



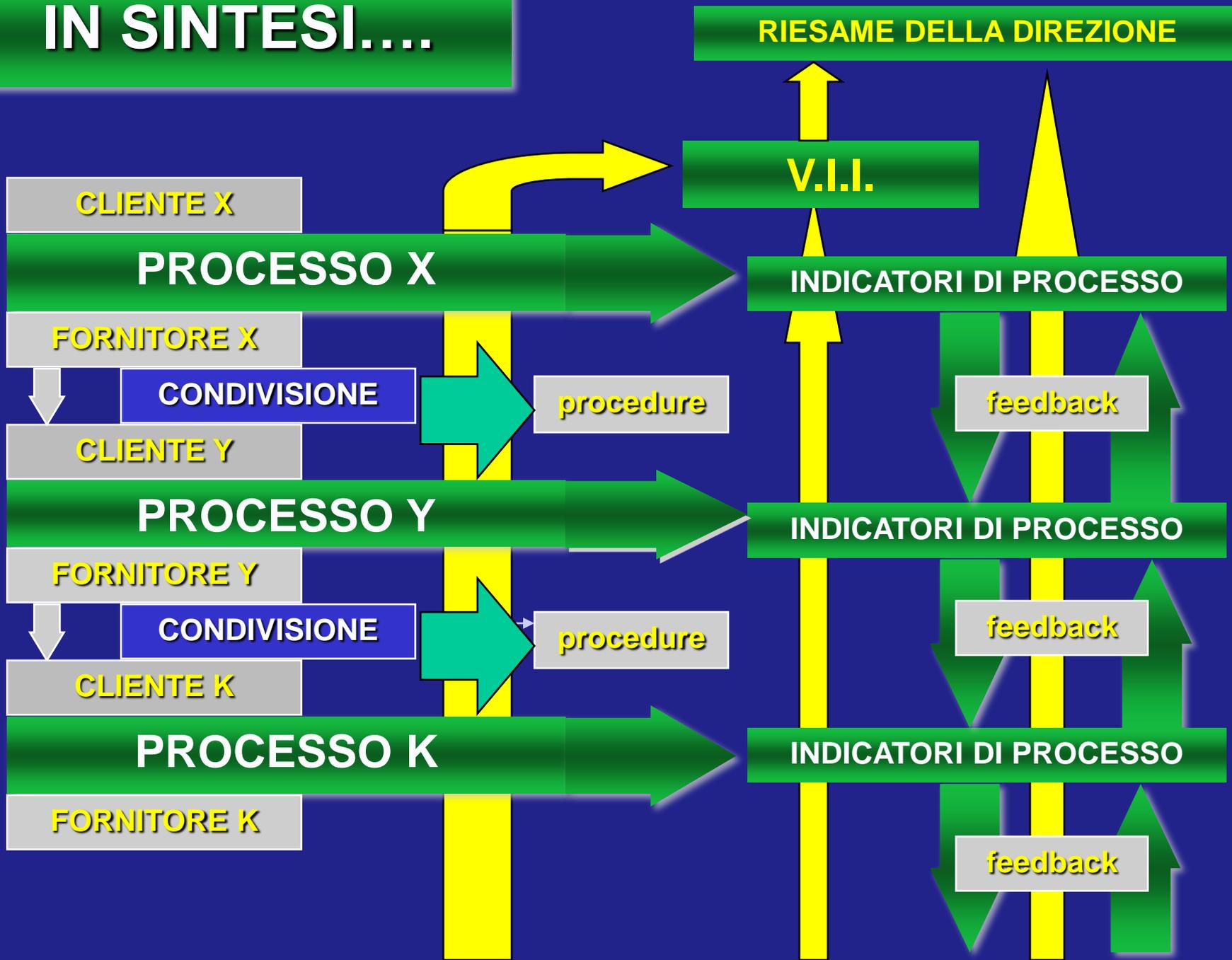
Beppe Carugo



APPROCCIO RAGIONATO AL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

- Seconda parte -

IN SINTESI....





IL SISTEMA DOCUMENTALE

LIVELLO

STRUMENTO

1 MANUALE DELLA QUALITA' - PROCESSI E COLLEGAMENTI

2 PROCEDURE

3 ISTRUZIONI OPERATIVE

4 RAPPORTI E DOCUMENTI DI REGISTRAZIONE

PROCESSO 1

PROCESSO 2

PROCESSO 3

PROCESSO 4

PROCESSO 5

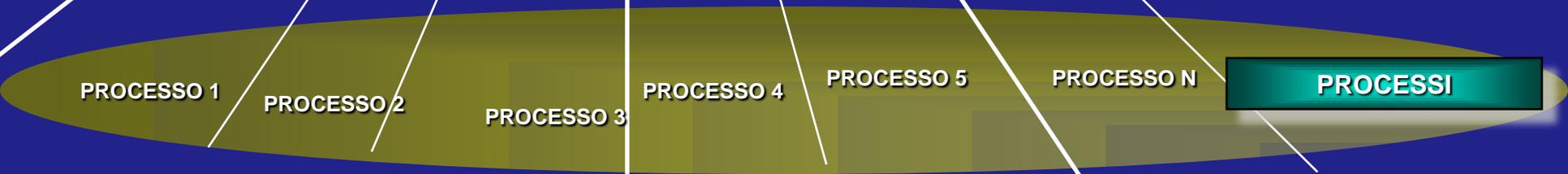
PROCESSO N

PROCESSI

MACROPROCESSI

MACROPROCESSI

MACROPROCESSI





STRUTTURA DELLA DOCUMENTAZIONE





GERARCHIA DEI DOCUMENTI DI SGQ

DOCUMENTAZIONE DI ORIGINE ESTERNA

NORME
LEGGI
DECRETI

.....

DOCUMENTAZIONE DI ORIGINE INTERNA

DELIBERE E REGOLAMENTI AZIENDALI
PROCEDURE AZIENDALI
CARTA DEI SERVIZI

.....

MANUALE AZIENDALE DELLA QUALITA'
PROCEDURE GENERALI DI U.O.
MODULISTICA AZIENDALE



Manuale della Qualità

- Deve includere:
 - Scopo e campo di applicazione del SGQ e le eventuali “esclusioni” con motivazione
 - Procedure documentate o i riferimenti ad esse
 - Descrizione dei processi coperti dal SGQ e le loro interrelazioni
- Relativamente ai macro processi devono essere descritti:
 - “chi fa”
 - “cosa fa”
 - “come lo fa”



Manuale della Qualità

MANUALE GESTIONE QUALITA' AZIENDALE



SEZIONE 0
PREFAZIONE

SEZIONE 1
SCOPO E CAMPO DI
APPLICAZIONE

SEZIONE 2
RIFERIMENTI
NORMATIVI

SEZIONE 3
TERMINI E DEFINIZIONI

SEZIONE 4
SISTEMA GESTIONE
QUALITA'

SEZIONE 5
RESPONSABILITÀ
DELLA DIREZIONE

SEZIONE 6
GESTIONE DELLE
RISORSE

SEZIONE 7
REALIZZAZIONE DEL
PRODOTTO

SEZIONE 8
MISURAZIONI, ANALISI
E MIGLIORAMENTO

SEZIONE 9
ALLEGATI



Politica della Qualità ed Obiettivi

- Deve includere l'impegno al miglioramento continuo
- Deve essere adeguata agli scopi dell'organizzazione
- Deve essere comunicata e compresa
- Deve essere periodicamente riesaminata

Obiettivi

- Coerenti con la politica della qualità
- Misurabili
- Valutati periodicamente



LA POLITICA PER LA QUALITA'

La politica della qualità si concretizza stabilendo opportuni obiettivi per ogni funzione, livello ed attività. Questi dovranno essere coerenti con la politica per la qualità e con la natura dell'organizzazione, relativi al SGQ ma anche ai prodotti e/o servizi realistici e collegati a risultati raggiungibili.

Gli obiettivi dovrebbero essere, in una parola, **SMART**, e cioè:

Specifici: identificare chiaramente cosa si vuole ottenere: ad esempio miglioramento di un processo, aumento di quote di mercato, riduzione di non conformità, certificazione.

Misurabili: identificare l'indicatore che ci dice se l'obiettivo è stato raggiunto o meno. Potrebbe essere un dato numerico o un dato discreto (si-no).

Acquisibili: gli obiettivi devono essere concretamente raggiungibili a fronte della realtà organizzativa e delle risorse dell'organizzazione.

Realistici: devono tenere conto della realtà di mercato/settore in cui si posiziona l'organizzazione, del livello della concorrenza, delle opportunità di business.

Tempificati: Devono prevedere un quadro temporale di riferimento entro cui valutare il loro raggiungimento

(INDICATORI)



Manuale Qualità e Procedure

- Per i singoli sottoprocessi il manuale potrà:
 - Richiamare le procedure e la documentazione ad essi relativa
 - Descriverli con un gradi di dettaglio dipendente dalla “complessità” dell’attività descritta e dal livello di formazione del personale

MQ = Mappa dei processi



Procedure Generali (Obbligatorie)

La norma prevede solo 6 procedure generali:

- § 4.2.3 Controllo della documentazione
- § 4.2.4 Controllo delle registrazioni della Qualità
- § 8.2.2 Verifiche ispettive interne
- § 8.3 Gestione dei prodotti non conformi
- § 8.5.2 Azioni correttive
- § 8.5.3 Azioni preventive



Altra documentazione (Facoltativa)

**Se ritenuta necessaria dall'organizzazione
per una efficace pianificazione, gestione e
controllo dei propri processi**

- Mappe di processo
- Organigrammi
- Documenti di produzione
- Lista dei fornitori qualificati
- Piani della qualità
- ...



Procedure Generali

PUNTO NORMA	PROCEDURE GENERALI	
4 Requisiti, documentazione	P GEN 4.01 P GEN 4.03	GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DEL SGQ GESTIONE DOCUMENTAZIONE ORIGINE ESTERNA
5 Responsabilità	P GEN 5.01 P GEN 5.02	GESTIONE DEL RIESAME DELLA DIREZIONE RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE
6 Risorse	P GEN 6.01	GESTIONE DELLE RISORSE
7 Realizzazione prodotto	P GEN 7.01	REGOLE GENERALI PER LA STESURA DEL MGQ DI UO
8 Misurazione, miglioramento	P GEN 8.01 P GEN 8.02 P GEN 8.03	GESTIONE DELL'AUDIT GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' E DELLE AZIONI PREVENTIVE E CORRETTIVE GESTIONE DEGLI INDICATORI E DEI DATI



Registrazioni della Qualità

- Riesami
- Rapporti
- Verifica e Validazioni (... progettazione ...)
- Azioni Correttive
- Azioni Preventive

LA GESTIONE DELLE NON CONFORMITA'

Cosa vuol dire gestire una NON CONFORMITA' ?



