



Centro S.S. Trinita'
FISIOTERAPIA E RADIOLOGIA

MODULO

MOD. 1.1.8

Edizione 01 Rev. 00

Del 11/2018

Pag. 1 di 8

DIREZIONE GENERALE

RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER

2018

INDICE

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

DIREZIONE GENERALE

1. Introduzione

La Direzione del centro Radiologico e Fisioterapico SS. Trinità s.r.l., fin dalle sue origini, ha lavorato perché la Struttura, nata per fornire ai cittadini un servizio tempestivo e di eccellenza di diagnostica per immagini, fosse in grado di fornire servizi di alta qualità dal punto di vista sanitario, rispettando tutti i canoni di sicurezza e comfort. Vengono garantiti umanità nell'accoglienza e nell'assistenza, rigore professionale ed efficienza gestionale. Perciò, in questa attività, si terranno presenti tre dimensioni fondamentali:

1. qualità professionale: la risposta scientificamente corretta ai propri pazienti
 2. qualità relazionale: stabilire e mantenere una relazione soddisfacente con il paziente
 3. qualità organizzativa: funzionamento efficiente dell'organizzazione sia per il paziente che per le parti in causa
- Queste tre dimensioni, insieme concorrono ad identificare un concetto unico di qualità inteso come la capacità di soddisfare le esigenze e le aspettative di tutte le parti interessate: il paziente, i team di lavoro, i collaboratori, le istituzioni.

2. Politica della qualità anno 2018

La Direzione Generale ritiene che il successo nel lungo periodo dipenda dalla capacità di soddisfare le richieste del mercato con una qualità sempre più elevata circa le prestazioni e le esigenze dei pazienti.

La politica della qualità del Centro SS. Trinità mira alla conduzione delle attività nell'osservanza delle disposizioni e leggi che regolamentano il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ed impegno proattivo alle richieste dei pazienti.

Per raggiungere questa "mission" il Centro SS. Trinità considera obiettivo primario il raggiungimento di una qualità ottimale dei servizi forniti agli utenti e per questo motivo sta lavorando per ottenere la prestigiosa certificazione di qualità ISO 9001.

Il Sistema Qualità si basa sull'integrazione di tutte le Funzioni Aziendali in modo da realizzare una stretta collaborazione fra tutte le componenti atte ad ottenere il miglioramento delle prestazioni erogate, la soddisfazione dei clienti e una maggior efficienza interna.

I circuiti di fisioterapia e di radiologia sono costantemente monitorati con statistiche a questi fini.

Il Centro si avvale della collaborazione tra i professionisti e gli operatori di tutti i settori ed è sostenuta da una rete informatica interna per la gestione dei dati. Il sistema garantisce la pianificazione e l'organizzazione del lavoro in ogni sezione, delle statistiche ed una efficiente gestione amministrativa e contabile

