



RELAZIONE ANNO 2017

INDICE:

1. LETTERA DELLA DIREZIONE
2. POLITICA DELLA QUALITA'
3. ORGANIGRAMMA
4. MODALITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO E INCIDENT REPORT
5. GESTIONE INCIDENT REPORT ANNO 2017
6. MODALITA' DI GESTIONE DEI RECLAMI – URP
7. GESTIONE RECLAMI ANNO 2017
8. RISULTATI COSTOMER SATISFACTION ANNO 2017
9. AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2017
10. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2017

1. Lettera della Direzione

Il Centro Medico di Fisioterapia, fondato nel 1979, convenzionato dal 1980 con il SSN, e accreditato dalla Regione del Veneto per la macroarea di Medicina Fisica e Riabilitativa, è titolare di quattro accreditamenti istituzionali per la branca 56 – Medicina fisica e Riabilitazione: per le due sedi operative di Padova (in Via degli Scrovegni n° 10 e in Via dei Colli n°202 , per la sede operativa di Castelfranco Veneto e per la sede operativa di Bassano del Grappa.

Il Centro Medico di Fisioterapia svolge attività diagnostica medica tramite la gestione di strutture dedicate alla esecuzione di prestazioni di Terapia fisica e di Riabilitazione, laboratori di Radiologia e poliambulatori medici ed ogni altra prestazione inerente e comunque connessa alla medicina in generale comprese le iniziative di innovazione e formazione in campo medico . Eroga prestazioni in regime ambulatoriale dedicate a patologie artrosiche, reumatiche, ortopediche, post-traumatiche e neurovascolari.

Considera obiettivo principale il conseguimento di una qualità ottimale dei servizi forniti agli utenti attraverso l'esame sistematico delle informazioni di ritorno e delle azioni correttive intraprese, verificabili attraverso periodica sorveglianza da parte degli Enti Certificatori accreditati e il mantenimento di un elevato standard qualitativo garantito da un costante aggiornamento scientifico-pratico di tutto il personale operante nella struttura.

La situazione normativa regionale, che ha previsto consistenti tagli alle risorse da destinare al SSR, soprattutto nelle ULSS dove è molto alta la media di prestazioni per abitanti come quella di Padova, impone una revisione della politica del Centro Medico di Fisioterapia mettendo tra gli obiettivi principali quello di spostare parte dell' attività dalla ULSS di Padova, nella quale operano molte strutture nell'ambito della medesima branca specialistica, in zone carenti dove mancano strutture accreditate con il SSN al fine di favorire una migliore fruibilità da parte dei cittadini e di mantenere il più possibile l'attuale livello occupazionale.

In questa ottica il CMF ha aperto nel 2013 una sede operativa a Castelfranco Veneto e nel 2017 una sede operativa a Bassano del Grappa.

Nell'anno 2017, il Centro Medico di Fisioterapia, nelle sue quattro sedi, ha trattato ca. 44.000 accessi di pazienti erogando ca. 520.000 prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitazione.

Attualmente il CMF conta su un organico di circa 100 collaboratori dei quali ca. 80 di area sanitaria e 20 di area amministrativa.

Rilevanza Sociale

Attraverso il bilancio, il Centro Medico, oltre a presentare dati finanziari e contabili, rende espliciti i risultati della sua attività in termini di rilevanza sociale, elemento questo che legittima il ruolo di un soggetto non solo in termini strutturali ma soprattutto morali, agli occhi della comunità di riferimento, un momento per enfatizzare il proprio legame con il territorio, un'occasione per affermare il concetto di impresa come buon cittadino, cioè un soggetto economico che perseguendo il proprio interesse prevalente contribuisce a migliorare la qualità della vita dei membri della società in cui è inserito.

La rilevanza sociale del Centro Medico di Fisioterapia viene rappresentata dal conto economico sottostante.

