



Beppe Carugo



APPROCCIO RAGIONATO

AL

SISTEMA DI GESTIONE

PER LA QUALITA'





BEPPE CARUGO

BIOLOGO, 66 anni

- 18 ANNI NEI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA E CHIMICA CLINICA DELL'ISTITUTO SIEROTERAPICO MILANESE
- 21 ANNI COME RESPONSABILE DELLE RELAZIONI ESTERNE E COMUNICAZIONE IN BOEHRINGER MANNHEIM ITALIA E ROCHE DIAGNOSTICS
- FONDATORE DELL'ACCADEMIA DI QUALITOLOGIA (2200 SOCI)
www.qualitologia.it
- AUDITOR DI PARTE TERZA PER L'ENTE FEDERALE SVIZZERO
- CONSULENTE PER LA COSTRUZIONE DI SISTEMI DI GESTIONE
- FORMATORE DAL 1996 SU QUALITA' ORGANIZZATIVA E ARGOMENTI CORRELATI

HOBBIES:

BALLO, MUSICA, PITTURA, MONTAGNA, MINERALOGIA,
STORIA DELLA MEDICINA



CENNI SULLA STORIA E SULL' EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'

- **2000 ac** - un bassorilievo su una tomba a Tebe raffigura un uomo che effettua misure di perpendicolarità (**Rispondenza a requisiti**)
- **1850 ac** - nel Codice di Hammurabi si precisano le pene da comminare al costruttore che procura danni (**Responsabilità del produttore**)
- **1339 ac** - suppellettili con simboli del produttore nella tomba di Tutankhamen (**Identificazione e rintracciabilità**)



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



1605

Muore Ulisse Aldrovandi, esperto nel campo della “Materia Medica” (la moderna farmacologia). Pur non avendo mai esercitato la medicina pratica, Aldrovandi perseguì una sistematizzazione logica dei farmaci in relazione alla loro composizione e preparazione. Curò, in qualità di protomedico, la pubblicazione del “Antidotarium Bononiensis”, che avrà numerose edizioni sino all’inizio del XIX secolo e sarà il **manuale per eccellenza per la preparazione e la prescrizione dei farmaci.**



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITÀ'



1637

Nella sua opera più famosa, il “Discorso sul Metodo”, René Descartes, più noto come Cartesio, utilizzando poche, semplici ma precise regole, traccia le linee del concetto di Qualità, inteso come processo volto alla ricerca del **miglioramento continuo attraverso lo studio dei macro e microprocessi.**



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



I primi tentativi di standardizzazione dei processi attraverso norme scritte provengono dal settore navale (Loyds di Londra), al fine di rendere più sicuro il trasporto delle merci via mare.

1930



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'

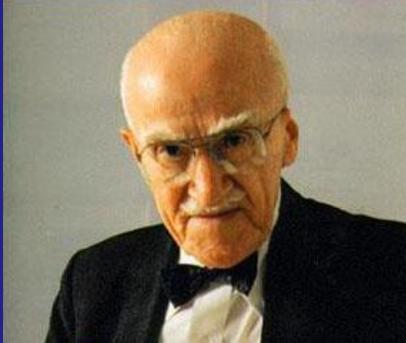
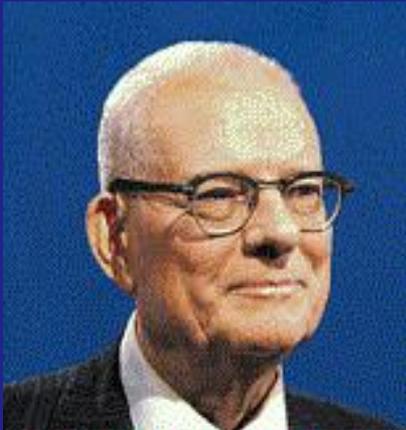


Negli Stati Uniti i controlli di qualità diventano obbligatori nei contratti per le forniture militari.

1937



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



W.E. Deming e J.M. Juran elaborano i concetti e le tecniche fondamentali della Qualità Totale ma non ricevono l'attenzione degli industriali americani.

1942



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



1946

E' costituita la International Organization for Standardization (ISO), federazione mondiale di organismi di normazione internazionale. L'elaborazione delle norme internazionali per la gestione della qualità ISO 9000 è opera dei comitati tecnici della federazione.



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'

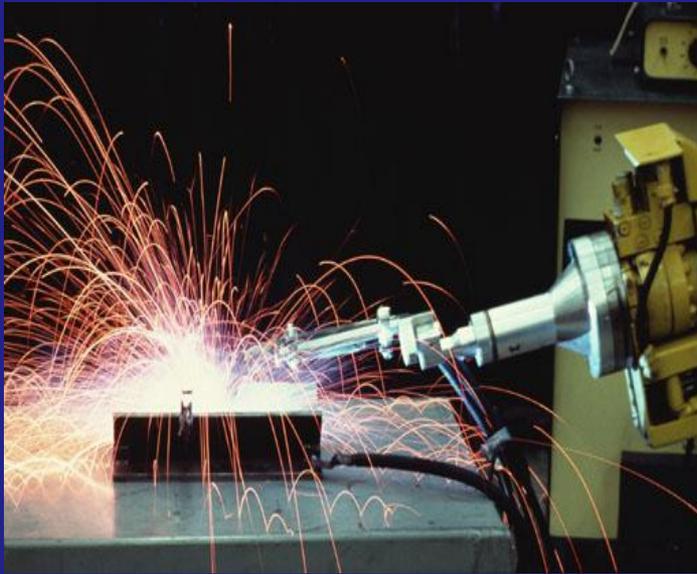


I primi controlli di qualità interlaboratori sono organizzati nella città di Filadelfia, per opera di Belk e Sunderman, preoccupati dalle discrepanze dei referti ottenibili da due diversi laboratori cittadini. Due anni dopo il proficiency test è esteso a tutti i laboratori della Pennsylvania e anche a partecipanti di altri stati americani.

1947



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



1950

L'origine dei Sistemi Qualità risale agli anni 50 quando primarie aziende degli Stati Uniti espressero l'esigenza individuare modelli organizzativi in grado di assicurare e supportare la qualità dei propri prodotti lungo tutto il loro ciclo di vita.



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



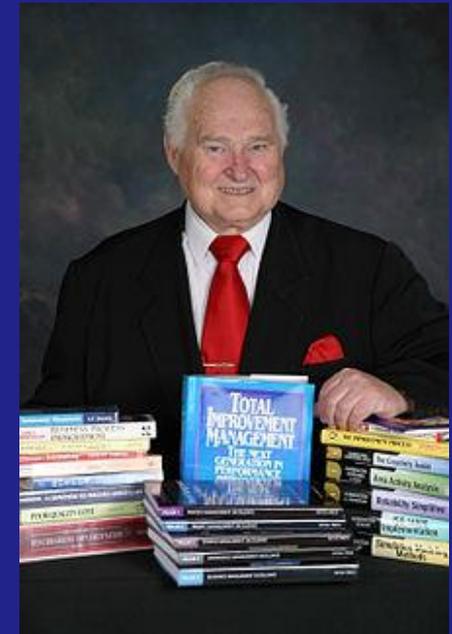
Nasce il “Total Quality Control” per opera di V. Feigenbaum. La qualità è un modo di governare l’impresa. Si deve dedicare alla qualità la stessa cura che viene dedicata ai prodotti.

1957



STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITÀ'

- Anni '50: A.V. Feigenbaum concepisce un sistema di rappresentazione che chiama “Costo della qualità operativa”
- L'espressione “costo della qualità” da una impressione negativa: James Harrington crea uno strumento che chiama “Costo della non qualità”.





