



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 1 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

RIESAME DELLA DIREZIONE

Anno 2022



STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA srl

Piazza San Nicolò, 11/2, 30034 - Mira (Venezia)

Mira 31/03/2023

La Direzione
Dr. Riccardo Meneghelli

**RIESAME DELLA DIREZIONE****1. INTRODUZIONE**

Il documento di riesame della direzione è lo strumento utilizzato dalla direzione per:

- Definire le **politiche dell'azienda** e le metodologie di sviluppo di queste;
- **Verificare l'andamento dell'anno passato e dell'anno in corso;**
- **Verificare il rispetto degli obiettivi** prefissati;
- Valutare il **volume di attività** erogata nell'anno passato con la valutazione delle risorse investite;
- Pianificare i **bisogni formativi** del personale;
- Valutare il grado di **soddisfazione dei pazienti** dell'ambulatorio o del poliambulatorio;
- Valutare il grado di **soddisfazione del personale;**
- Analizzare le eventuali **non conformità** e relative **azioni preventive e correttive;**
- Stabilire i **nuovi obiettivi;**
- Comunicare a chi di competenza i risultati dell'anno passato (sottoscrizione del personale).

La mission guarda alla soddisfazione della domanda di servizi sanitari da realizzarsi attraverso prestazioni di alta qualità erogate in breve tempo. La mission viene confermata anche per l'anno **2022**.

L'impegno è basato sulla **centralità del paziente** che richiede prestazioni sanitarie di tipo diagnostico sulla base dei quesiti provenienti da medici di base e medici specialisti.

La salute e i diritti del paziente sono elementi di assoluta rilevanza per l'azienda.

Ogni paziente è assistito con la medesima cortesia e professionalità secondo il diritto di uguaglianza e, fin dal primo momento, è messo nella condizione di poter avere le informazioni necessarie a scegliere consapevolmente il trattamento a cui sottoporsi.

L'azienda mette a piena disposizione dei pazienti il proprio personale, il quale provvede puntualmente a descrivere le modalità di accesso alle prestazioni sanitarie.

Presso l'azienda il paziente è messo al centro anche grazie ad un sistema organizzativo strutturato secondo la norma **UNI EN ISO 9001** (certificato da ente terzo CSQ) che attraverso la qualità vuole promuovere un continuo miglioramento, valorizzando le opinioni dell'utenza e dando loro modo di dialogare costantemente con il personale attraverso un ufficio di relazioni con il pubblico.

Ogni reclamo dell'utenza è ascoltato e analizzato, cercandone una risoluzione in tempi brevi anche con il coinvolgimento del paziente stesso che può quindi essere messo al corrente del relativo *follow-up*.



RIESAME DELLA DIREZIONE

Ogni dato personale, sensibile e non, viene trattato in conformità alla normativa vigente, adottando le idonee misure di sicurezza e garantendo il diritto della privacy. Ogni paziente può avvalersi dei propri diritti in merito rivolgendo le proprie istanze al responsabile del trattamento, come indicato peraltro nell'informativa esposta presso l'area accettazione.

1.1 Input ed output per il riesame della direzione

Quando si parla di **input** il riesame della direzione deve essere pianificato tenendo in considerazione:

- Lo stato delle azioni derivanti dai precedenti riesami;
- I cambiamenti di fattori interni ed esterni che influenzano il sistema di gestione per la qualità;
- Dati e informazioni sulle prestazioni e l'efficacia del sistema di gestione per la qualità, come ad esempio:
 - La soddisfazione del cliente e le informazioni di ritorno dalle parti interessate considerate rilevanti;
 - La misura del grado di raggiungimento degli obiettivi per la qualità;
 - Le prestazioni del processo e la misura del grado di conformità per prodotti e servizi;
 - Gli andamenti relativi alle non conformità ed alle azioni correttive;
 - I risultati derivanti dalle attività di monitoraggio e misurazione;
 - I risultati degli audit;
 - Le prestazioni dei fornitori esterni.
- L'adeguatezza delle risorse;
- L'efficacia delle azioni atte a fronteggiare rischi e cogliere opportunità;
- Le reali opportunità di miglioramento.

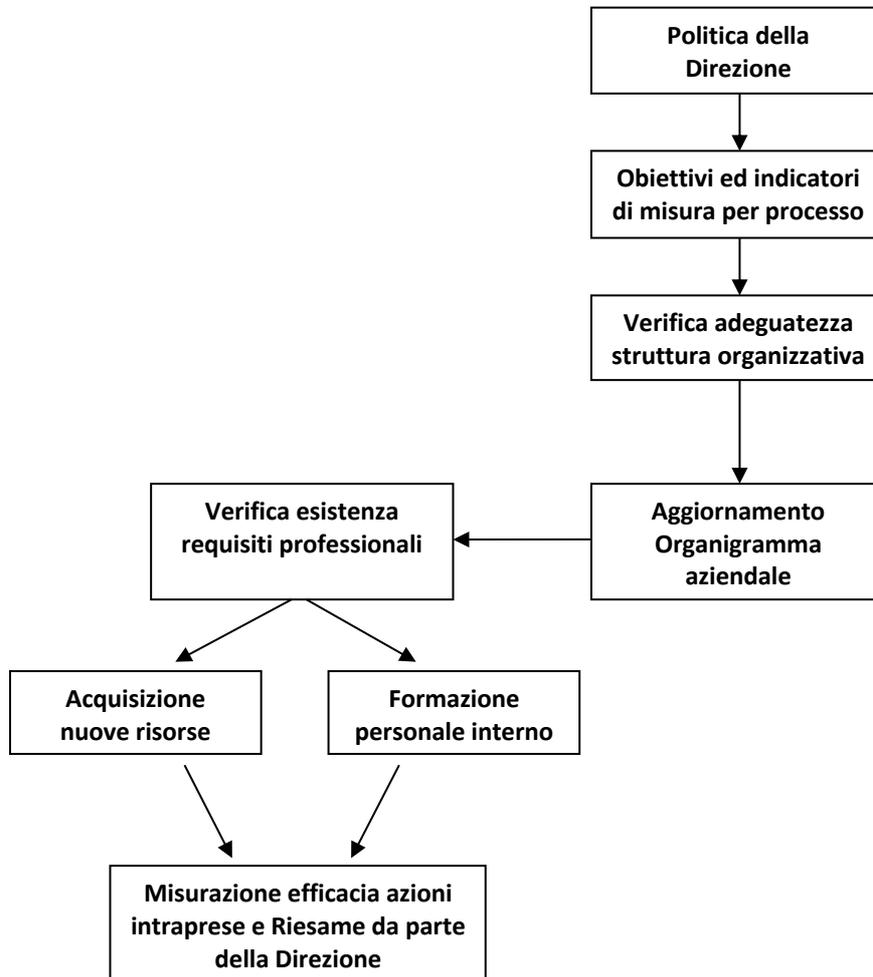
Quando si parla di **output** il riesame della direzione deve comprendere azioni e decisioni relative a:

- Opportunità di miglioramento;
- Eventuali esigenze di modifica al sistema di gestione per la qualità;
- Risorse necessarie.



RIESAME DELLA DIREZIONE

2. FLUSSO DELL'ITER DIREZIONALE



**RIESAME DELLA DIREZIONE****POLITICA PER LA QUALITA'**

La Direzione Strategica dello Studio Fisioterapico Riviera ha definito la Politica per la Qualità al fine di individuare e soddisfare le aspettative e le esigenze dei propri Utenti.

La Mission dello Studio Fisioterapico Riviera

"Soddisfare i bisogni e le aspettative di salute degli Utenti, gestendo con efficienza le risorse disponibili, per garantire le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, offerte con la tempestività necessaria, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza".

La Direzione Strategica dello Studio Fisioterapico Riviera ispira la propria Politica della Qualità ai seguenti principi:

- centralità dell'utente nella gestione e tutela della salute;
- orientamento al benessere ed alla qualità di vita degli utenti, degli operatori, nonché alla protezione dell'ambiente;
- tutela e promozione della dignità umana, equità, solidarietà ed etica professionale;
- ascolto delle esigenze di tutte le parti interessate, in particolare del personale operante nello studio;
- promozione al suo interno del Miglioramento Continuo della Qualità dei servizi sanitari erogati, anche attraverso un approccio PDCA (Plan - Do - Check - Act);
- orientamento costante all'implementazione di nuovi Servizi Sanitari.

