

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
1.	<b>OBIETTIVI</b> (Req.1.1 fase 3)	N° Obiettivi raggiunti nell'anno/tot. Obiettivi previsti Programma degli obiettivi e del miglioramento (M-RD-2)	RGQ AU	N.D.	0/5		Sono stati fissati in data 02.01.2023 5 obiettivi da monitorare nell'anno 2023.	≥ 75%
2.	<b>Rete</b> (Req.1.2 fase 3 e 4)	N° di NC Rete/Service (mancato rispetto degli obiettivi della rete)  Ritardi refertazione/Problematiche della rete	Direzione Technica - AU RGQ	0  ≥ 200.000 prestazioni nella rete	0		Gli obiettivi della rete sono stati rispettati non si sono rilevate NC e ritardi nella refertazione nella rete.	≤ 3 NC ritardi l'anno ≥ 200.000 prestazioni nella rete
3.	<b>Efficacia dell'organizzazione: responsabilità e strumenti di delega</b> (Req. 1.3 fase 3)	<u>N° di valutazioni competenze negative</u> Totale valutazioni competenze effettuate	DT	0%	/		La valutazione delle competenze viene effettuata in sede di riesame della Direzione che si terrà entro fine maggio.	< 10%

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
4.	<b>Qualità delle Informazioni e Dei Dati</b> (Req. 1.4 fase 3)	NC emerse da informazioni e dati inaffidabili, inaccurati e non validi provenienti da fonti interne ed esterne/Tot. NC	RSI - RGQ	0	0		Nessuna NC emersa da informazioni e dati inaffidabili, inaccurati e non validi provenienti da fonti interne ed esterne	≤ 3
5.	<b>Qualità Dei Sistemi Informativi</b> (sia per quelli provenienti da fonti interne che per quelli provenienti da fonti esterne) (Req. 1.4 fase 3)	N° di problematiche/NC riguardanti la sicurezza nell'accesso ai dati e tenuta dei dati sia interni che esterni/tot NC N° NC aperte a seguito di segnalazioni SIAS N° di emergenze informatiche rilevate in 1 anno	Direzione/ Responsabile Sistemi Informativi	0 1	0 0		Nessuna NC o problematica riguardante i Sistemi Informativi. Nessuna problematica con l'invio SIAS e nessuna emergenza informatica avvenuta	Tollerabilità: 3 l'anno
6.	<b>Performance del servizio</b> (performance delle VEQ e il rispetto del TAT ( <i>turn around time</i> ) concordato)	N° deviazioni TAT del Laboratorio Capofila N° di problematiche /NC con le VEQ del Laboratorio Capofila	DT-LAB	Nessuna deviazione dalle TAT indicate nel vademecum. Andamento	0		Nessuna deviazione dalle TAT indicate nel vademecum e nessuna problematica con le VEQ effettuate dal Laboratorio Capri nel 2022. Le VEQ del 2023 si avranno a fine anno.	Tollerabilità: < 3%

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
	(Req. 1.5 fase 3-4) (Req. 2.2.3 fase 3)			VEQ positivo				
7.	<b>Accessibilità ai servizi e dei processi di comunicazione esterna</b> (Req. 1.6 fase 3) (Req. 5.3 fase 3 b)	N° di Reclami/Dissempi su accessibilità ai servizi e processi di comunicazione	Responsabile Gestione Qualità AU	0	0		Nessun reclamo/dissempio su accessibilità ai servizi e processi di comunicazione	Tollerabilità: ≤ 5
8.	<b>Comunicazioni e Esterna</b> (Req. 1.6 fase 3) utilizzando una lingua, metodologia e linguaggio appropriati (Req. 5.3 fase 3 b)	Efficacia delle Modalità di Comunicazione agli Utenti e partecipazione Valutare le NC legate alla Comunicazione /Informazione /coinvolgimento/ascolto degli Utenti	Direzione (AU)/ RGQ	0	0	0	Nessuna NC rilevata su comunicazione esterna.	Tollerabilità: 3
9.	<b>Soddisfazione del Cliente</b> (Req. 1.6 fase 3)	N° di Dissempi/Reclami (errori, ritardi, incomprensioni tra operatore e utente, ecc.) in base alla Tipologia di dissempio riscontrato	Responsabile Gestione Qualità	0	0		In questo primo semestre non si sono rilevati reclami/dissempi.	Tollerabilità: ≤ 3 a tipologia di dissempio

