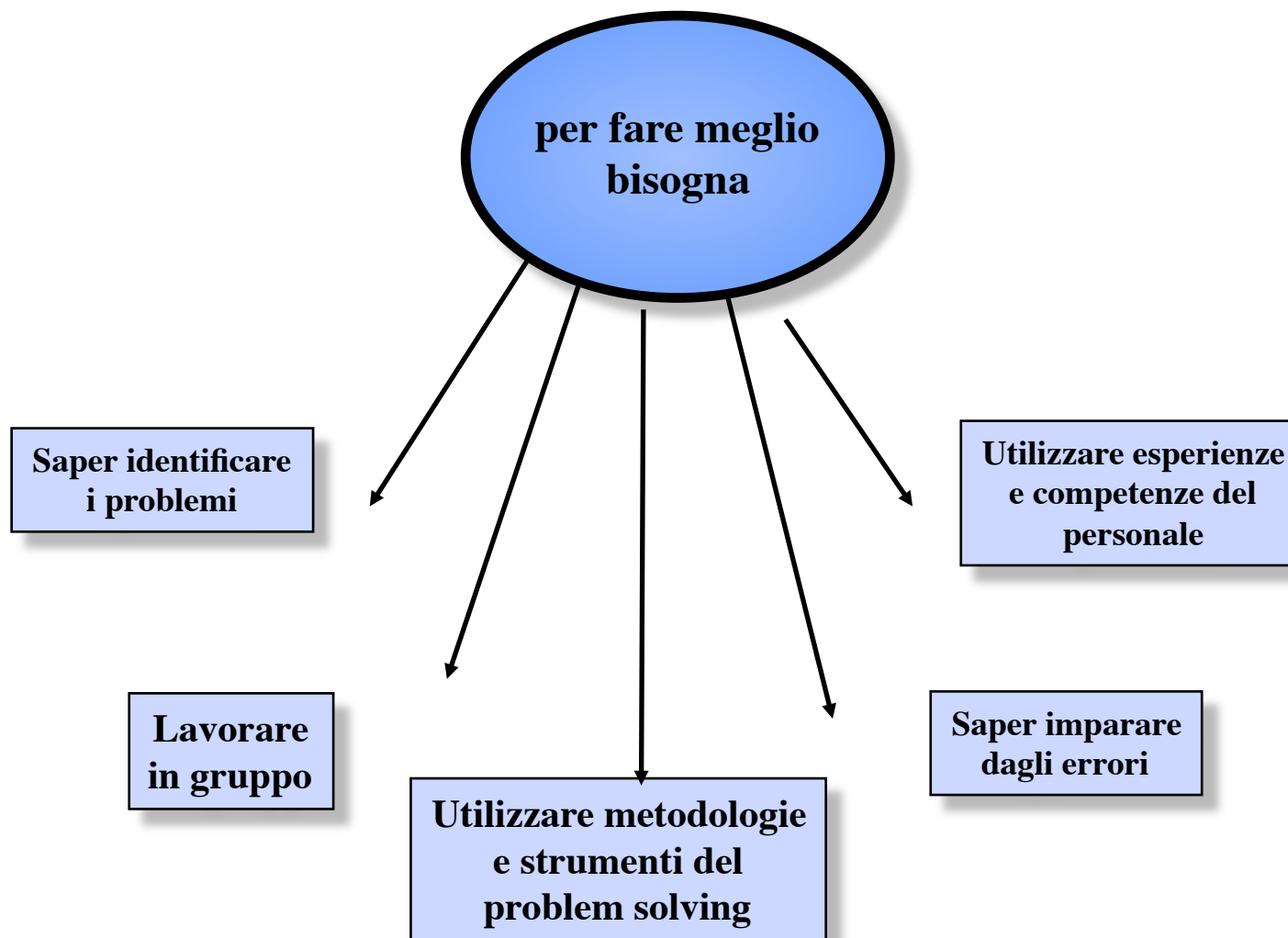


**PROGRAMMARE IL MIGLIORAMENTO DEI  
PROCESSI ORGANIZZATIVI**

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## MIGLIORAMENTO VUOL DIRE ...

fare meglio le cose che si fanno oggi



# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

PER FARE MIGLIORAMENTO  
OCCORRE INDIVIDUARE PROBLEMI

IL PROBLEMA E' UNA OPPORTUNITA' DI CRESCITA

LA DIFFICOLTA' ACCOMUNA, NON DIVIDE

SI QUANTIFICA IL PROBLEMA CON DATI OBIETTIVI

RICERCA DEL PERCHE' , NON DI CHI E' STATO

SOLUZIONI DAL BASSO VERSO L' ALTO

ATTUAZIONE CONDIVISA DEI RIMEDI

PROCEDURE DI REGOLAZIONE

FORMAZIONE ED ISTRUZIONE

COINVOLGIMENTO DI TUTTI

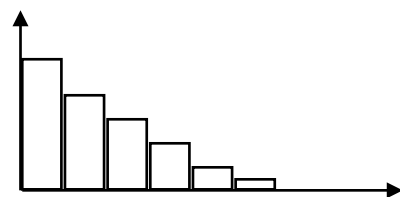
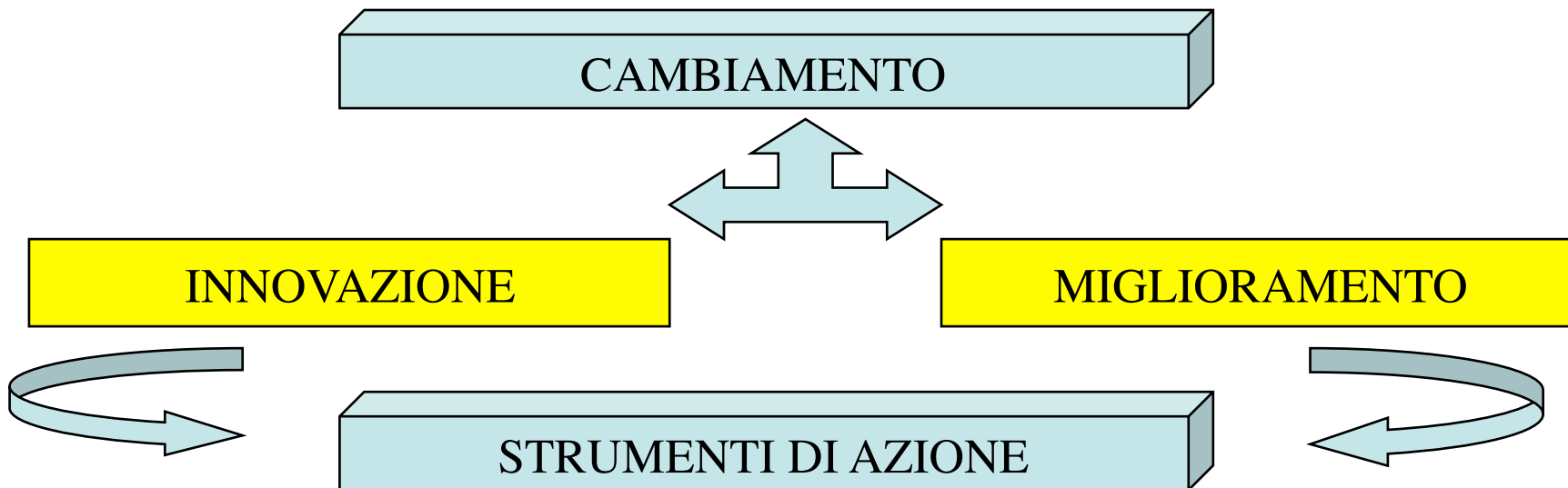
RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI  
E MANTENIMENTO DEI RISULTATI

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## ALCUNI ESEMPI DI PROBLEMI NEL SERVIZIO SANITARIO

- ➡ ECCESSO DI RICHIESTE DA PARTE DEI MEDICI CURANTI
- ➡ ECCESSO DI URGENZA
- ➡ CARENZA DI RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE
- ➡ SCOLLAMENTI CON ALTRE PARTI DELL' ORGANIZZAZIONE DI CURA
- ➡ RICHIESTE DI MIGLIORAMENTO NEL SERVIZIO RESO AL CITTADINO
- ➡ RICHIESTE DI MIGLIORAMENTO NELLA COMUNICAZIONE TRA PAZIENTE E MEDICO
- ➡ EFFICACIA DELLA CURA
- ➡ RIDUZIONE DEI COSTI

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO



ANALISI DI PARETO



BRAINSTORMING

	1	2	3	4	TOT
A					
B					
C					
TOT					

RACCOLTA DATI

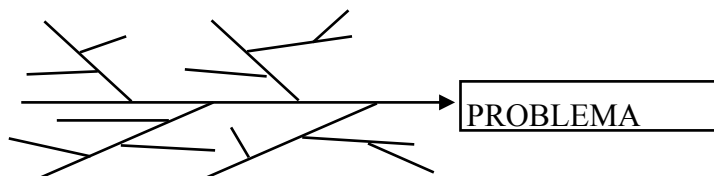


DIAGRAMMA  
CAUSA - EFFETTO

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## P. D. C. A.

