

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER



FISIOTERAPIA MEDICA
STUDI E RICERCHE S.R.L.

FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

ANNO 2018

DOCUMENTO ESPOSTO PRESSO LA SEDE IN ACCETTAZIONE E NEL SITO INTERNET

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

Sommario

1	LETTERA DELLA DIREZIONE.....	3
2	POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2019.....	4
	VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA	4
3	ORGANIGRAMMA	6
4	GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT.....	7
5	INCIDENT REPORT ANNO 2018	9
6	MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO	10
7	GESTIONE RECLAMI ANNO 2018.....	10
8	RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2018	11
9	RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2018	12
10	AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2018.....	13
11	AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2019 – si veda punto 1.....	13

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

1 LETTERA DELLA DIREZIONE

Dall'anno 2018 il Sistema di gestione qualità è sempre di più lo strumento per gestire in modo efficace ed efficiente i modelli organizzativi aziendali sviluppati per la conformità a:

- Standard Iso 9001
- L.R. 22/02 Autorizzazione all'esercizio e accreditamento
- Legge sul Trattamento dei dati
- D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti
- D.Lgs 81/2008 e sistema di gestione per la sicurezza.

Questo **Sistema Integrato**, 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 annuali e pluriannuali:

N°	Descrizione obiettivo	Tempistiche
1	Continuare ad analizzare i bisogni del bacino di utenza e fornire maggiori servizi sviluppando il mercato privato	2019-2020
2	Completare la definizione dell'Outcome clinico e procedere con la relativa applicazione	2019
3	Mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	2019
5	Completare la semplificazione e l'informatizzazione del sistema GQ	2019
6	Continuare con il miglioramento della struttura e delle attrezzature	2019
7	Valutare lo sviluppo di strumenti di valutazione dei collaboratori	2019

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

2 POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2019

VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA

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, orientamento sessuale, 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 ed autorizzazione sanitaria, Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001, Modello 231 e Sistema di Gestione per la Sicurezza

-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

Obiettivi per la sicurezza

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;