Obiettivi strategici ed azioni

Gli obiettivi strategici che si pone la Direzione Strategica per il prossimo anno e le azioni che intende intraprendere per realizzarli sono le seguenti:

Area Qualità

Obiettivo: mantenere attivo ed efficace il sistema aziendale di gestione della qualità finalizzato a promuovere e diffondere una cultura della qualità omogenea e condivisa.

Azioni: attuazione della LR n. 22/2002, relativa all'autorizzazione e all'accreditamento, in tutte le aree della Struttura; mantenimento della certificazione UNI EN ISO 9001/2015.

Area Comunicazione

Obiettivo: facilitare l'accesso ai servizi e garantire la possibilità di scelta da parte del cittadino facendo conoscere cosa facciamo, quali prestazioni eroghiamo, dove e con quali modalità vengono erogati e con quali tempi.

Azioni: costante aggiornamento della Carta dei Servizi e del sito Web dello Studio.

Obiettivo: garantire la tutela dei diritti e la partecipazione degli utenti ai processi decisionali.

Azioni: aggiornamento e comunicazione di impegni e standard di qualità individuati nella Carta dei Servizi, tutela della Privacy, mantenimento dei canali di comunicazione (servizio di segreteria, email, questionari, moduli reclamo).

Obiettivo: integrazione tra la struttura, il SSR e la comunità locale.

Azioni: confronto sistematico con la AULSS 3 e con le istituzioni presenti nella comunità locale e con le realtà economico-produttive del territorio. La lettura dei bisogni provenienti dalla comunità e ricerca di risposte pertinenti. L'attivazione di adeguati canali di informazione e di comunicazione.

Area della Formazione

Obiettivo: ottimizzare lo sviluppo delle risorse umane per favorire il cambiamento organizzativo attraverso cui "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata".

Azioni: assegnare risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori e la capacità di svolgere il proprio lavoro nella sicurezza propria e degli utenti che accedono alla struttura.

Mira, 31 dicembre 2022

Il Direttore Generale
- Dr. Riccardo Meneghelli -



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 6 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

3. RIESAME DELLA DIREZIONE - PERIODO DA GENNAIO A DICEMBRE – 2022

Il sistema organizzativo segue le linee guida dettate dalla norma **UNI EN ISO 9001** al fine di tenere sotto controllo tutti i processi coinvolti.

L'attività di analisi dell'andamento dell'anno è stata improntata su:

- Gli esiti della customer satisfaction;
- Gli esiti dei questionari di valutazione degli operatori;
- Le risultanze emerse dalle verifiche interne (audit);
- La gestione dei reclami;
- Il risk management;
- L'analisi del raggiungimento degli obiettivi (con analisi specifica di quelli raggiunti, in fieri e falliti).

**RIESAME DELLA DIREZIONE****3.1 Obiettivi per la qualità - Verifica dicembre 2022****PROCESSO 1 - DIREZIONALE**

1.1 – Direzionale				
N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Methodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Miglioramento sistema qualità	Conformità alla UNI EN ISO 9001:2015, mantenimento requisiti autorizzazione ed accreditamento	Lupatin Silvia Carola Voltini	Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il prossimo anno
2	Mantenimento certificazione Qualità	Superamento Visita di sorveglianza CSQ	Lupatin Silvia Carola Voltini	Superamento della visita di sorveglianza IMQ Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il prossimo anno

PROCESSO 2 - STAKEHOLDER

2.2 – Paziente				
N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Methodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Miglioramento soddisfazione utenti	Analisi questionari Valore atteso al 12/2022 > 90% soddisfazione	DS DIR URP	Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il prossimo anno almeno al 90%
2	Implementazione strumento statistico informatico per valutazione outcome	Aumento dati per valutazione	Claudia Boldrin GIPO	Obiettivo raggiunto, continuare ad implementare le valutazioni out come clinico anche per il 2023
3	Miglioramento comunicazione con utenza	Creazione sportello URP sia in presenza che online, miglioramento sito internet	Carola Voltini, Sabina Zoccolan, Claudia Boldrin	URP in presenza, Sito internet in lavorazione
4	Miglioramento esito Obiettivi terapeutici	> 50% raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico	DS, DT, Resp fisioterapisti	Anno 2022: raggiungimento obiettivi protocollo terapeutico in 2799 percorsi terapeutici su 5546 visite totali, pari al 50,5%

PROCESSO 3 – ATTIVITÀ

P.O. 3.2 Medicina Fisica e Riabilitazione				
N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Methodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Miglioramento MFR	Miglioramento obiettivi terapeutici e riduzione dolore VAS	Resp. Fisioterapisti	Obiettivo raggiunto

**MODULO**Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 8 di 38**RIESAME DELLA DIREZIONE**

4	Potenziamento attività di MFR privata	Aumento n prestazioni	Fisiatri	Obiettivo non raggiunto Anno 2020: 60.818 Anno 2021: 65.941(+8%) Anno 2022: 49.205.
5	Implementazione controlli MFR audit resp. fisio	Almeno 3 audit Resp. Fisio anno 2022	Responsabili Fisioterapia	Obiettivo raggiunto
6	Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico	+ 20% sul 2021	Medici e terapisti	Obiettivo raggiunto: +80% Anno 2021: 16 cicli Anno 2022: 29 cicli
7	Potenziamento attività di riabilitazione logopedica e neuropsicologo	+ 25% sul 2021	Medici, logopedisti	Obiettivo non raggiunto: prestazioni in linea con il 2021 2022: 15 inquadramenti e 11 cicli di terapia logopedica (totale 26) 2021: 11 inquadramenti e 16 cicli di terapia logopedica (totale 27)

P.O. 3.5 Attività del poliambulatorio

N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Metodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Potenziamento attività di ortopedia	Creare un "polo d'eccellenza" ortopedico con gli specialisti: spalla, mano, anca, ginocchio, piede- aumento n prestazioni: obiettivo + 10% sul 2021	Dott. Alberto Giroto Dott. Alvise Marton	Obiettivo non raggiunto Anno 2020: 781 Anno 2021: 818 (+10%) Anno 2022: 864 (+5%)
2	Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	Aumento n prestazioni Domanda agli organi competenti, analisi professionisti	DS, DT, DG	Obiettivo raggiunto: +33% Anno 2020: 765 (senza attività degli ortopedici) Anno 2021: 1.214 (senza attività degli ortopedici) Anno 2022: 1.823 (senza attività degli ortopedici).
3	Ampliare il servizio di poliambulatorio	Individuazione risorse	Riccardo Meneghelli Carola Voltini	Aperto punto vaccini e punto tamponi Covid19, autorizzate nuove branche

P.O. 3.1 segreteria accettazione

N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Metodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Miglioramento skill ed autosufficienza del personale di front office	Consolidare attività, coinvolgimento in fase di definizione analisi del rischio	Carola Voltini, Docente esterno	Migliorato, ancora attiva la formazione



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 9 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

3.2 Prestazioni di processo e conformità di prodotto

- Elenco degli audit (interni ed esterni) e conclusioni

Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Risorse assegnate ²		Riferimento ai documenti ³	Responsabile di processo/area	Data
		Responsabile gruppo	Auditor/ Esperti tecnici			
Verifica procedure amministrazione	Conformità legislativa ed ai requisiti ISO 9001/2015, ed ai requisiti accreditamento ed autorizzazione	RGQ	/	Verbale audit interno	Resp Segr.	31/05/2022
Verifica gestione elettromedicali		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	31/05/2022
Verifica gestione personale-formazione		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. formazione	31/05/2022
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	31/05/2022
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		Resp Fisioterapia	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	11/04/2022 15/07/2022 24/11/2022
Gestione sicurezza - Gestione dei rischi, misure di prevenzione e protezione - Formazione del personale in materia sicurezza		RSPP	RSPP	Verbale di riunione periodica, Audit sicurezza	DL	13/12/2022
Gestione impianti, struttura e gestione vasche		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022
Verifica attività vasca riabilitativa		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	31/05/2022
Verifica attività direzione sanitaria		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	31/05/2022
Verifica conformità attività I LOVE MY LIFE		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022
Verifica attività direzione generale		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022

¹ Devono essere ispezionati tutti i processi in modo da coprire i punti della norma UNI EN ISO 900 applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali

² Responsabile del gruppo di audit, auditor interno/esterno, esperto tecnico,...

