

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER



FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

ANNO 2019

DOCUMENTO ESPOSTO PRESSO LA SEDE IN ACCETTAZIONE E NEL SITO INTERNET

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

Sommario

1	LETTERA DELLA DIREZIONE.....	3
2	POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2020.....	5
	VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA	5
3	ORGANIGRAMMA	7
4	GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT.....	8
5	INCIDENT REPORT ANNO 2019	10
6	MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO	11
7	GESTIONE RECLAMI ANNO 2019	11
8	RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2019	12
9	RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2019	14
10	AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2019	15
11	AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2020 – si veda punto 1.....	15

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

1 LETTERA DELLA DIREZIONE

Dall'anno 2019 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.

In particolare, nel corso del 2019 è stato dato notevole impulso ai seguenti aspetti:

- **aggiornamento della documentazione del sistema qualità con lo scopo di:**
 - completare l'adeguamento del SGQ ai nuovi requisiti di accreditamento, in particolare relativamente agli aspetti relativi all'interpretariato, alla registrazione dell'audit clinico, agli aspetti direzionali compresi quelli relativi all'analisi HTA, alle attività del poliambulatorio;
 - aggiornare linee guida e protocolli;
 - sviluppare strumenti di valutazione dei collaboratori medici e del personale interno.
 - continuare con lo snellimento del SGQ.
- **comunicazioni interne ed esterne, grazie al coinvolgimento del personale** in merito al SGQ ed alla relative procedure attraverso riunioni, incontri di sensibilizzazione, condivisione della documentazione attraverso cartella informatica. Si è proceduto inoltre al coinvolgimento di associazioni e medici attraverso l'invio della carta dei servizi aziendale agli stessi.

A luglio 2019 è stata superata la visita dell'ente di certificazione CSQ e la visita di accreditamento da parte di Azienda Zero.

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.

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

Si riportano di seguito gli obiettivi aziendali annuali e pluriannuali:

<i>N°</i>	<i>Descrizione obiettivo</i>	<i>Metodologia di raggiungimento</i>	<i>Tempistiche</i>
1	Continuare ad analizzare i bisogni del bacino di utenza e fornire maggiori servizi sviluppando il mercato privato	-Sviluppare il servizio riabilitazione uro ginecologica -Incremento della pubblicità	2020-2021
2	Completare la definizione dell'Outcome clinico e procedere con la relativa applicazione	Aggiornamento software GIPO, Formazione e coinvolgimento del personale per l'applicazione della IDL Outcome clinico. Migliorare analisi del monitoraggio protocolli inserendo la valutazione dei risultati (post operati ginocchio, intervento crociato, menisco, protesi...) nell'audit clinico	2020
3	Mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Superamento rinnovo autorizzazione sanitaria	Ottobre 2020
4	Continuare con il miglioramento della struttura e delle attrezzature	Verifica stato avanzamento lavori	2020
5	Continuare ad investire nella formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento di tutti i collaboratori	Riunioni, incontri, verifica ECM	2020

Piano di miglioramento della gestione del rischio marzo 2020 (PGR 2020)

Il piano gestione del rischio per la qualità e per il rischio clinico è stato aggiornato a marzo 2020, soprattutto per quanto riguarda l'emergenza Covid 19 (Mod. 21.01– PGR–FMEA (allegato al presente Riesame, insieme all'analisi del Contesto).

Sono stati definiti 8 obiettivi di miglioramento e le relative pianificazioni degli interventi.

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

2 POLITICA DELLA QUALITÀ' ANNO 2020

VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITÀ' 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, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche psichiche ed economiche.

IMPARZIALITÀ' 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.