1

• Individuarla

2

• Segnarla

3

• Decidere come risolverla

4

• Risolverla

5

• Controllarla e archiviarla

6

• Chiuderla



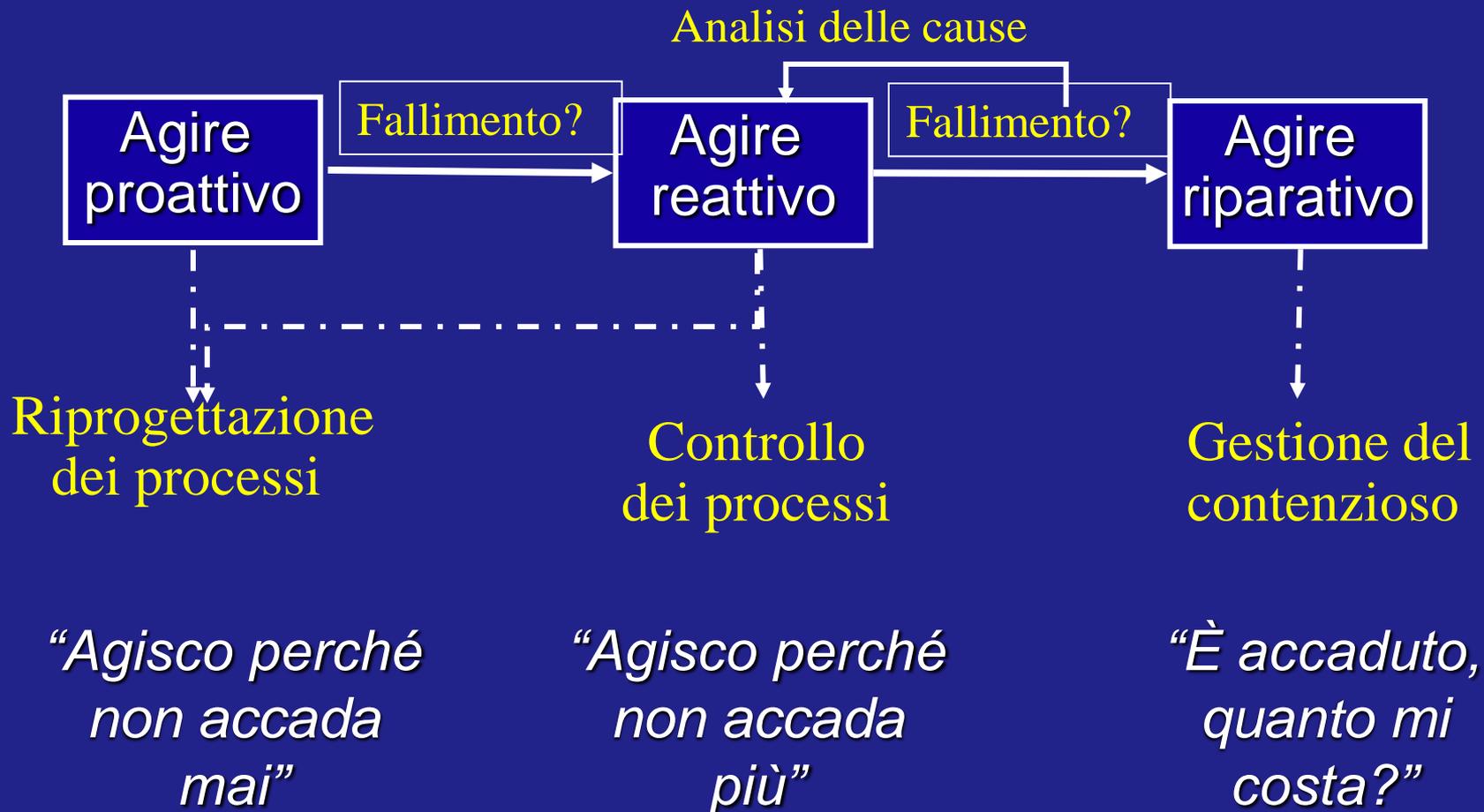
I FLUSSI POSSIBILI





DINAMICA DEGLI ATTEGGIAMENTI

COLLEGATI ALLE N.C.





UN ALTRO SUGGERIMENTO....

POCA CARTA

**e solo quando essa è uno
STRUMENTO DI LAVORO**

E

MOLTA SOSTANZA

(UTILIZZARE IL PIU' POSSIBILE **PROCEDURE AZIENDALI**)



DOCUMENTI GENERALI

• PROCEDURE GENERALI

- PG001 PROCEDURA GENERALE DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE
- PG002 PROCEDURA GENERALE DELLA RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE
- PG003 PROCEDURA GENERALE DEGLI AUDIT INTERNI
- PG004 PROCEDURA GENERALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE
- PG005 PROCEDURA GENERALE PER LA FORMAZIONE E L'ADDESTRAMENTO
- PG006 PROCEDURA GENERALE PER L'APPROVVIGIONAMENTO
- PG007 PROCEDURA GENERALE GESTIONE DELLE N.C., E DELLE AC/AP
- PG008 PROCEDURA GENERALE DI GESTIONE DEGLI INDICATORI

• PROCEDURE SPECIALI

- PS001 PROCEDURA SPECIALE PRIVACY
- PS002 PROCEDURA SPECIALE MOVIMENTAZIONE E DEPOSITO RIFIUTI
- PS003 PROCEDURA SPECIALE COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA

• PROCEDURE TECNICHE

- PT001 PROCEDURA TECNICA PER IL CONTROLLO DI QUALITA' INTERNO E VEQ
- PT002 PROCEDURA TECNICA DI GESTIONE DEL MAGAZZINO



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• MANUALI

MGQ001 MANUALE DELLA QUALITA'

MSS002 MANUALE DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA

• DOCUMENTAZIONE DI ORIGINE INTERNA

DOI001 POLITICA DELLA QUALITA'

DOI002 SCHEDE DEL PERSONALE

DOI003 DOCUMENTO DELLE RESPONSABILITA'

DOI004 MANSIONARIO

DOI005 ORGANIGRAMMA NOMINALE

DOI006 PROGETTI E PIANI DI MIGLIORAMENTO

DOI007 QUESTIONARIO C.S. DEI REPARTI

DOI008 QUESTIONARIO C.S. OPERATORI LABORATORIO

DOI009 QUESTIONARIO C.S. UTENTI ESTERNI

DOI010 CARTA DEI SERVIZI

DOI012 STATISTICHE NON CONFORMITA'



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• ISTRUZIONI OPERATIVE per SERVIZIO INFERMIERISTICO

- IO001 IO LAVAGGIO MANI PREOPERATORIO
- IO002 IO GESTIONE NUTRIZIONE PARENTERALE
- IO003 IO CURA PIAGHE DA DECUBITO
- IO004 IO GESTIONE PZ TRACHEOSTOMIZZATO
- IO005 IO IGIENE PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE
- IO006 IO CATETERISMO VESCICALE
- IO007 IO GESTIONE CARRELLO INFERMIERISTICO
- IO008 IO PRELIEVI EMATICI
- IO009 IO
- IO0.... ISTRUZIONE OPERATIVA RIUNIONE PERIODICA DI REPARTO



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• ISTRUZIONI OPERATIVE per PRONTO SOCCORSO

- IO001 IO TRIAGE
- IO002 IO GESTIONE PAZIENTE INSTABILE
- IO003 IO EDEMA POLMONARE
- IO004 IO GESTIONE PZ CON TRAUMA CRANICO
- IO005 IO TRATTAMENTO FERITE TRAUMATICHE
- IO006 IO DOLORE TORACICO
- IO007 IO DOLORE ADDOMINARE ACUTO
- IO0.... IO



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• ISTRUZIONI OPERATIVE per UFFICIO QUALITA'

- IO001 IO DEFINIZIONE PIANO ANNUALE VII
- IO002 IO TRASMISSIONE DOCUMENTI ORIGINE ESTERNA
- IO003 IO SELEZIONE PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO
- IO004 IO GESTIONE LINEE GUIDA
- IO005 IO GESTIONE GOVERNO CLINICO
- IO006 IO PIANO FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO
- IO007 IO GESTIONE DEI RISCHI
- IO0.... IO



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• ISTRUZIONI OPERATIVE PER LABORATORIO

- IO001 ISTRUZIONE OPERATIVA ACCETTAZIONE
- IO002 ISTRUZIONE OPERATIVA SALA PRELIEVI
- IO003 ISTRUZIONE OPERATIVA CENTRIFUGAZIONE DEI CAMPIONI
- IO004 ISTRUZIONE OPERATIVA QUALITA' DEI CAMPIONI
- IO005 ISTRUZIONE OPERATIVA STANDARD DI PRODOTTO
- IO006 ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE ESAMI URGENTI
- IO007 ISTRUZIONE OPERATIVA REFERTAZIONE E CONSEGNA
REFERTI
- IO008 ISTRUZIONE OPERATIVA RIUNIONE PERIODICA DI REPARTO

• VERBALI E COMUNICAZIONI



DOCUMENTI DI UNITA' OPERATIVA

• **MODULISTICA**

- MOD001 ELENCO SIGLE E ACRONIMI
- MOD002 TABELLA INDICATORI
- MOD003 MODULO RILEVAZIONE NC INTERNE
- MOD004 MODULO RILEVAZIONE NC ESTERNE
- MOD005 TABELLA ESAMI TOTALE
- MOD006 REGISTRO NC
- MOD007 RAPPORTO DI AC/AP
- MOD008 REGISTRO AZIONI DI MIGLIORAMENTO
- MOD009 SCHEDE DI VALUTAZIONE INDICATORI
- MOD010 PIANO ANNUALE V.I.I
- MOD011 NOTIFICA V.I.I.
- MOD012 RAPPORTO DI V.I.I.
- MOD013 ELENCO E GESTIONE DOCUMENTI DI SGQ
- MOD014 PIANO FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO
- MOD015 SCHEDE DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI ADDESTRAMENTO
- MOD016 ELENCO STRUMENTAZIONE
- MOD017 VERBALE DI RIUNIONE
- MOD018 MODULO CONTROLLO TEMPERATURE FRIGORIFERI
- MOD019 RILEVAZIONE RECLAMI
- MOD020 SCHEDE MANUTENZIONE STRAORDINARIA
- MOD021 MODULO STATISTICHE NC
- MOD022 MODULO REGISTRAZIONE FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO

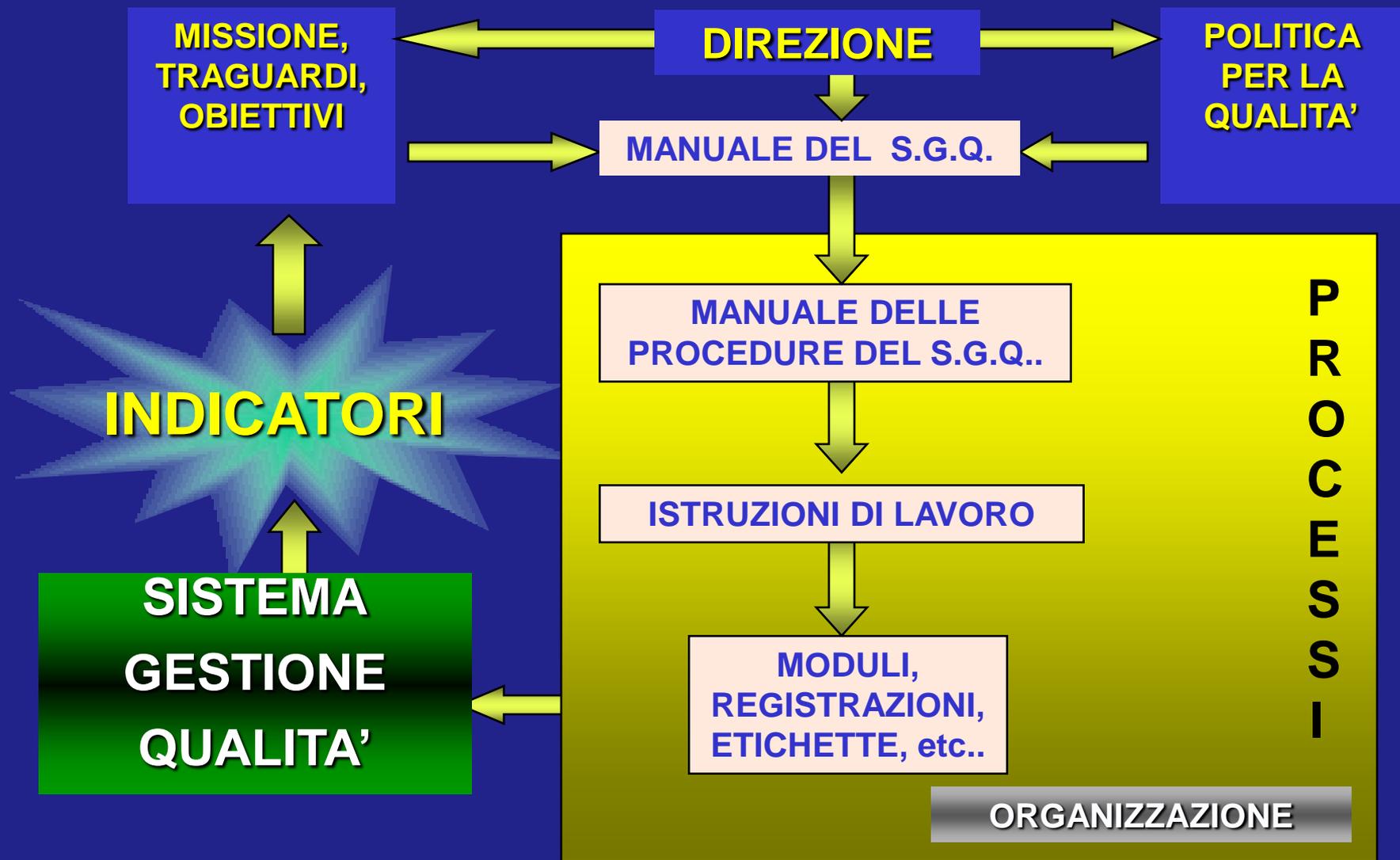


IL VALORE DELLE PROCEDURE DOCUMENTATE

- ◆ **condivisione delle modalità di lavoro**
 - ◆ **trasparenza nell'erogazione del servizio e nei confronti delle parti interessate**
 - ◆ **trasferibilità e replicabilità, anche in ambiti diversi, di modalità operative**



.... FINE della TRADIZIONE ORALE





GLI INDICATORI.....

**.....NON SI MIGLIORA SE
NON SI MISURA.....**



CARATTERISTICHE DI UN BUON INDICATORE

M isurabile

Rilevabile in modo riproducibile

I mportante

Pertinente ad un problema frequente o con notevoli conseguenze

S emplice

Chiaro

U tilizzabile

Utilizzato

R isolvibile

Risolvibile con le risorse disponibili

A ccettabile

Da chi deve rilevarlo e applicarlo

CARATTERISTICHE DI UN BUON INDICATORE

M isurabile
I mportante
S emplice
U tilizzabile
R isolvibile
A ccettabile

UN INDICATORE E'

**IL PUNTO DI
PARTENZA**

PER IL MIGLIORAMENTO
CONTINUO DELLA
QUALITA'



.... COMPONENTI POTENZIALI DELLA QUALITA'

- **EFFICACIA** (quanto spesso raggiungo il risultato desiderato ?)
- **EFFICIENZA** (il risultato è stato raggiunto con il minimo sforzo, spreco e spesa ?)
- **CORRETTEZZA TECNICA** (sono stati commessi errori nei processi?)
- **ACCESSIBILITA'** (il paziente riesce ad avere il servizio di cui ha bisogno ?)
- **APPROPRIATEZZA** (il paziente ha avuto la prestazione giusta ?)
- **CONTINUITA'** (la diagnosi e la terapia sono state prestate in modo coordinato nel tempo e tra diversi professionisti ?)
- **TEMPESTIVITA'** (le prestazioni sono state erogate nel momento giusto ?)
- **SODDISFAZIONE PAZIENTE** (il paziente è soddisfatto del trattamento ricevuto?)
- **CONSENSO** (il paziente e la sua famiglia sono stati coinvolti nelle decisioni prese ?)
- **SICUREZZA** (l'ambiente è sicuro ?)



UN “CRUSCOTTO” DEGLI INDICATORI

- CARATTERISTICHE QUALIFICANTI LA STRUTTURA
- GLI ASPETTI ORGANIZZATIVI
- IL CONTROLLO DI GESTIONE
- IL SISTEMA DI PREVENZIONE DEGLI ERRORI
- LA VERIFICA DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENTE
- L'ATTIVITA' SCIENTIFICA
- L'ADDESTRAMENTO
- IL CLIMA INTERNO
- L'APPROPRIATEZZA DELLE RICHIESTE DELLE INDAGINI DI LABORATORIO
- LA QUALITA' ANALITICA
- LA QUALITA' DELL'INFORMAZIONE CLINICA
- LE ATTIVITA' DELLA CLINICA
- LA CONTINUITA' CLINICA
- L'EFFICACIA CLINICA



ALCUNI INDICATORI

L'ATTIVITA' SCIENTIFICA

- Lavori scientifici pubblicati su riviste di settore

L'ADDESTRAMENTO

- Procedura di addestramento

INDICE DI FORMAZIONE: E' dato dal rapporto percentuale tra le attività di formazione previste e quelle effettivamente portate a termine.
Si deduce dall'analisi dei dati scaturiti dall'applicazione della relativa procedura ed è:

IF= (N° persone formate*argomento/N° persone da formare*argomento)

E' un valore numerico percentuale che deve tendere a 1.



ALCUNI INDICATORI

LE STATISTICHE DI NON CONFORMITA'

- Rilevazione delle non conformità di U.O. ed esterne

INDICATORE: riduzione delle n.c. rispetto all'anno precedente



**IL SISTEMA DI GESTIONE DELLA
QUALITA'**

**E' BUON SENSO
APPLICATO
CON METODO**



....CON METODO

CONTROLLO DI PROCESSO

• E' applicata la PG di rilevazione delle NC ?

SI NO PARZ.

Procedura nr.....

• E' stata definita la procedura per la gestione del pz con trauma cranico?

SI NO PARZ.

Procedura nr.....

• E' stato effettuato l'addestramento ai nuovi infermieri sul triage?

SI NO PARZ.

Procedura nr.....



COSTRUIRE
IL SISTEMA DI GESTIONE
DELLA QUALITA'
SIGNIFICA INNANZITUTTO
SISTEMATIZZARE
L'ESISTENTE



**IL SISTEMA DI GESTIONE
DELLA QUALITA'
IMPONE DI
PENSARE CONTINUAMENTE
COME MIGLIORARE
L'ESISTENTE.....**



**.....SENZA FARE
UNA SCELLERATA
RIVOLUZIONE**



**LA QUALITA',
COME LA LUNA E L'AMORE**

O CRESCE O CALA.

NON PUO' RIMANERE COSTANTE

ESSA VA COLTIVATA.....



LAVORARE
PER LA QUALITA'
SIGNIFICA ESSERE
SQUADRA



OPERATORI

R.G.Q.

AZIEND
DAZ

EN
DA

AZIEN
DA

SQUADRA

**DIREZIONE
(LEADER)**



I COMPITI DEL LEADER (DIREZIONE) NEL SGQ

- Definire le responsabilità
- Gestire e motivare le risorse umane
- Essere la “calamita emotiva” per i collaboratori
- Promulgare la politica della qualità
- Effettuare il riesame della direzione
- Tenere sotto controllo gli indicatori del SGQ
- Incentivare il miglioramento continuo



LEADERSHIP

IL LEADER E' UNA CALAMITA EMOTIVA

IL LEADER E' VITALE, FIDUCIOSO, OTTIMISTA

IL LEADER E' RISONANTE, NON DISSONANTE

IL LEADER E' EMPATICO

IL LEADER PUO' ESSERE UN "APRIPISTA"

IL LEADER E' VISIONARIO

IL LEADER E' TRAINER

IL LEADER PUO' ESSERE AUTORITARIO

IL LEADER E' UN PROVOCATORE ...



È la qualità della leadership, più di ogni altro fattore, che determina il successo o il fallimento di qualsiasi organizzazione

Fred Fiedler e Martin Chemers

Una leadership efficace raggiunge i risultati desiderati con la piena partecipazione delle persone.

Anonimo

I leader sono come le aquile: non volano in stormo, li trovi sempre uno alla volta

Anonimo

I manager sono persone che fanno le cose bene. I leader, invece, sono persone che fanno le cose giuste

Warren Bennis



OGNUNO DI NOI IN ALCUNI MOMENTI DELLA PROPRIA PROFESSIONE E' IL LEADER

L'infermiere o il medico nei confronti del paziente

Il dirigente quando riunisce i suoi collaboratori per discutere un qualsiasi argomento

Il RGQ quando coinvolge un collaboratore nell'analisi di processo o produzione di un documento di SGQ

L'auditor nell'espletamento della sua funzione

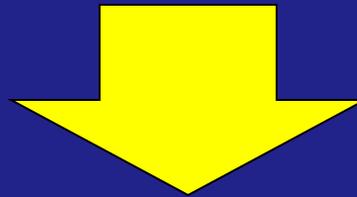
.....

LEADERSHIP E CLIMA INTERNO

Un buon leader può tirare fuori il meglio anche da collaboratori con scarse capacità.

Al contrario, un leader incapace riuscirà a demoralizzare anche gli uomini migliori

John J. Pershing



Il clima organizzativo è un indicatore forte di come le persone vivono l'azienda, lavorano, si relazionano al suo interno.



I COMPITI DEL R.G.Q. NEL S.G.Q.

- **Coinvolgere i Colleghi**
- **Essere di stimolo e di supporto proattivo**
- **Essere disponibile alla comunicazione e all'ascolto attivo (= disponibilità TOTALE)**
- **Esercitare la pazienza e la perseveranza**
- **Diventare il punto di riferimento per gli aspetti legati al S.G.Q.**
- **Tenere aggiornata la documentazione**
- **Organizzarsi il team della qualità**



I COMPITI DEGLI OPERATORI

- **Lasciarsi coinvolgere**
- **Essere propositivi**
- **Essere consapevoli di far parte di una squadra**
- **Esercitare il diritto/dovere di critica costruttiva**
- **Fare proposte per il miglioramento continuo**
- **Avere fiducia nei propri responsabili**
- **Impegnarsi nei gruppi di lavoro**



COSA NON DEVE FARE LA DIREZIONE.

- **Preparare documentazione di S.G.Q.**
- **Non supportare il R.G.Q. quando necessario**
- **Non informare l'alta direzione sullo sviluppo del S.G.Q.**
- **Non porre attenzione al clima interno dell'organizzazione**
- **Non essere un "visionario"**



COSA NON DEVE FARE IL R.G.Q.

