

**ANNO: 2021**

# **RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER**

**ANALISI CLINICHE  
B.GO MILANO S.r.l.**

ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.	<b>MODULO</b>	Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 2 di 11
<b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b>		

## SOMMARIO

<b>1. Introduzione</b> .....	3
<b>2. Politica della qualità</b> .....	4
<b>3. Organigramma</b> .....	5
<b>4. Modalità di gestione del rischio e incident report</b> .....	6
4.1. <i>La nostra metodologia nella valutazione del rischio</i> .....	6
4.2. <i>Gestione degli incident report</i> .....	6
4.3. <i>Gestione incident report anno in corso</i> .....	8
<b>5. Modalità di gestione del reclamo</b> .....	8
5.1. <i>Metodo</i> .....	8
5.2. <i>Gestione reclami anno in corso</i> .....	8
<b>6. Risultati della rilevazione della customer satisfaction</b> .....	9
<b>9. Audit interni e di terza parte</b> .....	10
<b>10. Azioni di miglioramento intraprese nell'anno</b> .....	10
<b>11. Piano di miglioramento ed obiettivi strategici</b> .....	11

<p style="text-align: center;">ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.</p>	<p style="text-align: center;"><b>MODULO</b></p>	<p style="text-align: center;">Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 3 di 11</p>
<p style="text-align: center;"><b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b></p>		

## 1. Introduzione

Il Laboratorio Analisi Cliniche B.go Milano s.r.l. è nato alla fine degli anni '80 come Laboratorio S. Eufemia, ha assunto la denominazione attuale alcuni anni dopo, quando trasferisce la propria sede presso l'ubicazione attuale in via G. Spaziani n. 37, nel quartiere B.go Milano di Verona.

L'Azienda è autorizzata all'esercizio di attività sanitaria per prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale con provvedimento del Comune di Verona ed è titolare di accreditamento istituzionale in virtù di delibera della Giunta Regionale del Veneto adottata in data 14/08/2019 n. 1201 per l'erogazione della specialità: 03 MEDICINA DI LABORATORIO.

L'Azienda svolge valutazioni analitiche chimiche e biochimiche, ematologiche, immunologiche, microbiologiche e tossicologiche su liquidi biologici di derivazione umana a scopo clinico-diagnostico, ovvero ai fini della prevenzione degli stati di patologia, della loro diagnosi e del *follow up* terapeutico.

I prelievi sono effettuati in sede, a domicilio e anche nelle aziende nel caso dei prelievi per la medicina del lavoro.

Analisi Cliniche B.go Milano S.r.l., nello specifico, lavora in un contesto di rete di tipo A con il Laboratorio Data Medica Padova S.p.a. di Padova (costituito il 01/08/2017 con protocollo n° 323629), per la fase analitica.

In data 12/06/2020 viene recepita la comunicazione dell'ULSS 9 Scaligera inerente la possibilità di effettuare i test sierologici per l'identificazione di anticorpi IgG ed IgM verso determinanti antigenici del virus SARS-Cov, a condizione che il Laboratorio possa eseguire, in caso di positività, il test diagnostico molecolare di conferma da tampone naso faringeo.

Si è deciso quindi di affidare al Laboratorio Synlab – Italia S.r.l anche la rilevazione di RNA SARS-Cov-2. Il Laboratorio Analisi B.go Milano si occupa del prelievo, della conservazione e dell'invio dei tamponi, come da procedure condivise con Synlab.

Nel caso di tamponi molecolari positivi di pazienti residenti in Veneto, è appannaggio del Laboratorio Data Medica Padova S.p.A. fare comunicazione all'ULSS di riferimento. Invece, in caso di pazienti positivi non residenti in Veneto, la comunicazione della positività alla ULSS di residenza del paziente è a cura dell'azienda.

Sono stati mantenuti *in situ* solo i seguenti esami:

- emocromi,
- VES.

Si riportano di seguito le informazioni utili sulla struttura sanitaria:

- **Legale Rappresentante:** Dott. Manlio Mastromauro;
- **Direttore Tecnico:** Dott. Elio Del Favero;
- **Responsabile atti medici:** Dott.ssa Antonella D'Onofrio
- **Telefono:** 045/576977;
- **Fax:** 045/8195661;
- **E-mail:** infolaboratoriobgomilano@.it, **PEC:** analisisclinichebgomilano@pec.it.

ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.	<b>MODULO</b>	Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 4 di 11
<b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b>		

Infine, nella tabella sottostante si trovano gli orari della struttura sanitaria, in base alle attività:

SERVIZIO	GIORNI	ORARIO
Apertura del servizio	Lunedì - Sabato	07.40 - 12.00
	Lunedì e Giovedì	15.30 - 18.00
Prelievo del materiale biologico (sangue, tamponi) o consegna di materiale biologico (urine, feci)	Lunedì - Sabato	07.40 - 09.40
Consegna referti cartacei	Lunedì - Sabato	10.00 - 12.00
	Lunedì e Giovedì	16.00 - 17.30
Consulenza del Direttore di Laboratorio	Lunedì - Sabato	10.00 - 12.00

## 2. Politica della qualità

La *mission* del Laboratorio Analisi Cliniche B.go Milano s.r.l. è quella di porre al centro della sua attività il cittadino, a cui fornire un servizio sanitario che lo soddisfi pienamente sotto l'aspetto medico assistenziale, nel rispetto dei vincoli legislativi nazionali e regionali.

Inoltre, il Laboratorio s'impegna a livello economico ed organizzativo per una costante formazione delle risorse umane, fornendo gli strumenti didattici e tecnologici per un'adeguata preparazione.

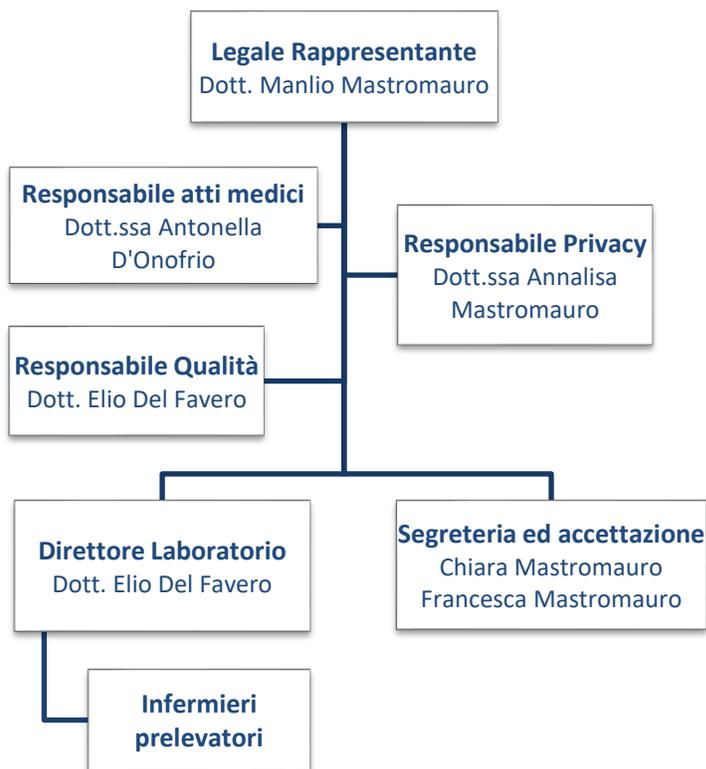
L'erogazione dei servizi presso il Laboratorio Analisi Cliniche B.go Milano s.r.l. rispetta i seguenti principi fondamentali:

- **Uguaglianza:** a tutti i cittadini sono erogati uguali servizi, a prescindere dall'età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche, condizioni psichiche, condizioni economiche, struttura della personalità;
- **Imparzialità:** a tutti i cittadini è assicurato un comportamento obiettivo ed equanime da parte del personale che opera nella Struttura;
- **Continuità:** ai cittadini è assicurata la continuità quantitativa, qualitativa e la regolarità dei servizi;
- **Diritto di scelta:** ogni cittadino, munito della richiesta del medico del Servizio Sanitario Nazionale su ricettario nazionale, può esercitare il diritto di "libera scelta" rivolgendosi direttamente alla Struttura Accreditata prescelta;
- **Partecipazione:** è garantito il diritto del cittadino a collaborare, con osservazioni e suggerimenti, alla correlata erogazione della prestazione e al miglioramento del servizio prestato dalla Struttura;
- **Efficienza ed efficacia:** il servizio è erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia e la Struttura adotta le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

Il Laboratorio utilizza il questionario di soddisfazione come strumento per la valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza. I dati raccolti sono elaborati e monitorati per la valutazione del grado di congruenza con le aspettative dell'utente.

**RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER**

**3. Organigramma**



<p>ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.</p>	<p><b>MODULO</b></p>	<p>Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 6 di 11</p>
<p><b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b></p>		