³ Manuale, procedure, istruzioni di riferimento,



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 10 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Risorse assegnate ²		Riferimento ai documenti ³	Responsabile di processo/area	Data
		Responsabile gruppo	Auditor/ Esperti tecnici			
Verifica visita medica		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	31/05/2022
Sistema Informatico		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022
Sistema Informatico		Resp. SI	/	Verbale audit interno	DG	27/06/2022 09/12/2022
Accettazione		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022
Verifica SGQ		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	31/05/2022
Audit privacy		DPO	/	Verbale audit interno	DG	/
Audit clinico		DS	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot, Medici	30/06/22 30/12/22
Audit audit su Incident Report/Near Miss		DS	/	Verbale audit interno su IR	DS, DT, Resp Fisioterapia	15/07/2022
Audit esterno		RGQ	Esterno	Verbale IMQ	DG	21/09/2022
Audit esterno		Azienda Zero	Esterno	Verbale accreditamento	DG	19/05/2022

Esito audit interni ed esterni:

Dall'attività di auditing interno rispetto ai Requisiti accreditamento istituzionale ed al Sistema di gestione per la qualità si è rilevata conformità del sistema allo standard ISO 9001:2015 e alle leggi di riferimento. Sono emerse alcune osservazioni in merito agli aspetti qualità. Dalle evidenze emerse lo stato dell'organizzazione risulta conforme agli standard di riferimento.

Da rilevare il coinvolgimento del personale interno nell'attività di audit interno, attività che portano ad un miglior controllo del sistema: sono stati effettuati audit sul sistema informatico da parte del Responsabile Interno e 3 audit nei reparti da parte dei Responsabili di Fisioterapia, con esito positivo il 11/04/2022, 15/07/2022, 24/11/2022. Durante tali audit effettuati dai responsabili della fisioterapia sono stati verificati anche a campione gli IR aperti nel periodo: tali verifiche hanno avuto esito positivo, nessuna segnalazione di miglioramento in merito.

E' stato effettuato un Audit su IR del 15/07/22 relativo a un malore paziente. L'azione di miglioramento ha riguardato la gestione primo soccorso e prevenzione incidenti. Azione di miglioramento attivata: segnalare nella scheda paziente la data e l'evento avverso in modo che fisioterapisti e medici possano sempre avere il dato in evidenza.

Audit sistema informatico

Effettuati 2 audit annuali dal RI il 27/06/22 e 09/12/22 con esito positivo.

Audit sicurezza

L'audit sicurezza è stato effettuato da RSPD il 13/12/2022 con esito positivo.

Autorizzazione sanitaria

L'azienda ha sostenuto due verifiche per autorizzare nuove branche e servizi a primavera 2021 da parte del Comune di Mira, entrambe con esito positivo. Il rinnovo sarà nel 2026.

**RIESAME DELLA DIREZIONE****Accreditamento Istituzionale**

L'audit esterno per il rinnovo dell'accREDITamento secondo la DGR 2266 / 2016 ALL. C, e la DGR 1732 / 2017 ALL. C è stato sostenuto il 19/05/22 da parte di Azienda Zero per le branche di Medicina fisica e Riabilitazione, Cardiologia e Neurologia. Sono state anche richieste le nuove branche di Ortopedia e traumatologia, Dermosifilopatia e Oculistica. Il risultato ottenuto è ottimo, sia per le nuove branche accreditate, sia perché abbiamo migliorato il grado di conformità rispetto al 2019, superando 87 requisiti con il 100% di conformità e solo 5 requisiti con il 60% di conformità.

NAC

Le verifiche **NAC** del primo semestre 2022 da parte dell'ULSS3 (controlli esterni) ed i controlli NAC interni primo e secondo semestre hanno avuto esito positivo. Periodo analizzato dal 7 al 11 febbraio per i NAC esterni, per i NAC Interni Settimana dal 04/04/2022 al 08/04/2022.

È in corso il controllo esterno del secondo semestre, siamo in attesa della visita per l'esito e il verbale.

Il controllo interno del secondo semestre ha scadenza ad aprile 2023.

Certificazione ISO 9001

L'audit esterno CSQ (Ing. Righetto) ISO 9001 2015 del 21/09/22 ha avuto esito positivo con l'emissione di 1 raccomandazione di miglioramento riportata di seguito gestite con relativa AC chiusa positivamente:

N.	Descrizione
1 RACCOMANDAZIONE	INSERIRE LA "CARTA DEI SERVIZI" AGGIORNATA, SUL SITO WEB DELLO STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA, CON I NOMINATIVI DEI MEDICI ATTUALMENTE OPERANTI NEI SERVIZI SANITARI.
COMMENTI	
PREGIEVOLE RISULTA ESSERE L'AUDIT SULLA GESTIONE DEI DATI INFORMATICI, ESEGUITA PERIODICAMENTE (2 VOLTE /ANNO), DALLA "RESPONSABILE CED" DELLO STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA; TALE ATTIVITA' IN GARANZIA DI UN ADEGUATO UTILIZZO A PARTE DEL PERSONALE, SANITARIO E NON, SIA DEL SW CHE DELL'HW PRESENTE IN STRUTTURA.	

Focus su audit clinici:

Continuano gli audit clinici effettuati dalla Direzione Sanitaria e tecnica con frequenza semestrale.

Nel 2022 sono stati effettuati 2 audit clinici: uno nel primo semestre ed uno nel secondo a giugno e dicembre 22.

Entrambi con esito positivo e raccomandazioni per il miglioramento

Analisi dei reclami formalizzati:

Nel corso del 2022 sono stati aperti 2 reclami tutti chiusi positivamente.

-Reclamo del 28/03/2022 chiuso 31/03/2022

-Reclamo del 30/12/22 chiuso nel 2023

Procedimenti giudiziari in corso

Nessuno

Analisi della conformità allo standard da parte dei servizi erogati, out come clinico:

l'IT ha estratto dal gestionale GiPO le statistiche relative alle valutazioni (outcome clinico) effettuate dai fisioterapisti sull'efficacia dei cicli terapeutici per l'anno 2022.

Efficacia trattamenti terapeutici

Statistica Valutazioni:

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

Il numero di valutazioni attese è strettamente connesso al numero di visite effettuate (indicativamente una visita genera un ciclo di terapie).

Il totale visite (Prime Visite + Visite di Controllo) per l'anno 2022 è 5546.

Il totale visite (Prime Visite + Visite di Controllo) per l'anno 2021 è 4885.

Il totale visite (Prime Visite + Visite di Controllo) per l'anno 2020 è 4213.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l'anno 2022 è di 3708, pari al 66,8% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l'anno 2021 è di 3146, pari al 64,4% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l'anno 2020 è di 2731, pari al 65% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni relative all'esito finale dei trattamenti fatte per l'anno 2022 è di 4168, pari al 75,15% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni relative all'esito finale dei trattamenti fatte per l'anno 2021 è di 3540, pari al 72,50% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni relative all'esito finale dei trattamenti fatte per l'anno 2020 è di 2952, pari al 70% delle visite totali.

Statistica esito finale miglioramento paziente:

Possiamo rilevare i casi migliorati, stabili e peggiorati rispetto a 3 parametri. Di seguito i risultati:

- | | |
|---------------------------|---|
| - Estensione articolare | buon miglioramento 54%, leggermente migliorato 41%, non migliorato 5% |
| - Sintomatologia dolorosa | buon miglioramento 53%, leggermente migliorato 39%, non migliorato 8% |
| - Recupero funzionale | buon miglioramento 54%, leggermente migliorato 40%, non migliorato 6% |

Statistica esito finale miglioramento paziente anno 2021:

- | | |
|---------------------------|---|
| - Estensione articolare | buon miglioramento 52%, leggermente migliorato 42%, non migliorato 6% |
| - Sintomatologia dolorosa | buon miglioramento 53%, leggermente migliorato 38,5%, non migliorato 8,5% |
| - Recupero funzionale | buon miglioramento 53,4%, leggermente migliorato 40,3%, non migliorato 6,3% |

Statistica esito finale miglioramento paziente anno 2020:

- | | |
|---------------------------|---|
| - Estensione articolare | buon miglioramento 61%, leggermente migliorato 35%, non migliorato 4% |
| - Sintomatologia dolorosa | buon miglioramento 60%, leggermente migliorato 34%, non migliorato 6% |
| - Recupero funzionale | buon miglioramento 60%, leggermente migliorato 36%, non migliorato 4% |

Statistica VAS (dolore) Si specifica che tale valutazione è pertinente ed effettuata solo per alcune patologie, quelle in cui è presente una sintomatologia dolorosa.

