

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 1 di 13

## VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO

### INDICE

1.1	SCOPO .....	2
1.2	RESPONSABILITÀ .....	2
1.3	MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO .....	3
1.4	MODALITÀ ESECUTIVE .....	4
1.4.1	MISURAZIONE E MONITORAGGIO DEI PROCESSI E DEI SERVIZI	4
1.5	SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ .....	6
1.5.1	VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE .....	6
1.5.2	PARAMETRI .....	6
1.6	ANALISI DEI DATI .....	6
1.7	PIANIFICAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO .....	7
1.7.1	GENERALITÀ .....	7
1.7.2	STRUTTURA DEL PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO .....	7
1.7.3	DOCUMENTI COLLEGATI .....	9
1.8	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ .....	10
1.9	ANALISI DEI RISCHI E AZIONI CORRETTIVE .....	10
1.9.1	GENERALITÀ .....	10
1.10	GESTIONE DEI RECLAMI .....	13

ED.	REV.	DATA	NOTA DI REVISIONE
0	0	02/01/2023	Prima emissione
0	1	02/01/2024	Revisione annuale
0	2	07/01/2025	Revisione annuale
Controllata		<input type="checkbox"/>	Redatta da
Non Controllata		<input type="checkbox"/>	Consegnata a
			Verificata da
			Approvata da
			Data Consegna

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 2 di 13

## 1.1 SCOPO

Scopo della presente sezione è quello di definire e descrivere le responsabilità e le modalità per misurare l'efficacia dei processi aziendali, del SGQ e il livello di soddisfazione del cliente/utente e per raggiungere gli obiettivi di miglioramento continuo.

## 1.2 RESPONSABILITÀ

DIR annualmente definisce la PAQ con gli obiettivi e gli indicatori di “performance” da tenere sotto controllo ed i relativi parametri, in sede di riesame della direzione.

Ciascun RdF ha la responsabilità della raccolta dei dati per le attività di propria pertinenza.

I dati vengono raccolti e assemblati dai diversi RdF, tenendo conto della tipologia del dato (giornalmente-mensilmente-trimestralmente-annualmente) e trasmessi alla DIR per la relativa valutazione.

Qualità e quantità delle prestazioni effettuate sono valutati dalla DIR nella riunione periodica di riesame del SGQ.

## 1.3 ACRONIMI

DIR = Direttore del Gamma Poliambulatorio Specialistico

RSI = Responsabile Gestione Sicurezza

RDF = Responsabile di Funzione

UA = Unità Accettazione e Segreteria

INF = Infermieri

AU = Ausiliari

MED = Medici

CED = Centro Elaborazione Dati

DENT= Medico Dentista

TECDENT= Tecnico Odontoiatra

IGIDENT= Igienista Dentale

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 3 di 13

ANEST=Anestesista

ONC= Medico Oncologo

GASTR=Gastroenterologo

OCULISTA=Medico Oculista

CARD=Medico Cardiologo

ECO=Medico Responsabile Ecografia

SGQ=Sistema di Gestione della Qualità

MQ = Manuale della Qualità

RGQ= RDD=Responsabile Gestione Sistema Qualità (DIR)

PDQ = Politica della Qualità

ECM= Educazione Continua in medicina

PAQ = Pianificazione annuale della qualità

#### 1.4 MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO

L'attività di analisi dei dati, è suddivisa in due principali macrocategorie:

- ✓ L'attività di monitoring interno, regolamentata dalla procedura operativa PO

“*Monitoraggio dei Dati interni PO 01/13*”; tale attività consiste nel rilevare ed analizzare fondamentalmente le seguenti tipologie di dati:

- dati relativi ai servizi erogati (dati di prodotto); allo scopo si veda la procedura PG *Misurazioni e Controllo dei servizi, processi, delle Visite Ambulatoriali ed accertamenti strumentali PG11*”
- dati relativi ai processi; allo scopo si veda la procedura PG 11 *misurazione e controllo dei processi delle prestazioni ambulatoriali* , dati relativi al sistema qualità; allo scopo si veda la procedura PG 01 *Sistema di gestione per la qualità, Responsabilità per la gestione.*

- ✓ L'attività di monitoring esterno, regolamentata dalla procedura operativa PO 02/13

“*Monitoraggio dei Dati esterni*”; tale attività consiste nel rilevare ed analizzare fondamentalmente le seguenti tipologie di dati:

- dati relativi ai servizi alle esigenze esplicite ed implicite dell'utenza a monte del processo (sia gli utenti finali che i medici curanti);
- dati relativi alla soddisfazione dei clienti (utenti finali e medici curanti), a valle del processo;
- dati relativi all'andamento generale del mercato di riferimento;

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 4 di 13

Allo scopo di quanto sopra esposto si veda la procedura PG “*Customer Satisfaction PG 10*”. Tutto ciò al fine di essere continuamente aggiornati, sull’evolversi di situazioni dinamiche quali possono essere le tendenze della società, le tendenze del mercato, al fine di fornire servizi sempre in linea con le aspettative ed adeguate.