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

##### 4.1. *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.

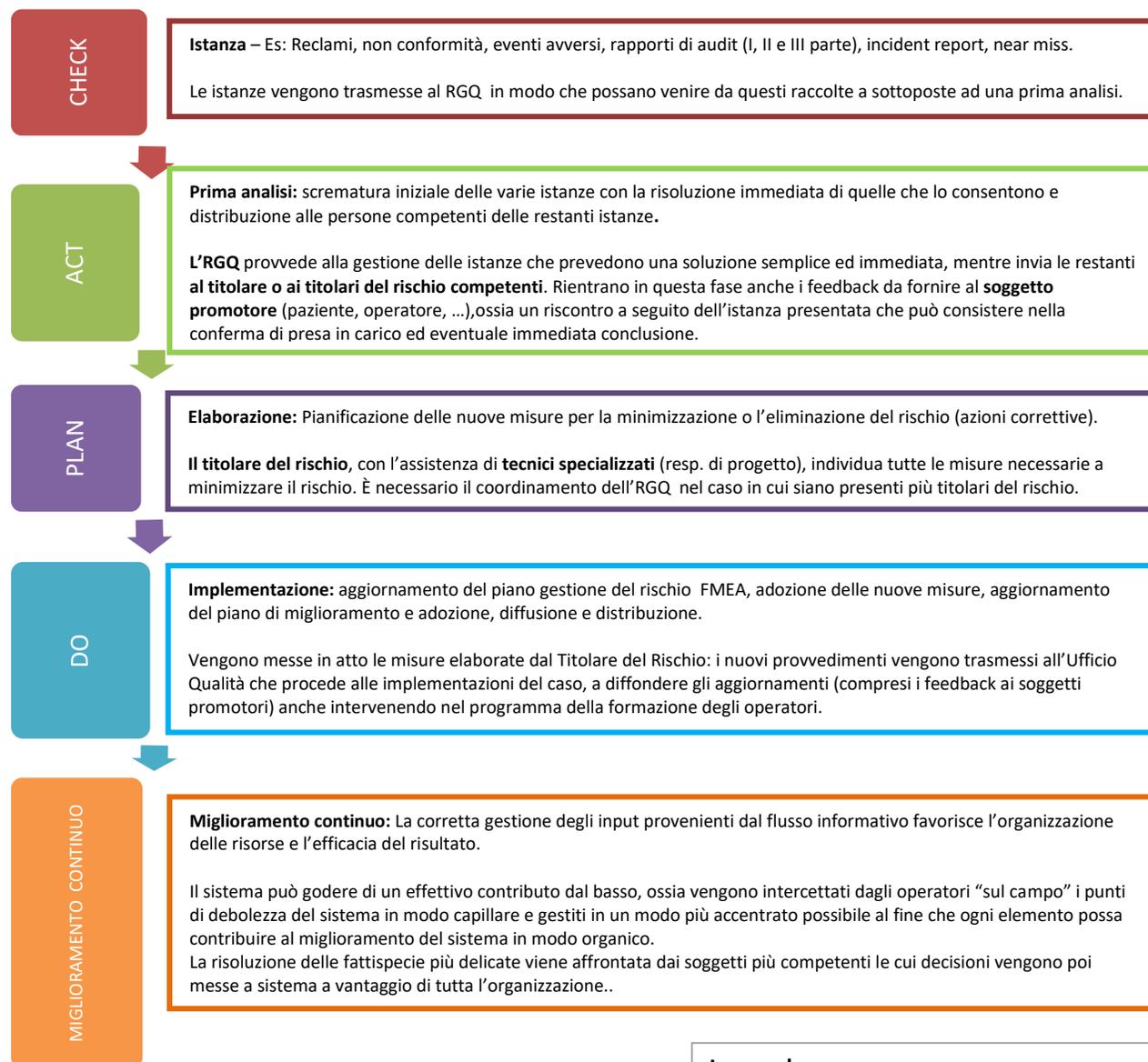
Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi.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

##### 4.2. *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 GLI STAKEHOLDER

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



#### Leggenda:

**T.R.:** titolare del rischio

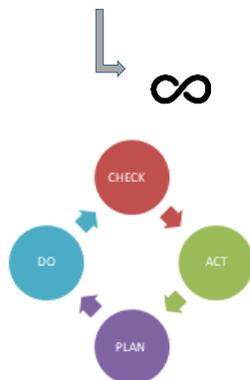
**U.Q.:** ufficio qualità

**RGQ:** responsabile qualità

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

**A.C.:** azione correttiva

**A.P.:** azione preventiva



<p>ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.</p>	<p><b>MODULO</b></p>	<p>Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 8 di 11</p>
<p><b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b></p>		

#### **4.3. Gestione incident report anno in corso**

Nell'anno 2021 non sono stati rilevati *incident report*

### **5. Modalità di gestione del reclamo**

#### **5.1. Metodo**

La gestione del reclamo è affidata al personale di segreteria. 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. 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 di segreteria 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).

#### **5.2. Gestione reclami anno in corso**

Nell'anno 2021, ci sono stati 2 reclami da parte degli utenti riguardanti il prelievo, che sono state risolte.