CONTINUITÀ': 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;

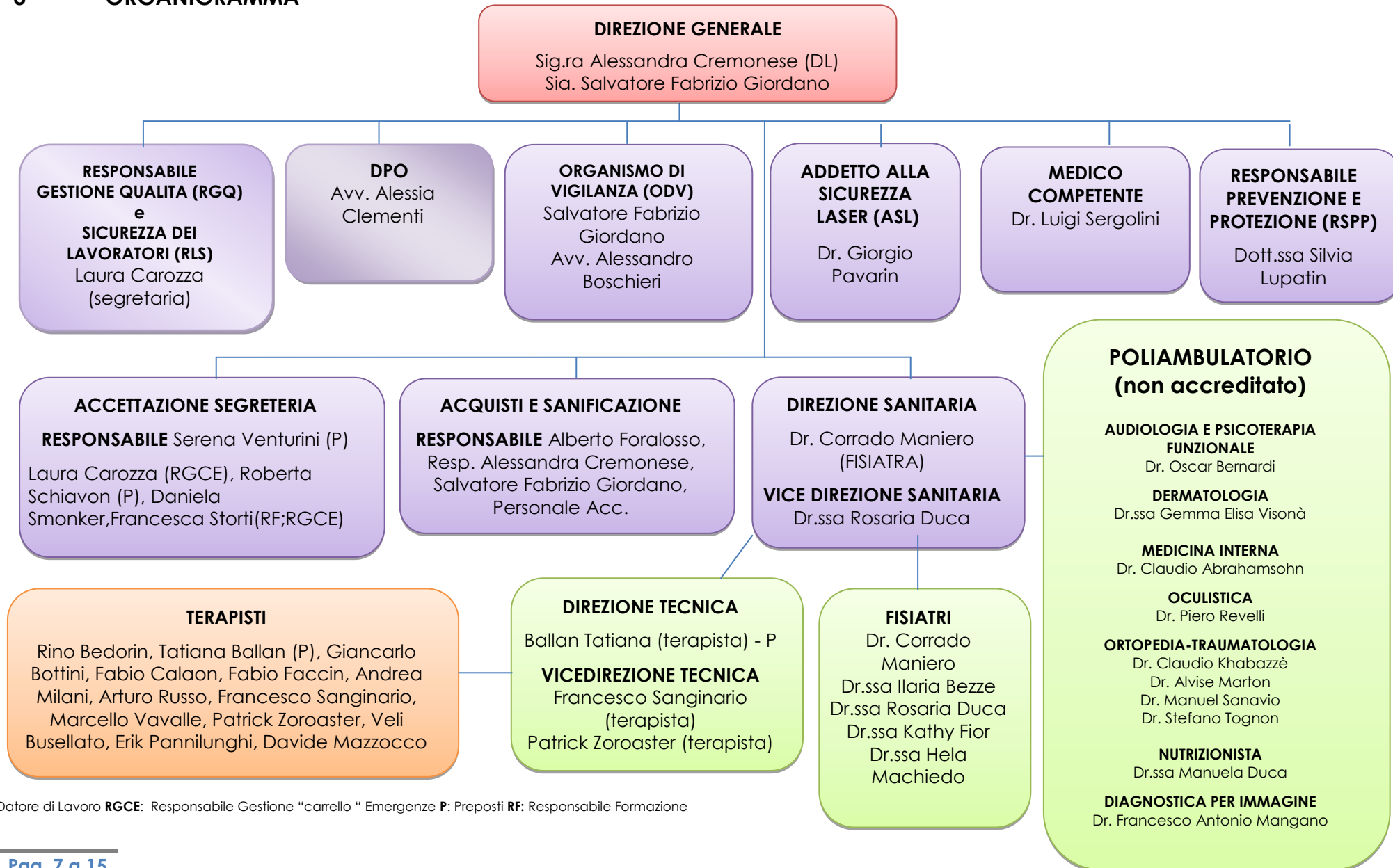
RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

- ↪ **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 2019 PER GLI STAKEHOLDER