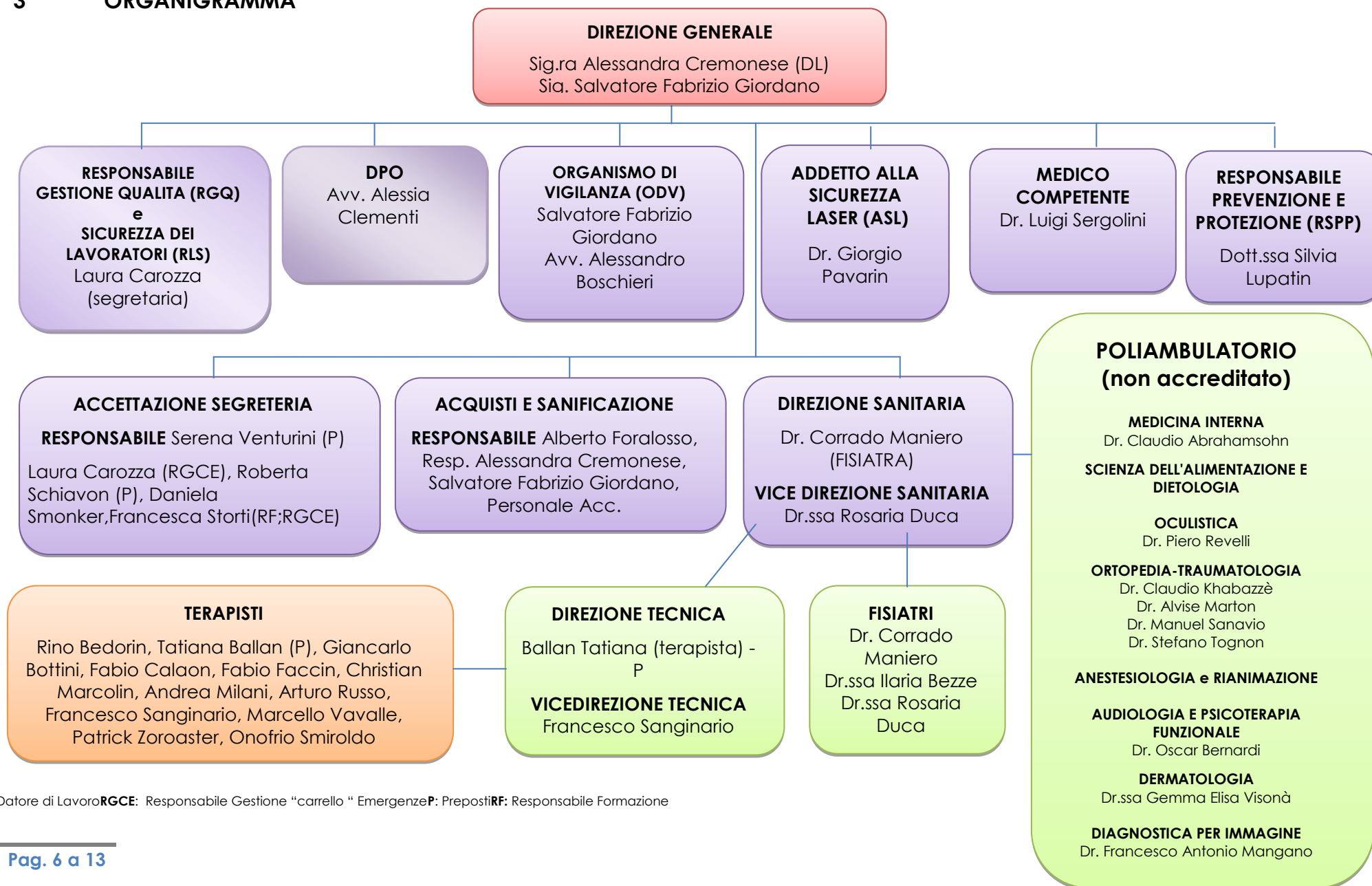
RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

- ↪ **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.

Tali principi sono presenti anche nella **Carta dei Servizi** della struttura.

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

3 ORGANIGRAMMA



DL: Datore di Lavoro RGCE: Responsabile Gestione "carrello " Emergenze P: Preposti RF: Responsabile Formazione

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

4 GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT

La nostra metodologia nella valutazione del rischio

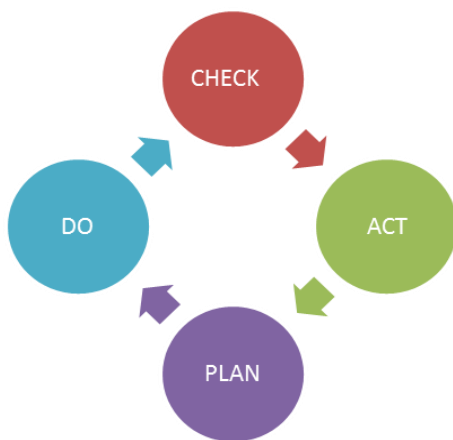
L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla Direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **“macro” obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della Direzione vengono pertanto segmentati in obiettivi 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 2018 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 2018 PER GLI STAKEHOLDER

5 INCIDENT REPORT ANNO 2018

IR N°	DATA	LUOGO EVENTO	DESCRIZIONE DELLE EVENTO	N. AC
1	04.01.18	Reparto blu	Frigo per la conservazione farmaci, allarme sonoro	-
2	23.04.18	Segreteria	Problemi di apertura cartelle in pc dovuto a virus	2
3	21.05.18	Centro	Struttura non aperta, pazienti fuori in attesa	-
4	01.06.18	Reparto verde	I pazienti si lamentano perché gli è stata prospettata non continuità	-
5	21.06.18	Centro	Lavori di muratura durante orario di servizio, creato disagio	-
6	03.07.18	Segreteria	Connessione internet sempre più lenta	-
7	19.07.18	Palestra 1° piano	Fragilità del paziente, causato ematoma in fase di terapia	-
8	10.10.18	Reparti	Richiesta cambio turno del paziente, ma mancata comunicazione tra terapisti	-
9	24.10.18	Ambulatorio	Malessere paziente	-

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.