ANNO 2022: Sono state registrate 3708 valutazioni VAS rispetto alle quali possiamo rilevare un miglioramento medio di 2 punti su una scala da 0 a 10 (partendo da una media VAS iniziale di 5 ed una media VAS finale di 3).

ANNO 2021: Sono state registrate 3146 valutazioni VAS rispetto alle quali possiamo rilevare un miglioramento medio di 2 punti su una scala da 0 a 10 (partendo da una media VAS iniziale di 5 ed una media VAS finale di 3).

Raggiungimento obiettivi del protocollo terapeutico:

Anno 2022: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 2799 percorsi terapeutici su 5546 visite totali, pari al 50,5%.

anno 2021: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 3540 percorsi terapeutici su 4885 visite totali, pari al 45,1%.

Anno 2020: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 1660 percorsi terapeutici su 4213 visite totali, pari al 39%.

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

Si specifica che questo indicatore riflette una valutazione più ampia rispetto alla valutazione del singolo ciclo di terapie. Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico si concretizzano solo al termine del percorso del paziente.

3.3 Stato delle non conformità, delle azioni preventive e delle azioni correttive**Non conformità e Azioni correttive e preventive aperte/chiusa nel 2022**

Nel 2022 sono state aperte le seguenti NC interne

-1 NC del 01/06/22: NC a fornitore pulizie chiusa il 03/06/22

-1 NC 29/06/22: NC relativa alla gestione rifiuti chiusa il 06/07/22

Nel 2022 sono state aperte le seguenti AC:

AC n1 del 01/06/2022

Nel 2022 sono state chiuse positivamente le seguenti AC:

AC del 09/03/21 chiusa il 31/05/22

AC del 09/03/21 chiusa il 30/04/22

AC del 09/03/21 chiusa il 31/05/22

AC del 09/03/21 chiusa il 31/05/22

AC del 21/03/21 chiusa il 31/05/22

AC del 09/03/21 chiusa il 31/05/22

3.4 Analisi degli indici di performance**3.4.1 Valutazione periodica delle attività**

Periodo	Numero di prestazioni		
	2020	2021	2022
Attività conv. MFR	36.906	43.281	47.875
Attività conv. MFR manu medica	Visite fisiatriche 4467 EMG 2219	Visite fisiatriche 4.485 EMG 2.826	Visite fisiatriche 5.546 EMG 2.055
Attività privata MFR	60.818	65.941	49.205
Attività conv. neurologia	114	772	1.460
Attività conv. cardiologia	84	664	1.701
Attività privato piscina	1.437	649	1.806
Poliambulatorio	1.572 (complessivo)	2032 (complessivo)	2.641 (complessivo)

**RIESAME DELLA DIREZIONE****3.4.2 Raggiungimento dei risultati ed adeguatezza delle risorse**

Indicatore di efficienza: Numero delle prestazioni per specialità/Numero del personale impiegato.

Media fisioterapisti 2016: 17.58 unità

Media fisioterapisti 2017: 19.26 unità

Media fisioterapisti 2018: 20 unità

Media fisioterapisti 2019: 19.5 unità

Media fisioterapisti 2020: 16 unità

Media Fisioterapisti 2021: 16 unità

Media Fisioterapisti 2022: 18 unità

Periodo	Numero di prestazioni/media fisioterapisti		
	2020	2021	2022
Attività conv. MFR	2306.72	2705	2.659,72
Attività conv. MFR manu medica	279.18	208	308
Attività privata MFR	3801.12	4121	2.733,6

Indicatore fatturato: Ripartizione pubblico/privato

2019 Ripartizione pubblico/privato 50%

2020 Ripartizione 60% pubblico/40%privato

2021 Ripartizione 60% pubblico/40%privato

2022 Ripartizione 52% pubblico/48%privato

3.5 Piano di formazione**Corsi effettuati nel 2022**

Corsi obbligatori per legge (es: sicurezza, privacy etc..)

CORSO DI FORMAZIONE	DOCENTE	PARTECIPANTI	DATA DI EROGAZIONE	ESITO
Formazione sicurezza lavoratori e preposti (generale, specifica ed aggiornamento)	Dott.ssa Silvia Lupatin RSPP	Secondo scadenze e per neo assunti	Marzo/Aprile 2022	Positivo
Rischio Clinico	Dott.ssa Sonia Colombari	Secondo scadenze e per neo assunti	Febbraio 2022	Positivo
Formazione Primo Soccorso	Dott.ssa Sonia Colombari	Addetti Primo Soccorso	Ottobre/Novembre	Positivo
Corso Privacy	Dott. Andrea Orsi DPO	Tutto il personale	03/02/2022	Positivo



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 15 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

Corsi interni / esterni ambito organizzativo e organizzativo/clinico (es: procedure operative, linee guida, rischio clinico, ascolto attivo etc..)

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ESITO
Presidi Medico Chirurgici	Interchem, Dott.ssa Giulia Montin	Voltini	17/03/2022	Positivo
Comunicare in modo efficace e ridurre litigi e malintesi	Dott.ssa Daniela Moretti	Voltini	2022	Positivo

Corsi interni/esterni ambito clinico

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ECM
Malattia di Parkinson e Osteopatia, Variazione di sintomi motori: una revisione sistematica	E.I.O.M.	Sartori	Aprile 2022	/

Corsi in programma per il 2023

Corsi obbligatori per legge (es: sicurezza, privacy etc..)

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ECM
Formazione sicurezza lavoratori e preposti (generale, specifica ed aggiornamento)	Dott.ssa Silvia Lupatin RSP	Secondo scadenze e per neo assunti	Quando necessario entro 60 gg dall'assunzione	/
Formazione RLS	Pedago srls	RLS	2023	/
Corso Formazione Preposti	Dott.ssa Silvia Lupatin	Celeghin, Chinello, Riello, Andrioli	2023	/
Salvamento / BLS	Società Nazionale Salvamento Genova, distaccamento di Rosolina - Rovigo	Fisioterapisti	2023	/

Corsi interni / esterni ambito organizzativo e organizzativo/clinico (es: procedure operative, linee guida, rischio clinico, ascolto attivo etc..)

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ECM
La Comunicazione interna, esterna ed i rapporti fra colleghi e fra reparti	Dott.ssa Silvia Miazzo	Da definire	Da definire	/
Formazione comunicazione Segreteria	Dott.ssa Silvia Miazzo	Segreteria	Da definire	/

Corsi interni/esterni ambito clinico

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ECM
Ecografo	Dott. Luca Notaro	Medici	2023	/
Fisioline, elettromedicali	Dott. Battagliotti	Fisioterapisti	2023	/

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

Corso di formazione per SIS THERAPY	Dott. Romano De Santis	Dott. Dal Mistro, Sartori, Capuano, Triventi, Chinello, Slanzi, Scroccaro, Riello, Vergano, Celeghin, Garcia Pascual, Acca, Ogbemudia, Filc, Ruola	2023	/
Corso di formazione per SIS THERAPY	Dott. Dal Mistro	Dott. Magro, Dott. Halaila	2023	/
Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione	Irene Celeghin	Conte, Filc, Gentil, Aparecida, Terrin	23/02/2023	/
Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione	Alessandra Chinello	Conte, Lucas Costa, Ricupero, Terrin, Garcia Pascual	22/02/2023	/
Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione	Simone Riello	Casarin, Forleri, Garcia Pascual, Lucas Costa, Ricupero	24/02/2023	/
Formazione avanzata Idrokinesi terapia	ATEA	Fisioterapisti	Settembre ottobre 23	si

Analisi delle necessità formative anno 2023

Obiettivi del programma formativo anno 2023

Rispetto dei requisiti autorizzativi e di accreditamento, Applicazione Sistema Qualità, Miglioramento delle competenze tecniche, Corsi su Rischio clinico, Rispetto Privacy
Rispetto normativa sulla sicurezza dlgs 81/2008 (aggiornamento corsi sicurezza sul lavoro)

3.6 Soddisfazione degli operatori

A dicembre 2022 lo Studio Fisioterapico Riviera ha sottoposto al personale interno un questionario con lo scopo di raccogliere giudizi e osservazioni sul livello di organizzazione e di qualità e di identificare problemi ed aree di miglioramento che rendano sempre più efficace la soddisfazione interna e, in definitiva, la qualità dei servizi sanitari prestati dalla nostra struttura. Il questionario è predisposto in modo da garantire l'anonimato ed i risultati divisi per area di lavoro. La compilazione è volontaria.

