

# LABORATORIO ANALISI CLINICHE TIBURTINO

## VERBALE DI RIESAME

ANNO 2023

Rev. 00 del 22 01 24

La Direzione *RaMouti*

## SOMMARIO

1.	Dati in Ingresso.....	3
1.1.	Riesame Politica, Analisi del Rischio/Opportunità e Analisi del Contesto.....	3
1.2.	Revisione periodica degli obiettivi e dei bisogni dell'utente.....	3
1.3.	Riesame Obiettivi e Monitoraggio delle performance attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori e .....	4
	Indicatori di performance per volumi di prestazioni .....	9
	Indicatori di performance per volumi di prestazioni .....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
1.4.	I cambiamenti da apportare alle risorse umane e tecnologiche .....	10
1.5.	Analisi della soddisfazione dell'utente; .....	10
	Indicatori di performance Analisi QSC .....	10
1.6.	Analisi dei reclami.....	12
1.7.	Analisi dei risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni;.....	12
1.8.	Verifica Efficacia Indicatori/Parametri di Misurazione e Monitoraggio dei processi.....	12
1.9.	Analisi delle risultanze derivanti dall'esecuzione di Audit interni sul sistema di gestione e sui processi.....	12
1.10.	Analisi NC AC AP .....	13
1.11.	Modifiche al Sistema di Gestione per la Qualità e revisione della documentazione (valutazione adeguatezza procedure/processi/ prestazioni) .....	15
1.12.	Analisi dei precedenti report annuali. ....	15
2.	ASSESSMENT ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE .....	16
2.1.	Valutazione delle priorità, individuazione e implementazione specifiche azioni per il miglioramento e monitoraggio della loro efficacia .....	16
2.2.	Qualità delle prestazioni e dei servizi.....	19
2.3.	Inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti o componenti.....	22
2.4.	Programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio. ....	22
2.5.	Risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale .....	22
2.6.	Revisione Carta dei Servizi e Guida ai servizi.....	23
2.7.	Disservizi.....	23
2.8.	Periodica rivalutazione della Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e degli operatori e dell'efficacia delle modalità di diffusione e distribuzione. ....	23
2.9.	Risultanze survey Utenza: anche in relazione alle informazioni fornite dall'organizzazione e accessibilità ai servizi e dei processi di comunicazione delle informazioni agli utenti anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate.....	23
2.10.	Monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti e rivalutazione aree di rischio .....	24
2.11.	Segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella.....	24

2.12.	Soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività, diffusione di buone pratiche, messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio	24
2.13.	Fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative.....	24
2.14.	Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle attività: azioni di miglioramento per l'accesso agevolato alle prestazioni, della semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente; efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accoglienza e l'accessibilità. ....	25
3.	Raccomandazioni per il Miglioramento.....	25
3.1.	Azioni da attuare.....	25

## 1. DATI IN INGRESSO

### 1.1. Riesame Politica, Analisi del Rischio/Opportunità e Analisi del Contesto

La politica risulta adeguata, pertanto si riconfermano gli obiettivi con riferimento alla norma UNI EN ISO 9001. Alla luce delle osservazioni saranno riesaminati e rivisti i rischi di processo al fine di evidenziare le vulnerabilità e relative misure di mitigazione sulla base di un piano di monitoraggio operativo in cui siano evidenziati per il contesto interno/esterno: minacce/opportunità/punti di forma e debolezze

### 1.2. Revisione periodica degli obiettivi e dei bisogni dell'utente

Sono stati individuati i seguenti fabbisogni/obiettivi con riferimento all'Utenza della struttura:

Ricevere prestazioni diagnostiche secondo le tempistiche definite e tendenti ad un abbattimento dei tempi di attesa nel rispetto dei principi guida delle strutture sanitarie:

1. **ACCESSIBILITÀ:** Il Paziente ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità d'accesso e alle relative competenze, la struttura ha pertanto predisposto per gli Utenti (Pazienti e familiari), una Carta dei Servizi Sanitari.

2. **UMANIZZAZIONE:** Il Paziente ha diritto di essere assistito e curato con premura ed attenzione, nel rispetto della dignità umana e delle proprie convinzioni filosofiche e religiose. Egli chiede la soddisfazione del suo bisogno diagnostico. Per tale motivo, la persona umana, nella globalità delle sue dimensioni e di suoi bisogni, è al centro degli interessi della Rete ed è assunta a costante punto di riferimento per la programmazione, l'organizzazione, la gestione ed il controllo dell'attività aziendale.

3. **APPROPRIATEZZA:** Il Paziente ha il diritto di ottenere dal sanitario informazioni complete e comprensibili. Disponibilità del referente all'informazione con continuità, Consenso informato del Paziente, Protocolli e linee guida per le buone pratiche di laboratorio. Corrispondenza tra quanto richiesto dal medico prescrittore e quanto refertato dalla struttura

#### 4. RIDUZIONE DEI TEMPI E LISTE D'ATTESA:

Agli Utenti è garantita la continuità dell'erogazione prestata senza interruzione della stessa nello spazio e nel tempo, allo scopo di ridurre i vari problemi ad essi inerenti.

Dall'inizio delle attività ambulatoriali ad oggi, non si sono mai verificati eventi tali da giustificare la gestione di liste d'attesa finalizzate alla prenotazione e pianificazione dei trattamenti dei Pazienti.

5. CONTINUITA' DELLE CURE: Agli Utenti è garantita la continuità dell'erogazione prestata senza interruzione della stessa nello spazio e nel tempo, allo scopo di ridurre i vari problemi ad essi inerenti.

Dall'inizio delle attività ambulatoriali ad oggi, non si sono mai verificati eventi tali da giustificare la gestione di liste d'attesa finalizzate alla prenotazione e pianificazione dei trattamenti dei Pazienti (per le prestazioni del laboratorio ad eccezione di prestazioni effettuate in giornate specifiche). Per tutte le altre prestazioni (MOC, Ecografie etc) l'Utente richiede l'appuntamento al fine di gestire con tempi di attesa inferiori alla settimana.

6. RIDUZIONE DEI RISCHI: La struttura garantisce uno spazio per le attese arredato e confortevole anche per gli eventuali accompagnatori, locali puliti con microclima adeguato, servizi igienici adatti anche per i portatori di handicap, percorsi idonei, valutazioni dei rischi ai sensi del D.Lgs. 81/08, programma degli interventi migliorativi da attuare

Tali sono riconosciuti quali obiettivi e bisogni dell'Utenza soggetti a review in occasione del prossimo riesame.

