

RIESAME DELLA DIREZIONE DEL 15/01/2019

Con questo Riesame Il Poliambulatorio effettua un consuntivo delle attività svolte nell'anno 2018 e manifesta i suoi impegni ed obiettivi per il 2019.

Si conferma il contenuto della Politica per la qualità. L'attenzione della struttura è rivolta alla costante ricerca di miglioramento della professionalità a tutti i livelli. È tesa ad assicurare che i servizi erogati soddisfino tutte le esigenze esplicite ed implicite del paziente attivando ogni possibile iniziativa per ridurre le barriere linguistiche e culturali e assicurare a tutti l'accessibilità alle prestazioni, in un'ottica di innovazione e di miglioramento continui.

E' stata rivista l'attualità della Carta dei Servizi, sia nel formato cartaceo, sia in quello informatico. Si confermano entrambi, nell'attualità dei contenuti.

Per il Poliambulatorio il piano annuale di attività consiste essenzialmente nel rispondere alle richieste che giungono dall'utenza mettendo a disposizione le risorse, in termini di personale e tecnologie, necessarie ad erogare le prestazioni appropriate alle esigenze.

Nel valutare l'outcome il Poliambulatorio ha preso in considerazione gli obiettivi e relativi indicatori e li ha valutati nel loro raggiungimento.

Come "procedure/report" che descrivono le modalità e tempi per il monitoraggio degli indicatori e relativi standard previsti dalle norme e procedure il Poliambulatorio si basa sul Riesame della Direzione nel quale sono evidenti gli obiettivi e le considerazioni (report) che diventano di facile ed immediata lettura (cruscotto indicatori).

Il Poliambulatorio effettua il monitoraggio e le valutazioni mensilmente nell'analisi dei dati sulle prestazioni erogate, semestralmente sui report previsti per il NAC, ed annualmente come valutazione dell'andamento globale del Poliambulatorio nel Riesame della Direzione.

Numero	INDICATORE	TEMPI PREFISSATI	Valutazione
1	NUMERO DI N.C. IN ACCETTAZIONE INFERIORE ALLO 0,05% DELLE ACCETTAZIONI O PRENOTAZIONI TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO CON 3 NC RILEVATE SU 30293 ACCETTAZIONI PARI ALLO 0,001%
2	NUMERO DI N.C. E RECLAMI IN FASE DI PRELIEVO INFERIORE ALLO 0,051% DEI PRELIEVI TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO CON 3 NC E NESSUN RECLAMO SU 24068 PRELIEVI PARI ALLO 0,012%
3	NUMERO DI N.C. SULLA REFERTAZIONE/CONSEGNA REFERTI INFERIORE ALLO 0,05% DEI REFERTI TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO CON NESSUN ERRORE SU OLTRE 25000 REFERTI PARI ALLO 0%
4	NUMERI DI N.C. SUI DATI FORNITI DA SEFAMO INFERIORE ALL'0,05% DATI TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO CON SOLO 1 ERRORE RILEVATO SU 194005 TEST ESEGUITI PARI ALLO 0,0005%
5	RISPETTO DELLE NORMATIVE DI LEGGE SULLA PRIVACY	CONTROLLO CONTINUO	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
6	NUMERI DI N.C. SUI PRODOTTI FORNITI INFERIORE ALLO 0,1% DEGLI ORDINI TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO

Numero	INDICATORE	TEMPI PREFISSATI	Valutazione
7	NESSUNA N.C. SU PRODOTTI SCADUTI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
8	CONFORMITA' ALLE NORME RIGUARDANTI LA SICUREZZA E L'AMBIENTE	ADEMPIMENTI PROGRAMMATI	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
9	NESSUNA N.C. SULLO SMALTIMENTO RIFIUTI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
10	NUMERO DI N.C. E RECLAMI NEL PROCESSO ECOGRAFIA INFERIORE ALLO 0,5 % DELLE SEDUTE ECOGRAFICHE TOTALI	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO NON È STATO RAGGIUNTO CON 1 NC RILEVATE E 2 RECLAMI SU 284 SEDUTE PARI ALLO 0,7%
11	TOTALE SOVRAPPOSIZIONE DELLE IMMAGINI E DEI REFERTI NEL PROCESSO ECOGRAFIA	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
12	NESSUN RECLAMO INERENTE IL PERSONALE	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO CON NESSUN RECLAMO INERENTE AL PERSONALE
13	SODDISFAZIONE DEL PERSONALE E CAPACITA' DI APPLICAZIONE DELLE NORME	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO APPARENTEMENTE È STATO RAGGIUNTO ANCHE SE RIMANE UNA CERTA INSODDISFAZIONE SUI RAPPORTI INTERPERSONALI
14	OTTENERE I CREDITI PREVISTI DALLA NORMATIVA PER IL PERSONALE SANITARIO	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO NON È STATO RAGGIUNTO DA TUTTO IL PERSONALE
15	MANTENIMENTO DELLE PERCENTUALI DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO
16	NESSUN INTERVENTO STRAORDINARIO SULLE APPARECCHIATURE DI ECOGRAFIA	DICEMBRE 2018	L'OBIETTIVO È STATO RAGGIUNTO

10 1 NC e 2 RECLAMI PER L'ECOGRAFIA, PARI ALLO 0,7% DELLE SEDUTE ECOGRAFICHE sono un dato abbastanza preoccupante e in effetti ci sono parecchie lamentele da parte dell'utenza relative ai tempi di attesa ed ai ritardi. Da rilevare anche che i pazienti, pur senza reclami scritti lamentano il tempo estremamente ridotto per l'esecuzione dell'esame ecografico; la qualità dell'esame però non dipende dal tempo di esecuzione, che è più o meno lo stesso in tutte le strutture, e che del resto viene dilatato in casi di necessità di ulteriori approfondimenti. Tutto ciò non inficia la soddisfazione dei medici curanti che hanno piena fiducia nell'operato del dott. Milite. L'insoddisfazione per il secondo ecografista dott. Somavilla, ritenuto impreciso e insicuro è stata

risolta con la sua sostituzione con 2 nuovi ecografisti, il dott Andrea Bulzacchi, e il dott Elvis Lela, che, almeno fino ad ora sembrano incontrare il favore degli utenti e dei medici curanti

14 OTTENIMENTO DEI CREDITI PREVISTI DALLA NORMATIVA PER IL PERSONALE SANITARIO: Tutto il personale soggetto all'ottenimento degli ECM si adopera per il raggiungimento della quota obbligatoria. Quasi tutti sono in regola, solo una infermiera e un radiologo sono in ritardo ma sono stati sollecitati ad adempiere alla normativa nel corso dei 3 anni previsti.

