

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER



FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

LA DIREZIONE, il 25.03.2022

DOCUMENTO ESPOSTO PRESSO LA SEDE IN ACCETTAZIONE E NEL SITO INTERNET

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## Sommario

1	LETTERA DELLA DIREZIONE .....	3
2	POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2022.....	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 2021 .....	10
6	MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO .....	10
7	GESTIONE RECLAMI E NON CONFORMITA' ANNO 2021 .....	11
8	RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2021 .....	12
9	RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2021 .....	15
10	AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2021 .....	16
11	AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2022 – si veda punto 1.....	16

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 1 LETTERA DELLA DIREZIONE

Anche nell'anno 2021 il Sistema di gestione qualità è 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 2021 è stato dato notevole impulso ai seguenti aspetti:**

-gestione emergenza sanitaria Covid 19 con lo scopo di:

recepire in continuo la normativa e le linee guida di riferimento, attuandone le prescrizioni ed adeguando il protocollo anticovid19 e la documentazione del SGQ aziendale con il coinvolgimento di tutto il personale

-comunicazioni interne ed esterne, per il miglioramento della comunicazione del personale e con il paziente (es. consegna della documentazione sanitaria, riconoscimento attivo del paziente, gestione Incident Report)

-sanificazioni: implementazione delle stesse anche per far fronte all'emergenza sanitaria e miglioramento della relativa gestione attraverso registrazioni specifiche.

A luglio 2021 è stata superata la visita dell'ente di certificazione CSQ con esito positivo.

A giugno 2021 è stata superata la visita da parte dell'ULSS per il Comune di Padova, per rinnovo Autorizzazione all'esercizio con esito positivo.

## RELAZIONE ANNO 2021 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>Responsabile e Risorse investite</i>	<i>Tempistiche</i>
1	Continuare ad analizzare i bisogni del bacino di utenza e fornire maggiori servizi sviluppando il mercato privato	Investimenti in pubblicità	DS, DIR	2022-2023-2024
2	Migliorare analisi del monitoraggio outcome clinico	Migliorare analisi del monitoraggio protocolli inserendo la valutazione dei risultati (post operati ginocchio, intervento crociato, menisco, protesi...) nell'audit clinico	DG,DT DS	2022-2023
3	Mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Superamento rinnovo accreditamento istituzionale. Continuare con il miglioramento del SGQ mantenendo anche la certificazione UNI EN ISO 9001-2015	DIR, Consulente esterno	2022
4	Continuare con il miglioramento della struttura e delle attrezzature	Verifica stato avanzamento lavori	DIR	2022
5	Continuare ad investire nella formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento di tutti i collaboratori	Riunioni, incontri, verifica ECM	DIR	2022

### Piano di miglioramento della gestione del rischio dicembre 2021 (PGR 2021)

Il piano gestione del rischio per la qualità e per il rischio clinico è stato aggiornato a dicembre 2021 (Mod. 21.01– PGR–FMEA)

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

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 2 POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2022

### 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, 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 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;

