



ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

## BANCA DEL TESSUTO MUSCOLOSCHIELETRICO

Direttore: dott. Pier Maria Fornasari

### PICCOLO GLOSSARIO DELLA QUALITÀ, DEL MIGLIORAMENTO E DEL RISK MANAGEMENT

**Accreditamento:** processo/procedura attraverso la quale un organismo autorizzato rilascia formale riconoscimento che una organizzazione o una persona ha la competenza per svolgere uno specifico compito [UNI CEI EN 45020:1998]

Tale processo tende a garantire assistenza sanitaria di buona qualità ed efficienza organizzativa e comporta la definizione di standard e processi di verifica esterna per valutare l'aderenza ad essi delle organizzazioni sanitarie.

**Accreditamento di eccellenza:** utilizzato soprattutto in Lombardia e Veneto, allude a riconoscimenti di Enti terzi (certificatori, J.Commission International, Canadian Council on Health Care, Accreditori...) acquisiti dalle Organizzazioni Sanitarie oltre l'accreditamento istituzionale.

**Accreditamento laboratori di prova:** i laboratori che "provano" materiali e tecnologie, secondo la normativa internazionale debbono essere accreditati a farlo. Si applicano ad essi le norme della serie EN ISO 45000.

**Accreditamento professionale:** attivato dalla Società Italiana di VRQ, da società scientifiche e da gruppi di professionisti, di natura volontaria e autogestito; si realizza mediante visite scambievoli fra pari.

**Accuratezza:** grado di concordanza fra il risultato della misurazione ed il valore vero del misurando.

**Apparecchiatura per misurazione:** strumenti per misurazione, software, campione di misura o materiale di riferimento per attuare un processo di misurazione.

**Appropriatezza:** misura della capacità di fornire - al livello di assistenza più idoneo - un intervento efficace per uno specifico soggetto (paziente) nel rispetto delle sue preferenze individuali e dei suoi valori culturali e sociali.

E' utile distinguere tra **appropriatezza clinica**, intesa come la capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente e **appropriatezza organizzativa**, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure.

**Assicurazione qualità:** parte della gestione per la qualità mirata a dare fiducia che i requisiti per la qualità saranno soddisfatti.

**Azione correttiva:** azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata.

**Azione preventiva:** azione per eliminare la causa di una non conformità potenziale o di altre situazioni potenziali indesiderabili.

**Bisogno sanitario** secondo una definizione operativa è lo scarto fra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute, servizi sanitari e risorse a disposizione.

Il concetto di bisogno è strutturato in tre dimensioni che evidenziano le dinamiche caratteristiche dell'erogazione del servizio stesso: *bisogni impliciti (o attesi)*, *bisogni espliciti (o richiesti)*, *bisogni latenti*.

**Benchmarking:** tecnica manageriale che consiste nel confrontare il vissuto della propria azienda con quello delle aziende migliori al fine di razionalizzare obiettivi, strategie e processi e raggiungere l'eccellenza individuando i fattori critici di successo ed elementi guida (enabler).

Il confronto avviene alla pari su risultati e processi di produzione.

Tipologie di benchmarking:

- associato: condotto dalle organizzazioni che hanno stretto un'alleanza di benchmarking: il protocollo di questa cooperazione è sintetizzato nel Codice di comportamento per il benchmarking ;
- competitivo: misurazione della performance di un'azienda e suo confronto con quella delle concorrenti ; studi di specifici prodotti, abilità di processo o metodi amministrativi propri di aziende concorrenti;
- interno: del processo eseguito all'interno dell'organizzazione, confrontando la performance di unità aziendali simili o di processi analoghi;
- strategico: applicazione del benchmarking del processo al livello di strategia aziendale; processo sistematico per valutare alternative, realizzare strategie e migliorare la performance aziendale, mediante la comprensione e l'adattamento delle strategie usate con successo da altre organizzazioni associate in un'alleanza strategica.

**Brainstorming:** tecnica che incentiva la produzione di idee qualitativamente elevate e la soluzione di problemi. Il brainstorming tende a sviluppare al massimo tale produzione senza preoccuparsi in prima istanza del loro valore e della loro capacità di portare a soluzione il problema.

**Business process re-engineering:** tecnica manageriale che consiste nel provocare un cambiamento qualitativo radicale (breakthrough) ridisegnando completamente un processo considerato inefficace e/o inefficiente.

