



Centro di fisiokinesiterapia

RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS ANNO 2024

ANNO 2024

CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA S.R.L.

Sedi di:
TREVISO
JESOLO
MOGLIANO VENETO
PORTOGRUARO

1

Treviso, 27/01/2025



1. INTRODUZIONE

L'anno 2024 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

L'anno 2024 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'Analisi del rischio, secondo lo standard definito dalla Norma ISO 31000, come metodo unico per tutti i modelli organizzativi di cui sopra, ha 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 2024 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
- Coordinatore del Personale
- Responsabile Sistema di Gestione Integrato
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (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 legato 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.

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 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 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.

3

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.

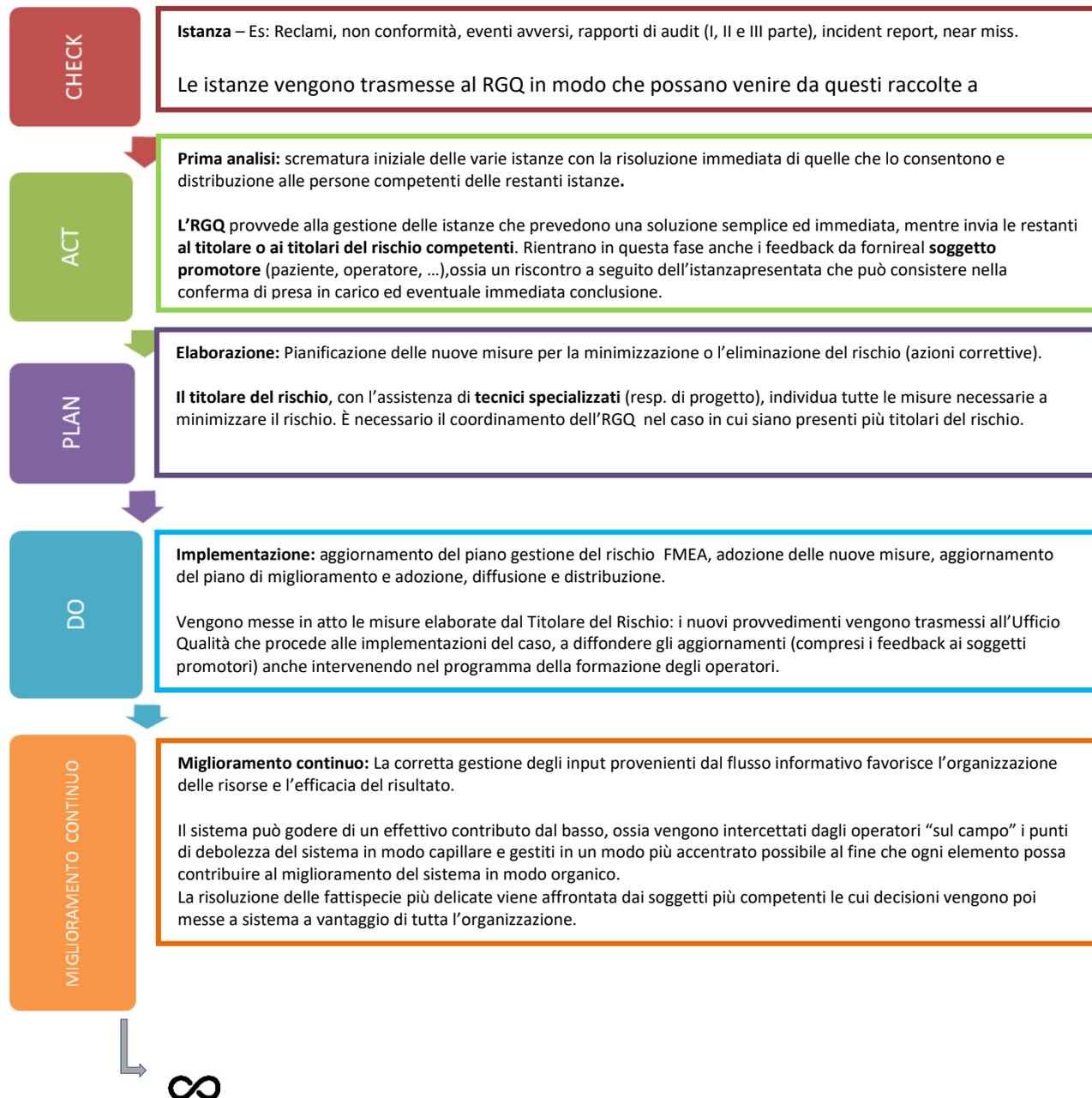
Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si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

