza	Popolazione
Via Colonnello Fincato,32-Verona	Borgo Venezia	31.000 abitanti
Via Bassa, 25 - Verona	Quartiere di Golosine	25.000 abitanti
Via Lessini, 2 - Cerro Veronese	Cerro Veronese Bosco Chiesanuova Roverè Veronese	12.000 abitanti

b) Numero di prestazioni

L'andamento dell'anno 2020 non è stato preso in considerazione in quanto anno condizionato dalla pandemia covid-19. Per l'anno 2021 (Laboratori Gallieno e San Martino) sono stati determinate anche le prestazioni di Medicina del lavoro.

Anno 2021

	TOTALI	BORGO VENEZIA	GOLOSINE	CERRO VR.SE
Prestazioni	447.001	287.754	107.080	52.167
Prelievi di sangue venoso	50.692	31.920	11.492	7.280
Prelievi microbiologici	515	435	50	30
Prelievi a domicilio	2.000	1.087	549	234

GESTIONE EMERGENZA COVID-19

Le strutture dei tre centri hanno continuato ad adottare tutte le misure necessarie per far fronte all'emergenza Covid 19 seguendo di pari passo le indicazioni normative. Inoltre a maggio 2021 è stata emessa la Istruzione di Lavoro "Gestione paziente e servizi Covid" e ad ottobre 2021 la Istruzione di Lavoro "Green pass" allegata al protocollo Anticontagio Covid19.

Le misure di prevenzione e protezione Anticontagio Covid19 sono state trattate inoltre durante il corso di aggiornamento tenuto dal RSPP agli RLS dei 3 centri ed al personale coinvolto nella formazione generale e specifica tra settembre ed ottobre 2021.

Sono state inoltre effettuate più riunioni di coordinamento tra RSPP e direzioni dei vari centri e più incontri con il personale in merito alle misure adottate e da adottare, soprattutto durante i vari sopralluoghi/audit effettuati dall'RSPP nel corso dell'anno. Nel corso del 2021 sono infatti stati effettuati diversi audit sulla sicurezza da parte dell'RSPP con lo scopo anche di verificare l'applicazione delle misure anti-contagio previste:

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

- Sabin 11/03/2021, 16/04/2021, 27/05/2021, 24/09/2021.

GESTIONE DEL RISCHIO SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Il rischio sul trattamento dei dati, nel 2021, è stato così gestito:

- Formazione privacy e rischio sul trattamento dati a tutto il personale che non aveva ancora sostenuto il corso (vedi piano formativo 2021).
- Verifica dell'apprendimento del corso attraverso il vaglio delle NC riferibili al trattamento dei dati
- Modulo formativo specifico sul trattamento dei dati sulle fattispecie rilevate a tutto il personale coinvolto (tutto il personale di accettazione di tutti e tre i laboratori)
- Audit specifici sul Sistema informativo aziendale.

Audit privacy.

Data	Sede	Ambito	Auditor	Personale coinvolto	Note
30/11/2021	SABIN sede	Trattamento dei dati personali	Andrea Orsi	Francesca Colella	Aggiornamento di n.3 nomine di autorizzato su personale di nuova introduzione. Integrata PIA su trattamento dei dati Test Covid in procedura ad hoc

Data breach 2021:

Nessun data breach che abbia comportato un impatto sulla privacy rilevante in termini riservatezza, integrità e disponibilità dei dati. La procedura di valutazione di eventuali eventi che potessero avere impatto su trattamenti di dati non leciti è stata quella riportata sul sito del Garante della protezione dei dati alla URL <https://servizi.gpdp.it/databreach/s/self-assessment>.

Si rileva solo che nel 2021 sono state avanzate due richieste di cancellazione dei referti (test covid 19). A tali richieste il Titolare del trattamento, sentito il DPO, ha risposto entro il termine definito per legge (1 mese). In entrambi i casi i dati (referto compreso) sono stati cancellati dal software gestionale e pertanto non più accessibili al personale. I dati, anonimizzati, sono stati disposti in una cartella accessibile unicamente al Titolare del trattamento (per poter esercitare il diritto di difesa in caso di azioni che possono coinvolgere la responsabilità sanitaria del DT).

GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

a) Numero di operatori e distribuzione per ruoli

Laboratorio A. SABIN:

PROCESSO		BORGO VENEZIA	GOLOSINE	CERRO
Fase preanalitica	Accettazione	3	1	1

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

	Prelievi	1	1	1
Fase analitica		3		
Fase postanalitica	Validazione del referto	2		
	Preparazione e consegna del referto	2	1	1
	Amministrazione	2		

Il numero di operatori risulta commisurato al volume delle prestazioni erogate. Si sottolinea come tutto lo staff abbia risposto in modo efficace agli adeguamenti necessari a far fronte l'andamento pandemico ed agli adeguamenti organizzativi necessari. Il biennio 2020- 2021 ha dimostrato come l'organizzazione abbia la facoltà, attraverso il sistema di comunicazione interno, coesione e conoscenza di procedure e processi, di adeguarsi in modo efficiente al mutevole contesto. La dimostrazione di ciò sono il numero di reclami (esiguo) e le valutazioni derivanti dall'indagine di soddisfazione dei pazienti.

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE**INDAGINI DI SODDISFAZIONE****a) Pazienti e accompagnatori**

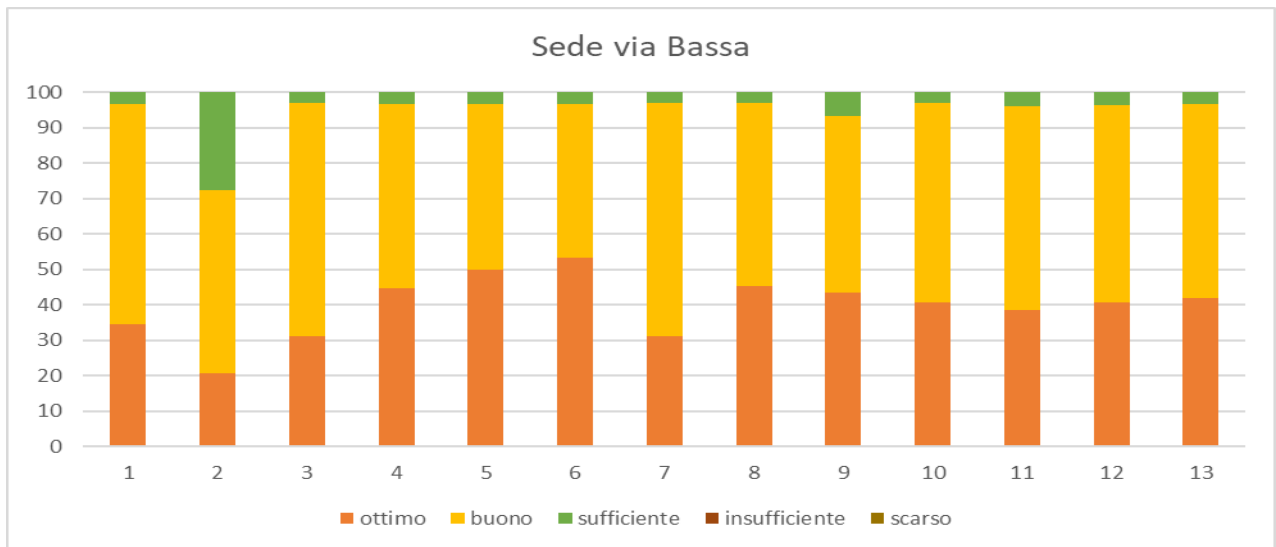
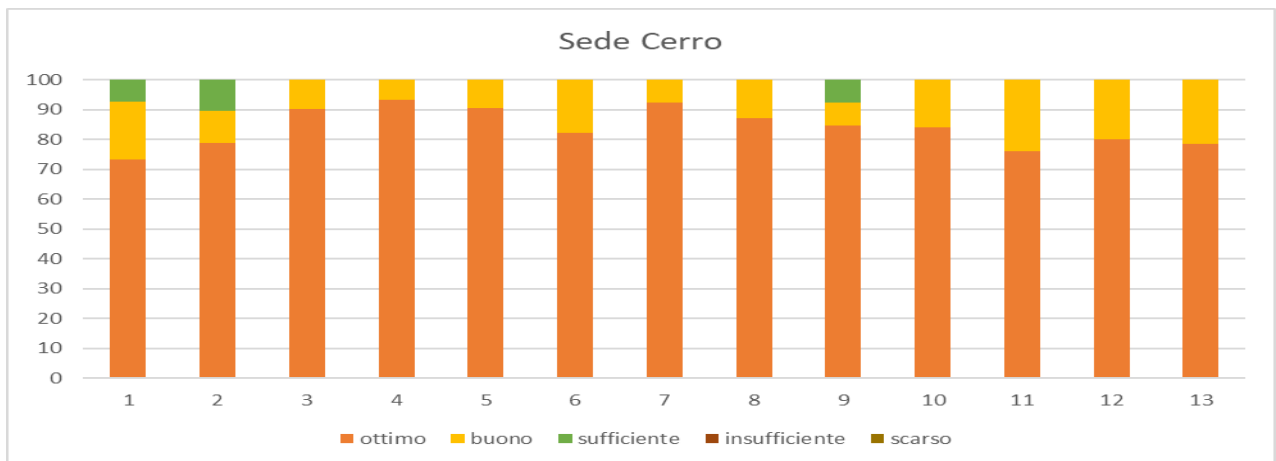
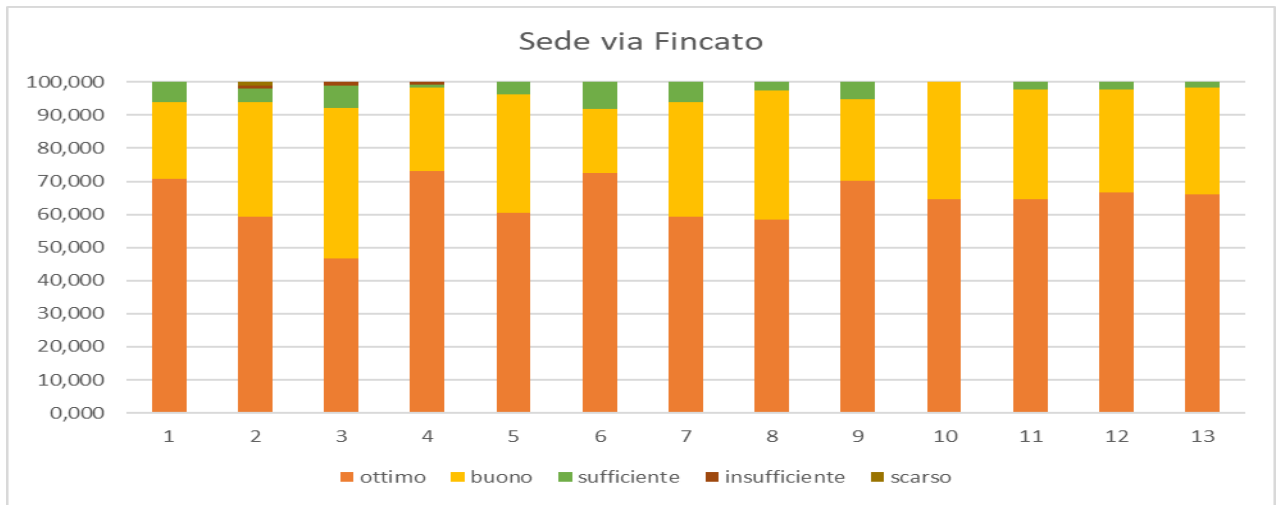
Periodo di svolgimento dell'indagine: 15.12.2021 – 31.01.2022. In tale periodo sono stati distribuiti i questionari per 2-3 settimane presso tutte le sedi (Sede Laboratorio e p.ti prelievi) fino al raggiungimento di un numero significativo di questionari ritirati.