- **Gestire il proprio ruolo come un centro di potere**
- **Non richiedere la collaborazione dei colleghi**
- **Produrre “in proprio” la documentazione**
- **Non coinvolgere la direzione nei momenti critici**



SQUADRA E COMUNICAZIONE

LA SQUADRA produce risultati se coopera unitariamente, se presenta reciproca comprensione, se riesce ad aumentare la singola competenza ricevendo informazioni dagli altri operatori.



SERVE QUINDI LA CULTURA DEL GRUPPO

I “gruppi di lavoro” e “il lavoro di gruppo” rappresentano la base di un nuovo modello di Assistenza Sanitaria

L’integrazione delle diverse professionalità, la condivisione delle informazioni e l’ottimizzazione dei processi assistenziali sono il punto di forza di questa nuova realtà lavorativa

Appartenere ad un gruppo significa veder riconosciuta l’importanza dei propri contributi e contemporaneamente riuscire ad ottenere risultati che vanno oltre le proprie capacità, entrambi importanti fattori motivanti



**Il lavoro di gruppo è caratterizzato
da un ambiente in cui:**

- I livelli di responsabilità ed autorità sono meno rigidi
- La responsabilizzazione è condivisa
 - Il senso di autostima è favorito
 - Il livello di stress è ridotto



NELL'AMBITO DEL GRUPPO E' NECESSARIO

- **Gestire e valorizzare le differenze personali, professionali e culturali di ciascuno**
- **Considerare i bisogni e le aspettative di ogni singolo componente del gruppo**
- **Tendere alla crescita ed alla maturazione dei singoli sia a livello personale che professionale**
- **Promuovere l'impegno e la partecipazione attiva di tutti i membri**



**La cultura di un gruppo si costruisce
sulla capacità di comunicare costantemente
perché...**

- **Aumenta il numero delle informazioni sulle decisioni da prendere**
- **Si ha il controllo delle informazioni e delle istruzioni impartite**
 - **E' facilitata la risoluzione dei problemi**
- **Si incrementa la soddisfazione e la motivazione dei partecipanti**



Un gruppo di lavoro è tanto più efficiente quanto più:

- **I suoi membri si incontrano regolarmente**
 - **Le aspettative e i desideri di ciascun membro sono tenute in considerazione**
 - **La Direzione mostra interessamento e dispensa lodi per il buon operato**
- **Si consente e si incoraggia l'assunzione di responsabilità da parte di ciascun membro del gruppo**



E ancora quando....

- I membri del gruppo collaborano alacrementemente alla progettazione
- Si considerano prioritari gli obiettivi di crescita personale e professionale di tutti i collaboratori
- Si è disponibili ad ascoltare, capire ed aiutare gli altri



ALCUNI ASPETTI NEGATIVI....

**EVITARE CHE NEI GRUPPI DI LAVORO VENGANO
INSERITE SEMPRE LE STESSE PERSONE – PER IL
FATTO CHE SONO SPESSO QUELLE PIU' DISPONIBILI**

**L'ESSERE UMANO HA BISOGNO DI CONSIDERAZIONE:
UNA ESCLUSIONE DAL GRUPPO HA IL SIGNIFICATO
DI UNA PUNIZIONE**



**L'ESSERE UMANO NON ACCETTA DI ESSERE
SVALORIZZATO**

Il S.G.Q. esige la definizione delle responsabilità

Attività	I	T	A	CT	S	SR	RQ
Ricezione campioni Routine	R	PC		PC	DC		
Lettura schede Routine	PC	PC	R				
Integrazione richieste Routine			R				
Caricamento PAM Routine		R		DC			
Caricamento RSD800		R		PC			
Sorting e Check-in manuale Routine		R		PC	DC	DC	
Smistamento ai settori Routine		R		PC			
Ricezione campioni Emergenze	R	R		PC	DC		
Lettura schede Emergenze		R	PC	PC	Pc		
Integrazione richieste Emergenze		R	PC	PC	DC		
Sorting e Check-in manuale Emergenze		R		PC	DC		
Smistamento ai settori Emergenze		R		PC	PC		
Centrifugazione Emergenze		R		PC	PC		
CONTROLLO DI QUALITA' INTERNO		R		R	DC		
CONTROLLO DI QUALITA' ESTERNO		R		R	DC	DC	
VALIDAZIONE TECNICA		R			DC	DC	
VALIDAZIONE MEDICA					R	R	
REFERTAZIONE					R	R	
FIRMA REFERTI					R	R	
STAMPA DUPLICATI			R		DC	DC	
CONSEGNA / INVIO REFERTI	R	PC	PC				
RAPPORTI CON I FORNITORI ESTERNI					PC	R	
GESTIONE ORDINI				DC		R	
GESTIONE MAGAZZINO REAGENTI							
GESTIONE MAGAZZINO MATERIALE MONOUSO							
GESTIONE MAGAZZINO MATERIALE INFORMATICO							
GESTIONE MAGAZZINO CARTACEI							
GESTIONE MANUTENZIONI ORDINARIE		R		PC			
GESTIONE MANUTENZIONI STRAORDINARIE		R		R	PC		
EMERGENZE INFORMATICHE		DC		DC	R	R	
ADDESTRAMENTO NUOVO PERSONALE TECNICO		DC		R			R
ADDESTRAMENTO NUOVO PERSONALE SANITARIO		DC		DC	R	R	R



(... e delle competenze)

Scheda delle competenze e delle responsabilità individuali del personale della Dirigenza Sanitaria della Struttura

NOMINATIVO		Competenze funzioni cliniche									Competenze gestionali								
Data	Ambulatorio	Pronto Soccorso	Attività di day Hospital	Attività di degenza	Gestione farmaci ad alto rischio	Procedure invasive	Sedazione lieve e moderata	Attività chirurgica	Competenze tecniche e manuali specifiche	Corsi BLSD	Attività di aggiornamento	Attività di miglioramento	Tutorship	Ricerca	Orientamento alla persona assistita e ai familiari	Gestione della documentazione sanitaria	Collaborazione all'interno della Struttura	Collaborazione con altre Strutture	Gestione Qualità

Per ogni competenza attribuire a ciascun sanitario (compresi specializzandi, borsisti e volontari con contratti o convenzioni di durata superiore a 1 anno) il seguente punteggio:

- 0 = Competenza assente (eventualmente specificando DA= da acquisire o NR= non richiesto)
- 1 = Competenza adeguata per il compito (eventualmente specificando DI=da incrementare)
- 2 = Competenza ottima (Senior)

N.B.: il campo evidenziato in giallo è quello deputato alla moltiplicazione in base alle specifiche attività della Struttura attribuite al singolo professionista

Firma del Responsabile di Struttura _____

Firma del Medico _____



**LA FORMAZIONE E' FONDAMENTALE PER IL
SISTEMA QUALITA'....**

**PER FARE QUALITA'
OCCORRE AVERE
PERSONE PREPARATE**



...PER SVILUPPARE IL S.G.Q.

SERVIZI-CLIENTI **BISOGNI DEI CLIENTI** **MISSION E POLITICA**

1 2 3

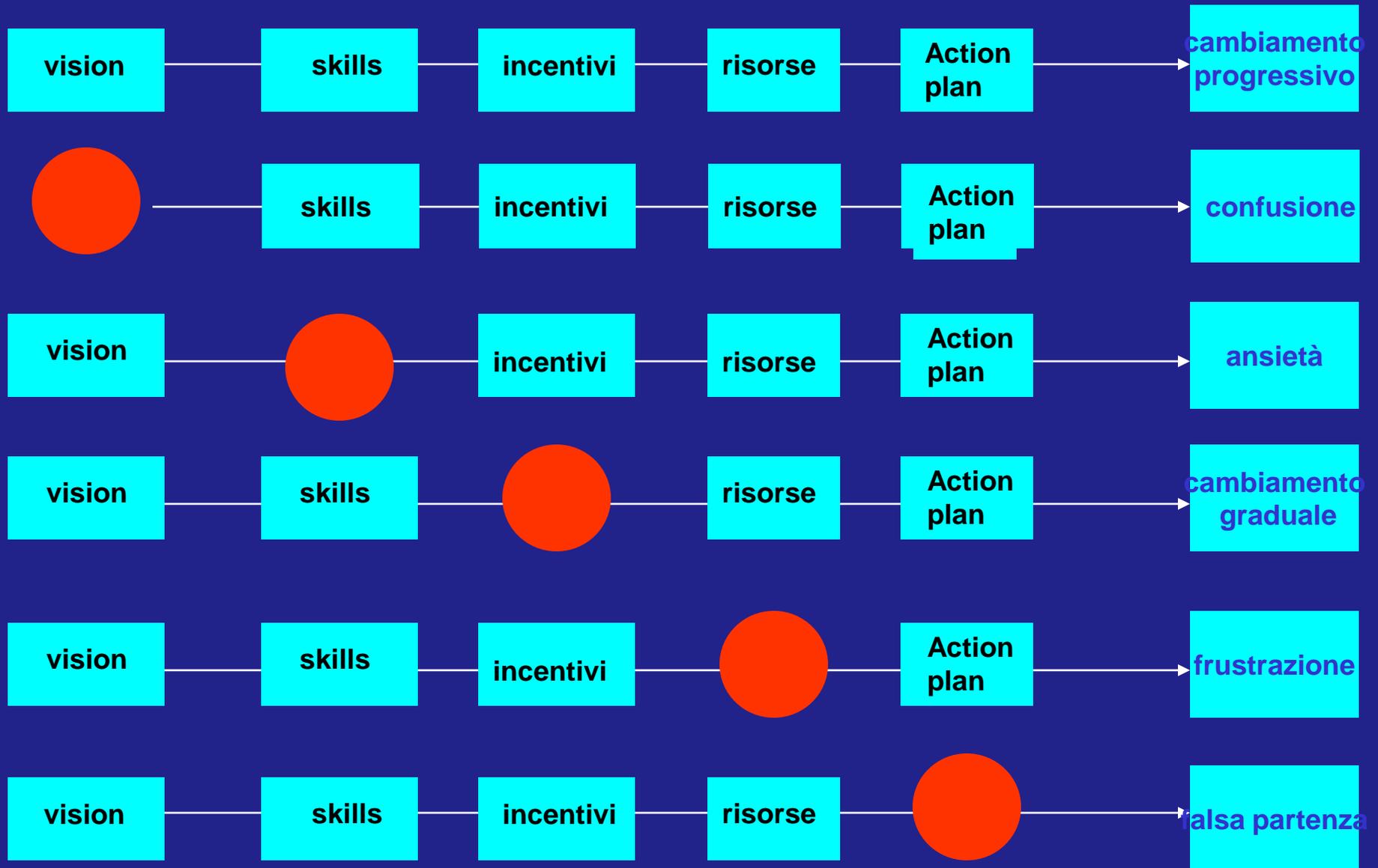
ORGANIGRAMMA **MAPPA DEI PROCESSI** **PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI**

4 5 6

PROCEDURE E ISTRUZIONI **ATTUAZIONE** **INDICATORI**

7 8 9

PROGETTAZIONE E GESTIONE DELLA COMPLESSITA'





LA QUALITA' VA DIMOSTRATA....