### 1.3. Riesame Obiettivi e Monitoraggio delle performance attraverso l'utilizzo di un sistema di indicatori e

La Direzione sulla base degli obiettivi strategici sopra definiti al fine di garantirne la piena attuazione, ha provveduto a consuntivare come di seguito riportato gli **Obiettivi dell'Organizzazione** i risultati conseguiti nell'anno con riferimento a quando definito nel precedente piano di Miglioramento:

- Indicatori di performance
- Valori Target
- Risultato conseguito
- Commenti

Attraverso questo documento la Direzione ha condiviso lo stato di raggiungimento degli obiettivi strategici, reso operativa e trasparente i criteri di misurazione delle performance e ha evidenziato il contributo delle Risorse nel raggiungimento degli obiettivi stessi.

Obiettivo	Responsabili	Indicatori	Valori Target	Risultato Raggiunto	Commenti
<p><b>Certificazione di Qualità in conformità a standard internazionali riconosciuti: Transizione UNI EN ISO 9001:2015 e mantenimento della conformità ai requisiti di autorizzazione/accreditamento della Regione Lazio assicurare un'efficace gestione del Sistema Qualità attraverso una verifica della continua adeguatezza delle procedure rispetto alle attività svolte. Al fine di garantire tale obiettivo il personale è chiamato a lavorare in autocontrollo verificando la congruenza e la conformità delle attività svolte.</b></p> <p><b>Assicurare un'efficace gestione del Sistema Qualità</b></p>	<b>Tutte le Funzioni</b>	<b>Indice di Valutazione Audit</b>	<b>I.V. V.I.I ≥80%</b>	<b>I.V. V.I.I ≥80%</b>	Nell'anno sono state compiutamente attuate le azioni previste nell'ambito del SQ.
<p><b>Incrementare il Fatturato garantendo sempre un elevato livello nelle prestazioni sanitarie.</b></p>	<b>Direzione</b>	<b>Fatturato</b>	<b>Consolidamento dei valori di fatturato</b>	<b>Consolidamento dei valori di fatturato</b>	L'indicatore evidenzia una performance soddisfacente.
		<b>Volume di prestazioni stratificate per tipologia di Utenza:</b>	<b>Analisi dei Dati delle Prestazioni</b>	<b>vedi analisi prestazioni</b>	I volumi di prestazioni erogate sono progressivamente diminuiti rispetto al 2021. Il decremento è dato dal confronto con dati del 2021 che tenevano conto (come evidenziato nella relazione di bilancio) dell'aumento di prestazioni post covid, ora tornato ad un livello di "normalità" ed è comunque bilanciato da un incremento delle prestazioni in regime privato come evidenziato dall'andamento delle performance di fatturato
		<b>Esenti/Tiket</b>		<b>vedi analisi prestazioni</b>	
		<b>Privato</b>		<b>vedi analisi prestazioni</b>	
<p><b>Individuare eventuali Gap tra la Qualità Prestata e la Qualità Percepita/Attesa, al fine di rilevare opportunità di miglioramento attraverso la sistematica raccolta e somministrazione dei questionari di soddisfazione e la formalizzazione di reclami/lamentele/suggerimenti formulate da parte degli Utenti</b></p>	<b>Tutte le Funzioni</b>	<b>Questionari di Soddisfazione</b>	<b>Analisi dei Dati QSC</b>	<b>Vedi Analisi dati QSC</b>	
			<b>Percentuale di ritorno</b>	<b>90%</b>	
<p><b>Assicurare un' efficace gestione dei reclami da parte degli Utenti/Clienti, rilevando reclami/segnalazioni anche verbali</b></p>	<b>Tutte le Funzioni</b>	<b>Reclami</b>	<b>Analisi dei Dati Reclami</b>	<b>nessun reclamo</b>	Non sono stati rilevati reclami da parte dei Clienti

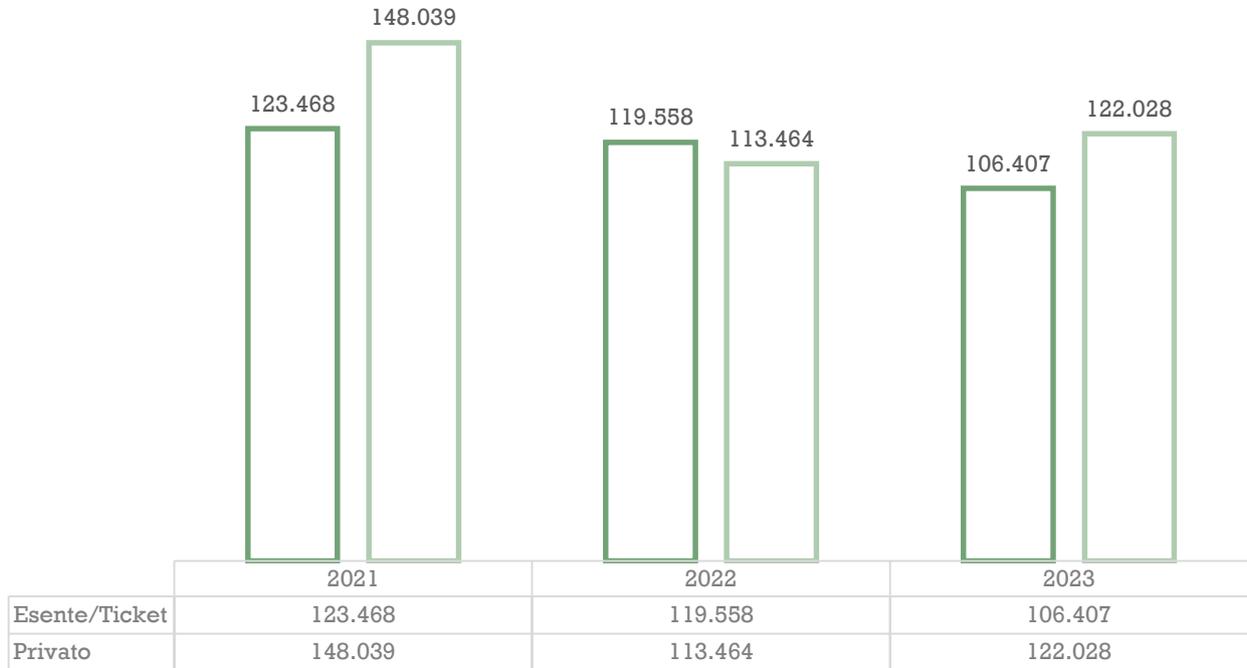
<p><b>Incrementare l'efficace gestione delle attività afferenti al processo di Accettazione degli Utenti, dell'esecuzione delle prestazioni diagnostiche e Refertazione. Al tal fine il personale deve prestare la massima assistenza all'utente in termini di informazione e comunicazione delle modalità di accesso al servizio e successivamente eseguire le attività nel rispetto delle procedure implementate</b></p>	<p><b>Tutte le Funzioni</b></p>	<p><b>NC e Volumi prestazioni stratificate per anno</b></p>	<p><b>Analisi dei Dati</b></p>	<p><b>Vedi Analisi dati</b></p>	<p>Gli indicatori evidenziano un'efficace gestione del processo. Per quanto concerne il volume delle prestazioni si rimanda a quanto sopra descritto</p>
<p><b>Incrementare l'efficace/efficiente gestione delle attività afferenti al Processo di gestione approvvigionamenti e un'efficace gestione del parco fornitori e uno standard qualitativo elevato delle Forniture. Al fine di conseguire tale obiettivo tutti gli approvvigionamenti effettuati mediante ordini formalmente documentati devono essere verifica in termini di rispondenza rispetto ai requisiti espressi per la fornitura. Inoltre gli approvvigionamenti devono essere effettuati presso fornitori opportunamente qualificati.</b></p>	<p><b>Personale Tecnico</b></p>	<p><b>NC afferenti il processo</b></p>	<p><b>NC non gestite entro le tempistiche = 0</b></p>	<p><b>NC=0</b></p>	<p>Gli attuali fornitori sono pienamente affidabili in quanto per la maggior parte fornitori storici; ciò garantisce un elevato grado di sicurezza nella qualità delle forniture e nella possibilità di instaurare un rapporto di piena collaborazione.</p> <p>In effetti, i dati rivelano un'efficace gestione delle attività afferenti alle attività di selezione, valutazione, qualifica dei fornitori, gestione degli ordini d'acquisto e gestione magazzino in relazione alla mancanza di anomalie.</p> <p>In particolare il Sistema qualità implementato consente di monitorare i fornitori in modo costante e sistematico e di dare evidenza del processo di selezione e qualifica dei fornitori. Consente altresì di documentare in modo sistematico i dati di acquisto e la gestione dei prodotti approvvigionati.</p> <p>Nel 2024 si valuterà un nuovo fornitore per il servizio di servizio di fornitura, trasporto e smaltimento rifiuti speciali, in quanto l'attuale fornitore non ha disponibilità di un consulente ADR, adempimento di nomina da parte dell'organizzazione</p>
<p><b>Incrementare l'efficace gestione delle attività afferenti alla gestione delle Attrezzature, mediante l'efficace applicazione dei Piani di Manutenzione e la trascrizione della manutenzione effettuata.</b></p>	<p><b>Personale Tecnico</b></p>	<p><b>NC afferenti il processo</b></p>	<p><b>NC non gestite entro le tempistiche = 0</b></p>	<p><b>NC=0</b></p>	<p>"Fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative:</p> <p>I fabbisogni emergenti e le innovazioni tecnologiche e organizzative sono rilevati mediante segnalazioni documentate da parte del Personale al DT</p> <p>Tutte le funzioni sono coinvolte nel processo di adozione delle innovazioni tecnico-professionali e organizzative, nell'ambito delle riunioni periodiche</p> <p>L'intero percorso dell'innovazione-valutazione- adottato viene monitorato</p> <p>Sulla base delle analisi effettuate e delle criticità riscontrate, la Direzione e i singoli dirigenti effettuano una valutazione delle priorità, individuano e implementano specifiche azioni per il miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni</p>