## 1.5 MODALITÀ ESECUTIVE

DIR, annualmente, stabilisce la *Politica della Qualità* per l’anno e gli indicatori di “performance” da tenere sotto controllo ed i relativi parametri

Ciascun RdF ha la responsabilità della raccolta dei dati per le attività di propria pertinenza.

### 1.5.1 Misurazione e monitoraggio dei processi e dei servizi

Nell’ambito dei processi/attività aziendali gli indici di misurazione individuati sono i seguenti:

#### Gestione delle risorse ed organizzazione

- Spese generali (raffrontati agli obiettivi fissati dalla direzione).
- Spese per manutenzione e potenziamento delle infrastrutture (raffrontati agli obiettivi fissati dalla direzione).
- Spese per il personale.
- Spese per le forniture del poliambulatorio
- Utile lordo complessivo (su base trimestrale, semestrale ed annuale raffrontato agli obiettivi fissati dalla direzione).
- N° di non conformità legate ad aspetti gestionali/amministrativi (raffrontati agli obiettivi fissati dalla direzione).
- Budget di spesa per la formazione (raffrontato al budget definito dalla direzione).
- Margine operativo lordo conseguito per tipologia di analisi/prestazioni sanitarie raffrontato agli obiettivi aziendali.
- N° di ore spese per la formazione (raffrontato agli obiettivi fissati dalla Direzione) così valutate:
  - % del n° di ore spese per la formazione/ore lavorate;

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 5 di 13

- % di persone (nei vari livelli) sottoposte ad attività di formazione/n° addetti.

### **Processo commerciale:**

- Incremento del fatturato (raffrontato agli obiettivi aziendali).
- N° reclami clienti per:
  - disfunzioni in fase di accettazione;
  - disfunzioni in fase di prelievo
  - disfunzioni in fase di refertazione
  - inadeguatezza dei locali
  - inadeguatezza del personale medico e paramedico della struttura.

### **Processo di approvvigionamento**

- N° di ordini inoltrati a fornitori, compilati in maniera errata od incompleti (% in rapporto al totale ordini a fornitori).
- numero dei ritardi di consegna verificatisi (% in rapporto al totale delle consegne) (responsabile della raccolta dati è ACQ).
- numero di non conformità nell'evasione dell'ordine da parte del fornitore (non corrispondenza tra l'ordine emesso e la merce ricevuta - mancanza della prevista documentazione a corredo) (% in rapporto al totale consegne).

Il responsabile della raccolta dati è RdF nominato da DIR.

### **Processo di erogazione del servizio:**

- Numero NC “gravi” riferite alle attività lavorative raffrontate agli obiettivi definiti dalla Direzione.
- Numero NC “ non gravi” riferite alle attività lavorative raffrontate agli obiettivi definiti dalla Direzione.
- Numero Reclami clienti, giustificati, raffrontato agli obiettivi definiti dalla Direzione.
- Valutazione dei tempi di attesa dalla prenotazione

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 6 di 13

- Valutazione dei tempi di attesa per una visita specialistica dopo l'effettuazione della accettazione
- Valutazione tempi di attesa per un prelievo dopo aver effettuato l'accettazione
- Valutazione dei tempi di consegna del referto

## 1.6 SISTEMA DI GESTIONE DELLA QUALITÀ

### 1.6.1 Audit interni (Verifiche ispettive interne)

DIR è responsabile della pianificazione e dello svolgimento degli audit interni del SGQ, perché ogni suo processo sia sottoposto a verifica almeno una volta all'anno.

I processi o le attività, che dimostrano ripetute discrepanze con il SGQ e che hanno maggior impatto sulla qualità percepita dal cliente devono essere verificate più frequentemente.

### 1.6.2 Parametri

- N° di non conformità (suddivise tra gravi e non gravi) attribuibili al SGQ
- N° di azioni correttive effettuate nel periodo in esame
- N° di azioni preventive

## 1.7 ANALISI DEI DATI

I dati provenienti dai vari settori vengono assemblati ed elaborati da DIR. I risultati delle analisi effettuate sono presentati dalla Direzione, in occasione della riunione annuale di riesame del SGQ.

