



ANNO 2021

RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS

CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA S.R.L.

Sedi di:  
TREVISO  
JESOLO  
MOGLIANO VENETO  
PORTOGRUARO

Treviso, 01/02/2022





## 1. Introduzione

L'anno 2021 ha visto la completa applicazione del **sistema di gestione integrato** che è sempre di più lo strumento per gestire in modo efficace ed efficiente i modelli organizzativi sviluppati per la conformità a:

- L.R. 22/02 Autorizzazione all'esercizio e accreditamento
- Legge sul Trattamento dei dati
- D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti.

L'anno 2021 ha visto anche il proseguimento del processo di adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento istituzionale e per l'autorizzazione all'esercizio, processo iniziato nel 2017. I nuovi requisiti sono stati armonizzati al sistema di gestione esistente.

L'introduzione dell'Analisi del rischio, secondo lo standard definito dalla Norma ISO 31000, come metodo unico per tutti i modelli organizzativi di cui sopra ha avuto l'obiettivo di definire le migliori procedure possibili del Sistema di Gestione Integrato.

Il presente riesame vuole portare a conoscenza degli stakeholder di CFKT i risultati riferibili all'anno 2021 prodotti dal sistema di gestione integrato.

Stakeholder di riferimento:

- Istituzioni
- Soci
- Resp. della struttura (tutte le sedi)

Il Riesame della Direzione è redatto con la collaborazione di:

- Direzione Generale
- Resp. amministrativo
- Direttore Sanitario
- RGQ
- RSPP

## 2. Politica della qualità

La Direzione Generale ritiene che il successo nel lungo periodo delle attività erogate dai propri Centri dipenda da una parte dal soddisfare le aspettative degli utenti che vi si rivolgono, attraverso una qualità sempre più elevata delle prestazioni erogate, dall'altra attivare modalità di coinvolgimento e valorizzazione della risorse umane all'interno di un sistema di lavoro ben organizzato e ligio ai principi di sicurezza e salubrità del luogo di lavoro.

La politica dell'organizzazione di CFKT è strutturata e sviluppata in coerenza con le disposizioni e leggi che regolamentano il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, e vede nel coinvolgimento attivo dei pazienti un elemento fondamentale per il miglioramento continuo delle proprie attività.

CFKT nell'organizzazione delle proprie procedure interne e relativa implementazione adotta in particolare un sistema di gestione qualità conforme alla norma ISO 9001.

Il sistema seguito è quello del Miglioramento Continuo definito come "**Plan – Do – Check – Act**" che si avvale di input derivanti direttamente dagli stakeholder di riferimento al fine di implementare IDL, Modulistica e Procedure.

CFKT si impegna a garantire il pieno rispetto della normativa e degli standard relativi ai suddetti ambiti attraverso l'applicazione del sistema gestione qualità.

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 ed una maggior efficienza interna.

La Direzione è pertanto impegnata in programmi che, attraverso la sinergia delle Funzioni Aziendali, raggiungano la finalità di:

- **eticità**, da intendersi sia come eticità morale, che come correttezza sanitaria dell'operato;
- **know-how**, cioè disponibilità interna documentabile delle conoscenze scientifiche necessarie;
- **capacità**, cioè disponibilità di mezzi e risorse umane per lo svolgimento dell'attività
- **monitoraggio delle performance** aziendali ritenute fondamentali mediante appropriati indici di monitoraggio statistici definiti e controllati.





### 3. La mission aziendale

Da sempre la **Mission di CFKT** ha un unico grande obiettivo: la centralità del Paziente, della sua salute e dei suoi diritti. Da oltre cinquant'anni infatti, CFKT continua ad offrire i propri servizi con questo spirito, professionalità e attenzione verso i propri Pazienti, avvalendosi dall'anno 2007 di un sistema di gestione della qualità dei servizi certificato ISO 9001. Inoltre da marzo del 2016 la società si è anche dotata di un modello di organizzazione secondo il D.lgs. 231/01 per la minimizzazione dei rischi relativi ai reati presupposto definiti dalla legge stessa.