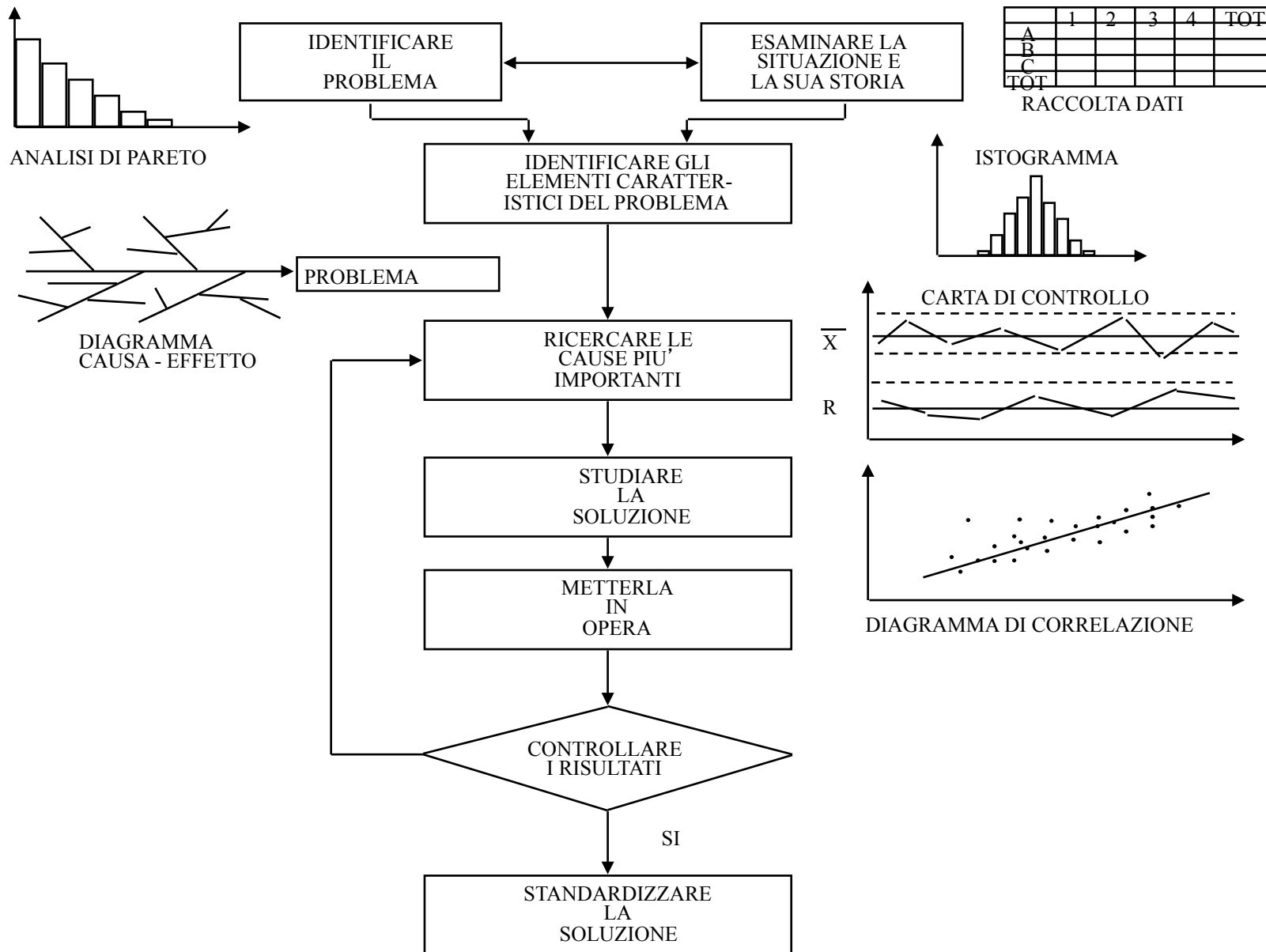
la metodologia del “pdca” rappresenta l’approccio metodologico alla risoluzione dei problemi. essa è una tecnica di applicazione universale, in quanto consente di affrontare in maniera rigorosa e sistematica qualsiasi attività’

il termine “ p d c a ” deriva dalle iniziali delle quattro fasi in cui è possibile suddividere il processo di risoluzione dei problemi, detto anche “**problem solving**”, ossia:

- P = PLAN
- D = DO
- C = CHECK
- A = ACT

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## IL CICLO DI SOLUZIONE DEI PROBLEMI



# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

**PROBLEMA**



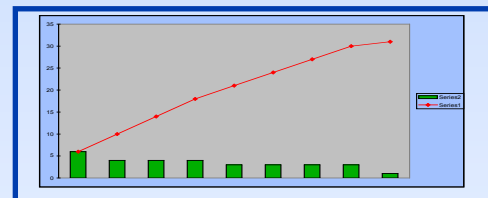
CAPIRE LA STRUTTURA



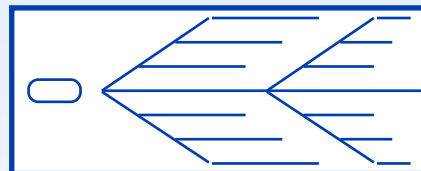
RACCOGLIERE I DATI



ELABORARE I DATI → PARETO



EVIDENZIARE I PUNTI CRITICI



TROVARE LE CAUSE



PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

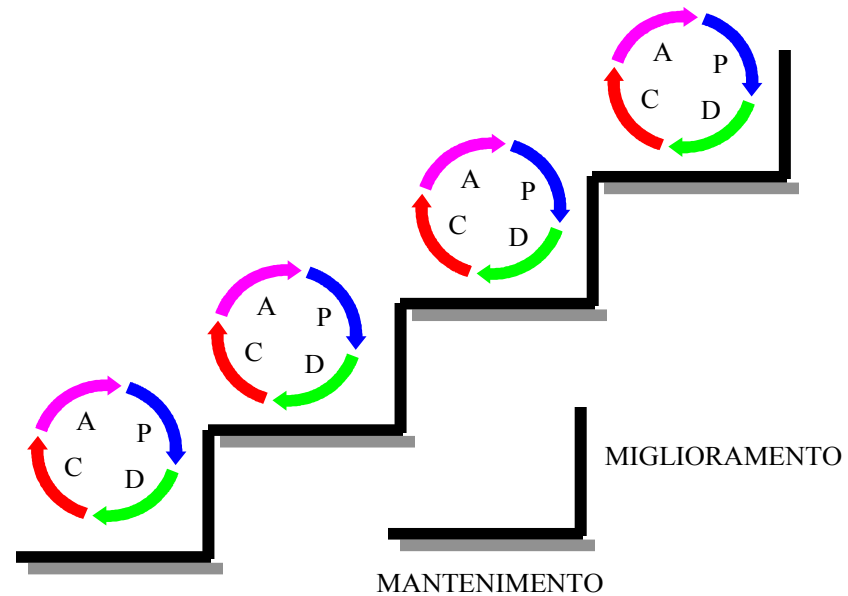


- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

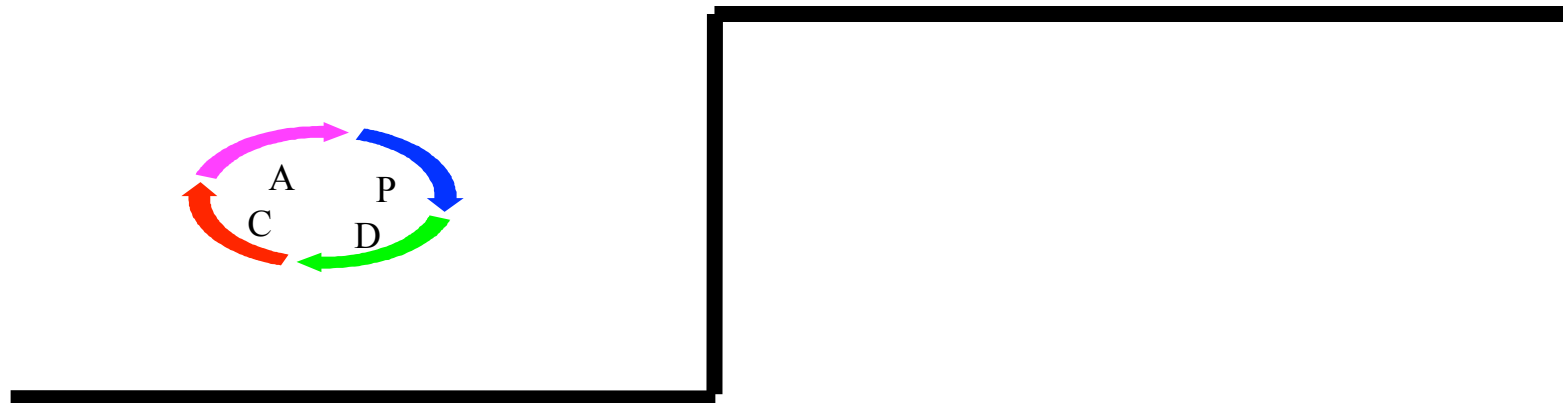


# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

IL P.D.C.A. ED IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

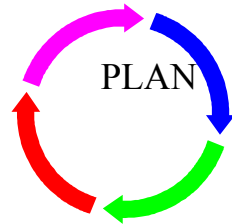


IL P.D.C.A. E IL PROCESSO DI INNOVAZIONE



# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## LE FASI DEL P.D.C.A.: IL PLAN



IDENTIFICARE I POSSIBILI TEMI  
SELEZIONARE IL TEMA  
DEFINIRE GLI OBIETTIVI



OSSERVARE E DOCUMENTARE  
LA SITUAZIONE ATTUALE



ANALIZZARE  
LA SITUAZIONE ATTUALE



IDENTIFICARE LE  
POSSIBILI CAUSE



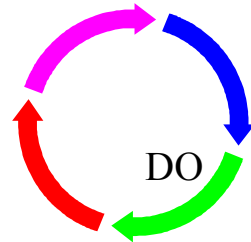
DETERMINARE LE  
CAUSE REALI



DETERMINARE  
LE CONTROMISURE  
CORRETTIVE

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## LE FASI DEL P.D.C.A.: IL DO