**Carta dei servizi:** patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli.

All'interno del documento contrattuale i soggetti erogatori di servizi pubblici esplicitano la propria mission e sono inoltre definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il loro raggiungimento, gli standard di qualità dei servizi erogati, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente. La Carta dei servizi è adottata in conformità con la Direttiva del Consiglio 27.01.1994 e con il DPCM del 19.05.1995 e resa vincolante per gli enti erogatori di prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale dalla Legge 273/95.

**Circoli della qualità:** piccoli gruppi di professionisti, volontari e interprofessionali, legati a precisi contesti organizzativi (Unità Operative) per i quali ricercano il miglioramento continuo, intervenendo con metodi predefiniti (vedi: PDCA).

**Cliente:** organizzazione o persona che riceve un prodotto/servizio.

**Conferma metrologica:** insieme di operazioni richieste per assicurare la conformità dell'apparecchiatura per misurazione ai requisiti relativi alla sua prevista utilizzazione.

**Conformità:** soddisfacimento di un requisito.

**Consenso informato:** espressione della volontà dell'avente diritto che, opportunamente informato, autorizza il professionista ad effettuare uno specifico trattamento sanitario. Con l'eccezione di talune condizioni normativamente previste, il consenso è indispensabile in quanto i trattamenti sanitari sono, dalla legge, garantiti in forma volontaria; l'acquisizione del consenso costituisce pertanto concreta traduzione del rispetto di diritti di libertà della persona (artt. 12 e 32 Costituzione).

*Nota: la giurisprudenza non ha definito contenuti e caratteristiche specifiche del consenso informato. Si utilizzano indicazioni di buona prassi.*

**Contratto:** richiesta espressa e comunicata con qualsiasi mezzo, contenente i requisiti concordati fra fornitore e cliente.

**Controllo Esterno di Qualità (VEQ):** ha lo scopo di valutare il livello di precisione e accuratezza analitica raggiunta dal laboratorio poiché permette di confrontare i risultati ottenuti, su campioni a concentrazione ignota, con tutti i laboratori che partecipano al controllo stesso.

**Controllo interno di Qualità:** ha lo scopo di valutare costantemente che la riproducibilità dei risultati sia compresa nei limiti definiti.

**Crisi:** evento scatenante che altera il normale andamento delle operazioni e che può mettere in crisi l'esistenza stessa dell'azienda (organizzazione).

**Crisis management:** approccio sistematico e preordinato al contenimento dei danni.

**Criterio:** enunciato che dichiara che si vuole investigare un fenomeno a fine di valutazione mediante l'osservazione di sue caratteristiche (statiche o dinamiche) pre-definite.

Il criterio è pertanto un punto di vista di osservazione di un oggetto, fenomeno, ecc., legato strettamente al soggetto osservante. Anche nel DPCM 19.5.95, Carta dei Servizi, il criterio è definito come riferimento concettuale (espresso) per costruire un giudizio di qualità.

**Criticità:** si intende, in ambito organizzativo, quella caratteristica di qualsiasi elemento dell'organizzazione che dipende da un lato dalla sua importanza (grado di disfunzione organizzativa che potrebbe essere provocato dalla mancanza o inadeguatezza di quell'elemento) e dall'altro dalla sua problematicità (grado di difficoltà che si incontra per ottenere, mantenere o migliorare l'elemento in questione).

**Delega:** azione con cui si autorizza qualcuno a compiere un atto in propria vece.

**Disservizio:** si intende per disservizio l'allontanamento di un servizio/prestazione/processo da caratteristiche prestabilite. In riferimento alla gestione delle segnalazioni tale allontanamento avviene rispetto a dimensioni qualitative percepibili dall'utente e può trovare espressione in un rilievo, reclamo, suggerimento.

**Efficacia:** grado di realizzazione delle attività pianificate e di conseguimento dei risultati pianificati.

**Efficienza:** rapporto tra risultati ottenuti e le risorse utilizzate per ottenerli.

**Enti di certificazione:** enti di certificazione verificatori dei requisiti previsti dalle Norme UNI EN ISO (per la certificazione di parte 3°), accreditati come idonei da un ente sovraordinato (per l'Italia il SINCERT) e coordinato con altri a livello Europeo.

