



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISI ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITA' (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

REVISIONARE LA C.S. PREVEDENDO ANCHE L'ELENCO DELLE PRESTAZIONI ESEGUIBILI, INDICATORI, STANDARD DI PRODOTTO, MODALITA' DI VERIFICA DEGLI IMPEGNI E DELLA EVENTUALE REVISIONE DEL DOCUMENTO, IN MODO DA POTER COMPLETARE LE FASI DEL CICLO DI DEMING

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

L'ELENCO DELLE PRESTAZIONI ESEGUIBILI SONO IN LABORATORIO A DISPOSIZIONE DEGLI UTENTI. E' STATO CONDIVISO IL REFERTO QUALE PRODOTTO DEL LABORATORIO ANALISI ED INDIVIDUATO IL RELATIVO STANDARD DA INSERIRE NELLA CARTA DEI SERVIZI DEL LABORATORIO STESSO. PER TALE STANDARD DI PRODOTTO SONO STATE INDIVIDUATI I PARAMETRI DI CONTROLLO E LE RESPONSABILITA' PER IL MONITORAGGIO.

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/05/2014

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 10/06/2014

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISI ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

SISTEMATIZZARE LE PROCEDURE RELATIVE A RECLAMO E COMFORT, SECONDO PDCA

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

PER QUANTO ATTIENE LA GESTIONE DEI RECLAMI, ANCHE IN RIFERIMENTO AL COMFORT, LA STESSA È IN CAPO ALL'UFFICIO URP UBICATO NELLA STESSA STRUTTURA.

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/05/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 29/05/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

 _____

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte
per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISI ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

ALL'INTERNO DEL DOCUMENTO PREDISPOSTO PIANIFICARE LE AZIONI CHE CONSENTONO IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI OLTRE CHE LE AZIONI E LE MODALITA' DI MISURAZIONE DEI RISULTATI RAGGIUNTI

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

LA STRUTTURA HA UNIFICATO LE PROCEDURE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE DI MEDICINA DI LABORATORIO CON GLI ALTRI LABORATORI DELL'ASP EVIDENZIANDO LE PECULIARITA' E SPECIFICITA' IN RELAZIONE AL CICLO DI DEMING.

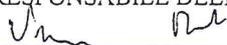
RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA GENNAIO 2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 10/06/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA



Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte
per l'accreditamento istituzionale " PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISI ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

DEFINIRE UN FUNZIONIGRAMMA DEI PROFESSIONISTI E DEGLI OPERATORI IN SERVIZIO NEL LABORATORIO CON UNA PARTICOLARE ATTENZIONE, STANTE LE PECULIARITÀ DELLA STRUTTURA (LABORATORIO INSERITO IN UN POLIAMBULATORIO, FACENTE PARTE FUNZIONALMENTE DI UN DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO E GESTITO DA PERSONALE MEDICO CON CONTRATTO SUMAI) E DEFINIRE LE INTERFACCE DEI VARI RUOLI E FUNZIONI.

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

L'ORGANIGRAMMA ALLEGATO EVIDENZIA L'ORGANIZZAZIONE FUNZIONALE CHE FA CAPO AL DIPARTIMENTO DI MEDICINA DI LABORATORIO E LOGISTICA/AMMINISTRATIVA PER TUTTO QUANTO ATTIENE ALLA GESTIONE DEL PERSONALE AFFIDATA AL RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO OVE È UBICATO IL LABORATORIO ANALISI

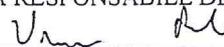
RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

