

RELAZIONE ANNO 2016-2017

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 2016
6. MODALITA' DI GESTIONE DEI RECLAMI – URP
7. GESTIONE RECLAMI ANNO 2016
8. RISULTATI COSTOMER SATISFACTION ANNO 2016
9. AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2016
10. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2017

1. Lettera della Direzione

La Direzione generale della IMED 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.

Durante il Riesame della Direzione, che viene fatto verso la fine di gennaio di ogni anno, come esame riassuntivo dell'attività dell'anno precedente, la Direzione ha analizzato le osservazioni della precedente visita dell'Ente di certificazione CSQ, effettuata in data 22.09.2016 ed ha promosso alcuni incontri con il personale in modo che le osservazioni fossero comunicate e venisse preparato un piano per la loro adeguata attuazione.

Nell'anno 2016 abbiamo avuto la fusione della Struttura Radiologia Specialistica del Prof. S. Vio con la IMED s.r.l. e durante l'anno 2017 saremo impegnati nel passaggio alla ISO 2015 e, possibilmente, anche all'inserimento della Radiologia Medica Bassano nello stesso certificato di qualità.

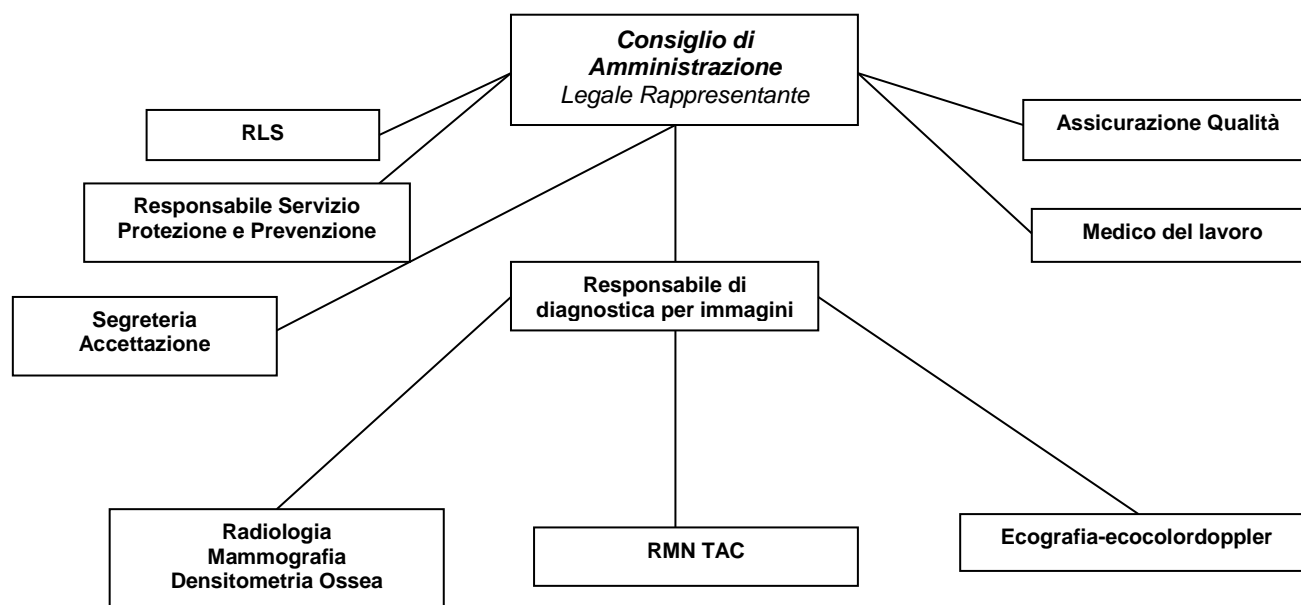
Gli obiettivi per la qualità sono stati analizzati e si è concordato che le Strutture sono allineate sugli obiettivi prefissati. Perciò, tali obiettivi sono riconfermati e si prende in considerazione, nell'anno 2017, l'attività della nuova Struttura "Radiologia Medica Bassano".

3. Politica della qualità anno 2017

Le politiche per la qualità, anche in prospettiva dell'applicazione della ISO 2015, precisano gli obiettivi e gli impegni che la IMED s.r.l. intende perseguire e raggiungere, al fine di:

- Comprendere le esigenze presenti e future dei propri utenti;
- Accrescere la soddisfazione del cliente/paziente;
- Stabilire unità di intenti e di indirizzo per tutto il personale;
- Coinvolgere il personale nel conseguimento degli obiettivi aziendali;
- Ottenere con maggior efficienza e efficacia i risultati desiderati;
- Rendere sistematico l'approccio alla gestione per migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione (PDCA);
- Mettere particolare attenzione al risk-based thinking
- Tendere al miglioramento continuo;
- Assumere decisioni basate sull'analisi dei dati;
- Instaurare rapporti di reciproco beneficio con i propri fornitori.

3. Organigramma e funzionigramma



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**.