La valutazione viene effettuata mediante:

- dati numerici, raffrontati agli obiettivi;
- raffronti in %;
- rappresentazione grafica dei risultati acquisiti nei vari periodi di osservazione, raffrontati agli obiettivi;

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 7 di 13

## 1.8 PIANIFICAZIONE PER IL MIGLIORAMENTO CONTINUO

### 1.8.1 Generalità

Tutti processi descritti dal SGQ vengono gestiti in ottica di miglioramento continuo mediante:

- riesame della Direzione;
- analisi dei risultati degli audit interni;
- misurazioni dei processi/servizi e della soddisfazione dei clienti;
- rispetto della politica della qualità e degli obiettivi della qualità determinati;
- Autovalutazione degli standard e dei requisiti previsti dai regolamenti della legge Regionale 24/08

### 1.8.2 Struttura del programma di miglioramento

#### 18.2.1 Generalità - Funzioni e processi coinvolti

Al programma di miglioramento sono coinvolte tutte le figure aziendali, ognuna per le proprie competenze. DIR coordina personalmente il programma, con la collaborazione dei diversi RdF aziendali. Le aree di miglioramento riguardano tutti i processi relativi alle attività di poliambulatorio, inclusi quindi i servizi esterni (esami in service). L'approccio al miglioramento generalmente consiste nel coinvolgere tutte le funzioni interessate, esporre il problema o l'area da migliorare o i dati a consuntivo o eventuali reclami o eventuali NC ecc., elaborare una attività di brainstorming, dove si procede alla raccolta di idee per la soluzione di miglioramento, e successivamente si valuta, tra queste, la più idonea al caso, tenendo presente la *politica per la qualità* e la situazione tecnico/organizzativa del *Gamma Poliambulatorio Specialistico*.

#### 18.2.2 Prospettive di miglioramento che ci si attende

Dal processo di miglioramento, le prospettive attese sono relative a:

- miglioramento degli indicatori relativi ai processi ed alle diverse attività aziendali
- maggiore coinvolgimento del personale del poliambulatorio nella gestione delle diverse problematiche quotidiane ed in quelle relative alla attuazione della politica per la qualità

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 8 di 13

- miglioramento generale delle performance aziendali, riferite generalmente ai processi (principali e di supporto), al personale, a quelle economico-finanziarie.
- Acquisizione di quote sempre maggiori di mercato e sviluppo continuo di nuove tecnologie, nuovi prodotti ed eventualmente nuove aree di business.

### 18.2.3 Motivazioni

Il processo di miglioramento, coinvolgendo direttamente il personale, nella definizione delle problematiche e quindi delle azioni conseguenti, agisce direttamente sugli aspetti motivazionali permettendo ad ognuno di sapere perché compie determinate attività, perché li compie in un determinato modo, quali possono essere i pro ed i contro di altre eventuali alternative.

Anche l'addestramento continuo e la formazione specialistica da somministrare al personale del poliambulatorio, sulle tematiche più disparate relativamente alle attività svolte, contribuisce ad elevare il livello di crescita del personale e quindi il livello di motivazione.

### 18.2.4 Modalità di attuazione

Per ciò che concerne le modalità attuative dei processi di miglioramento, schematizzati nella tabella precedente, si rimanda alle seguenti attività/procedure di riferimento:

- monitoring esterno, *PG 10 Customer Satisfaction*;
- monitoring interno, relativamente agli esami clinici realizzati ed alle attività di poliambulatorio, *PG 11 Misurazioni e Controllo dei processi delle Visite Ambulatoriali*”
- azioni correttive derivanti da verifiche ispettive, *PO 03/13 audit interni*;
- analisi delle cause generatrici delle non conformità, *PG 12 Servizio Non Conforme*;
- Valutazione e successiva rivalutazione dei fornitori, sulla base degli esiti delle forniture accettate; *PG 07 Approvvigionamento, Valutazione fornitori e Gestione dei Dati di acquisto*;
- Valutazione dell'Efficacia dell'Addestramento, *PO 02/05 Addestramento e verifica dell'efficacia*
- Analisi dei dati, *PG 13 Monitoraggio, misurazione, valutazione delle prestazioni, analisi dei dati per il miglioramento*;
- Riesame della Direzione, *PG 04 Riesame della Direzione*;

### 18.2.5 Esperienze precedenti da tenere presenti

Le esperienze significative, da tenere presenti nella definizione della politica della qualità e delle successive azioni e strategie, in sede di riesame della direzione, sono formalizzate nei verbali di riesame della direzione, nei rapporti di audit interni ed ad opera di esterni, che siano essi di parte prima, seconda o terza.