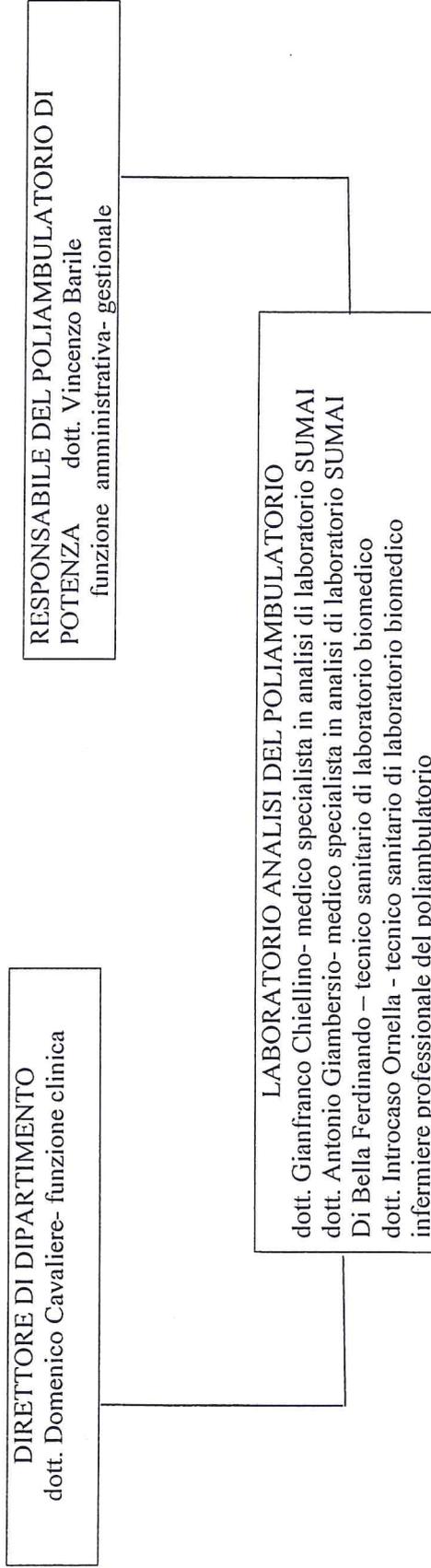
 _____

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

POLIAMBULATORIO “MADRE TERESA DI CALCUTTA”
ORGANIGRAMMA LABORATORIO ANALISI



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	LABORATORI ANALISI ASP	Pag. 1 di 1
	Format registrazione azione correttiva	Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE	
STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA	DATA 10-06-2013
NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)	
PREVEDERE UN RITORNO, DA PARTE DELL'UFFICIO FORMAZIONE AZIENDALE, DEGLI ESITI DELLA ATTIVITA' DI FORMAZIONE DA INSERIRE NEI FASCICOLI PERSONALI PREDISPOSTI	
DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA	
NEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE PER IL 2013 NON HA TROVATO REALIZZAZIONE LA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO FORMULATA DAL DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO. COPIA DEGLI ATTESTATI DI PARTECIPAZIONE E DEI CREDITI CONSEGUITI NELLA FORMAZIONE RESIDENZIALE E/O A DISTANZA SONO DEPOSITATI IN APPOSITI FASCICOLI PRESSO LA SEGRETERIA DEL LABORATORIO ANALISI.	

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

_____ *Vincenzo Barile*

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	LABORATORI ANALISI ASP	Pag. 1 di 1
	Format registrazione azione correttiva	Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE		
STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA	DATA 10-06-2013	
NON CONFORMITA' (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)		
<p>SEBBENE LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI VENGA GESTITA NON DIRETTAMENTE DAL LABORATORIO APPARE NECESSARIO CHE PRESSO LO STESSO SIA DISPONIBILE UN ELENCO AGGIORNATO DELLE ATTREZZATURE PRESENTI CON INDICAZIONE DELLA TEMPSTICA E DELLE MODALITA' DI MANUTENZIONE, OLTRE CHE CON REGISTRAZIONE DELLE MANUTENZIONI ESEGUITE</p>		
DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA		
<p>E' STATO REDATTO L'ELENCO AGGIORNATO DELLE ATTREZZATURE PRESENTI IN LABORATORIO. LA MANUTENZIONE DELLE ATTREZZATURE SEGUE LE INDICAZIONI PREVISTE DALLE DITTE PRODUTTRICI E DAL CAPITOLATO DI GARA. DI CIASCUNA MANUTENZIONE NE VIENE CUSTODITO IL REPORT DI AVVENUTA ESECUZIONE</p>		

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 10/6/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

_____ *[Signature]*

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
 Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA Azienda Sanitaria Locale di Potenza	LABORATORI ANALISI ASP	Pag. 1 di 1 Rev. 01
	Format registrazione azione correttiva	