STORIA ED EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI QUALITA'



P.B.Crosby pubblica il libro
“La qualità non costa” Egli
dimostra che la nuova via da
seguire consiste nel porre
l’accento sulla **prevenzione
dei problemi piuttosto che
intervenire per scoprirli e
correggerli.**

1979



L'EVOLUZIONE DELLE NORME ISO

ISO 9000-9004 - anno 1987 (I.a generazione)

ISO 9000 – anno 1994 (II.a generazione)

ISO 9001-9004 – anno 2000

(VISION 2000) - (III.a generazione)



L'EVOLUZIONE DELLE NORME ISO

1987

Le prime norme internazionali in tema di qualità risalgono al **1987** e sono state emanate dall'ISO in direzione principalmente di uno specifico settore industriale, cosiddetto 'ad alto rischio' (nucleare, aerospaziale, di difesa, ecc.). La funzione di quelle norme era di garantire il raggiungimento di un certo livello qualitativo, per soddisfare le esigenze di sicurezza e affidabilità della collettività.



L'EVOLUZIONE DELLE NORME ISO

1994

La versione delle norme ISO del **1994** è impostata su tre funzioni fondamentali:

- dare garanzia della qualità di un prodotto;
- descrivere i requisiti che un Sistema Qualità deve possedere, al fine di poter ottenere tale qualità;
- permettere il conseguimento degli obiettivi fondamentali del Sistema Qualità:
 - guida nella gestione della Qualità nell'impresa,
 - fiducia ed approvazione da parte del cliente,
 - certificazione o registrazione da parte di un organismo terzo.



L'EVOLUZIONE DELLE NORME ISO

2001

Con il **PROGETTO VISION 2000** è stata data un'enfasi particolare a quelli che devono finalmente diventare i due obiettivi assoluti di ogni Sistema Qualità:

- il miglioramento continuo dell'azienda (anche in termini economici)
- la soddisfazione di tutte le aspettative - espresse ed implicite - del cliente

LA NORMA UNI EN ISO 9001 E' STATA AGGIORNATA CON LA VERSIONE 2008



STORIA DELLA QUALITA' IN ITALIA

1992 - D. Lgs 502

1993 - D.Lgs 517

nascita del fenomeno dell'innovazione resasi necessaria per configurare un disegno generale di riforma per migliorare il Servizio Sanitario

D.P.R. 14 gennaio 1997 n. 801

accreditamento delle strutture sanitarie e ed i sistemi di valutazione e miglioramento delle attività

D.Lgs 229/99

qualità dell'assistenza; propone il metodo di verifica e revisione, prevedendo accordi tra Regione ed Aziende Sanitarie



PARTIAMO DALLE COSE CHE NON VANNO...

Code infinite e viaggio della speranza

I malati voltano le spalle agli ospedali del Sud
che perdono

980 milioni di entrate

Confartigianato denuncia:

**7 milioni di ore trascorse ogni anno
in sala di attesa**

Da "Repubblica" 23 sett.2010



Malasanità, in Calabria il record della vergogna

I dati drammatici della Commissione parlamentare d'inchiesta. su 326 episodi di errori sanitari sull'intero territorio nazionale, 78 si sono verificati nella regione del Sud. E 59 volte sono finiti con la morte del paziente.

Situazioni allarmanti anche in Sicilia, Lazio e Puglia

Piana di Gioia Tauro:

cinque ospedali in 30 km ma nessuno ha il Pronto Soccorso

Su 39 ospedali esistenti nelle regione, 36 non sono a norma.



SPESA PRO-CAPITE* IN ALCUNE REGIONI:

TRENTINO-ALTO ADIGE	110 euro
LOMBARDIA	148 euro
CALABRIA	202 euro

* QUANTO IL SSN PAGA PER OGNI CITTADINO



MEDICAL MALPRACTICE

ERRORI SANITARI INDIVIDUATI*	570
MORTI IMPUTABILI A ERRORE	400
CASI DI MALPRACTICE IN OSTETRICA	104

* dati di alcune regioni:

SICILIA	117 con 84 decessi
CALABRIA	107 con 87 decessi
LAZIO	63 con 42 decessi
LOMBARDIA	34 con 13 decessi
VENETO	29 con 16 decessi
EMILIA	36 con 28 decessi

Da: Il Giornale, febbraio 2013



MEDICAL MALPRACTICE

Nuovo tipo di errore:
QUICKER and SICKER
(risparmio sulle spese)

3,9 miliardi di €

Di richieste di
risarcimento in un
anno

(Eurobarometro 2010)





BATTAGLIA LEGALE: 23.825 DENUNCE*

ERRORI CHIRURGICI	7823
DIAGNOSI ERRATE	4310
TERAPIE ERRATE	3766
CADUTE	3064
INFEZIONI	990
ANESTESIE ERRATE	692
PROCEDURE INVASIVE ERRATE	556

*Corriere della Sera/Ordine dei medici/Corte dei Conti – febbraio 2013

**CAUSE QUINTUPPLICATE DA QUANDO GLI OSPEDALI
NON SI ASSICURANO PIU'**



TIPOLOGIA DI EVENTI DENUNCIATI

Errore chirurgico	10453	29,93%
Errore diagnostico	5531	15,84%
Errore terapeutico	3618	10,36%
Caduta accidentale	3557	10,19%
Danneggiamento accidentale	2008	5,75%
Furto/smarrimento	1647	4,72%
Infezione	1177	3,37%
Errore anestesilogico	910	2,61%
Errore procedura invasiva	774	2,22%
Errore da parto/cesareo	695	1,99%
Livello di servizio	540	1,55%
Infortunio	525	1,50%
Danni a persona	420	1,20%
Errore prevenzione	185	0,53%
Errore farmacologico	150	0,43%
Aggressione	128	0,37%
Errore transfusionale	105	0,30%
Dispositivo/macchinario difettoso	93	0,27%
.....		
Non identificato	2212	6,33%
Totale	34920	100,00%



SPECIALITA' MEDICHE COINVOLTE

Ortopedia	5042	14,44%
Struttura	4829	13,83%
DEA/pronto soccorso	4775	13,67%
Chirurgia generale	4038	11,56%
Ostetricia e Ginecologia	2521	7,22%
Anestesia e Rianimazione	1247	3,57%
Medicina Generale	1036	2,97%
Oculistica e Oftalmologia	827	2,37%
Radiologia	762	2,18%
Otorinolaringoiatria	562	1,61%
Cardiologia	539	1,54%
Urologia	499	1,43%
Neurochirurgia	494	1,41%
Psichiatria	393	1,13%
Gastroenterologia	337	0,97%
Odontoiatria e Stomatologia	326	0,93%
Pediatria, Neonatologia e TIN	297	0,85%
Oncologia	292	0,84%
Neurologia	277	0,79%
Chirurgia Plastica	274	0,78%
Chirurgia Vascolare	251	0,72%
Laboratorio Analisi	241	0,69%
Cardiochirurgia	237	0,68%



Cultura dell'errore

- ★ Trova gli errori
- ★ Riporta gli errori
- ★ Riduci gli errori
- ★ Evita gli errori

E, SOPRATTUTTO:

- ★ Crea degli incentivi per tutte le attività che riguardano la riduzione e la prevenzione dell'errore

Da: Peter Hagemann - Quality Control Center Geneva



La definizione di errore medico

Non esiste una definizione di errore medico esaustiva o che accontenti tutti.