**Errore:** azione od omissione non intenzionale che determina insuccesso nel compimento di una azione pianificata come disegnata; inidoneità di quanto pianificato al raggiungimento dello scopo. E' distinto dalla violazione.

**Errore attivo:** errore o violazione commesso da chi è a diretto contatto con l'interfaccia uomo-sistema. In ambito sanitario l'errore o violazione è commesso dall'operatore sanitario nei confronti di un paziente, nel corso della erogazione della prestazione sanitaria. L'errore attivo ha come diretta conseguenza l'evento indesiderato.

**Errore latente:** difetto presente nel sistema in seguito ad errori di progettazione, di pianificazione e/o organizzativi. I difetti latenti possono facilitare gli errori individuali degli individui.

**Evento:** accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un incidente.

Ogni accadimento che ha causato danno, o ne aveva la potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso.

In ambito giuridico, si considera invece l'evento penalmente rilevante come l'offesa (lesione o messa in pericolo) dell'interesse tutelato dalle norme.

**Evento avverso:** danno causato dalla gestione clinica piuttosto che dal processo della malattia che si traduce in un prolungamento della degenza o in una disabilità al momento della dimissione.

**Evidenza oggettiva:** dati che supportano l'esistenza o la veridicità di qualcosa.

**Failure Mode and Effects Analysis (FMEA) e Failure Mode Effects and Criticality Analysis (FMECA):** tecniche di analisi e valutazione dei rischi presenti in un progetto/prodotto utilizzate da decenni in organizzazioni ad 'alta affidabilità' e da alcuni ambiti applicati in ambito sanitario.

La FMEA è un'analisi di tipo qualitativo che ha l'obiettivo di individuare i possibili difetti (quello che potrebbe andare male) presenti in un progetto, un prodotto o processo di lavoro.

La FMECA aggiunge un'analisi di tipo quantitativo, per la definizione delle priorità di intervento, mediante l'attribuzione a ciascun difetto di un indice di rischio.

In ambito sanitario, sono utilizzate come tecniche proattive per l'analisi dei processi clinico-assistenziali ad 'alto rischio' per individuare e quantificare i potenziali difetti di sistema (latent failure), e gli errori e omissioni individuali (active failure) che possono procurare un danno al paziente, prima che essi accadano.

**Fornitore:** organizzazione o persona che fornisce un prodotto/servizio.

**Gantt (diagramma di):** strumento grafico di organizzazione e programmazione del lavoro che identifica sinteticamente quando deve essere fatto un lavoro e ciascuna sua componente; consiste nella collocazione di ciascuna azione programmata (rappresentata con barre orizzontali di diversa lunghezza) entro un calendario in cui giorni, settimane, mesi, anni sono rappresentati da colonne verticali. Le attività si estendono trasversalmente alle colonne (a seconda della loro effettiva durata).

**Gestione:** attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione.

**Gestione del rischio:** la cultura, la struttura, i processi che hanno lo scopo di gestire efficacemente effetti negativi ed opportunità di miglioramento in tema di sicurezza. Processo sistematico e continuativo costituito dalle fasi di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi. L.'identificazione comprende il monitoraggio dei risultati del trattamento.

**Gestione del rischio clinico:** é l'insieme sistematico di metodi, strategie e strumenti che consentono identificare, valutare e ridurre la possibilità e probabilità di danni o lesioni a pazienti conseguenti al trattamento sanitario.

**Gestione della qualità:** attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione in materia di qualità . E' un insieme di azioni pianificate e sistematiche.

*Nota: guidare e tenere sotto controllo, in materia di qualità, un'organizzazione implica, di regola, definire la politica per la qualità, gli obiettivi per la qualità, la pianificazione della qualità, il controllo della qualità, l'assicurazione della qualità ed il miglioramento della qualità.*

**Governo clinico:** capacità dei servizi di sviluppare e mantenere una sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza da essi erogata, con particolare riferimento alla efficacia ed alla appropriatezza clinica delle prestazioni.

**Gruppi di miglioramento:** piccoli gruppi di professionisti, interfunzionali e interprofessionali, che intervengono sui processi di lavoro con le metodologie del miglioramento continuo presidiando globalmente il percorso del cambiamento (analisi, diagnosi, terapia, valutazione, implementazione e documentazione).