N° questionari ritirati: 465

DOMANDE DEL QUESTIONARIO:

1. Come valuta l'orario ed i giorni di apertura della segreteria del Laboratorio?
2. Come valuta la possibilità di prendere contatto con la segreteria del laboratorio per prenotare o chiedere informazioni?
3. Come valuta, rispetto alle Sue esigenze il tempo di attesa per l'accettazione ed il prelievo?
4. Come valuta la pulizia ed il comfort della sala d'aspetto e della sala prelievi?
5. Come valuta l'informazione a Sua disposizione sui servizi offerti e sulle modalità di effettuazione degli esami?
6. Come valuta l'atteggiamento del personale nei Suoi confronti in termini di gentilezza, correttezza e disponibilità?
7. Il Suo diritto alla Privacy è stato tutelato in modo
8. Come ritiene sia strutturato il referto in termini di leggibilità e chiarezza dei risultati?
9. Come valuta l'effettuazione del prelievo?
10. Tenendo conto dei tempi tecnici necessari all'esecuzione degli esami, come valuta i tempi di consegna dei referti?
11. Qualora ne abbia usufruito, come valuta il servizio di prenotazione on-line?
12. Qualora ne abbia usufruito, come valuta il servizio di referti on-line?
13. Come valuta complessivamente il nostro servizio?

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE



RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

Personale

Esito dei questionari per gli operatori.

Leggenda e significato dei valori da 1 a 4 :

4 = MOLTO 3 = ABBASTANZA 2 = POCO 1 = NO

1. Percezione dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro	
1.1 L'organizzazione, nel suo complesso, trasmette fiducia.	3,40
1.2 Le risorse investite in tecnologia, organizzazione strumenti di lavoro sono adeguate.	3,57
1.3 La formazione ha un ruolo importante nell'organizzazione	3,33
1.4 L'ambiente di lavoro è adeguato alle esigenze di operatori e utenti	3,20
1.5 È garantita la sicurezza degli operatori ed il rispetto dell'ambiente	3,47
1.6 Il carico di lavoro è adeguato	3,27
1.7 Gli strumenti di comunicazione interna sono adeguati	2,93
1.8 Il diritto alla privacy dei lavoratori è garantito	3,53
1.9 Il diritto alla privacy degli utenti è garantito	3,50
1.10 L'organizzazione è strutturata sulla base della centralità del paziente e sulla gestione del rischio clinico.	3,43
2. Percezione dell'attività svolta e coinvolgimento	
2.1 Ti ritieni parte integrante del Laboratorio	3,47
2.2 Ti ritieni corresponsabile dell'attività complessiva	3,47
2.3 Ritieni il tuo ruolo adeguato alle tue aspettative	3,40
2.4 Gli operatori sono coinvolti nella programmazione della formazione.	2,73
2.5 Le informazioni di cui hai bisogno per svolgere il tuo lavoro sono facilmente accessibili o, in ogni caso, sai a chi rivolgerti per accedervi?	3,27
2.6 Sei consapevole di come la tua attività incida sul rischio clinico e sai come contribuire alla prevenzione di tali rischi. (uso della non conformità, evento avverso etc..)	3,47
3. Punti di miglioramento - il laboratorio ha forti margini di miglioramento:	
3.1 Nel clima lavorativo e nel rapporto tra colleghi.	2,71
3.2 Nell'organizzazione del lavoro.	2,93
3.3 Nel rapporto con i pazienti e nella comunicazione verso questi.	2,64
3.4 Indicazioni libere	
4. Sistema Qualità (SQ) e accreditamento istituzionale	
4.1 Sei consapevole di quali siano i requisiti, riferiti alle tue mansioni, che la legge richiede ad una struttura sanitaria per operare in Accreditamento Istituzionale?	3,07
4.2 Ti interesserebbe conoscerli più approfonditamente?	3,07
4.3 LAB 3 ha creato uno "staff qualità" al fine di promuovere il miglioramento continuo dell'organizzazione. Ritieni che ciò abbia impatto positivo sul tuo lavoro?	3,07
4.4 Il sistema qualità (ossia procedure interne, istruzioni di lavoro, modulistica, riunioni, formazione, audit di verifica, gestione non conformità ed eventi avversi) contribuisce a migliorare il tuo lavoro?	3,27
4.5 Il sistema qualità contribuisce a migliorare il servizio rivolto agli utenti?	3,20
4.6 Il sistema qualità contribuisce a gestire in modo più oggettivo e professionale la risoluzione di problematiche?	3,33
4.7 Il sistema qualità fornisce un sistema di comunicazione interno (tra colleghi) ed esterno (verso gli utenti) chiaro ed efficace	3,13

