ARMONIZZAZIONE DELLE PROCEDURE DIMT

Treviso – 5 giugno 2019

Sistema Gestione Qualità
Unità di Raccolta AVIS Provinciale Treviso

Riesame della Direzione

Esiti Audit Interni

non hanno dato origine all'attivazione di NC ma a raccomandazioni che sono state comunicate al termine della visita ai referenti delle Avis Comunali interessate.

Nello specifico le raccomandazioni hanno riguardato:

- L'implementazione della prenotazione per le donazioni;
- Fornire di adeguato materiale informativo la sala di attesa
- Utilizzare moduli della versione aggiornata in vigore

Riesame della Direzione

Esiti Audit Intern

- Limitare la presenza di donatori in attesa in sala prelievi;
- Evitare che i donatori posizionino borse o zainetti sotto il lettino;
- Registrazione data di apertura materiali di consumo;
- Posizionare contenitore rifiuti speciali in sala di attesa per raccogliere i tamponcini sporchi di sangue;
- Miglioramento pulizia dei locali.

Informazioni di ritorno dell'utente

Esito questionario per la valutazione del servizio dato ai Presidenti (49 questionari compilati e restituiti).

- Il 73 % degli intervistati sostiene che le indicazioni organizzative e gli aggiornamenti procedurali /sanitarie vengono date con completezza e tempestività.
- L'88% degli intervistati chiede maggiore formazione specifica soprattutto per quanto riguarda:

- compiti e attività collaterali e di supporto alla raccolta (47%);
- criteri di idoneità e sospensione donazioni (43%);
- documentazione amministrativa e/o associativa (35%).

Informazioni di ritorno dell'utente

- Si ritiene che l'attrezzatura e i materiali messi a disposizione siano forniti correttamente e in misura sufficiente (90%) e nel caso ci siano difficoltà la disponibilità da parte dell'UDR per risolverle è buona (71%).
- Le difficoltà organizzative riscontrate riguardano: scarsa fluidità del servizio (51%), carenza del personale sanitario (22%). Nei confronti di questi ultimi i donatori solo occasionalmente manifestano problemi di scarsa comunicazione/informazione e comunque le eventuali situazioni critiche vengono risolte con tempestività e sicurezza (94%)

Informazioni di ritorno dell'utente

A fronte dei risultati raccolti è da programmare per il 2019:

- formazione sui criteri di idoneità e sospensione donatori rivolta ai volontari;
- incrementare ulteriormente la prenotazione donazioni durante le giornate di raccolta per favorire afflussi più fluidi presso le A.O. con possibilità di impiego più equilibrato anche del personale sanitario.

Prestazioni del processo e conformità del prodotto

Nel corso del 2018 si sono riscontrate le seguenti problematiche:

- Erronea etichettatura sacche: 2
- Malfunzionamento strumentazione: 2 miscelatori, 1 stampanti etichette;
- Errata compilazione documenti (questionari o reazioni avverse) personale medico:

- 22 questionari con risposte mancanti;

Prestazioni del processo e conformità del prodotto

- 42 questionari con risposta non attesa non controfirmata;
- 10 questionari con firma del medico mancante;
- 9 questionari con risposte non attese per le quali è stata effettuata donazione e di conseguenza 9 sacche sono state eliminate.

- Nel 2019 verrà effettuato un ulteriore momento di aggiornamento/refresh su procedure e GMG.

Stato delle azioni preventive e correttive

- Le non conformità rilevate complessivamente sono state 10 tra queste 8 sono già state chiuse con esito positivo e 2 risultano da chiudere.
- Rimangono aperte le non conformità aperte in occasione dell'Audit di Behring e del SIT di Treviso.
- Le reazioni avverse raccolte tramite l'Emovigilanza sono state 85 di cui il 35,2% occorse alla prima donazione e il 9,4% alla valutazione di idoneità. Si è trattato comunque di eventi esclusivamente sanitari che non hanno generato non conformità.

Trasporto sacche e nuove disposizioni sit 20/02/2019

- Il Sit ha modificato le indicazioni in merito alle temperature di trasporto delle sacche raccolte presso le AO.
- La temperatura deve essere mantenuta tra i +4 ed i +30°C e quella delle provette deve essere compresa tra +4 e i +25° C; il tutto deve essere consegnato alla sede di lavorazione entro 6 ore dal prelievo.
- Per quanto riguarda il trasporto a temperatura controllata delle provette, si procede con la richiesta di preventivi ad hoc per dotarsi di adeguata attrezzatura.
- L'intera documentazione del SGQ è stata aggiornata (revisione annuale) con data 01/03/2019. E' stato rimosso l'acronimo AVIS RETE e le specifiche inerenti.