**Imprecisione:** deviazione standard dei risultati in una serie di misure ripetute.

**Inaccuratezza:** differenza tra la media di una serie di misure ed il valore vero. La differenza viene espressa solitamente in %.

**Incident reporting:** modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi indesiderati, effettuati volontariamente dagli operatori.

Per l'attuazione di tale sistema, è necessario che all'interno delle organizzazioni, sia garantita la confidenzialità delle segnalazioni e la non punibilità di coloro che segnalano.

Esso fornisce una base di analisi per la predisposizione di strategie ed azioni di miglioramento.

**Indicatore:** caratteristica qualitativa (paragonabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto.

Il risultato della osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il valore o la misura dell'indicatore.

In senso traslato, un indicatore può essere:

- il valore che fornisce indicazioni sullo stato e permette, se ripetuto, una evidenza della tendenza alla evoluzione nel tempo di specifici output di una organizzazione;
- lo strumento utilizzato per misurare l'oggetto dell'osservazione.

**Knowledge management:** gestione della produzione, accumulo, disponibilità all'uso, condivisione, di dati, informazioni e conoscenze all'interno di una organizzazione; della loro pubblicizzazione all'esterno.

**Linee guida cliniche:** raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate attraverso un formale percorso metodologico che include una revisione sistematica delle informazioni scientifiche disponibili e la interpretazione multidisciplinare e multiprofessionale di queste ultime. Il loro obiettivo è indirizzare le decisioni cliniche in modo da favorire l'impiego di interventi di documentata efficacia nelle circostanze cliniche e nei contesti organizzativi appropriati.

**Manuale della Qualità:** documento che descrive il sistema di gestione per la qualità di un'organizzazione.

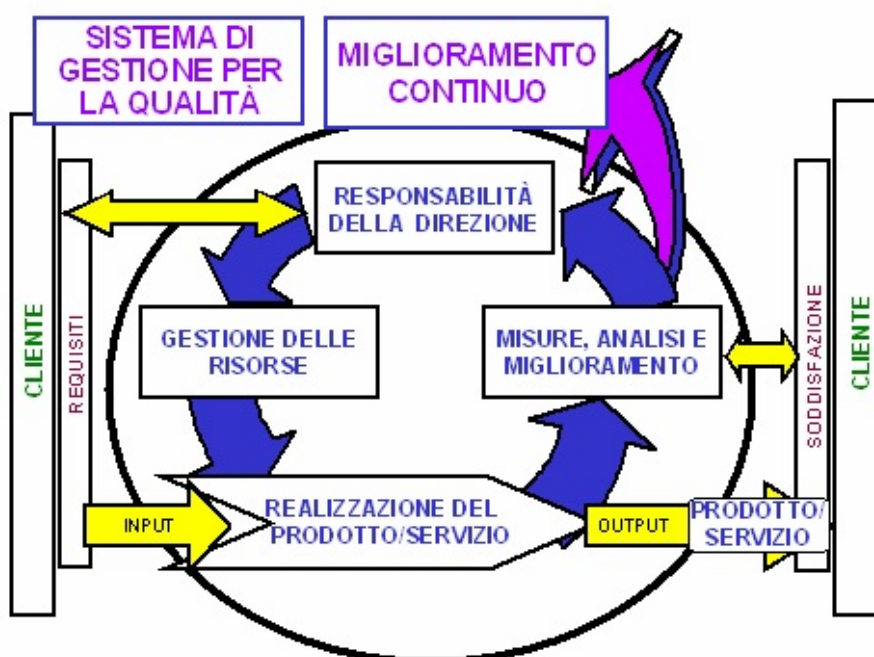
**Miglioramento:** parte della gestione per la qualità mirata ad accrescere la capacità di soddisfare i requisiti per la qualità.

**Miglioramento continuo:** approccio alla qualità secondo le logiche della razionalità limitata, proiettato verso il superamento delle difettosità (qualità negativa) e l'aggiunta di valore (qualità positiva), alla ricerca di nuovi e più soddisfacenti output.

La cultura della Qualità evidenzia due modalità di approccio al miglioramento: la prima è costituita da un cambiamento radicale e veloce, così come si realizza mediante il ricorso a tecniche manageriali.