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

RECLAMI, SUGGERIMENTI, COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

a) Reclami

Reclami Sabin 2021 – tabella riassuntiva.

Processo	N. tot	Chiusi	Aperti	Az. Di miglioramento
Pre-analitica - accettazione	5	5	0	//
Domiciliari	2	1	1	Valutazione prenotazione domiciliari con e-mail
Post-analitica	1	1	0	//
Prelievi	1	1	0	Spiegazione al pz.

b) Suggerimenti

- Interni

Sabin 2021:

- Margine di miglioramento nei cambi di operatività, relativi alla comunicazione
- Utili le riunioni periodiche tra gli operatori per analisi dei problemi.
- Necessità di: 1) riunioni con tutto il personale per aggiornamento, novità, dubbi, perplessità. 2) formazione appropriata e contestualizzata ai servizi forniti

- Esterni

Sabin 2021

Processo	N. tot	Az. Di miglioramento
Pre-analitica	1	Copertura area di accesso alla struttura (sede)

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

VERIFICHE DI CONTROLLO QUALITA' E AUDIT INTERNI SUI PROCESSI

a) VEQ e CQI

Vedi Relazione qualità di Rete (pubblicata sul sito web)

b) Audit clinici

Data	Sede	Tipologia	Auditor	Pers. coinvolto
16/12/2021	SABIN Borgo Venezia	Audit clinico	Sonia Colombari	Francesca Colella

c) Audit di processo

Data	Sede	Ambito	Auditor	Personale coinvolto
15/03/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Accettazione	Sonia Colombari	Martina Bragantini
15/03/2021	GOLOSINE	Qualità Accettazione	Sonia Colombari	Gloria Borsati
15/03/2021	GOLOSINE	Qualità Prelievi	Sonia Colombari	Nicolò Tommasi
16/04/2021	CERRO	Qualità Accettazione	Sonia Colombari	Camilla Zangaris
16/04/2021	CERRO	Qualità Prelievi	Sonia Colombari	Mariella Corradi, Massimo Cecchetto
12/05/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Analitica	Sonia Colombari	Francesca Colella, Marcella Pasti, Rossana Gigante, Luigi Tomelleri, Elena Falsirollo, Giovanna Marchi e Sara Tomiati
12/05/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Post-Analitica	Sonia Colombari	Francesca Colella
14/07/2021	Sabin	Qualità – gestione personale	Andrea Orsi	Documentale Massimo Cecchetto
07/10/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Prelievi	Sonia Colombari	Mirella Menegolli, Massimo Cecchetto
07/10/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Conservazione in Analitica	Sonia Colombari	Francesca Colella
08/11/2021	SABIN Borgo Venezia	Qualità Direzionale	Sonia Colombari	Francesca Colella

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

1. OBIETTIVI ANNUALI E PLURIENNALI

a) *Obiettivi organizzativi, misure di miglioramento e stato di avanzamento*

Verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati nel 2021 obiettivi di monitoraggio dei processi (qualità)