In aggiunta agli obiettivi ed indicatori definiti del documento Obiettivi per la qualità, la struttura ha monitorato quali obiettivi di qualità anche i seguenti:

1. la puntualità nell'erogazione delle prestazioni,
2. erogazione delle prestazioni coerenti ed appropriate alle richieste/quadro clinico,
3. raggiungere gli obiettivi di attività fissati dall'accordo contrattuale,
4. valutazione delle risorse necessarie per l'erogazione delle prestazioni/servizi interessati;
5. l'assenza di reclami,
6. l'assenza di eventi avversi.

CONSIDERAZIONI

1. la puntualità nell'erogazione delle prestazioni: la prenotazione delle prestazioni è gestita direttamente attraverso il sistema CUP. Il CUP assegna al paziente la prima finestra disponibile e pertanto risulta essere la più puntuale. La priorità di accesso è definita da codici regionali in impegnativa.
2. erogazione delle prestazioni coerenti ed appropriate alle richieste/quadro clinico: l'accordo contrattuale con l'Az. ULSS prevede l'erogazione delle prestazioni di medicina di laboratorio ed ecografie. I pazienti che si presentano nel Poliambulatorio mostrano quasi sempre un quadro clinico compatibile con l'indicazione della prescrizione. Nel corso dell'anno 2018 il sopralluogo svolto dal NAC ha confermato l'appropriatezza sia delle richieste da parte dei MMG/Medico inviante che quella della prestazione erogata.
3. Nel corso del 2018 l'erogazione delle prestazioni rese ha rispettato quanto definito nell'accordo contrattuale, sia nel budget assegnato, sia nella quantità indicativa mensile.
4. valutazione delle risorse necessarie per l'erogazione dei servizi interessati dalla richiesta di accreditamento: attualmente la Direzione valuta positivamente nel numero e nelle competenze le proprie risorse.
5. l'assenza di reclami: l'obbiettivo non è stato raggiunto .
6. l'assenza di eventi avversi: il Direttore Sanitario ha monitorato attentamente nel corso dell'anno l'andamento dei pazienti per aderire a quanto richiesto nella gestione dell'outcome clinico. Nel corso del 2018 si sono verificati 2 Eventi Avversi
 - ✓ 1 malore di un paziente, il personale ha agito prontamente, con valutazione dei parametri; è stato chiamato il 118, il paziente si è ripreso subito, prima dell'arrivo dell'ambulanza che in ogni caso lo ha portato per un controllo in ospedale
 - ✓ 1 caduta per rottura di una sedia da parte della nostra prelevatrice. Abbiamo ritenuto opportuno cambiare tutte le sedie della sala d'attesa

Obiettivi di assenza di reclami e assenza di eventi avversi non raggiunti, ma adeguatamente presidiati e trattati.

Le non conformità/eventi avversi rilevati vengono gestiti con lo strumento del Problem Solving individuando le possibilità per il miglioramento continuo.

Le non conformità rilevate sono state opportunamente trattate secondo quanto riportato nella procedura di riferimento.

Il trattamento delle stesse è stato condiviso con il personale del Poliambulatorio in sede di riunioni dedicate.

In sede di riunione vengono condivisi i contenuti del presente Riesame. Il coinvolgimento del personale è molto importante al fine di renderlo consapevole della ricaduta dell'operato nell'organizzazione del poliambulatorio.

Non si segnalano altre modifiche organizzative e/o operative che abbiano determinato cambiamenti neanche a seguito di problem solving.

OBBIETTIVI PER IL 2019

Il Poliambulatorio ha definito i seguenti strumenti come necessari per il conseguimento degli obiettivi 2019 (MOD DIR 03)

1. Formazione: frequentare corsi che permettano al titolare il costante aggiornamento professionale.
2. Apparecchiature/Impianti: mantenere il livello di manutenzione.
3. Documentazione: valutare la necessità di aggiornamento dei documenti operativi, delle informative per l'utenza e la necessità di inserire nuove linee guida o modifiche alla operatività quotidiana.

FORMAZIONE/VALUTAZIONE DEL PERSONALE

Per quanto riguarda l'aggiornamento professionale i professionisti soggetti alla normativa nel corso del 2018 hanno frequentato corsi specialistici e stanno raccogliendo i crediti ECM.

Per il personale di segreteria/amministrazione si è proseguito nel favorire momenti di confronto al fine di ribadire aspetti legati al suo ruolo e finalizzati alla soddisfazione dei requisiti dell'Accreditamento. Questi saranno visti anche come momento di aggiornamento e di valutazione di eventuali aspetti "critici" sia operativi che di soddisfazione dell'utenza.

Il Poliambulatorio ha redatto la POI 12 Gestione delle persone, nella quale oltre alla descrizione delle modalità di gestione, di selezione, addestramento e formazione, vengono descritte le modalità di valutazione.

Annualmente la Direzione compila la Scheda di valutazione individuale.

La Direzione considera abbastanza positivamente le valutazioni fatte per tutte le figure professionali considerate, nel loro livello di formazione e nel mantenimento delle competenze professionali andando a valutare il mantenimento degli ECM dove previsto oltre che i seguenti criteri:

- Capacità operativa
- Organizzazione del proprio lavoro
- Disponibilità nel rapporto con gli utenti
- Capacità di adattamento operativo
- Aggiornamento e sviluppo delle proprie competenze
- Soluzione dei problemi
- Predisposizione nella stesura dei documenti

La Direzione definisce l'organizzazione del personale operante negli Organigrammi (MOD DIR 04 – MOD DIR 05) e definisce la loro funzione nel Funzionigramma (MOD DIR 07).

La Direzione inoltre, in occasione del Riesame della Direzione pianifica annualmente un piano di formazione del personale sulla base di carenze emerse e/o di pura necessità di formazione e aggiornamento di tutto il personale.

L'addestramento può essere effettuato sia internamente che esternamente.

Inoltre, la programmazione delle attività di formazione e aggiornamento è sviluppata coinvolgendo gli operatori mediante il Questionario collaboratori/dipendenti (MOD RIS 04) e mediante periodiche riunioni indette ogniqualvolta se ne veda la necessità.