3 ORGANIGRAMMA



RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

4 GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT

La nostra metodologia nella valutazione del rischio

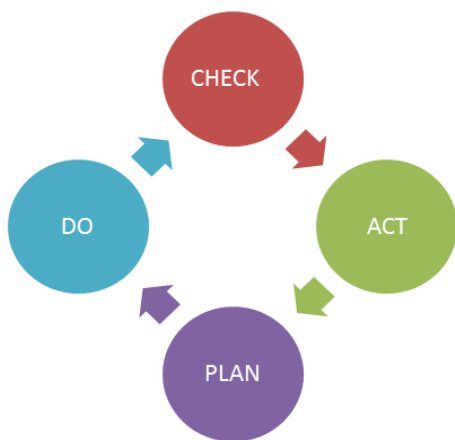
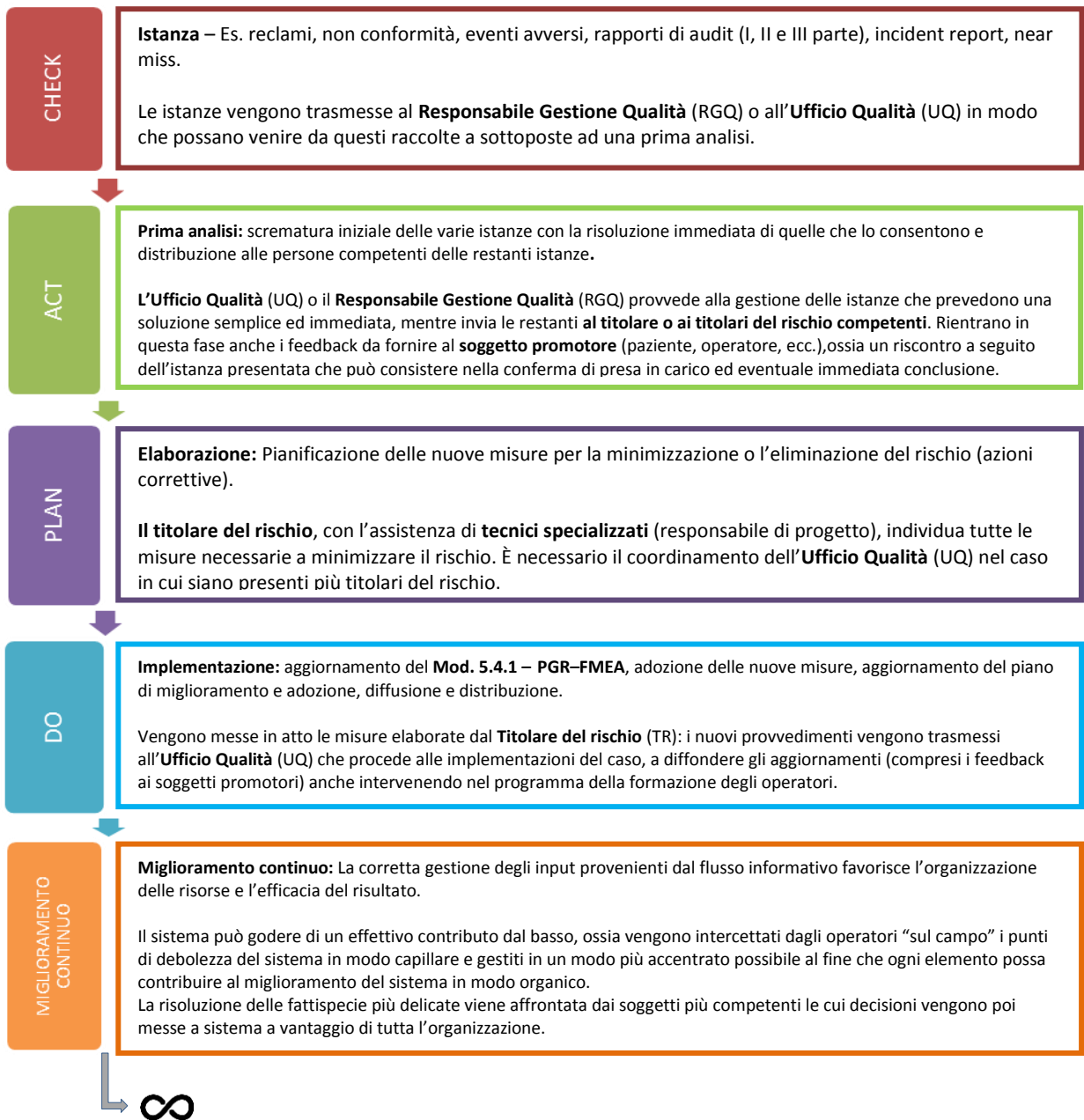
L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla Direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei **“macro” obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della Direzione vengono pertanto segmentati in obiettivi 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 2019 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 2019 PER GLI STAKEHOLDER