Politica Qualità

- Nel corso del 2019 si prevede di implementare il Sistema di Qualità della UdR in quanto questo dovrà essere aggiornato secondo le indicazioni forniteci recentemente dal SIT di riferimento. Questo comporterà un'ulteriore attività di informazione e formazione per il personale sanitario e per quello volontario impegnati nell'attività di raccolta.
- L'attività formativa 2019 per il personale, accanto al consueto refresh rispetto alle P.G. e I.O. in uso e all'analisi dei risultati del sistema trasfusionale provinciale, si propone di affrontare la questione della comunicazione e della gestione dei conflitti così da facilitare e migliorare le relazioni nel team e con gli utenti.

Politica Qualità

- Ribadiamo la difficoltà nel realizzare un adeguato turn over rispetto al personale sanitario (in particolare i medici) per le limitazioni giuridiche esistenti: ciò è causa di criticità sia per coprire le attività programmate sia è un potenziale pericolo per il mantenimento della qualità e della sicurezza.
- Rispetto a questi ultimi ci si propone di realizzare una misurazione del grado di soddisfazione attraverso la somministrazione di questionari di valutazione anonimi presso operatori sanitari, dirigenti associativi e soci donatori. I risultati di questa misurazione saranno utilizzati per la programmazione 2019-2020.

Politica Qualità

- Nel corso di quest'anno ci si propone di completare il programma di Audit interni presso le A.O. che si sta dimostrando un importante strumento di conoscenza, confronto e miglioramento interno.
- L'attrezzatura utilizzata per il servizio di raccolta risulta adeguata alla normativa vigente ma ci si propone di migliorare il piano di manutenzione e di taratura delle stesse a fronte della disponibilità dimostrata dal SIT di riferimento.
- Siamo in attesa delle decisioni della Regione Veneto rispetto all'organizzazione del servizio di trasporto che incide in maniera importante nell'organizzazione della nostra attività domenicale e ci riserviamo di adottare tutte le possibili soluzioni atte a garantire il miglior funzionamento della stessa.

Obiettivi e Indicatori

OBIETTIVO: Garantire i livelli di raccolta previsti dalla programmazione DIMT per il 2019

- INDICATORE: 97,05 % raccolto di Avis rispetto alla raccolta programmata dal DIMT

  stabilizzazione andamento raccolta mensile.

  Il 2018 ha registrato un andamento costante della raccolta; un unico picco negativo si è registrato nel mese di Aprile.

OBIETTIVO: IMPLEMENTARE IL SERVIZIO DI PRENOTAZIONE e CHIAMATA

- INDICATORE: 60% articolazioni organizzative che hanno attivato il sistema di prenotazione;

Obiettivi e Indicatori

OBIETTIVO: favorire l'attività di selezione dei candidati donatori

- INDICATORE: 15 articolazioni organizzative che hanno attivato la programmazione di

  - giornate di sola selezione; (Avis comunali coinvolte= 32 pari 47,5 %)
  - 30% di idoneità ottenute con questa nuova procedura sul totale. (dato 2018= 536 su 1789)

Obiettivi e Indicatori

OBIETTIVO: miglioramento assistenza al donatore

- INDICATORE: Riduzione numero reazioni indesiderate; Il dato del 2017 sul 2018 è rimasto pressoché invariato.

OBIETTIVO: incremento attività di formazione informazione ai donatori

- INDICATORE: Saranno promosse riunioni con i soci delle varie AO;

OBIETTIVO: misurazione grado di soddisfazione degli utenti e operatori

- INDICATORE: - questionari di valutazione compilati dai dirigenti delle A.O.
  - questionari di valutazione compilati dai soci – donatori
  - questionari di valutazione compilati agli operatori

NOVITA’

NETUM

TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA
ROSSI
FRANCA
RSSFRN51M62L109X SSN-MIN SALUTE-500001
22/08/1951
12345678901234567890
01/01/2010

Accettazione Donatori

Dal 16 giugno 2019 i donatori o aspiranti Donatori potranno essere accettati solo se muniti di

- TESSERA SANITARIA EUROPEA (team);