La seconda modalità è rappresentata dal miglioramento a "piccoli passi", che maggiormente recupera il concetto del Process Management e utilizza le tecniche che vi sono correlate: coinvolgimento del personale, utilizzo degli strumenti del *Problem Solving*, il *Benchmarking* o altri.

Le condizioni organizzative orientano l'approccio con l'uno o l'altro di questi strumenti/metodologie che si integrano reciprocamente in funzione dell'obiettivo del miglioramento.



**Mission:** motivo per cui una organizzazione (azienda), un processo, una azione esiste, è agita, viene prodotta. Per l'organizzazione è la ragione d'essere: ciò che essa sceglie di fare per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni (le richieste) dei suoi utenti (clienti).

**Modello:** in generale rappresenta un insieme standardizzato di elementi che costituiscono un esemplare riproducibile, utile in riferimento ad obiettivi prefissati. Il modello può essere imitato e utilizzato per l'autovalutazione e per la valutazione esterna. Può essere soggetto a revisione.

**Monitoraggio:** misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi, per presidiare un fenomeno, per misurare l'evoluzione e il miglioramento continuo.

**Non conformità:** mancato soddisfacimento di un requisito.

**Obiettivo per la qualità:** qualcosa a cui si aspira, relativo alla qualità.

**Organigramma:** modo di rappresentare la configurazione di una organizzazione per livelli di responsabilità.

**Organizzazione:** insieme di persone e mezzi, con responsabilità definite, autorità ed interrelazioni.

**PDCA:** rappresenta la sequenza logica del pianificare (plan), realizzare (do), verificare (check), reagire (act) per consolidare o migliorare i risultati ottenuti. Elaborato concettualmente e operativamente da Deming costituisce lo "strumento" base dell'approccio alla qualità mediante il Miglioramento Continuo. All'interno di ognuna delle fasi può essere realizzato un ulteriore ciclo PDCA. "L'applicazione del PDCA congloba numerosi atteggiamenti mentali alla base della 'Qualità Totale':

- analizzare i dati e parlare con i fatti;
- concentrarsi su poche priorità fondamentali;
- ricercare le cause e le cause delle cause;
- controllare sempre più a monte;
- applicare le statistiche a tutti i problemi;
- orientarsi alla prevenzione e non al rimedio;
- enfatizzare la preparazione/impostazione e non il rimedio;
- focalizzare suo processo e non sul suo output".



**Performance:** azioni manifeste e oggettivabili di un soggetto (singolo o équipe) come espressione concreta e misurabile attraverso appositi indicatori delle abilità dello stesso. In ambito organizzativo le performance riguardano la risposta a precisi mandati e ad ambiti di lavoro riconosciuti in funzione della realizzazione del servizio/prodotto.

Le performance sono il campo privilegiato dell'intervento formativo: il loro miglioramento può riguardare la sostanza (nuove p.) oppure le modalità concrete di esecuzione (forma, metodo, relazione...).

Migliorare la performance appartiene, nella logica dell'agire processuale, al campo del metodo (protocolli, procedure, etc.) e delle persone.

**Politica della qualità:** obiettivi ed indirizzi generali di un'organizzazione, relativi alla qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.

**Precisione:** grado di concordanza fra risultati di misurazioni successive, della stessa caratteristica, condotte in modo da rispettare le stesse condizioni specificate.

**Problem solving:** 'insieme dei processi per analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche; è un'attività del pensiero che un organismo o un dispositivo di intelligenza artificiale mette in atto per raggiungere una condizione desiderata a partire da una condizione data. Fa parte di un più ampio processo costituito anche dal *problem finding* e *problem shaping*. Nel tempo si sono sviluppati diversi metodi per effettuare tali operazioni, coinvolgendo più aree della comunicazione.



**Procedura:** modo specificato per svolgere un'attività o un processo.

**Processo:** insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in entrata in elementi in uscita.

**Processo di misurazione:** insieme di operazioni per determinare il valore di una quantità.

**Prodotto:** risultato di un processo.

**Professionalità:** spazio operativo riconosciuto ad un soggetto all'interno di una organizzazione, concepito direttamente come risultato di una negoziazione dove entrano in relazione il voler essere (potenziale dinamico), dover essere (posizione), e poter essere (profilo di ruolo).  
Mix di competenza (*skills*), capacità (*abilities*), atteggiamenti (*judgement*).

