

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER



FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

ANNO 2017

DOCUMENTO ESPOSTO PRESSO LA SEDE IN ACCETTAZIONE

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## Sommario

1	LETTERA DELLA DIREZIONE.....	3
2	POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2018.....	4
3	ORGANIGRAMMA .....	6
4	GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT.....	7
5	GESTIONE INCIDENT REPORT ANNO 2017 .....	9
6	MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO.....	9
7	GESTIONE RECLAMI ANNO 2017.....	9
8	RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2017 .....	10
9	RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2017 .....	12
10	AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2017 .....	13
11	AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018 – si veda punto 1.....	13

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 1 LETTERA DELLA DIREZIONE

Con l'anno 2017 è iniziato un nuovo percorso aziendale che, attraverso l'analisi dei rischi e delle opportunità, mira a valorizzare le risorse esistenti e a fornire loro gli strumenti per far emergere ancor di più i valori del centro a favore dei pazienti e di tutti i portatori di interesse.

Si riportano di seguito gli obiettivi aziendali per il 2018:

N°	Descrizione obiettivo
1	Continuare ad analizzare i bisogni del bacino di utenza e fornire maggiori servizi Sviluppando il mercato privato
2	Completare la definizione dell'Outcome clinico e procedere con la relativa applicazione
3	Consolidamento del sistema di gestione delle informazioni (es. incident report, pieno coordinamento nello sviluppo delle aree qualità/accreditamento autorizzazione/sicurezza/OdV, informatizzazione )
4	Conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale
5	Adeguamento al nuovo Regolamento EU privacy
6	Completare la semplificazione e l'informatizzazione del sistema GQ
7	Continuare con il miglioramento della struttura

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 2 POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2018

### OBIETTIVI QUALITA'

#### La Vision

La FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE s.r.l. pone al centro dei suoi servizi la persona ed il suo stato di salute, instaurando un rapporto umano di piena fiducia con il paziente e garantendo elevata professionalità.

#### La Mission

Per mantenere un livello costantemente elevato di qualità e garantire la soddisfazione del cliente il Centro segue alcuni principi fondamentali:

UGUAGLIANZA: l'impegno ad erogare a tutti i cittadini uguali servizi, a prescindere da età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche psichiche ed economiche.

IMPARZIALITA' E RISPETTO: assicurare un comportamento obiettivo ed equanime da parte del personale verso tutti gli utenti della struttura, nel pieno rispetto della persona valorizzando il rapporto umano e garantendo elevata professionalità.

CONTINUITA': garantire la continuità qualitativa e la regolarità dei servizi.

DIRITTO DI SCELTA: permettere ad ogni cittadino di scegliere liberamente ed usufruire delle prestazioni rivolgendosi direttamente alla struttura accreditata prescelta.

PARTECIPAZIONE: riconoscere il diritto di collaborazione da parte dei cittadini attraverso osservazioni e suggerimenti sulla corretta erogazione delle prestazioni e sul miglioramento dei servizi

#### Obiettivi per la qualità

-Mantenere attivo ed efficace il Sistema di Gestione per la Qualità finalizzato ad un elevato livello qualitativo dei servizi erogati ed al miglioramento continuo, nel rispetto della normativa applicabile

Attraverso:

- Mantenimento di accreditamento, autorizzazione sanitaria, Modello 231 e del Sistema di Gestione per la Sicurezza
- Adeguamento del Sistema Qualità alla nuova norma UNI EN ISO 9001 e alla nuova legge sulla Privacy
- Continuità qualitativa e regolarità dei servizi
- Promozione di una pratica medica basata sui criteri di efficacia, dimostrata da evidenze scientifiche, e di appropriatezza.