5 INCIDENT REPORT ANNO 2019

IR N°	DATA	LUOGO EVENTO	DESCRIZIONE DELLE EVENTO
1	23.01.19	Reparto Rosso	Problemi con PC, mancato collegamento wi-fi
2	28.01.19	Reparto Verde	Pz cade dal lettino senza attendere terapeuta
3	18.04.19	Reparto Verde	Malore paziente
4	05.04.19	Accettazione+ ambulatori	Problemi con GIPO
5	10.07.19	Reparto verde	Passaggio con ostacoli
6	11.07.19	Palestra Piano Terra	Attrezzatura non visibile
7	17.07.19	Palestra Piano Terra	Gamba letto ha ceduto con pz
8	15.11.19	Scale	La pz inciampa nel suo ombrello cadendo
9	22.11.19	Vasca riabilitativa	Sorveglianza del terapeuta dei pazienti in trattamento

RELAZIONE ANNO 2019 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 2019

Nel **2019** sono state riscontrate le seguenti non conformità e reclami :

NC N°	DATA	GENERALITA'	DESCRIZIONE E CAUSA	DATA DI CHIUSURA
1	03/05/19	fornitore	non ancora sistemato rete WIFI	27/09/19
2	12/06/19	reclamo verbale	dolori dopo terapie eseguite da collega sostituto	02/07/19
3	12/11/19	reclamo verbale	la paziente reclama di non essere seguita in vasca riabilitativa per tutta la durata del trattamento	13/11/19
4	18/10/19	reclamo scritto	la paziente lamenta poco impegno da parte del terapeuta nel trattamento sia a secco che in acqua	20/12/19

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

8 RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2019

La distribuzione dei questionari di gradimento dell'utenza, su visite specialistiche e per valutazione generale, è stata effettuata nel mese di luglio e nei mesi di novembre e dicembre 2019, per il 2° periodo di distribuzione l'analisi è ancora in sviluppo.