	OBIETTIVO 2021 RAGGIUNTO E CONFERMATO ANCHE PER IL 2021
	OBIETTIVO 2021 NON RAGGIUNTO/ABBANDONATO
	OBIETTIVO 2021 PROROGATO 2022 CAUSA EMERGENZA SANITARIA

OBIETTIVI DI MONITORAGGIO DEI PROCESSI (QUALITA') – obiettivi 2021

Laboratorio Sabin:

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
ACC.	Responsabile Accettazione	N° di NC derivante da errori in fase di accettazione minore allo 0,1 % del numero di accettazioni	N° di accettazioni: 50692 N° di NC in ambito accettazione: 47 Rapporto 0,001%
ACC. DOMICILIARI	Responsabile Accettazione	N° di NC derivante da errori in fase di accettazione dom. minore allo 0,2 % del numero di accettazioni dom.	N° di accettazioni domiciliari: 2000 N° di NC in ambito accettazione domiciliari: 4 NC registrata in ambito domiciliare 0,02%
PREL./RACC.	Infermieri/ Accettazione	N° di NC derivante da errori in fase pre-analitica (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici) minore allo 0,2 % del totale dei prelievi	N° di prelievi: 51207 NC in fase pre-analitica (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici): 14 0,002%
PREL. /RACC. DOM.	Infermieri/ Accettazione	N° di NC derivante da errori in fase pre-analitica dom. (modalità di prelievo e raccolta campioni biologici) minore allo 0,2 % del totale dei prelievi dom.	N° di accettazioni domiciliari: 2000 4 NC registrata in ambito domiciliare 0,02%
PREP./ TRASP.	Infermieri/ Accettazione	Massimo N°1 NC/mese generate da errori fase pre-analitica (modalità di preparazione e trasporto dei campioni biologici)	N° di NC : 0,16

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
ANALITICA (da LAB3)	Personale di laboratorio	N° NC generate da errori nella fase analitica (esecuzione degli esami, strumenti, attrezzature) minore dell' 1% del totale degli esami	14 NC
APPROV.	Tutto il personale	Massimo N° 5 NC/ anno generate da fornitori critici (vedi elenco fornitori)	7 NC – Synlab – NC minori.
POST ANALITICA	Accettazione	N° NC derivanti da referti non pronti nei tempi definiti minore dell'1% del totale dei referti.	2 NC
POST ANALITICA	Accettazione	N° NC derivanti da allegati non presenti minore dell'1% del totale dei referti	0 NC
PRIVACY	Titolare al trattamento	Nessuna NC riferita a consegne di referti in manca di deleghe	Nessuna NC da gestione delega
PRIVACY	Titolare al trattamento	Un test in materia di riservatezza, disponibilità ed integrità dei dati	Audit presso il fornitore
PRIVACY	Titolare del trattamento	Gestione data breach: 100% dei trattamenti dei dati non conformi analizzati e gestiti in modo tracciabile e secondo la norma di riferimento.	Nessun evento – data breach
SICUREZZA	Direzioni	Nessuna NC in ambito sicurezza sul posto di lavoro	Nessuna NC in in ambito sicurezza sul posto di lavoro
CONFORMITA' DECRETI CORONAVIRUS	Direzioni	Gestire in modo coordinato la continua evoluzione normativa e le conseguenti istruzioni operative su emergenza coronavirus Acquisto idonei DPI, adeguamenti strutturali (segnaletica sicurezza) e cartella "Coronavirus" in condivisione tra sedi	Audit sicurezza su tutti le sedi – implementazione procedure anti-covid 19

RISORSE STRUTTURALI / ATTREZZATURE SABIN

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
------	--------------	------------------	----------------------------------

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
ACCETTAZIONE SERVICE	Direzione	Accettazione diretta per esami di Synlab Adeguamento programma gestionale CB Sistemi	Obiettivo raggiunto
ACCETTAZIONE / FLUSSO PAZIENTI	Direzione	Migliorare l'accesso pazienti (flusso regolamentato) Totem per accesso pazienti sede Cerro	Abbandonato ritenuto non necessario.