La Direzione stabilisce annualmente i criteri di priorità della formazione necessaria sulla base anche delle necessità emerse.

I criteri di priorità sono oggetto di condivisione con il personale

Esistono anche altri momenti di formazione: momenti di formazione in campo, relazioni su conoscenze acquisite all'esterno, incontri/riunioni interni.

La Direzione valuta positivamente l'efficacia della formazione effettuata rispetto alle criticità/necessità emerse.

Oltre ai momenti di addestramento formalizzato, vengono effettuate periodicamente delle riunioni con tutto il personale, verbalizzate con l'apposito verbale MOD RIS 01 Verbale di riunione e convocate con l'obiettivo di affrontare tematiche relative sia al Sistema Qualità che alle attività lavorative in generale.

Tali occasioni servono anche come momenti di formazione interna.

La formazione/addestramento/valutazione del singolo operatore viene registrata sulla sua scheda personale (MOD RIS 02) e nell'apposita scheda Attività di Formazione (ALL 2 MOD RIS 02)

Annualmente la Direzione in sede di Riesame, valuta le singole schede personali e la scheda attività di formazione.

Il processo di valutazione dell'idoneità al ruolo è messo in atto per il neo assunto quando applicabile, per la valutazione del personale adibito a nuove mansioni, per tutto il personale nella verifica del mantenimento delle competenze.

Nel corso del 2018 non sono emerse necessità di azioni di miglioramento dei programmi di formazione quali ad esempio momenti di formazione aggiunti e/o attività di re training dell'avvenuta formazione. Emerge che la formazione cogente prevista per la sicurezza operatori è adeguatamente tenuta sotto controllo.

Nella valutazione nel suo complesso la Direzione ritiene che in linea di massima ci sono luci ed ombre: anche se è presente sempre impegno e buona volontà spesso. Non è certo un lavoro facile, sempre a contatto con un pubblico esigente che spesso rovescia sul personale le proprie ansie e il proprio generico malcontento; considerato poi che anche i rapporti interpersonali non sono semplici in un ambiente tutto femminile, l'attenzione con cui si gestisce ogni singola persona deve essere quindi sempre massima.

Per riassetare gli equilibri si è decisa una rotazione del personale di segreteria in varie sedi e per il momento la cosa sembra funzionare

Un discorso a parte va fatto per la **dott.ssa I. Cordiano, direttore Responsabile del laboratorio Analisi**, la cui preziosa presenza in Sefamo è fondamentale per il buon funzionamento di tutta la struttura; il suo apporto per la conferma dell'accreditamento è sempre indispensabile

APPARECCHIATURE/IMPIANTI

È stata valutata l'attualità delle verifiche funzionali delle apparecchiature e dell'impianto elettrico secondo la normativa di riferimento. Il passaggio di tutta l'attività di laboratorio al Laboratorio Service esterno ha di fatto eliminato quasi tutta l'attività di manutenzione delle apparecchiature tranne le centrifughe che non necessitano di manutenzione particolare.

Le apparecchiature assoggettate al controllo funzionale oltre che alla verifica di sicurezza elettrica sono gli ecografi e le centrifughe.

Ad oggi non emergono necessità di pianificazioni di potenziamento/sostituzione di parti strutturali e/o impiantistiche. Sono stati acquistati 2 nuovi ecografi per la sede di Vicenza e per quella di Camisano, la cui manutenzione è già stata programmata

Si conferma quanto realizzato nelle sedi di pertinenza. Quanto realizzato è ad oggi conforme alla normativa di settore.

Si conferma così l'attuale allocazione delle attrezzature elettromedicali in uso nelle sedi di pertinenza.

Viene confermato nella sua attualità quanto descritto nella POI 07 Gestione dei presidi, farmaci e apparecchiature. Per ogni elettromedicale è stata predisposta una cartellina contenente tutta la documentazione prevista e i report della manutenzione programmata (verifiche di sicurezza elettrica) e straordinaria.

E' responsabilità del personale, nel suo utilizzo, la corretta manutenzione, pulizia e ripristino delle apparecchiature secondo quanto indicato dalla Direzione che, in sede di audit ne verifica la correttezza.

Dispositivi medici e farmaci sono correttamente tenuti sotto controllo.

In sede di audit interni la Direzione ha valutato positivamente la tenuta sotto controllo da parte del personale oltre che la consapevolezza da parte dello stesso, di come una corretta tenuta sotto controllo impatti sulla qualità della prestazione.

L'eventuale necessità di sostituzione nasce da anomalie a carico dei prodotti, anomalie, che vengono tempestivamente segnalate dal personale alla Direzione secondo procedura definita.

Il riassortimento degli stessi viene effettuato tendo conto delle scadenze oltre che dal ripristino delle scorte approvvigionate.

VALUTAZIONE DI FABBISOGNI INNOVATIVI TECNICO PROFESSIONALI, ORGANIZZATIVI E DI INFORMATION TECHNOLOGY.

Spetta alla Direzione la responsabilità della valutazione delle tecnologie oltre che del monitoraggio dell'efficacia dell'intero percorso dell'innovazione di attrezzature elettro-medicali, di farmaci e di dispositivi medici.

Quanto realizzato ed in atto ad oggi dal punto di vista tecnico-professionale, organizzativo e di informazione tecnologica risulta efficace ed appropriato al conseguimento degli obiettivi del Poliambulatorio.

In particolare nelle tre categorie:

- Clinico/diagnostica: la presenza di referti elettronici e di immagini clinico/diagnostiche facilita e fornisce input al processo diagnostico;
- Supporto: presenza di infrastrutture che supportano sia le applicazioni amministrative che cliniche quali reti wireless, sistema di barcode, sistemi per la sicurezza informatica.
- Amministrative: quale ad esempio la presenza della fatturazione elettronica la registrazione pazienti in applicativi informatici e nel sistema CUP.

In sede di riunioni periodiche il personale viene coinvolto ed invitato ad esprimere necessità o suggerimenti in merito a fabbisogni di carattere innovativo tecnico-professionale, organizzativo e di informazione tecnologica.

Viene condivisa con il personale stesso l'importanza del HAT (Health Technology Assessment = valutazione della reale efficacia di procedure e tecnologie) quale strumento per migliorare complessivamente la qualità, la sicurezza e l'efficienza del sistema delle prestazioni sanitarie.