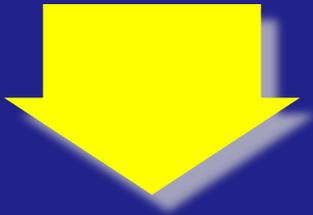
OCCORRE FORNIRE AL CLIENTE/UTENTE

ELEMENTI OGGETTIVI

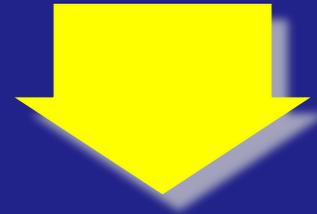
**PER SCEGLIERE LE STRUTTURE PIU'
IDONEE A GARANTIRGLI LA
SODDISFAZIONE DELLE
SUE ASPETTATIVE**



DIMOSTRARE LA QUALITA'



ACCREDITAMENTO



CERTIFICAZIONE

ITER CERTIFICAZIONE - ACCREDITAMENTO





ACCREDITAMENTI

CERTIFICAZIONE

ISTITUZIONALE

PROFESSIONALE

STATO

(DPR 14-2-97)

SOC.
SCIENTIFICHE

ISO
CEN
UNI
ACCREDIA

REGIONI

CALC
APL
AMD
PEDIATRI
.....

RINA
BVQI
DNV
TUV
AICQ
CERTIQUALITY
.....



ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE

CONSISTE NELLA VERIFICA, FATTA DA
SOGGETTI ESTERNI ISTITUZIONALI,
DI CONFORMITA'
RISPETTO A QUANTO PRESCRITTO
DAL LEGISLATORE

CLIA 88



DPR 14.1.97



REGIONI



ACCREDITAMENTO PROFESSIONALE (O DI ECCELLENZA)

**E' LA VALUTAZIONE CHE SI INCENTRA
SOPRATTUTTO SULLE
CAPACITA' PROFESSIONALI
A FRONTE DI LINEE GUIDA
MESSE A PUNTO DA
SPECIALISTI DI SETTORE.**

LA VALUTAZIONE VIENE EFFETTUATA TRA PARI



CERTIFICAZIONE SECONDO ISO9000

E' LA VALUTAZIONE FATTA DA UN
ORGANISMO INDIPENDENTE,
DELLA CONFORMITA'
DELL'OPERATIVITA' DELLA STRUTTURA
A FRONTE DI REQUISITI DELLA NORMA.
LA NORMA FISSA LA PROPRIA ATTENZIONE
SUL **SISTEMA ORGANIZZATIVO INDIRIZZATO
ALLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE**



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)
- **ISO 9001:2008**



L'EVOLUZIONE DELLE NORME ISO

- VISION 2000

è il nome dato al programma decennale di revisione e miglioramento delle norme ISO 9000 del comitato tecnico ISO/TC 176 dell'Organizzazione Internazionale di Normazione - ISO.



REQUISITI NORMA ISO9001:2008

4 SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

5 RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE

6 GESTIONE DELLE RISORSE

7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

8 MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO



IL PROGRAMMA VISION 2000

- **ISO 9000** "**Sistemi di gestione per la qualità - Fondamenti e terminologia**" (che descrive i concetti e i fondamenti dei sistemi di gestione per la qualità e la terminologia. Essa sostituisce la norma ISO 8402)
- **ISO 9001** "**Sistemi di gestione per la qualità - Requisiti**" (che specifica i requisiti dei sistemi di gestione per la qualità che un'azienda/organizzazione deve soddisfare per dimostrare la sua capacità di fornire prodotti che soddisfino i requisiti del cliente e di ambiti regolamentati. Essa sostituisce le ISO 9001, ISO 9002 e ISO 9003 divenendo così l'unica norma di riferimento per scopi contrattuali e di certificazione di parte terza)
- **ISO 9004** "**Sistemi di gestione per la qualità - Linee guida per il miglioramento delle prestazioni**" (che fornisce una guida sui sistemi di gestione per la qualità, inclusi i processi per il miglioramento continuativo, ai fini della soddisfazione dei clienti dell'azienda/organizzazione e delle altre parti interessate. Essa sostituisce la ISO 9004-1)
- **ISO 19011** "**Linee guida per gli audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale**" (che fornisce una guida sulla gestione e conduzione delle verifiche ispettive dei sistemi di gestione ambientale e per la gestione della qualità, compresi li requisiti per la qualificazione dei valutatori o auditors. Essa sostituisce le norme ISO 10011-1, ISO10011-2, ISO 10011-3, ISO 14010, ISO 14011, ISO 14012).



TIPOLOGIA DEGLI AUDIT

Audit di prima parte: svolta da una organizzazione al proprio interno, allo scopo di autoverificarsi (auditors interni)

Audit di seconda parte: svolta da un'organizzazione su un proprio fornitore (auditors appartenenti all'organizzazione del cliente o auditors esterni indipendenti)

Audit di terza parte: svolta su un'organizzazione da auditors indipendenti per conto di un'ente di certificazione o per conto di una terza parte interessata

Inoltre a seconda dei diversi aspetti qualitativi che si vogliono verificare si possono fare ulteriori classificazioni:

Verifiche di prodotto

Verifiche di processo

Verifiche di programma

Verifiche di sistema o dell'Organizzazione



AUDIT DI PARTE PRIMA: Verifiche Ispettive Interne

Vengono normalmente condotte da auditors dell'azienda adeguatamente formati e coordinati, per tale attività, dal Responsabile Assicurazione Qualità

Caratteristiche degli auditors:

- ✓ buon livello di "istruzione"
- ✓ addestramento tale da assicurare loro una competenza adeguata
- ✓ esperienza pratica specifica (partecipazione a V.I.)
- ✓ maturità, capacità di giudizio, abilità analitica, tenacia,
- ✓ capacità di cogliere le situazioni complesse e di capire il ruolo delle singole unità all'interno dell'organizzazione generale
- ✓ capacità gestionali
- ✓ mantenimento della competenza



DIVERSI TIPI DI AUDIT

Audit clinico:

Condotto sulla cartella clinica valuta i percorsi diagnostico terapeutici intrapresi

Audit dell'assistenza:

Condotto sulla documentazione infermieristica valuta la qualità dell'assistenza

Audit gestionale:

Condotto su tutta la documentazione e sui processi valuta l'impegno complessivo delle risorse.

Audit di processo:

Condotto per verificare le modalità di gestire un insieme di attività



ISO 9000 : 2008

Come è cambiata la famiglia ISO 9000

- **Riduzione dei modelli di sistemi qualità da tre (ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003) ad uno solo**
- **Maggiore compatibilità del nuovo sistema con quello della ISO 14001 sulla gestione ambientale**
- **La struttura prevede solo quattro elementi fondamentali di sistema (punti da 5 a 8) rispetto ai venti elementi di sistema di gestione (punti da 4.1 a 4.20 delle ISO 9001 e 9002) dell'edizione 1994**
- **E' permessa la non applicazione di determinati requisiti di sistema se non trovano riscontro nelle attività reali dell'azienda/organizzazione**
- **Maggiore enfasi alla gestione per processi, alle esigenze e alla soddisfazione dei clienti**
- **Minore enfasi alle procedure documentate**



ISO 9000 : 2008

Come è cambiata la famiglia ISO 9000

- **Maggiori prescrizioni per il miglioramento continuativo**
- **Maggiore chiarezza sul ruolo dell'alta direzione o dei vertici dell'organizzazione**
- **Inserimento di considerazioni sui requisiti legislativi e regolamentari**
- **E' richiesta la definizione di obiettivi misurabili per funzione**
- **E' previsto il monitoraggio delle informazioni sulla soddisfazione e insoddisfazione del cliente**
- **Maggiori indicazioni sulla gestione delle risorse**
- **Indicazioni sulla determinazione dell'efficacia dell'addestramento**
- **Misurazioni estese al sistema di gestione, ai processi e al prodotto e/o servizio**



S.Q. = MODELLO DI GESTIONE AZIENDALE

MODELLO TRADIZIONALE

- QUALITA' = CONFORMITA' ALLE SPECIFICHE DEL CLIENTE
- CONTROLLO DEL PRODOTTO
- ISPEZIONE
- RICERCA DEL COLPEVOLE
- QUALITA' = UN FATTO TECNICO
- QUALITA' = PIU' COSTI MENO PRODUTTIVITA'
- OTTIMIZZAZIONE DELLE SINGOLE FUNZIONI
- LEVA SU POCHI
- RISULTATO : IMMEDIATO ALEATORIO

MODELLO INNOVATIVO

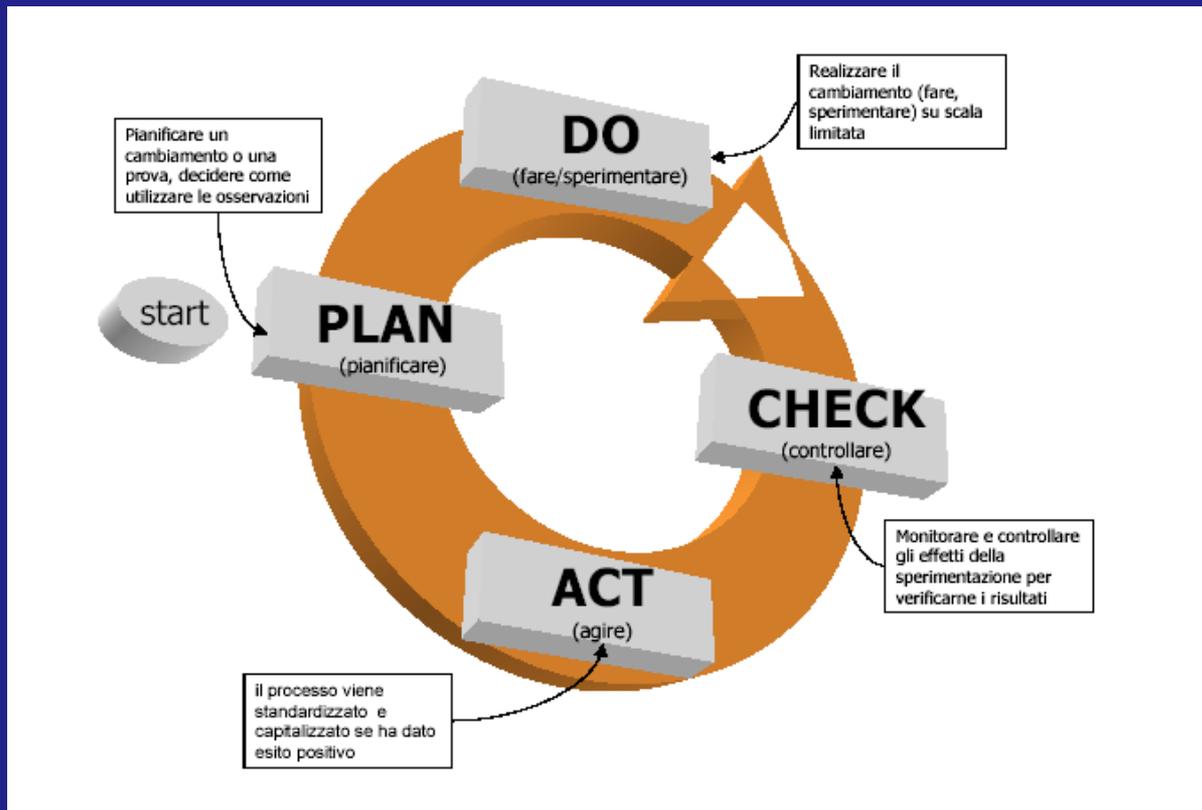
QUALITA' = SODDISFAZIONE

- CONTROLLO DEL PROCESSO
- PREVENZIONE
- ANALISI DELLE CAUSE
- QUALITA' = UN TEMA AZIENDALE
- QUALITA' = UN FATTORE DI RIDUZIONE COSTI
- RISULTATO GLOBALE, CATENA CLIENTI INTERNI
- COINVOLGIMENTO DI TUTTI
- RISULTATO : DUREVOLE NEL TEMPO