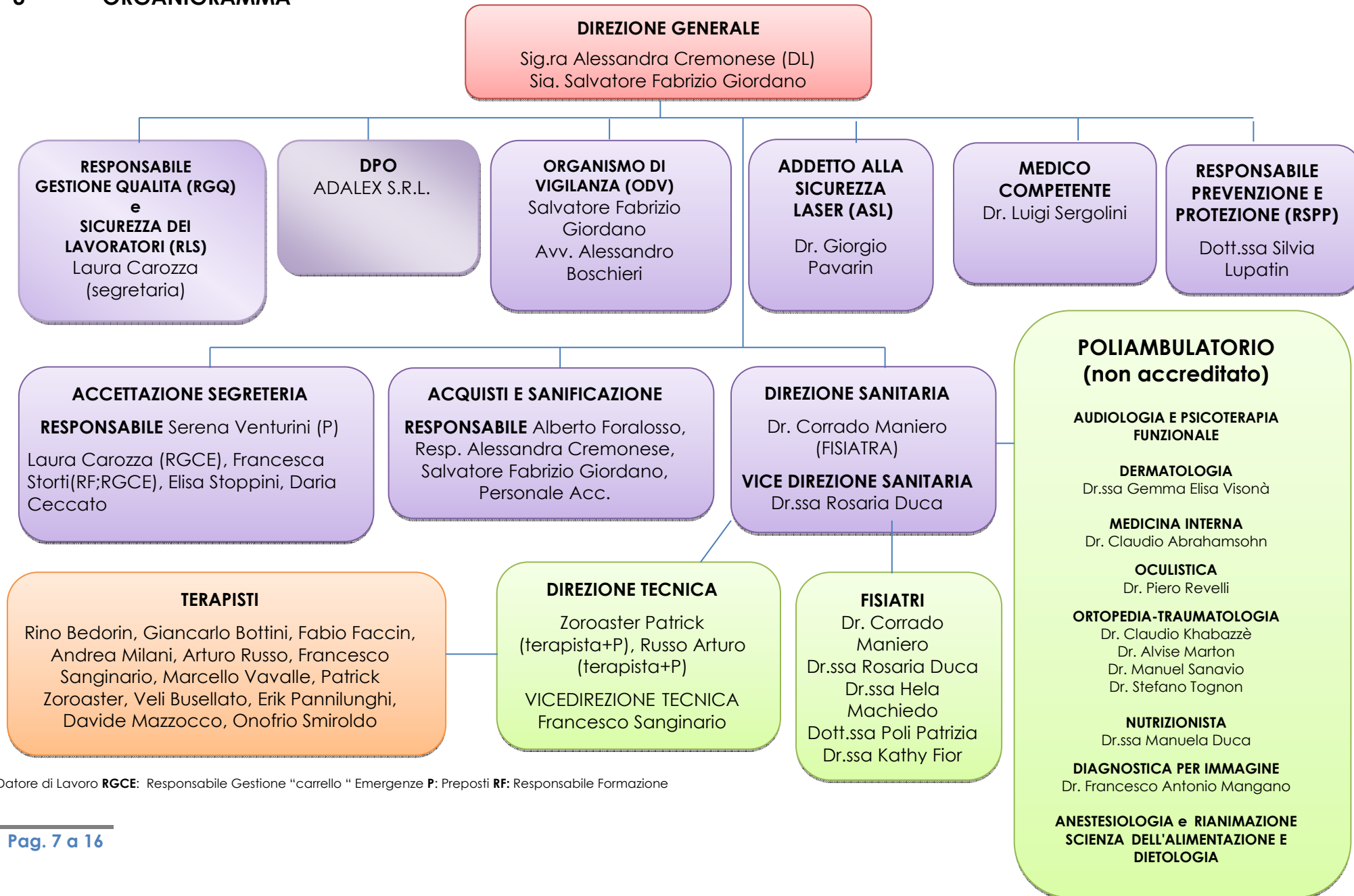
# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

- ↪ **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 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 3 ORGANIGRAMMA