ADDESTRARE PER UN'ADEGUATA  
COMPrensIONE E FAMILIARIZZA-  
ZIONE CON LE CONTROMISURE  
DEFINITIVE



ESEGUIRE LE CONTROMISURE  
COME RICHIESTO



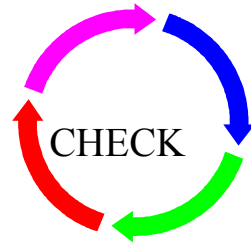
VERIFICARE CHE LE CONTROMISU-  
RE SIANO APPLICATE COME  
SPECIFICATO



REGISTRARE IL LAVORO SVOLTO  
ED I RISULTATI OTTENUTI

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## LE FASI DEL P.D.C.A.: IL CHECK



STABILIRE I CRITERI ED I  
PARAMETRI DA VERIFICARE



ESEGUIRE LA VERIFICA, OSSER-  
VARE I DATI E REGISTRARLI

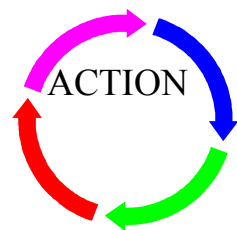


CON LE OPPORTUNE ELABORA-  
ZIONI CONFRONTARE I RISULTATI  
CON LA SITUAZIONE INIZIALE E  
GLI OBIETTIVI PREFISSATI  
(FARE ATTENZIONE A QUALSIASI  
DIFFERENZA RILEVATA)



VALUTARE SE I RISULTATI E GLI  
OBIETTIVI PREFISSATI SONO  
STATI RAGGIUNTI

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO



## LE FASI DEL P.D.C.A.: ACTION

**SE L'OBIETTIVO E' STATO  
RAGGIUNTO**

NON MODIFICARE LA SITUAZIONE E STANDARDIZZARE LE CONTROMISURE DI MODIFICA APPLICATE



ESTENDERE LA COMPrensIONE ED ADDESTRARE IL PERSONALE



VERIFICARE SE LE CONTROMISURE STANDARDIZZATE SONO EFFICACI ED APPLICATE CORRETTAMENTE



CONTINUARE AD OPERARE COME STABILITO

**SE L'OBIETTIVO NON E' STATO  
RAGGIUNTO**

DEFINIRE GLI ASPETTI ED I CRITERI DI ANALISI PER RICERCARE LE CAUSE DELL'INSUCCESSO



IDENTIFICARE ATTRAVERSO L'ANALISI LE CAUSE DELL'INSUCCESSO



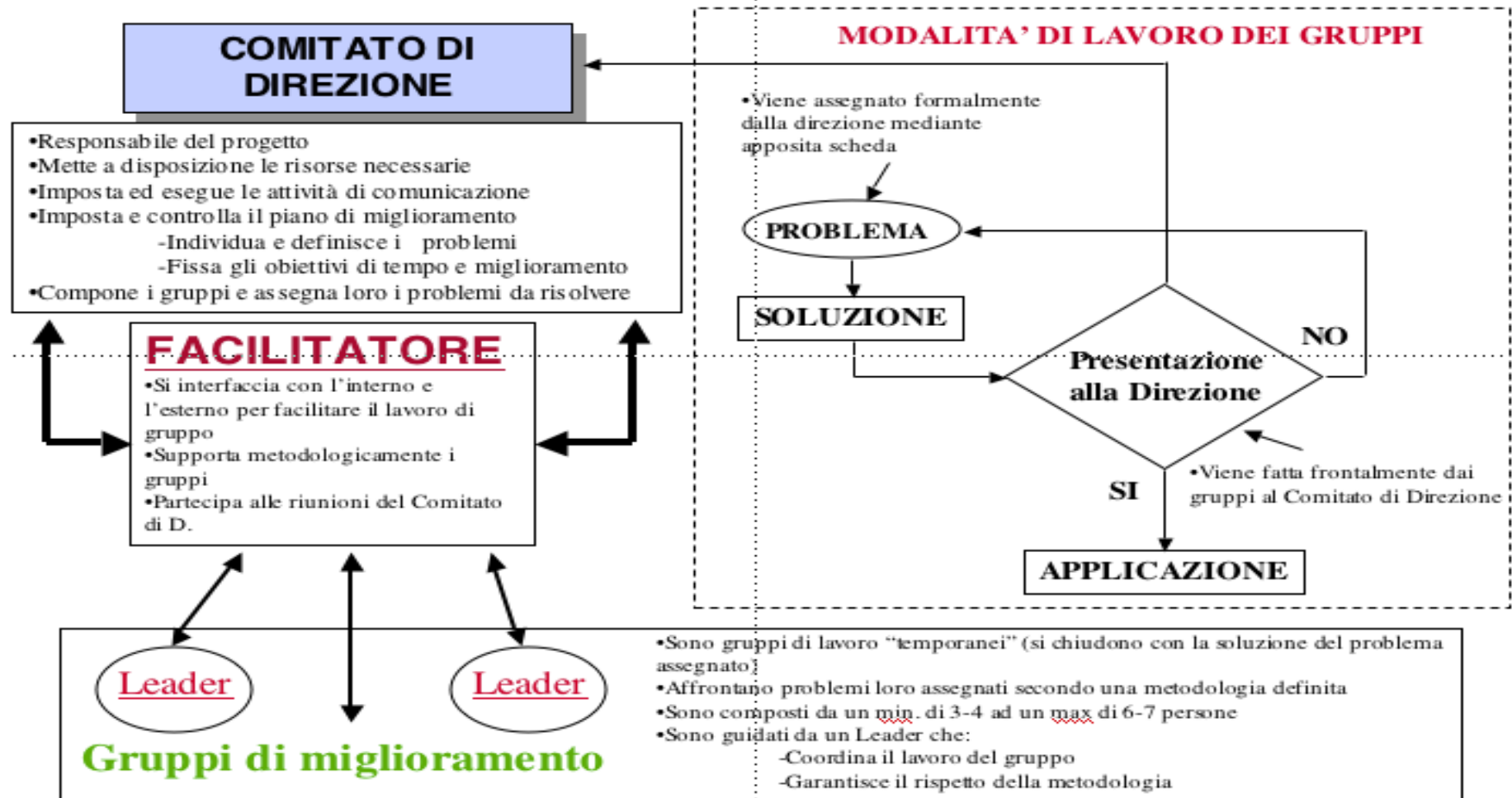
CONFERMARE LE NUOVE CAUSE IDENTIFICATE E VERIFICARE CHE NON SIA STATA OMESSA NESSUNA ULTERIORE CAUSA



DEFINIRE LE NUOVE AZIONI CORRETTIVE

# I RUOLI NEL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## STRUTTURA, RUOLI E COMPETENZE ALL'INTERNO DI UN PROGETTO DI MIGLIORAMENTO



# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

IL MIGLIORAMENTO PUO' ESSERE:

STRATEGICO

OPERATIVO

LA DIREZIONE DEFINISCE DEI TEMI DI  
MIGLIORAMENTO E NOMINA DEI  
GRUPPI DI LAVORO

IL MIGLIORAMENTO NASCE DALLA  
RISPOSTA AI PROBLEMI QUOTIDIANI

# IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

## Le aree di miglioramento nella sanità nei progetti sviluppati nell'ambito del premio qualità

- analisi e reingegnerizzazione dei processi,
- strumenti per il recupero di efficienza,
- formazione e valorizzazione delle risorse umane,
- introduzione di forme innovative nella gestione dei servizi,
- consolidamento della leadership e del management.

