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

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA : Laboratorio analisi ospedale di Chiaromonte

DATA 18-04-2012

OPERATORI PRESENTI:

dott. Luigi Scaldaferrì (direttore del laboratorio)

dott.ssa Angela Corizzo (responsabile laboratorio di Chiaromonte/referente della qualità)

dott. Antonio Gagliardi direttore sanitario ospedali del lagonegrese

OPERATORI ASSENTI

direttore del dipartimento di laboratorio

TEAM :

dott.ssa Lucia Falanga (leader team)

dott. Mario Petruzzi (esperto in medicina di laboratorio)

dott. Roland Cellini (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 Chiaromonte 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 :


-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

COMFORT :

-evidenziare il documento/procedure di sanificazione vigente

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

ASCOLTO :

-evidenziare agli uffici aziendali preposti la necessità di predisporre la customer satisfaction nel laboratorio analisi di Chiaromonte

MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO

LEADERSHIP :

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

PARTNERSHIP:

-evidenziare la documentazione che disciplina i rapporti di partnership con il DCA

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

MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE MEDICINA DI LABORATORIO

ACCESSO SANITARIO :

- aggiornare la procedura (PRMD6), predisporre i relativi allegati prevedendo regole condivise con i MMG e protocolli di intesa tra il laboratorio e le articolazioni funzionali presenti nell'ospedale di Chiaromonte per la richiesta appropriata di esami

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Direzione Generale Tecnostuttura 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 Chiaromonte	Rev. 01

CURA E TRATTAMENTO : FASE ANALITICA :

- integrare la procedura pianificata sul miglioramento continuo della qualità per l'esecuzione di ogni esame (PRMD8) con le modalità del CQI adottate presso l'ospedale di Chiaromonte
- 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

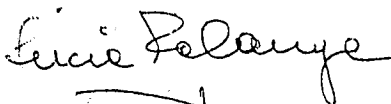
- esporre in laboratorio la tabella dei valori critici in luogo visibile a tutti gli operatori

CONSIDERAZIONI

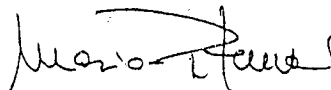
Il team ha riscontrato la partecipazione attiva dei presenti e la disponibilità degli stessi nel migliorare le attività non in linea con l'accreditamento.

Per le non conformità rilevate si ritiene di dover concedere max 3 mesi di tempo. Il responsabile/direttore della struttura dovrà 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. La direzione fa riferimento alla tecnostuttura di staff area per la qualità per il supporto tecnico-metodologico.

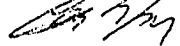
dott.ssa Lucia Falanga



dott. Mario Petruzzi



dott. Roland Cellini




Il Direttore Sanitario ASP
dott. Giuseppe Nicolò Cugno