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
		(incomprensione, ritardi, errori, ecc.)						
10.	<b>Performance del servizio (fase pre analitica)</b> (Req. 2.2.1 fase 3) (Req. 6.1 fase 3)	N° Richieste non conformi/non appropriate in fase di accettazione (come da M-LAB-2)	Personale di accettazione RGQ	0	0		In questo primo semestre c'è stata un'accettazione con impegnativa non conforme/non appropriata.	Tollerabilità: < 20
11.	<b>Performance del servizio (fase pre analitica)</b> (Req. 2.2.1 fase 3)	N° richiami pazienti su Campioni non conformi (come da M-LAB-8)	Personale di accettazione/Per- sonale di Laboratorio	8	3 pazienti richiamati		In questo primo semestre è stato richiamato un paziente per campione non conforme (urine rovesciate).	Tollerabilità: 20 anno
12.	<b>Valutazione attività legate alla tracciabilità, trasporto e la rintracciabilità dei campioni.</b> (Req. 2.2.4 fase 3)	NC dovute al trasporto e/o la rintracciabilità dei campioni	Infermieri/Medic o prelevatore/Per- sonale di Laboratorio	0	0		Nessuna NC legata al trasporto e rintracciabilità	Tollerabilità: ≤3 in un anno

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giù.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
13.	<b>Erogazione Prestazioni</b> (Req. 2.3 fase 3)	Rispetto Tempi di Rilascio Risposte/referti Previsti da P-LAB	Direzione/ Responsabile Gestione Qualità	100 %	100%		Rispetto dei tempi di rilascio delle risposte previsti da P- LAB	Tollerabilità: come da carta dei servizi per tipologia di analisi e prestazioni
14.	<b>Gestione della documentazione</b> e (Req. 2.3 fase 3)	n° NC su corretta applicazione delle regole che caratterizzano la gestione della documentazione e NC sui referti	Direzione/ Responsabile Sistemi Informativi	0	0		Nessuna NC riguardante la gestione della documentazione e la qualità dei referti	Tollerabilità: 2 NC
15.	<b>Rischio Ambientale</b> (Pulizie e sanificazione locali e condizionatori) (Req. 3.1 fase 3)	NC riscontrate su operazioni di pulizia e sanificazione	DT-LAB	0	0		Non ci sono state NC nel processo di pulizia e sanificazione	Tollerabilità: 0
16.	<b>Rischio Ambientale</b> (Req. 3.1 fase 3 a)	<u>N° tamponi negativi</u> Totale tamponi eseguiti	DT-LAB	N.D.	0		Ad oggi sono stati acquistate le piastre della OXOID e i tamponi. Entro il mese di giugno verranno effettuati i tamponi sulle superfici (in laboratorio e sala prelievi) e registrati su apposito registro	Tollerabilità: 0

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
17.	<b>Programma gestione infrastrutture</b> (Req. 3.1 fase 3 a)	N° di attrezzature/ <u>infrastrutture acquisite</u> / N° di attrezzature/ infrastrutture previste da acquisire come da M- FA-3	AU DT-LAB	A aprile 2022 il M-FA-3 Programma acquisito apparecchiatur e da cui si evince che è in previsione l'acquisizione di un' apparecchiatur a per ammo- deramento tecnologico (contagiobuli)	/		In questo primo semestre non ci sono in previsione acquisti di apparecchiature/ infrastrutture	Tollerabilità: ≥50%
18.	<b>Monitoraggio Sicurezza della struttura</b> (Req. 3.1 fase 3 b)	N° di incidenti, infortuni in un anno	AU RSPP	0	0		Nessun incidente o infortunio rilevato nel primo semestre È stato effettuato un audit sicurezza il 18.05.23	Tollerabilità: 0
19.	<b>Monitoraggio efficacia attività di Formazione per la sicurezza</b> (Req. 3.1 fase 3 c)	N° simulazioni/dimostrazio ni con il personale per la sicurezza della struttura e dell'ambiente di lavoro	Responsabile Formazione/ Responsabile Gestione Qualità/RSPP	30.03.22 Prova di evacuazione	05.04.23 Prova di evacuazio- ne		La prova di evacuazione è stata effettuata in data 05.04.23	Tollerabilità: ≥ 1