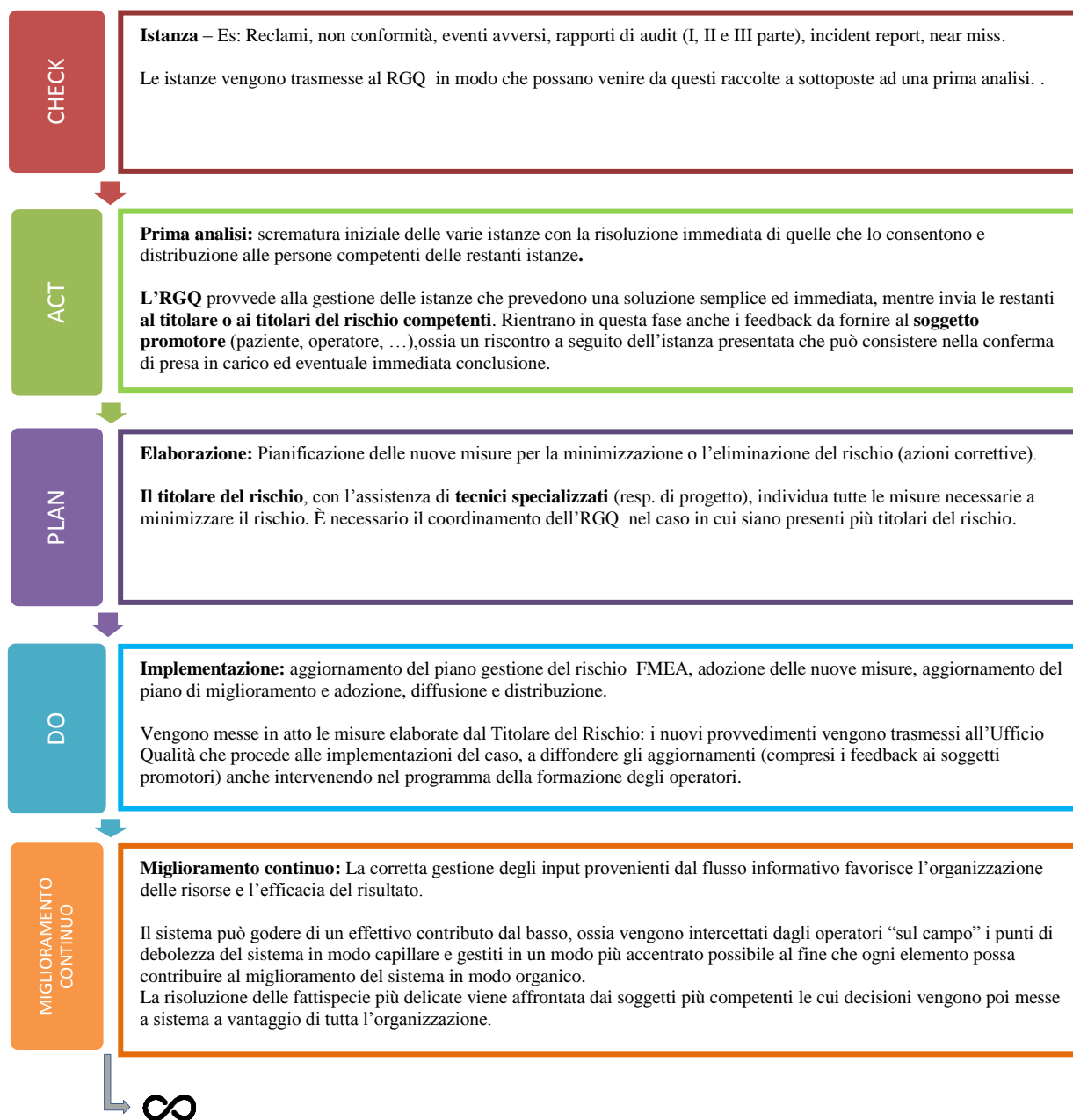
Seguendo la definizione di rischio dello Standard **ISO 31000:2009** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia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

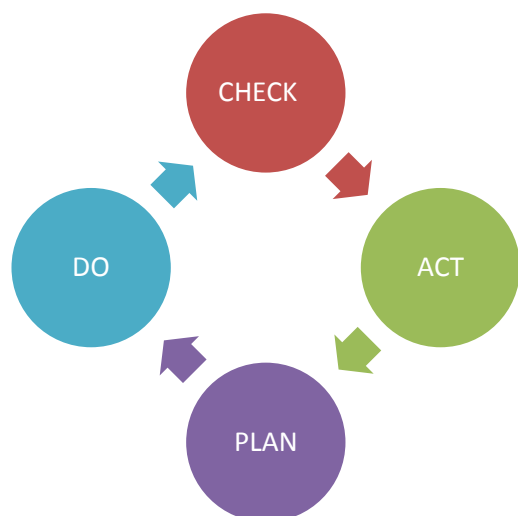
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

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.





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

5. Gestione incident report anno 2016

Il numero di incident report registrati e gestiti nell'anno 2016 è stato di 2 casi per cadute casuali. Non è stato segnalato nessun incidente con conseguenze cliniche o legali.