					tecnico- professionali e organizzative; controllando, inoltre, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati, mediante attivazione di specifiche azioni preventive."
<b>Assicurare un'efficace gestione delle Risorse, in termini di abilità competenza, partecipazione costruttiva al miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità implementato, attraverso la valutazione del fabbisogno formativo e il riesame della formazione effettuata.</b>	<b>Direzione</b>	<b>NC per carenza risorse o competenze</b>	<b>NC per carenza risorse o competenze = 0</b>	<b>NC=0</b>	Nel caso della Valutazione del personale, i risultati ottenuti sono molto apprezzabili. Si è potuto osservare un lento ma progressivo e costruttivo avvicinamento di tutto il personale al sistema di qualità che ad oggi risulta sufficientemente assunto. Non si registrano non conformità dovute a carenze di risorse/competenza del personale. Per quanto concerne le attività di formazione/addestramento: • il Piano di Formazione attuale è stato verificato nel corso dell'anno e rispettato.; sono infatti stati effettuati dalle funzioni • interessate i corsi di formazione/addestramento previsti. • la Formazione/Addestramento svolta è risultata efficace rispetto agli obiettivi attesi e in rapporto al fabbisogno formativo espresso
<b>Recepimento dei requisiti previsti dal Regolamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo E Del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)</b>	<b>Direzione</b>	<b>Completamento attività</b>	<b>Completamento attività al 100%</b>	<b>Completamento attività al 100%</b>	Gli audit evidenziano un' efficace implementazione

A seguire si riportano le performance degli indicatori relativi ai volumi di prestazioni misurate nel triennio.

### Prestazioni 2021-2023

■ Esente/Ticket ■ Privato



#### INDICATORI DI PERFORMANCE PER VOLUMI DI PRESTAZIONI

Gli indicatori evidenziano un decremento del numero di prestazioni imputabile alla fine dell'evento pandemico, compensati da un aumento delle richieste di prestazioni in regime privato.