Questionario interno segreteria : 7 su 8

Questionario interno fisioterapia : 14 su 18

Tot analizzati questionari: 21

Dai risultati emerge il mantenimento della soddisfazione (95%) del personale di fisioterapia, migliorata invece la soddisfazione nelle aree segreteria (aumentano i soddisfatti del 10%) rispetto allo scorso anno. Per i fisioterapisti sono percepiti punto di forza l'atteggiamento del personale nei confronti dei pazienti, la comunicazione con i colleghi ed i responsabili. Per la segreteria appare migliorata la valutazione complessiva dello Studio.

VOSTRA VALUTAZIONE : 1=pessimo 2=insufficiente 3=sufficiente 4=buono 5= ottimo

	1	2	3	4	5
Come giudichi i locali della struttura ?					
Con giudichi l'organizzazione dell'accesso (parcheggi, limiti di accesso etc.)?					



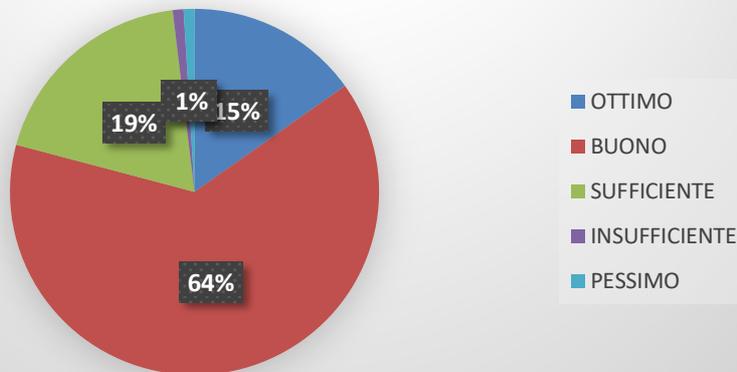
MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 17 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

Come giudichi le infrastrutture tecnologiche?					
Come giudichi l'organizzazione del tuo lavoro?					
Come giudichi l'atteggiamento del personale di segreteria nei confronti del paziente?					
Come giudichi l'atteggiamento del personale di fisioterapia nei confronti del paziente?					
Come giudichi il livello di sicurezza della struttura?					
Come giudichi il livello di igiene e pulizia?					
Come giudichi la comunicazione e i rapporti di lavoro con il tuo diretto responsabile?					
Come giudichi la comunicazione e i rapporti di lavoro con la Direzione Generale?					
Come giudichi la comunicazione e i rapporti di lavoro con la Direzione Sanitaria?					
Come giudichi la comunicazione e i rapporti di lavoro con i Medici specialisti?					
Come giudichi la comunicazione e i rapporti di lavoro con i colleghi?					
Ritiene di aver ricevuto una adeguata informazione e formazione sulle politiche, procedure ed aspetti organizzativi?					
Come giudichi l'attività di aggiornamento?					
Qual è la valutazione complessiva dello Studio Fisioterapico Riviera?					
Consigliaresti ad altri colleghi di venire a lavorare presso di noi?	Si	No			

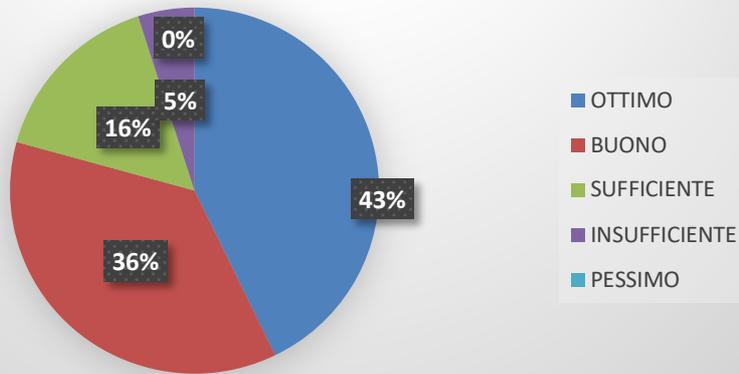
QUESTIONARIO INTERNO FISIOTERAPIA 2021





RIESAME DELLA DIREZIONE

**QUESTIONARIO INTERNO
FISIOTERAPIA 2022**



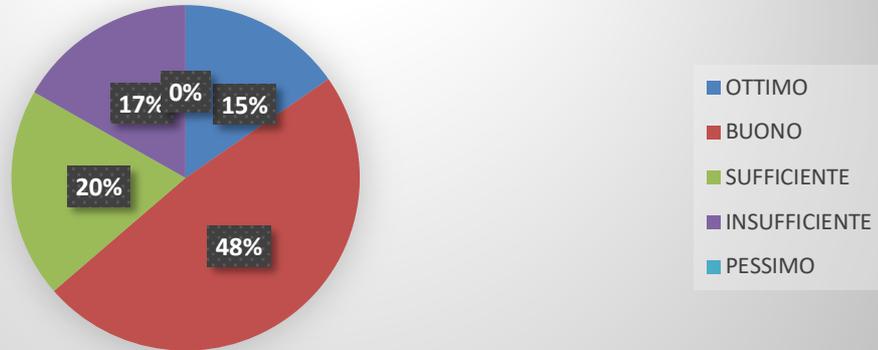
SPUNTI DI MIGLIORAMENTO:

Migliorare la pulizia della struttura
Separare entrata tamponi Covid19
Formazione e organizzazione segreteria con ripartizione precisa dei compiti
Riunioni per presentare i nuovi professionisti
Spazi più ampi per trattamenti con più terapisti/pazienti

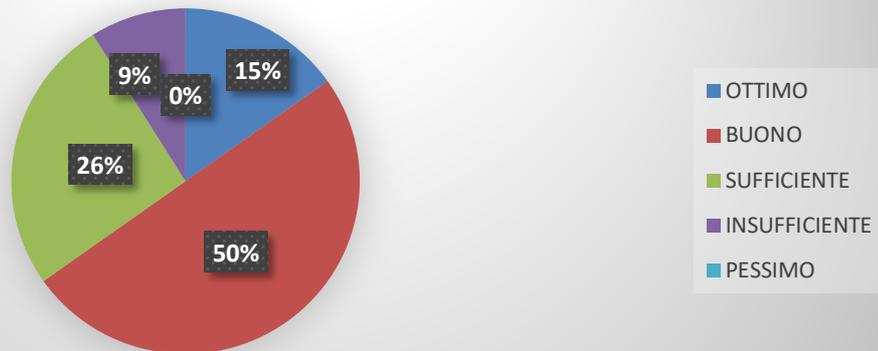


RIESAME DELLA DIREZIONE

QUESTIONARIO INTERNO SEGRETERIA 2021



QUESTIONARIO INTERNO SEGRETERIA 2022



SPUNTI DI MIGLIORAMENTO:

Maggiore suddivisione del lavoro, delegandolo. Servirebbe un responsabile segreteria

**RIESAME DELLA DIREZIONE****3.7 Customer satisfaction**

- Descrizione della tipologia di questionario e del suo contenuto;
- Definizione dell'obiettivo stabilito da raggiungere in termini di punteggio;
- Analisi dei risultati dei questionari somministrati (valutazione positiva o negativa da parte degli utenti);
- Analisi dei suggerimenti forniti dai pazienti per eventuali possibilità di miglioramento.