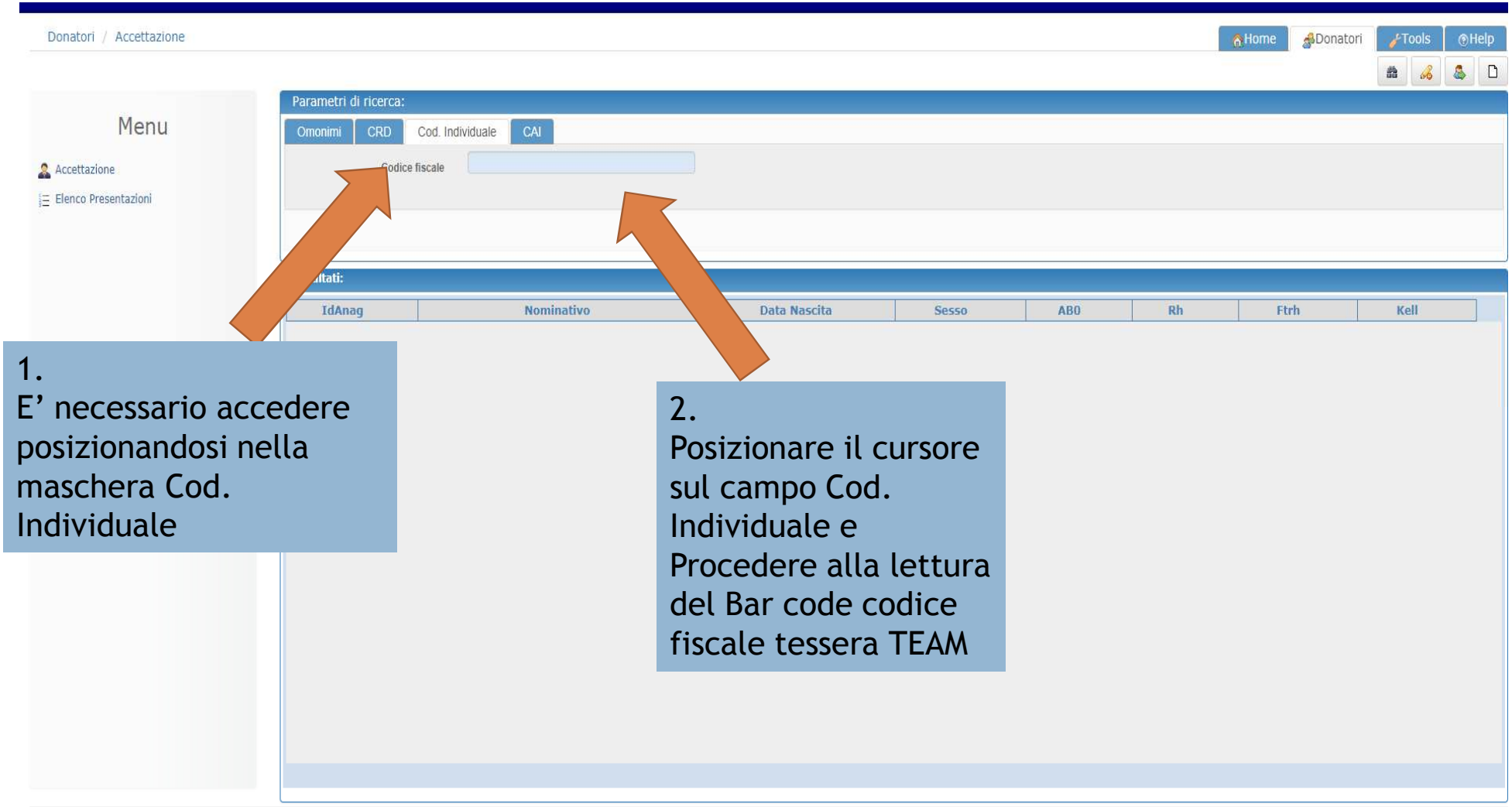
- DOCUMENTO DI IDENTITA' CON FOTO TESSERA valido

IN CASO DI MANCANZA DI ENTRAMBI I DOCUMENTI NON SARA' POSSIBILE PROCEDERE ALL'ACCETTAZIONE.

LETTORE BAR CODE

I lettori saranno forniti dal DIMT di Treviso e dovranno essere collegati al PC dedicato all’accettazione.

Saranno l’unico modo per accedere all’anagrafica del Donatore o Aspirante nel portale EmoZione attraverso la lettura del Codice Fiscale tessera TEAM.