RAFFORZARE  
L'ORGANIZZAZIONE

GARANTIRE UN'OFFERTA DI  
SERVIZI EFFICACE

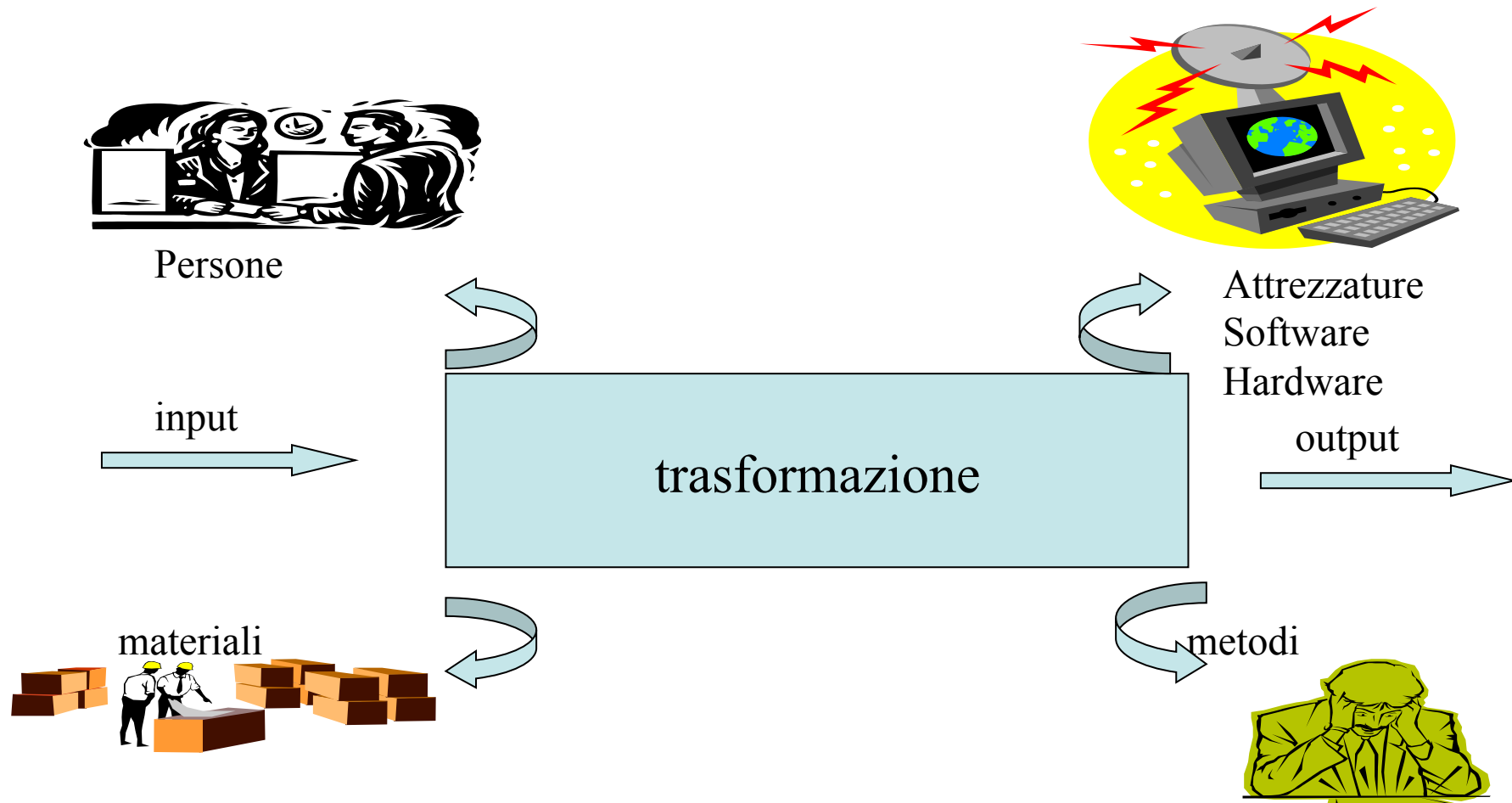
- metodologie di lavoro scientificamente avanzate,
- Personalizzazione delle soluzioni tecniche
- confronto con le altre strutture,

UMANIZZARE I SERVIZI

- capacità di intercettare i nuovi bisogni in modo rapido,
- Valorizzazione delle risorse umane,
- Coinvolgimento degli altri soggetti territoriali
- Sviluppo di soluzioni innovative



# I PROCESSI ORGANIZZATIVI



L'efficacia di un processo può essere migliorata intervenendo sugli elementi in ingresso, sulle competenze e qualità delle persone, sulle attrezzature e sui software e infine sui metodi di lavoro

# I PROCESSI ORGANIZZATIVI

Il processo in un unità ospedaliera di tipo chirurgico



INPUT	PROCESSO	SOTTOPROCESSO	OUTPUT	PROCESSI COLLEGATI	RESPONSABILE

# LA GESTIONE OPERATIVA DEI PROCESSI

Ci sono 4 interventi possibili:

## RIPROGETTAZIONE DEL PROCESSO

Sono processi ad alto impatto con qualità della prestazione insufficiente. Si usa una metodologia simile al BPR oppure l'analisi del valore

## MIGLIORAMENTO DRASTICO

Sono processi a impatto non trascurabile con qualità della prestazione insufficiente. Si può intervenire con interventi sulla tecnologia di processo o con metodologie di miglioramento

## MIGLIORAMENTO CONTINUO

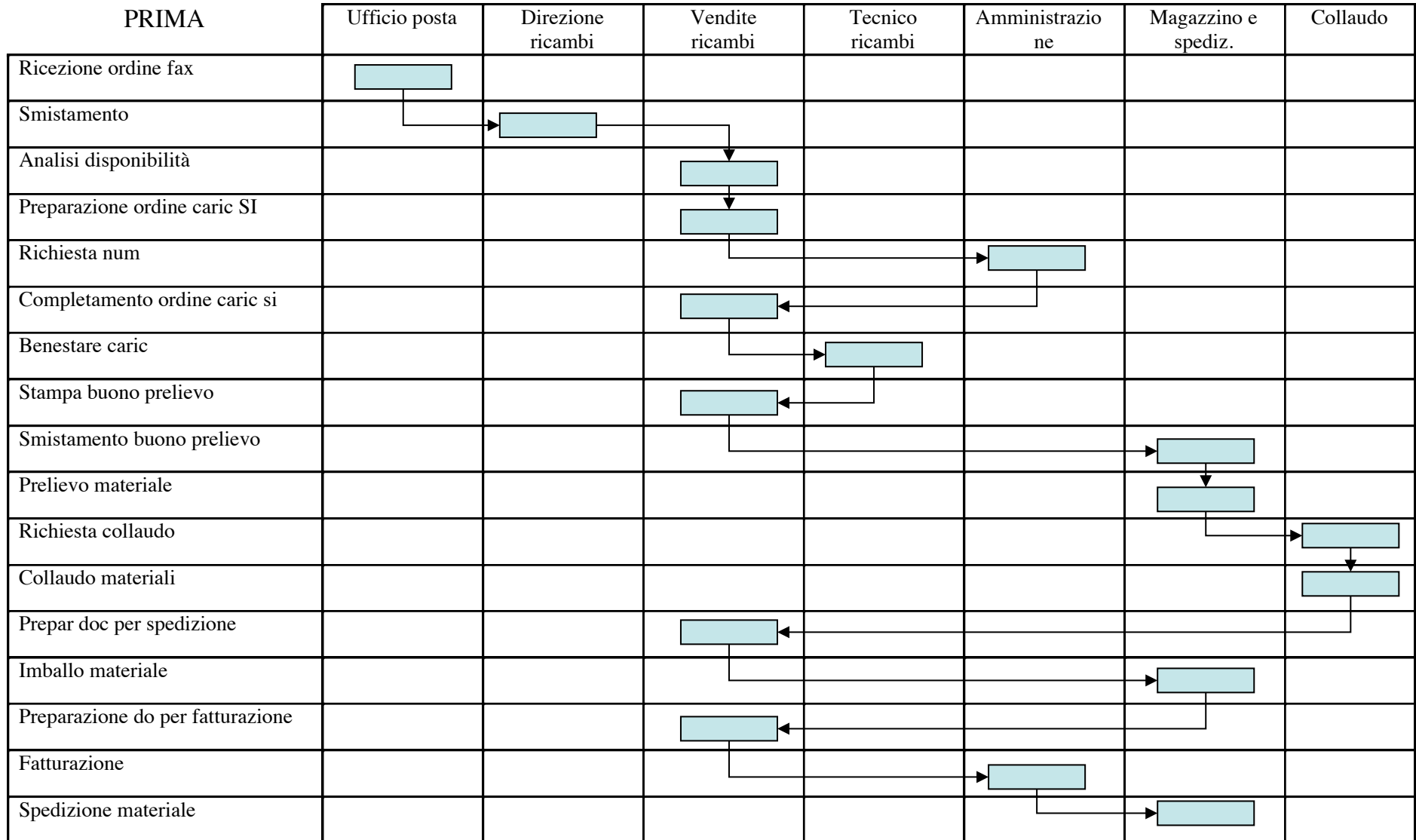
Sono processi a impatto importante con qualità della prestazione adeguata. Si può intervenire con interventi a piccoli passi attraverso il coinvolgimento diffuso e la gestione day to day

## MANTENIMENTO

Sono processi a modesto impatto con qualità della prestazione soddisfacente. Vengono presidiati con routine o gestioni day to day

# LA RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI

## Esempio del processo -gestione ordini-



# LA RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI

## Esempio del processo -gestione ordini-

DOPO	Ufficio posta	Direzione ricambi	Vendite ricambi	Tecnico ricambi	Amministrazione	Magazzino e spediz.	Collaudo
Ricezione ordine fax			□				
Analisi disponibilità			↓ □				
Preparazione ordine caric SI			↓ □				
Richiesta num			↓ □				
Stampa buono prelievo			↓ □				
Smistamento buono prelievo			→ □			□	
Prelievo materiale						↓ □	
Collaudo materiali						→ □	□
Prepar doc per spedizione			← □				↓
Imballo materiale			→ □			□	
Fatturazione					← □	↓	
Spedizione materiale					→ □	□	

## LA RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI

La definizione delle priorità viene fatta attraverso attività di benchmarking

Esempio di individuazione delle priorità

OBIETTIVO				
Riduzione dei tempi di attesa del 30%				
PROCESSI PRIORITARI				
	appuntamento	accoglienza	visita	comunicazione esiti
Target	Tempo di visita -20%	Tempo di accoglienza -30%	Tempo di visita -0	Tempo di comunicazione -30%
VINCOLI				
Costo totale del progetto: ridotto del 15% rispetto all'attuale				

# PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Organizzazione per processi:

- ➡ priorità ai processi primari
- ➡ processi di supporto in logica “pull” (al servizio dei primari)
- ➡ individuazione delle responsabilità di processo
- ➡ decentramento operativo (ai piu’ bassi livelli possibili) dei processi di supporto



# PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Organizzazione snella:

- ⇒ appiattimento della struttura ( riduzione dei livelli gerarchici)
- ⇒ accorciamento della struttura (riduzione del frazionamento orizzontale lungo il processo)
- ⇒ ampliamento delle responsabilità



# PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Micro-organizzazione:

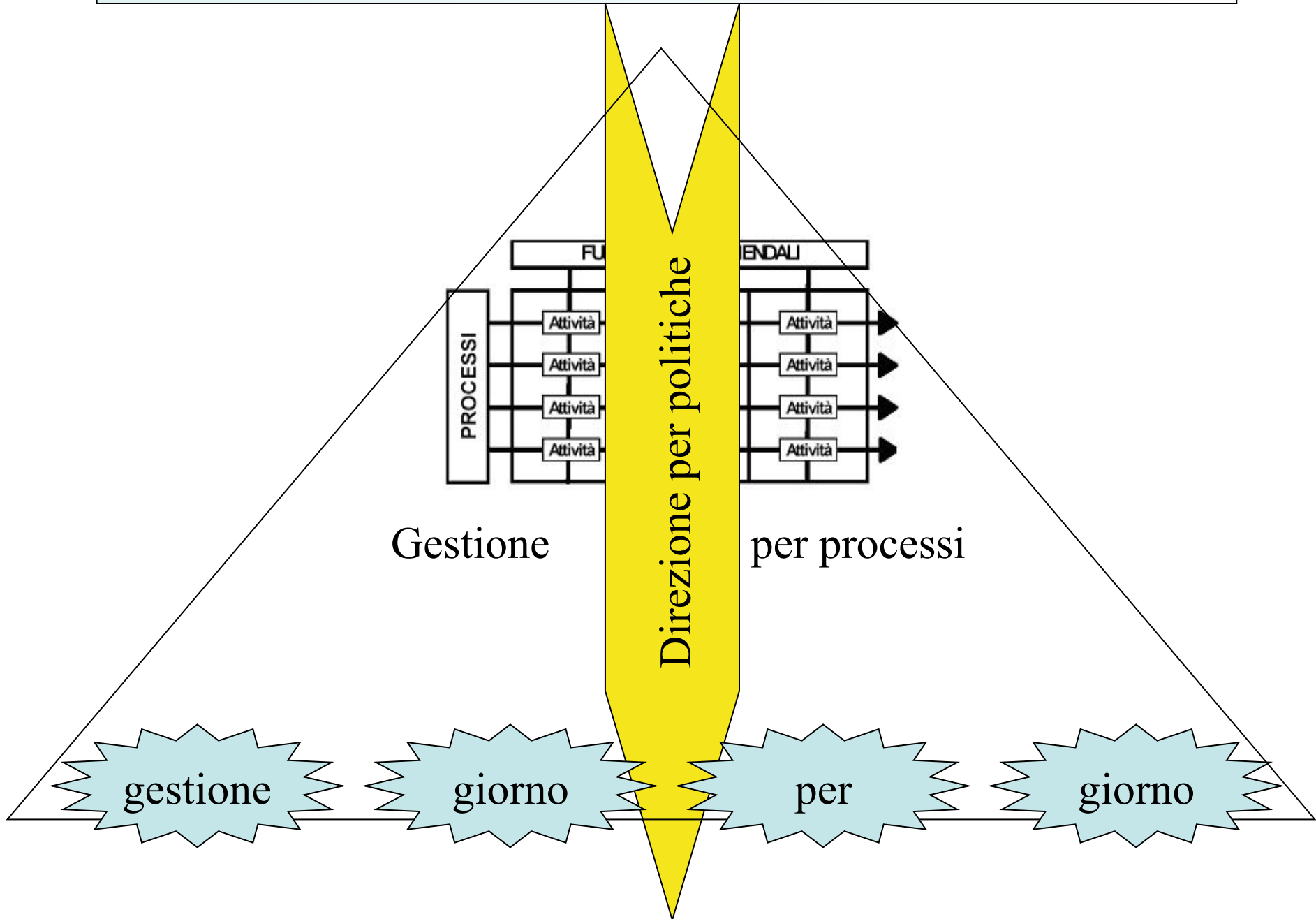
- ⇒ arricchimento delle mansioni (ricostruzione della globalità operativa)
- ⇒ allargamento delle mansioni (lungo il processo)
- ⇒ flessibilità/fungibilità dei ruoli lungo il processo
- ⇒ eliminazione delle attività senza valore aggiunto
- ⇒ lavoro di gruppo

# PRINCIPI ORGANIZZATIVI

Cultura manageriale:

- ⇒ priorità gestionale ai flussi/processi
- ⇒ responsabilità globali di flusso
- ⇒ deleghe operative e decisionali
- ⇒ livelli di autorità coerenti con i livelli di responsabilità
- ⇒ imprenditività

# LA GESTIONE OPERATIVA DEI PROCESSI



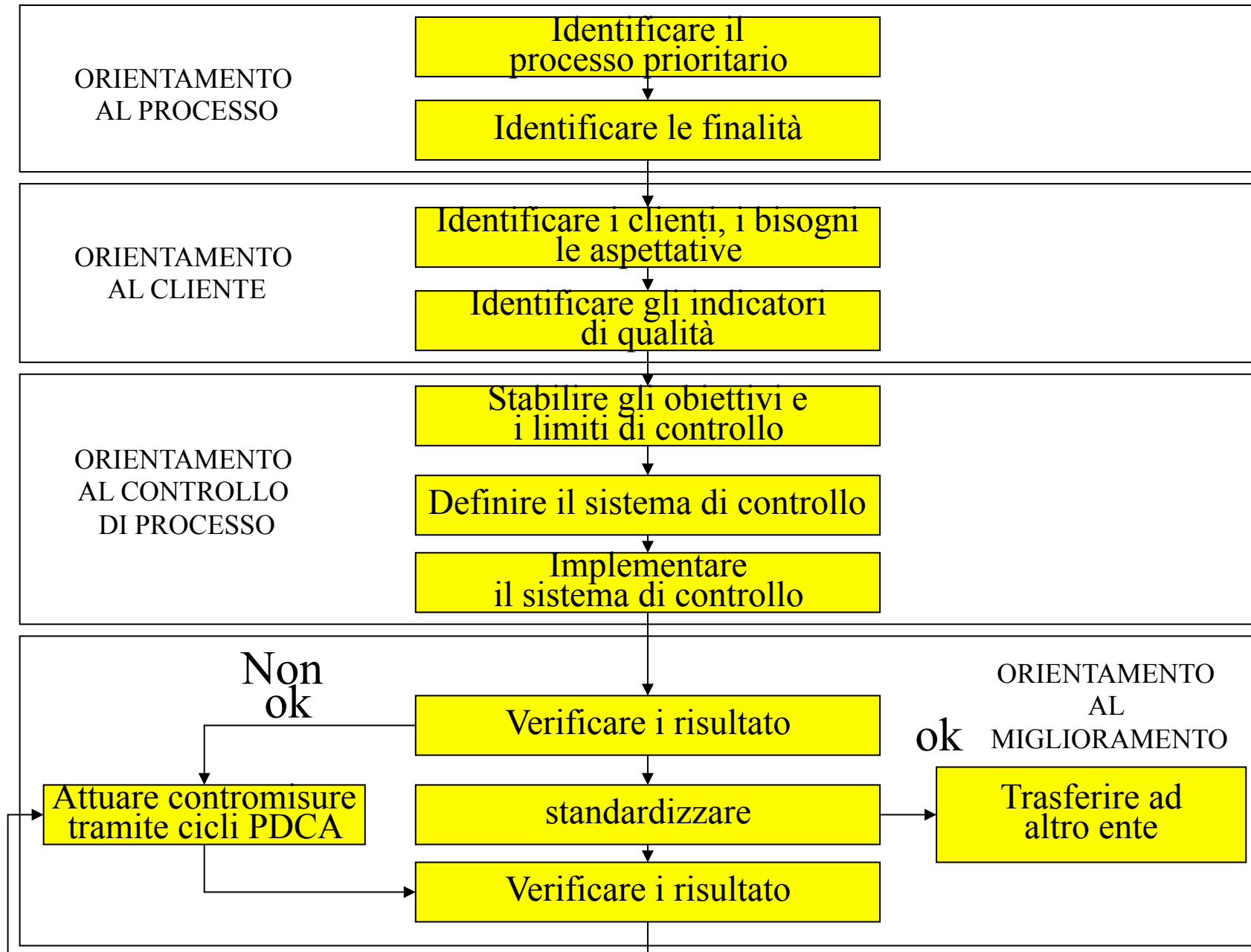
## LA GESTIONE OPERATIVA DEI PROCESSI

La gestione operativa del processo viene fatta per ottenere miglioramenti sostanziali senza modificare significativamente la struttura organizzativa.

