	Direzione Generale Tecnostruttura di Staff Area per la Qualità	Pag. 1 di 3
	rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta	Rev. 01

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA : Laboratorio analisi c/o Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta

DATA 16-05-2012

OPERATORI PRESENTI:

dott. Domenico Cavaliere (responsabile del laboratorio)

dott. Antonio Giambersio (medico del laboratorio analisi)

dott. Vincenzo Barile (responsabile del Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta)

TEAM :

dott.ssa Lucia Falanga (leader team)

dott. Gino Scaldaferrì (esperto in medicina di laboratorio)

dott. Massimo De Fino (componente)

SITUAZIONI DI NON CONFORMITÀ RILEVATE/PRESCRIZIONI

L'audit effettuato, preliminare a quello sperimentale regionale è stato finalizzato a verificare la rispondenza dei requisiti presenti (pianificati, adottati e monitorati) nel laboratorio analisi del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta e a valutare il sistema di gestione della qualità della struttura rispetto al modello di accreditamento regionale. A seguito di tale audit sono state riscontrate non conformità riportate di seguito distinte per le singole macroaree, a cui devono seguire azioni di miglioramento nel rispetto della tempistica sotto indicata. Per ciascuna di tali azioni come da procedura aziendale sugli audit (di cui alla delibera 750/2011) è necessario predisporre a cura del responsabile della struttura valutata un'azione correttiva su specifico format, allegata alla procedura in questione indicando il tempo entro cui avviare e chiudere l'azione correttiva stessa. Le azioni correttive individuate vanno comunicate alla tecnostruttura di staff area per la qualità che ha l'obbligo di conservarne appropriate registrazioni.


MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI

CARTA DEI SERVIZI E OPUSCOLO INFORMATIVO DEL LABORATORIO (integra la carta dei servizi aziendale) :

-diffondere la carta dei servizi in sala di attesa

-predisporre l'opuscolo informativo del laboratorio utilizzando apposito format predisposto dalla tecnostruttura di staff area per la qualità, avendo cura di riportare gli orari e le modalità di accesso alla struttura, l'organizzazione, i prodotti erogati, gli aspetti clinici (presenti anche su cartelli in sala di attesa), le responsabilità delegate, la mission, la vision, nonché la data di predisposizione e quella della successiva revisione dello stesso opuscolo

-diffondere lo stesso tra gli operatori della struttura e gli utenti

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	Direzione Generale Tecnostruttura di Staff Area per la Qualità	Pag. 2 di 3
	rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta	Rev. 01

CONSENSO :

-evidenziare l'avvenuta acquisizione del consenso informato all'atto sanitario ai sensi della legge n.135/1990

PRIVACY:

-evidenziare tra la documentazione prevista dall'accreditamento istituzionale copia dell'atto di indirizzo aziendale per il rispetto della privacy, ponendo attenzione al punto 19.4 dello stesso in cui sono indicate le modalità di valutazione dell'idoneità strutturale degli spazi al servizio del trattamento dei dati informatici

COMFORT :

-apporre in uno specifico fascicolo tra la documentazione prevista dall'accreditamento regionale il documento relativo alla sanificazione dei locali del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta, tra i quali quelli del laboratorio

ASCOLTO :

-evidenziare ai competenti uffici aziendali la necessità di predisporre la customer satisfaction nel laboratorio analisi del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta

MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO

LEADERSHIP :

-evidenziare gli obiettivi e le azioni relativi al laboratorio analisi condivisi con la direzione, e far conoscere gli stessi a tutti gli operatori

RISORSE UMANE :

-evidenziare l'atto di programmazione, organizzazione della gestione delle risorse umane in riferimento al reclutamento, turnover, organizzazione e gestione del personale sia esso in convenzione (sumaisti) che dipendenti

-evidenziare i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità all'interno del laboratorio

-evidenziare agli uffici aziendali competenti la necessità di predisporre indagini di clima interno all'interno del laboratorio

-predisporre, adottare e monitorare le modalità di addestramento e di inserimento del neo assunto/trasferito per tutto il personale del laboratorio partendo da procedure presenti presso altri laboratori dell'ASP


-evidenziare in laboratorio copia del piano di formazione aziendale in cui sono previsti corsi di formazione per il personale del laboratorio in riferimento agli obiettivi strategici, innovativi e specifici aziendali

RISORSE TECNOLOGICHE :

-evidenziare il capitolato per le apparecchiature diagnostiche in service

-evidenziare l'inventario dei beni e servizi presenti in laboratorio

-predisporre in appositi contenitori l'evidenza dell'avvenuto addestramento del personale all'uso di nuovi beni /servizi

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	Direzione Generale Tecnostruttura di Staff Area per la Qualità	Pag. 3 di 3
	rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi del poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta	Rev. 01

-evidenziare l'attribuzione delle responsabilità per l'utilizzo del bene/servizio
-evidenziare le modalità da utilizzare/utilizzate per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature diagnostiche in service e di proprietà dell'ASP di concerto con gli operatori dell'ufficio tecnico partendo da procedure presenti presso altri laboratori dell'ASP, evidenziando anche le modalità da adottare/adottate in caso di guasto.