Tutto ciò, unito ad un costante aggiornamento delle competenze di tutti gli operatori e delle tecnologie e strumentazioni mediche utilizzate, ha contribuito a fare di CFKT un punto di riferimento di primaria importanza sia per i Cittadini che per le Aziende Sanitarie Locali del territorio, con cui opera in sinergia partecipando attivamente ai loro Dipartimenti funzionali di Riabilitazione, con l'adozione anche di specifici PDTA Aziendali.





#### 4. Modalità di gestione del rischio e incident report

##### 4.1 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, 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.

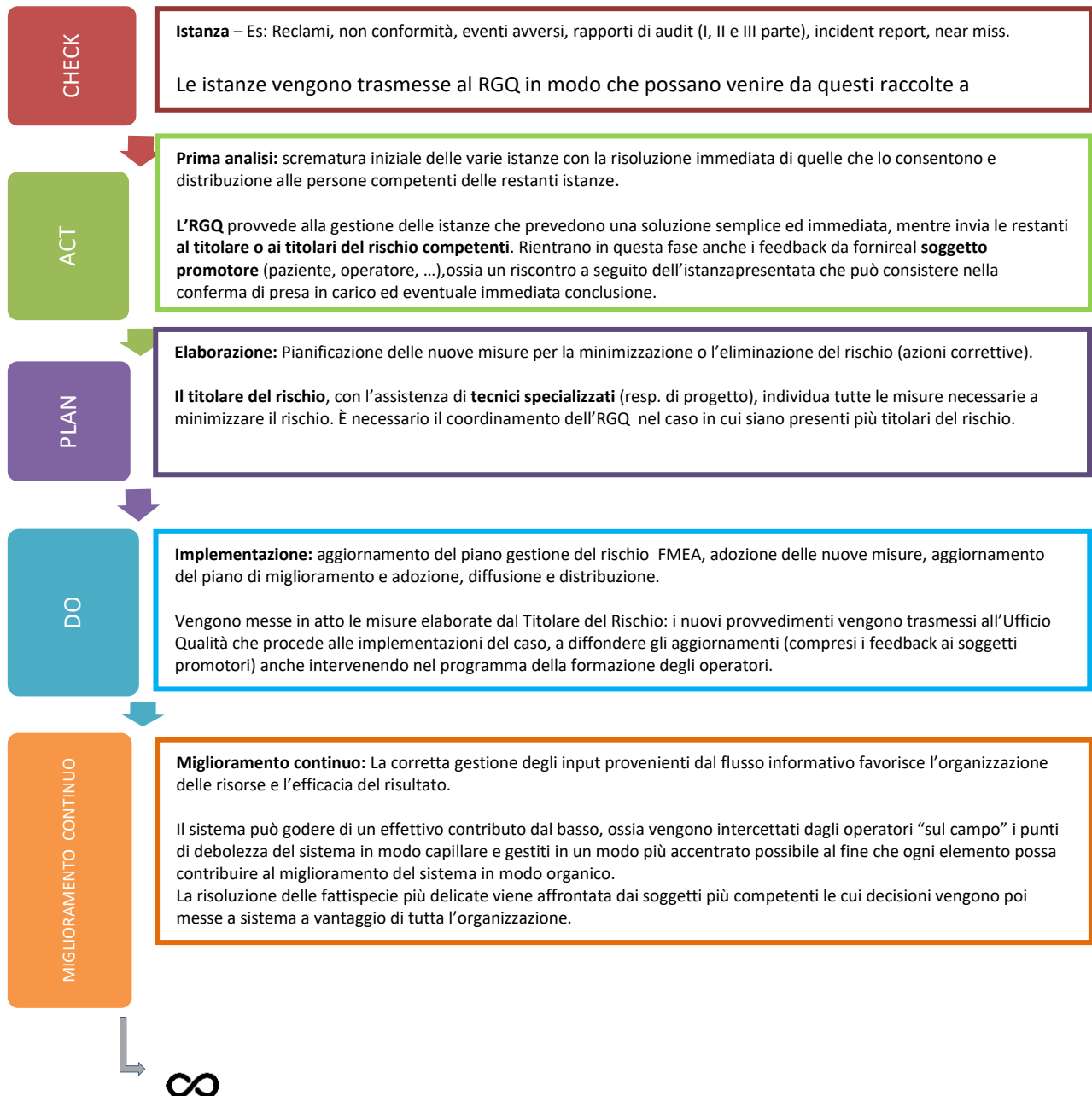
##### 4.2 Gestione degli incident report