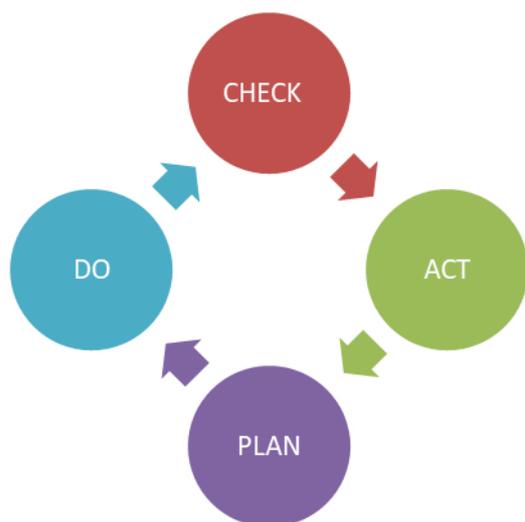
4.2 Gestione degli incident report

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

ELENCO AUDIT 2024

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Responsabile di processo/area	Pianificata per (data/ora)
Direzione Generale	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231	DG	Luglio 2022
Direzione Sanitaria	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato_ L. 231_Audit clinico	DS	Luglio 2022
Stakeholders: Risorse Umane, Pazienti, Fornitori	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato _ L. 231	DG, DS, RGQ	Luglio 2022
Attività sanitarie e amministrative	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DG, DS, RGQ	Luglio 2022
Applicazione norme emergenza sanitaria COVID-19	Valutazione conformità Sistema di gestione integrato	DS, DG, RGQ	Luglio 2022

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



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

1. 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).

Reclami 2024	Sede	Ambito
30/03/2024	Mogliano	Rapporto medico-paziente
03/04/2024	Mogliano	Rapporto medico-paziente
07/05/2025	Mogliano	Modalità erogazione terapia riabilitativa in palestra
10/07/2024	Treviso	Erogazione terapia elettromedicale
22/08/2024	Treviso	Rapporto fisioterapista-paziente
Incident report 2024	Sede	Ambito
09/01/2024	Portogruaro	Incidente tapis roulant
01/02/2024	Mogliano	Identificazione errata paziente
21/02/2024	Portogruaro	Incidente gradino
22/02/2024	Treviso	Prescrizione terapia controindicata

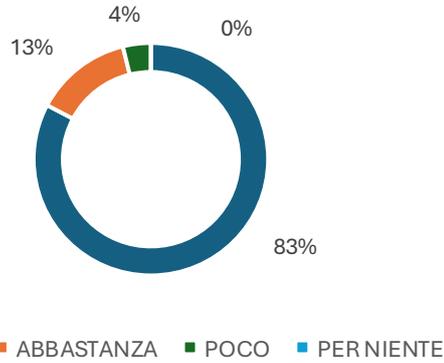


AZIONE CORRETTIVA	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos. Neg	Note
Colloquio tra coordinatore e medici e terapisti della sede di Mogliano per esposizione dei fatti e ricerca delle cause.	20/05/2024	20/05/2024	Positivo	È utile programmare degli incontri periodici per ricordare le procedure in uso
Richiamo verbale del fisioterapista	12/07/2024	12/07/2024	Positivo	
Richiamo verbale del fisioterapista	22/08/2024	2/09/2024	Positivo	Da programmare per il 2025/2026 corso sulla relazione/comunicazione
procedura in caso di assenza dal lavoro IDL 2.1.7	17/11/2023	08/01/2024	POS	
Procedura sull'uso corretto dell'armadietto IDL 3.7.11 ed/rev 1.0 del 11/11/2024	09/2024	11/11/2024	POS	
AZIONE PREVENTIVA	Data di apertura	Data azione attuata	Esito verifica eff. Pos. Neg	Note
Richiamo per un ritorno puntuale all'uso dei numeri identificativi per la chiamata del paziente	01/02/2024	6/02/2024	Positivo	
Verifica dello stato delle precauzioni già prese in passato	21/02/2024	21/02/2024	Positivo, le contromisure adottate erano ancora in funzione.	Già in passato si sono verificati incidenti con il gradino all'ingresso che è segnalato con striscia di colore giallo brillante e con segnaletica verticale, lo scalino si trova in zona condominiale e non si può modificare con rampa.
Affissione in reparto terapie fisiche cartello di avvertenze pe portatori di pacemaker e donne in gravidanza	22/02/2024	29/03/2024		