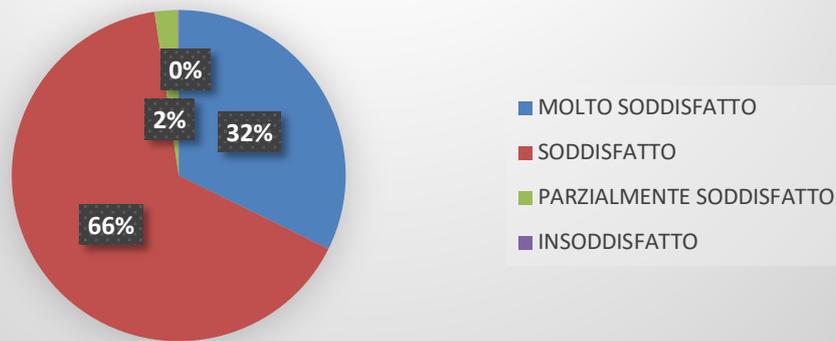
GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE

NUMERO DOMANDA	DOMANDA
	La struttura
1	Come valuta il comfort della struttura?
2	Come valuta la pulizia della struttura?
	Il servizio di prenotazione e segreteria
3	Cortesia del personale
-4	Chiarezza e completezza delle informazioni
5	Rispetto della privacy
6	Semplicità della prenotazione
	La visita fisiatrica
7	Puntualità del medico fisiatra
8	Attenzione e cortesia del medico fisiatra
9	Chiarezza e completezza delle informazioni da parte del medico fisiatra
	Le terapie
10	Puntualità del personale
11	Attenzione e cortesia del personale
12	Professionalità del personale
13	Rispetto della privacy
	VALORE MEDIO TOTALE RIPORTATO IN GRAFICO



RIESAME DELLA DIREZIONE

**GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE 1°
SEMESTRE 2021**

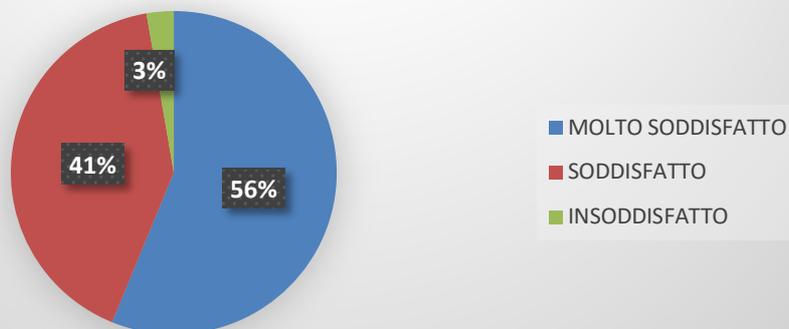


Primo semestre 116 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- QUALCHE SEDIA IN PIÙ IN SALA D'ATTESA
- RIDURRE I TEMPI DI ATTESA (utilizzare i numeri per la coda)
- MUSICA IN SOTTOFONDO
- AMPLIAMENTO SPECIALITA' (oculista, pediatra, dermatologo)
- INSEGNA ESTERNA E PARCHEGGI RISERVATI

**GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE 2°
SEMESTRE 2021**



Secondo semestre 218 questionari

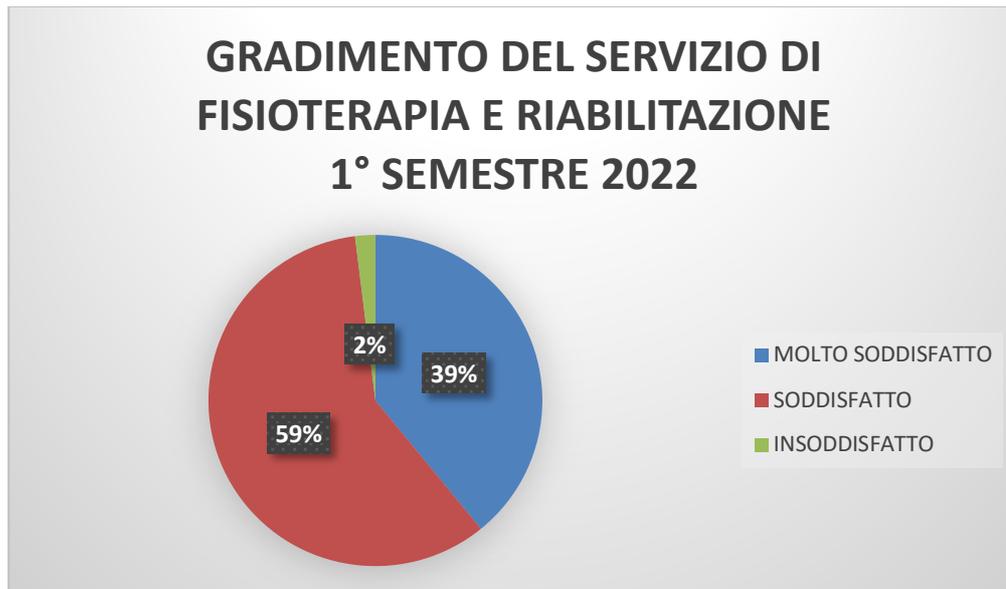
I CLIENTI GRADIREBBERO:

- PRENOTAZIONI DI PERSONA
- PIU' CORSI PISCINA
- PIU' MEDICI SPECIALISTI



RIESAME DELLA DIREZIONE

- RINNOVO SPOGLIATOI
- PIU' ORARI PER LA FISIOPOSTURALE
- ECOGRAFIE E RISONANZE MAGNETICHE
- OCULISTA
- RIAPERTURA CENTRO BENESSERE
- UN PODOLOGO
- QUALCHE SEDIA IN PIÙ IN SALA D'ATTESA
- RIDUZIONE ATTESA PER PRENOTAZIONI TELEFONICHE



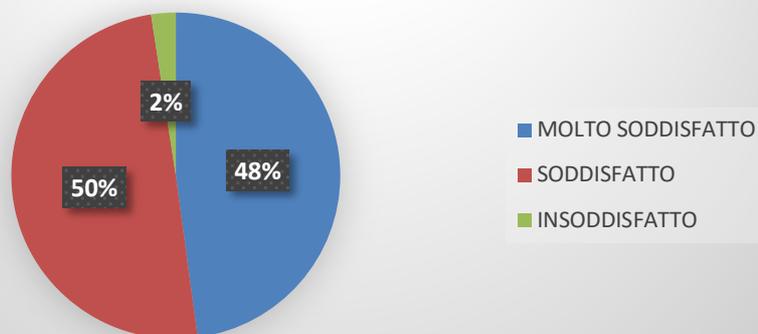
Primo semestre 228 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- LABORATORIO DI ANALISI
- GINECOLOGIA, DERMATOLOGIA, MAMMOGRAFIA
- SISTEMA DI ACCESSO PIU' SEMPLICE DEGLI ATTUALI CANCELLETTI
- QUALCHE SPECCHIO IN PIU' NEGLI SPOGLIATOI

SUGGERIMENTI E OSSERVAZIONI:

- UN PO' PIU' CALDO NEI CORRIDOI DI ATTESA PER LA PISCINA
- PRENOTAZIONE TERAPIE UN PO' LUNGA
- INDICAZIONI STRADALI
- MOLTA ATTESA NELLE PRENOTAZIONI TELEFONICHE
- IL SITO INTERNET INDICA DELLE SPECIALITA' CHE NON AVETE

**RIESAME DELLA DIREZIONE****GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE - 2° SEMESTRE 2022**

Secondo semestre 201 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- CORSO PISCINA PER BAMBINI
- FANGHI
- DERMATOLOGO

SUGGERIMENTI E OSSERVAZIONI:

- FISIOTERAPISTI FISSI NEI REPARTI
- AUMENTO DEL PERSONALE
- USO DEI NUMERI PER CHIAMARE TURNO SPORTELLO
- RITMO PIU' INTENSO E PISCINA

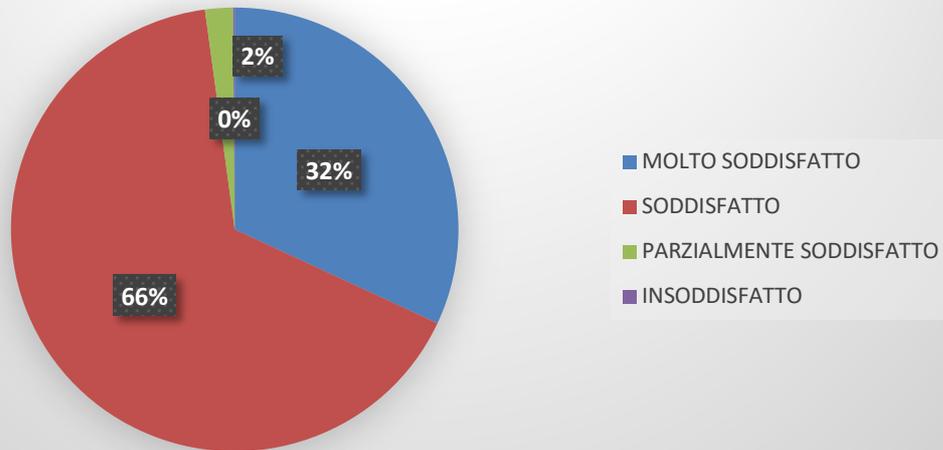
GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI POLIAMBULATORIO