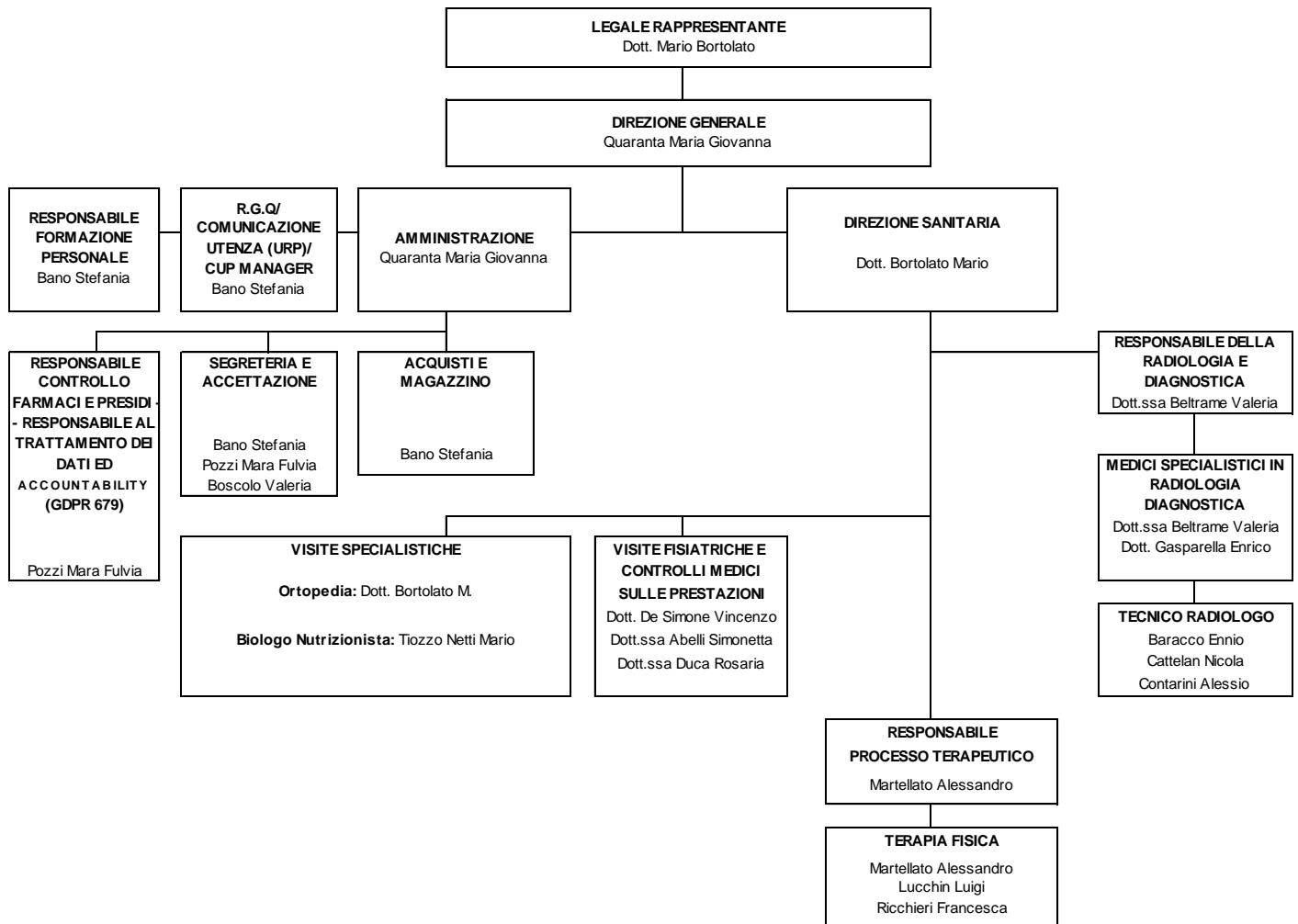
La società si impegna a fornire un servizio conforme in tutti i suoi aspetti.

DIREZIONE GENERALE

In particolare gli standard di qualità relativi a:

- informazione - accoglienza - cortesia
- flessibilità - tempestività - puntualità
- trasparenza
- tutela degli utenti
- progetti di miglioramento
- pubblicizzazione della Carta dei Servizi

3. Organigramma



4. Modalità di gestione del rischio e incident report

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, 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 fornita dalla **UNI 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** – metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale.