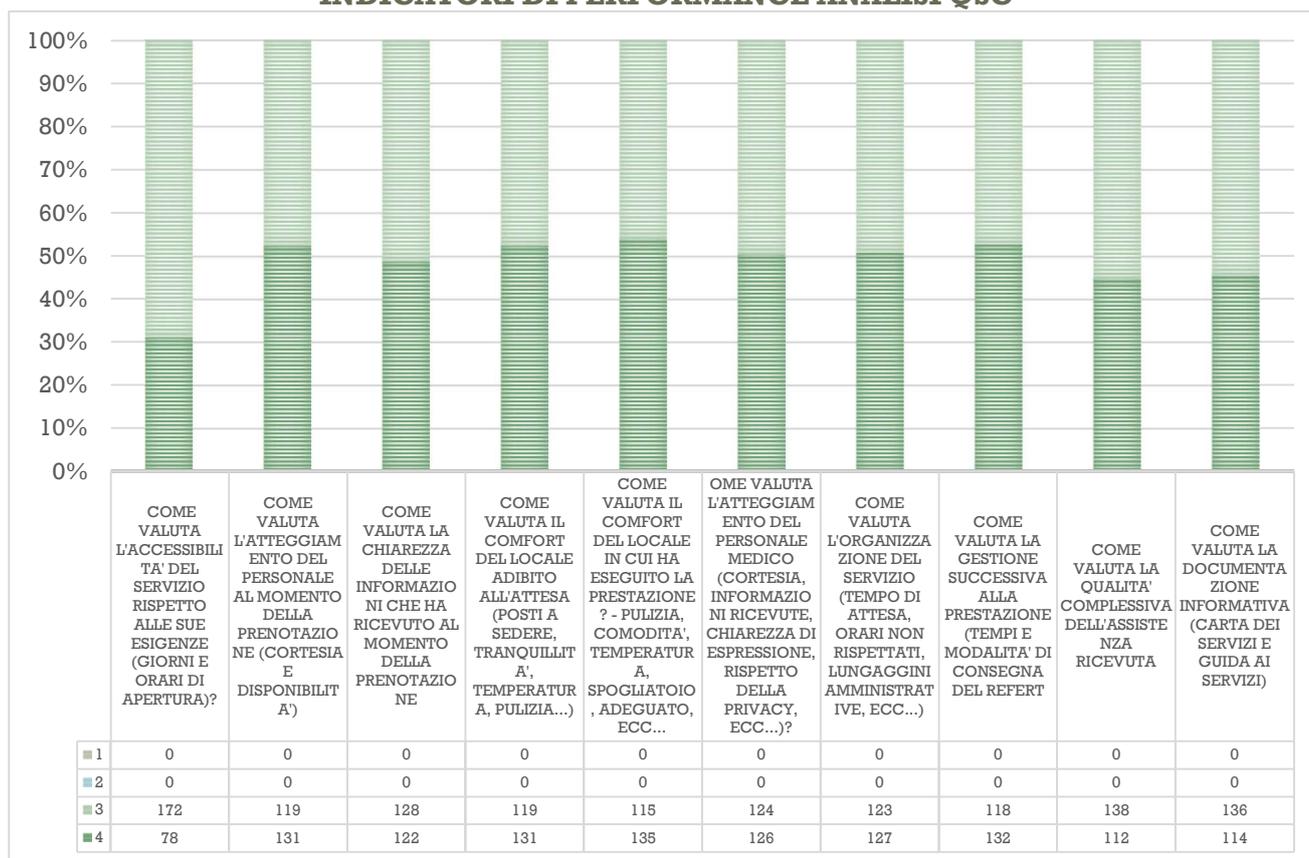
### 1.4. I cambiamenti da apportare alle risorse umane e tecnologiche

Le risorse Umane anche alla luce delle integrazioni di organico nel 2023 sono adeguate rispetto al carico di lavoro e ai flussi di utenza del laboratorio.

Le risorse Tecnologiche sono adeguate e efficienti a gestire il carico di lavoro/prestazioni erogate. Nel corso del 2024 saranno valutate necessità di sostituzione delle apparecchiature per esigenze di miglioramento delle prestazioni e prevenzione di obsolescenza delle apparecchiature stesse.

### 1.5. Analisi della soddisfazione dell'utente;

#### INDICATORI DI PERFORMANCE ANALISI QSC



Nell'anno 2023 il monitoraggio della soddisfazione dell'Utente, effettuato mediante la somministrazione di un questionario su un campione significativo rispetto alla numerosità degli accessi ma ancora inferiore rispetto a quanto richiesto dall'accreditamento, con un ritorno pari a **250** questionari compilati, ha

confermato risultati pienamente soddisfacenti in quanto tutti i parametri di valutazione hanno ricevuto una valutazione compresa tra **soddisfatto e molto soddisfatto**.

In particolare sono emersi quali punti di forza in ordine decrescente (con valore pari a 4):

- il comfort del locale in cui ha eseguito la prestazione - pulizia, comodità, temperatura, spogliatoio, adeguato, ecc...
- la gestione successiva alla prestazione (tempi e modalità di consegna del refert)
- l'atteggiamento del personale al momento della prenotazione (cortesia e disponibilità)
- il comfort del locale adibito all'attesa (posti a sedere, tranquillità, temperatura, pulizia...)
- l'organizzazione del servizio (tempo di attesa, orari non rispettati, lungaggini amministrative, ecc...)
- l'atteggiamento del personale medico (cortesia, informazioni ricevute, chiarezza di espressione, rispetto della privacy, ecc...)?
- la chiarezza delle informazioni che ha ricevuto al momento della prenotazione
- la documentazione informativa (carta dei servizi e guida ai servizi)
- la qualità complessiva dell'assistenza ricevuta
- l'accessibilità del servizio rispetto alle sue esigenze (giorni e orari di apertura)?

Tutti questionari sono stati compilati dall'utente con garanzia dell'anonimato e gestiti secondo i principi in materia di tutela e trattamento dei dati disposti dal Garante Privacy mediante la normativa e le Linee Guida.

Per quanto concerne il raggiungimento della soglia minima di campionamento richiesto dalla Regione Lazio saranno valutati strumenti di survey idonei rispetto al volume delle prestazioni.

### 1.6. Analisi dei reclami

Nell'anno 2023 non sono stati presentati reclami.

### 1.7. Analisi dei risultati delle valutazioni esterne di qualità e dei controlli di qualità interni;

Nell'anno 2023 i CQI eseguiti e le VEQ hanno evidenziato un livello di determinazione analitica qualitativamente affidabile e accurata come evidenziato nei verbali di area di analisi e valutazione.

### 1.8. Verifica Efficacia Indicatori/Parametri di Misurazione e Monitoraggio dei processi

Gli Indicatori/Parametri di misurazione/monitoraggio dei processi individuati sono efficaci e coerenti rispetto ai requisiti da tenere sotto controllo.

### 1.9. Analisi delle risultanze derivanti dall'esecuzione di Audit interni sul sistema di gestione e sui processi

#### Audit Interni 2023

Nel complesso l'indice di valutazione riportato con riferimento ai processi sopraindicati è nel complesso pari al 90% e con valori mai inferiori all'85%.

Le uniche osservazioni riguardavano:

- l'individuazione e l'adozione di strumenti di survey idonei a garantire il target minimo di risultanze pari al 10% delle prestazioni erogate, come richiesto dalla Regione Lazio e come indicato nel riesame della Direzione per l'anno 2023: in corso di valutazione anche per il 2024
- Utente AC del 12 10 23 nel rilasciare il consenso al trattamento dati ai sensi del GDPR, documenta diniego al consenso per invio del referto on line, con referto poi visualizzato (come da richiesta dell'utente stesso on line). Si raccomanda di verificare quanto autorizzato dal paziente e trattare i dati in modo congruente. In sostanza se l'utente richiede l'invio del referto on line deve autorizzare il trattamento: sensibilizzate le funzioni nel corso dell'audi
- Valutare la possibilità di tracciare a livello informatico le autorizzazioni rilasciate dall'utente al fine di trattare i dati in modo congruente
- Nell'informativa per il consenso al trattamento dati si dichiara una conservazione a tempo indeterminato per qualunque tipo di prestazione. In realtà il tempo di conservazione dovrebbe essere limitato all'esecuzione della prestazione. Il criterio della conservazione a tempo indeterminato non trova una base giuridica legittimante per prestazioni ambulatoriali. Si raccomanda di rivalutare le tempistiche.