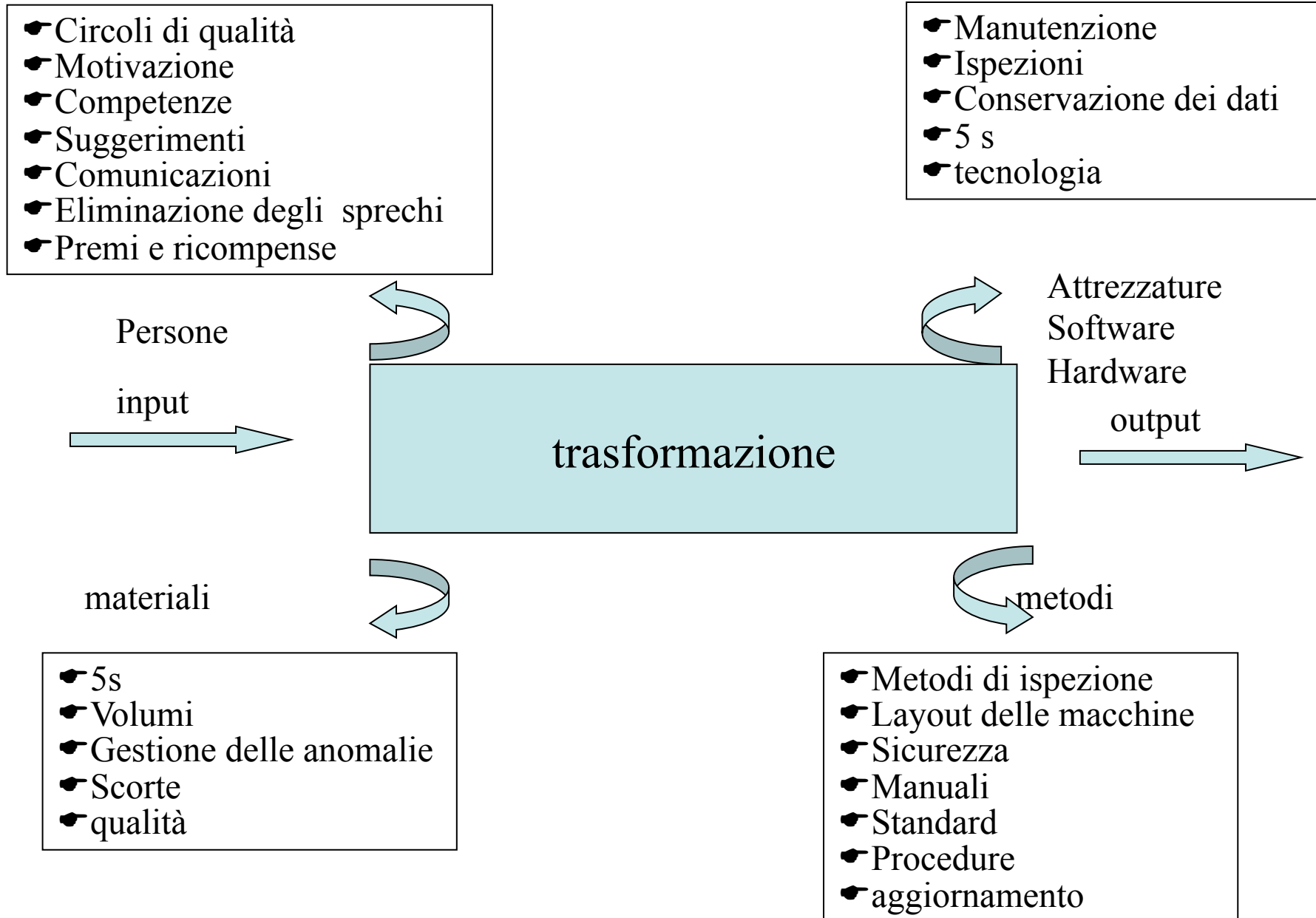
Ci sono 4 principi

- ⇒ i processi come catene fornitori-clienti
- ⇒ l' allineamento continuo ai bisogni dei clienti
- ⇒ la necessità di mantenere sotto controllo le prestazioni
- ⇒ interventi guidati dalle priorità

# LA GESTIONE OPERATIVA DEI PROCESSI



# LA GESTIONE OPERATIVA DEI PROCESSI



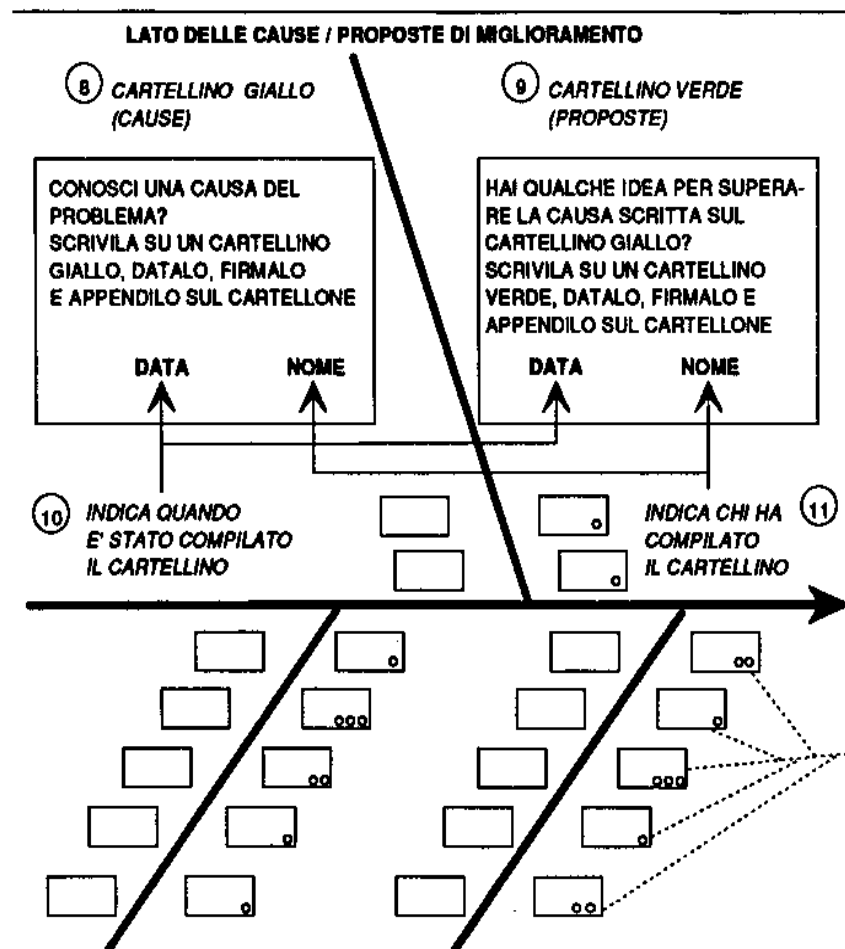
## I SISTEMI DI MIGLIORAMENTO

I principali sistemi di miglioramento dei processi organizzativi sono:

- ➡ Il total quality management
- ➡ La direzione per politiche
- ➡ Il sistema dei suggerimenti
- ➡ Il lavoro dei gruppi di miglioramento

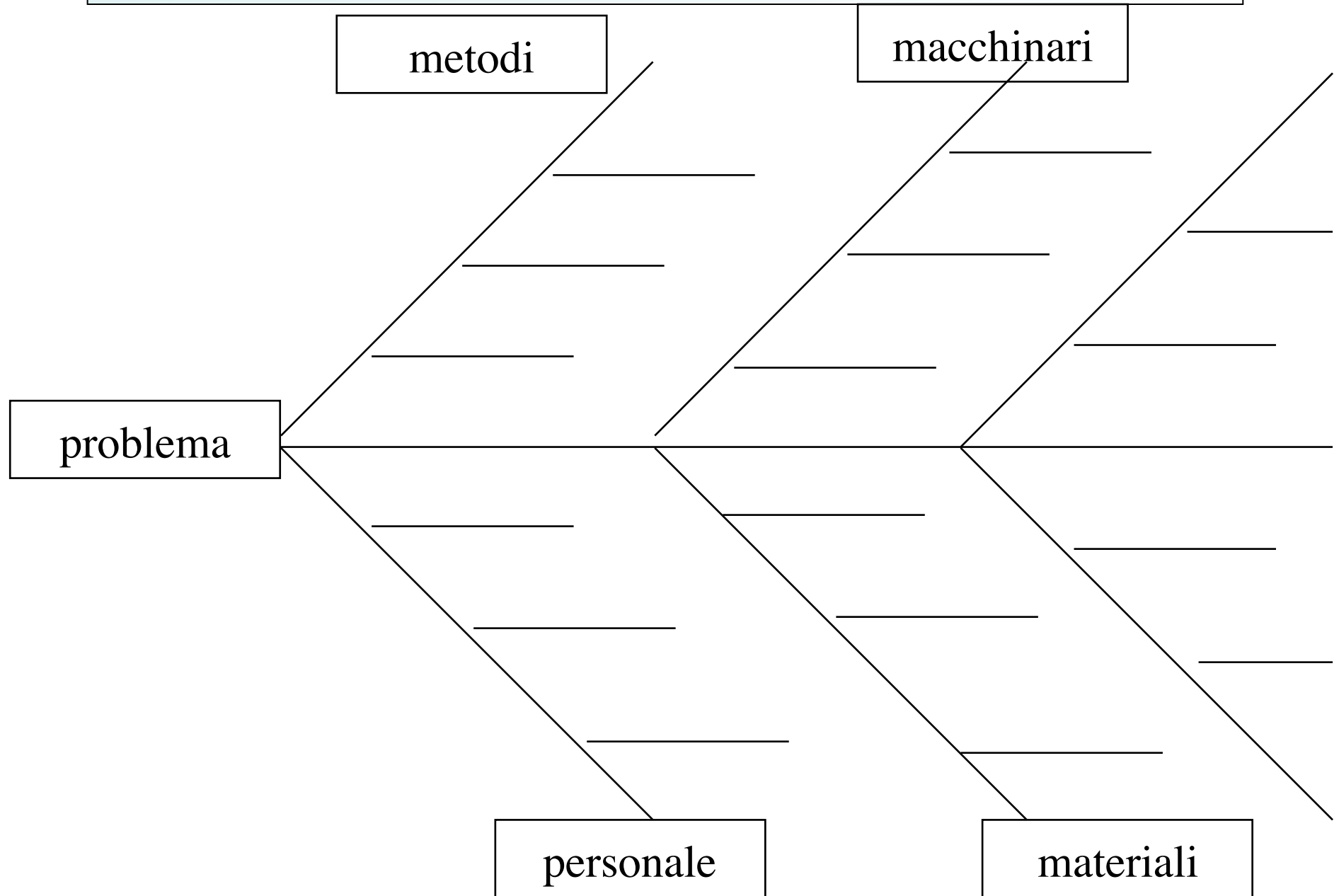
# IL SISTEMA DEI SUGGERIMENTI

## C.E.D.A.C.





# IL SISTEMA DEI SUGGERIMENTI



# I SISTEMI DI MIGLIORAMENTO

Perché avvenga il miglioramento dei processi sono necessarie tre politiche:

## Definizione degli standard

I processi organizzativi devono avere degli standard di uso delle risorse e di produttività

## Pulizia e ordine

Utilizzo delle 5 S

## Individuazione degli sprechi

Tutto ciò che non porta valore aggiunto è spreco

## I SISTEMI DI MIGLIORAMENTO

Ci sono sei modi di migliorare le prestazioni organizzative:

- ➡ Migliorare la qualità
- ➡ Migliorare la produttività
- ➡ Ridurre i materiali in giacenza
- ➡ Ridurre le attese
- ➡ Ridurre gli spazi
- ➡ Ridurre la durata dei processi

## DEFINIRE GLI STANDARD

Lo standard serve a mantenere sotto controllo i processi; gli standard comprendono parametri e procedure operative; in particolare lo standard:

Rappresenta il modo migliore, piu' facile e sicuro per fare un lavoro

Offre l' opportunità per conservare conoscenze ed esperienze

Fornisce un modo per misurare un rendimento

Mostra le correlazioni causa effetto

Forma la base per il mantenimento e il miglioramento

Fornisce obiettivi e indica i compiti

# DEFINIRE GLI STANDARD

Qualità/Efficacia	Costi	Attrezzature
<p>Definizione di criteri, indicatori, standard (di qualità, di efficacia, di accessibilità, di equità)</p> <p>Aumento della soddisfazione del cliente</p> <p>Prevenzione dei reclami</p> <p>Mantenimento di un processo sotto controllo</p> <p>Diminuzione dei tempi di attesa</p>	<p>Utilizzazione efficiente dei tempi di intervento degli operatori</p> <p>Razionalizzazione dell'uso dei materiali</p> <p>Riduzione dei costi di amministrazione e dei costi unitari</p> <p>Eliminazione degli sprechi</p>	<p>Prevenzione delle rotture</p> <p>Standardizzazione dell'uso delle attrezzature</p> <p>Miglioramenti ergonomici</p>
Errori	Efficienza	Controllo
<p>Prevenzione degli infortuni</p> <p>Eliminazione degli errori dovuti a trasmissioni di informazioni e comunicazioni</p> <p>Eliminazione degli errori da disattenzione</p>	<p>Razionalizzazione del processo</p> <p>Miglioramento del volume di prestazioni, dei tempi di espletamento del processo</p>	<p>Miglioramento degli standard di controllo</p> <p>Diffusione e condivisione di un certo livello di presidio</p>
Autogestione	Sicurezza e Ambiente	Questioni relazionali
<p>Miglioramento della "produttività" delle riunioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* aumento della compartecipazione</li> <li>* miglioramento nella definizione degli argomenti</li> <li>* miglioramento nella gestione delle riunioni</li> <li>* miglioramento del rapporto reciproco</li> </ul> <p>Aumento della diffusione dell'addestramento in fatto di controllo di qualità</p> <p>Effettuazione di interventi formativi di natura tecnica</p> <p>Effettuazione confronti con realtà analoghe</p>	<p>Eliminazione dell'affaticamento psichico</p> <p>Miglioramento della definizione e dell'uso di protocolli</p> <p>Miglioramento dell'ambiente di lavoro</p> <p>Miglioramento delle procedure organizzative dei circoli di qualità</p> <p>Miglioramento per le procedure di partecipazione dei membri</p> <p>Miglioramento delle procedure per l'immissione di nuovi partecipanti</p>	<p>Miglioramento delle relazioni interpersonali</p> <p>Miglioramento delle relazioni con il capo</p> <p>Miglioramento del "clima"</p> <p>Miglioramento del tasso di rispetto delle norme</p>
<p>Fonte: USL di Reggio Emilia (Gruppo di lavoro "Progetto Qualità")</p>		

# DEFINIRE GLI STANDARD

## LIVELLO DELLA QUALITA' ALIMENTARE

Indicatore	Misuratore dell'indicatore	valore assicurato all'indicatore
Menù	Nella preparazione dei menù si tiene conto delle differenze culturali e religiose presenti nel nido	È assicurata in ogni nido
	Nella preparazione dei menù si tiene conto della eventuale presenza di lattanti o bambini in fase di svezzamento	È assicurata nei nidi che ospitano una sezione lattanti
	È previsto un pasto sostitutivo per motivi di salute (dieta in bianco, ecc.)	Sì sempre in tutte le strutture
Menù elaborati da tecnici specialistici	I menù sono completi di grammature Vengono elaborati da tecnici specialisti che si avvalgono anche della collaborazione dei cuochi Il rispetto delle norme igieniche e di sicurezza alimentare è assicurato in tutte le fasi, sia che il plesso produca i pasti internamente, sia che si avvalga di una cucina esterna	Sì per tutte le strutture
Controllo di qualità attraverso il sistema di HACCP (Analisi dei rischi e controllo dei punti critici da parte dell'ASL e dei laboratori analisi autorizzati)	È previsto il possesso e attuazione del piano di autocontrollo (D.lgs.155/97)	Sì per tutte le strutture. È redatto dagli operatori delle strutture in collaborazione con il laboratorio analisi
	Il personale di cucina e quello addetto alla distribuzione indossa Camice bianco Cuffia Grembiule	Sì in tutte le strutture
	È previsto un programma di controlli di tipo analitico su superfici di lavoro e sugli alimenti	Il programma prevede ogni anno almeno 1 controllo sull'acqua, 2 controlli sugli alimenti, 2 controlli sulle superfici
Attrezzature e stoviglie	Sono previsti registri per il controllo periodico delle temperature dei frigoriferi	Sì in tutte le strutture. Il controllo avviene due volte al giorno
	È previsto l'uso di stoviglie usa e getta	Solo in casi eccezionali
	Utilizzo della lavastoviglie	Sì in tutti i nidi

# DEFINIRE GLI STANDARD

## STANDARD

volontari – JCAHCO JOINT COMMISSION ACCREDITATION OF HEALTH CARE

SISTEMA  
DI STANDARD  
e elementi  
misurabili con punteggio

raggruppati in  
CAPITOLI

- Accesso e Continuità delle cure (ACC)
- Valutazione del Paziente (AOP)
- Cura del Paziente (COP)
- Diritti del Paziente e dei Familiari (PFR)
- Educazione del Paziente e dei Familiari (PFE)
- Gestione e Miglioramento della Qualità (QMI)
- Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI)
- Governo Leadership e Direzione (GLD)
- Gestione e Sicurezza della Struttura (FMS)
- Qualificazione ed Educazione del Personale (SQE)
- Gestione delle Informazioni (MOI)

# LA SCHEDA DI MIGLIORAMENTO:

## Miglioramento nelle infezioni ospedaliere a lunga degenza

<b>DATA</b>	
-------------	--

### TEMA DEL PROGETTO

*Descrizione generale del tema del progetto e del contesto in cui si inserisce*

Il problema delle infezioni ospedaliere nei pazienti a lunga degenza provoca complicazioni cliniche al paziente e aumento dei tempi di degenza e di guarigione e nell'utilizzo di antibiotici; non sempre le pratiche relative alla prevenzione delle infezioni urinarie, alla batteriemia, alle infezioni di ferita e/o decubito, polmonite nosocomiale etc sono adeguate  
E' necessario verificare le best practices nell'indicazione, uso, selezione, durata di impiego degli antibiotici

E' necessaria una verifica attenta delle operazioni (lavaggio mani, deposito e gestione biancheria sporca, sequenza operazioni pulite/sporche, uso sistematico e corretto dei guanti)

### PROBLEMA

Si verifica un numero elevato di infezioni ospedaliere senza che siano chiare le motivazioni;

### OBIETTIVO

*Definizione degli obiettivi espressi chiaramente misurabili del progetto*

Definire una modalità di management del rischio di infezione ospedaliere

Ottimizzare le modalità di utilizzo della terapia antibiotica

Implementare dei sistemi di monitoraggio continuo

### INDICATORI DEL PROGETTO

*Eventuali individuazione degli indicatori di progetto che costituiscono criteri di accettazione*

Riduzione del 50% delle infezioni ospedaliere nello storico a un anno

Definizione di una procedura di prevenzione e gestione delle pratiche di infezione

Raggiungimento e mantenimento di una prevalenza di IO sotto alla media attesa per reparto

### INIZIO ATTIVITA'

*Data operativa di inizio attività*

### TERMINE

*Data prevista del termine attività*

### LEADER

*Nome del leader*

### COMPONENTI

*Nome dei componenti*



## LE 5 S

i giapponesi hanno codificato un metodo in cinque passi per la gestione routinaria dei processi.