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

# RELAZIONE ANNO 2021 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**.

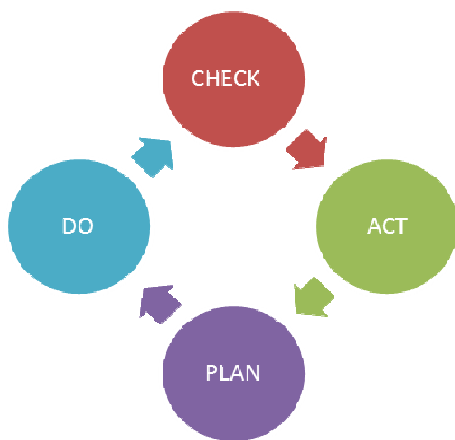
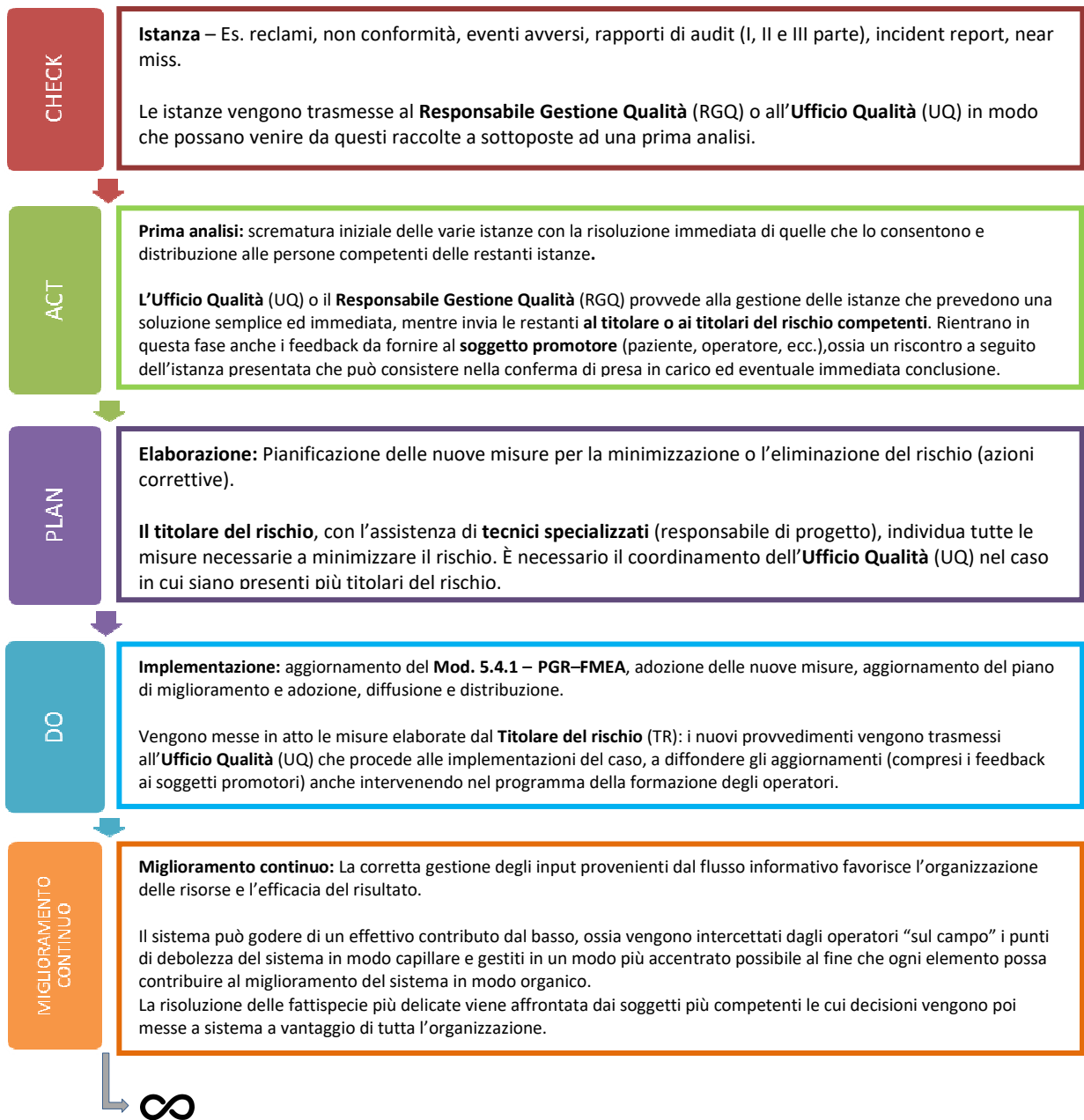
Seguendo la definizione di rischio dello **Standard ISO 31000** (effetto di incertezza sugli obiettivi), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia 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 2021 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 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 5 INCIDENT REPORT ANNO 2021

N°	DATA	OPERATORE	LUOGO EVENTO	DESCRIZIONE DELLE EVENTO	N. AC
1	30.04.2021	Dott. Maniero	Ingresso via Cavallotti	Paziente scivolato	-
2	07.05.2021	Arturo	Rep. Blu	Trattamento tecar	-
3	13.09.2021	Arturo	Palestra 1° piano	Trattamento tecar	-
4	12.10.2021	Patrick	Vasca riabilitativa	Paziente scivolato	-