Si raccomanda di verificare entro novembre la sostituzione delle piastre del defibrillatore

#### Azioni intraprese:

Valutazione delle azioni mediante incontro con le funzioni interessate per attuazione azioni di rimedio:

#### Azioni di rimedio:

Con riferimento alle osservazioni:

- Osservazione 1 - Il primo sarà preso in carico dalla Direzione per le necessarie valutazioni e valutare le possibili soluzioni offerte dal mercato.
- Osservazione 4-Segnalazione alla Direzione e dpo
- Osservazione 2-3-5-Sensibilizzazione del Direttore tecnico e degli operatori interessati nel corso del presente incontro a verificare la tipologia di trattamento autorizzato, tracciare a livello informatico

## **Audit di parte Terza**

Nel corso dell'audit di parte terza del 28 11 2023 sono emerse le seguenti criticità

### **Osservazioni**

Anche se gli interventi di manutenzione ordinaria sono correttamente registrati sulla scheda di manutenzione, sarebbe opportuno specificare per tutti i macchinari la data di esecuzione del controllo e non solo il mese di riferimento

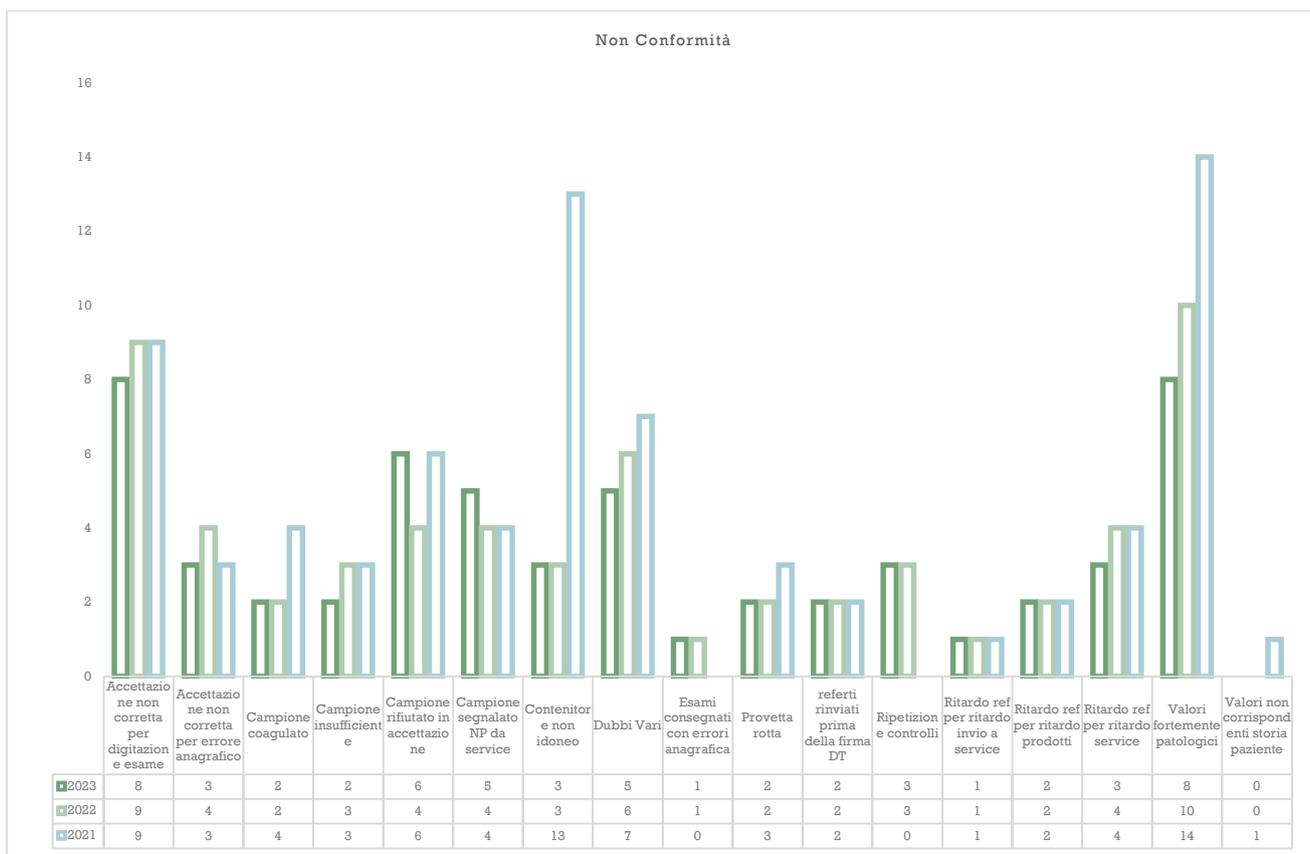
### **Azioni intraprese:**

- Sensibilizzazione mediante incontro con le funzioni interessate per attuazione indicazione

## **Analisi NC AC AP**

### **NC Interne**

Si riporta a seguire l'analisi statistica delle NC rilevate nel corso dell'anno e il confronto con gli anni precedenti:



Le NC rilevate sono sostanzialmente in linea con gli anni precedente, quelle a maggior incidenza sono da imputare a:

- Accettazione non corretta per digitazione esame
- Valori fortemente patologici
- Campione rifiutato in accettazione
- Campione segnalato NP da service
- Dubbi Vari

Sono calati i casi per contenitore non idoneo

Sono comunque periodicamente discusse e trattate nell'ambito delle riunioni di area.

**1.10. Modifiche al Sistema di Gestione per la Qualità e revisione della documentazione (valutazione adeguatezza procedure/processi/prestazioni)**

Non sono state apportate significative modifiche al Sistema di Gestione per la Qualità. Le procedure e la documentazione è adeguata.

**1.11. Analisi dei precedenti report annuali.**

Sono stati compiutamente implementati gli obiettivi prefissati e in ogni caso confermati anche per l'anno precedente in quanto funzionali al monitoraggio dei processi.