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

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 2018

Nel **2018** sono state riscontrate le seguenti non conformità e reclami :

NC N°	DATA	GENERALITA'	DESCRIZIONE E CAUSA	RILEVATO DA	DATA DI CHIUSURA	N. AC
1	07/02/18	scheda reclamo	finestre aperte in reparto nel periodo invernale	RGQ	16/02/18	1
2	19/04/18	scheda reclamo	durante la terapia i pazienti non vengono seguiti adeguatamente	RGQ		
3	06/06/18	VII	temperatura ambiente non idonea	RGQ	21/06/18	2

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

8 RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2018

La distribuzione dei questionari di gradimento, per i medici e generale, è stata effettuata nei mesi di novembre e dicembre 2018, di conseguenza l'analisi è ancora in sviluppo.

In merito all'analisi effettuata a febbraio e marzo 2018 i risultati sono:

Da febbraio 2018 ad marzo 2018 è stata effettuata la distribuzione dei questionari sul gradimento sia per la valutazione sulle visite fisiatriche e sulla soddisfazione dell'utente: per la soddisfazione generale, sono stati distribuiti 446 questionari e ne sono rientrati compilati 293.

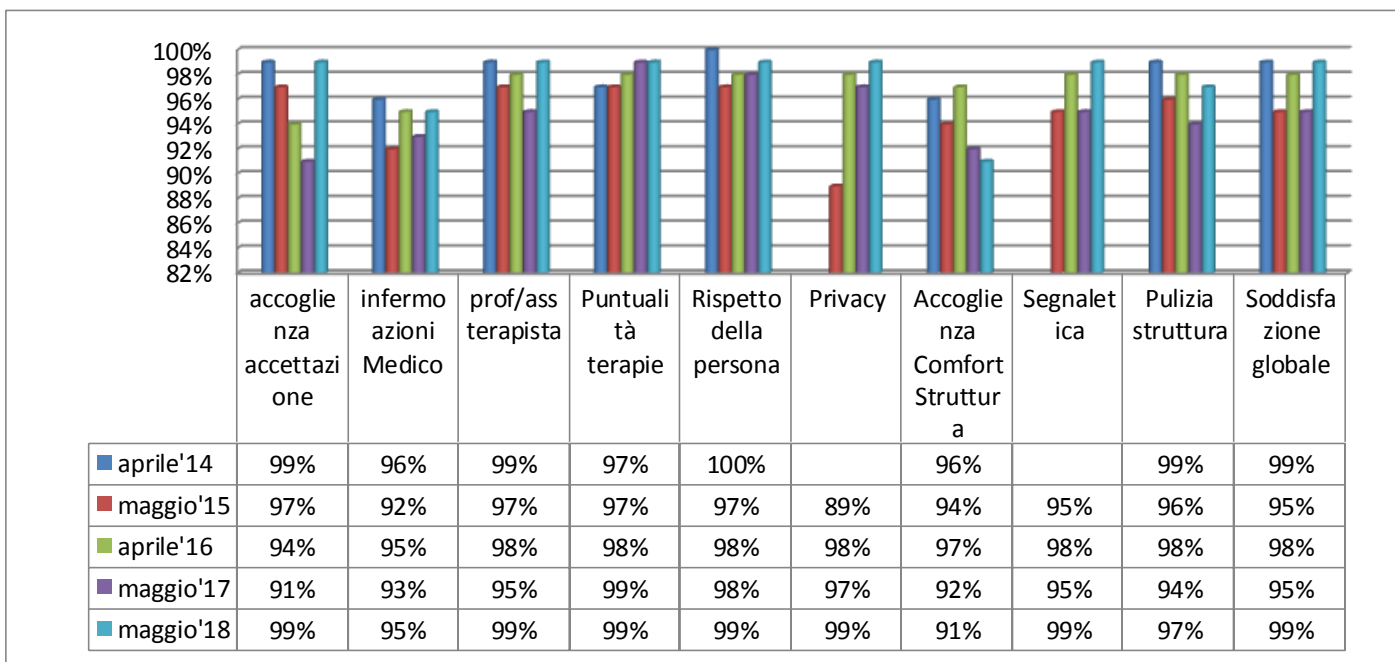
I risultati dell'indagine sono riepilogati negli istogrammi allegati, che sono stati anche esposti all'utenza con un breve commento. Tali risultati sono stati precedentemente commentati nell'analisi degli obiettivi.