Si parla di

- ✦ **EVENTO AVVERSO PREVENIBILE**
- ✦ **EVENTO AVVERSO NON PREVENIBILE**
- ✦ **EVENTO AVVERSO NEGLIGENTE**
- ✦ **ERRORE MEDICO**
- ✦ **MEDICAL MALPRACTICE**
- ✦ **VIOLAZIONE**
- ✦ **LESIONE IATROGENA**
- ✦ **NEGLIGENZA**

un errore è un evento, il pieno vantaggio del quale non è stato ancora utilizzato a vostro beneficio



POSSIBILI SOLUZIONI

RESPONSABILIZZAZIONE CLASSE MEDICA

34 %

**PROCEDURE ADEGUATE PER LA
COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

35 %

ORGANIZZAZIONE EFFICIENTE

31 %



I CASI DI MALASANITA'

**DOVE SI VERIFICANO?
COSA FARE PER RIDURLI?
COME AGIRE PER PREVENIRLI
QUALI AUSILI UTILIZZARE?**

**DOVE SI
VERIFICANO?**

UFF. TECNICO

SERVIZI

LABORATORI

ACCETTAZIONE

FARMACIA

URP

ECONOMATO

DIREZIONE

RADIOLOGIA

SIT

UFF. QUALITA'

CUP

FORMAZIONE

PAZIENTE

ACCETTAZIONE

RICOVERO

DIMISSIONE

UROLOGIA

NEFROLOGIA

GINECOLOGIA

CHIRURGIA

MEDICINA

CARDIOLOGIA

DERMATOLOGIA

DEA

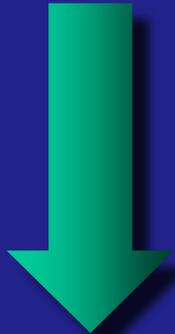
NEUROLOGIA

REPARTI

ORTOPEDIA

DIABETOLOGIA

**MEDICO
di BASE**



QUALI AUSILI UTILIZZARE?

MEDICO
di BASE

UFF. TECNICO

LABORATORI

FARMACIA

ACCETTAZIONE

URP

ECONOMATO

DIREZIONE

SIT

UFF. QUALITA'

RADIOLOGIA

DEA

CUP

UROLOGIA

NEFROLOGIA

GINECOLOGIA

CHIRURGIA

MEDICINA

CARDIOLOGIA

NEUROLOGIA

DIABETOLOGIA

DERMATOLOGIA

ORTOPEDIA

***ESSERE
PROFESSIONISTI***

***P ARLARE TUTTI
LO STESSO
LINGUAGGIO***

***ESSERE
ORGANIZZAZIONE***

PROFESSIONALITA'

SAPERE



CONOSCENZE

*Istruzione
Formazione*

SAPER FARE



ESPERIENZA

*Addestramento
Capacita' tecniche*

SAPER ESSERE



CAPACITA' RELAZIONALE

*Collaborazione
Comunicazione*

SAPER DIVENIRE



CRESCITA PERSONALE

*Leadership
Adattabilità*



.... NON SOLO PROFESSIONALITA'

NON PERSEGUIRE SOLO IL PROPRIO SUCCESSO PERSONALE.....

LAVORARE IN GRUPPO....

METTERSI IN DISCUSSIONE....

ESSERE IL PIU' POSSIBILE DISPONIBILI....

TENER CONTO DEGLI ALTRI....

CONDIVIDERE IL PROPRIO SAPERE....

.... NON SOLO PROFESSIONALITA'

ESSERE COSCIENTI DEI PROPRI LIMITI.....

AGIRE CON ONESTA' INTELLETTUALE....

AMMETTERE GLI ERRORI....

NON CERCARE ALIBI....

NON DARE SEMPRE LA COLPA AGLI ALTRI....

POSSEDERE CURIOSITA' INTELLETTUALE....

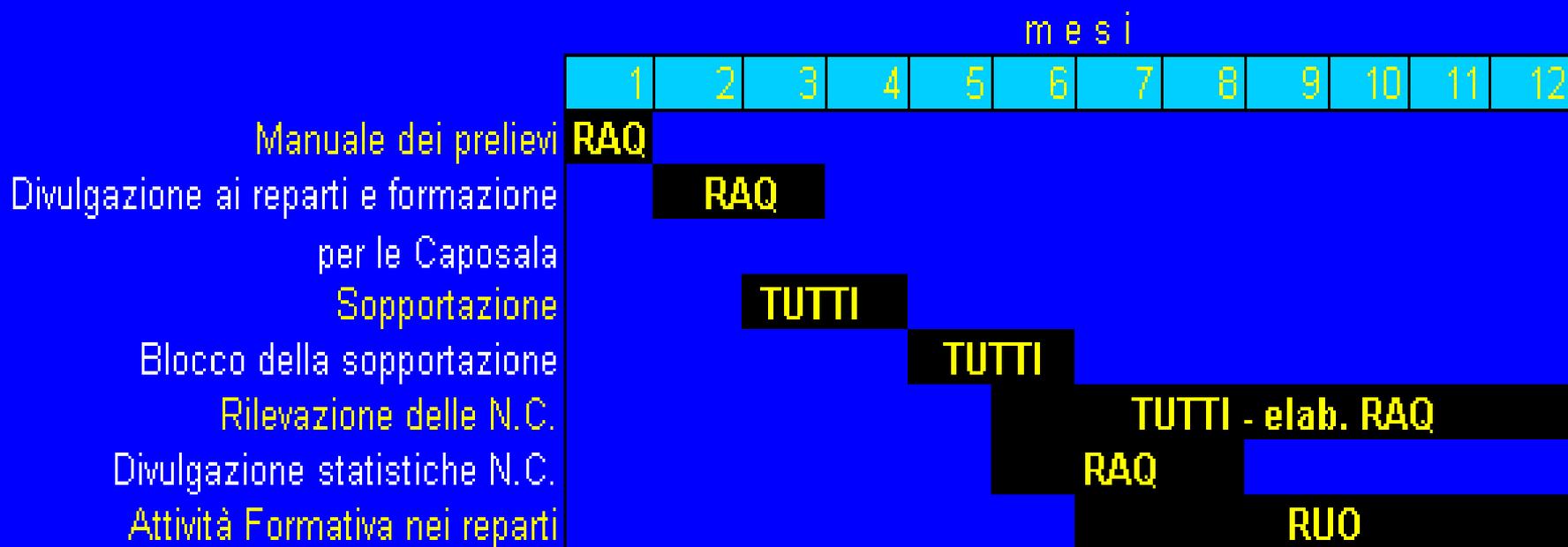
.... E TRARRE INSEGNAMENTI
DALLE COSE CHE NON
VANNO (**NON CONFORMITA'**)

GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Riduzione del 50% delle non conformità nella fase di accettazione

Obiettivo di massima: 50% di riduzione in 6 mesi

Obiettivo praticabile: 25-35% di riduzione in 6 mesi





GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Nella S.C. Neurochirurgia dal 1.05.2012 al 31.10.2012 sono state rilevate 50 NC così suddivise:

-11 nei confronti della sala operatoria:

bilancio idrico non effettuato : 2
paziente non indossava il camice: 2
calze non ben posizionate: 1
paziente presentava il sito chirurgico sporco: 1
varie: 3

-39 riguardanti il reparto:

carrelli non ben controllati: 18 (di cui 2 riguardanti il carrello delle urgenze)
mancata sostituzione della soluzione eparinata: 2
frigo non controllato secondo l'Istruzione Operativa :9
defibrillatore non controllato secondo l'Istruzione Operativa: 10

Per le suddette non conformità non è stato necessario mettere in atto delle azioni correttive. Il trattamento effettuato è stato quello di mettere a conoscenza il personale della sala operatoria ed il personale del reparto delle non conformità rilevate.

L'analisi delle non conformità viene effettuata ogni 2 mesi.

**RISPETTO AI CINQUE MESI PRECEDENTI LE NC SONO DIMINuite DEL 10%
IN SALA OPERATORIA E AUMENTATE DEL 7,5% NEL REPARTO**



UN UTILE SUGGERIMENTO...

Per ridurre le non conformità sui prelievi dai reparti, preparare un **POSTER** con le modalità di prelievo e incollarlo nelle postazioni dove vengono preparate le provette della giornata...

FUNZIONA!!!