ISO 9001:2008

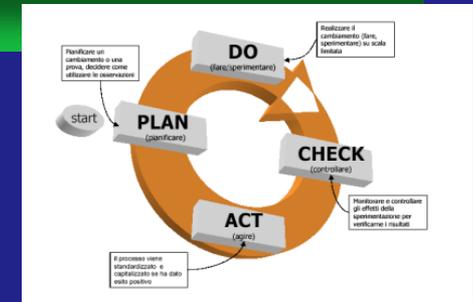
SISTEMA di GESTIONE per la QUALITA'

APPLICAZIONE REITERATA DEL CICLO PDCA





APPLICAZIONE REITERATA DEL CICLO PDCA



- lo studio del problema, la sua misurazione, l'individuazione delle cause che lo determinano e l'individuazione di una soluzione
 - la messa in pratica della soluzione
- la verifica del funzionamento della soluzione, attraverso il confronto dei risultati ottenuti con la situazione precedente
 - la realizzazione definitiva della soluzione, con relativa standardizzazione del risultato qualitativo raggiunto e del processo seguito per il suo conseguimento

PLAN

DO

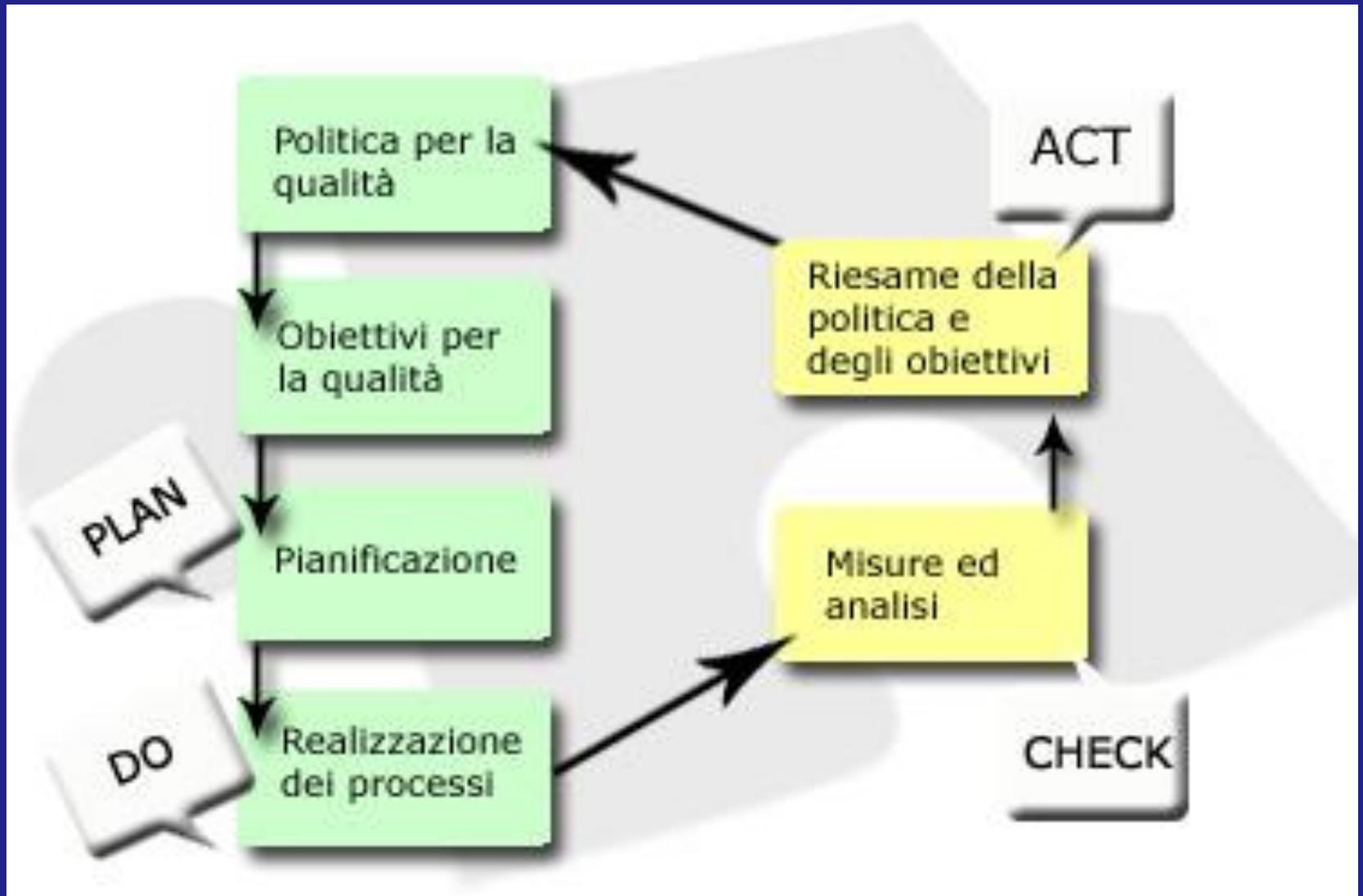
CHECK

ACT



PDCA PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

- **PLAN:** stabilire gli obiettivi e i processi necessari per fornire risultati in accordo ai requisiti dei clienti e alle politiche dell'organizzazione.
- **DO:** dare attuazione al processo.
- **CHECK:** monitorare e misurare i processi ed i prodotti a fronte delle politiche, degli obiettivi e dei requisiti relativi ai prodotti e riportarne i risultati.
- **ACT:** adottare azioni per **migliorare in modo continuo** le prestazioni dei processi. Nell'ambito di un SGQ, il PDCA rappresenta un ciclo dinamico che può essere applicato sia dal singolo processo sia ai processi presi globalmente come unica parte. Il ciclo è strettamente associato con la pianificazione, l'attuazione ed il miglioramento continuo dei processi realizzativi e di quelli relativi al SGQ.





UN CIRCOLO VIRTUOSO....



**RISK
MANAGEMENT**

Miglioramento continuo
del sistema di gestione per la qualità

Clienti

Requisiti



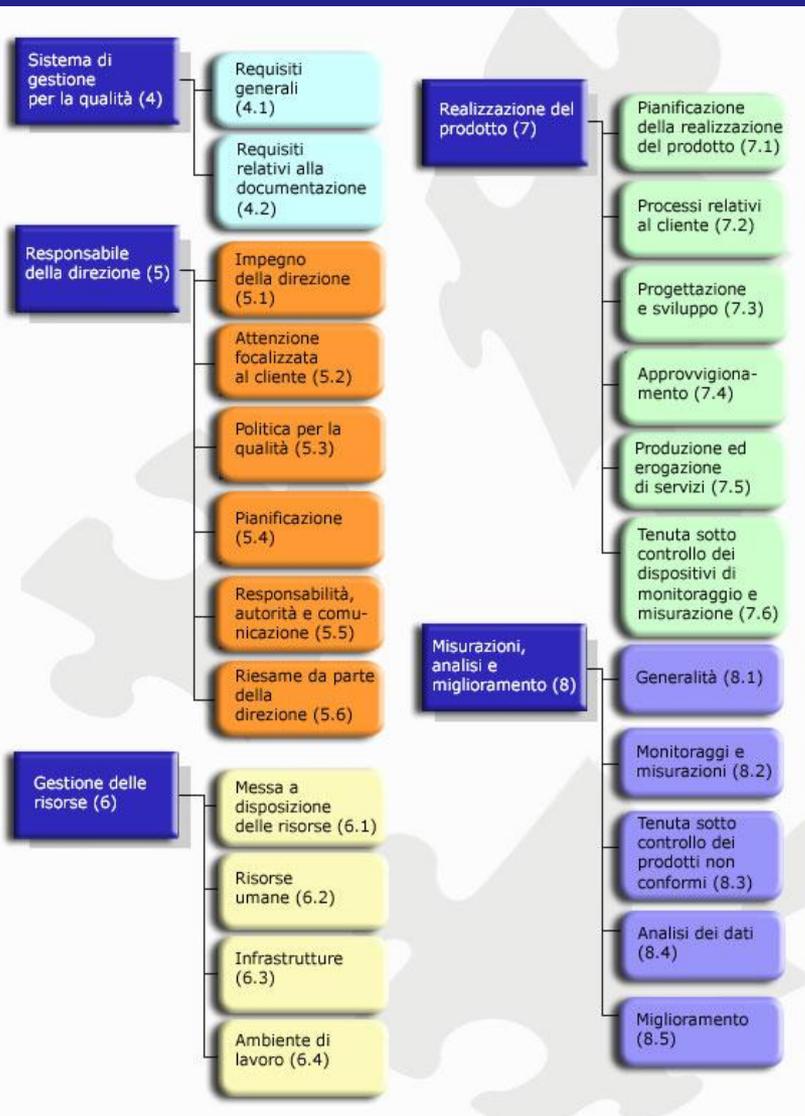
Clienti

Soddisfazione

**APPROPRIATEZZA
CLINICA E ORGANIZZATIVA**

processi

REQUISITI NORMA ISO9001:2000 (2008)



SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITA'

RESPONSABILITA' DELLA DIREZIONE

GESTIONE DELLE RISORSE

REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO

MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO



ISO 9001 : 2008

Gli aggiornamenti....

IL 26 NOVEMBRE 2008 ISO HA EMANATO UN AGGIORNAMENTO ALLA NORMA 9001

NON SI TRATTA DI UN'ALTRA NORMA, MA DI UNA REVISIONE CRITICA CHE MODIFICA E INTEGRA ALCUNI PUNTI, AL FINE DI:

- 1- Chiarire meglio il contesto nel quale opera l'organizzazione, i suoi cambiamenti e i rischi ad esso correlati
- 2 – Chiarire che per prodotto deve essere inteso il risultato di TUTTI I processi di realizzazione, anche quelli intermedi, ovvero i requisiti devono essere rispettati in ogni fase affinché sia assicurata la conformità del prodotto o del servizio finale.
- 3 – individuare nei processi esternalizzati la piena responsabilità dell'organizzazione, che deve farsi carico completamente del controllo dei loro processi



ISO 9001 : 2008

Gli aggiornamenti....