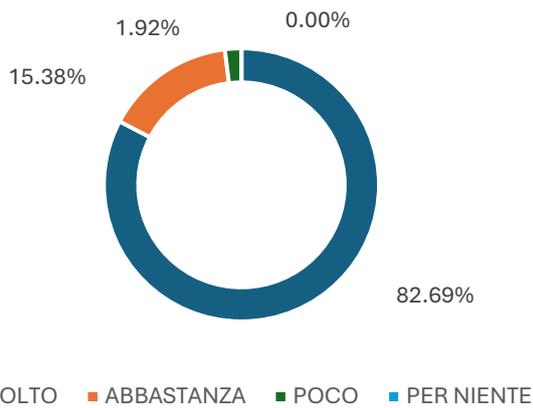


MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA (Anno 2024)

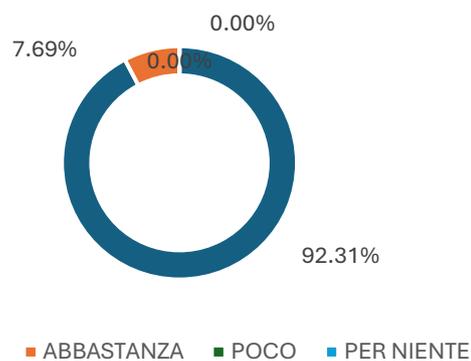
1) E' soddisfatto dal servizio erogato dalla segreteria in termini di accoglienza, informazioni, disponibilità?



2) le informazioni necessarie per ottenere i servizi sono fornite con chiarezza ?

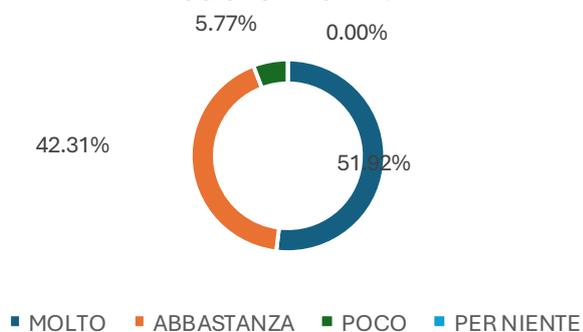


3) E' soddisfatto del servizio erogato dal personale fisioterapico nei reparti in termini di accoglienza, informazioni, disponibilità?

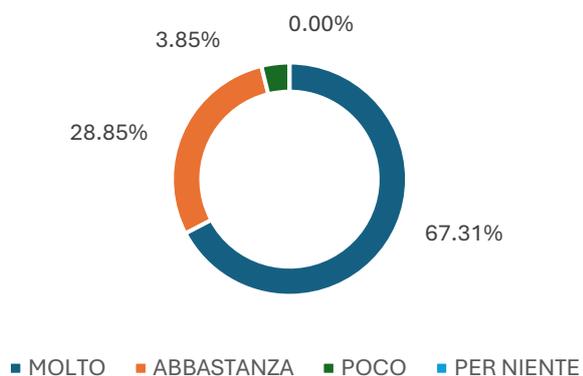




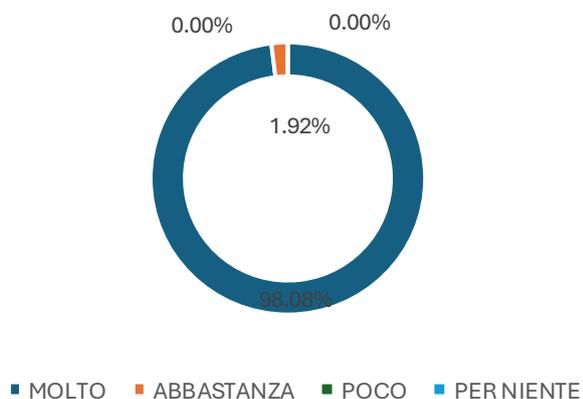
4) E' soddisfatto dei risultati ottenuti dalle
esecuzione delle terapie erogate dal
personale fisioterapico per la riduzione dei
suoi sintomi?