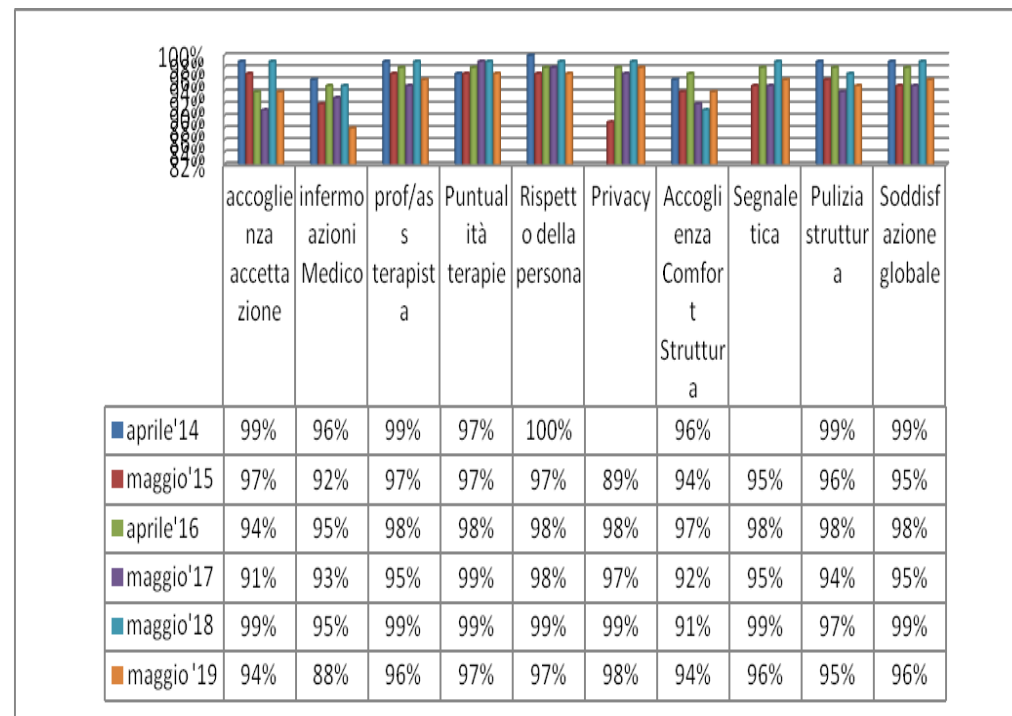
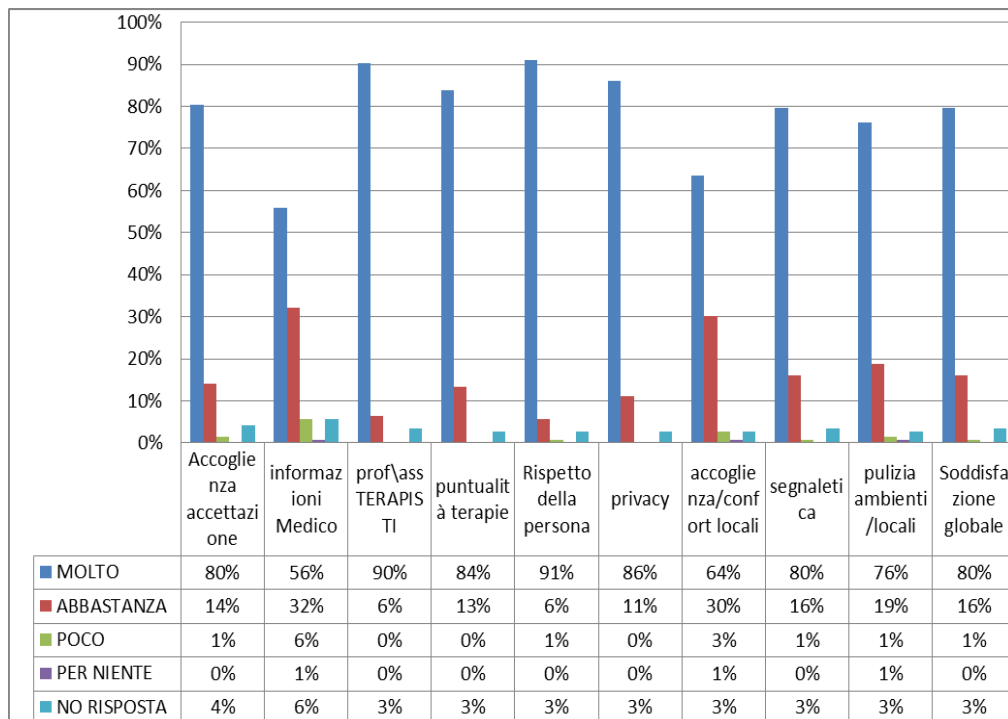
In merito all'analisi effettuata a luglio 2019 i risultati sono: sono stati distribuiti 221 questionari e ne sono rientrati compilati 143 pari al 65%.