NUMERO DOMANDA	DOMANDA
	La struttura
1	Come valuta il comfort della struttura?
2	Come valuta la pulizia della struttura?
	Il servizio di prenotazione e segreteria
3	Cortesia del personale
4	Chiarezza e completezza delle informazioni
5	Rispetto della privacy
	La visita specialistica
7	Puntualità del medico fisiatra
8	Attenzione e cortesia del medico fisiatra
9	Chiarezza e completezza delle informazioni da parte del medico specialista
	VALORE MEDIO TOTALE RIPORTATO IN GRAFICO



RIESAME DELLA DIREZIONE

**GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
POLIAMBULATORIO 1° SEMESTRE 2021**

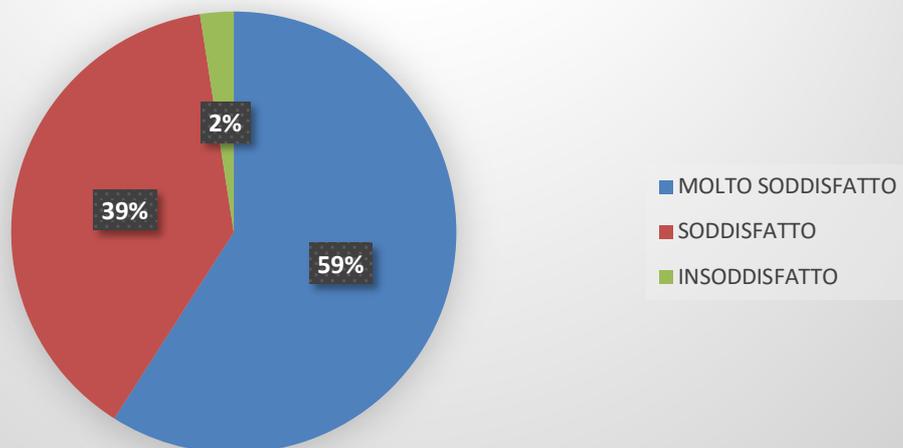


Primo semestre 99 questionari

OSSERVAZIONI E RICHIESTE:

- PARCHEGGIO RISERVATO
- FLESSIBILITÀ PER L'INIZIO DELLE TERAPIE
- GINECOLOGIA, OCULISTA, OTORINO, ECOGRAFIA E MAMMOGRAFIA, ESTETISTA
- MAGGIORE PUNTUALITÀ
- MUSICA DI SOTTOFONDO
- PRENOTAZIONI DI PERSONA
- SALA D'ATTESA PER ACCOMPAGNATORI E RIVISTE IN SALA D'ATTESA

**GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
POLIAMBULATORIO 2° SEMESTRE 2021**



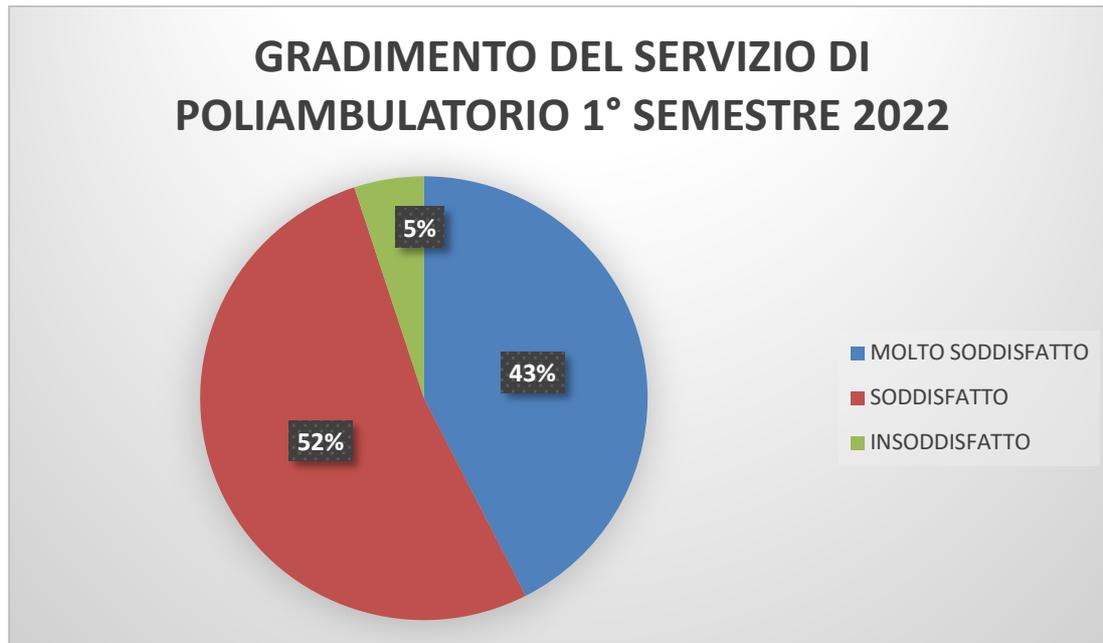


RIESAME DELLA DIREZIONE

Secondo semestre 55 questionari

OSSERVAZIONI:

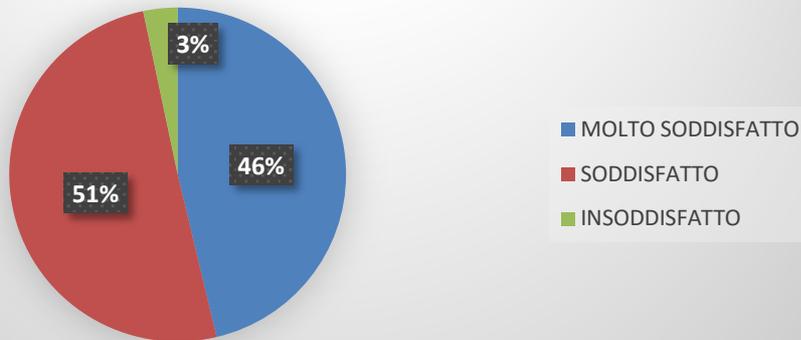
- PIU' SPECIALITA' MEDICHE
- OTORINO ANCHE PER BAMBINI
- OCULISTA



Primo semestre 119 questionari

OSSERVAZIONI E RICHIESTE:

- SENOLOGIA, ECOGRAFIA E MAMMOGRAFIA
- INDICAZIONI STRADALI/CARTELLI
- QUALCHE SEDIA IN PIU' IN SALA D'ATTESA
- SALA D'ATTESA PER ACCOMPAGNATORI E RIVISTE IN SALA D'ATTESA

RIESAME DELLA DIREZIONE**GRADIMENTO DEL SERVIZIO DI
POLIAMBULATORIO 2° SEMESTRE 2022**

Secondo semestre 105 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- Ginecologo, Dermatologo

OSSERVAZIONI E RICHIESTE:

- Mancano indicazioni stradali
- Servirebbero più sedie per l'attesa

Analisi risultati

I questionari relativi al 2022 sono in tutto 653 (il 24% in più rispetto ai 498 del 2021), erano già quasi raddoppiati rispetto al 2020 e quadruplicati rispetto al 2019.

Riteniamo che il lavoro svolto sui pazienti per incrementare la preziosa raccolta di dati e di informazioni sia stato complessivamente un successo di tutta la Segreteria in generale soprattutto considerando l'età media (e per tal motivo reticente) dell'Utenza che frequenta lo Studio.

I risultati (di immediata percezione osservando i grafici) sono confortanti relativamente alla soddisfazione globale. Vi sono alcune cose migliorabili e per tal motivo ci siamo strutturati con delle riunioni calendarizzate ogni 15 gg circa proprio per dare risposte immediate ed efficaci. Certamente anche il continuo lavoro dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha aiutato a essere tempestivi sulle risposte alle richieste dei pazienti.