Si realizza su tre direttrici principali: il contributo tecnico specifico della attività professionale; l'operatività quotidiana; la gestionalità e la leadership.

**Progettazione e sviluppo:** insieme di processi che trasforma requisiti in caratteristiche specificate o nella specifica di un prodotto, di un processo o di un sistema.

**Qualità:** grado in cui un insieme di caratteristiche intrinseche soddisfa i requisiti.

**Qualità attesa:** è costituita dalle caratteristiche che i cittadini si attendono di vedere espresse in un prodotto servizio. Dipende prevalentemente dai bisogni impliciti, ovvero quelli dei quali il paziente non richiede esplicitamente la soddisfazione perché la ritiene scontata.

**Qualità percepita:** modo in cui i cittadini/utenti percepiscono le proprietà e le caratteristiche di un prodotto e/o di un servizio. Essa dipende dalle aspettative coscienti (espresse o implicite) e dalle supposizioni inconscie: gli utenti sono insoddisfatti quando la loro esperienza del servizio è inferiore alle loro aspettative o supposizioni. Le loro aspettative o supposizioni possono essere in relazione a un valore, un modello ideale, a un servizio simile già fruito o a ciò che pensano sia possibile ottenere da un servizio, oppure a ciò di cui pensano di avere bisogno. La qualità percepita può essere valutata come dato complessivo o articolato su varie dimensioni.

**Qualità totale:** filosofia, tessuto connettivo di tutto l'agire organizzativo in funzione del miglioramento continuo, orientato al cliente/fruitori e incentrato sulla risorsa professionale.

**Quasi-evento (near miss):** ogni accadimento che avrebbe potuto, ma non ha, per fortuna o per abilità di gestione, originato un evento.

**Reclamo:** qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce una opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti (DGR 320/2000).

**Registrazione:** documento che riporta i risultati ottenuti o fornisce evidenza delle attività svolte.

**Requisito:** esigenza o aspettativa che può essere espressa, generalmente implicita o cogente.

**Revisione clinica:** ogni attività valutativa sull'assistenza erogata ad un paziente e sulla sua efficacia. Essa include anche attività di verifica dell'utilizzo.

**Riesame:** attività effettuata per riscontrare l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia di qualcosa a conseguire gli obiettivi stabiliti.

**Rintracciabilità:** possibilità di ripercorrere il processo produttivo a ritroso, da valle a monte, in pratica dal prodotto finito all'origine della materia prima (per rintracciare il percorso, il prodotto, deve essere prima stato tracciato). Possibilità di localizzare il prodotto in qualsiasi passaggio.

**Riproducibilità:** precisione tra le serie o tra giorni. Grado di concordanza di una serie di misure di una stessa quantità ripetuta molte volte nelle stesse condizioni. Come indice di precisione (riproducibilità) dello strumento si usa normalmente la deviazione standard.

**Rischio:** combinazione della probabilità di un evento e delle sue conseguenze.

**Risk management:** attività coordinate per gestire un'organizzazione con riferimento ai rischi. Tipicamente include la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio. Finalizzato alla previsione di eventi possibili, prima che accadano, per essere preparati ad affrontarne le conseguenze cui potrebbero dar luogo.

**Root Cause Analysis (analisi delle cause profonde):** analisi delle cause profonde è una metodologia applicata allo studio dei fattori causali di un evento avverso o, più in generale, di un incidente che si basa sulla concezione organizzativa dell'errore. È un'indagine strutturata che ha lo scopo di identificare la "causa radice" di un problema, e le azioni necessarie ad eliminarla. L'analisi non si limita all'individuazione dell'errore o della mancanza più prossimi all'evento, ma ha l'obiettivo di analizzare l'intero processo che lo ha generato. Per "causa radice" si intende, infatti, un difetto in un processo la cui eliminazione previene l'accadimento di uno specifico evento avverso.

**Soddisfazione dei clienti:** percezione del cliente su quanto i suoi requisiti siano stati soddisfatti.

**Sistema di controllo della misurazione:** insieme di elementi correlati o interagenti necessari per ottenere conferma metrologica e tenere sotto controllo con continuità i processi di misurazione.

**Sistema di gestione per la qualità:** sistema per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla qualità.

**Sistema Toyota:** sistema improntato al miglioramento continuo e permanente dei processi aziendali e basato sul lavoro di squadra, con la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo produttivo, attribuendo la maggior responsabilità possibile al "livello più basso possibile".