## 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.

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 7 GESTIONE RECLAMI E NON CONFORMITA' ANNO 2021

Nel **2021** sono state riscontrate le seguenti non conformità e reclami :

N.	DATA APERTURA	ORIGINE	DATA PREVISTA ATTUAZIONE	DATA VERIFICA	ESITO VERIFICA EFFICACIA	AC
1	28.01.2021	reclamo verbale paziente	02.2021	08.02.2021	N	-
2	22.03.2021	reclamo verbale paziente	23.03.2021	30.03.2021	P	-
3	26.03.2021	reclamo verbale paziente	26.03.2021	31.05.2021	P	-
4	04.05.2021	organizzazione interna mancata documentazione	05.2021	24.05.2021	P	-
5	22.06.2021	problemi software	06.2021	23.06.2021	P	-
6	23.06.2021	organizzazione interna mancata documentazione	immediata	28.06.2021	P	-
7	25.06.2021	organizzazione lavoro	06.2021	25.06.2021	P	-
8	28.07.2021	Mancato coordinamento	28.07.2021	05.08.2021	P	-
9	28.07.2021	Dimenticanza programmazione	Subito	07.09.201	P	-
10	23.09.2021	Mancata/inesatta lettura documentazione	Fine 2021	17.12.2021	P	-
11	01.10.2021	Procedure non seguite correttamente	Fine 2021	17.12.2021	P	-