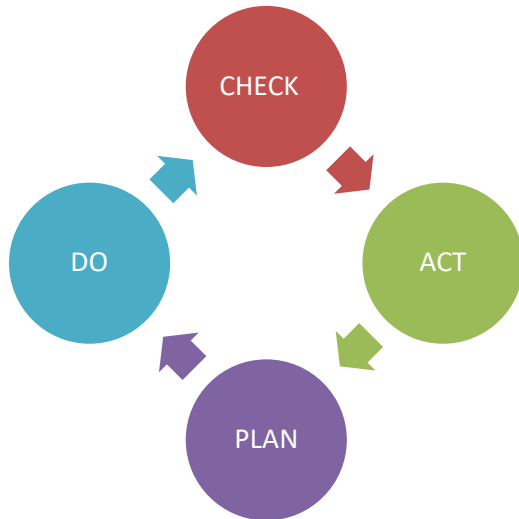
Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi 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.





Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento





**Legenda:**

**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

ISTANZE ALL'UFFICIO QUALITÀ (RECLAMI, SEGNALAZIONI, INCIDENT REPORT, MODULI RILEVAZIONE DEI RISCHI, SEGNALAZIONI PER ODV ETC...)

AC	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos.   Neg
Soccorso pazienti con episodi sincopali (incident report sede di Portogruaro del 22/03/2021 e 07/10/2021)	22/03/2021 07/10/2021	22/03/2021 07/10/2021	Pos
Soccorso paziente caduta davanti all'ingresso sede di Portogruaro (incident report 25/11/2021)	25/11/2021	25/11/2021	Pos
AP	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos.   Neg
3 Segnalare adeguatamente gradino davanti all'ingresso della sede di Portogruaro	25/11/2021	09/09/2021	Pos da monitorare

**Incident report:**

N. 3 incident report chiusi positivamente come riportato nella precedente tabella AC/AP.





## 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 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.
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).

## 6. Gestione reclami anno 2021

Nell'anno **2021** è stato registrato un reclamo da parte degli utenti. Gli ambiti di reclamo sono inerenti a:

Reclamo	Sede	Ambito	stato
1/2021	Treviso	Reclamo per disservizio terapie	Chiuso





## 7. Customer satisfaction anno 2021

Nel mese di dicembre 2021 si è ritenuto opportuno riprendere la consegna periodica agli utenti dei questionari di soddisfazione, pratica interrotta nel 2020 a causa in ragione dell'emergenza sanitaria, considerando le misure di contenimento della diffusione del virus COVID-19 poste in atto dall'organizzazione.

Si evidenzia un incremento delle recensioni sul web sui principali motori di ricerca per le sedi di Treviso e di Mogliano Veneto nel 2020 e nel 2021 rispetto agli anni precedenti.

Risultati:

- Treviso:

Nel 2021 (57 questionari, circa il 27% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Si registra un miglioramento delle valutazioni relative alla struttura rispetto al periodo prepandemia a seguito della ristrutturazione dei reparti avvenuta a cavallo tra il 2019 e il 2021. Secondo gli utenti sarebbe opportuno che il medico, dopo la visita fisiatrica prescrivesse più cicli di fisioterapia a seconda della situazione del paziente e programmasse una visita di controllo per verificare i risultati ottenuti dalla fisioterapia ed eventualmente programmare altre terapie. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato. Si evidenziano recensioni positive sul web che esprimono particolare apprezzamento verso il personale fisioterapista.