Descrizione esami	Modalità di prelievo				Consegna referti
	Materiale	Note	Conservazione Trasporto	Contenitore (colore del tappo)	
17ALFA –IDROSSI-PROGESTERONE (17OH-P)	Sangue	*	+ 4° C	Giallo	Mensile
Acido Lattico	Sangue	Inviare immediatamente in Laboratorio	- 20° C	Grigio	Giornaliero
Acido Valproico	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Acido Vanilmandelico (VMA) (U)	Urine 24 h	Acidificare le urine con 10 ml di HCl (da chiedere al Laboratorio) da versare , prima della raccolta, nel contenitore delle urine delle 24 ore.	+ 4° C	Contenitore per urine	Mensile
Alanina aminotransferasi (ALT-GPT)	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Albumina (S/U)	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Aldosterone	Sangue	*	+ 4° C	Giallo	Mensile
Alfa 1 Antitripsina	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Alfa 1 fetoproteina	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Alfa 1 Glicoproteina acida	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
Alfa Amilasi (S/U)	Sangue		+ 4° C	Giallo	Giornaliero
	Urine			Contenitore per urine	
Alcoolemia	Sangue	Inviare immediatamente in Laboratorio 3 provette con copia di richiesta delle forze dell'ordine e modulo di accettazione dell'esame da parte del paziente e indicazione di eventuali terapie.	+ 4° C	Verde	Giornaliero
Ammonio	Sangue	Inviare immediatamente in Laboratorio	+4° C	Viola	Giornaliero
				Verde	
Apolipoproteina A	Sangue	*	+4° C	Giallo	Mensile
Apolipoproteina B	Sangue	*	+4° C	Giallo	Mensile
Aptoglobina	Sangue		+4° C	Giallo	Giornaliero
AST – GOT (Aspartato Aminotransferasi)	Sangue		+4° C	Giallo	Giornaliero



La qualità ha molte cose in comune con il sesso.

Tutti sono favorevoli.

Tutti pensano di conoscerla.

Tutti ritengono che per l'esecuzione sia solo questione di seguire le naturali inclinazioni.

E, come al solito, la maggior parte pensa che i problemi siano causati dagli altri.

Philip Crosby, 1974



NON E' POSSIBILE PENSARE DI
RISOLVERE UN PROBLEMA
AFFRONTANDOLO CON GLI
STESSI SCHEMI MENTALI
CHE LO HANNO GENERATO

ALBERT EINSTEIN

...dal THBFDBD al MMCAILCDP....



COSA FARE PER RIDURLI ?

COME AGIRE PER PREVENIRLI ?

QUALI AUSILI UTILIZZARE?

POLITICHE APPROPRIATE

ORGANIZZAZIONE SPINTA

GESTIONE DELLE RISORSE

RISORSE UMANE ADEGUATE

SENSIBILITA' AL SERVIZIO

ATTENZIONE AL CLIENTE

OVVERO.....



**...COSTRUIRE
IL**

**SISTEMA
di GESTIONE
per la QUALITA'**

SISTEMA

L'INSIEME DELLE ATTIVITA' CHE SI SVOLGONO IN UNA ORGANIZZAZIONE E CHE SONO TRA LORO COLLEGATE...

GESTIONE

... CHE NON POSSONO ESSERE LASCIATE ALLA LIBERA INTERPRETAZIONE MA DEVONO ESSERE GESTITE....

QUALITA'

...PER FARE AL MEGLIO CIO' CHE SIAMO CHIAMATI A FARE, OGNUNO PER LE PROPRIE COMPETENZE....



... PER ALMENO ALTRE TRE RAGIONI...

- Prima ragione: **MIGLIORARE L'EFFICIENZA DEI PROCESSI DI SERVIZIO**
- Seconda ragione: **RIDURRE AL MINIMO GLI GLI ERRORI**
- Terza ragione: **SODDISFARE I PROPRI UTENTI-CLIENTI**



... E ALTRE RAGIONI...

COSTRUIRE UN SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA' CONSENTE INOLTRE DI:

MIGLIORARE IL GIOCO DI SQUADRA

MIGLIORARE IL CLIMA DELL'ORGANIZZAZIONE

INCREMENTARE IL LIVELLO DELLA COMUNICAZIONE

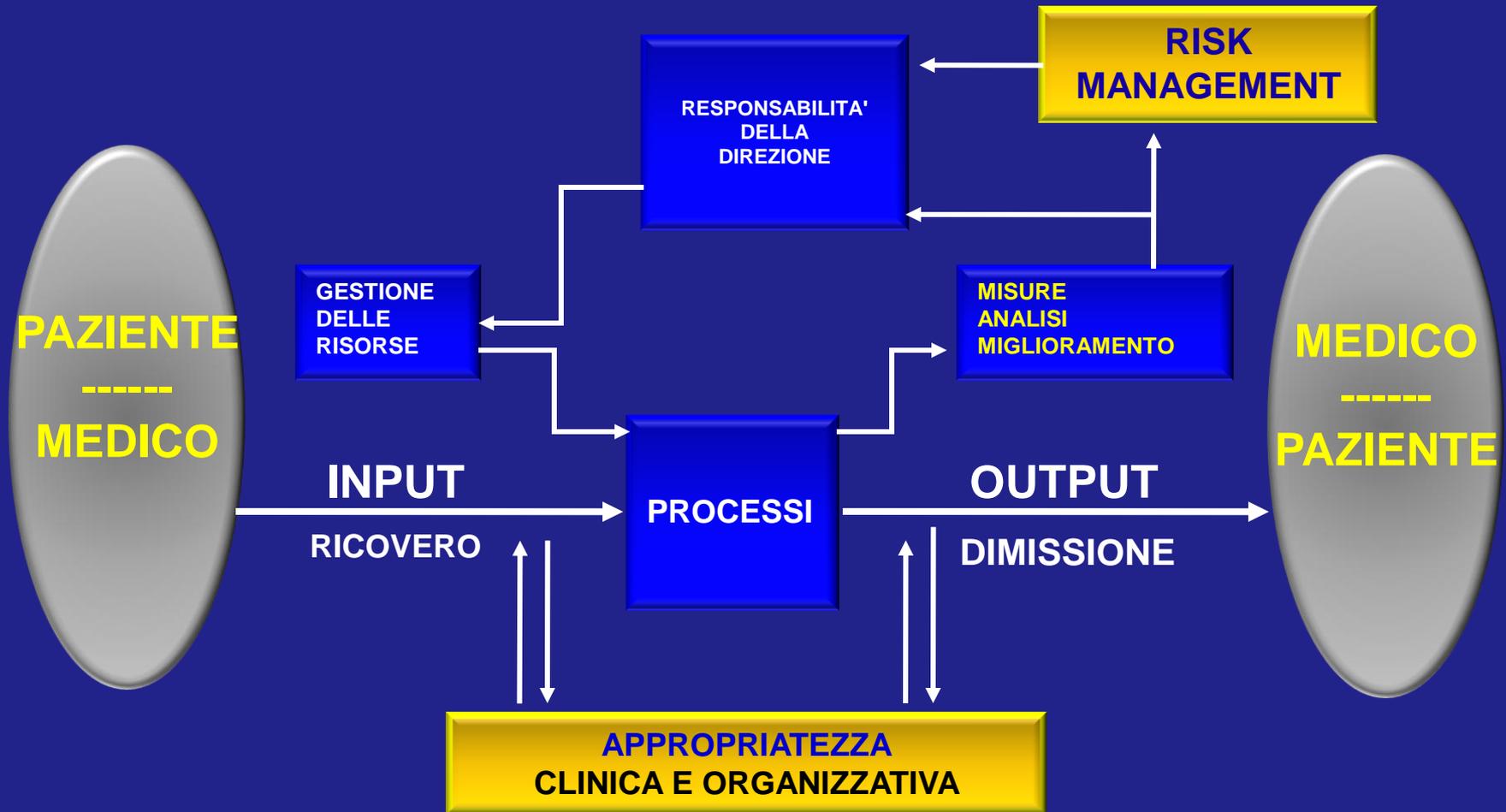
FACILITARE LA CRESCITA PROFESSIONALE DEI COLLABORATORI

GESTIRE IN MODO MENO ARTIGIANALE LE EMERGENZE

METTERE AL RIPARO L'ORGANIZZAZIONE DA INTERVENTI GIUDIZIARI

(RESPONSABILITA' INDIVIDUALI PREVIA CONDIVISIONE DEI PROCESSI)