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 9 di 13

### 18.2.6 Valutazione dei rischi e modalità di prevenzione degli stessi

Per quanto riguarda le attività relative alla sicurezza nei luoghi di lavoro, si rimanda al *Piano di Sicurezza Aziendale* sviluppato dal *Gamma Poliambulatorio Specialistico*.

### 18.2.7 Risorse, strumenti e competenze necessarie all'attuazione

Le risorse utilizzate per il miglioramento afferiscono alle tipologie di seguito elencate:

- umane
- tecnologiche
- economico-finanziarie

### 18.2.8 Responsabili dell'attuazione

I responsabili vanno di volta in volta nominati da DIR, sempre nell'ambito del proprio ruolo e delle proprie competenze, come descritto nella sezione del manuale della qualità relativa alle mansioni e ruoli.

(Le responsabilità sono anche descritte diffusamente all'interno delle singole procedure gestionali, operative, istruzioni di riferimento, modulistica allegata).

### 18.2.9 Tempi di attuazione

I tempi di attuazione, per le azioni di miglioramento, sono contenuti nei seguenti documenti di registrazione della qualità:

- *riesame della direzione*
- *rapporti di non conformità*
- *rapporti di azione correttiva/preventiva*
- *rapporti di audit interno*
- *pianificazione dell'addestramento*
- *piano della qualità annuale*

### 18.2.10 Parametri di misurazione del grado di raggiungimento dell'obiettivo

Essi sono divisi in due tipologie:

*Indicatori di processo*

*Indicatori statistici riferiti alle attività aziendali*

### 1.8.3 Documenti collegati

Sono:

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTI ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p style="text-align: center;"><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p style="text-align: right;">ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 10 di 13

- documenti che ne sono all'origine
- documenti che ne sono conseguenti e attuativi
- documenti che vanno revisionati

## 1.9 GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

La Direzione del Gamma Poliambulatorio Specialistico ha elaborato ed applica una politica e delle procedure per i casi in cui si rileva che un qualunque aspetto della sua attività non corrisponde a quanto definito dal proprio SQ. In particolare:

- è stato designato del personale responsabile per la soluzione del problema;
- sono state definite le azioni da intraprendere;
- sono state definiti i casi in cui è appropriato, per la rilevanza medica della prestazione, che venga informato il clinico che la ha richiesto nel caso che la stessa non sia conforme alle specifiche stabilite dal SSN;
- quando appropriato, l'esecuzione di quel tipo di prestazione è stata interrotta e, se necessario, la refertazione ritardata e sono state immediatamente adottate azioni correttive;
- quando appropriato, i risultati dei referti non conformi che sono già stati consegnati sono ritirati o adeguatamente identificati;
- è stato definito a chi spetta autorizzare la ripresa dell'esecuzione delle prestazioni.

Ogni episodio di non conformità è documentato e registrato. La Direzione del Gamma Poliambulatorio Specialistico esamina periodicamente queste registrazioni al fine di rilevare tendenze e, se necessario, apportare azioni preventive.

Le modalità principali per identificare prestazioni non conformi, problemi con il SQ o difformità con le procedure stabilite sono: lamentele dei clinici, difficoltà nella calibrazione di uno strumento, verifica del materiale di consumo, segnalazioni del personale e dei supervisori, audit per la certificazione, revisioni della direzione, audit interni ed esterni.

## 1.10 ANALISI DEI RISCHI AZIONI CORRETTIVE E PREVENZIONE DEGLI EFFETTI INDESIDERATI

### 1.10.1 Generalità

In tutti i processi aziendali deve essere individuato e valutato il Rischio.

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 11 di 13

Questa individuazione e valutazione comprende le seguenti fasi:

- a) identificazione del rischio (processo di ricerca, individuazione e descrizione del rischio);
- b) analisi del rischio (processo di comprensione della natura del rischio e di determinazione del livello del rischio);
- c) ponderazione del rischio (processo di comparazione dei risultati dell'analisi del rischio rispetto ai criteri di rischio per determinare se il rischio e/o la sua espressione quantitativa sia accettabile o tollerabile).

Come elemento di uscita (output) abbiamo le misure di trattamento del rischio ovvero il processo per modificare il rischio.