-Implementare un efficace sistema di comunicazione con le parti interessate interne ed esterne

Attraverso:

- Facilitare l'accesso ai servizi e garantire la possibilità di scelta da parte del cittadino facendo conoscere le prestazioni erogate, le modalità, i tempi ed i costi.
- Garantire la tutela dei diritti e la partecipazione degli utenti attraverso l'adeguamento alle esigenze ed alle richieste dei cittadini.
- Miglioramento della comunicazione interna e coinvolgimento del personale per la realizzazione degli obiettivi
- Promuovere un rapporto trasparente e collaborativo con i soggetti pubblici e le realtà economico produttive del territorio

-Ottimizzare l'uso delle risorse organizzative, tecniche e finanziarie

Attraverso:

- Sviluppo del mercato
- Sviluppo delle risorse umane per garantire efficacia, sicurezza ed efficienza dei servizi
- Attenzione alle attrezzature ed agli ambienti, compresa l'igiene
- Integrazione e coordinamento dei requisiti, dei processi e dei fornitori

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## OBBIETTIVI SICUREZZA SUL POSTO DI LAVORO

FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE S.r.l., nello svolgimento delle proprie attività, considera la salute umana, la protezione dell'ambiente e la sicurezza sul lavoro un dovere irrinunciabile, un impegno continuo e una componente costante della propria missione.

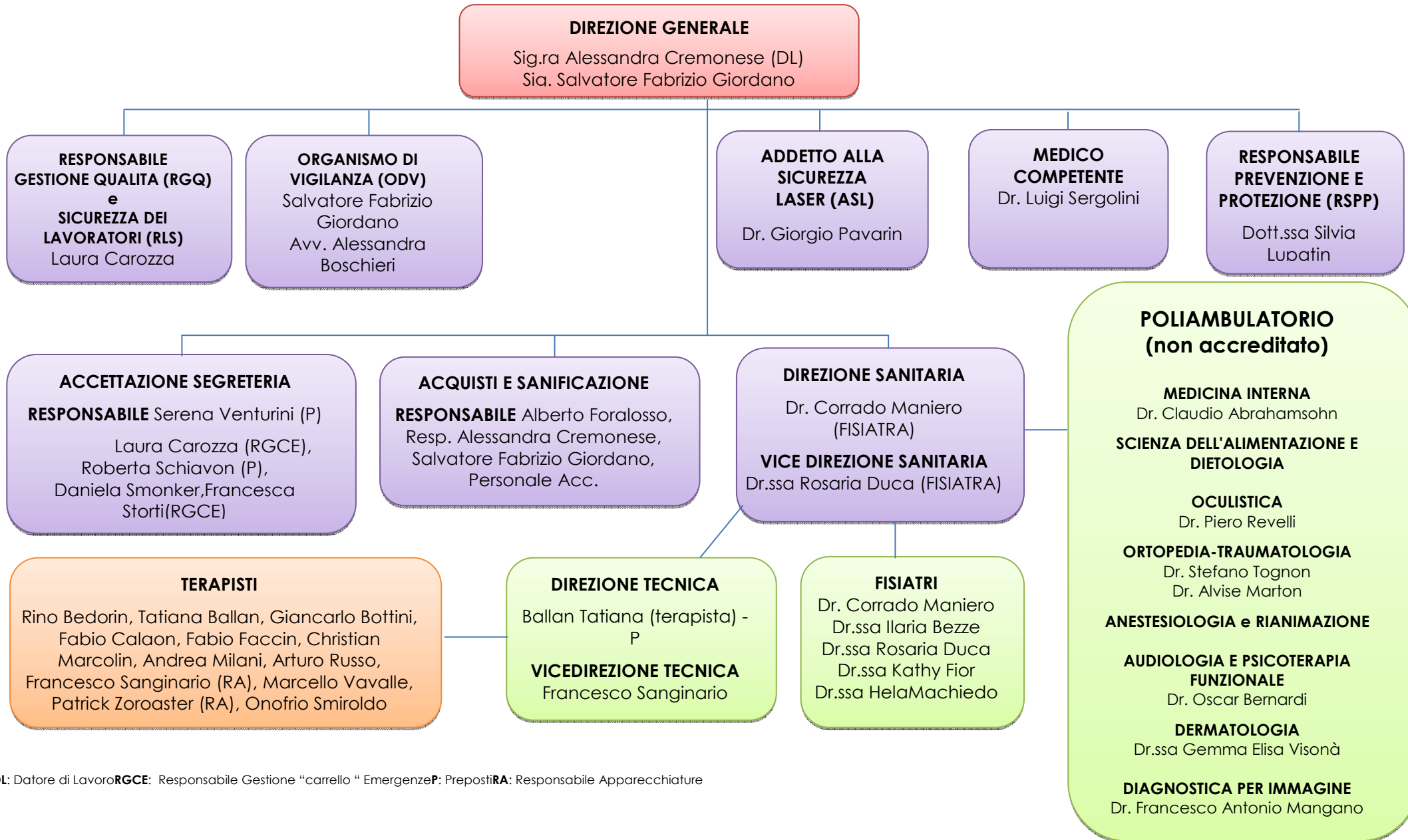
Il Datore di lavoro, attraverso questo documento, intende definire e comunicare a tutto il personale gli obiettivi da perseguire nel campo della prevenzione e protezione nei posti di lavoro secondo il D.Lgs. 81/08 e s.m.i., per la salvaguardia dei lavoratori, della popolazione e dell'ambiente. In tale ottica ha perciò emesso la Politica della sicurezza, mettendo in atto un Sistema di gestione della Sicurezza, conformemente a quanto indicato dalle linee guida UNI INAIL, per ribadire l'impegno proprio e di tutta l'organizzazione a:

- ↳ **rispettare**, nei contenuti e nei principi, le norme di legge in materia di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro applicabili alle attività, ai prodotti e ai servizi; ove possibile, applicare volontariamente ulteriori provvedimenti ritenuti necessari anche in assenza di obblighi legislativi;
- ↳ **promuovere** ogni iniziativa per prevenire, in ogni attività, l'accadimento di incidenti, che possano compromettere la sicurezza dei collaboratori, clienti e dei dipendenti;
- ↳ **fornire** le risorse, compatibilmente con i budget disponibili, necessari a garantire un SGS adeguato alla realtà aziendale;
- ↳ **sensibilizzare** ed informare tutti i dipendenti ed i collaboratori di imprese esterne sulla necessità di rispettare le norme di sicurezza e di igiene applicabili alle attività aziendali; addestrare i dipendenti ad intervenire in condizioni anomale e di emergenza così da minimizzare le eventuali conseguenze;
- ↳ **perseguire** un continuo miglioramento della gestione della sicurezza aziendale, anche attraverso l'individuazione dei rischi associati alle attività svolte e la definizione di obiettivi per la loro riduzione, in accordo con i piani di sviluppo e con il budget disponibile;
- ↳ **gestire** prodotti e utilizzare procedure che garantiscono la sicurezza dei lavoratori che operano in azienda;
- ↳ **informare** fornitori in merito alle procedure e ai principi del Sistema di Gestione della Sicurezza, coinvolgendoli, ove applicabile, nella sua attuazione;
- ↳ **Promuovere** un rapporto trasparente e collaborativo con i soggetti pubblici, privati.

La presente Politica sarà resa nota a tutti e diffusa all'interno degli ambienti di lavoro.

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 3 ORGANIGRAMMA



# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 4 GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT

### La nostra metodologia nella valutazione del rischio

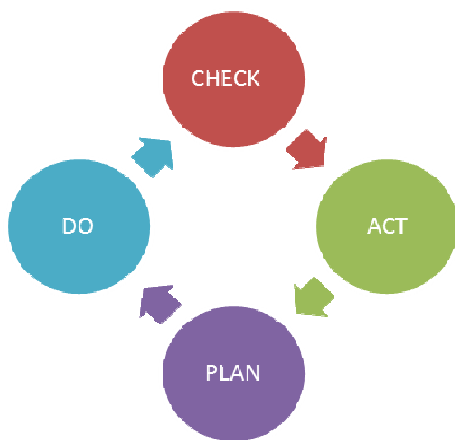
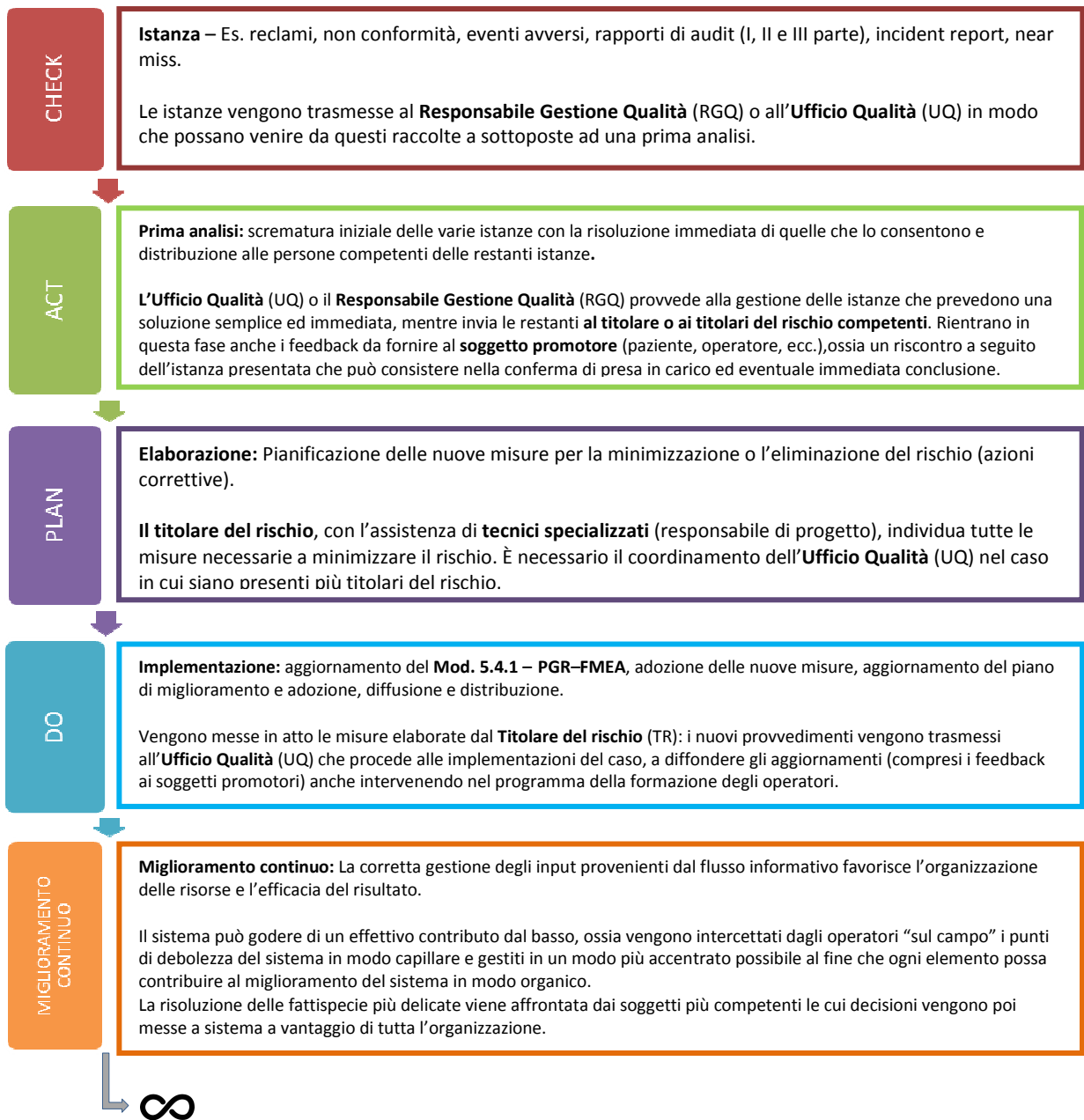
L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla Direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **“macro” obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della Direzione vengono pertanto segmentati in obiettivi secondari che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il focus degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello **Standard ISO 31000** (effetto di incertezza sugli obiettivi), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia FMEA- metodo indicato come opportuno dal legislatore.

**Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA** – Il metodo FMEA (failure mode and critical effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui prodotti e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

**Gestione dell'incident report** - Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER



## Leggenda:

**T.R:** titolare del rischio

**U.Q.:** ufficio qualità

**RGQ:** responsabile qualità

**P.G.R.:** piano di gestione del rischio

**A.C:** azione correttiva

**A.P.:** azione preventiva



# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 5 GESTIONE INCIDENT REPORT ANNO 2017

Sono stati registrati in incident report n 1 evento avverso:

-1 incident report (inciampo in segreteria di un dipendente).

Gli eventi avversi sono affrontati in modo puntuale ed organizzato.

Atri problemi rilevati, in merito soprattutto a reclami/suggerimenti dei pazienti, sono gestiti attraverso opportune azioni da personale competente con soluzioni positive nel 100% dei casi.

## 6 MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO

Sono a disposizione del cliente delle Schede Reclamo e Suggerimenti , dove il cliente può segnalare il disservizio di cui è stato partecipe.

La Direzione o il RGQ verificherà la fondatezza del reclamo e prenderà la relativa decisione che verrà formalizzata sulla scheda Non Conformità. La Direzione, se il paziente autorizza la richiesta di essere informato sul trattamento del reclamo, ha anche la responsabilità di rispondere al cliente che ha reclamato e di valutare l'apertura di un'azione correttiva.

Per quanto riguarda il reclamo verbale, è responsabilità del personale che lo riceve annotare il reclamo sempre sulla "scheda reclamo e Suggerimenti" specificando che il reclamo è verbale, mentre la Direzione valuterà l'eventualità di un'azione correttiva.

## 7 GESTIONE RECLAMI ANNO 2017

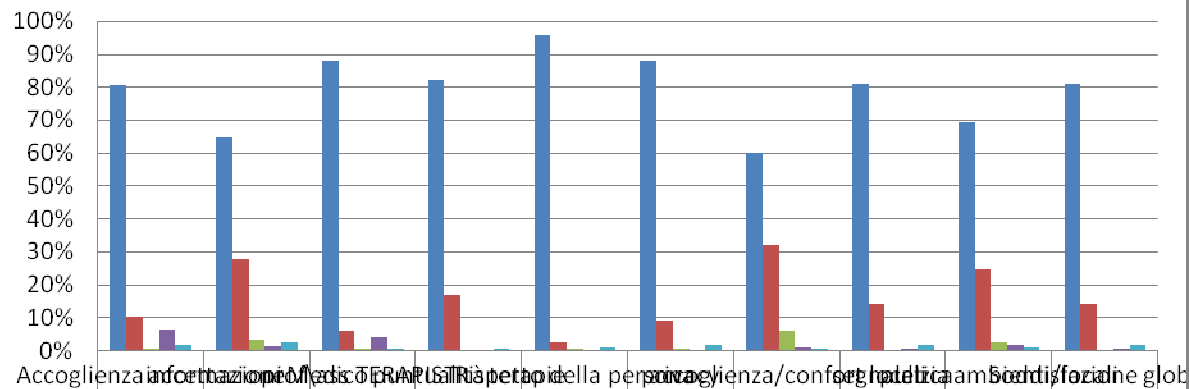
Sono stati registrati e gestiti n 4 reclami:

- 1 reclamo spogliatoio maschile non funzionale
- 1 reclamo non applicazione dell'autocertificazione per prestazioni in convenzione
- 1 reclamo difficoltà in ingresso per apertura porte in ingresso
- 1 reclamo lamentela per non corretta esecuzione trattamento terapeutico

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## 8 RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2017

**La vostra valutazione GENERALE  
per un totale 363 di di questionari rientrati su 498  
distribuiti  
da febbraio '17 ad marzo '17**



	Accoglienza	informazione	professionalità	servizio	pulizia	ripetibilità	competenza della persona	cortesia	efficienza/confidabilità	trasparenza	ambiente	soddisfazione globale
■ MOLTO	81%	65%	88%	82%	96%	88%	60%	81%	69%	81%		
■ ABBASTANZA	10%	28%	6%	17%	2%	9%	32%	14%	25%	14%		
■ POCO	1%	3%	1%	0%	1%	1%	6%	0%	3%	0%		
■ PER NIENTE	6%	1%	4%	0%	0%	0%	1%	1%	2%	1%		
■ NO RISPOSTA	2%	3%	1%	1%	1%	2%	1%	2%	1%	2%		

## RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

Si riporta una tabella di confronto delle risposte positive ottenute dalle valutazioni effettuate nel corso degli anni:

Colonna1	aprile'13	aprile'14	maggio'15	aprile'16	maggio'17
accoglienza accettazione	98%	99%	97%	94%	91%
informazioni Medico	97%	96%	92%	95%	93%
prof/ass terapeuta	98%	99%	97%	98%	95%
Puntualità terapie	99%	97%	97%	98%	99%
Rispetto della persona	100%	100%	97%	98%	98%
Privacy			89%	98%	97%
Accoglienza Comfort Struttura	96%	96%	94%	97%	92%
Segnaletica			95%	98%	95%
Pulizia struttura	98%	99%	96%	98%	94%
Soddisfazione globale	99%	99%	95%	98%	95%

## RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

### 9 RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2017

➤ **Audit interni:**

E' stato effettuato un ciclo completo di Verifiche Ispettive Interne **nel mese di luglio 2017**.  
Sono emerse 3 NC, opportunamente gestite dal RGQ e dai responsabili coinvolti.

PROCESSI documentazione di riferimento	FUNZIONE
<b>GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE POI 5</b>	➤ Responsabile Gestione Qualità
<b>APPROVVIGIONAMENTO E GESTIONE MATERIALI POI 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Direzione Generale</li> <li>➤ Responsabile Gestione Qualità                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accettazione</li> </ul> </li> <li>➤ Acquisti/Sanificazione</li> </ul>
<b>PERCORSO DEL PAZIENTE POI 09</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Direzione Sanitaria</li> <li>➤ Direzione Tecnica/ Vice DT                             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Accettazione                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Terapisti</li> <li>➤ Fisiatri</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>GESTIONE APPARECCHIATURE POI 11</b>	➤ Direzione Tecnica/ Vice DT
<b>GESTIONE RISORSE UMANE POI 18</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Direzione Generale</li> <li>➤ Direzione Tecnica/ Vice DT</li> </ul>
<b>MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO POI 13-14-17-20</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Direzione Generale</li> <li>➤ Responsabile Gestione Qualità</li> </ul>
<b>ATTIVITA' DELLA DIREZIONE MQ CAP 5</b>	➤ Direzione Generale

# RELAZIONE ANNO 2017 PER GLI STAKEHOLDER

## ➤ **Audit di terza parte:**

In data 12 e 13 settembre 2017 è stata effettuata la verifica ispettiva da parte dell'ente di certificazione CSQ secondo la norma UNI EN ISO 9001:2015 relativamente ai processi di Fisiokinesiterapia, Idrokinesiterapia, Terapia fisica e ambulatoriale della FISIOTERAPIA MEDICA (attività accreditate).

Dall'attività di auditing si è rilevata la conformità del sistema allo standard ISO 9001:2015 ed alla normativa di riferimento.

## ➤ **Risultati audit:**

Dagli audit è emerso un buon impegno da parte degli operatori nell'applicazione delle procedure stabilite. I livelli qualitativi e di conformità di legge e clinica sono molto elevati. Questo aspetto di appropriatezza, insieme agli esiti della customer satisfaction, indicano la bontà dei servizi erogati verso i pazienti.

## **10 AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2017**

L'anno 2017 ha visto:

- il passaggio del SGQ al nuovo standard Iso 9001/2015 e l'ottenimento della relativa certificazione da parte di CSQ
- la completa applicazione del sistema relativo al D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti
- la definizione e l'aggiornamento del Piano di gestione del rischio con l'applicazione del metodo FMEA.

Nel 2017 sono stati effettuati investimenti tecnologici in merito soprattutto ad attrezzature informatiche nei reparti ed ambulatori.

## **11 AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2018 – si veda punto 1.**