SISTEMA INFORMATIVO:

-utilizzare la procedura gestione documentazione aziendale e i suoi allegati nella predisposizione della documentazione finalizzata al sistema di gestione della qualità/accreditamento istituzionale

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ :

-unificare, nel rispetto delle best practices adottate, la documentazione del percorso assistenziale di medicina di laboratorio prescritta dal manuale di accreditamento istituzionale (APMD1-4-TMD2-PRMD3-APMD5-PRMD6-PRMD7-PRMD8-PRMD9-APMD10-PRMD11), raccordandosi con quanto già pianificato nei restanti laboratori dell'ASP
-pianificare gli standard di prodotto e monitorare gli stessi

GESTIONE SISTEMA QUALITÀ:


-divulgare tra gli operatori del laboratorio le procedure aziendali sulla gestione documentazione e la gestione degli audit di 2° parte (delibera n. 750/2011), pubblicate sul sito web dell'azienda nella parte riservata agli operatori
-sistematizzare la documentazione del sistema di gestione della qualità/accreditamento distinta per macroarea: diritti dei pazienti-sistema di supporto-percorso assistenziale di medicina di laboratorio in appositi fascicoli, porre gli stessi in loco custodito e di facile accesso agli operatori
- portare a conoscenza di tutti gli operatori del laboratorio e dell'ufficio ticket, questi ultimi per la parte di propria competenza, la documentazione prodotta anche mediante specifici incontri di cui si tiene traccia

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE MEDICINA DI LABORATORIO


PIANIFICARE L'INTERO PERCORSO ASSISTENZIALE DI MEDICINA DI LABORATORIO COME SOPRA INDICATO

CONSIDERAZIONI


Nel corso dell'audit gli operatori presenti hanno riferito di voler predisporre la documentazione per soddisfare i requisiti prescritti dall'accREDITamento istituzionale nel rispetto delle indicazioni fornite dal team visita, raccordandosi con quanto già predisposto dagli altri laboratori dell'ASP. Sussistono tuttavia resistenze all'accREDITamento istituzionale legate alla mancanza di informazione/formazione in merito al percorso dell'accREDITamento regionale e alla percezione degli operatori di essere estranei al percorso stesso. In particolare manca la consapevolezza da parte dei medesimi della rilevanza del percorso di cui trattasi, quale obiettivo prioritario del sistema sanitario nazionale che pone le basi nel miglioramento continuo della qualità. Il superamento delle reticenze

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità	Pag. 4 di 4
	rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale presso il laboratorio analisi del poliambulatorio Madre TERSA di Calcutta	Rev. 01

manifestate presuppone quindi un percorso formativo per gli operatori del poliambulatorio che abiliti gli stessi all'utilizzo di strumenti da mettere a punto per verificare dall'interno dell'organizzazione la qualità del processo erogato, che va anche di là della qualità analitica monitorata con il CQI. La messa in atto delle azioni previste dal manuale regionale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private presuppone l'impegno della leadership del poliambulatorio e del laboratorio nel sostenere e affiancare gli operatori nella predisposizione della documentazione prescritta dal manuale regionale di accreditamento per le macroaree di sistema (diritti dei pazienti, servizi di supporto) e per il percorso assistenziale di medicina di laboratorio, nell'adozione, monitoraggio e la messa in atto di eventuali azioni di miglioramento. Tanto premesso, per le non conformità rilevate si ritiene di dover concedere 6 mesi di tempo per l'adeguamento del laboratorio ai requisiti previsti dal manuale regionale di accreditamento regionale. Il direttore del dipartimento/responsabile del poliambulatorio/medico del laboratorio, di comune accordo, dovranno comunicare alla tecnostuttura di staff area per la qualità l'ottemperanza alle prescrizioni mediante comunicazione di avvenuta messa in atto delle azioni di miglioramento anche al fine di predisporre successivi audit di verifica. Il direttore del dipartimento/responsabile del poliambulatorio/medico del laboratorio fanno riferimento alla tecnostuttura di staff area per la qualità per il supporto tecnico-metodologico.

dott.ssa Lucia Falanga 

dott. Gino Scaldaferrì 

dott. Massimo De Fino 

Il Direttore Sanitario ASP
dott. Giuseppe Nicolò Cugno 