Il contributo di tutto il personale, tenendo conto delle rispettive competenze e ruolo all'interno della struttura, permette alla Direzione di ricevere conferme sull'appropriatezza ed affidabilità di quanto messo in atto e, diversamente, un'indicazione su fabbisogni emergenti.

DOCUMENTAZIONE

Si è iniziato il percorso di revisione della documentazione, che si completerà nel 2019, per aggiornarla in funzione dell'accreditamento del 2019.

La Direzione è responsabile della creazione ed aggiornamento di tutta la documentazione realizzata di concerto con il personale.

Per tutti documenti il format definito contiene caratteristiche di identificazione e rintracciabilità.

I documenti vengono identificati con un cartiglio riportante l'intestazione ed il logo della struttura e la rintracciabilità è garantita dal titolo con il codice alfa numerico ed il numero progressivo assegnato, la revisione in essere oltre al numero delle pagine.

Spetta alla Direzione riesaminare ed approvare tutta la documentazione prima della sua distribuzione.

Annualmente la Direzione nel documento Riesame della Direzione, valida il "riesame e approvazione" di tutti i documenti oggetto di stesura/revisione. In questo modo la Direzione approva la "nuova" documentazione che può essere inserita nel sistema informatico a disposizione del personale.

All'interno della POI 05 viene trattata anche la valutazione della qualità della documentazione sanitaria. La Direzione mensilmente verifica la "qualità" della documentazione sanitaria in occasione del report mensile per la SOGEI. L'esito della valutazione, ad oggi, è sempre stato positivo. La Direzione in sede del presente Riesame valuta positivamente in termini di affidabilità, accuratezza e validità quanto predisposto come informazioni documentate del sistema gestione qualità.

Il Poliambulatorio ha individuato quali flussi informativi e relativa reportistica sia nella comunicazione interna sia nella comunicazione rivolta verso l'esterno quanto descritto nella POI 09 Procedura comunicazione ed informazione.

Quanto descritto è efficace, accurato e attualmente valido.

Il Poliambulatorio in relazione all'effettuazione di periodiche valutazioni della carta dei servizi, così come per tutta la documentazione del sistema gestione qualità, ha messo a sistema la modalità di gestione della documentazione (POI 05 Gestione dei documenti e dei dati): non è possibile, per la tipologia di prestazione erogata, poter coinvolgere direttamente associazioni di tutela dei cittadini e/o malati/familiari.

La Carta dei Servizi è stata rivalutata nell'attualità dei suoi contenuti in sede di riunione, coinvolgendo tutti gli operatori. Sono stati invitati ad esprimere le annotazioni e le eventuali modifiche da apporre. Il coinvolgimento degli operatori, quanto dei responsabili della struttura è garantito infatti, dalla partecipazione alle riunioni.

Per quanto riguarda il contributo dell'utenza, la stessa carta dei servizi è a disposizione non solo in formato cartaceo ma anche sul web.

Il coinvolgimento degli utenti è garantito attraverso forme di trasparenza (avvisi, documentazione in bacheca, sito web), oltre che dalla raccolta delle segnalazioni dell'utenza.

L'utenza è invitata, a fornire segnalazioni alla struttura circa la completezza delle informazioni contenute nella carta dei servizi ma anche nelle diverse brochure informative.

Le segnalazioni dell'utenza aiutano la struttura nel perseguire il miglioramento delle prestazioni.

Come ogni anno, la Direzione effettua:

- la rivalutazione dell'organizzazione,
- valuta le eventuali necessità strutturali ed impiantistiche,
- valuta l'attualità di apparecchiature ed attrezzature.

Il Poliambulatorio si è posto come obiettivo di analizzare annualmente un processo utilizzando lo strumento della FMEA: per l'anno 2018 il processo analizzato è il trasporto dei campioni.

Le eventuali necessità/opportunità rientrano negli obiettivi per l'anno in oggetto.

Viene effettuata annualmente la rivalutazione delle responsabilità e del sistema di deleghe.

Si conferma, per il 2019, quanto individuato nell'organigramma e funzionigramma.

Per quanto riguarda la gestione dei dati sulle prenotazioni e le liste d'attesa per l'erogazione delle visite tutto dipende direttamente dal CUP.

Il Poliambulatorio ha messo in atto attività per la valutazione della qualità delle informazioni e dei dati (vedi allegati al GDPR) e, con la realizzazione di quanto richiesto per l'adeguamento alla nuova normativa sulla privacy, ha ulteriormente elevato il livello di sicurezza dei dati e dei documenti trattati.

Il poliambulatorio ha anche definito nella POI 05 Gestione dei documenti e dei dati e nella POI 15 Protezione dei dati personali, le modalità di gestione dei documenti e dei dati anche sanitari, atte a garantirne l'aggiornamento e la sicurezza.

Il Poliambulatorio valuta positivamente la qualità dei dati dei sistemi informatici/informativi in termini

di affidabilità, accuratezza e validità, provenienti da fonti interne e da fonti esterne anche in termini di trasparenza ed aggiornamento.

I dati che viaggiano informaticamente sono quelli gestiti dal CUP oltre che i referti.

L'accuratezza, affidabilità, nonché validità del sistema informativo cartaceo è garantita dal sistema gestione qualità implementato e da quanto definito nella POI 05 anche in termini di trasparenza ed aggiornamento.

Il sistema di gestione dei dati informativo/Informatico è affidabile: i dati che il sistema fornisce in caso di necessità di reperimento delle informazioni su un paziente o su una sua prestazione sono affidabili.

I dati nel sistema provengono sia da fonti interne con inserimento manuale e tramite barcode, sia da WEBCUP con importazione manuale nel sistema.

Il sistema garantisce la gestione dell'accesso in base ai profili/ruoli utente, attraverso password.

Il sistema di gestione dei dati è sicuro e affidabile, e i dati che il sistema fornisce in caso di necessità di reperire le informazioni su un paziente o su una sua prestazione sono affidabili.

Possono accedere al sistema con diversi gradi di utilizzo:

- la direzione, con piena operatività
- il direttore di laboratorio, con accesso ai dati anagrafici, sensibili e autorizzazione ad intervenire sui dati del referto
- il personale di segreteria, con accesso ai dati anagrafici e sensibili
- il personale amministrativo, con accesso ai dati anagrafici e di fatturazione
- l'assistenza informatica (su nostra richiesta)

Il sistema gestisce una tracciabilità delle informazioni manipolate perché tiene traccia di ogni operazione eseguita e indica l'operatore che l'effettua.