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Gin.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
20.	Valutazione processi di approvvigionamento (Req. 3.1 fase 3 d)	N° NC su acquisti	Responsabile acquisti	1 (fornitore Diatec per mancanza di assistenza)	0		In questo primo semestre non ci sono state NC su acquisti di prodotti o servizi	Tollerabilità: 5 NC a fornitore in un anno
21.	Gestione delle Infrastrutture e manutenzione delle attrezzature (Req. 3.2 fase 3)	N° NC su implementazione piano di manutenzione	Direzione/Resp. Manutenzione/ LAB	0	0		Nessuna NC sulla implementazione del piano di manutenzione	Tollerabilità: 3 NC
22.	Gestione delle Infrastrutture (Req. 3.2 fase 3)	N° Fermi /Guasti Apparecchiature Straordinarie	LAB/Responsabile Manutenzione	2	0		Nessun fermo apparecchiatura	Tollerabilità: max 3 fermi ad Apparecchiatura in un anno
23.	Efficacia comunicazione agli operatori del piano di manutenzione delle attrezzature	N° NC riguardanti la comunicazione del piano di manutenzione agli operatori	Direzione Responsabile Manutenzione	0	0		Nessuna NC sulla comunicazione del piano di manutenzione	Tollerabilità: 3 NC

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
	(Req. 3.2 fase 3)							
24.	<b>Gestione Risorse Umane</b> (Req. 4.1 fase 3)	N° di corsi effettuati in un anno	Responsabile Formazione/ Responsabile Gestione Qualità	3	5 Corsi qualità e corsi privacy		Fino ad oggi sono stati effettuati 5 corsi di formazione	Tollerabilità: ≥ 3 corsi di formazione in un anno
25.	<b>Formazione</b> (Req. 4.1 fase 3)	<u>N° corsi effettuati</u> N° corsi programmati sul programma di formazione	Responsabile Formazione/RGQ	N.D.	5/7= 71%%		Sui 7 corsi programmati ne sono stati effettuati 5. Trend positivo.	Tollerabilità: 80%
26.	<b>Efficacia formazione risorse umane</b> (Req. 4.1 fase 3) Req. 7.1 fase 3 c)	N° NC rilevate su verifica dell'efficacia dei corsi di formazione continua, aggiornamento e addestramento	Responsabile Formazione/Amministratore	0	0		Nessuna NC sulla verifica dell'efficacia dei corsi di formazione.	Tollerabilità: 2
27.	<b>Efficacia dei programmi di orientamento inserimento del nuovo personale</b>	Rispetto dei programmi di orientamento inserimento del nuovo personale	Responsabile Formazione / Direzione	1 nuova risorsa debitamente formata	0		Ad oggi non ci sono nuovi assunti	100%



N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
	(Req. 4.2 fase 3)							
28.	<b>Gestione Risorse Umane</b> (Req. 4.2 fase 3)	<u>Turnover del personale</u> Tot. personale	Responsabile Gestione Qualità / Amministratore	Su un totale di 4 persone 1 è andata via 25%. Nel 2022 è stato assunto un infermiere.	0		Nel primo semestre c'è stata una nuova assunzione.	Tollerabilità: ≤40%
29.	<b>Efficacia Comunicazioni e Interna</b> (Req. 5.1 fase 3)	N° di Comunicazioni Inefficaci/Disattese Tot. Comunicazioni (Circolari)	Direzione/RGQ	0	0		Nessuna NC rilevata sulle comunicazioni.	Tollerabilità: 1
30.	<b>Soddisfazione del Personale/ Clima interno Area Gestione Risorse Umane</b> (Req. 5.2 fase 3)	N° questionari <u>Valutazione clima</u> interno aziendale con <u>esito negativo</u> Totale questionari raccolti (Analisi delle Problematiche Rivelate dal Questionario per il Dipendente)	Responsabile Gestione Qualità / Amministratore	La valutazione del clima aziendale è stata effettuata il 13.12.22. Risposte tutte positive	/		Verrà riesaminato il clima aziendale nel secondo semestre 2023	Tollerabilità: ≤1% 1 analisi sul clima interno ogni tre anni

