

# **PIANO PROGRAMMA SICUREZZA DELLE CURE 2020**

**Approvato dalla Direzione nella seduta del 05.02.2020**

## SOMMARIO

1. SCOPO ED OGGETTO
2. RISULTATI DEGLI AUDIT E DELLE ISPEZIONI INTERNE ED ESTERNE
3. ANALISI DELLE NON CONFORMITÀ E DEI RECLAMI DEI CLIENTI
4. ANALISI DELLE AZIONI CORRETTIVE IMPLEMENTATE
5. ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DEL CLIENTE
6. VERIFICA OBIETTIVI DI CRESCITA AZIENDALE
7. VERIFICA DELL'ADEGUATEZZA E COMPLETEZZA DELLA POLITICA PER LA QUALITÀ, ANALISI DEL CONTESTO E ANALISI DEI RISCHI E OPPORTUNITÀ
8. ANALISI DEGLI INDICATORI

## **1. SCOPO ED OGGETTO**

Scopo del presente verbale è riportare, in sintesi, quanto emerso durante la riunione del Sistema Gestione Qualità (SGQ) da parte del Centro Medico Privato Lazzaro Spallanzani.

In questa sede sono state verificate le prestazioni del SGQ nell'anno 2019 e definiti gli obiettivi per l'anno 2020 (in allegato al presente verbale).

E' stata, altresì, presa in considerazione la Politica della Qualità in modo da verificarne la continua idoneità ed adeguatezza.

Nell'anno 2019 la pandemia da COVID 19 ha condizionato l'attività del Centro, comportandone, tra l'altro, la chiusura dal 16/03/2019 al 06/05/2019 per le prestazioni ordinarie; ciò ha determinato una riduzione del fatturato pari al 14% e dei valori prestazionali del 9% rispetto all'anno 2019.

In particolare sono stati oggetto di verifica i seguenti dati:

1. risultati delle verifiche ispettive interne ed esterne
2. analisi delle non conformità e dei reclami dei clienti
3. analisi e verifica delle azioni correttive
4. analisi della soddisfazione dei clienti
5. verifica obiettivi di crescita aziendale
6. verifica degli indicatori
7. verifica del piano di formazione
8. valutazione dei fornitori
9. verifica delle risorse
10. pianificazione degli obiettivi per l'anno successivo

## **2. RISULTATI DEGLI AUDIT E DELLE ISPEZIONI INTERNE ED ESTERNE**

In data 07/01/2021 è stato effettuato un audit interno relativo alla verifica del sistema qualità dal quale sono state rilevate quattro osservazioni da parte dell'auditor:

- 1) Si raccomanda di gestire la manutenzione degli impianti mediante il software gestionale EDUPLAN;

- 2) Descrivere in maniera più dettagliata le modalità di valutazione del personale sanitario interno ed esterno;
- 3) Si raccomanda di specificare in maniera dettagliata, all'interno della procedura PG02" le modalità di archiviazione e aggiornamento della documentazione gestiti mediante i software aziendali;
- 4) La procedura PG 09, relativa alla ricerca e sviluppo, attualmente in essere non descrive in che maniera viene eseguita la progettazione per l'erogazione di nuovi servizi.

Tutte le osservazioni sono state prese in carico dal responsabile qualità e verranno gestite nel minor tempo possibile.

A causa del covid e della sostituzione del DPO non sono stati effettuati, nel corso del 2019, audit relativi alla verifica della corretta applicazione della normativa Privacy, il prossimo audit è stato programmato in data 02/02/2021.

E' stata verificata la conformità ai requisiti generali per l'accreditamento della Regione Emilia –Romagna, che ha portato, nel mese di settembre, alla presentazione della domanda di accreditamento istituzionale.

Con Determina Regionale n. 21424 del 27/11/2019 è stato concesso al CMPLS l'accreditamento istituzionale, in attesa della verifica regionale finalizzata ad accertare i requisiti dichiarati.