## 2. ASSESSMENT ORGANIZZATIVO E PERFORMANCE

### 2.1. Valutazione delle priorità, individuazione e implementazione specifiche azioni per il miglioramento e monitoraggio della loro efficacia

La Direzione valuta le priorità, individua e implementa specifiche azioni per il miglioramento:

Item	Obiettivi/Azioni di Miglioramento	Risultati Raggiunti/Monitoraggio efficacia
Qualità del sistema delle reti	Individuazione strutture partner in adempimento alle indicazioni in tema di contenimento della spesa, sia l'efficientamento e l' ammodernamento del sistema	Obiettivo in corso di attuazione
Qualità dei processi, dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega	Indicatori di processo formalizzazione di deleghe al fine di garantire continuità nei servizi	Obiettivo in corso di attuazione
Performance	Monitoraggio indicatori di processo	Gli indicatori evidenziano un efficace performance di processo
Qualità delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi e nel materiale informativo a disposizione degli utenti e degli operatori	Revisione	La carta dei servizi è aggiornata e adeguata
qualità della fase pre-analitica/analitica/post analitica	Monitoraggio NC	Le NC di processo evidenziano un andamento di ampia soddisfazione anche in rapporto al volume di prestazioni
qualità e sicurezza della rintracciabilità e trasporto dei campioni	Monitoraggio NC	Le NC evidenziano un andamento di ampia soddisfazione anche in rapporto al volume di prestazioni
gestione dei materiali e reagenti;	Andamento dei consumi in rapporto ai volumi di prestazioni erogate: congruità	I consumi evidenziano un andamento congruo anche in rapporto al volume di prestazioni
programma di gestione del rischio ambientale;	Valutazione rischio chimico, sostituzione prodotti a impatto critico, corretto conferimento dei rifiuti	Obiettivo in corso di attuazione
piano per il potenziamento o sostituzione di impianti o componenti necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura	Monitoraggio prestazioni	Gli indicatori evidenziano un efficace performance
programma di gestione e manutenzione delle attrezzature;	Tenere sotto controllo lo stato di efficienza delle attrezzature e monitorarne l'accuratezza	Le attrezzature sono accurate e idonee nell'esecuzione delle prestazioni richieste dall'utenza
programmi di formazione e addestramento per l'utilizzo, la manutenzione e la dismissione di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali (in fase iniziale e con cadenza periodica semestrale)	Garantire il possesso delle idonee competenze del personale	Sono eseguite formazioni specifiche propedeutiche all'uso di nuovi apparecchi o comunque ripetute con cadenza semestrale
Formazione necessaria e specifica	Garantire un elevato grado di competenza e consapevolezza di tutto il personale	Sono stati effettuati i corsi a carattere cogente (sicurezza, tutela e tramento dei dati) e formazione specifica inerente il

Item	Obiettivi/Azioni di Miglioramento	Risultati Raggiunti/Monitoraggio efficacia
		SGQ
qualità dei programmi di orientamento e dei piani per l'inserimento dei nuovi addetti. Controlla, altresì, che le azioni intraprese abbiano raggiunto i risultati desiderati	Garantire un elevato grado di competenza e consapevolezza di tutto il personale neo assunto	Sono previsti e effettuati programmi di formazione specifica. Inoltre per un determinato periodo la risorsa opera sotto il coordinamento della risorsa più anziana
efficacia del sistema di comunicazione interna alla struttura	Garantire un idoneo scambio di informazioni affinché tutto il personale abbia un livello omogeneo di consapevolezza nell'approcciare le diverse tematiche/eventuali criticità	La dimensione organizzativa della struttura e l'articolazione organizzativa da facilitare un continuo scambio di informazioni, Inoltre sono cadenzati incontri con vari focus al fine di stimolare anche nell'ambito di percorsi strutturati momenti di condivisione e confronto
qualità del sistema di comunicazione interna alla struttura che favoriscano la partecipazione degli operatori	Garantire un idoneo scambio di informazioni affinché tutto il personale abbia un livello omogeneo di consapevolezza nell'approcciare le diverse tematiche/eventuali criticità	La dimensione organizzativa della struttura e l'articolazione organizzativa da facilitare un continuo scambio di informazioni, Inoltre sono cadenzati incontri con vari focus al fine di stimolare anche nell'ambito di percorsi strutturati momenti di condivisione e confronto
clima organizzativo e la soddisfazione degli operatori	Garantire un clima di lavoro sereno e inclusivo volto a stimolare un approccio proattivo e consapevole da parte di tutto il personale e di compliance agli obiettivi prefissati	Le risultanze della survey interna e la partecipazione del personale in momenti di incontro strutturati o durante la normale operatività evidenziano un efficace livello di compliance da parte di tutte le risorse
specifiche aree target di miglioramento in relazione alla soddisfazione dell'Utenza (esito indagini/gestione reclami)	Migliorare il livello di accoglienza a causa della necessità di evitare assembramenti e effettuare il triage in attuazione alle misure di contenimento covid	Le risultanze del monitoraggio hanno evidenziato questo aspetto come migliorabile. Al fine di garantire l'efficace implementazione di tale obiettivo è stata inserita una nuova risorsa con rapporto libero professionale dedicata all'accoglienza e all'orientamento dell'utenza. Sulla base dell'andamento dei questionari/reclami nel 2023 si valuteranno ulteriori azioni
miglioramento delle attività in base alle evidenze scientifiche disponibili e dell'appropriatezza delle prestazioni	Rispettare temi di esecuzione, validazione e consegna referto con garanzia di un elevato livello qualitativo mediante il continuo delle metodiche analitiche e acquisizione di apparecchi multiparametrici	Compiuta attuazione dell'obiettivo
miglioramento della sicurezza e della gestione dei rischi	Riesame Mappatura dei rischi e piano di mitigazione	Non sono emersi nuovi rischi, i livelli di quelli mappati sono rimasti invariati, non sono definite ulteriori misure
valutazione delle priorità per soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività, diffusione di buone pratiche, messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio	Migliorare il livello di sensibilità del personale a registrare le iniziative intraprese in quanto attuate ma non documentate	Compiuta attuazione della procedura
valutazione delle priorità ed individua e implementa specifiche azioni per il	Definizione di un approccio strutturato alla questione quale:	Nell'anno 2023° seguito dell'avvento pandemico sono state introdotti e

Item	Obiettivi/Azioni di Miglioramento	Risultati Raggiunti/Monitoraggio efficacia
miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi	analisi del fabbisogno/valutazione delle ultime pubblicazioni (es. Pubmed)/raffronto con altre realtà similari/rispondenza della tecnologia in termini prestazionali/impatti a livello organizzativo Introduzione di metodiche legate all'avvento della pandemia	implementati processi analitici di virologia e microbiologia volti alla diagnosi da sars covid 19.
miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico- professionali e organizzative	Definizione di un approccio strutturato alla questione quale: analisi del fabbisogno/valutazione delle ultime pubblicazioni (es. Pubmed)/raffronto con altre realtà similari/rispondenza della tecnologia in termini prestazionali/impatti a livello organizzativo Introduzione di metodiche legate all'avvento della pandemia	Nell'anno 2023° seguito dell'avvento pandemico sono state introdotti e implementati processi analitici di virologia e microbiologia volti alla diagnosi da sars covid 19. Ideazione e implementazione di slot spazio temporali diversificati e dedicati agli utenti per il prelievo venosi dagli utenti per il tampone naso faringeo.