Ad ogni accettazione i dati del paziente già presente in anagrafica, vengono ricontrollati con un suo documento e la sua tessera sanitaria.

Per quel che riguarda il processo Ecografia, esiste una password per ciascun operatore dell'ambiente ecografico; su ciascun referto esce inoltre la firma dell'operatore il che ne garantisce la rintracciabilità. È comunque necessario che a tutti gli operatori siano accessibili i referti del settore per motivi diagnostici.

Il salvataggio dei dati di Ecografia avviene automaticamente alla chiusura del referto sia sul PC, sia su un hard disk esterno al PC che suddivide i referti in ordine alfabetico.

Alla luce di quanto sopra la Direzione valuta positivamente il sistema di gestione dei dati nella sua validità.

VALUTAZIONE DELLA REALE ATTUAZIONE DELLE INDICAZIONI DIAGNOSTICO / TERAPEUTICHE / ASSISTENZIALI PREVISTE DAI PERCORSI E DAI PROTOCOLLI / PROCEDURE.

La Direzione recepisce le valutazioni di qualità CQI e VEQ definite dal Laboratorio in rete per la parte delle prestazioni di Medicina di laboratorio.

Per la diagnostica per immagini i controlli qualità sono riferibili alle verifiche da parte del tecnico incaricato in merito alla funzionalità dell'apparecchiatura e, per la parte dei referti, alla rivalutazione delle immagini.

Qualora il paziente si rivolga nel tempo al Poliambulatorio per effettuare la stessa tipologia di indagine viene effettuata dal Medico Radiologo una rivalutazione diagnostica attraverso il confronto del referto con le immagini precedenti.

Il Radiologo effettua inoltre, nel corso dell'anno, anche una valutazione della qualità del prodotto refertato monitorando il numero delle ripetizioni delle immagini sul totale delle immagini refertate. Questa valutazione permette alla Direzione del Poliambulatorio di monitorare l'esito del prodotto erogato.

Le valutazioni sono oggetto di audit interni e di condivisione con il personale

VALUTAZIONE APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA PRESTAZIONI - PERFORMANCE

Il Poliambulatorio si è dotato di un sistema e di strumenti per la valutazione della qualità delle prestazioni di cui alcuni diretti ed altri indiretti.

Si è dotato di numerose procedure che permettono di indirizzare ed armonizzare le attività svolte in modo da garantire il massimo risultato.

Almeno una volta l'anno, la Direzione effettua una rivalutazione dell'attualità ed efficacia delle procedure definite, anche in funzione dell'Evidence e dell'aggiornamento delle Linee Guida.

Ad ogni rivalutazione corrisponde l'aggiornamento della revisione dei documenti.

La stessa valutazione del NAC attesta la qualità di quanto eseguito.

L'effettuazione di audit interni periodici permette inoltre alla Direzione di valutare l'eventuale disallineamento dalle procedure definite nonché l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni rese.

Quanto è stato realizzato quale programmazione delle attività nel corso 2018, è valutato positivamente.

Tutta l'attività resa ha rispettato il budget assegnato, la programmazione individuata e il rispetto anche delle risorse disponibili.

Nel dettaglio con una maggiore puntualizzazione si aggiungono le considerazioni finali del presente riesame della Direzione.

Le prestazioni sono state effettuate garantendo gli standard di qualità definiti nonché la sicurezza dei pazienti e la sicurezza degli operatori coinvolti.

La Direzione, nell'ottica del miglioramento continuo delle prestazioni/servizi erogati, ha valutato dall'andamento dell'anno 2018 i seguenti spunti di miglioramento:

1. Far gestire da CB Sistemi anche la parte riguardante Firewall e assistenza hardware, perché avere un unico interlocutore facilita il lavoro e migliora l'assistenza
2. Cambiare il server perché ormai risulta insufficiente per il nostro volume di attività
3. Valutare la possibilità di passare ad una archiviazione in cloud dei dati più evoluta e con firma digitale
4. Valutare la possibilità di espanderci sul territorio, vista le richieste provenienti da più parti
5. Provvedere a un restyling della struttura a Torri di Quartesolo, dovendo rinunciare alla possibilità di mettere un ascensore per l'ostruzione ingiustificata e incomprensibile di un condomino
6. Cambiare il gestore telefonico per portare a un notevole risparmio delle utenze

Nel valutare quanto realizzato e definito nelle procedure e documentazione inerente la sicurezza del paziente, si ritiene che questo è ben identificato, correttamente presidiato da parte del personale e della Direzione.

Non emergono allo stato attuale necessità di miglioramento della sicurezza paziente.

Si conferma quanto in atto.

Le valutazioni di cui sopra sono state oggetto di condivisione con tutto il personale. I contenuti dei verbali riunione unitamente alla documentazione eventualmente allegata sono a disposizione del personale per una successiva consultazione. La Direzione Sanitaria è disponibile a confrontarsi con il personale per qualsiasi necessità e/o chiarimento.

Nella progettualità di miglioramento la Direzione coinvolge in sede di riunione, le proprie risorse disponibili e declina gli obiettivi nei diversi ambiti e persone, ognuna nel proprio ruolo.

Le responsabilità del personale sono declinate nei documenti organigramma /funzionigramma.

In sede di audit la Direzione verifica l'avanzamento delle progettualità di miglioramento. La stessa valutazione del personale è un momento di valutazione della Direzione su quanto definito nel funzionigramma e condiviso nei momenti di riunione/confronto con il personale.

Alla luce di quanto sopra la Direzione esprime una valutazione positiva in merito.

GESTIONE DEL RISCHIO

La Direzione ha migliorato quanto già individuato in merito e, in particolare, la POI 10 Clinical Incident Reporting System, il MOD AQ12 Scheda evento avverso e il MOD DIR 09 Piano sicurezza paziente

Pur confermandosi che allo stato attuale non emergono ulteriori necessità di miglioramento della sicurezza paziente la Direzione, in relazione al campione, ha deciso di approfondire il processo trasporto.

Vista la delicatezza del processo, proprio in funzione del risultato finale, lo ha valutato in tutte le sue fasi, individuando possibili cause di rischio e definendo le azioni necessarie.

Quale metodologia di valutazione del rischio ha realizzato una FMEA.