Nel mese di settembre è stata effettuata la verifica esterna per l'ottenimento della certificazione ISO 9001:2015 da cui sono emerse le seguenti non conformità:

1. Non vi è evidenza dell'implementazione metodica di una valutazione dell'ottemperanza alla normativa.
2. L'organizzazione non ha chiarito in maniera puntuale l'interazione tra il processo di risk management e le azioni per affrontare rischi e opportunità
3. Da migliorare il processo di pianificazione della manutenzione;
4. Non è stata sempre disponibile la documentazione di trasporto dei prodotti approvvigionati, sui quali, secondo la procedura adottata, vi sono controlli in fase di ricevimento merci.
5. Non risulta pienamente conforme la gestione dell'integrazione contrattuale con il fornitore Iotti Walter per l'esecuzione delle manutenzioni ordinarie alla Sirono ortophos.
6. Non risulta pienamente conforme la modalità con cui si mantengono aggiornati i CV del personale medico. Inoltre la scheda di valutazione periodica del personale medico non richiama

le competenze tecniche acquisite e l'esito del monitoraggio del feedback dei pazienti.

Tutte le non conformità sono state prese in carico in particolare:

1. Sono stati programmati degli audit con cadenza semestrale, il primo è stato effettuato il 01/12/2019 durante il quale non sono emerse non conformità, rilasciando la raccomandazione di provvedere all'aggiornamento della valutazione del rischi stress lavoro-correlato entro i termini. Parimenti in tema di sicurezza ambientale alla luce dell'entrata in vigore del D. L.vo 116/2019 è stato incaricato l'ufficio competente al controllo dell'ottemperanza al dettato normativo.
2. La funzione del risk management è stata chiarita e definita in maniera dettagliata all'interno della sezione 6 del manuale della qualità e nel mansionario.
3. L'azione correttiva relativa all'implementazione di una più puntuale pianificazione delle manutenzioni è in fase di attuazione con l'inserimento dei dati e delle scadenze all'interno del gestionale EDUPLAN
4. Per supportare l'attività del magazzino è stata assunta una nuova risorsa addetta al controllo della merce in entrata.
5. Tutti i contratti in essere con le ditte esterne incaricate di effettuare le manutenzioni ordinarie interne al centro, sono stati verificati al fine di accertare l'effettiva corrispondenza tra quanto stipulato e quanto effettivamente richiesto alle ditte.
6. A tutto il personale medico è stato richiesto il CV aggiornato, è stata revisionata la procedura PG 03 relativa alla gestione delle risorse umane, sono state implementate le schede di valutazione del personale medico, anche in funzione dei requisiti di accreditamento regionale della struttura. Dove previsto è stata anche valutata la clinical competence del personale. E' stata effettuata una formazione al responsabile delle risorse umane relativamente alle indicazioni della norma ISO 9001 per la gestione delle risorse umane.

In questa sede si emette il piano di audit interni per l'anno 2021

### **3. NON CONFORMITA' E RECLAMI DEI CLIENTI**

Nel 2019 complessivamente sono state registrate 8 non conformità.

Tutte le NC sono state trattate e verificate. Sono state registrate 4 NC relative alla produzione di manufatti protesici da parte del laboratorio interno al CMPLS. Ulteriori 3 riguardano reclami esposti dai pazienti al termine della prestazione sanitaria erogata, relativamente alle modalità operative dello specialista.

Una non conformità riguarda l'effettuazione di esami ematici, in cui l'utente lamenta un tempo di attesa troppo lungo per l'effettuazione del prelievo.

Tutte le NC sono state trattate aprendo le rispettive Azioni Correttive.

Il sistema rilevazione delle segnalazioni e delle non conformità è in fase di modifica e avverrà con l'introduzione di un software di intranet aziendale, a disposizione di tutto il personale del CMPLS, con maggiori funzionalità e applicativi rispetto allo strumento attualmente in uso.

#### **4. ANALISI E VERIFICA DELLE AZIONI CORRETTIVE/MIGLIORAMENTO IMPLEMENTATE**

Nel corso del 2019 sono state implementate le azioni correttive conseguenti alle non conformità emerse in sede di audit di certificazione ISO 9001:2015 come riportato al paragrafo 2 del presente documento.

Sono state attuate, altresì, le azioni correttive derivanti dalle non conformità, aperte e rilevate da parte del Centro, in particolare si evidenzia quanto segue.

Per la gestione del servizio esami ematici si è incrementato il personale addetto al punto prelievi.