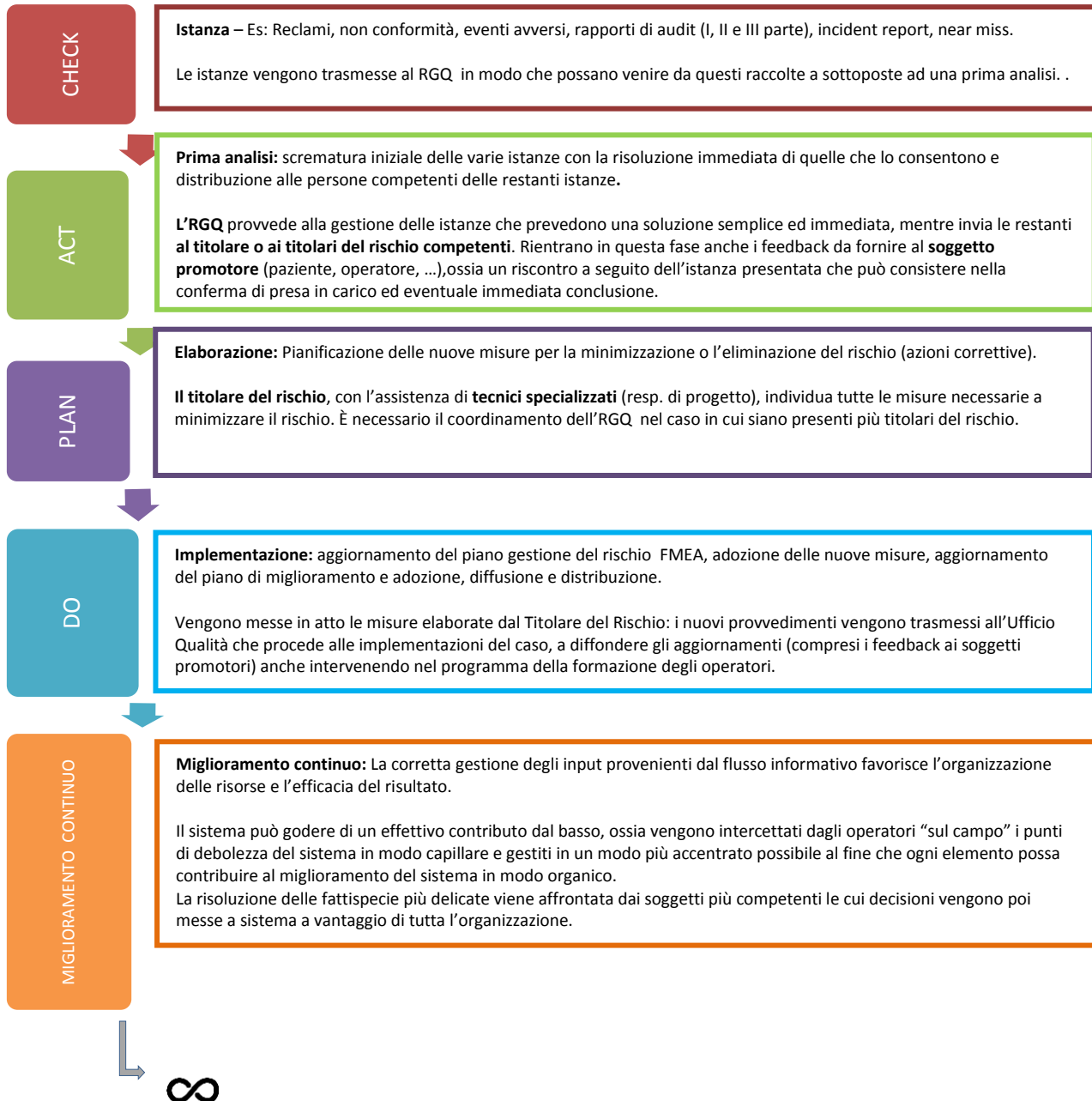
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

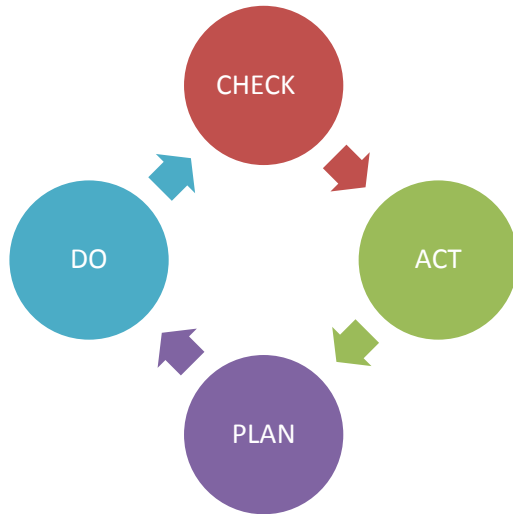
Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si 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.