- 4 – ampliare le responsabilità delle risorse umane nella realizzazione del prodotto, e quindi la necessità di migliorare le azioni di istruzione, addestramento e formazione delle competenze**
- 5 – introdurre il concetto di work environment, ovvero definisce come le condizioni di lavoro possono condizionare il risultato finale**
- 6 – chiarire come il sistema qualità non sia limitato alla mera consegna del prodotto o alla realizzazione del servizio, ma miri anche con azioni successive a garantire la soddisfazione del cliente.**
- 7 – chiarire che il riesame, la verifica e la validazione della progettazione e sviluppo hanno finalità distinte. Essi possono essere effettuati e registrati separatamente o in qualsiasi combinazione, come appropriato per il prodotto e per l'organizzazione.**
- 8 – induce a individuare sistemi di monitoraggio differenti dalla customer satisfaction, quali ad esempio i dati di fatturato, le richieste di garanzia, etc...**
- 9 – precisare che il riesame delle azioni riguarda la loro efficacia, non le azioni intraprese in quanto tali.**



ISO 9001 : 2008

GLI OTTO PRINCIPI DELLA QUALITA'

- ⇒ Orientamento al cliente**
- ⇒ Leadership**
- ⇒ Coinvolgimento del personale**
- ⇒ Orientamento ai processi**
- ⇒ Orientamento ai sistemi di gestione**
- ⇒ Miglioramento continuo**
- ⇒ Orientamenti a dati reali a supporto delle decisioni**
- ⇒ Relazioni tra organizzazione e fornitori con vantaggio reciproco**



Con le norme del programma Vision 2000 si ribalta completamente il concetto di qualità, spostando tutto il peso

**dal fare al pianificare,
dal controllare al prevedere,
dal correggere al prevenire,
dal mantenere al migliorare.**

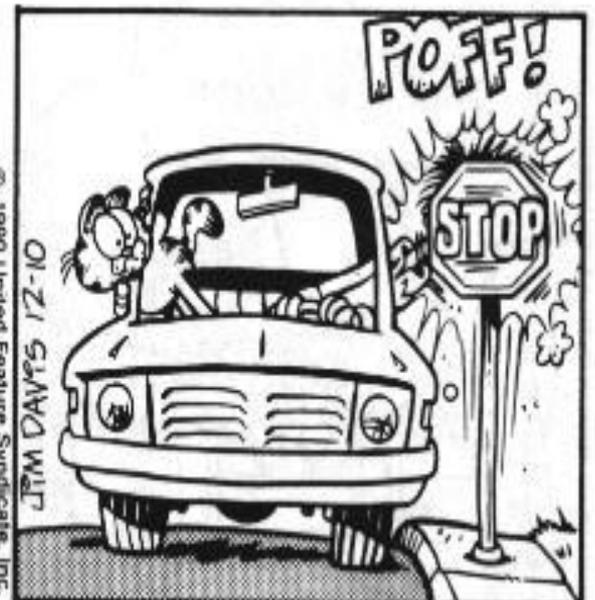
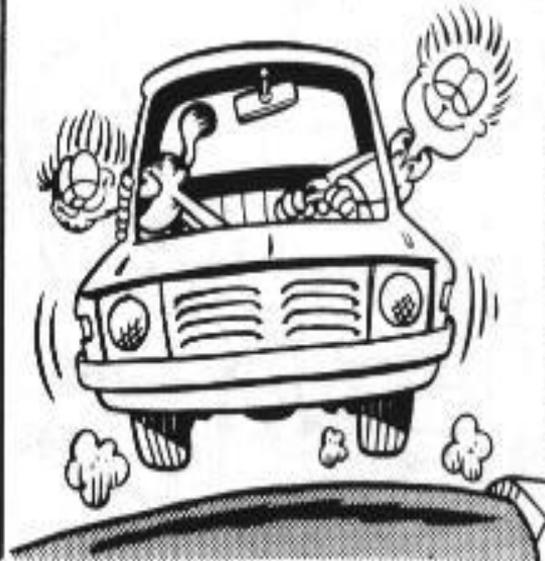
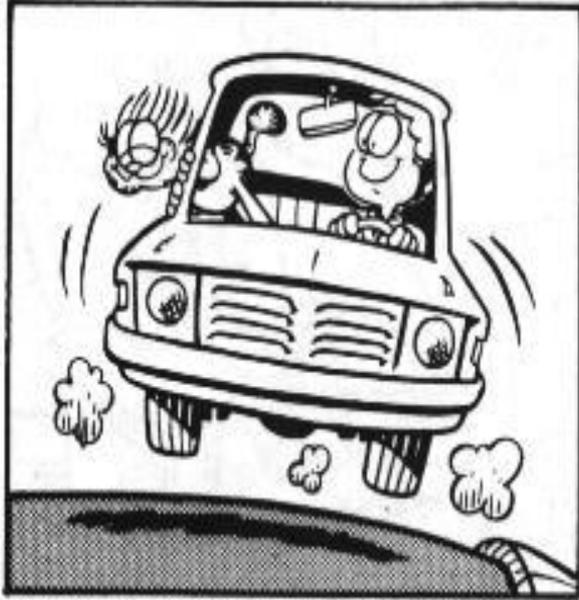
**CON IL CLIENTE AL CENTRO
DELL'ATTENZIONE**



L'ATTENZIONE AL CLIENTE

- Spiegare il servizio
- Rassicurare il cliente
- Gentilezza, rispetto e considerazione del cliente
 - Prontezza degli addetti
 - Conoscenza delle esigenze del cliente
 - Attenzione individualizzata
 - Riconoscere il cliente abituale
- **MONITORARNE IL GRADO DI SODDISFAZIONE**
 - **ATTUARE LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

**CIO' CHE VA BENE PER UN CLIENTE
PUO' NON ANDAR BENE PER UN
ALTRO**



© 1990 United Feature Syndicate, Inc.

JIM DAVIS 12-10



SEGMENTAZIONE DEL CLIENTE

Consulenza medica

- disponibilità
- orari

Referto

- tempi di risposta
- chiarezza
- privacy

Prelievi

- tempo di attesa
- professionalità
- cortesia
- igiene

Accettazione

- orari
- tempi di attesa
- privacy
- cortesia

Accesso

- indicazioni parcheggio
- impatto ambientale
- igiene/confort
- servizio informazioni
- facilità percorsi
- servizi igienici

Informazioni

- disponibilità
- da ufficio interno
- via posta
- prenotazioni
- tempi di attesa

UTENTE



SEGMENTAZIONE DEL CLIENTE

Ricerca scientifica

- sperimentazione
- analisi speciali
- protocolli

Informazione

- definizione std di prodotto
- preparazione del paziente
- accesso al servizio
- modulistica

Consulenza continua

- accesso telefonico
- analitica
- clinica

MEDICO

Formazione

- incontri periodici
- distribuzione informazioni

Referto

- risultati analitici
- commenti
- casi critici
- casi urgenti

Ordine

- compilazione
- diagnosi



FATTORI DETERMINANTI DEL SERVIZIO

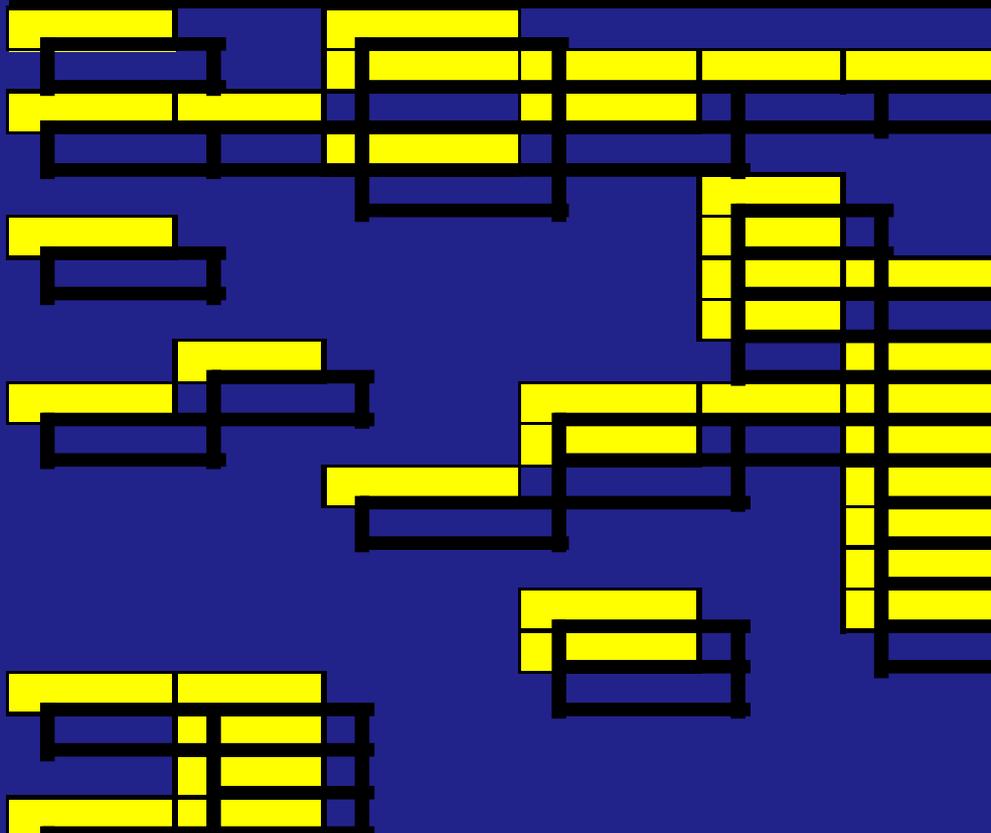
RICOVERO OSPEDALIERO

momenti dell'esperienza

- INTERVENTO DI EMERGENZA
- VISITA IN PRONTO SOCCORSO
- RICHIESTA DI RICOVERO
- INGRESSO IN OSPEDALE PER RICOVERO
- ALLOGGIO
- DISTRIBUZIONE VITTO
- UTILIZZO SERVIZI IGIENICI
- ACQUISTO GIORNALI, BEVANDE, ETC
- USO DEL TELEFONO
- VISITE MEDICHE E ACCERTAMENTI
- TRATTAMENTI TERAPEUTICI
- VISITE DEI FAMILIARI
- ASSISTENZA ALLA PERSONA
- DECESSO IN OSPEDALE
- RELAZIONE CON IL PERSONALE
- DISMISSIONE SANITARIA
- CONSEGNA CARTELLA CLINICA
- PAGAMENTI. RIMBORSI, ETC.
- COMPILAZIONE QUESTIONARISODDISFAZIONE
- INOLTRO RECLAMI

DIMENSIONE DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO

tempestività puntualità regolarità	semplicità delle procedure	orientamento accoglienza informazione sui servizi	completezza e chiarezza della informazione sanitaria	confort pulizia e condizioni di attesa	personaliz- zazione e umanizza- zione
--	----------------------------------	--	---	---	--





L'ATTENZIONE AL CLIENTE

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEI
PRODOTTI E/O DEI SERVIZI

MISURAZIONI
DEL LIVELLO DI
SODDISFAZIONE

PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE
DELLE ATTIVITA' CONSEQUENTI