**SISTEMA DI GESTIONE BASATO SUI PROCESSI E
RAPPORTO CON L'APPROPRIATEZZA CLINICA,
ORGANIZZATIVA E IL RISCHIO**





LE DIMENSIONI DELLA QUALITA'

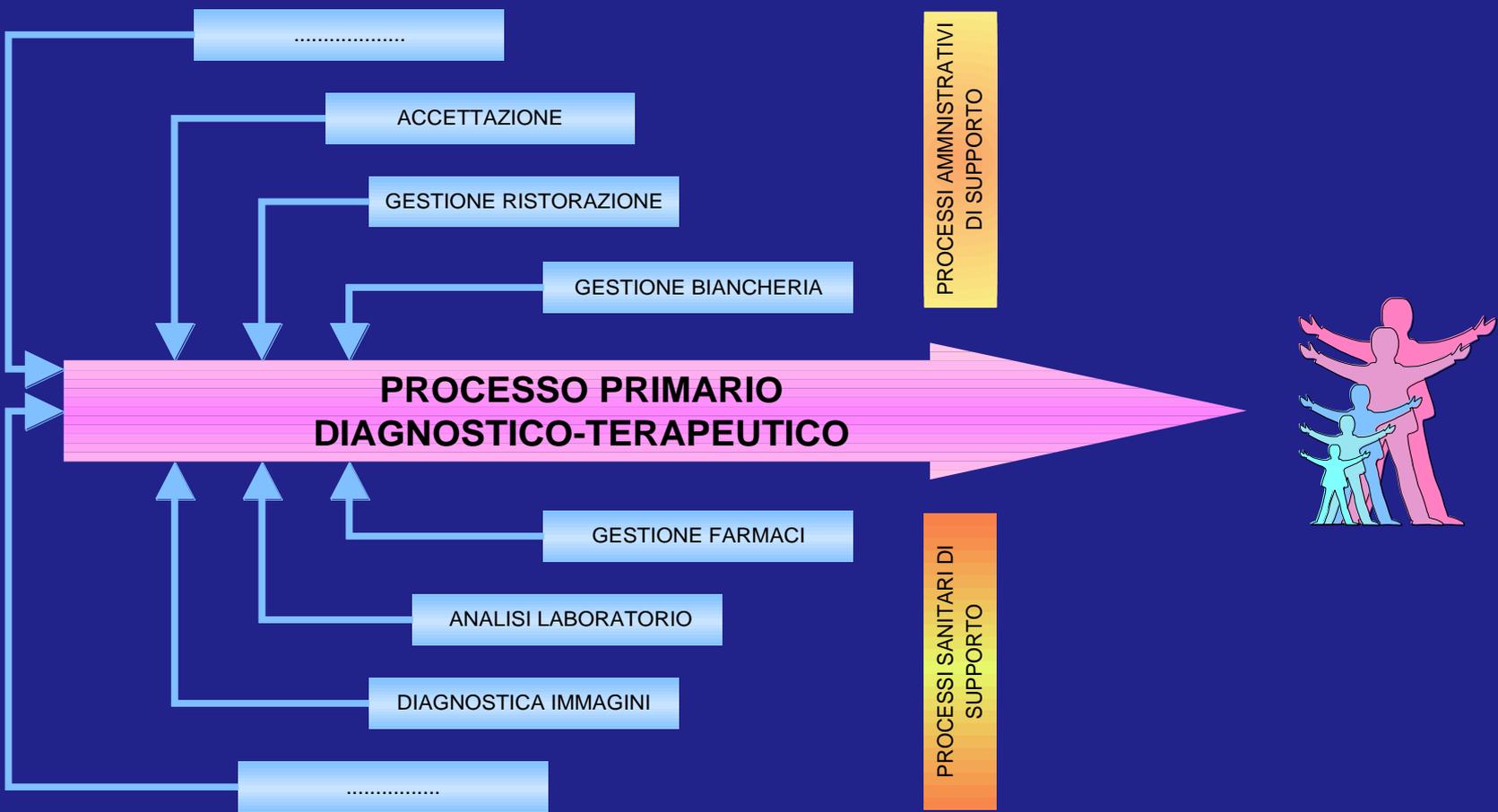


ASPETTI DIVERSI DELLA QUALITA'