## 2.2. Qualità delle prestazioni e dei servizi

Con cadenza semestrale sono monitorati i seguenti indicatori di valutazione e monitoraggio degli outcome relativi a qualità tecnica, qualità organizzativa, qualità percepita:

Indicatore	1 semestre	2 semestre	Commenti
volumi prestazioni	113.806	114.218	
sicurezza (Analisi NC, Incidenti e Mancati Incidenti)	0	0	
risultanze survey: in relazione alle informazioni fornite dall'organizzazione e accessibilità ai servizi e dei processi di comunicazione delle informazioni agli utenti anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate)	Vedi specifico paragrafo Riesame		
fase pre-analitica (ad es. preparazione dell'utente, la gestione dei campioni e delle richieste); NC tendente a 0	11	12	Pre analitica 23 48% (fisiologico per volume prestazioni)
fase analitica (ad es. andamento ed efficacia dei controlli interni di qualità; andamento delle verifiche esterne di qualità); CQI entro I deviazione STD (o azioni) VEQ accuratezza 80%	CQI entro 1 D STD o riportati a seguito di azioni VEQ accuratezza 80%	CQI entro 1 D STD o riportati a seguito di azioni VEQ accuratezza 80%	
fase post-analitica (ad es. andamento del turn around time; efficacia nella comunicazione del risultato; adeguatezza della documentazione); NC tendente a 0	9	13	Analitica 22 36% (fisiologico per volume prestazioni)
appropriatezza dei test eseguiti	CQI entro 1 D STD o riportati a seguito di azioni VEQ accuratezza 80%	CQI entro 1 D STD o riportati a seguito di azioni VEQ accuratezza 80%	
compliance a procedure/linee guida e protocolli EB: compita attuazione linee guida/protocolli/normativa sanitaria nazionale e regionale NC=0	0	0	
appropriatezza delle richieste e dell'efficacia delle metodiche e delle prestazioni erogate; Corretta attuazione delle metodiche	Compliance=100%	Compliance=100%	
applicazione dei protocolli, procedure e istruzioni operative; Esito Audit: IV Audit ≥80%	100%	100%	
applicazione delle buone pratiche regionali e delle raccomandazioni ministeriali di pertinenza: Compliance=100%	Compliance=100%	Compliance=100%	Associazione di Categoria (ANISAP)
gestione dei reagenti e delle apparecchiature: NC=0	NC=0	NC=0	
Audit: Esito Audit: IV Audit ≥80%	≥80%	≥80%	
CQI/VEQ (esiti e rispetto del TAT -turn around time- per VEQ)	CQI entro 1 DV S VEQ accuratezza 90%	CQI entro 1 DV S VEQ accuratezza 90%	
Monitoraggio del Laboratorio Service (esiti e rispetto del TAT -turn around time) Controllo con campione a titolo noto NC=0	NC=0	NC=0	
Efficacia della comunicazione esterna:	NC=0	NC=0	

Indicatore	1 semestre	2 semestre	Commenti
NC (per carenza di comunicazione)=0			
NC/AC	File di monitoraggio con statistica immediata non si evidenziano NC critiche e ricorrenti ma fisiologiche e correlate al volume di prestazioni	Analisi NC: specifico paragrafo Riesame	
Monitoraggio a campione (10 referti al mese) qualità del referto: congruenza rispetto alla richiesta=100% correttezza dei dati/diciture=100%	Su 10 referti/mese congruenza rispetto alla richiesta=100% correttezza dei dati/diciture=100%	Su 10 referti/mese congruenza rispetto alla richiesta=100% correttezza dei dati/diciture=100%	
Regole che caratterizzano la gestione della documentazione IV Audt=100%	≥80%	≥80%	
Rispetto dei tempi definiti per il ritiro dei referti NC tendente a 0	NC=0	NC=0	
segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella: N per tipologia	N per tipologia =0	N per tipologia =0	
monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e la valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella N° Eventi/N prestazioni erogate	0	0	
monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi; N eventi non segnalati tendente a 0	0	0	Si ritiene opportuno programmare un incontro volto a sensibilizzare il personale a documentare quanto eventualmente rilevato
individuazione delle azioni di miglioramento N azioni proposte	0	0	Sono attuate ma non registrate sensibilizzare il personale a documentarle nella modulistica di riferimento (Azioni preventive)
l' applicazione delle metodologie reattive e proattive di analisi dei rischi: Attuazione	Attuazione	Attuazione	
aree target per la gestione del rischio e evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi, garantendo che il personale competente e gli altri gruppi di professionisti traggano insegnamento dall'esperienza	Previsto non verificabile in quanto non si sono verificati eventi avversi	Previsto non verificabile in quanto non si sono verificati eventi avversi	
la valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate	Vedi specifico paragrafo Riesame	Vedi specifico paragrafo Riesame	

<b>Indicatore</b>	<b>1 semestre</b>	<b>2 semestre</b>	<b>Commenti</b>
Soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività, diffusione di buone pratiche, messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio	Relazione sicurezza	Relazione sicurezza	
Miglioramento delle modalità di selezione, acquisizione, allocazione e valutazione delle tecnologie in uso o da acquisirsi: analisi del fabbisogno/valutazione delle ultime pubblicazioni (es. Pubmed)/raffronto con altre realtà similari/rispondenza della tecnologia in termini prestazionali/impatti a livello organizzativo	Valutazione DT riunioni periodiche	Valutazione DT riunioni periodiche	
fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative analisi del fabbisogno/valutazione delle ultime pubblicazioni (es. Pubmed)/raffronto con altre realtà similari/rispondenza della tecnologia in termini prestazionali/impatti a livello organizzativo	Valutazione DT riunioni periodiche	Valutazione DT riunioni periodiche	
miglioramento del processo di adozione, realizzazione e valutazione delle innovazioni tecnico- professionali e organizzative attuazione del ciclo sopra definito	Incremento orario del personale	Incremento orario del personale	
miglioramento della personalizzazione dell'assistenza	Risorsa dedicata all'accoglienza	Risorsa dedicata all'accoglienza	
Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle attività:	Risorsa dedicata all'accoglienza e disponibilità su internet modulistica per il Triage	Risorsa dedicata all'accoglienza e disponibilità su internet modulistica per il Triage	
azioni di miglioramento per l'accesso agevolato alle prestazioni, della semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente. Risorsa dedicata all'accoglienza	0	1	
efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accoglienza e l'accessibilità. Risultanze survey 2023	La risorsa è stata inserita ma occorre un significativo lasso di tempo per valutarne i benefici come percepito dall'utente	La risorsa è stata inserita ma occorre un significativo lasso di tempo per valutarne i benefici come percepito dall'utente	

Le responsabilità relative alla valutazione delle prestazioni e dei servizi competono agli owner di processo, sono documentate nel Report Indicatori, valutate dalla Direzione e condivise con le parti interessate (organizzazione, istituzioni e utenti), formalizzandone gli esiti (informazioni e azioni) in un verbale condiviso con tutta l'organizzazione e parti interessate.

