



RELAZIONE ANNO 2018

Del 28/06/2019

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

INDICE:

1. POLITICA DELLA QUALITA' 2018
2. ORGANIGRAMMA
3. MODALITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO E INCIDENT REPORT
4. GESTIONE INCIDENT REPORT ANNO 2018
5. MODALITA' DI GESTIONE DEI RECLAMI – URP
6. GESTIONE RECLAMI ANNO 2018
7. RISULTATI CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2018
8. RISULTATI OPERATOR SATISFACTION ANNO 2018
9. AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2018
10. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2018
11. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2019

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

1. Politica della qualità anno 2018

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: uno per la sede operativa di Padova in Via degli Scrovegni n° 10 con DGR n. 2137 del 23/12/2016, uno per la sede operativa di Padova in Via dei Colli n°202 con DGR n. 2137 del 23/12/2016, uno per la sede operativa di Castelfranco Veneto viale Europa n°34 con DGR n. 2137 del 23/12/2016 ed uno per la sede operativa di Bassano del Grappa via Cereria n°4 con DGR n. 1198 del 11/08/2017.

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 .

Considera obiettivo principale il conseguimento di una qualità ottimale dei servizi forniti agli utenti attraverso l'esame sistematico delle informazioni di ritorno, verificabili attraverso periodica sorveglianza da parte degli Enti Certificatori accreditati (Regioni, Ulss, Comuni ed Enti certificatori).

Il Centro Medico di Fisioterapia adotta un costante sistema di controllo della propria qualità attraverso il monitoraggio di ogni fase del processo operativo, il piano di miglioramento continuo, la valutazione degli esiti terapeutici al fine di verificare l'efficacia reale dei trattamenti erogati e l'Analisi sistematica e periodica dei Rischi secondo il metodo FMEA (PGR-FMEA).

Il CMF considera obiettivo principale il mantenimento degli standard di Qualità secondo la ISO 9001 ed è per ciò che ha intrapreso il passaggio alla norma 9001:2015.

Eroga prestazioni in regime ambulatoriale dedicate a patologie artrosiche, reumatiche, ortopediche, post-traumatiche e neurovascolari.

In Particolare, Il CMF si è posto come mission di dedicare parte importante dell'attività al trattamento di patologie cardiorespiratorie, al trattamento riabilitativo di pazienti in post-operatorio ortopedici e al trattamento riabilitativo e cognitivo di pazienti affetti da patologie neurologiche a carattere infiammatorio e/o degenerativo quali: sclerosi a placche, m. Parkinson, sindromi extrapiramidali, sla, gravi lesioni cerebrali su base vascolare, traumatica e neoplastica, mielolesioni, handicap motorio conseguente a cerebropatie degenerative; questi pazienti sono trattati da Equipe medica multidisciplinare in ambienti dedicati e personale dedicato.

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 al fine di favorire una migliore fruibilità da parte dei cittadini, di mantenere e consolidare la propria posizione di mercato nell'ambito territoriale e di mantenere il più possibile il livello occupazionale

In questa ottica il CMF ha aperto nel 2013 una sede operativa a Castelfranco Veneto e una, ad Agosto 2017 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

La popolazione assistita dalle ULSS dove svolge la propria attività il CMF è:

- ULSS 6 Euganea - La provincia di Padova è una provincia che con i suoi 937.111 abitanti è la più popolata della regione e dell'intero Triveneto con ca. 230.000 residenti a Padova; in questa ULSS sono presenti però oltre il 50% delle strutture accreditate di tutta la regione Veneto.
- ULSS 2 Marca Trevigiana, popolazione 260.000 con 35.000 residenti a Castelfranco V.to; in questa ULSS nessuna struttura, oltre al CMF, è stata accreditata per la medesima branca.
- ULSS 7 Pedemontana conta una popolazione assistita di ca. 160.000. ed in questa ULSS nessuna struttura è accreditata per la nostra branca.

Nell'anno 2017, il Centro Medico di Fisioterapia, nelle sue sedi, ha trattato ca. 45.000 accessi di pazienti erogando ca. 500.000 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.