Per la non conformità relativa al ritardo nella consegna di un referto di laboratorio, è stato attivato il servizio "Docuraty" attraverso il quale è possibile scaricare il referto direttamente dall'utente una volta ricevuto un apposito sms da parte del centro ed è stata assegnata la responsabilità del processo di gestione dei referti ad una risorsa specifica.

Relativamente alle recensioni negative riportate a carico del call center si è provveduto a pubblicare sul profilo google del centro medico tutte le informazioni sulla documentazione sanitaria necessaria alla prenotazione nonché a procedere con la relativa prenotazione.

Per quanto riguarda i manufatti protesici sono state programmate le seguenti formazioni specifiche:

- modalità di presa dell'impronta digitale effettuata nel mese di ottobre 2019;
- nuove procedure operative di presa e verifica della corretta masticazione e relazione tra le arcate, effettuata nel mese di settembre 2019.

#### **5. ANALISI DELLA SODDISFAZIONE DEI CLIENTI**

Nel 2019 sono stati ottenuti 6504 feedback tramite il sistema "Tuo tempo" da cui risulta che il 94,56% degli utenti è tra i promotori, il 5,26% da un giudizio neutro, lo 0,18% è un detrattore. Il dato di Trustpilot evidenzia un numero di feedback di 106 recensioni da cui si evidenzia un 88,68% di promotori, 1,89%

neutri, e 9,43% detrattori. Il totale del Net Promoter Score presenta queste percentuali 94,46% di promotori, 5,20% neutri, detrattori 0,33% considerando il dato dei feedback da “Tuo tempo” e “Trustpilot”.

Il dato della fidelizzazione annua, importante ai fini della comprensione del livello di soddisfazione dell’utenza, da cui risulta che l’80% degli utenti risulta fidelizzato al medico, il 91% fidelizzato alla branca e il 21% hanno un mix di accessi a più branche e a più medici.

Il 74% sono prestazioni erogate su clienti nuovi, su un totale di 3600 prestazioni, evidenza di numerosi nuovi accessi alla struttura, la direzione ritiene rilevante questo dato ai fini della valutazione dell’efficacia della promozione del Centro da parte degli utenti.

Il 34% degli utenti ha risposto al questionario inviato al termine della prestazione sanitaria erogata, pertanto l’organizzazione ritiene il dato sul grado di soddisfazione del cliente e sulla qualità percepita rispetto al servizio offerto alquanto significativo. Per il 2021 ci si prefigge di raggiungere un NPS > del 90%.

## **6. VERIFICA OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO**

Per l’anno 2019 erano stati elaborati OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO che prendono in considerazione aspetti prettamente qualitativi relati al servizio erogato, ma anche obiettivi economici e prestazionali. L’analisi in dettaglio è riportata nell’allegato A02 PG 01 da cui si evince che il 90% degli obiettivi sono stati pienamente raggiunti. Le motivazioni del mancato raggiungimento dei restanti sono esplicitati nell’allegato A02 PG 01 “Obiettivi qualità 2019” e riconducibili sostanzialmente all’emergenza Covid-19 e all’entrata a far parte del gruppo Lifenet Heartcare che ha comportato, in parte, una riprogrammazione delle attività in funzione delle strategie di gruppo.

## **7. VERIFICA DELL’ADEGUATEZZA E COMPLETEZZA DELLA POLITICA PER LA QUALITÀ, ANALISI DEL CONTESTO E ANALISI RISCHI E OPPORTUNITÀ**

In questa sede sono state prese in esame la politica della qualità, l’analisi del contesto in cui opera l’azienda e l’analisi dei rischi e delle opportunità. La politica è in linea con l’attività del centro e con gli intendimenti della Direzione. Pertanto è interamente confermata in questa sede. Gli obiettivi di crescita e miglioramento (in allegato) appaiono in linea con la politica. L’analisi del contesto effettuata risulta tuttora valida e rappresentativa del contesto in cui l’azienda opera. Dall’analisi dei rischi si ricavano anche gli obiettivi di miglioramento.

## **8. ANALISI INDICATORI**

Gli indicatori riportati negli obiettivi qualità 2019 A2 PG01 sono rappresentati all'interno del software data smart in gestione alla direzione e al personale strettamente coinvolto.

