 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<b>Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità</b>	Pag. 1 di 2
	<b>rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Lauria</b>	Rev. 01

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA : Laboratorio analisi ospedale di Lauria

DATA 26-04-2012

OPERATORI PRESENTI:

dott. Luigi Scaldaferrì (direttore del laboratorio)

dott.ssa Papaleo Domenica (responsabile laboratorio di Lauria /referente della qualità)

OPERATORI ASSENTI

direttore del dipartimento di laboratorio

direttore sanitario ospedali del lagonegrese

TEAM :

dott.ssa Lucia Falanga (leader team)

dott. Mario Petruzzi (esperto in medicina di laboratorio)

dott. Angelo Caputo (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 dell'ospedale di Lauria 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 tecnostuttura di staff area per la qualità che ha l'obbligo di conservarne appropriate registrazioni.

#### **MACROAREA DIRITTI DEI PAZIENTI**


CARTA DEI SERVIZI :

-diffondere tra gli operatori la carta dei servizi dell'ASP e l'opuscolo informativo del laboratorio, entrambi presenti all'ingresso della struttura visitata

-apporre sull'opuscolo informativo messo a disposizione degli utenti in sala di attesa la data in cui è stato predisposto e quello della successiva revisione

PRIVACY:

-nel laboratorio non c'è evidenza dell'atto di indirizzo aziendale per il rispetto della privacy

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<b>Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità</b>	Pag. 2 di 2
	<b>rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Lauria</b>	Rev. 01

CONFORT :

-riferiscono che le procedure per la sanificazione non sono adottate

ASCOLTO :

-evidenziare ai competenti uffici aziendali la necessità di predisporre la customer satisfaction nel laboratorio analisi di Lauria

**MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO**

LEADERSHIP :

-evidenziare la scheda budget contenenti obiettivi e azioni condivisi con la direzione

RISORSE UMANE :

-predisporre e adottare le modalità di addestramento e di inserimento del neo assunto/trasferito partendo da procedure presenti presso altri laboratori dell'ASP  
-evidenziare la necessità/ predisporre indagini di clima interno

RISORSE TECNOLOGICHE :

-evidenziare l'elenco dei beni e servizi presenti nel laboratorio (apparecchiature diagnostiche)  
-evidenziare l'attribuzione delle responsabilità per l'utilizzo del bene/servizio  
-predisporre in appositi contenitori l'evidenza dell'avvenuto addestramento del personale all'uso di nuovi beni /servizi  
-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.

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ :

-Monitorare gli standard di prodotto pianificati


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 e dare evidenza di tale diffusione e la documentazione pianificata per il percorso assistenziale di medicina di laboratorio

**MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE MEDICINA DI LABORATORIO**

ACCESSO SANITARIO :

-aggiornare l'atto di indirizzo per il processo di accettazione relativamente ai centri prelievi di afferenza al laboratorio di Lauria  
-integrare APMD5 prevedendo le modalità di accettazione dei campioni differenziate da quelle adottate presso il laboratorio dell'ospedale di Lagonegro

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	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 dell'ospedale di Lauria	Rev. 01

-aggiornare la procedura PRMD6:

- evidenziando, ai fini di una richiesta appropriata, gli esami condivisi tra il laboratorio e le unità operative presenti a seguito della riorganizzazione ospedaliera
- predisponendo con i MMG regole condivise per la richiesta appropriata di esami

CURA E TRATTAMENTO : FASE ANALITICA :

- integrare la PRMD7 prevedendo le modalità di raccolta e trattamento del campione differenziate da quelle adottate presso il laboratorio dell'ospedale di Lagonegro
- integrare la procedura pianificata sul miglioramento continuo della qualità per l'esecuzione di ogni esame PRMD8 con le modalità del CQI adottato presso l'ospedale di Lauria
- adottare il modulo di rilevazione per la gestione del rischio associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici, previsto nella omonima procedura pianificata

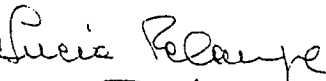
DIMISSIONE E FOLLOW-UP

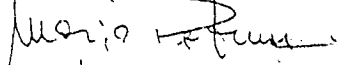
- esporre in laboratorio la tabella dei valori critici in luogo visibile a tutti gli operatori

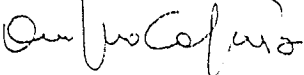
CONSIDERAZIONI

Il team ha riscontrato la disponibilità del responsabile del laboratorio/referente della qualità nel recepire le azioni correttive da porre in essere ai fini del di miglioramento della qualità, osservando nel contempo che lo stesso operatore soltanto qualche giorno prima dell'audit aveva preso visione della documentazione prevista dall'accreditamento, prodotta ad oggi all'interno dell'ASP. E' evidente la mancata partecipazione del referente della qualità/responsabile del laboratorio al percorso dell'accreditamento. La consapevolezza degli operatori verso tematiche quali il miglioramento continuo della qualità è imprescindibile dall'impegno della leadership del laboratorio nell'ottemperare alle direttive regionali sull'accreditamento istituzionale. Tale responsabilità si concretizza, tra l'altro, nell'informare e formare gli operatori offrendo loro il necessario supporto nell'acquisizione di strumenti specifici per l'implementazione della qualità non solo analitica, ma dell'intero processo assistenziale.

Tanto premesso, per le non conformità rilevate si ritiene di dover concedere max 3 mesi di tempo per l'adeguamento del laboratorio ai requisiti previsti dal manuale regionale di accreditamento regionale. Il responsabile/direttore della struttura dovrà comunicare alla tecnostruttura 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. La direzione del laboratorio fa riferimento alla tecnostruttura di staff area per la qualità per il supporto tecnico-metodologico.

dott.ssa Lucia Falanga 

dott. Mario Petrucci 

dott. Angelo Caputo 

Il Direttore Sanitario ASP  
dott. Giuseppe Nicolò Cugno