Relazione anno 2017 per gli stakeholder

| | | |
|--|------------------|------------------|
| Ricavi generati | 7.272.060 | 100,00% |
| Impiego dei ricavi | | |
| Al lavoro | | |
| - per remunerazione ai dipendenti - €. | 3.631.493 | |
| - per remunerazione a Medici ed altri collaboratori - €. | 832.958 | 4.464.451 61,39% |
| A fornitori | | |
| - per materiali necessari alle prestazioni | 183.184 | 2,52% |
| - per spese generali e di funzionamento | 1.542.439 | 21,21% |
| VALORE AGGIUNTO (dopo i costi specifici della produzione) | 1.081.985 | 14,88% |
| Destinazione valore aggiunto | | |
| Al reinvestimento (ammortamenti) | 609.639 | 8,38% |
| All'accantonamento (accantonamenti/svalutazioni) | 6.695 | 0,09% |
| Al sistema bancario (interessi) | 49.955 | 0,69% |
| Allo Stato (Ires e Irap) | 91.762 | 1,26% |
| Alla remunerazione del capitale investito (utile d'esercizio) | 323.934 | 4,45% |
| Totale | 1.081.985 | 14,88% |

I dati evidenziano che oltre l'85% dei ricavi generati sono ridistribuiti sul territorio regionale sotto forma di stipendi ai lavoratori dipendenti e compensi ai Medici ed agli altri collaboratori che operano presso le quattro sedi (61,39%) e come pagamento dei fornitori (23,73%).

2. Politica della qualità anno 2017

La situazione normativa regionale, che ha previsto consistenti tagli alle risorse da destinare al SSR, soprattutto nelle ULSS dove è molto alta la media di prestazioni per abitanti come quella di Padova, ha imposto una revisione della politica del Centro Medico di Fisioterapia mettendo tra gli obiettivi principali quello di :

1. spostare parte dell' attività dalla ULSS di Padova, nella quale operano molte strutture nell'ambito della medesima branca specialistica, in zone carenti al fine di favorire una migliore fruibilità da parte dei cittadini;
2. mantenere e consolidare la propria posizione di mercato nell'ambito territoriale
3. mantenere il più possibile il livello occupazionale

In questa ottica il CMF ha aperto nel 2013 una sede operativa a Castelfranco Veneto e ad Agosto 2017 una a Bassano del Grappa.

L'analisi delle ULSS ove spostare parte del budget assegnato si è basata sostanzialmente su due criteri:

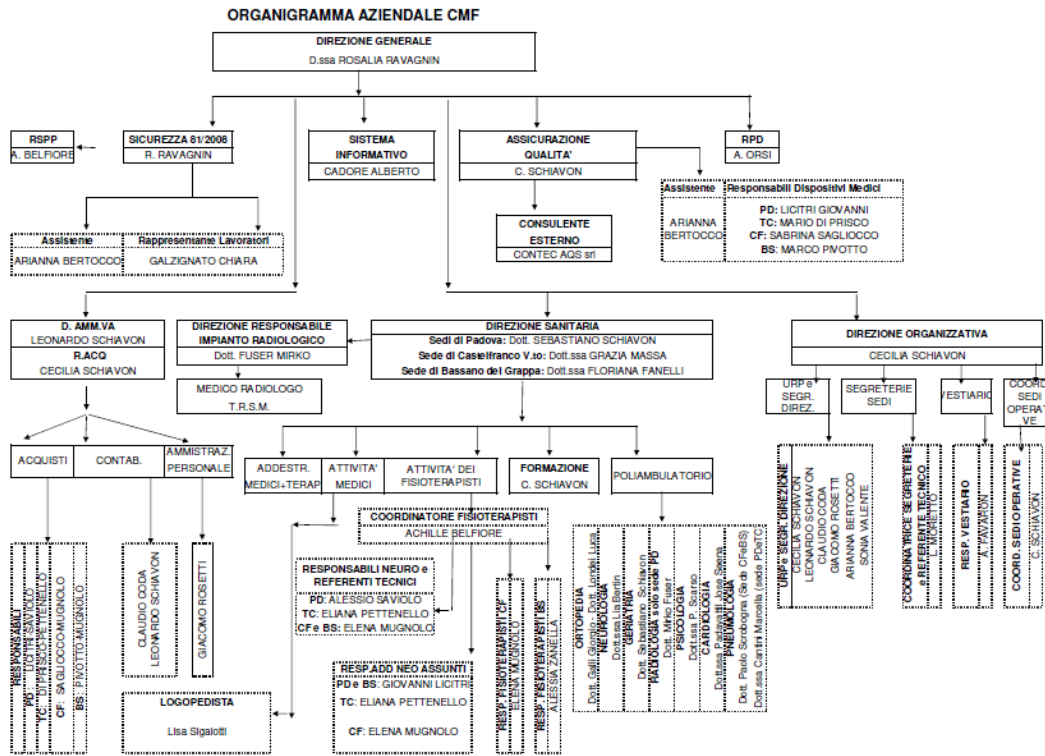
1. La verifica del numero di strutture operanti nella medesima branca nelle ULSS territorialmente vicine
2. La popolazione assistita in queste ULSS