<b>ANALISI CLINICHE</b> <b>B.GO MILANO S.R.L.</b>	<b>MODULO</b>	Mod. 1.1.7 <b>Rev. 01</b> del 2019 Pag. 9 di 11
<b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b>		

## 6. Risultati della rilevazione della customer satisfaction

7. Da febbraio 2021, il questionario di soddisfazione degli utenti è stato inserito nel sito web, per rendere più veloce l'acquisizione e per riuscire ad ottenere un maggior numero di questionari.
8. Sono stati consegnati 29 questionari agli utenti, di cui si riportano i risultati:

DOMANDE		MEDIA TOTALE
<b>1</b>	Come valuta il comfort della struttura?	3,59
<b>2</b>	Come valuta la pulizia della struttura?	3,76
<b>3</b>	Cortesia del personale di segreteria e accettazione	3,79
<b>4</b>	Chiarezza e completezza delle informazioni di segreteria e accettazione	3,76
<b>5</b>	Rispetto della privacy di segreteria e accettazione	3,76
<b>6</b>	Puntualità dei prelievi	3,72
<b>7</b>	Attenzione e cortesia del personale di prelievi	3,69
<b>8</b>	Chiarezza e completezza delle informazioni di personale dei prelievi	3,79
<b>9</b>	Rispetto della privacy di personale dei prelievi	3,72
<b>10</b>	Cortesia del direttore di laboratorio	3,79
<b>11</b>	Chiarezza e completezza delle informazioni del direttore di laboratorio	3,86
<b>12</b>	Professionalità nella consulenza del direttore di laboratorio	3,79
<b>13</b>	Rispetto della privacy del direttore di laboratorio	3,79

Da questi dati non si evincono particolari criticità, il dato più basso è sul comfort della struttura, in quanto si lamentano degli spazi ristretti, ma poi alcuni hanno commentato che se ci fossero gli spazi più ampi, si perderebbe la familiarità. Inoltre, qualcuno aveva chiesto il servizio dei vaccini, ma è inattuabile.

ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.	<b>MODULO</b>	Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 10 di 11
<b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b>		

## 9. Audit interni e di terza parte

Nel 2021 sono stati effettuati 3 audit interni, nella tabella seguente sono riepilogati i risultati:

Mese audit	Oggetto	Note e commenti
Maggio	Audit interno su fase pre-analitica (segreteria e accettazione, trasporto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultato conforme</li> </ul>
Maggio	Audit interno su fase pre-analitica (prelievi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultato conforme</li> </ul>
Maggio	Audit documentale consulente esterno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compilare l'incident report sul problema informatico,</li> <li>• il foglio delle VES da compilare,</li> <li>• inserire l'emergenza informatica nel piano d'emergenza</li> </ul>
Ottobre	Audit documentale consulente esterno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• far frequentare al Direttore di laboratorio il corso sulla comunicazione e rischio clinico,</li> <li>• effettuare una simulazione</li> <li>• formalizzare le riunioni</li> <li>• aggiornamento procedura PO 2.1 Risorse umane</li> <li>• aggiornamento PO 3.10 Gestione ambienti, attrezzature e materiali</li> <li>• aggiornamento della procedura PO 3.5 Ambulatorio d'analisi</li> </ul>
Luglio	Audit privacy consulente esterno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformità a procedure interne</li> </ul>
Novembre	Audit interno su fase pre-analitica (segreteria e accettazione, trasporto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultato conforme</li> </ul>
Novembre	Audit interno su fase pre-analitica (prelievi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risultato conforme</li> </ul>

Gli audit clinici per verificare la conformità dei referti sono effettuati mensilmente, fattore migliorativo rispetto il 2020, in cui erano effettuati semestralmente.

## 10. Azioni di miglioramento intraprese nell'anno

La struttura continua ad effettuare tamponi sierologici per la rilevazione del COVID-19.

Il Direttore di Laboratorio effettua mensilmente audit clinici sui referti per verificarne l'idoneità.

Sono state risolte tutte le azioni di miglioramento ottenute dagli audit interni.

<b>ANALISI CLINICHE B.GO MILANO S.R.L.</b>	<b>MODULO</b>	Mod. 1.1.7 Rev. 01 del 2019 Pag. 11 di 11
<b>RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER</b>		

### **11. Piano di miglioramento ed obiettivi strategici**

Analisi Cliniche B.go Milano si prefigge i seguenti obiettivi di miglioramento per l'anno 2022:

- Creare una situazione stabile e duratura a riguardo del personale infermieristico attualmente presente in laboratorio, vista la loro professionalità, competenza e l'umanità;
- Ridurre ulteriormente il numero delle non conformità (dal laboratorio Data Medica Padova) dovute a campioni messi in lavorazione in modo non corretto;
- Rispettare il budget complessivo attribuito dalla Regione;
- Effettuare tutti i corsi programmati;
- Superare l'accreditamento con una votazione migliore rispetto il 2019.

Firma Legale Rappresentante

---

Firma Direttore Tecnico

---