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

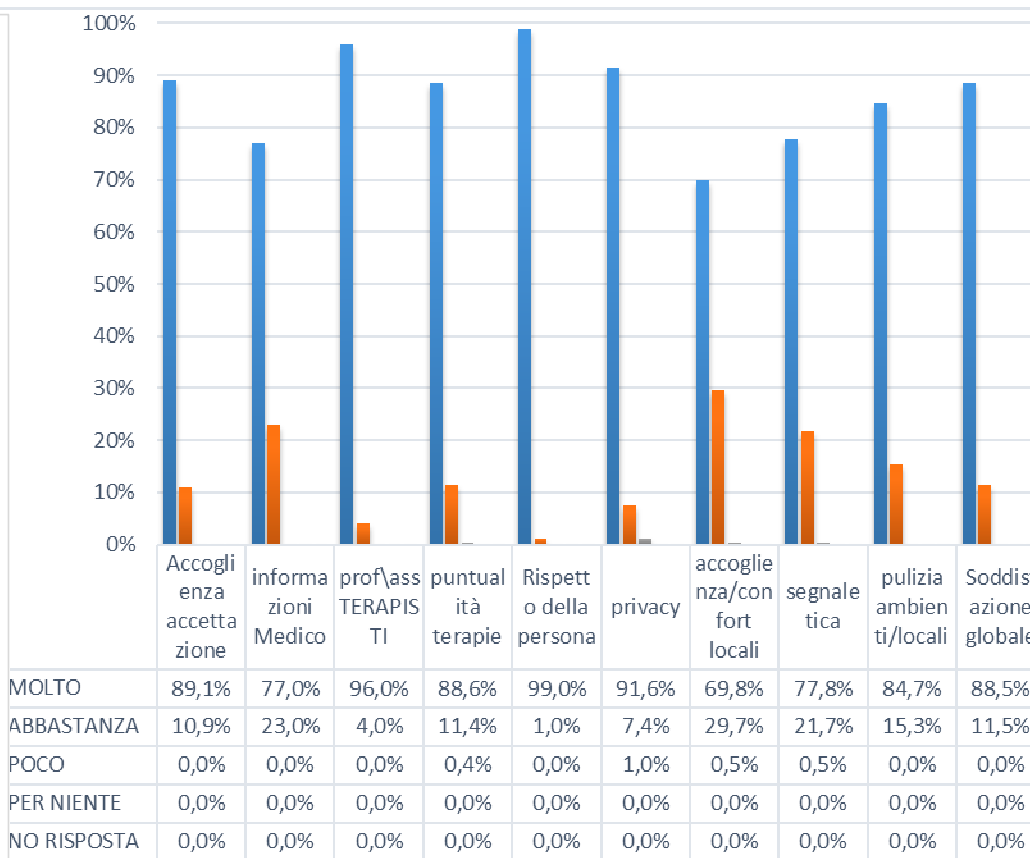
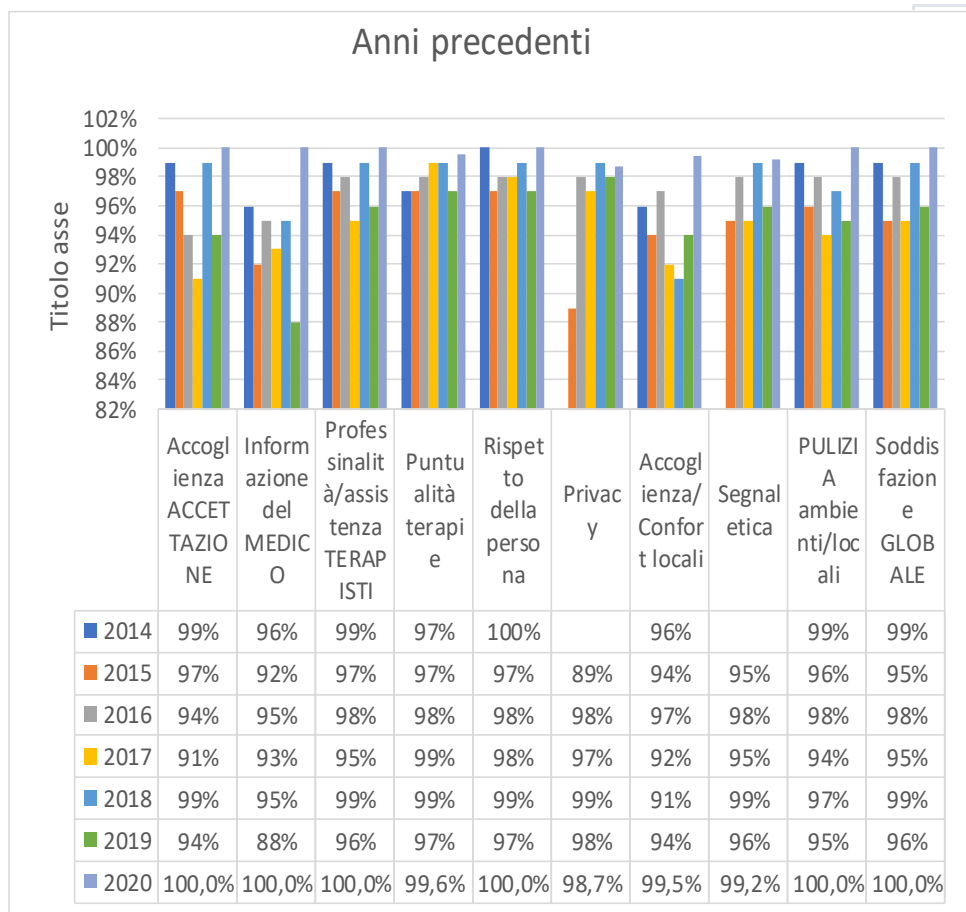
## 8 RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2021

La distribuzione dei questionari di gradimento dell'utenza, su visite specialistiche e per valutazione generale, è stata effettuata nel mese di dicembre 2021.

In merito all'analisi effettuata i risultati sono:

- sono stati distribuiti 298 questionari e ne sono rientrati compilati 203 pari al 68%.
- Il risultato globale di soddisfazione dei clienti è pari al 100% (sommando i molto e gli abbastanza).
- 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 risultati sono molto positivi, in linea con lo scorso anno e soddisfano gli obiettivi previsti. Anche i suggerimenti dei pazienti sono stati esaminati dalla Direzione.
- Punti di forza rimangono la "professionalità ed assistenza dei fisioterapisti", il "rispetto della persona" e "rispetto della Privacy". Appare ancora migliorabile l'aspetto relativo alle informazioni date dai medici, la puntualità di alcuni professionisti, il confort degli ambienti e la segnaletica. In tal senso la Direzione continua a effettuare lavori di manutenzione, a mantenere la struttura accogliente e confortevole, a monitorare la cartellonistica, l'ordine della struttura, e a sensibilizzare i medici, il DS in primis, durante le riunioni periodiche in merito all'importanza della puntualità ed alle informazioni date ai pazienti che devono essere sempre esaurienti.
- In merito alla "motivazione della scelta" emerge che anche quest'anno i pazienti che hanno già avuto esperienza da noi sono la maggioranza e che quindi dobbiamo aumentare i nuovi pazienti (attraverso comunicazioni ah hoc, piano di marketing, implementazione dei social). Soddisfacente il fatto che rispetto allo scorso anno l'età dei pazienti si è abbassata (l'età più rappresentativa è quella tra i 50 e 59 anni).