Ciò al fine di realizzare il miglior presidio sulle prestazioni di medicina di laboratorio rese.

Sarà cura della Direzione, poi, monitorare le azioni intraprese nel corso degli audit programmati periodicamente per la fase pre-analitica.

La Direzione si pone come obiettivo quello di guardare agli altri processi in quest'ottica adottando la stessa metodologia per la valutazione dei rischi.

Lo stesso personale è stato coinvolto nella stesura della FMEA; ha contribuito, infatti a mettere in evidenza i rischi e le cause, sostenendo la Direzione nell'individuazione delle azioni di miglioramento.

Obiettivo della Direzione è quello di presidiare, quale indicatore di monitoraggio, l'insorgenza di eventuali NC relative alla preparazione campioni/trasporto/consegna materiale al Laboratorio di service.

La Direzione è sensibile e attenta all'individuazione e realizzazione di percorsi formativi che si rendano necessari al fine di garantire la sicurezza del paziente.

Provvede inoltre a verificare l'attualità della formazione cogente di ciascun operatore e a programmare la formazione necessaria.

Utile allo sviluppo delle competenze e al mantenimento delle stesse viene promossa la diffusione di buone pratiche.

A garanzia di ciò la Direzione ha messo a disposizione degli operatori un link di collegamento a linee guida.

Esistono anche altri momenti di formazione: momenti di formazione in campo, relazioni su conoscenze acquisite all'esterno, incontri/riunioni interni.

In previsione di programmi di miglioramento della qualità delle prestazioni/servizi è cura della Direzione individuare opportuni piani formativi a supporto degli stessi, sostenuti dal coinvolgimento e affiancamento costante della Direzione nel loro avanzamento. Per le attività di formazione si fa riferimento alla procedura dedicata.

COINVOLGIMENTO/PARTECIPAZIONE UTENZA

I sondaggi svolti per cogliere la soddisfazione dell'utenza contribuiscono a ricavare le informazioni necessarie per capire la qualità dell'operato e per raccogliere gli eventuali elementi utili per il miglioramento continuo

Quanto realizzato come strumenti di coinvolgimento/partecipazione dell'utenza alla realtà del nostro Poliambulatorio, viene valutato positivamente ed efficace dalla Direzione nel presente Riesame.

Gli strumenti messi in atto permettono alla nostra realtà di realizzare, le azioni di miglioramento necessarie.

Una nuova valutazione sulla soddisfazione dell'utente, attraverso la distribuzione di questionari mirati è stata condotta, come sempre, nel corso di tutto l'anno 2018 per avere maggiormente il polso della situazione.

I risultati emersi dall'analisi e valutazione dell'indagine di soddisfazione utente, oggetto del presente Riesame, unitamente ai ritorni dei reclami e alle azioni di miglioramento adottate, sono messi a disposizione dell'utenza in bacheca.

Come per gli anni passati si utilizza un solo tipo di questionario sia per il Laboratorio Analisi, sia per il servizio di Ecografia differenziando la rilevazione tra la sede di Torri, la sede di Camisano e il punto prelievi di Vicenza, per avere una valutazione più precisa e provvedere così ad eventuali correzioni mirate

Il questionario è stato lievemente modificato rispetto allo scorso anno perché più adeguato a dare un giudizio globale e sintetico. Ne sono stati riconsegnati compilati circa 500, c'è una grandissima difficoltà nell'ottenere la collaborazione dei pazienti per questo tipo di indagini e spesso il giudizio è offuscato dal fastidio di dover perdere tempo a compilare il questionario stesso

I risultati dell'indagine sono di seguito riepilogati (vedi anche grafici allegati):

Valutazione cortesia in accettazione:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	84,91%	14,91%	0,18%
TORRI	76,04%	64,18%	0
S.CROCE	81,7%	18,03%	0
CAMISANO	91,25%	8,42%	0,34%

Valutazione orari di accesso:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	68,44%	31,41%	0,16%
TORRI	64,18%	35,09%	0,73%
S.CROCE	70,11%	29,89%	0
CAMISANO	71,53%	28,47%	0

Valutazione tempi di prenotazione ecografie:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	50,75%	43,67%	5,38%
TORRI	39,39%	53,54%	7,07%
S.CROCE	54,11%	42,83%	0
CAMISANO	56,48%	38,34%	0,52%

Valutazione tempi di attesa per ecografie:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	61,93%	30,70%	7,37%
TORRI	35,37%	54,88%	9,76%
S.CROCE	63,64%	27,27%	9,09%
CAMISANO	79,14%	18,71%	2,16%

Valutazione modalità di esecuzione del prelievo:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	80,65%	18,84%	0,50%
TORRI	70,40%	28,00%	1,60%
S.CROCE	72,22%	27,78%	0
CAMISANO	88,58%	11,42%	0

Valutazione modalità di esecuzione dell'ecografia:

	molto soddisfatti	abbastanza soddisfatti	poco o per nulla soddisfatti
TOTALE	69,93%	28,10%	1,96%
TORRI	62,26%	34,91%	2,83%
S.CROCE	84,62%	7,69%	7,69%
CAMISANO	73,26%	25,67%	0

VALUTAZIONE INDAGINE

Cortesìa in accettazione: i risultati sono migliori di quelli degli scorsi anni; le continue sollecitazioni danno evidentemente i loro frutti anche se comprensibilmente la tensione cui le segretarie sono sottoposte e la velocità con cui devono lavorare non rendono facile stare per lunghe ore a contatto con pazienti spesso nervosi o preoccupati

Orari di accesso: la sede centrale di Torri è aperta dalle 7.30 del mattino fino a sera con eventuale disponibilità anche nella pausa tra le 13 e le 15.

A Vicenza è aperto dal lunedì al sabato mattina e anche alcuni pomeriggi. Camisano è aperto tutti i giorni con orario spezzato e il mercoledì con orario continuato, ma evidentemente non basta; però più di così non è possibile fare

Tempi di prenotazione dell'ecografia: vi è una grande richiesta di ecografie, che la struttura pubblica non è in grado di soddisfare. Siamo consapevoli che il numero di nostre sedute non è più sufficiente, ma tutte le ecografie in convenzione sono ora prenotate attraverso il CUP e il budget è fisso e non permette alcuno sfioramento. L'insoddisfazione è sicuramente anche legata al fatto che la prenotazione attraverso il CUP pone paletti ben precisi legati alla classe di priorità e non tutti hanno la pazienza di aspettare anche qualche settimana

Tempi di attesa per l'esecuzione dell'ecografia: l'insoddisfazione per i tempi di attesa nella struttura è sempre legata al fatto che la prenotazione attraverso il CUP da dei tempi ben precisi e basta un esame più complesso che richiede un tempo più lungo per creare disagi ai pazienti in attesa.

