



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

Pag. 1 di 3

Rev. 01

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA : Laboratorio Analisi ospedale di Lagonegro

DATA : 12/04/2012

OPERATORI PRESENTI:

dott. Luigi Scaldaferrì (direttore del laboratorio)

ASSENTI

direttore del dipartimento di laboratorio

direttore sanitario ospedale/referente della qualità direzione sanitaria

referente della qualità del laboratorio analisi

TEAM :

dott.ssa Lucia Falanga (team leader)

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 Lagonegro 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 che si riportano 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 direttore 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 (attengono le direzioni del laboratorio, del dipartimento e di presidio, ciascuna per la parte di propria competenza)

CARTA DEI SERVIZI:

-diffondere nella sala di attesa presente in laboratorio la carta dei servizi dell'ASP e l'opuscolo informativo. Quest'ultimo, realizzato nel rispetto dei requisiti del manuale regionale di accreditamento, contiene le informazioni di accesso al laboratorio, le modalità di preparazione al prelievo, gli standard da rispettare nei confronti dei cittadini/utenti, la prassi da utilizzare per eventuali reclami e le branche analitiche in esso presenti. L'opuscolo necessita della data in cui è stato predisposto e della data revisione.

AE

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	Direzione Generale Tecnostuttura di Staff Area per la Qualità	Pag. 2 di 3
	rapporto audit di 2° parte ai fini dell'accreditamento istituzionale	Rev. 01

COMFORT:

-evidenziare il documento sulla sanificazione degli ambienti

ASCOLTO:

-eliminare il questionario di soddisfazione presente in sala di attesa riguardante il giudizio degli utenti sul servizio successivamente al ritiro del referto, in quanto inadeguato al momento dell'esecuzione del prelievo.

In previsione degli audit sperimentali regionali saranno realizzate nel corso dell'anno indagini di customer satisfaction nei laboratori analisi dell'ASP dall'area di staff della comunicazione.

MACROAREA SISTEMA DI SUPPORTO (attengono le direzioni del laboratorio, del dipartimento e di presidio, ciascuna per la parte di propria competenza)

LEADERSHIP :

-divulgare all'interno del laboratorio l'opuscolo informativo in quanto documento strategico per gli operatori contenente tra l'altro, oltre alle informazioni di interesse del cittadino, la mission, la vision della struttura e le modalità di contatto degli operatori da parte degli utenti.

-evidenziare l'organigramma del laboratorio

-evidenziare scheda budget contenente 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 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.

-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

FLUSSI INFORMATIVI :

-predisporre in laboratorio copia del documento programmatico sulla sicurezza aziendale (DPS)

MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ :

-Monitorare gli standard di prodotto pianificati predisponendo per il monitoraggio dello standard relativo al referto ambulatoriale il format reclami in sala di attesa

GESTIONE SISTEMA QUALITÀ:

-predisporre appositi fascicoli in cui riportare tutta la documentazione pianificata presente in laboratorio, distinta per macroarea anche al fine di agevolare i valutatori regionali nella visita sperimentale. Si prescrive che tali fascicoli devono essere posti all'attenzione degli operatori del

REN

 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	Rev. 01

laboratorio in luogo noto, riservato ed accessibile a tutti, al fine di fornire a questi ultimi la possibilità di poter consultare in qualsiasi momento la documentazione pianificata.

- 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 :

- predisporre con i MMG regole condivise per la richiesta appropriata di esami in riferimento a patologie più ricorrenti ed evidenziare protocolli di intesa per la richiesta di esami da parte dei medici delle unità operative ospedaliere, comprensivi degli esami adottati in urgenza
- aggiornare la procedura e gli allegati per la richiesta appropriata degli esami da parte dei medici ospedalieri nel rispetto della riorganizzazione ospedaliera (LR 17/2011)

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 pianificata e non presente in laboratorio. Nel corso dell'audit è stata fornita copia del modulo utilizzato nei laboratori dell'area nord dell'ASP

DIMISSIONE E FOLLOW-UP

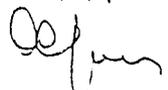
- esporre in laboratorio la tabella dei valori critici in luogo visibile a tutti gli operatori

CONSIDERAZIONI

L'audit rappresenta per la struttura valutata un'opportunità di miglioramento se accetta la verifica e collabora con il team. Al contrario, la mancata partecipazione degli operatori e le resistenze al cambiamento non agevolano la messa in atto di strategie migliorative all'interno della struttura e denotano una scarsa attenzione verso il sistema di accreditamento regionale. Presso il laboratorio dell'ospedale di Lagonegro sono state inizialmente riscontrate reticenze verso le modalità di adozione dei requisiti di sistema (macroaree diritti dei pazienti e servizi di supporto) man mano scemate nel corso dell'audit, tanto da determinare a fine verifica la condivisione delle azioni di miglioramento da mettere in atto per l'adeguamento del laboratorio ai requisiti di accreditamento, oggetto di prescrizione. Per le non conformità rilevate si ritiene di dover concedere max 3 mesi di tempo. Il 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. Le direzioni fanno riferimento alla tecnostruttura di staff area per la qualità per il supporto tecnico-metodologico.

dott.ssa Lucia Falanga 

dott. Mario Petruzzi 

dott. Angelo Caputo 



Il Direttore Sanitario ASP
dott. Giuseppe Nicolò Cugno