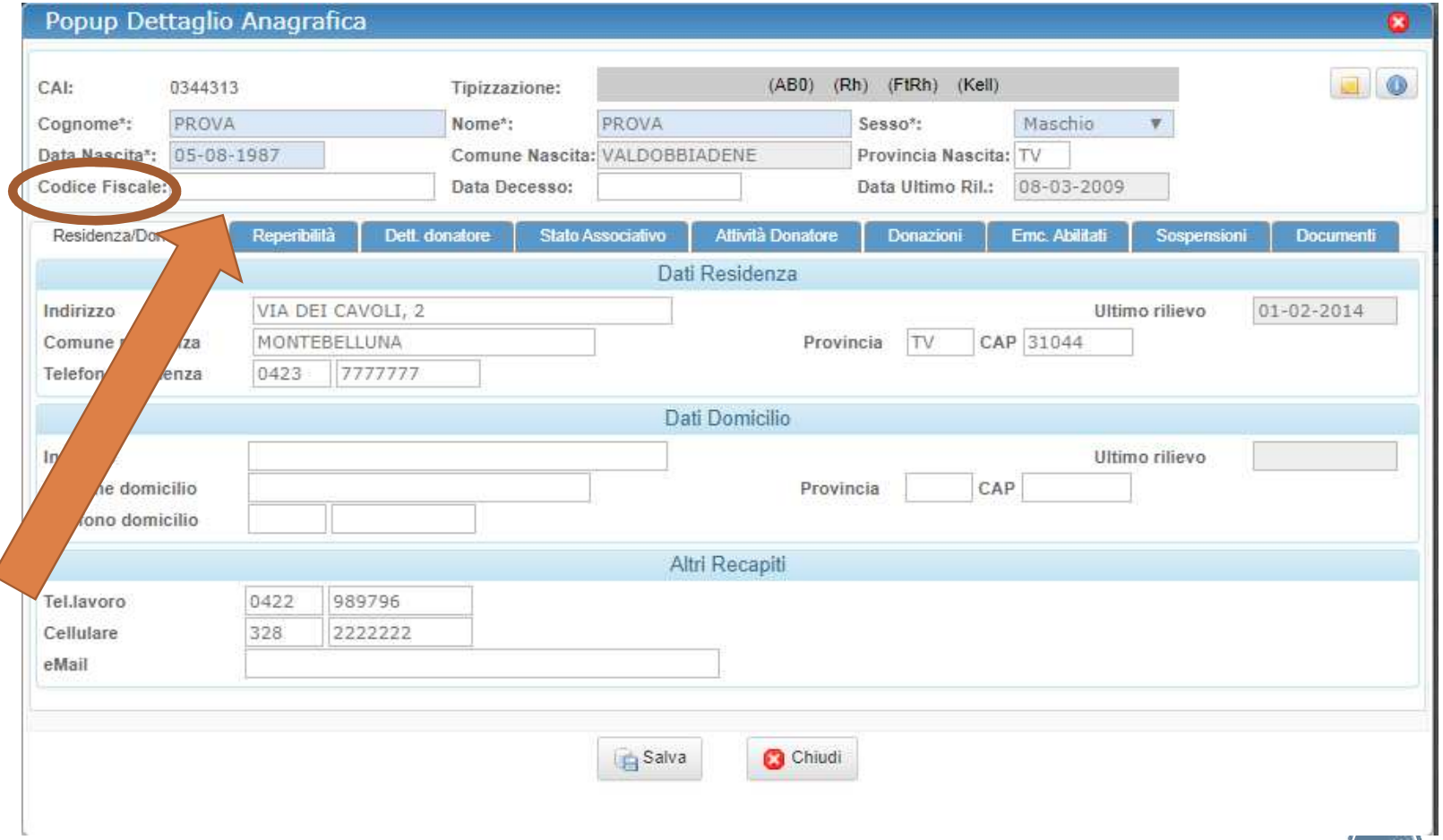


1.
E' necessario accedere posizionandosi nella maschera Cod. Individuale

2.
Posizionare il cursore sul campo Cod. Individuale e Procedere alla lettura del Bar code codice fiscale tessera TEAM

CODICE FISCALE MANCANTE

Se alla lettura del codice fiscale non si presenta nessuna anagrafica:

- Accedere all'anagrafica INSERENDO cognome e nome

- Entrare in dettaglio e posizionarsi sul campo CF vuoto e procedere alla lettura del codice bar code con il lettore.