Modalità effettuazione prelievo: la soddisfazione è sovrapponibile nelle tre sedi. 3 delle prelevatrici sono dipendenti della Data Clinica e una è una libera professionista che lavora con noi da molto tempo. Tutte in ogni caso sono periodicamente sottoposte a verifiche, sia per quanto riguarda l'atto medico in sé, sia per il rapporto con il paziente

Modalità esecuzione ecografia: i risultati sono sovrapponibili a quelli dello scorso anno, è cambiato un radiologo, ma la qualità di quelli nuovi è invariata

VALUTAZIONE MODALITÀ DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

Quanto realizzato come strumenti di coinvolgimento/partecipazione dell'utenza alla realtà del nostro Poliambulatorio, viene valutato positivamente ed efficace dalla Direzione nel presente Riesame. Gli strumenti messi in atto permettono alla nostra realtà di realizzare, le azioni di miglioramento necessarie.

La Direzione valuta positivamente quanto realizzato come le modalità operative di comunicazione ed informazione interne al Poliambulatorio e dal Poliambulatorio verso l'esterno e dall'esterno verso il Poliambulatorio.

Si conferma l'attualità della POI 09. Tenendo conto dei suggerimenti da parte del personale, emersi nel corso dell'indagine del clima interno, quale azione di miglioramento, al fine di migliorare le comunicazioni interne è stato istituito un gruppo whatsapp che pare funzionare perfettamente.

VALUTAZIONE QUESTIONARI INTERNI

Nel corso del 2018 si sono tenute 6 riunioni con il personale, con cadenza bimestrale, relative a pianificazione del lavoro, corsi formativi, relazioni su verifiche ispettive interne, valutazione questionari interni ed esterni, analisi dei requisiti di accreditamento, adeguamento privacy, politica aziendale.

Come ogni anno sono stati distribuiti questionari interni a dipendenti e collaboratori in due tornate ad aprile e a novembre. Rimane sempre qualche perplessità sulla corretta considerazione di questo strumento: non di rado si ha la sensazione che vengano compilati un po' meccanicamente; a conferma, il fatto che qualcuno preferirebbe discutere di persona.

Resta dominante la difficoltà di comunicazione interpersonale, che crea rapporti difficili e una certa conflittualità, benché mai effettivamente esplicitata.

Rilevazioni:

1. Carenza di pulizia in alcuni locali poco frequentati (magazzino)
2. Rapporti difficili tra colleghe
3. Difficoltà di trasmissione delle comunicazioni interne

Suggerimenti:

1. Rinnovare alcuni hardware
2. Creare cartelle di file condivise in rete
3. Programmare periodi di chiusura della struttura fissi
4. Migliorare l'illuminazione della sala d'attesa a Torri
5. Sostituire l'insegna sulla statale a Torri
6. Installazione di un ascensore
7. Vetro di protezione sulle postazioni di accettazione
8. Istituire un servizio di psicologia del lavoro

Considerazioni finali

1. Per la carenza di pulizia si provvederà alla liberazione del magazzino di tutti gli strumenti non più in uso e si chiamerà un'impresa per una successiva pulizia di fondo
2. La difficoltà di rapporti interpersonali è un problema che si trascina da anni e di cui non si vede la soluzione (ma è probabilmente un problema comune a tutte le strutture con personale prevalentemente femminile)
3. Per migliorare le comunicazioni interne è stato istituito un gruppo whatsapp che pare funzionare perfettamente
4. Si è provveduto a sostituire alcune stampanti e si provvederà alla sostituzione anche di alcuni PC
5. E' stata completamente rinnovata l'illuminazione della sala d'attesa con ottimi risultati anche estetici
6. Valuteremo la possibilità di sostituire l'insegna ma a causa dell'ostruzione di un condomino sarà difficile
7. Per l'installazione di un ascensore valgono le considerazioni di cui sopra
8. Non riteniamo opportuno il posizionamento di un vetro divisorio, perché toglierebbe il rapporto diretto con il paziente e costringerebbe tutti a parlare più forte a discapito della privacy
9. La richiesta di uno psicologo è partita da una collaboratrice esterna, ma in ogni caso non è attuabile

VALUTAZIONE RECLAMI RICEVUTI

Nel 2018 ci sono stati due reclami riguardanti il dott Milite; quello sulla puntualità è ormai inevitabile, il secondo non corrisponde assolutamente a verità, secondo molte testimonianze

RISULTATI AUDIT INTERNI ANNO 2018

Come d'abitudine consolidata si sono svolte nel corso dell'anno 2018 vari cicli di verifiche.

L'esito degli audit interni per il settore della Medicina di laboratorio è stato positivo: sono stati controllati il TAT, l'appropriatezza ei campioni, e l'accettazione.

Sono stati condotti audit sul Service Sefamo, con analisi ripetute dei Controlli di Qualità

In nessun caso sono emerse criticità e non sono state aperte Non Conformità.

Anche gli audit interni per il settore Ecografia sono risultati positivi. E emersa una sola osservazione riguardante la mancanza cronica di puntualità del dott Millite

2 cicli di audit sono stati dedicati ai diversi processi e funzioni di lavoro (febbraio/settembre) che continuano ad evidenziare una buona applicazione del sistema di qualità da parte di tutto il personale.

Sono state riscontrate 4 osservazioni:

Osservazioni:

1 relativa a situazioni di eccessiva confidenza con gli utenti: si invita il personale ad essere più professionale

1 riguardante la condizione del frigorifero in uso nella sede di Santa Croce: si invita il personale a curarne di più la manutenzione

1 relativa allo scarso numero di riunioni nell'arco dell'anno: si cercherà di aumentarne il numero nonostante le difficoltà oggettive di riunire tutto il personale contemporaneamente

1 riguardante la costante sporcizia del piazzale antistante la sede di Santa Croce: purtroppo non dipende da noi, si sollecita l'amministrazione condominiale a provvedere

NON CONFORMITÀ

Fino al 31 dicembre 2018 sono state aperte 13 **Non Conformità**

1 relativa ad un eccessivo ritardo del dott Milite, non giustificabile

1 a mancata comunicazione interna su una nuova assunzione (si è implementato il sistema di comunicazione

1 a carico del Service Sefamo per una non adeguata lavorazione del Tri test (vedi az correttiva)

3 a carico delle prelevatrici, 2 per l'accettazione di campioni non idonei, e 1 per errore di provette, tutte prontamente risolte

3 a carico dell'accettazione per errori di introduzione esami o di accettazione, anche queste prontamente risolte

4 segnalazioni poi sono state fatte relativamente a malfunzionamento del sistema telefonico o informatico, risolte con interventi dei gestori e non dipendenti in nessun modo da noi

Le Non Conformità rilevate vengono gestite con lo strumento del Problem Solving individuando le possibilità per il miglioramento continuo.