L'analisi del rischio prevede di approfondire le cause e le fonti del rischio, le conseguenze positive o negative, la probabilità che questo accada.

Viene analizzato il rischio in conseguenza degli effetti che produce e l'albero (root) degli eventuali effetti molteplici che possono essere causati da un unico evento causa.

Esistono diversi metodi per fare l'analisi del rischio:

Il metodo induttivo: si ipotizza una causa procedendo poi ad una analisi volta ad identificare gli eventi che tale causa potrebbe determinare;

Il metodo deduttivo: si ipotizza l'effetto finale per risalire alle cause che potrebbero averlo determinato.

Il Rischio, come già evidenziato in altra parte del manuale, viene valutato anche quantitativamente, tenendo conto della seguente formula:

$$\mathbf{R} = \mathbf{f}(\mathbf{P}, \mathbf{D})$$

**f** è una funzione che tiene conto dei parametri che intervengono nella nascita e nello sviluppo del rischio, in particolare: fattore umano, materiali, macchina, processo e ambiente.

**P** è la probabilità di accadimento;

**D** è il danno conseguente.

Un esempio di funzione è il prodotto:  $\mathbf{R} = \mathbf{P} \times \mathbf{D}$

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 12 di 13

Le non conformità del Sistema Qualità possono essere sia potenziali che oggettivamente riscontrate nel corso delle attività aziendali. Nel primo caso l'azione da intraprendere è un'azione preventiva, mentre nel secondo caso è un'azione correttiva.

Le condizioni pregiudizievoli per la qualità possono essere riscontrate durante lo svolgimento di tutte le attività del *Gamma Poliambulatorio Specialistico* ed in particolare:

- nel corso delle normali attività lavorative da parte del personale del Gamma Poliambulatorio Specialistico;
- durante le verifiche ispettive interne e/o esterne e nel corso del riesame del Sistema Qualità;
- sulla base delle analisi di tendenza delle non conformità di prodotto e/o di specifici indicatori della qualità;
- su segnalazione e/o reclami dell'utente (o medico curante)

Conseguentemente alla non conformità riscontrata o potenziale, nasce la necessità di intraprendere adeguate azioni di miglioramento, che vengono gestite da DIR secondo le seguenti fasi:

- 1.esame della non conformità, individuazione e definizione della/e azione/i di miglioramento;
- 2.assegnazione delle responsabilità per l'attuazione della/e azione/i di miglioramento;
- 3.attuazione della/e azione/i di miglioramento e verifica della relativa efficacia;
- 4.conservazione della documentazione relativa alla/e azione/i Correttiva e Preventiva
- 5.introduzione delle eventuali modifiche derivanti della/e azione/i Correttiva e Preventiva
- 6.analisi statistiche delle azioni di miglioramento e loro utilizzazione nei riesami del *Sistema di Gestione per la Qualità*.

L'iter di gestione dell'azione correttiva/preventiva si sviluppa nelle seguenti fasi:

1. richiesta di azione correttiva o preventiva con descrizione della carenza rilevata e delle possibili cause, definizione dell'azione più idonea, con relativi tempi e responsabilità di attuazione;

	<p>SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO</p>  <p>UNI EN ISO 9001:2015</p>  <p>LENTE ITALIANO DI ACCREDITAMENTO N 58521</p>	<p><b>Gamma Poliambulatorio Specialistico</b></p> <p><b>Via Piria, 25 89013 Gioia Tauro</b></p> <p><b>MANUALE DELLA QUALITÀ</b></p>	<p>ED 0 rev 2 07/01/2025</p>
MQ 06		VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MIGLIORAMENTO	Pag. 13 di 13

2. implementazione dell'azione individuata
3. verifica dell'esecuzione e dell'efficacia dell'azione intrapresa;
4. documentazione delle attività svolte.

Per ulteriori chiarimenti sulle modalità di gestione delle azioni correttive/preventive, si veda la *PO 04/13 Azioni correttive e prevenzione degli effetti indesiderati*.

### **1.11 GESTIONE DEI RECLAMI**

Per reclamo del Cliente si intende una qualsiasi segnalazione documentata che registri una qualche lamentela, riserva o insoddisfazione del Cliente stesso. I reclami vanno registrati su apposita modulistica (*Reclamo del Cliente*) dalla UA, successivamente valutata la fondatezza da DIR con la eventuale collaborazione dei RdF, infine viene gestito e registrato. Per ulteriori chiarimenti, si veda la *PO 05/13 Gestione dei Reclami*.

*Allegato 1 Pianificazione per il miglioramento continuo*