Relazione anno 2017 per gli stakeholder

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopra elencati si sono individuate le seguenti soluzioni:

- ricercare prestazioni con nuove modalità erogative da porre a carico dell'assistito per sopperire al drastico taglio delle risorse messe a disposizione dal SSN.
- Investire in una struttura adeguata, fornendola di attrezzature e mezzi idonei
- Soddisfare le crescenti esigenze dei pazienti, in linea anche con i continui sviluppi del settore sanitario nel corso degli anni

3. Organigramma



4 Modalità di gestione del rischio e 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, ...). 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, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

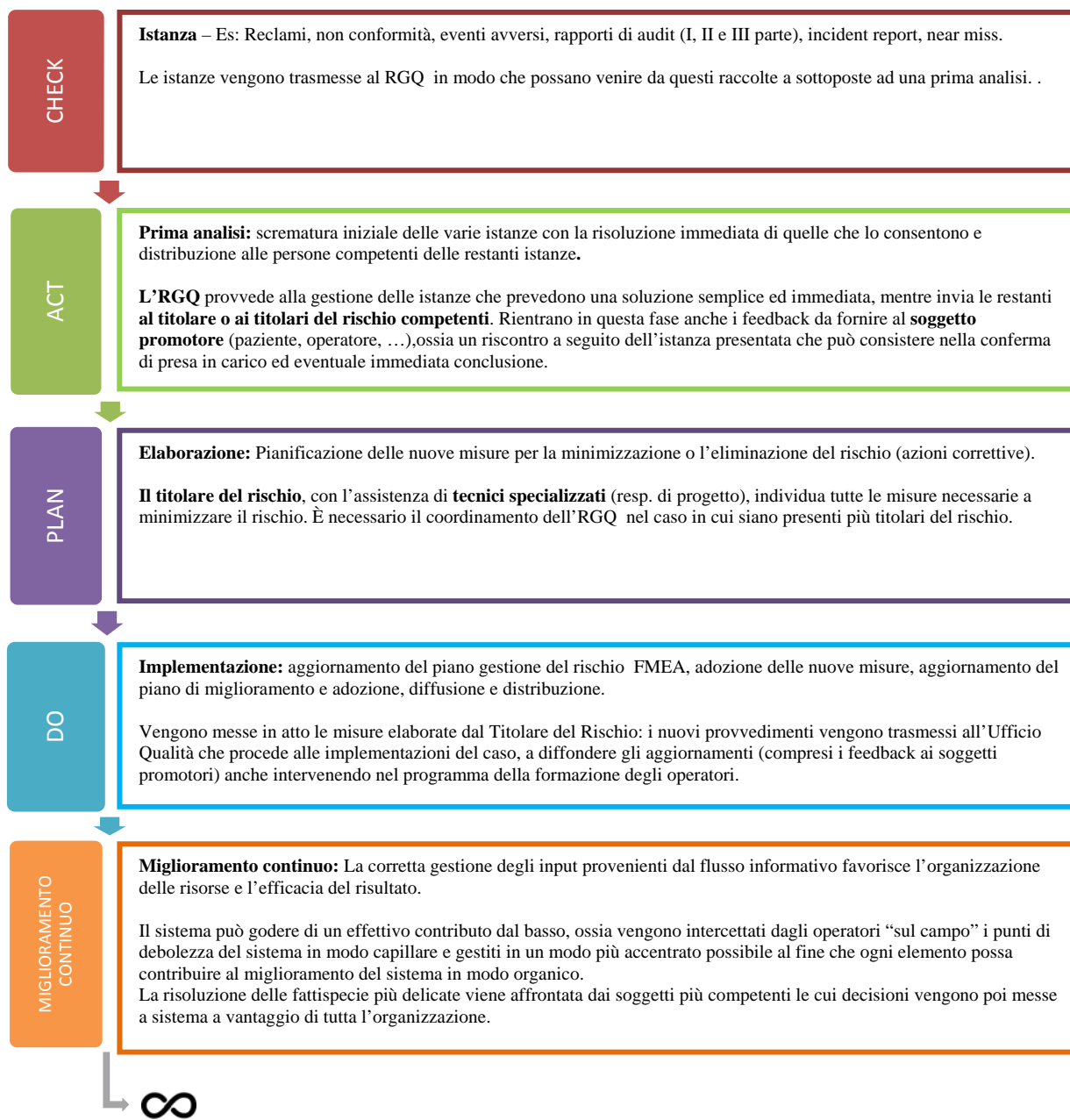
Seguendo la definizione di rischio dello Standard **ISO 31000:2009** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – *metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale*.