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

Nell'ottica di mantenere un elevato standard qualitativo viene garantito un costante aggiornamento scientifico-pratico di tutto il personale operante nella struttura e viene inoltre garantito il mantenimento dell'efficienza del sistema informativo per fornire informazioni utili al Riesame della Direzione.

| | | |
|--|----------------|------------------|
| Ricavi generati | 7.354.376 | 100,00% |
| Impiego dei ricavi | | |
| Al lavoro | | |
| - per remunerazione ai dipendenti - €. | 3.891.569 | |
| - per remunerazione a Medici ed altri collaboratori - €. | 899.776 | 4.791.345 65,15% |
| A fornitori | | |
| - per materiali necessari alle prestazioni | 176.563 | 2,40% |
| - per spese generali e di funzionamento | 1.842.466 | 25,05% |
| VALORE AGGIUNTO (dopo i costi specifici della produzione) | 544.002 | 7,40% |
| Destinazione valore aggiunto | | |
| Al reinvestimento (ammortamenti) | 457.778 | 6,22% |
| All'accantonamento (accantonamenti/svalutazioni) | 5.364 | 0,07% |
| Al sistema bancario (interessi) | 36.843 | 0,50% |
| Allo Stato (Ires e Irap) | 33.902 | 0,46% |
| Alla remunerazione del capitale investito (utile d'esercizio) | 10.115 | 0,14% |
| Totale | 544.002 | 7,40% |

I dati evidenziano che oltre il 93% 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 (65,15%) e come pagamento dei fornitori (27,79%).

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

3. 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 coerenza, 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*.

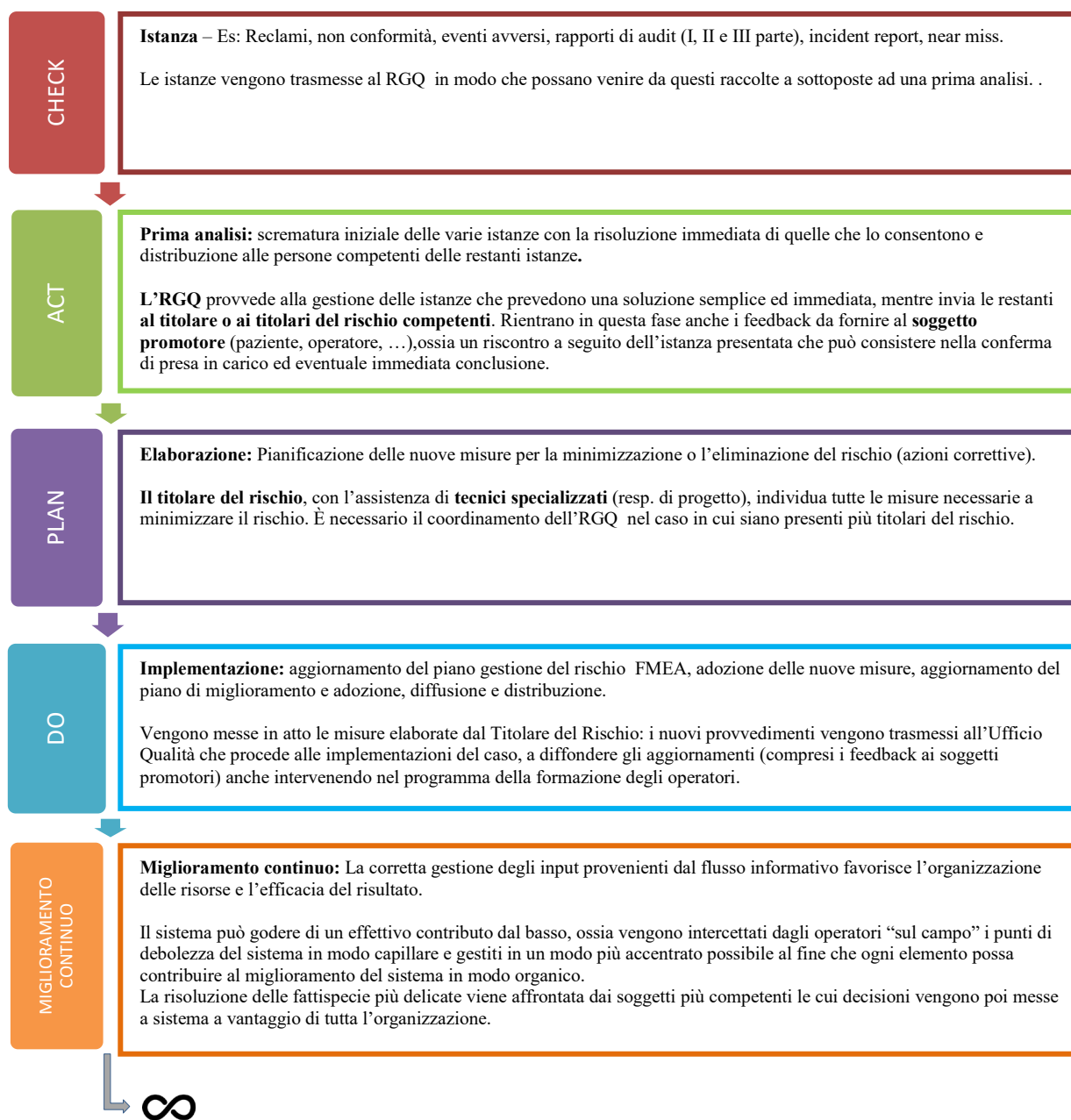
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