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
31.	<b>Soddisfazione del Cliente</b> (Req. 5.3 fase 3b)	Totale Questionario Soddisfazione Utente Scarso/insufficiente sul totale schede raccolte	Responsabile Gestione Qualità/AU	0/967=0%	0%		Nessun questionario riportante risposte negative sino ad oggi	Tollerabilità: ≤ 5%
32.	<b>Soddisfazione del Cliente</b> (Req. 5.3 fase 3b)	N° di Reclami	Responsabile Gestione Qualità/AU	0	0		In questo primo semestre sino ad oggi si evince che non c'è stato alcun reclamo scritto e/o disservizio	Tollerabilità: ≤ 5
33.	<b>Soddisfazione del Cliente</b> (Req. 5.3 fase 3b)	<u>N° di questionari raccolti</u> Totale utenti	Responsabile Gestione Qualità	11% di questionari compilati sul totale accessi nel 2022 (8418) Relazione al 31.12.22	Monitoraggio a fine anno		Dato rilevabile a fine anno	Tollerabilità: 10% annui
34.	<b>Partecipazione e coinvolgimento utenti</b> (Req. 5.4 fase 3)	n° NC scaturite da inefficacia della partecipazione e coinvolgimento utenti anche alla gestione del rischio	Direzione/RGQ	0	0		Nessuna NC Gli utenti vengono coinvolti e informati sui rischi (vedi consensi informati e informative in sala prelievi)	Tollerabilità: 3 NC in un anno
35.	<b>Soddisfazione del Cliente</b> (Req. 5.5 fase 3 a)	Rispetto dei Tempi di Risposta ai Reclami Previsti da Carta dei Servizi	Responsabile Gestione Qualità	non valutabile perché non ci sono stati reclami	nessun reclamo	0	In questo primo semestre non ci sono stati reclami	Tollerabilità: ≤ 15 gg

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
36.	<b>Efficacia delle Modalità di ascolto degli Utenti</b> (Req. 5.5 fase 3b)	N° NC scaturite da modalità di ascolto degli Utenti	Direzione/ RGQ	0	0		Nessuna NC sulle modalità di ascolto degli utenti	Tollerabilità: 3 NC in un anno
37.	<b>Corretta Applicazione Linee Guida e Protocolli</b> (Req. 6.1 fase 3a)	N° NC Derivanti da Mancata Applicazione Linee Guida, Protocolli, procedure e istruzioni di lavoro, Raccomandazioni Ministeriali e regionali e Mancato Aggiornamento	RGQ AU DT	0	0		Non sono state rilevate NC legate all'applicazione di Linee Guida e protocolli.	Tollerabilità: 3 NC in un anno
38.	<b>Gestione del rischio</b> (Req. 6.2 fase 3a)	Efficacia del piano aziendale per la gestione del rischio (N° NC su gestione del rischio, delle attività realizzate, degli strumenti di prevenzione del rischio)	Responsabile Rischio Clinico AU	0	0		Nessuna NC rilevata sulla efficacia del piano aziendale per la gestione del rischio	Tollerabilità: 3 NC in un anno

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
39.	<b>Mappa dei rischi</b> (Req. 6.2 fase 3b)	È stata effettuata la rivalutazione delle aree di rischio dell'organizzazione?	Resp. Rischio Clinico/ AU	//	1		La mappa dei rischi è datata al 15.05.23 con aggiornamento biennale	Tollerabilità: riemissione almeno biennale della mappa dei rischi
40.	<b>Rischio clinico</b> (Req. 6.3 fase 3a)	N° Eventi Avversi/Eventi Sentinella	Responsabile Rischio Clinico/ AU	0	0		Nel primo semestre ad oggi non si sono verificati eventi avversi/sentinella	Non quantificabili
41.	<b>Gestione del rischio</b> (Req. 6.3 fase 3b)	N° NC su applicazione delle procedure e modulistica di segnalazione di eventi avversi/eventi sentinella	Responsabile Rischio Clinico/ AU	0	0		Nel primo semestre non si sono avute NC legate all'applicazione delle procedure inerenti eventi avversi/sentinella.	Tollerabilità: 2 NC in un anno
42.	<b>Gestione del rischio</b> (Req. 6.3 fase 3d)	Monitoraggio piani di azione scaturiti dall'approvazione delle metodologie reattive e proattive dell'analisi dei rischi (N° NC scaturite dal mancato rispetto dei piani di azione stabiliti)	Responsabile Rischio Clinico/ AU	0	0		Nessuna NC riguardante il mancato rispetto dei piani di azione stabiliti	Tollerabilità: 3 NC in un anno