Grazie al Problem Solving vengono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i tempi di attuazione e verifica di quanto attuato per superare le problematiche che accadono individuandone le responsabilità gestionali.

Durante gli audit si raccolgono altri elementi che sommati a quelli emergenti dalle valutazioni effettuate dall'utenza permettono di individuare altre possibilità.

AZIONI CORRETTIVE

Sono state intraprese 3 azioni correttive

1. Modifica della lavorazione del free BHCG e PAPP A passando tutto in biologia molecolare, sistema più attendibile.

2. È stata sostituito l'arredamento della sede di Vicenza per migliorare l'accesso dei pazienti all'accettazione

3. È stato sostituita la responsabile di Torri della raccolta del liquido seminale, a seguito di non corretta esecuzione dell'esame da parte della prelevatrice della sede. Problema totalmente risolto

SITUAZIONE PARCO FORNITORI

I fornitori sono sempre suddivisi in

- Servizi
- Professionisti
- Beni

La maggioranza dei fornitori sono stati confermati, se n'è aggiunto qualcuno ma di importanza relativa

Tra i più importanti:

- Il Laboratorio Analisi **SEFAMO**, il laboratorio di riferimento, opera nel rispetto della qualità e la collaborazione tra SEFAMO e DATACLINICA prosegue nel migliore dei modi, anche grazie al lavoro di mediazione svolto in loco dalla dott. Cordiano
- La ditta **CB Sistemi produttrice** del sistema gestionale Studiolab offre assistenza in genere precisa; qualche volta bisogna sollecitare più del dovuto.
- La ditta **Matika** fornisce l'assistenza hardware e la protezione di tutto il sistema con un contratto di firewall sulle 3 sedi; stiamo valutando la sua sostituzione, in quanto l'assistenza lascia un po' a desiderare e i prezzi sono lievitati.
Il passaggio di tutta l'assistenza ad un unico fornitore (CB Sistemi) quasi sicuramente migliorerà la gestione.

CONSIDERAZIONI FINALI

1. **ECOGRAFIA:** Nel 2018 abbiamo avuto una riduzione di 37000 € sul budget, il che ha comportato una evidente riduzione del fatturato in convenzione. L'acquisto di 2 nuovi ecografi, uno per Camisano e uno per Vicenza sono passi intrapresi per migliorare sempre di più il prodotto offerto; i due nuovi ecografisti, dott Bulzacchi e dott Lela incontrano il favore dei pazienti sia a Camisano sia a Vicenza, il dott Milite è sempre apprezzatissimo
2. **PERSONALE:** ci siamo resi conto che il personale, non sempre è consapevole degli obiettivi dell'azienda e soprattutto del fatto che un buon clima lavorativo è la base indispensabile per ottenere buoni risultati. Dobbiamo quindi puntare a rendere tutti partecipi che lavorare secondo i principi della gestione qualità, non solo è più produttivo, semplifica il lavoro e ci permette di trarre spunti di miglioramento da ogni passaggio, ma anche ci permette di guardare con tranquillità alle scadenze di rinnovo dell'accreditamento del 2019.
La soddisfazione del cliente, tanto quanto la soddisfazione del personale sono le basi su cui si deve posare tutta l'organizzazione del nostro lavoro, ottemperare a questi 2 principi potrà dare un ulteriore impulso alla nostra attività.
3. **ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO:** molti sono gli adempimenti burocratici che ci sono richiesti, dall'ULSS, dalla Agenzia delle entrate, dalle normative della Privacy a quelle della Sicurezza, per non parlare dei nuovi requisiti per l'Accreditamento; ottemperare correttamente a tutti diventa sempre più difficile e il rischio di commettere errori e di incorrere in severe sanzioni anche pecuniarie è sempre più alto. Il dott Burul segue perfettamente gli adempimenti per la parte amministrativa e la dott Bedogni quelli riguardanti l'accreditamento; per la Privacy il dott Testolin è stato confermato quale DPO, per la Sicurezza invece è responsabile il dott Mistruzzi.
4. **LABORATORIO:** Per il 2019 non ci sono state modifiche sul budget, ma sono venuti a mancare i 30000 € in più che avevamo nel 2017 grazie allo rientro dello spostamento di budget non approvato dalla branca radiologia. Il totale quindi del fatturato in convenzione è stato del 10,7 % in meno; questa penalizza non solo noi, ma i pazienti di tutto il nostro bacino di utenza, in special modo quelli della sede di Camisano, che sono molto distanti da qualunque altra struttura convenzionata sia pubblica che privata, e che non sono dotati di servizi pubblici adeguati a trasferimenti rapidi ed efficienti.
La nostra ricerca di rispettare il più possibile le esigenze non solo dei pazienti, ma anche dei medici di base, ai quali abbiamo messo a disposizione un software per la refertazione dei nostri esami direttamente nelle loro cartelle cliniche, appare un punto di forza della nostra attività

Da più di 40 anni la Data Clinica è presente nel panorama sanitario vicentino e, seppur con piccoli passi la crescita è stata costante; siamo una piccola realtà tra grosse strutture sanitarie, che si espandono in continuazione, ma evidentemente la qualità del nostro servizio, la posizione decentrata, il livello dei servizi forniti continuano a soddisfare l'utenza ed i medici di base che ci considerano un punto di riferimento.

Speriamo di poter continuare a lavorare con serenità e serietà, ma non tutte le variabili dipendono da noi; l'implemento tecnologico e informatico, la continua formazione del personale devono essere accompagnati dalla possibilità di avere un budget confacente alle necessità del bacino che gravita sulla Data Clinica, e questo non dipende purtroppo da noi.