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

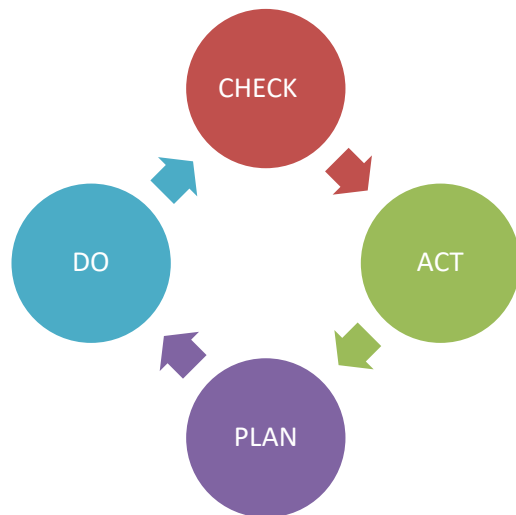
Gestione degli incident report

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.

Relazione anno 2018 per gli stakeholder



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

4 Gestione incident report anno 2018 – per sede

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2018 è stato di 7 nella sede di Padova via Scrovegni:

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

57 % cadute

43 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2018 è stato di 8 nella sede di Padova via dei Colli

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

37,5 % cadute

12,5 % Episodi lipotimici/sincopali

50 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2018 è stato di 9 nella sede di Castelfranco veneto

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

22 % cadute

45 % scottature

11 % Episodi lipotimici/sincopali

22 % Altro

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2018 è stato di 3 nella sede di Bassano del Grappa

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

67 % cadute

33 % Episodi lipotimici/sincopali

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

5 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 2018 – per sede

Il numero reclami registrati e gestiti nell'anno 2018 è stato di N. 1 nella sede di Padova via Scrovegni, N. 2 nella sede di Padova via dei Colli, N. 1 nella sede di Castelfranco V.to e N. 5 nella sede di Bassano del Grappa.

Tutti e nove i reclami sono considerati non fondati.

7 Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2018

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.

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

I Questionari di valutazione del servizio raccolti ed analizzati nel 2018 sono pari a 764; Il questionario consiste in 10 domande, è sempre a disposizione dell'utenza, nei nostri reparti, anche in lingua francese e in lingua inglese.

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 Risultati della rilevazione della operator satisfaction anno 2018

L'analisi del grado di soddisfazione dell'operatore è rilevabile dal Questionario soddisfazione degli operatori.

I Questionari di valutazione della soddisfazione degli operatori raccolti ed analizzati nel 2018 sono pari a 89 questionari su 105 consegnati al personale; Il questionario consiste in 9 domande, e viene compilato dagli operatori una volta l'anno. I risultati della operator satisfaction sono più che soddisfacenti.

9 Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2018

Numero Azioni di Miglioramento intraprese: 2

- con la n° 2 si è ritenuto di dover ampliare la comunicazione all'esterno;
- con la n° 3 si è studiato e creato un nuovo folder illustrativo di un nuovo settore

10 Piano di miglioramento anno 2018

- Costruzione e trasferimento dei locali ed apertura della nuova sede operativa di Castelfranco V.to
- Manutenzione, 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 Accreditamento 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-CONTEC AQS

Tempi di attuazione: tutto il 2018 e il 2019

Relazione anno 2018 per gli stakeholder

11 Piano di miglioramento anno 2019

- Costruzione e trasferimento dei locali ed apertura della nuova sede operativa di Castelfranco V.to
- Manutenimento, 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 Accreditamento 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 2018
- Implementazione del modello di organizzazione, gestione e controllo secondo D.lgs. 231/2001
- Adeguamento e mantenimento al nuovo Regolamento Privacy UE 2016/679
- Adeguamento al ciclo passivo della Fatturazione Elettronica ai sensi della decisione di esecuzione UE 2018/593 del 16/04/18
- Dematerializzazione documentale e conservazione sostitutiva
- Mantenimento standard di sicurezza del numero del personale addetto al primo soccorso, addetto all'utilizzo del defibrillatore e addetto al servizio antincendio nei reparti delle strutture (obiettivo derivante da raccolta incident report anno 2018)

Risorse coinvolte: DG-DS-RQ-Ass. RQ-R.Acq-DA-RSI-CFT-CONTEC AQS

Tempi di attuazione: tutto il 2019 e il 2020