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE		
STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA	DATA 10-06-2013	
NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT) PREVEDERE UN PIANO DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO CON REGISTRAZIONE DEI RISULTATI		
DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA IL PERCORSO ASSISTENZIALE SI RITIENE MONITORATO CON L'ANNOTAZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI SIGNIFICATIVI VERIFICATE SI NELLE FASI: PRE-ANALITICA/ANALITICA E POST ANALITICA, RIPORTATA SULL'ALLEGATO N. 1 ALLA PROCEDURA PRMD9		

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 10/6/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

_____ *Vincenzo Barile*

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte
per l'accreditamento istituzionale " PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISI ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DEL CQI E DELLA VEQ VA CONDIVISA CON IL PERSONALE TECNICO IN MODO DA COSTRUIRE UN PERCORSO OMOGENEO NELLA VALUTAZIONE DELLE CARATTERISTICHE DI QUALITÀ DEI DATI ANALITICI

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

PER IL SUPERAMENTO DI TALE SEGNALAZIONE IL LABORATORIO PERIODICAMENTE EFFETTUA INCONTRI PER CONDIVIDERE CON IL PERSONALE TECNICO L'INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI DEL CQI E DELLA VEQ

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA



Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte per l'accreditamento istituzionale " PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

LABORATORI ANALISIS ASP

Format registrazione azione correttiva

Pag. 1 di 1

Rev. 01

AZIONE CORRETTIVA A SEGUITO DI NON CONFORMITA'/PRESCRIZIONE

STRUTTURA SOTTOPOSTA A VERIFICA: LABORATORIO POLIAM. DI POTENZA | DATA 10-06-2013

NON CONFORMITÀ (COME DA RAPPORTO DI AUDIT)

I REFERTI DEVONO RIPORTARE IN MANIERA LEGGIBILE IL RESPONSABILE DEL DATO

DESCRIZIONE AZIONE CORRETTIVA

E' STATA SEGNALATA AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO L'ESIGENZA DI PREVEDERE L'INDICAZIONE DELLE GENERALITA' DEL MEDICO RESPONSABILE DEL DATO SULLA STAMPA DEL REFERTO

RESPONSABILE INCARICATO DELL'AVVIO DELL'AZIONE CORRETTIVA dott. Vincenzo Barile _____

DATA ENTRO CUI AVVIARE L'AZIONE CORRETTIVA 29/5/2014 _____

DATA CHIUSURA AZIONE CORRETTIVA 10/6/2014 _____

VERIFICA RISOLUZIONE RISPETTATA SI NO

FIRMA RESPONSABILE DELLA STRUTTURA

Allegato n. 2 titolo: Format registrazione azione correttiva Rev.01 data (approvazione delibera)
Documento di riferimento : Documento di riferimento : Procedura "Gestione degli audit di 2° parte
per l'accreditamento istituzionale" PRTQ01 Rev. 01



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

AREA DI STAFF QUALITA'

Venosa, 30-5-2014

Al dott. Vincenzo Barile
Responsabile del Poliambulatorio
di Potenza

Come da accordi presi nel corso dell'incontro di ieri, le trasmetto la documentazione inerente il percorso assistenziale di medicina di laboratorio, comprendente l'attività del laboratorio del "Madre Teresa di Calcutta", per poter essere debitamente firmata.

La firma del medico di laboratorio dovrà essere posta nella **redazione**, la firma del responsabile del poliambulatorio nella **verifica**, come indicato negli appositi spazi predisposti su ciascun frontespizio dei documenti.

Il documenti trasmessi sono i seguenti:

- APMD1-4
- TMD2
- PRMD3
- APMD5
- PRMD6
- PRMD7
- PRMD8 (prevede soltanto la firma del medico di laboratorio e non quella del dott. Barile)
- PRMD9
- APMD10
- PRMD11
- STD

-n. 9 Azioni di miglioramento che dovranno essere firmate soltanto dal dott. Barile.

Specifico che, in allegato al format della 1° azione di miglioramento vi è la modifica da apportare alla C.S., al 4° format, l'organigramma.

In attesa di riscontro

Corrado Salati

Vincenzo Barile