6 Modalità di gestione del reclamo

La gestione del reclamo è affidata alla Segreteria Amministrativa, al Direttore Responsabile e al RAQ. 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 registrano per il paziente il reclamo. 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 (tale personale è rappresentato da operatori della

segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al RAQ 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)

7 Gestione reclami anno 2016

Il numero reclami registrati e gestiti nell'anno 2016 è stato di 4 reclami

Gli ambiti in cui si sono registrati i reclami sono: tutti dovuti ad atteggiamenti non sempre troppo educati da parte degli operatori.

8 Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2016

Sono state raccolte 220 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.

Tenendo conto delle diverse realtà operanti alla IMED s.r.l., dai dati emerge:

1. Esiste un sostanziale e costante ritorno dei pazienti che già hanno usufruito dei servizi (44%), con un lieve aumento di pazienti che vengono per la prima volta (56%). Si può, quindi, 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 81%: ne risulta un miglioramento rispetto all'anno passato anche se sarà un impegno di tutto il personale per ottenere un risultato migliore. Ovviamente, tenendo conto della complessità della Struttura si deve tener conto dell'impossibilità di soddisfare tutti i pazienti.
2. E' migliorata la soddisfazione per la pulizia degli ambienti (83% risulta soddisfatta) e l'accoglienza del paziente (il 64% si ritiene molto/abbastanza soddisfatto). La soddisfazione generale è molto buona (81%).

3. Le osservazioni rilevate sono:

- a. In Accettazione si dovrebbe avere maggior attenzione nei confronti dei pazienti (un sorriso non guasta mai!!!) e del rispetto della privacy. Purtroppo si deve rilevare che gli spazi sono piuttosto ridotti e che tutti i pazienti hanno la brutta abitudine di accalcarsi vicino al bancone dell'accettazione. Pur riconoscendo che il lavoro del front-office è particolarmente impegnativo, la DG rileva la necessità di incontri di formazione (comprese delle lezioni di buona educazione) con il personale, onde capire se ci sono problemi di interrelazione con i pazienti (problemi di comprensione, di informazione, ricette non corrette ecc...) e l'opportunità di continuare la formazione giornaliera del personale attraverso il contatto diretto.
 - b. Si rileva un numero abbastanza importante di osservazioni relative al rispetto della puntualità: abbiamo fatto anche delle riunioni per capire come poter operare ma la grossa difficoltà è il riuscire a combinare le necessità dei pazienti (persone anziane ecc..) e le esigenze organizzative.
4. Un'osservazione importante è relativa alla puntualità nell'esecuzione degli esami: in cardiologia si rileva che fra il molto e l'abbastanza siamo al 42%, mentre è buona la soddisfazione globale (88%).
5. L'esame dei questionari è stato puntuale e relativo alle diverse tipologie di diagnostica per immagini (Radiologia tradizionale, Ecografia, TAC, RMN, Cardiologia): sono emerse alcune osservazioni relative alla puntualità nell'esecuzione degli esami. Ci sono lamentele relative alla puntualità degli esami in ecografia (il 73% lamenta la non-puntualità), mentre il 68% ritiene positivo il rispetto della persona.

9 Azioni di miglioramento intraprese nell'anno 2016-17

1. **FABBISOGNO FORMATIVO:** Alla DG e alla DR/DS sono giunte le esigenze del Personale per affrontare alcune tematiche relative all'organizzazione interna (v. lettera di convocazione del settembre 2016). Sono stati fatti due incontri (v. Verbali) per affrontare le tematiche emerse dalle richieste del Personale. Inoltre sono stati fatti degli incontri dalla Fuji per gli aggiornamenti del sistema RIS-PACS
2. **CARTA DEI SERVIZI:** La Direzione ha rinnovato la carta dei servizi, in data 11.2016, Rev. 4. Inoltre, tenendo in considerazione le osservazioni ricavati dal questionario dato ai pazienti, si sta elaborando un piccolo libretto da consegnare alle Segretarie che presenta alcuni semplici consigli per un comportamento corretto nei confronti dei colleghi e dei pazienti.

3. **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
4. **NOMINA COMMISSIONE TECNICA PER ACQUISTO APPARECCHIATURE:** Il Legale Rappresentante, nel febbraio 2016, ha nominato una Commissione Tecnica che dovrà sovrintendere all'acquisto delle apparecchiature in osservanza alle normative espresse dal HTA. Sono presenti i relativi verbali per l'acquisto di apparecchiature.

10 Piano di miglioramento anno 2017

Negli obiettivi per l'anno 2017, la DG si propone di ampliare aprendo la nuova Struttura di Bassano del Grappa.

Inoltre, in questi primi mesi del 2017, saranno attivati i corsi di Primo Soccorso e di BLSD per far sì che tutti gli operatori siano adeguatamente preparati e istruiti sulle immediate esigenze di una eventuale emergenza medica.

La DG e la DS si sente impegnata a migliorare l'attività di servizio di diagnostica per immagini, installando una nuova apparecchiatura di TAC a 80 strati. Ciò comporta un impegno economico e di formazione del personale dedicato.