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
43.	Buone pratiche e soluzioni innovative (Req. 6.4 fase 3°)	Implementazione buone pratiche e soluzioni innovative adottate per la sicurezza in ambiti specifici di attività (N°)	Direzione / RGQ	0	1		Riedizione della P-CI Gestione dei consensi informati e della relativa modulistica in data 15.05.23 in conformità al Regione Lazio Det. 25/1/2022 n. G00642 "Documento di indirizzo sul consenso informato".	Tollerabilità: 1 nuova implementa- zioni l'anno
44.	Partecipazione degli utenti ai processi di gestione del rischio (Req. 6.4 fase 3b)	N° di Richiami Paziente per Valori di Allarme	Direttore Tecnico di Laboratorio/ACC	5	2 richiami		In questo primo semestre sono stati richiamati due pazienti uno il 06.04.23 cod. 14/6 per valore di allarme e un altro il 19.04.23 cod.28/19 per valore di allarme.	Tollerabilità: non determinabile
45.	Gestione delle infrastrutture (Req. 7.2 e 7.3 fase 3)	N° di Innovazioni Tecnologiche e Organizzative	DTLAB /Resp. Manutenzione/ AU	0	0		E' stata avviata l'attivazione della firma digitale sui referiti. A seguire verrà attivata la possibilità di scaricare i referiti collegandosi direttamente al sito internet. Infine, nell'anno è in programma la possibilità di effettuare un'interfaccia dei macchinari di laboratorio con il gestionale così da poter per ridurre gli errori di trascrizione.	Tollerabilità: 1 ogni tre anni

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Gin.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
46.	<b>Umanizzazione</b> (Req. 8 fase 3)	Mantenimento del Rispetto dei Requisiti riguardanti l'accoglienza previsti nella procedura di Laboratorio nella fase di accettazione utente (comfort sala attesa, rispetto pazienti fragili, informazione tempestiva e trasparente, rispetto condizioni linguistiche, religiose e di salute del paziente) Monitoraggio iniziative orientate a migliorare l'accoglienza e l'accessibilità	Responsabile Gestione Qualità / Amministratore	100%	100%		Sono stati mantenuti e rispettati i requisiti di accoglienza previsti	Tollerabilità: 100% mantenimento requisiti previsti da P-LAB
47.	<b>Umanizzazione</b> (Req. 8 fase 3)	Tempi Medi di Attesa per Accettazione	Accettazione	≤ 10'	< 10'		I tempi medi di attesa per l'accettazione sono di circa 10'	Tollerabilità: Tempi < di 10' almeno per il 90% delle accettazioni

N°	Processo	Indicatore	Responsabilità	Valore al 2022	Valori Rilevati (Semestri)		Commento dei Dati al 15.05.2023	Accettabilità
					I sem. Gen. 23 - Giu.23	II sem. Lug. 23 - Dic.23		
48.	Performance Amministrazione (Req.1.1 fase 3)	[(Fattu 2023 - Fattu. 2022)/ Fatturato 2022]*100	Responsabile Amministrazione	Tot. Annuale 404.834,00 (+0,1%)	//		Calcolo effettuabile solo a fine anno	Tollerabilità: $\geq 2\%$
49.	Performance del Servizio Analisi Cliniche (Req.1.1 fase 3)	N° Analisi Cliniche in un Anno	Direttore Tecnico di Laboratorio e Responsabile Gestione Qualità	Totale annuale: 70058 (-0,03% rispetto al 2021)	27924		In questo primo periodo dell'anno si è avuto un trend simile allo stesso periodo dell'anno precedente con una differenza del -0,01%	Tollerabilità: $\geq 200.000$ nella rete

Data definizione indicatori: 02.01.2023

FIRMA Amministratore di Laboratorio di ANALISI CLINICHE e MICROBIOLOGICHE

**NOTE:** I processi monitorati risultano, nel complesso, positivi.

(I Semestre) Data monitoraggio: 15.05.2022

(II Semestre) Data monitoraggio:

FIRMA RGQ:

FIRMA Amministratore:

LABORATORIO di ANALISI CLINICHE e MICROBIOLOGICHE  
« AGOSTINO BASSI » s.r.l.  
Via F.lli Rossini, 10 - 00144 Roma

LABORATORIO di ANALISI CLINICHE e MICROBIOLOGICHE  
« AGOSTINO BASSI » s.r.l.  
Via F.lli Rossini, 10 - 00144 Roma