- Jesolo

Nel 2021 (73 questionari, circa il 34% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Le segnalazioni riguardano la struttura, da ristrutturare secondo alcuni utenti. I risultati sono in linea con lo storico. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.

- Mogliano

Nel 2021 (62 questionari, circa il 30% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. Si registra un miglioramento delle valutazioni relative alla struttura rispetto al 2020 a seguito della ristrutturazione di segreteria, ambulatori e alcune palestre, avvenuta a cavallo tra il 2020 e il 2021. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.

- Portogruaro

Nel 2021 (20 questionari, circa il 9% del numero totale) i risultati sono in linea generale positivi. In generale l'obiettivo di un valore superiore al 90% dei giudizi positivi è rispettato.







## 8. Audit interni e di terza parte

## 9. AUDIT: Elenco audit anno 2021

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) <sup>1</sup>	Obiettivo dell'audit	Responsabile di processo/area	Pianificata per (data/ora)
Processo 1 POI 1.1 Direzione TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG	Agosto - Settembre 2021
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 Direzione sanitaria TREVISO, MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231 Audit clinico	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 1 e 2 POI 3.3 POI 1.1 POI 2.2 - Direzione sanitaria JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231_ Audit clinico	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG, DS, RGQ	Agosto - Settembre 2021
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG, DS, RGQ	Agosto - Settembre 2021
Processo 2 POI 2.1 Risorse Umane, POI 2.2 Pazienti, POI 2.3 Fornitori JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG, DS, RGQ	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale MOGLIANO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 procedura 3.6, 3.7 Gestione reparti, ambienti, attrezzature e farmaci e personale JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DG, DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 e 5 Procedura 3.1, 3.2, 5.2 Segreteria, privacy, amministrazione MOGLIANO, JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DG, DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrica e Fisioterapia (terapie e visita) TREVISO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Agosto - Settembre 2021
Processo 3 POI 3.3, POI 3.4 Visita fisiatrica e Fisioterapia (terapie e visita) MOGLIANO, JESOLO, PORTOGRUARO	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS	Agosto - Settembre 2021
Processi 4 e 6 - TUTTE LE SEDI	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS, DG, RGQ	Agosto - Settembre 2021
Tutti i processi - Treviso	Applicazione norme emergenza sanitaria COVID-19	DS, DG, RGQ	Agosto - Settembre 2021

<sup>1</sup> Devono essere ispezionati tutti i processi applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali





## 3.1 Obiettivi 2022

N°	Descrizione obiettivo	Metodologia di raggiungimento	Risorse investite
1	Definizione dei PDTA	Chiudere AP	RGQ, DS, Consulente esterno, fornitore S.I.
2	Consolidamento del sistema di gestione delle informazioni (compreso incident report)	Sensibilizzare il personale in merito	RGQ
3	Conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale	Adeguamento del SG Integrato	RGQ, Consulente esterno
4	Implementazione del software Medicare	Pianificazione delle attività	RGQ, fornitore S.I.
5	Recupero prestazioni non effettuate a causa della pandemia COVID-19	Aumento numero di visite rispetto al 2021	DG, DS, Coordinatore personale fisioterapista
6	Rinnovo accreditamento istituzionale per la sede di Portogruaro	Mantenimento dell'aggiornamento del Sistema di gestione e dei requisiti cogenti	RGQ, Consulente esterno, DG, DS
7	Domanda di rinnovo accreditamento istituzionale per le sedi di Treviso, Jesolo (il provvedimento è in scadenza a fine 2022)	Mantenimento dell'aggiornamento del Sistema di gestione e dei requisiti cogenti	RGQ, Consulente esterno, DG, DS
8	Analisi fabbisogni formativi del personale	Somministrazione questionari e analisi dei risultati	Coordinatore personale fisioterapista, RGQ, Consulente esterno
9	Aggiornare le procedure del sistema di gestione	Verificare ed aggiornare le procedure interne	Coordinatore personale fisioterapista, RGQ, Consulente esterno