PROCESSI AMMINISTRATIVI E SANITARI

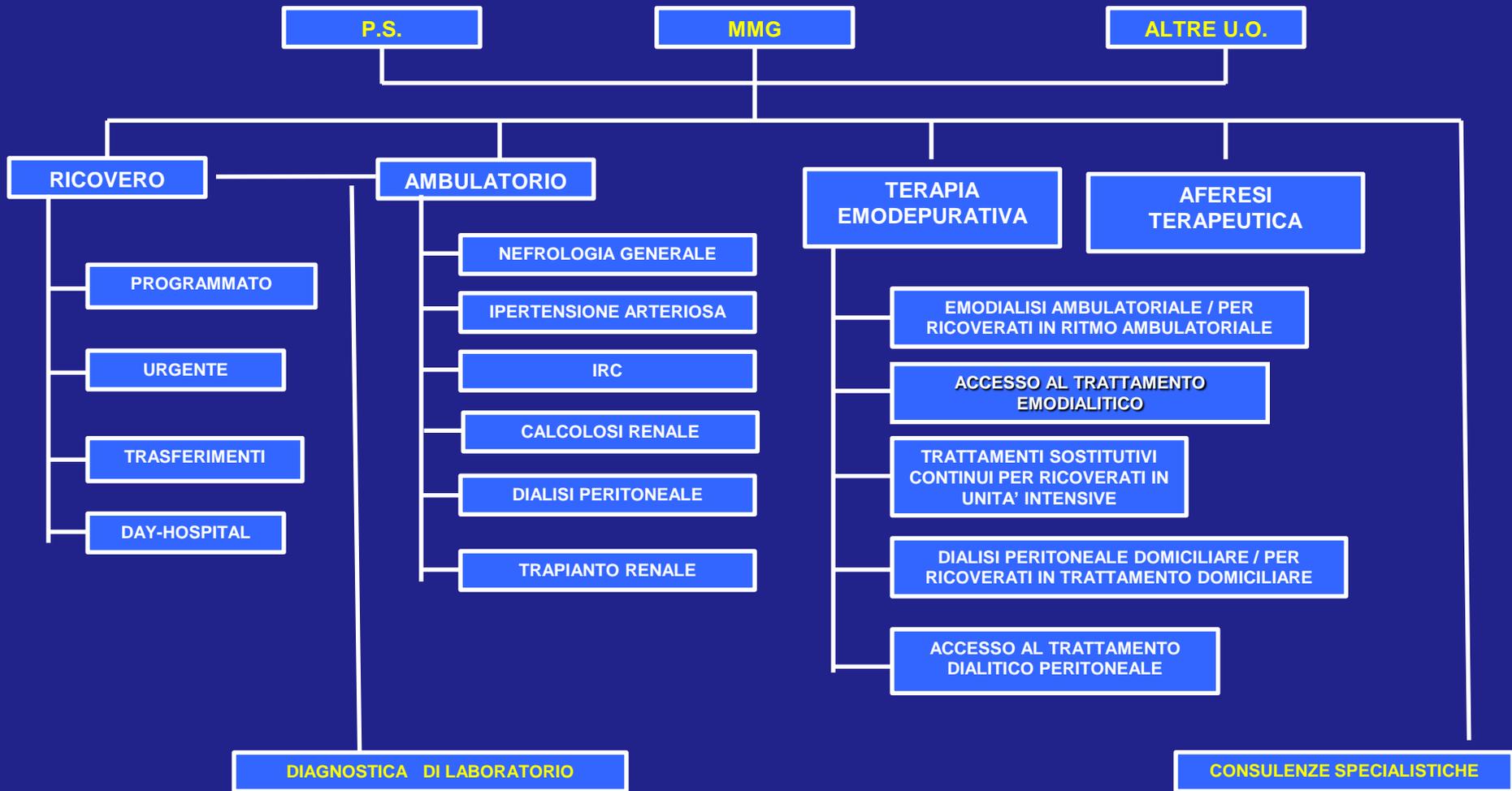




MACROPROCESSI IN DIABETOLOGIA

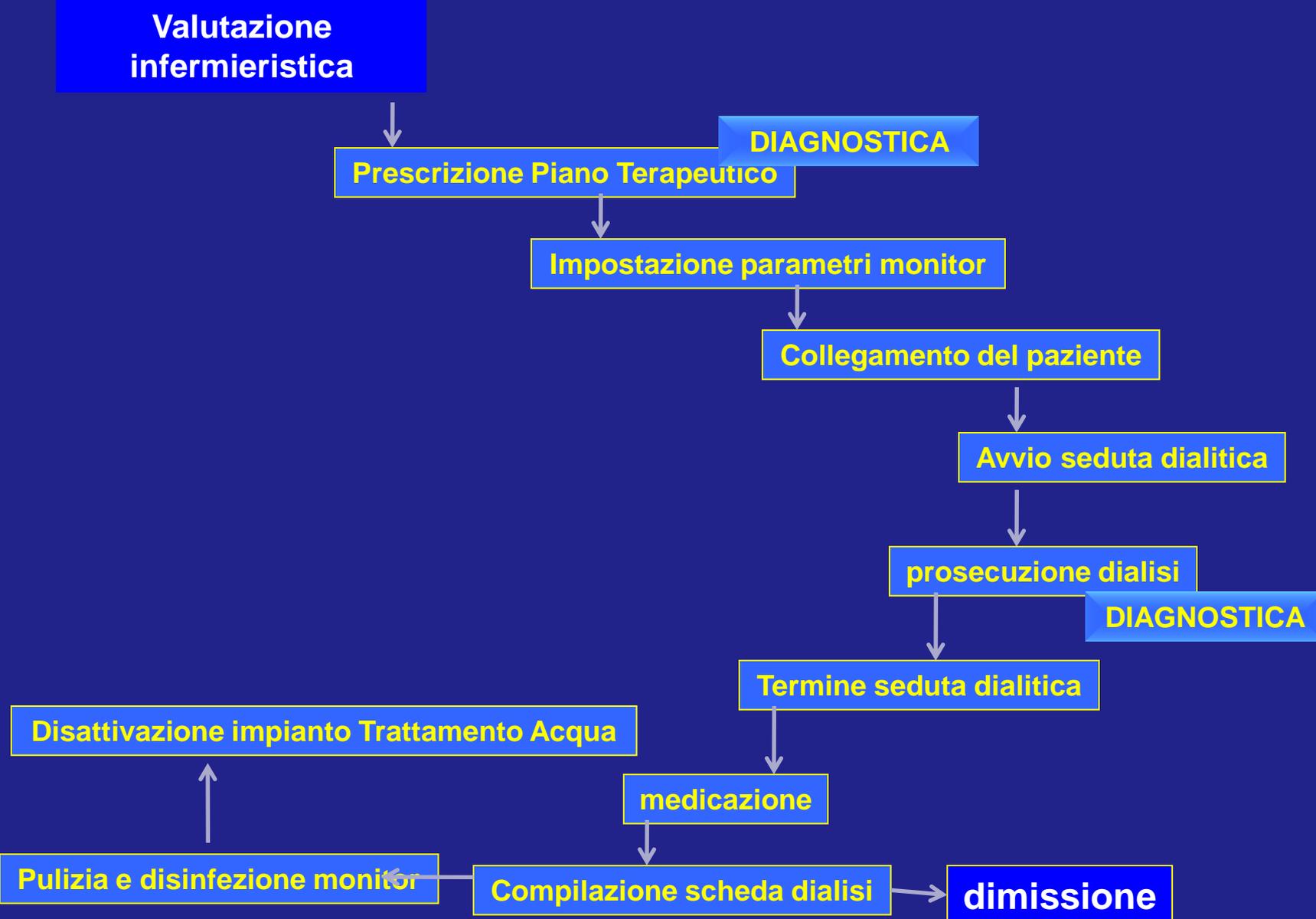


MACROPROCESSI NEFROLOGIA & DIALISI





PROCESSO EMODIALISI





MACROPROCESSI IN DIAGNOSTICA





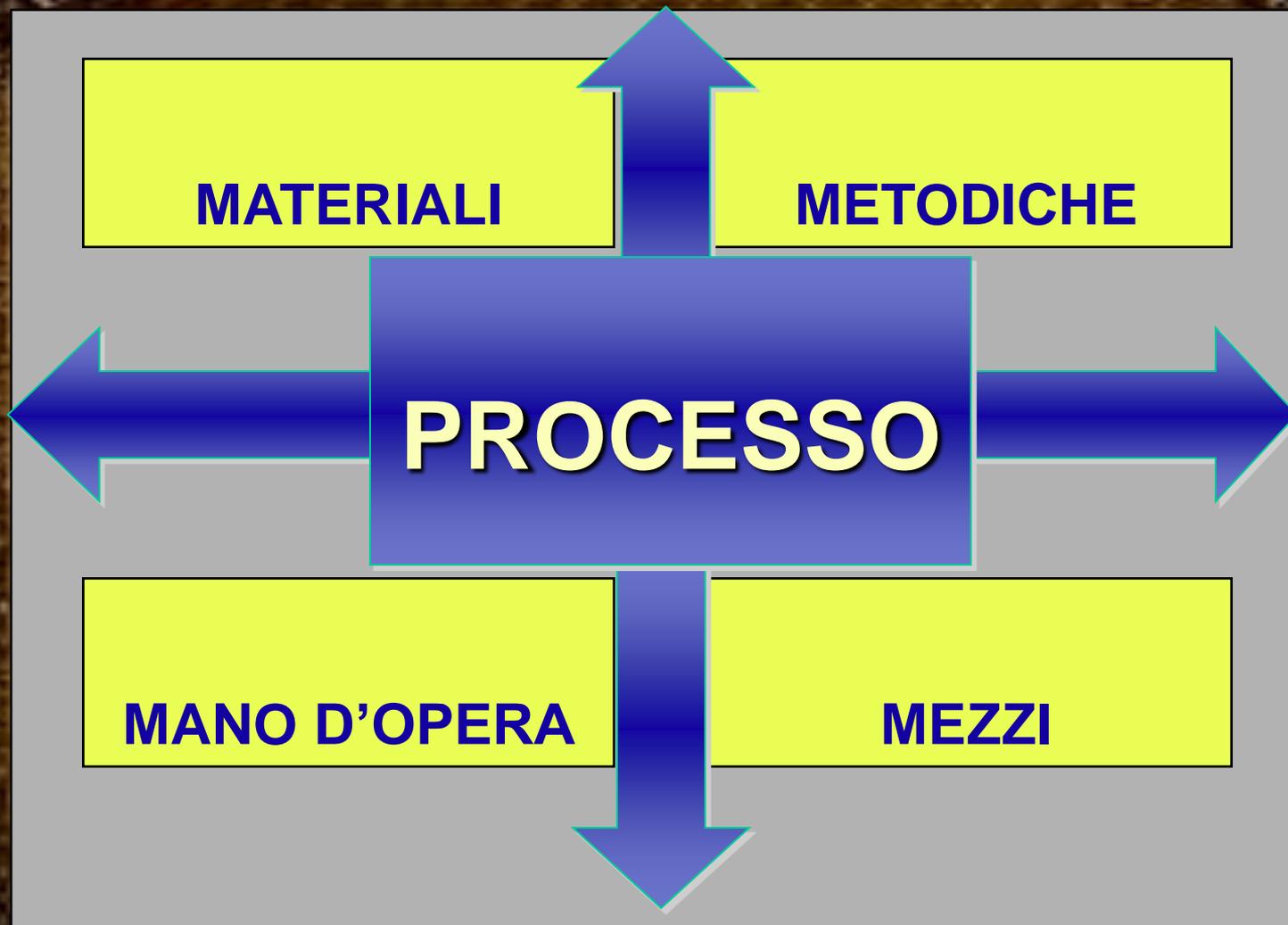
I MACROPROCESSI TRASFUSIONALI



COMUNICAZIONE



COINVOLGIMENTO

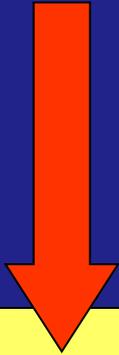


MOTIVAZIONE

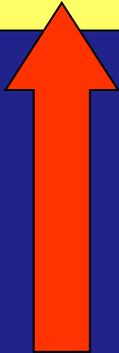
RESPONSABILIZZAZIONE

MANODOPERA

MATERIALI



PERCORSO DEL PAZIENTE



MEZZI

METODICHE



Il S.G.Q. - basato sui processi - richiede di:

- Stabilire i legami tra processi identificati all'interno di una organizzazione, loro correlazione e interazione
- Stabilire fasi di controllo, in particolare modo sulle attività dei interfaccia delle diverse fasi
- Ottenere risultati della prestazione ed efficacia dei processi, in termini di esiti e di outcome
- Basare il processo di miglioramento continuo su misure oggettive e dati reali per il riesame da parte della direzione sulla efficacia dei processi e del sistema di gestione

Secondo lo schema generale contenuto in tutte le norme, le attività a valore aggiunto per il prodotto/servizio riguardano il processo di realizzazione del prodotto, la valutazione e la misura degli elementi di ingresso e degli elementi in uscita .



Le fasi dell'analisi di processo

Per ogni singolo processo:

1- definire i confini

- dove inizia e dove finisce il processo
- l'input e l'output (valutare i requisiti degli elementi in entrata e in uscita dei processi)
- chi è il fornitore e chi è il cliente (individuare attese, esigenze, requisiti)

2 - Identificare le fasi operative

3 - descrivere l'attività (come devono essere svolte le attività)

- confronto tra normative e raccomandazioni
- proposte di modifica
- redazione delle procedure di documentazione/registrazione



Le fasi dell'analisi di processo

- 4 - Determinare le verifiche da fare su input, output e durante lo svolgimento del processo
- 5 - individuare parametri e indicatori della qualità di processo/performance
- 6 - assegnare le responsabilità (**chi deve fare che cosa**)
 - **addestrare il personale**
 - **valutare le competenze raggiunte**
- 7 - rappresentare il processo in una "scheda di sintesi"



Descrizione del processo

La descrizione del nostro attuale processo di lavoro con i suoi confini e le sue interfacce può diventare una solida base per uno studio dettagliato del processo e condurre alla scoperta di miglioramenti attesi.

DOMANDE DA PORSI:

- esiste già una documentazione che descriva effettivamente il processo così come si svolge oggi?
- dove inizia e dove finisce il processo?
- chi deve fare che cosa?
- Quando?
- Come? Dove? Perché?
- E' sufficientemente dettagliata la descrizione del processo?



Descrivere il processo

- Si devono elencare, in sequenza, le azioni fondamentali che si eseguono nello svolgimento del processo produttivo
- La descrizione del processo si può realizzare in prosa oppure tracciando i

DIAGRAMMI DI FLUSSO



Arrivo del paziente

Definizione del piano terapeutico (P.T.)
Medico

Cartella clinica