Le risultanze sono altresì rivalutate in sede di Riesame annuale gli esiti documentati nel verbale di riesame in una sezione dedicata. Il Riesame è divulgato come di seguito descritto nella PG 01

### **2.3. Inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti o componenti**

L'organizzazione pianifica i propri investimenti prevedendone l'inserimento a bilancio del potenziamento o sostituzione di impianti o componenti:

- necessari a garantire l'idoneità all'uso, la sicurezza e l'efficacia della struttura nel rispetto delle leggi, dei regolamenti e degli altri requisiti che si applicano all'organizzazione

### **2.4. Programma di gestione del rischio ambientale e di gestione delle infrastrutture, dell'individuazione delle situazioni che mettono in pericolo la sicurezza di beni e persone e della gestione delle aree a rischio.**

I rischi sono compiutamente mappati nel DVR unitamente alle misure di mitigazione. L'Impatto a livello ambientale è rappresentato principalmente dalle sostanze chimiche e dai rifiuti: le istruzioni di carattere organizzativo, la formazione e i principi di condotta a cui si deve attenere il personale rappresentano il piano di mitigazione della struttura.

### **2.5. Risultati dell'indagine sulla valutazione del clima aziendale e della soddisfazione del personale**

I questionari in forma anonima e privi di dati che permettessero un'identificazione della personale somministrati nel mese di ottobre (anno 2023) hanno evidenziato risultanze positive per i parametri espressi in merito a:

1 - Le capacità dell'individuo sono valorizzate secondo le proprie aspettative?

2 - Grado di soddisfazione in merito all'ambiente di lavoro (pulizia, disponibilità dei Dispositivi di protezione individuale, tutela della salute e della sicurezza):

3 - Orari di Lavoro:

4 - Comunicazione interna

5 - Si sente discriminato o sente di aver subito pressioni per motivi di nazionalità, religione, sesso, orientamento politico, etc.

6 - Gli avanzamenti di qualifica vengono ottenuti solamente per capacità personali

Ad ogni parametro è stato espresso un giudizio con una scala da 1 a 4 compreso tra 3 e 4 nel 100% dei casi

## **2.6. Revisione Carta dei Servizi e Guida ai servizi**

La Carta dei servizi è stata riesaminata e risulta aggiornata e adeguata. E' stata comunque riemessa con edizione 2023

## **2.7. Disservizi**

L'Organizzazione ha provveduto a definire nei processi per area di pertinenza i principali casi di disservizio (mancata/inefficace comunicazione con l'utente, ritardi o mancata erogazione del servizio), che vengono rilevati come NC e analizzati con cadenza mensile dalla Direzione con il supporto del RAQ e sulla base delle risultanze dell'analisi implementata un flusso di comunicazione con gli utenti mediante il sito internet/circolari affisse all'interno della struttura.

## **2.8. Periodica rivalutazione della Carta dei Servizi, della qualità del materiale informativo a disposizione dell'utenza e degli operatori e dell'efficacia delle modalità di diffusione e distribuzione.**

La Carta dei servizi è stata riesaminata e risulta aggiornata e adeguata. E' stata comunque riemessa con edizione 2024. I documenti (allegati alla PO 01) distribuiti all'utenza risultano anche essi aggiornati e adeguati

## **2.9. Risultanze survey Utenza: anche in relazione alle informazioni fornite dall'organizzazione e accessibilità ai servizi e dei processi di comunicazione delle informazioni agli utenti anche per mezzo dell'analisi dei reclami/disservizi a queste correlate**

La Direzione provvede a:

- analizzare i dati risultanti dal Questionario di Soddisfazione e dai Reclami registrati nel corso dell'anno (anche già formalizzati nel Report Indicatori)
- valutare i parametri utilizzati per il monitoraggio al fine di assicurare la significatività dei dati e per garantirne l'adeguatezza e l'aggiornamento rispetto alle attività da tenere sotto controllo
- individuare eventuali misure di miglioramento

**2.10. Monitoraggio e della valutazione dell'efficacia, almeno annuale, del piano aziendale per la gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio utilizzati, degli obiettivi per la sicurezza e dei risultati raggiunti e rivalutazione aree di rischio**

**2.11. Segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella**

La Direzione con cadenza semestrale e annuale provvede a effettuare il:

- monitoraggio (relazione tra il numero di eventi e le dimensioni della struttura) e la valutazione dell'applicazione delle procedure di segnalazione e gestione dei near miss, eventi avversi ed eventi sentinella
- monitoraggio dell'applicazione degli strumenti utilizzati per la prevenzione del rischio e degli eventi avversi;
- individuazione delle azioni di miglioramento
- l' applicazione delle metodologie reattive e proattive di analisi dei rischi
- aree target per la gestione del rischio e vi è evidenza dell'implementazione di cambiamenti nella struttura e nei processi a seguito di eventi avversi, garantendo che il personale competente e gli altri gruppi di professionisti traggano insegnamento dall'esperienza
- la valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e preventive implementate.

Come definito nel quadro sinottico indicatori sopra riportato.

**2.12. Soluzioni innovative per la sicurezza in ambiti specifici di attività, diffusione di buone pratiche, messa in atto di politiche e procedure per il coinvolgimento e la partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio**

Il processo di continuo scambio e condivisione delle conoscenze determina l'individuazione real time delle corrette prassi da adottare quali ad esempio le procedure e le misure legate alla gestione del rischio pandemico o la necessità di introdurre figure di assistenza agli utenti al fine di orientarli garantendo loro la massima sicurezza es. da rischio pandemico.

**2.13. Fabbisogni emergenti e delle innovazioni tecnologiche e organizzative**

Nel corso di review strutturate e incontri periodici sono stati individuati le prioritarie azioni da attuare legate all'implementazione diagnostiche (metodiche e apparecchi) legate all'avvento pandemico e la necessità di integrare l'organico con una risorsa dedicata all'accettazione e all'orientamento degli utenti.

**2.14. Programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione delle attività: azioni di miglioramento per l'accesso agevolato alle prestazioni, della semplificazione degli adempimenti amministrativi ed è assicurata un'informazione tempestiva e trasparente; efficacia delle iniziative orientate a migliorare l'accoglienza e l'accessibilità.**

Vale quanto sopra detto unitamente al lavoro di continua revisione della carta dei servizi.

### **3. RACCOMANDAZIONI PER IL MIGLIORAMENTO.**

#### **3.1. Azioni da attuare**

Si raccomanda per l'anno 2023 di:

- Sensibilizzare tutte le funzioni a registrare i reclami dei Clienti che dovessero pervenire anche telefonicamente
- Sensibilizzare tutte le funzioni alla rilevazione e comunicazione delle Non Conformità, Azioni Correttive e Azioni Preventive/di Miglioramento.