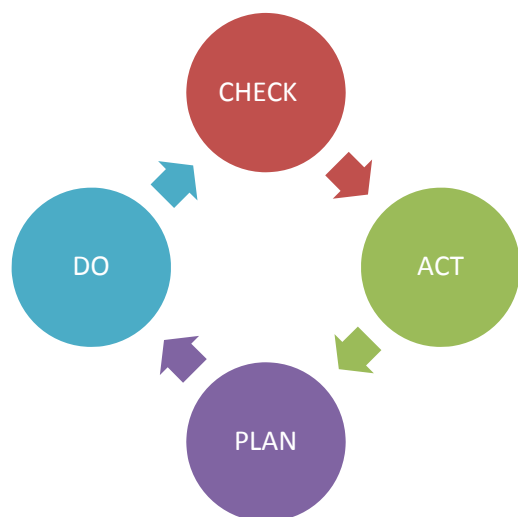
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

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 servizi 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 degli 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.





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

5 Gestione incident report anno 2017 – per sede

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2017 è stato di 9 nella sede di Padova via Scrovegni:

Gli ambiti in cui si sono registrati gli incident report sono:

56 % cadute

33 % Episodi lipotimici/sincopali

11 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2017 è stato di 11 nella sede di Padova via dei Colli

Gli ambiti in cui si sono registrati gli incident report sono:

9 % cadute

18 % legati ad erogazione prestazioni

27 % Episodi lipotimici/sincopali

46 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2017 è stato di 9 nella sede di Castelfranco veneto

Gli ambiti in cui si sono registrati gli incident report sono:

22 % cadute

56 % legati ad erogazione prestazioni

22 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2017 è stato di 0 nella sede di Bassano del Grappa

Modalità di gestione del reclamo – URP

La gestione del reclamo è affidata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Il reclamo è considerato un elemento che contribuisce al processo di continuo miglioramento pertanto la sua presa in carico agisce su due fronti principalmente:

1. Verso il paziente, a cui viene prestato l'ascolto del caso in modo tale da recepire al meglio le precise necessità. Si è rilevato, nel tempo, che una parte dei pazienti non ritiene, per propria scelta, di compilare l'apposito modulo di reclamo (disponibile presso le accettazioni di tutte le sedi operative) e preferisce comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il paziente può rivolgersi all'ufficio URP contattandolo sia telefonicamente che scrivendo una mail. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora la risoluzione del problema non sia di immediata compiutezza, si chiede al paziente di indicare i propri dati di contatto in modo da poter comunicare allo stesso paziente le modalità di risoluzione che l'organizzazione ha conseguentemente all'istanza, intrapreso.
2. Verso l'organizzazione interna. Infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale dell'URP (tale personale è rappresentato dalla segreteria di Direzione che ha ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al RQ il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al Responsabile dell'ambito di riferimento (Direttore sanitario, Direttore generale o resp. di processo a seconda della gravità). In tal modo, insieme a figure tecniche e figure responsabili del processo coinvolto, viene definita la soluzione migliore sia in risposta al paziente che al miglioramento del sistema organizzativo al fine di minimizzare la possibilità che il problema si ripresenti.

La metodologia, al fine di assicurare un trattamento sistematico e ben definito del reclamo, oltre ad una consapevolezza e conoscenza della procedura da parte del personale, è quella seguita anche per il trattamento dell'incident report (si veda p.to 4)

6 Gestione reclami anno 2017 – per sede

Il numero reclami registrati e gestiti nell'anno 2017 è stato di N. 1 nella sede di Padova via Scrovegni, N. 1 nella sede di Padova via dei Colli, N. 1 nella sede di Castelfranco V.to e N. 0 nella sede di Bassano del Grappa.

Tutti e tre i reclami sono considerati non fondati.

7 Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2017

L'analisi del grado di soddisfazione del paziente è rilevabile dal Questionario di valutazione del servizio e dall'esiguo numero di "Reclami Pazienti" rispetto all'elevato numero degli accessi.

I Questionari di valutazione del servizio raccolti ed analizzati nel 2017 sono pari a 862; Il questionario consiste in 10 domande, è sempre a disposizione dell'utenza, nei nostri reparti, anche in lingua francese e in lingua inglese.

Relazione anno 2017 per gli stakeholder

I risultati della customer satisfaction mettono in risalto che, lo standard qualitativo del CMF continua a mantenersi ad alti livelli: le percentuali di risposte positive espresse dai pazienti sono molto alte in tutti i settori e in tutte le aree e che rientrano nei parametri di qualità attesi.

8 Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2017

Numero Azioni di Miglioramento intraprese: 2

- con la n° 3 si è ritenuto di dover implementare il sito web aziendale;
- con la n° 4 sono stati studiati e creati dei folders informativi, una nuova carta dei servizi ed un sito web completamente diverso dal precedente;

9 Piano di miglioramento anno 2018

- Costruzione e trasferimento dei locali ed apertura della nuova sede operativa di Castelfranco V.to
- Mantenimento, gestione e aggiornamento del Sistema di gestione per la qualità in base alla nuova Norma ISO 9001: 2015
- Adeguamento e mantenimento dei nuovi requisiti di Autorizzazione ed Accredimento regionali ai sensi della DGR n. 2266/16 del 23/12/16
- Presa in gestione del 100% dei reclami e degli incident report
- Mantenimento dei livelli di rischio monitorati nel 2017
- Implementazione del modello di organizzazione, gestione e controllo secondo D.lgs. 231/2001
- Adeguamento al nuovo Regolamento Privacy UE 2016/679
- Dematerializzazione documentale e conservazione sostitutiva

Risorse coinvolte: DG-DS-RQ-R.Acq-DA-RSI-CFT-CONSULENTE ESTERNO

Tempi di attuazione: tutto il 2018