Invio di copia del P.T. in Farmacia
Infermiere CSM

Registro USL

Clozapina?
Medico

SI

NO

Esecuzione emocromo e formula
Laboratorio

Richiesta esami

Valutazione esami
Medico

Referti Laboratorio

Esami OK?

NO

SI

Consegna del farmaco al paziente
Infermiere CSM

Registro Carico/scarico



Diagramma di flusso – Vantaggi

- **Semplicità di rappresentazione**
- **Tecnica conosciuta e utilizzata in diversi contesti**
- **Non richiede applicativi software specifici, ancorché ne esistano di molto efficaci a basso prezzo**



Diagrammi di flusso

**Punto di
partenza e di
fine**

Rettangolo con angoli smussati

Viene usato per rappresentare l'azione che da il via e quella che conclude il processo o la parte di processo rappresentata dal diagramma di flusso.

Azione
(chi la compie)

Rettangolo

Viene usato per rappresentare un'azione o un'attività che si compie all'interno del processo e la figura professionale che la compie.



Diagrammi di flusso

Rettangolo con ombreggiatura

La forma ombreggiata richiama la presenza di un ulteriore diagramma di flusso che spiega in modo più dettagliato quella parte di processo.



Rombo

Viene usato per rappresentare un punto in cui si prende una decisione. Usualmente la frase che si scrive all'interno del simbolo è costruita in modo da richiedere come risposta un 'SI' o un 'NO'.





Diagrammi di flusso



Parallelogramma

Viene usato per rappresentare una azione o una attività che porta ad entrare in un altro processo (ad es.: “Invio della richiesta all’Economato” o “Invio dei campioni in Laboratorio”).



Viene usato per indicare che è stato prodotto un documento.



Diagrammi di flusso



Freccia

Indicatore della direzione del flusso



Cerchio

Indica che il diagramma di flusso continua in un'altra pagina, dove è stato inserito, come riferimento, lo stesso simbolo contenente la stessa indicazione (es.: un numero o una lettera).



**UNA EFFICACE
COMUNICAZIONE
RAPPRESENTA ALMENO IL**

50% DEL S.G.Q.

Goldberg, Basilea 1998



**È ampiamente dimostrato
che una cattiva comunicazione
costituisce la causa della
maggior parte dei problemi che
si generano
nell'ambito lavorativo**



LE DIFFICOLTA' DELLA COMUNICAZIONE NELLE STRUTTURE SANITARIE

Le risposte relazionali sono quindi spesso inadeguate sia per il tipo di linguaggio utilizzato che per i contenuti dei messaggi informativi:
risposte frettolose, generiche, incomprensibili,
formulate in linguaggio estremamente tecnico,
dopo lunghe attese, in fretta, in piedi o
comunque in ambienti poco adatti



LE DIFFICOLTA' DELLA COMUNICAZIONE in MEDICINA

UN UTILE ESERCIZIO:

**REGISTRATE UNA CONVERSAZIONE CON
UN PAZIENTE E RIASCOLTATEVI...**

HO ASCOLTATO ATTENTAMENTE?

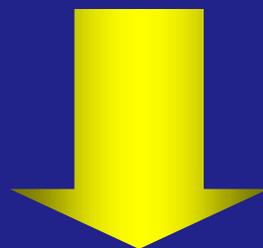
HO UTILIZZATO TERMINI COMPRENSIBILI?

HO PARAFRASATO?

MI HA CAPITO ?



**LA BUONA COMUNICAZIONE
E' LA PRIMA MEDICINA**



14 aprile 2005

LA CARTA DI FIRENZE



... DALLA CARTA DI FIRENZE

.....

La corretta informazione contribuisce a garantire la relazione, ad assicurarne la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente.

Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.