OBIETTIVI STRATEGICI DI RETE

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
PRE-POST-ANALITICA	DT e DG	Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale entro anno 2022	In attuazione
LINEE GUIDA	Direzione	Aggiornamento/conferma annuale delle linee guida scientifiche relative a gestione dei campioni emolitici	Linee guida confermate per il 2021
RISCHIO CLINICO	Direzione	Sviluppo dello strumento informatico per la gestione integrata di NC e Rischio clinico. Compilazione dei rapporti segnalazione eventi avversi e analisi delle cause Riunione inizio anno, revisione semestrale e analisi del Rischio clinico annuale	Sviluppo di foglio excel per l'estrapolazione dati da registro
INTEGRAZIONI E SGQ – CONSORZIO LAB 3	Direzione- RGQ	Uniformare gli standard di servizio e attività delle organizzazioni consorziate al fine di ottimizzazione delle best practice Aggiornamento procedura di approvvigionamento, diffusione e coinvolgimento del personale nella stesura	Nuovo sistema di gestione 2022
FORMAZIONE ESTERNA	Direzione	Continuo aggiornamento del personale e mantenimento di consapevolezza sul SGQ	Svolti corsi sicurezza come da programma
CUSTOMER SATISFACTION	RGQ	Valutazione della percezione dei pazienti rispetto alle attività migliorative Questionari ad hoc per valutazione misure migliorative	Nuovi questionari/ domande

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
CONTRATTO SISTEMA SANITARIO AULSS 9 SCALIGERA	Direzioni	Programmazione accessi in convenzione SSN al fine di commisurare le risorse necessarie in modo sostenibile Non superamento del budget assegnato (da definire attraverso analisi costi benefici)	Nell'anno 2021 lo sfioramento è stato contenuto rispetto agli anni precedenti.
CQI	Direzione	Report CQI Mantenimento o miglioramento risultati rispetto 2019	Obiettivo rispettato
VEQ	Direzione	N° NC VEQ Non avere nessun analita che presenti più di un esercizio non accettabile / anno	Obiettivo rispettato
CONSULENTE MEDICO	Direzione	Definizione responsabilità e ruolo di Medico nominato per tutto consorzio LAB3 Aggiornamento mansionario	Obiettivo in corso. Rallentamento dovuto all'emergenza pandemia. Ad oggi ogni lab. Ha il suo. Vedi obiettivo nuova rete

SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
CONFORMITÀ LEGISLATIVA	Direzione (tutti i centri)	Aggiornare il DVR stress lavoro correlato Revisione DVR	Obiettivo raggiunto
CONFORMITÀ LEGISLATIVA	Direzione Sabin	Aggiornare il DVR chimico Revisione DVR chimico Sabin	Obiettivo raggiunto
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	Obiettivo raggiunto
GESTIONE EMERGENZE	Direzione (tutti i centri)	Effettuare prove di emergenza come da pianificazione 2019-2020-2021 Verbali prove evacuazione	Obiettivo raggiunto
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 informative per consapevolezza del personale	Obiettivo raggiunto - procedure anti-covid (corsi)

RELAZIONE PER I PORTATORI DI INTERESSE

AREA	RESPONSABILE	OB. / Indicatore	Risultato e note della direzione
COORDINAMENTO	Direzione (tutti i centri)	Effettuare riunione periodica condivisa tra le strutture Verbale di riunione	Obiettivo in corso. Rallentamento dovuto all'emergenza pandemia – vedi nuovo obiettivo / nuova rete
GESTIONE RISCHIO AMBIENTALE	RSPP	Analisi più approfondita del rischio ambientale Relazione allegata a DVR o aggiornamento analisi FMEA	Obiettivo in corso. Rallentamento dovuto all'emergenza pandemia

Obiettivi anno 2022-2023

- Gli obiettivi di processo del 2021 sono confermati anche per l'anno 2022.

Inoltre:

- Poltrona e tavolo prelievi (sede)
- Arredamento sede di Cerro