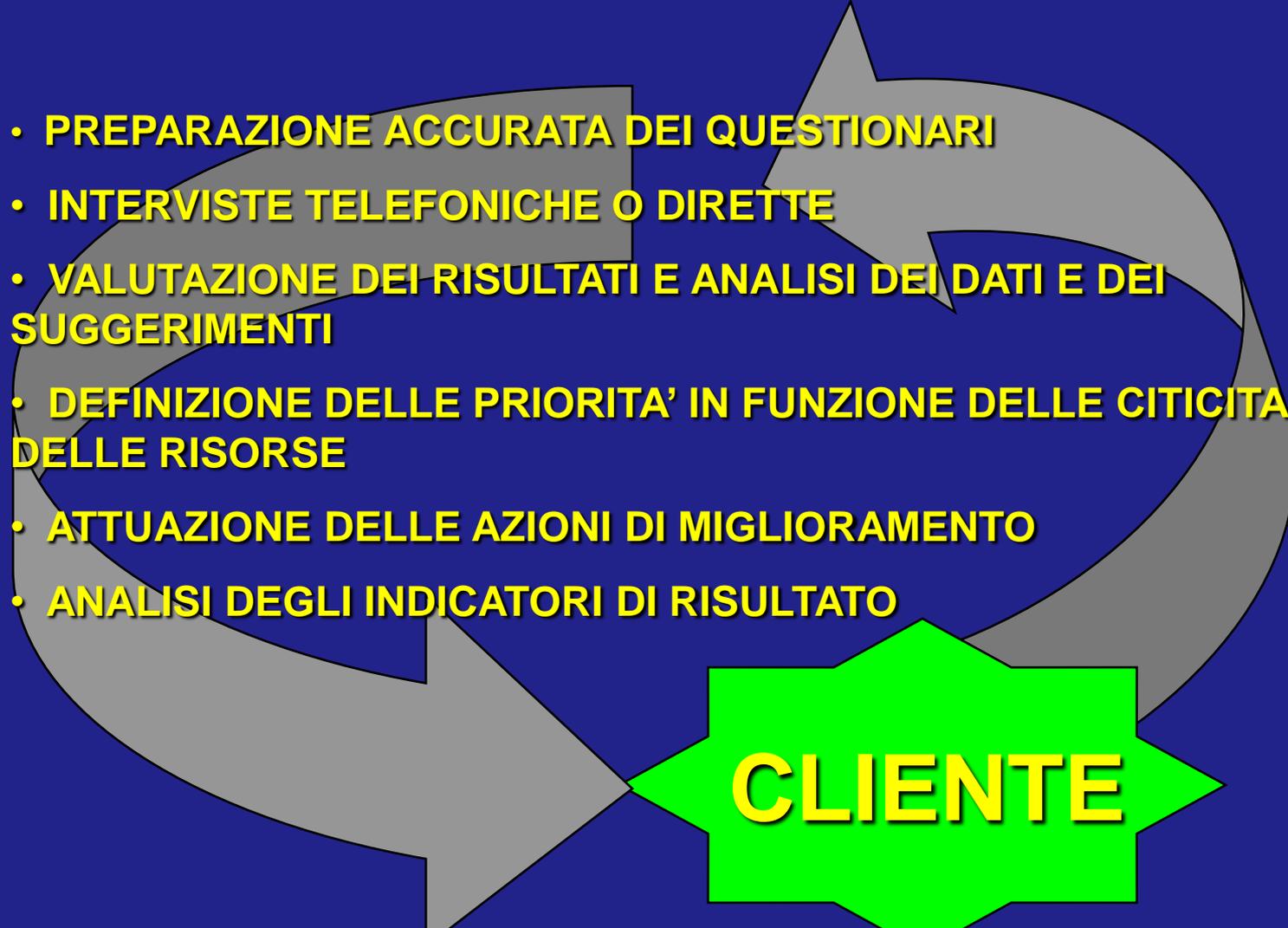
CLIENTE





L'ATTENZIONE AL CLIENTE

- PREPARAZIONE ACCURATA DEI QUESTIONARI
- INTERVISTE TELEFONICHE O DIRETTE
- VALUTAZIONE DEI RISULTATI E ANALISI DEI DATI E DEI SUGGERIMENTI
- DEFINIZIONE DELLE PRIORITA' IN FUNZIONE DELLE CITICITA' E DELLE RISORSE
- ATTUAZIONE DELLE AZIONI DI MIGLIORAMENTO
- ANALISI DEGLI INDICATORI DI RISULTATO



CLIENTE



IMPORTANZA E SODDISFAZIONE

MEDICO DI BASE

SODDISFAZIONE IMPORTANZA

LA QUALITA' DEL SERVIZIO 6 7 8 9

GI I N S MS

1 2 3 4 5

IL SUPPORTO TELEFONICO	X								X
IL NR DI ESAMI ESEGUITI		X							X
LA SEGNALAZIONE DI CASI URGENTI	X								X
L'INFORMAZIONE SCIENTIFICA	X					X			
GLI INCONTRI DI AGGIORNAMENTO	X						X		
LA REFERTAZIONE VIA INTERNET		X					X		
I COMMENTI SUL REFERTO	X								X
I TEMPI DI ATTESA PER PRELIEVO			X						X
I TEMPI DI ATTESA PER IL REFERTO		X							X
LE RELAZIONI CON IL LABORATORIO	X					X			
IL FEEDBACK DAI PAZIENTI		X							X



PIANI DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

OPERAZIONI GIORNALIERE

- ☯ parlare di soddisfazione dei Clienti tanto spesso quanto di organizzazione e di costi
- ☯ **fissare ambiziosi obiettivi di soddisfazione dei Clienti**
- ☯ creare un ambiente che faciliti le proposte nell'area della soddisfazione dei Clienti
- ☯ **mostrare esempi di servizi efficienti anche di altri settori**



PIANI DI MIGLIORAMENTO DEI SERVIZI

OPERAZIONI GIORNALIERE

- ☺ incontri regolari con i collaboratori per discutere i dati sulla soddisfazione
- ☺ informazione continua ed allargata mediante riunioni operative
- ☺ stimolare proposte da parte di tutta l'organizzazione
- ☺ vivere e far vivere gli errori come un'opportunità di miglioramento



al

**.... NON RISCHIATE
LA FINE
DELLA RANA BOLLITA !!**



CONCLUSIONI

LA QUALITA' NON E' UN OBBLIGO.....

- Perseguire la qualità non è un obbligo: se non diventa una **PROFONDA ESIGENZA PERSONALE** si “AUTODISATTIVA”.
- È **NECESSARIA** per star bene con sé stessi, con gli altri e per eccellere.
- È strettamente connessa (e direttamente proporzionale) alla **CONSAPEVOLEZZA** del proprio ruolo, delle proprie responsabilità e delle proprie relazioni.

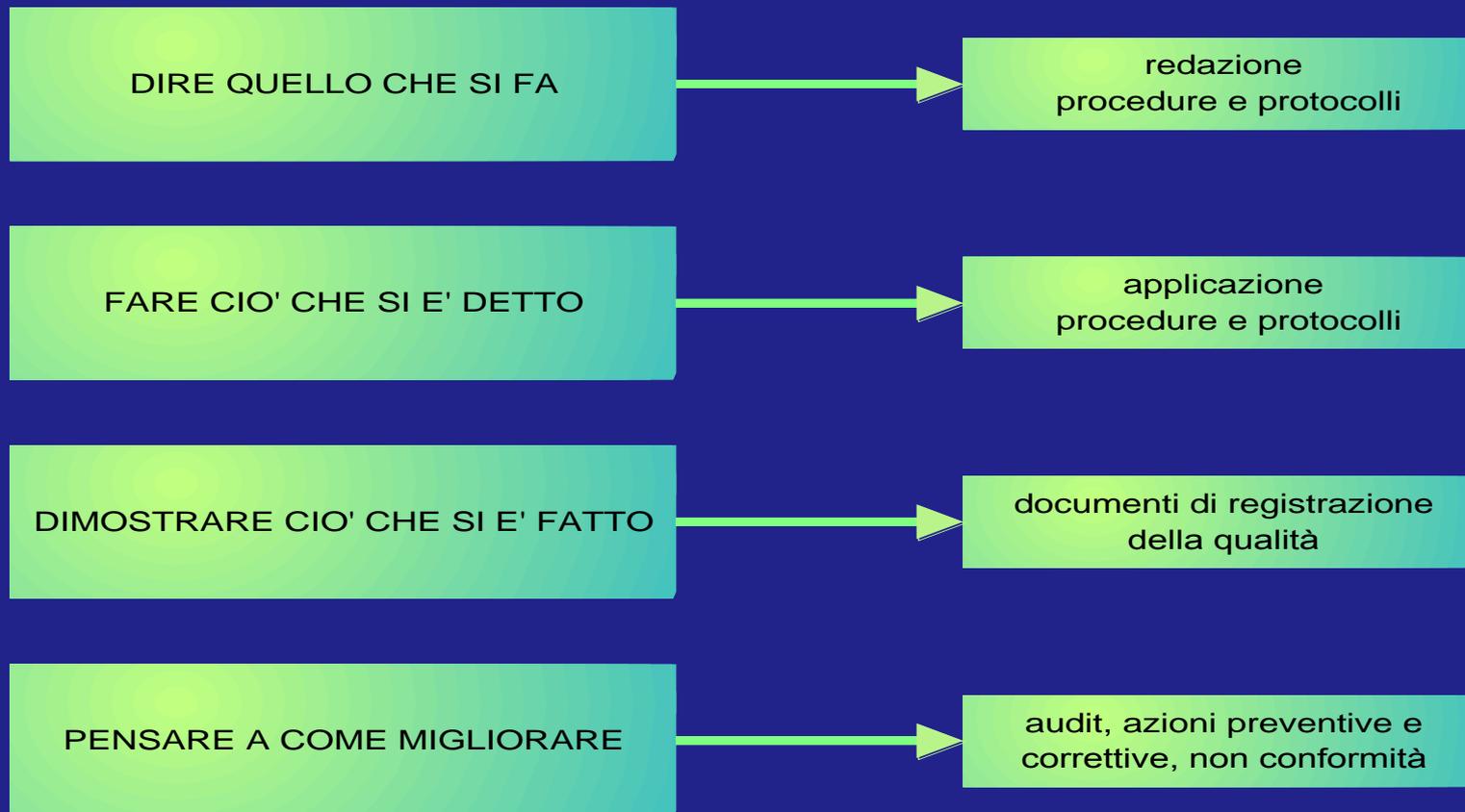


QUALITA' COME PASSIONE: LE TRE "C"

- Ha a che fare con la testa: il nostro essere razionali e metodici.(**CERVELLO**)
- Ha a che fare con il cuore: il nostro sentirci nel posto giusto con le persone giuste a fare le cose giuste.(**CUORE**)
- Ha a che fare con la terza C..... : per la capacità di tenere la rotta anche durante le tempeste e le bonacce.



IN SINTESI, SGQ SIGNIFICA:





IN SINTESI.....

Dobbiamo lavorare con metodo

Dobbiamo lavorare in squadra

Dobbiamo passare dalla lamentela alla proposta

Dobbiamo definire per chi lavoriamo

Dobbiamo definire gli obiettivi del nostro lavoro

Dobbiamo stabilire i requisiti di qualità' della nostra prestazione

Dobbiamo fare i conti con le condizioni reali nelle quali operiamo

Dobbiamo affrontare e risolvere i problemi ricorrenti

Uno alla volta, concentrandoci sulle priorità

Dobbiamo cercare le cause del problema (non i colpevoli)

Dobbiamo parlare con dati e fatti

Dobbiamo prevenire anziché correggere



- "Si fa così da anni" è la confessione che il sistema non funziona
- Deming William Edwards
- La competizione porta alla sconfitta. Persone che tirano la corda in due direzioni opposte si stancano e non arrivano da nessuna parte - Deming William Edwards
- Quei manager che urlano sempre dietro ai loro collaboratori ma non gli insegnano mai nulla non hanno alcun diritto di chiamarsi "responsabili" - Ishikawa Kaoru
- Comunicare l'un l'altro, scambiarsi informazioni è natura; tenere conto delle informazioni che ci vengono date è cultura - Johann Wolfgang Goethe

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



ACCADEMIA DI QUALITOLOGIA

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