- 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. Nonostante i risultati siano in leggera flessione essi sono positivi e soddisfano gli obiettivi. Punti di forza sono la "professionalità ed assistenza dei fisioterapisti" , il "rispetto della persona" e "rispetto della Privacy". Appare migliorabile l'aspetto relativo alle informazioni date dai medici. In tal senso è aperta un'azione di miglioramento nell'Analisi FMEA: "definire meglio le modalità di comunicazione con i pazienti nel Poliambulatorio (es uniformare gestione referti, consenso informato) e sensibilizzare/formare il personale in merito (medici). Rilevare la soddisfazione degli utenti rispetto ai medici del poliambulatorio."

L'analisi dei suggerimenti emersi rileva:

- Telecamera in zona piscina, in quanto non sempre presidiata da operatore: " è stato interpellato DPO, non è possibile l'installazione perché richiederebbe un monitor di controllo, per l'operato presente nel reparto adiacente";
- Ci dovrebbe essere un fisioterapista in piscina sempre presente per valutare se i movimenti fatti sono correttamente eseguiti: " si sta valutando l'assunzione di un ulteriore terapeuta da inserire nel turno mattutino (visto la maggior affluenza di pazienti)";
- Purtroppo lo spogliatoio femminile è troppo piccolo possono starci max 2 persone. Pure le cassette di sicurezza sono poco capienti: "purtroppo sono cambiamenti strutturali che non sono possibili effettuare";
- Suggerirei di dotare le docce con del bagno schiuma: " non preso in considerazione";
- Aumentare la flessibilità degli orari per le visite ecografiche (non solo ven dopo le 16.30 ma per esempio 1 settimana il ven e una un altro giorno): " non è possibile, questa è la disponibilità che da lo specialista";
- trovo che lo spogliatoio relativo alla piscina sia troppo piccolo: "purtroppo sono cambiamenti strutturali che non sono possibili effettuare".

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER



RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

9 RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2019

E' stato effettuato un ciclo completo di VII nel mese di giugno 2019.

Dai risultati delle Verifiche Ispettive Interne svolte finora è emerso un buon impegno da parte degli operatori nell'applicazione delle procedure stabilite.

Le verifiche ispettive IMQ ISO 9001/2015 sono state effettuate nel mese di luglio 2019 con esito positivo:

Questi le opportunità di miglioramento gestite con opportune AC:

1	Migliorabile le informazione contenute nel sito web e nella carta dei servizi (es: prestazioni certificate e non certificate, prestazioni private e convenzionate)
2	Completare la raccolta dei certificati ECM del personale e dei collaboratori
3	Continuare la sensibilizzazione di tutto il personale relativamente alla cultura delle registrazioni delle non conformità, dei reclami, degli incident report e delle segnalazioni
4	Migliorabile la gestione delle emergenze (es: registrazione temperatura minima-massima del frigorifero dell'ambulatorio b, modalità del controllo del pallone di Ambu e delle maschere, formalizzazione di una scheda relativa al defibrillatore semiautomatico)
5	Migliorabile la modulistica di registrazione relativa al primo soccorso

Focus su audit clinici:

L' Audit clinico è stato effettuato a giugno 2019 prendendo in considerazione il mese di maggio 2019, con esito positivo.

ATTIVITA' ODV

Trimestralmente l'ODV effettua verifiche, con relativi report.

Non sono state emesse misure disciplinari per mancato rispetto dei compiti indicati nel Modello 231.

RELAZIONE ANNO 2019 PER GLI STAKEHOLDER

10 AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2019

Progetti terminati

Il 2019 ha visto:

- Mantenimento della conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale
- Continua semplificazione, informatizzazione e miglioramento del sistema GQ
- Continuo miglioramento della struttura e delle attrezzature
- Superamento della visita di certificazione ISO 9001
- Continuo coinvolgimento del personale in merito al SGQ

Progetti in corso:

Mantenimento dei modelli organizzativi aziendali

Automatizzazione delle valutazioni dell'outcome - valutazione VAS per i post operati

Continuo miglioramento della struttura e del SGQ

11 AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2020 – si veda punto 1.