Seiri separare gli oggetti necessari da quelli non necessari e scartare gli ultimi

Seiton sistemare gli oggetti rimasti in modo ordinato

Seiso tenere pulite le attrezzature e l'ambiente

Seiketsu routinizzare i tre passi precedenti

Shitsuke impegnarsi a stabilire e migliorare gli standard per i passi precedenti

L'obiettivo è creare un ambiente pulito, sano, piacevole e sereno; eliminare gli sprechi minimizzando le ricerche di strumenti; migliorare il morale dei dipendenti

## SEIRI-SEPARARE

### Seiri

significa separare gli oggetti necessari da quelli non necessari e scartare gli ultimi

È necessario rimuovere maschere, utensili, archivi, documenti, carte e tutto quello che non si userà per i prossimi 30 giorni

Il Seiri obbliga a fare chiarezza sulle risorse utilizzate e porta alla luce le mancanze di comunicazioni tra operatività e direzione e gli errori di programmazione

## SEITON -RIORDINARE

### Seiton

significa classificare gli oggetti per tipologia di utilizzo e sistemarli di conseguenza minimizzando il tempo e gli sforzi per trovarli

Ogni oggetto deve avere un indirizzo, un nome e una quantità; va specificato il luogo in cui l' oggetto va messo e il numero massimo;

Le attrezzature devono essere sistemate in prossimità del luogo in cui devono venire utilizzate

## **SEISO -PULIRE A FONDO**

### Seiso

significa pulire il luogo di lavoro, le attrezzature e gli utensili, i pavimenti, le pareti e le altre aree di lavoro.

Nella pulizia spesso si trovano difetti nelle macchine o nelle attrezzature che si guastano perché sono sporche

## SEIKETSU- SISTEMATIZZARE

### Seiketsu

significa che bisogna tenersi in ordine, indossando abiti di lavoro adeguati, occhiali di sicurezza, guanti e scarpe, mantenendo pulito l'ambiente; inoltre è necessario lavorare sul Seiri, seiton e Seiso tutti i giorni.

I dirigenti devono stabilire ogni quanto tempo vada fatto il Seiri, seiton e Seiso in modo sistematico e chi vi debba partecipare

# SHITSUKE- STANDARDIZZARE

## Shitsuke

significa autodisciplina, utilizzare le 5 s in modo continuativo nel lavoro quotidiano.

Ci sono 5 modi per valutare il livello delle 5 s

1 autovalutazione

2 valutazione di un consulente esperto

3 valutazione di un superiore

4 Una combinazione dei precedenti

5 La competizione tra i gruppi di lavoro

## I VANTAGGI DELLE 5 S

- ⇒ Aiuta le persone ad acquisire autodisciplina
  - ⇒ Evidenzia gli sprechi
  - ⇒ Mette in risalto le anomalie
  - ⇒ Riduce i movimenti inutili
  - ⇒ Permette di identificare visivamente i problemi di mancanza di materiale, le attese e i ritardi
  - ⇒ Migliora l'efficienza nel lavoro
  - ⇒ Riduce gli incidenti
  - ⇒ Aumenta l'affidabilità delle macchine e delle attrezzature
- Rende visibili i problemi di qualità

# LA CREAZIONE DI VALORE PER L' UTENTE

Obiettivo primario è la ottimizzazione del trinomio  
"COSTI - QUALITA' - QUANTITA"

I processi operativi devono garantire

Ripetitività, affidabilità, sistematicità

Tutti i processi devono essere rivolti a

creare valore

per l' utente

L'AGGIUNTA DI VALORE

$$\text{VALORE} = \frac{\text{QUALITA'} + \text{SERVIZIO}}{\text{TEMPI} + \text{COSTI}}$$





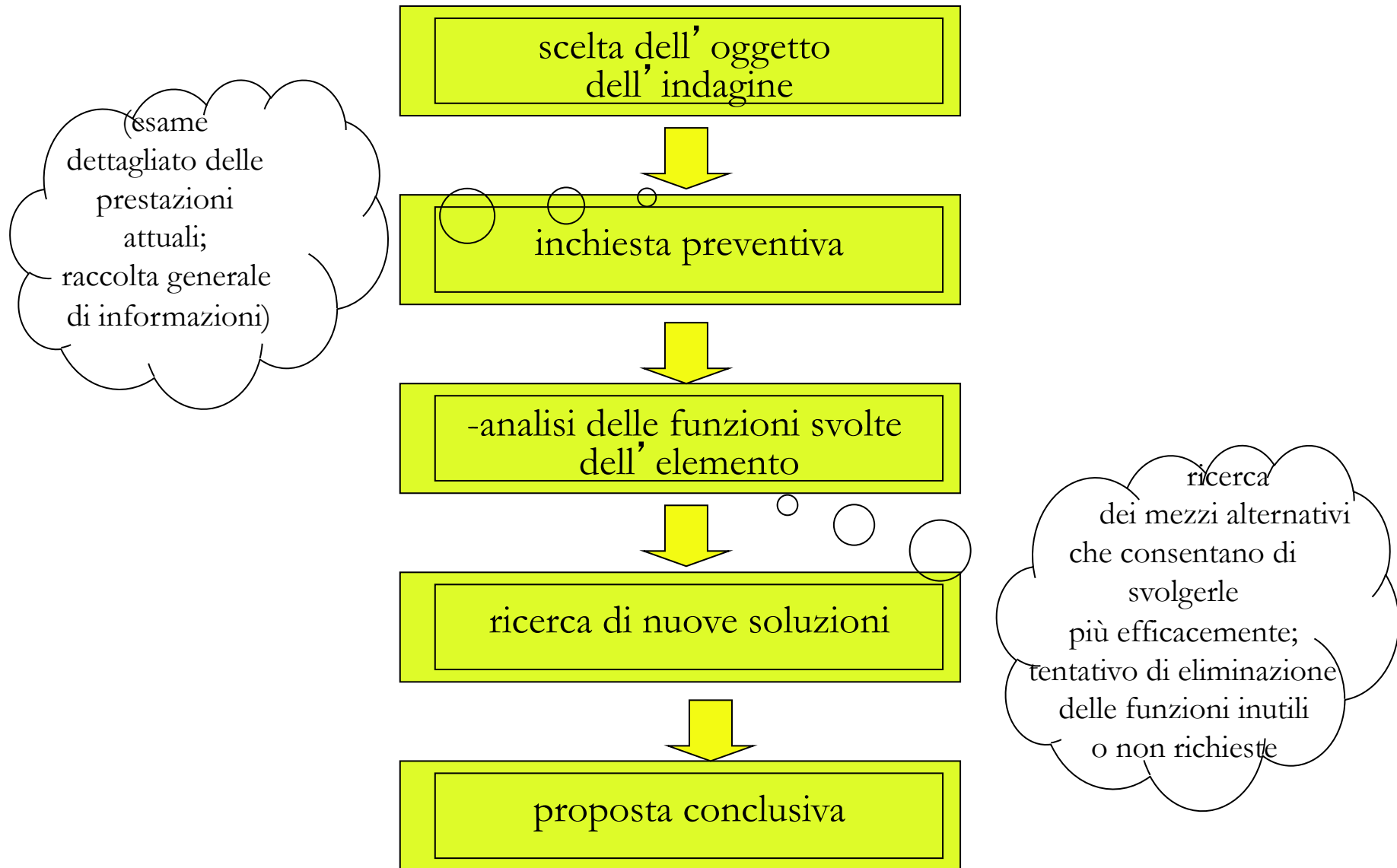
## ANALISI DEI SERVIZI ALL' UTENTE

- SERVIZIO PRIMARIO : è quello per cui il paziente ricorre al servizio; definisce la funzione primaria del servizio
- SERVIZI ACCESSORI ESSENZIALI: forniscono il dettaglio tecnico ed operativo al servizio primario e contribuiscono dunque al soddisfacimento della funzione base
- SERVIZI ACCESSORI NON ESSENZIALI: non sono necessarie per realizzare la funzione di base. Non aumentano il "valore" del servizio. Vanno individuate e, se possibili rimosse, con l' obiettivo di migliorare l' efficienza del servizio



# ORGANIZZARE L' ANALISI DEL VALORE

Lo studio di una proposta dovrebbe seguire un cammino logico di questo tipo:



## I SISTEMI DI SUGGERIMENTO

È importante dare la possibilità a tutti i dipendenti di migliorare il loro modo di lavorare. I suggerimenti possono essere legati a i seguenti obiettivi:

Semplificare il lavoro

Eliminare la fatica e la noia nel lavoro

Togliere inconvenienti nel lavoro

Rendere il lavoro piu' sicuro

Rendere il lavoro piu' efficiente

Migliorare la qualità del servizio

Risparmiare tempo e denaro

## MANAGEMENT VISIVO

Vuol dire mettere in evidenza il lavoro tramite diagrammi, elenchi, registrazioni di rendimenti, in modo che siano ricordati costantemente ai dirigenti e al personale.

Serve a mettere in evidenza gli obiettivi

I problemi devono essere visibili. Il management visivo può essere perseguito in cinque aree:

Personale

Attrezzature

Materiali

Metodi

Misure

## MANAGEMENT VISIVO

Esempi di management visivo:

Informazioni sulla qualità: dati sui tempi di attesa, sulla soddisfazione degli utenti, sul numero degli utenti, sull'efficacia di una cura

Informazioni sui costi: dati sulla produttività, tendenze, obiettivi

Informazioni sulla produttività: tempi medi di permanenza, costo della degenza, numero di addetti per paziente etc

Dati sul miglioramento: numero di suggerimenti presentati, sugli obiettivi di miglioramento

## MIGLIORAMENTO

È possibile pensare di affrontare il miglioramento attraverso più modalità:

miglioramento di due giorni

viene deciso un obiettivo di miglioramento da portare a termine in due giorni

miglioramento di una settimana

Gli obiettivi vengono posti in essere con un orizzonte di una settimana

miglioramento di un mese

Gli obiettivi vengono posti in essere con un orizzonte di una settimana