5) Ritiene soddisfacente il servizio erogato
dai Medici nello svolgimento delle visite
fisiatriche e/o nei trattamenti riabilitativi?

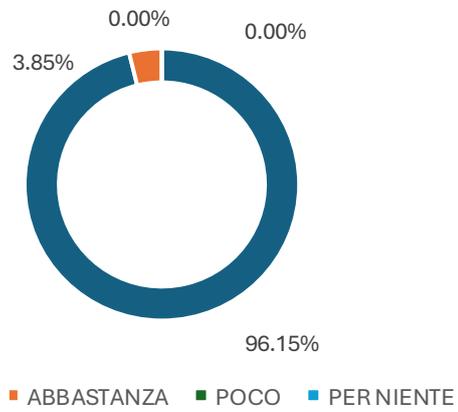


6) Come valuta la struttura in termini di pulizi,
ordine, accoglienza dei locali?





7) Complessivamente i servizi del centro soddisfano le sue aspettative ?





MONITORAGGIO DELLA SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI (Anno 2024)

Treviso



Mogliano



Jesolo



Portogruaro





N°	Descrizione	Metodologia di raggiungimento	Risorse investite
1	Consolidamento del sistema di gestione delle informazioni (compreso incident report)	Sensibilizzazione di tutto il personale in merito alle segnalazioni e compilazioni dei moduli di incident report-near miss	RGQ, Coordinatore del Personale
2	Conformità ai requisiti autorizzativi e di accreditamento istituzionale: - Rinnovo accreditamento della sede di Portogruaro (scad. 31/12/2024) - Entro novembre 2025 domanda di rinnovo accreditamento delle sedi di TV JE MGL, in scadenza a maggio 2026	Mantenimento dell'aggiornamento del Sistema di gestione e dei requisiti cogenti	RGQ, Consulente esterno, Direzione Generale, Direzione Sanitaria
3	Implementazione del software gestionale Medicare	- Strumenti di analisi degli esiti di outcome clinico (implementazione del diario clinico) - adeguamento al Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale del Servizio Sanitario	RGQ, fornitore S.I., Direzione Sanitaria, Ufficio Amministrativo
5	Rispetto del budget sanitario e mantenimento di adeguata produttività in funzione dell'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore Tariffario Nazionale del Servizio Sanitario dal 30/12/2024	Organizzazione delle risorse, formazione del personale procedure di prenotazione	RGQ, fornitore S.I. Direzione Sanitaria, Ufficio Amministrativo
6	Analisi fabbisogni formativi del personale	Pianificazione delle attività, in particolare organizzazione di corso sulla comunicazione per tutto il personale (comunicazione tra operatori e pazienti/familiari finalizzata a sviluppare competenze di counselling)	Coordinatore personale fisioterapista, Responsabile della Formazione

Treviso, 27/01/2025

La Direzione Generale
Ing. Giorgio Piovesan

La Direzione Sanitaria di CFKT Treviso e CFKT Mogliano Veneto
Dott.ssa Alessandra Vian

La Direzione Sanitaria di CFKT Jesolo e CFKT Portogruaro
Dott.ssa Anna Bazzana

CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA s.r.l.
Via della Liberazione n° 34
31100 TREVISO

REGIONE VENETO-ULSS 2 (TV)
Centro di Fisiokinesiterapia
FISIATRIA
Dott.ssa VIAN ALESSANDRA
Iscrizione Ordine VE06352

REGIONE VENETO - ULSS 4 (VE)
Centro di Fisiokinesiterapia
FISIATRIA
Dott.ssa BAZZANA ANNA
Iscrizione Ordine PN1802