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER



## RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

Di seguito si riportano gli **Elogi** segnalati nella scheda elogi/suggerimenti/reclami per l'anno 2021.

N.	DATA	DESCRIZIONE
1	-	Ottimi risultati dopo intervento protesi anca
2	26.04.21	Cordialità, accoglienza, professionalità di tutti
3	21.04.21	Stima e gratitudine per competenza, professionalità e umanità
4	11.05.21	Disponibilità, gentilezza, professionalità
5	-	Professionalità dimostrata
6	21.06.21	Encomio professionalità Rino, ringraziamento impiegate
7	23.06.21	Contenta della Dr.sa Fior, di Giancarlo per la professionalità e tutta la struttura
8	-	Brave, speciali genti
9	-	Plauso per le segretarie, disponibili, cortesi, simpatiche, preparate. Elogio a tutta la troupe
10	-	Segreteria e Veli al top, Maniero umanità
11	9.11.21	Complimenti per professionalità e disponibilità

# RELAZIONE ANNO 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 9 RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2021

E' stato effettuato un ciclo completo di VII nei mesi di febbraio e giugno 2021 da parte di RGQ e il consulente esterno su tutte le aree. Dai risultati delle Verifiche Ispettive Interne è emerso un buon impegno da parte degli operatori nell'applicazione delle procedure stabilite. Queste le opportunità di miglioramento oggetto di adeguate AC:

1	Revisionare PO3 Poliambulatorio con indicazione più specifica in merito alla refertazione su carta intestata aziendale
2	Inserire in sede di riesame della direzione i dati relativi alla soddisfazione pazienti, inserendo anche le segnalazioni negative oltre che quelle positive
3	Aggiornare il Mod 7.4 attività di formazione per tutti i partecipanti del corso Privacy

Le verifiche ispettive IMQ ISO 9001/2015 sono state effettuate il 07/08/21 con esito positivo. Non sono emerse opportunità di miglioramento.

**Nota del team di audit IMQ:** il sistema di gestione è ben strutturato e supportato da documentazione cartacea ad evidenza delle attività svolte e da un sistema informativo di cui si sono potuti apprezzare anche i software gestionali dedicati. La direzione ha una visione strategica delle proprie attività ed è orientata alla soddisfazione dei propri clienti proponendo tariffari a prezzi convenzionati con ottimi livelli di qualità delle prestazioni. Le risorse umane e strumentali risultano ben gestite. I servizi vengono documentati correttamente ed erogati da personale preparato e professionalmente qualificato.

### **Focus su audit clinici:**

Sono stati effettuati Audit Clinico il 20.07.2021 e il 13.12.2021 dalla Direzione Sanitaria , con esito positivo e alcune raccomandazioni per il miglioramento.

### **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 2021 PER GLI STAKEHOLDER

## 10 AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2021

### Progetti terminati

- Superamento verifica rinnovo autorizzazione sanitaria
- Continuo miglioramento della struttura e delle attrezzature
- Superamento della visita di certificazione ISO 9001
- Continuo investimento nella formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento di tutti i collaboratori
- Gestione emergenza sanitaria Covid 19

### Progetti in corso:

- Mantenimento dei modelli organizzativi aziendali;
- Continua applicazione e monitoraggio del protocollo Anticovid 19;
- Automatizzazione della valutazione VAS per i post operati.

### Progetti falliti:

Nessuno.

## 11 AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2022 – si veda punto 1.