I tre concetti chiave del sistema sono: valore, spreco, flusso.

Il "valore" è ciò che il paziente richiede, la ragione d'essere di un'organizzazione sanitaria e oggetto quindi di valutazione da parte del cliente: fornire informazioni sullo stato di salute, attraverso analisi ed indagini diagnostiche, a scopo preventivo; ristabilire il più possibile lo stato di salute quando non è in condizioni ottimali.

Lo "spreco": qualsiasi utilizzo di risorse che non aggiunge valore a quanto viene fatto per soddisfare un cliente.

Il "flusso": processo, successione di fasi nelle quali il "valore" viene creato. Il flusso e, conseguentemente, gli sprechi connessi, sono spesso invisibili proprio alle persone che rivestono responsabilità.

*Fare* ma anche *fare subito* perché rimandare l'azione impedisce di fare ciò che è più importante per ottenere risultati: l'esperienza, mettendo in conto anche possibili errori.



**Stakeholder:** portatori di interessi: sono coloro che "scommettono nell'organizzazione" e che si caratterizzano per il legame forte con essa. Il *mix* e l'importanza relativa degli stakeholder dipendono dal tipo di organizzazione. Stakeholder tipici sono: azionisti/proprietà; dipendenti; *business partner* (clienti/fornitori con rapporto privilegiato, distributori ...); società (strutture politico-sociali e ambiente sociale e fisico, a livello locale, nazionale, internazionale).

**Standard:** valore assunto o auspicato da un indicatore su di una "scala" di riferimento. Valore soglia: valore predeterminato dell'indicatore che divide in due sotto insiemi di diverso significato l'insieme dei possibili valori dell'indicatore stesso.

**Standard di prodotto:** connotazione di un prodotto/servizio attraverso la definizione delle caratteristiche delle relative misure e dei livelli di accettabilità.

I prodotti/servizi di per sé sono qualitativamente neutri: assumono connotazione nello sviluppo della relazione cliente/fornitore rispetto ai tre elementi dell'enunciato: caratteristiche, loro misurazioni, standard.

Standard di prodotto è perciò statisticamente definibile come il valore atteso, monitorato attraverso indicatori per i prodotti/servizi intesi come l'effetto di attività tecnicamente ed economicamente determinate. Ciò significa declinare il prodotto/servizio nelle caratteristiche di qualità misurabili che lo contraddistinguono come premessa ad una relazione significativa fornitore/cliente.

Visto dinamicamente il termine rappresenta il livello accettabile (date determinate condizioni organizzative) dei prodotti/servizi che vengono offerti ed esprime in modo sintetico tutto il percorso che porta alla definizione di tale livello.

La definizione dello standard di prodotto rappresenta la premessa per l'avvio delle operazioni di miglioramento continuo (intervenendo sui processi di produzione); il miglioramento è possibile solo se ha un riferimento in una situazione documentata di partenza.

**Tracciabilità:** il termine indica il percorso da monte a valle, la possibilità di seguire il processo produttivo dalle materie prime fino al prodotto finito.

**Validazione:** conferma, sostenuta da evidenze oggettive, che i requisiti relativi ad una specifica utilizzazione o applicazione prevista sono stati soddisfatti.

**Verifica:** conferma, sostenuta da evidenze oggettive, del soddisfacimento dei requisiti specificati.

**Verifica ispettiva:** processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze della VI e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri sono stati soddisfatti.

**Vision:** orizzonti sfidanti che una organizzazione si propone esplicitamente di raggiungere. Deriva dalla cultura e dai valori e traduce in scelte spendibili la Mission. È esplicitata dal Top Management, così come la mission, per sviluppare coesione tra tutti i membri della Organizzazione.

*Numera ciò che è numerabile.*

*Misura ciò che è misurabile*

*e ciò che non è misurabile*

*rendilo misurabile.*

*(Galileo Galilei)*

**Fonti:**

- Norma UNI EN ISO 9000, dicembre 2000, "Sistemi di gestione per la qualità, Fondamenti e terminologia".
- Documenti per l'accreditamento istituzionale delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti in Emilia-Romagna.

**Realizzato da:** *Teresa Venezian, quality manager BTM.*