Si riporta grafico delle valutazioni effettuate nel corso degli anni, indicando la somma delle percentuali dei valori molto e abbastanza.

I suggerimenti rilevati, attraverso la distribuzione del questionario, sono stati esaminati dalla Direzione.

Purtroppo alcuni suggerimenti prevedrebbero cambiamenti strutturali che non sono possibili effettuare (come ad esempio parcheggio auto, ampliare gli spogliatoi); è stato preso in considerazione la modifica della segnaletica del corridoio ingresso via A.Costa e segnaletica a terra ingresso da via Cavallotti, alcune segnalazioni sono state già prese in considerazione (es. regolamentazione accesso vasca riabilitativa, monitor per esercizi in acqua, nuovo deumidificatore reparto vasca riabilitativa, sanificazione).

Si è rilevata una scarsa collaborazione da parte dei terapisti nella distribuzione e sensibilizzazione ai pazienti sulla compilazione del questionario.



RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

9 RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2018

E' stato effettuato un ciclo completo di VII nel mese di giugno 2018.

Dai risultati delle Verifiche Ispettive Interne svolte finora è emerso un buon impegno da parte degli operatori nell'applicazione delle procedure stabilite, e sono emerse 1 NC con apertura di 1 AC.

Le verifiche ispettive IMQ ISO 9001/2015 sono state effettuate nel mese di luglio 2018 con esito positivo:

Questi le opportunità di miglioramento gestite con opportune AC:

1	Nell'analisi del contesto migliorabile la descrizione dei fattori legati ad aspetti finanziari , societari e tecnologici.
2	Migliorabile la valutazione dei rischi nell'erogazione dei servizi (es: rischi ambientali, 61 UNI EN ISO 9001:2015 assicurativi, clinici).
3	Continuare nell'opera di sensibilizzazione di tutto il personale relativamente alla cultura della segnalazione.
4	Nelle informative date ai clienti (es: sito web, carta dei servizi e servizio telefonico) è opportuno chiarire la gestione dei dati personali e sensibili
5	Aggiornare il sito web (es: allineamento terapie presenti su carta dei servizi, specifiche delle prestazioni erogate)
6	Migliorabile la gestione dei controlli del pallone di Ambu e del defibrillatore
NOTE DEL TEAM DI AUDIT	Pregevoli risultano gli investimenti relativi a nuove apparecchiature (due tecarterapie, una paraffinoterapia, impianto di deumidificazione nel locale della vasca riabilitativa).

Focus su audit clinici:

Il primo Audit clinico è stato effettuato a dicembre, prendendo in considerazione il mese di novembre 2018, con esito positivo.

RELAZIONE ANNO 2018 PER GLI STAKEHOLDER

10 AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2018

Progetti terminati

Il 2018 ha visto:

- l'autorizzazione del nuovo servizio di Diagnostica per immagini
- l'adeguamento al nuovo Regolamento Europeo sulla privacy
- la prima analisi del rischio clinico
- il superamento della visita di certificazione ISO 9001

Progetti in corso:

Mantenimento dei modelli organizzativi aziendali

Automatizzazione delle valutazioni dell'outcome

Automatizzazione della valutazione VAS per i post operati

Continuo miglioramento della struttura

11 AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2019 – si veda punto 1.