 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza</p>	<b>Direzione Generale</b> <b>Tecnostruttura di Staff Area per la Qualità</b>	Pag. 1 di 3
	<b>rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Villa d'Agri</b>	Rev. 01

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA : Laboratorio analisi ospedale di Villa d'Agri

DATA 09-05-2012

OPERATORI PRESENTI:

dott. Domenico Cavaliere (direttore del laboratorio)  
dott. Domenico Lauletta (referente della qualità del laboratorio)  
dott. Bruno Masino (direttore sanitario ospedale di Villa d'Agri)

TEAM :

dott.ssa Lucia Falanga (leader team)  
dott. Gino Scaldaferrì (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 villa d'Agri 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**

OPUSCOLO INFORMATIVO DEL LABORATORIO (integra la carta dei servizi aziendale) :

- 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 e ai servizi sanitari e amministrativi, l'organizzazione, i prodotti erogati, gli aspetti clinici, le responsabilità delegate, la mission, la vision, nonché la data di predisposizione e quella della successiva revisione
- diffondere lo stesso tra gli operatori della struttura e gli utenti

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

	<b>Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità</b>	Pag. 2 di 3
	<b>rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Villa d'Agri</b>	Rev. 01

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 di sanificazione dei locali, tra i quali quelli del laboratorio, predisposto dalla direzione sanitaria dell'ospedale

ASCOLTO :

-evidenziare ai competenti uffici aziendali la necessità di predisporre la customer satisfaction nel laboratorio analisi di Villa d'Agri

**MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO**

LEADERSHIP :

-evidenziare che la scheda di budget contenente gli obiettivi e le azioni condivise con la direzione è stata fatta conoscere 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
- raccogliere in specifico contenitore il regolamento presente in laboratorio contenente i criteri di attribuzione di compiti e responsabilità
- 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 e presso l'ospedale di Villa d'Agri
- 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
- 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:

	<b>Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità</b>	Pag. 3 di 3
	<b>rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di Villa d'Agri</b>	Rev. 01

-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, alla data dell'audit non effettuata (APMD1-4-TMD2-PRMD3-APMD5-PRMD6-PRMD7-APMD10-PRMD11), raccordandosi con quanto già pianificato nei restanti laboratori dell'ASP
- monitorare gli standard di prodotto pianificati, anche prevedendo in sala di attesa il format dei reclami per il check dello standard relativo al referto ambulatoriale

#### 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 specifica competenza, la documentazione prodotta anche mediante specifici incontri di cui si tiene traccia

#### **MACROAREA PERCORSO ASSISTENZIALE MEDICINA DI LABORATORIO**

##### CURA E TRATTAMENTO : FASE ANALITICA :

- adottare il modulo di rilevazione per la gestione del rischio associato ad errori pre-analitici, analitici e post-analitici, previsto nella omonima procedura uniformata (PRMD9)

##### DIMISSIONE E FOLLOW-UP

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

#### CONSIDERAZIONI

Nel corso della verifica il team ha riscontrato la volontà di predisporre la documentazione prescritta dall'accREDITAMENTO istituzionale, precedentemente non unificata, da parte del direttore della struttura e del referente della qualità del laboratorio. Permangono comunque resistenze verso il processo dell'accREDITAMENTO istituzionale manifestate sotto forma di estraneità al percorso stesso, percepito come un lavoro aggiuntivo, poco pertinente all'attività espletata. L'accREDITAMENTO regionale pone le sue fondamenta sulla qualità, quest'ultima intesa non come un lavoro in più, ma come mezzo per imparare a fare bene il proprio lavoro quotidianamente, a valorizzare ciò che si fa al fine di migliorare il risultato. Il superamento di tali reticenze e la consapevolezza dell'utilità del percorso di accREDITAMENTO regionale presuppone l'impegno della leadership del laboratorio. Tale responsabilità si concretizza nel supportare gli operatori nella pianificazione, attuazione,



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**Direzione Generale  
Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità**

**rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento  
istituzionale presso il laboratorio analisi dell'ospedale di  
Villa d'Agri**

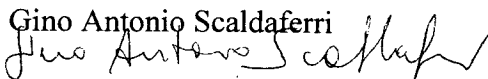
Pag. 4 di 4

Rev. 01

responsabilità si concretizza nel supportare gli operatori nella pianificazione, attuazione, monitoraggio e messa in atto di eventuali azioni correttive dell'intero percorso assistenziale di medicina di laboratorio, non solo della qualità analitica, e delle macroaree di sistema, strettamente connesse ad esso. Il metodo del miglioramento continuo della qualità sia essa organizzativa, tecnica o professionale, previsto nell'accreditamento regionale, prevede la reiterazione sequenziale delle quattro azioni innanzi indicate concependo le attività sempre in evoluzione.

Tanto premesso, per le non conformità rilevate si ritiene di dover concedere 5 mesi di tempo per l'adeguamento del laboratorio ai requisiti previsti dal manuale regionale di accreditamento regionale. Il 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 del laboratorio fa riferimento alla tecnostuttura di staff area per la qualità per il supporto tecnico-metodologico.

dott.ssa Lucia Falanga 

dott. Gino Antonio Scaldaferrì 

dott. Roland Cellini 

Il Direttore Sanitario ASP  
dott. Giuseppe Nicolò Cugno