Una corretta informazione esige un linguaggio chiaro e condiviso. Deve, inoltre, essere accessibile, comprensibile, attendibile, accurata, completa, basata sulle prove di efficacia, credibile ed utile (orientata alla decisione). Non deve essere discriminata in base all'età, al sesso, al gruppo etnico, alla religione, nel rispetto delle preferenze del paziente.

.....

La formazione alla comunicazione e all'informazione deve essere inserita nell'educazione di base e permanente dei professionisti della Sanità.



QUELLO CHE INVECE SUCCEDE...

- **Nel 54% dei casi il sanitario non prende in nessuna considerazione le proteste del paziente**
- **Nel 45% il sanitario non ascolta con attenzione le preoccupazioni del paziente**
- **Il 50% dei casi psico-sociali e psichiatrici non è stato trattato correttamente a causa di un problema di comunicazione**



GLI ERRORI DI COMUNICAZIONE

secondo i pazienti.....

- Sono interrotti dopo appena 18 secondi dal momento in cui hanno cominciato a descrivere i propri problemi
- Un numero sorprendentemente alto di pazienti e familiari non capisce o non ricorda ciò che il medico ha detto a proposito della diagnosi o della cura
- Il linguaggio del medico è poco chiaro perché ricorre costantemente a termini tecnici incomprensibili al paziente
- L'ansia, la preoccupazione e l'insoddisfazione dei pazienti sono legate soprattutto alla mancanza di informazioni esaustive



D'ALTRA PARTE....

Una comunicazione efficace fa parte integrante di un **PERCORSO ASSISTENZIALE** di Qualità ed è indispensabile per ottenere soddisfazione e consenso, che permettono anche di raggiungere migliori risultati clinici complessivi





**L'ORGANIZZAZIONE
ESISTE
SOLO
PERCHE'
HA I SUOI CLIENTI**



PER FARE QUALITA' OCCORRE....

- **CONOSCERE I PROPRI CLIENTI**
- **CONOSCERE LE LORO ESIGENZE**
- **DEFINIRE GLI OBIETTIVI**
- **DEFINIRE LE RISORSE NECESSARIE**
- **CREARE EFFICACIA CON LE RISORSE DISPONIBILI**

**MARKETING SANITARIO:
UNA CHIMERA...**



...MA C'E' UN "PECCATO ORIGINALE"

- Nel pubblico impiego – ma talvolta anche nel privato - **NON ESISTE IL CONCETTO DI CLIENTE**: è rara la consapevolezza che, con il proprio lavoro, si deve rispondere ad un bisogno che è espresso da un altro soggetto.
- **BISOGNA DARE A TUTTI UN CLIENTE: O MEGLIO FAR SCOPRIRE A CIASCUNO I SUOI CLIENTI !!!!**



- Il paziente è il più importante visitatore del nostro Ospedale.
- Egli non dipende da noi.
- Siamo noi che dipendiamo da Lui.
- Egli non è interruzione del nostro lavoro.
- E' lui il fine del nostro lavoro.
- Egli non è un elemento estraneo alla nostra attività.
- Egli è parte integrante della nostra attività.
- Noi non facciamo un servizio a Lui nel servirlo.
- Egli sta facendo un favore a noi dandoci l'opportunità di servirlo.



**COMPITO DELL'ORGANIZZAZIONE
E' LA**

“FIDELIZZAZIONE”

**DEL CLIENTE
ATTRAVERSO LA SODDISFAZIONE DEI
SUOI BISOGNI**



FORNITORE o CLIENTE ?

**SITRA
RADIOLOGIA
AMMINISTRAZIONE
CHIRURGIA
SERVIZI GENERALI
FARMACIA
S.I.T.
REPARTO**

.....

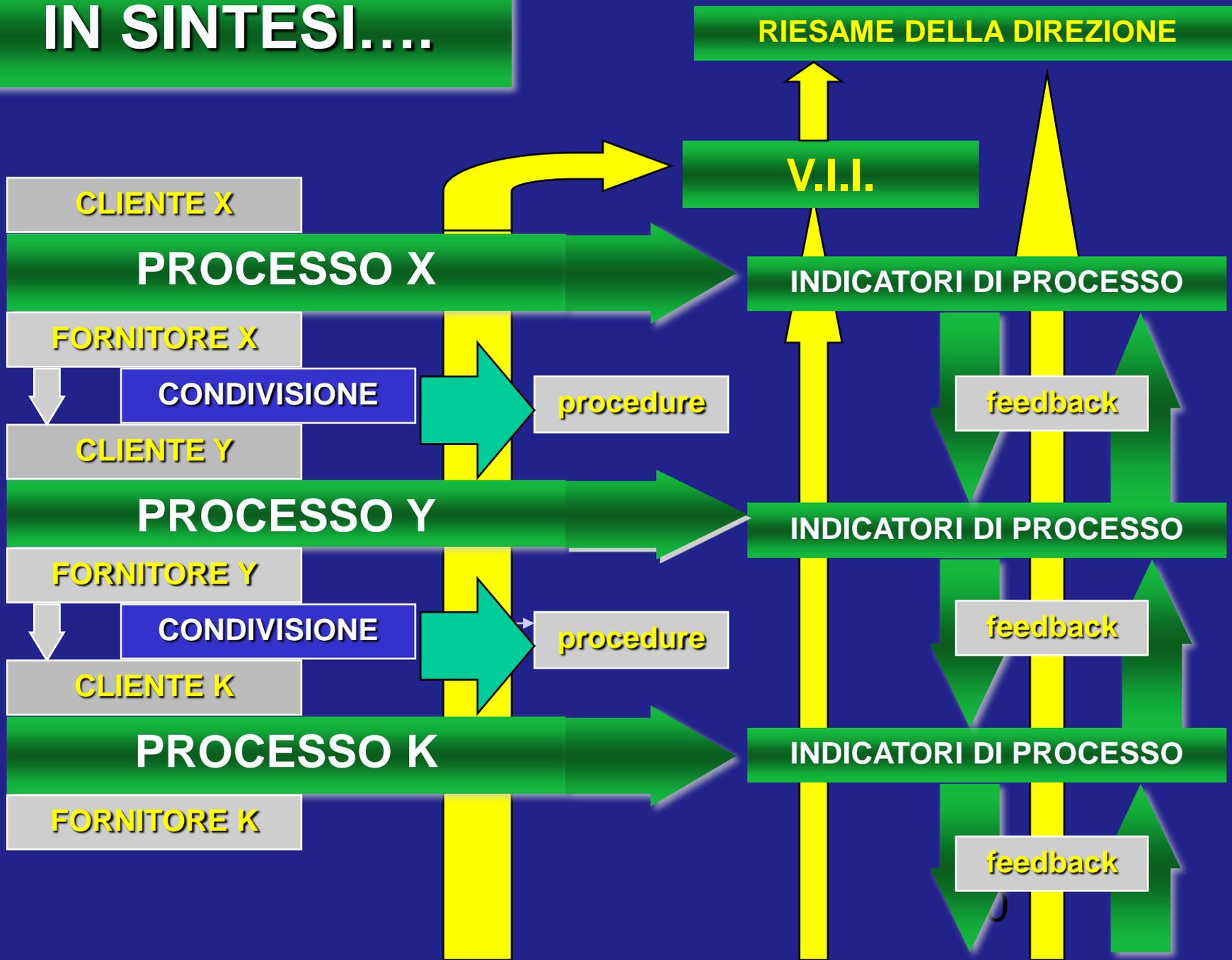
**SITRA
RADIOLOGIA
AMMINISTRAZIONE
CHIRURGIA
SERVIZI GENERALI
FARMACIA
S.I.T.
REPARTO**

.....



**RIFERIMENTO
DI TUTTE LE
ATTIVITA'
NON E' SOLO
IL CLIENTE
ESTERNO
MA ANCHE
IL CLIENTE
INTERNO**

IN SINTESI....



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



ACCADEMIA DI QUALITOLOGIA

www.qualitologia.it
qualitologia@qualitologia.it
348-8979002