Gli indicatori di performance hanno dimostrato un andamento soddisfacente tenendo conto delle vicende che hanno interessato il CMPLS nel corso dell'anno in esame.

In generale, il numero di prestazioni erogate e il dato del fatturato è risultato in flessione a fronte del periodo di chiusura per lockdown e per la difficoltà di attirare l'utenza proveniente al di fuori della provincia, causa pandemia. Gli indici prestazionali riconducibili alla capacità del centro e delle professionalità in esso operanti mostrano un andamento positivo a dimostrazione della capacità del centro di reagire alla situazione di crisi e dell'orientamento verso il miglioramento continuo delle proprie performance.

## **9. VERIFICA DEL PIANO DI FORMAZIONE**

La Direzione del CMPLS, al fine di garantire un servizio migliore per i propri clienti e, allo stesso tempo, motivare il personale e renderlo maggiormente competente, ritiene di fondamentale importanza formare il proprio personale. Obiettivo della formazione è garantire, altresì, la sicurezza sul lavoro per tutti i lavoratori del Centro. Per questo motivo viene sempre redatto un piano di formazione annuale.

Costantemente monitorata è la formazione per la sicurezza derivante da obblighi di legge, mediante il gestionale EDUPLAN e il contratto di fornitura in essere con Gruppo Ge. Ma.

Nel 2019 è stata effettuato l'aggiornamento per la formazione specifica dell'RLS interno.

La maggior parte degli interventi di interventi di formazione programmati per l'anno 2019 con il supporto di enti di formazione esterna sono stati posticipati e riprogrammati nell'anno 2021, mentre è proseguita l'attività di formazione/informazione e addestramento espletata internamente.

Tra gli incontri di formazione erogati esternamente nel 2019 spiccano le seguenti attività:

- Corso biomeccaniche complesse con ancoraggio scheletrico del 25 e 26 settembre 2019
- Corso su Ecografia badside effettuato nel mese di marzo 2019 presso il policlinico Sant'Orsola per il personale degli ambulatori

Per maggiore completezza si rimanda al file "matrice dati del personale".

## **10. VALUTAZIONE DEI FORNITORI**

A partire dal 2019 è stato sviluppato un sistema di valutazione di fornitori.

La valutazione effettuata al 31/12/2019 conferma la storicità di tutti i fornitori che, pertanto, risultano qualificati per tutto l'anno 2021.

Risulta elevato il grado di fidelizzazione con tutti i fornitori grazie ai rinnovati rapporti di collaborazione consolidatisi nel tempo.

## **11. VERIFICA DELLE RISORSE ECONOMICHE, UMANE, TECNOLOGICHE**

### Risorse economiche

La chiusura del bilancio 2019 evidenzia un risultato ante imposte di €344.000 che sarà interamente accantonato ad ulteriore sostegno del patrimonio aziendale. L'ottimo risultato della gestione permetterà di supportare gli investimenti orientati al raggiungimento degli obiettivi di miglioramento qualitativo dei servizi offerti e di crescita aziendale.

### Risorse umane

In questa sede sono stati presi in considerazione l'organigramma e l'elenco del personale con relative funzioni e responsabilità assegnate; le stesse si ritengono idonee in rapporto alla tipologia di attività trattata ed al numero di prestazioni effettuate.

Sono state valutati a campione i documenti del personale, al fine di stabilirne completezza e corretta gestione. Le risorse umane impiegate sono adeguate alle prestazioni svolte in termini numerici e in termini di competenze possedute.

Per il dettaglio si rimanda alle schede di valutazione del personale.

### Risorse tecnologiche

Nonostante l'anno particolarmente difficile sono stati portati a termine alcuni investimenti rilevanti per le tecnologie in possesso del centro al fine di un continuo miglioramento della dotazione strumentale del centro. Tra gli investimenti spiccano l'acquisto di un mammografo, di un laser retinico e macchina per chirurgia refrattiva, una telecamera intraorale e di un nuovo fresatore.

Il piano di acquisti per l'anno 2021 precede i seguenti principali investimenti: l'ampliamento del software GCM, l'acquisto di un intensificatore di brillantezza per la sala operatoria e l'acquisto di apparecchiatura per endoscopia digestiva