DIREZIONE GENERALE





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 2018

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2018 è di **1 caso** per malessere dell'Utente.

Non è stato segnalato nessun incidente con conseguenze cliniche o legali

6. 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 strutture) e comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il personale presente e adeguatamente formato, in spazi che possano garantire la riservatezza (ufficio URP) registrano il reclamo per il paziente. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora il problema non si possa risolvere immediatamente, 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.

DIREZIONE GENERALE

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 da operatori della segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al responsabile per la gestione della qualità il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al responsabile dell'ambito di riferimento (direttore sanitario, direttore generale o responsabile 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 il punto 4).

7. Gestione reclami anno 2018

Il numero di reclami registrati e gestiti nell'anno **2018** è stato di 1 reclamo.

L'ambito del reclamo è dovuto ad un atteggiamento non troppo educato da parte dell'operatore

8. Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2018

Sono state raccolte 98 copie di questionario della soddisfazione del cliente. Abbiamo ritenuto opportuno, per avere un quadro complessivo annuale, di lasciare il questionario a disposizione dei pazienti, per tutto l'anno e dai dati emerge:

1. Si può ritenere che i servizi offerti sono buoni e che i pazienti trovano un ambiente accogliente. Questo risulta anche dai commenti a fine questionario, in cui i pazienti presentano degli elogi e invitano a continuare sulla stessa linea di operatività. La soddisfazione generale si attesta intorno al 90%: ne risulta un miglioramento rispetto all'anno passato anche se sarà un impegno di tutto il personale per ottenere un risultato migliore.
2. E' migliorata la soddisfazione sull'atteggiamento del personale (99% risulta soddisfatta) e l'accoglienza del paziente per la radiologia (il 100% si ritiene molto/abbastanza soddisfatto), i tempi di consegna del referto degli esami strumentali è stato ritenuto appropriato al 89%.
3. Il 100% dell'Utenza si è sentito trattato con rispetto e dignità

9. Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2018

FABBISOGNO FORMATIVO: Alla DG e alla DS sono giunte le esigenze del Personale per affrontare alcune tematiche relative all'organizzazione interna (vedi pianificazione interventi formativi). Sono stati vari corsi per affrontare le tematiche emerse dalle richieste del Personale. Inoltre è stato fatto un incontro dalla Esaote per l'inserimento della nuova RMN.

CARTA DEI SERVIZI: La Direzione ha rinnovato la carta dei servizi generali in data 05/2018, Rev.2 e l'allegato alla carta dei servizi in data 11.2018, Rev. 6. Inoltre, si sta elaborando un piccolo libretto da consegnare alle Segretarie che presenta alcuni semplici consigli per i pazienti.

INCIDENT REPORTING SYSTEM: Dall'analisi dei dati, fatta dalla DS, dalla DG e dal RAQ, non emergono problematiche particolari relative alla refertazione (v. audit clinici) né ci sono state emergenze mediche che abbiano dato esito a incident reporting né near miss

10. Piano di miglioramento anno 2018

Uno degli obiettivi principali del Centro Radiologico e Fisioterapico SS. Trinità è quello di soddisfare al meglio le esigenze del paziente e quindi migliorare continuamente la qualità del servizio erogato.

Per migliorare i servizi oltre alla RM appena inserita si prevede l'acquisto di un bancomat mobile per agevolare le operazioni di pagamento e soprattutto un software denominato "Pacs" per archiviare esami di risonanza e radiologia.