Il Gradimento del Servizio di Fisioterapia e Riabilitazione ha visto un incremento di soddisfazione percentualmente rilevante (più 10%) nel secondo semestre del 2022 rispetto al primo semestre 2022. Le percentuali di poco soddisfatti o per nulla soddisfatti sono invariati al 2%. Lavoreremo per fare in modo di azzerarli.

Per quanto concerne il Servizio di Poliambulatorio riporta una situazione percentuale più o meno invariata tra il 2021 ed il primo e secondo semestre del 2022 con una percentuale media di poco soddisfatti o per nulla soddisfatti sono invariati del 3%.

Le richieste dell'Utenza nel 2022 qui riassunte:

- Più indicazioni stradali
- Servirebbero più sedie per l'attesa (ridotte x garantire i distanziamenti Covid)

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

- Richiesta per valutare una riduzione tempi d'attesa prenotazioni telefoniche
- Sistema di accesso più semplice degli attuali cancelletti
- Più medici specialisti e più servizi (incremento realizzato nel secondo semestre 2021, nel 2022 e non ancora terminato)

La Direzione ritiene di aver svolto un discreto lavoro relativo all'incremento dei Servizi così da soddisfare le sempre più incalzanti richieste dei pazienti.

La Direzione ritiene di aver raggiunto buoni risultati anche in virtù della sempre maggior attenzione alle necessità del territorio e dell'Utenza.

3.8 Risk management

Metodologia adottata per la valutazione dei rischi;

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, o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello Standard **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 del **Mod. 5.4.1 – PGR-FMEA**, in corrispondenza di ogni rischio dunque vengono riportate una serie di informazioni necessarie per l'analisi, in particolare:

- Le procedure o i documenti (es. Moduli o/e Istruzioni di lavoro) che servono a tenere sotto controllo quel determinato rischio/obiettivo;
- Il processo aziendale a rischio, cioè la fase o le fasi aziendali che potrebbero essere esposte ai danni derivanti dalla mancata gestione del rischio;
- Le parti coinvolte (il contesto interno ed esterno), ovvero tutti i soggetti o gli enti sia interni che esterni all'organizzazione che potrebbero risentire delle conseguenze derivanti dalla mancata gestione del rischio;
- Il responsabile del processo ed il titolare del rischio, cioè i soggetti principalmente coinvolti ed incaricati per il buon andamento del processo;
- L'individuazione del rischio, ovvero il danno che materialmente può verificarsi in relazione ad un determinato sotto-obiettivo;
- La valutazione del rischio calcolato (**prima** del piano di miglioramento), cioè la stima della probabilità che un evento negativo si verifichi e del grado con cui questo rischio può essere limitato;

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

- Le conseguenze associate al rischio, cioè tutti quegli effetti negativi che possono derivare dalla mancata gestione del rischio;
- Le misure di prevenzione e protezione, ovvero tutti i sistemi e le soluzioni tecniche (e non) atte a ridurre il rischio o, dove possibile, ad eliminarlo;
- Le risorse per la prevenzione, cioè tutto ciò che sia necessario alla gestione del rischio, quindi persone, risorse finanziarie e quant'altro sia ritenuto idoneo;
- La valutazione del rischio calcolato (**dopo** del piano di miglioramento), cioè la stima della probabilità che un evento negativo si verifichi e del grado con cui questo rischio può essere limitato.

I punti sopra indicati rappresentano una procedura di analisi che permette di focalizzare, punto dopo punto nella sequenza indicata e riportata nel **Mod. 5.4.1 – PGR–FMEA**, gli elementi fondamentali del rischio, facilitando pertanto una valutazione il più possibile verosimile e oggettiva del rischio stesso; è importante fare sempre riferimento alla apposita legenda con riguardo ai parametri numerici che si andranno ad utilizzare.

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.

L'analisi del rischio viene descritta sia all'interno della presente procedura che all'interno del **Mod. 5.4.1 – PGR–FMEA**.

I rischi sono individuati sempre in relazione:

- **Al contesto esterno:**
 - Ambiente culturale, sociale, politico, cogente, finanziario, tecnologico, economico, naturale, competitivo;
 - Relazioni con i portatori di interessi esterni e percezioni degli stessi.

- **Al contesto interno:**
 - Governance;
 - Struttura organizzativa;
 - Ruoli e responsabilità;
 - Politiche;
 - Obiettivi e strategie per conseguirli;
 - Capacità (risorse e conoscenza);
 - Sistemi informativi;
 - Flussi di informazioni;
 - Processi decisionali;
 - Relazioni con i portatori di interessi interni e percezioni degli stessi.

I contesti esterno ed interno vengono verificati con **cadenza semestrale** in concomitanza con la revisione del **Mod. 5.4.1 – PGR–FMEA** e vengono riconfermati o modificati. Viene tenuta traccia dell'analisi dei contesti e della loro



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 29 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

verifica tramite apposito verbale di riunione con la Direzione. L'analisi del contesto viene eseguita attraverso il metodo Swot, per il quale si rimanda al **Mod. 5.4.5 – Analisi del contesto con metodo Swot**.

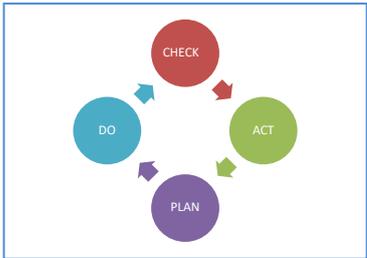
Il **punto 4.1** della Norma **ISO 9001** definisce alcuni punti che possono facilitare la comprensione del contesto organizzativo, nel dettaglio si riportano le indicazioni fornite dalla Norma:



RIESAME DELLA DIREZIONE

*

Schema gestione flussi informativi gestione rischio /Incident report/ segnalazione/ piano di miglioramento



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

**RIESAME DELLA DIREZIONE****Analisi degli eventi avversi 2022:**

Nell'anno 2022 si sono verificati 14 eventi avversi ai pazienti (contro i 17 del 2021), tutti gestiti positivamente e registrati in adeguati Incident Report a cura del personale dei reparti, analizzati dal Direttore Sanitario e visionati da RGQ.

IR ANNO 2021

-11 Incident report hanno riguardato cadute del paziente

-6 Incident report hanno riguardato malori del paziente.

IR ANNO 2022

-7 Incident report hanno riguardato cadute del paziente, 6 legate a condizioni di generali precarie/fragilità/infermità o poca autonomia, 1 per disattenzione del paziente

-7 Incident report hanno riguardato malori del paziente.

Nel corso degli audit interni delirresponsabili di fisioterapia presso i reparti sono sempre stati verificati a campione gli Incident Report aperti per valutarne la gestione ed eventuali spunti di miglioramento da intraprendere in merito al miglioramento della sicurezza ei pazienti.

Analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi, incidenti e near miss: Le cause degli incidenti e malori riguardavano soprattutto la fragilità dei pazienti.

Interventi di miglioramento attivati per la sicurezza del paziente

Attraverso la valutazione di ciascun paziente e l'attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire il rischio di caduta. La capacità e la possibilità di una gestione immediata e corretta del paziente dopo una caduta e di una assistenza appropriata per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per la struttura.

Gli interventi attuati di Studio sono stati soprattutto di Sensibilizzazione dei fisioterapisti per aumentare attenzione e vigilanza soprattutto con i pazienti fragili e obbligo di far visitare immediatamente i pazienti coinvolti.

3.9 Fornitori

Analisi delle non conformità verso i fornitori:

1 NC del 01/06/22 chiusa positivamente il 09/06/22

Valutazione dei fornitori.

L'elenco fornitori qualificati è stato emesso il 30/06/22 ed il 30/12/22 ed approvato dalla direzione

**RIESAME DELLA DIREZIONE****3.10 Aggiornamenti in materia di Privacy**

Il registro dei trattamenti dei dati è stato verificato e confermato nei trattamenti analizzati anche per l'anno 2022 da parte del DPO.

3.11 Revisione e conferma

1. Le linee guida scientifiche sono state verificate ed approvate da parte del DS e DT durante l'aggiornamento del rischio clinico /FMEA dell'anno 2022.
2. Le nomine sono state confermate in data odierna
3. L'intero sistema è stato verificato ed approvato dalla DS e dalla DT il 03/02/2022. Nel corso del 2022 sono stati revisionati i seguenti documenti per adeguare il SGQ ai nuovi servizi erogati, per rendere il sistema più efficace e per far fronte anche ai suggerimenti raccolti in fase di accreditamento, autorizzazione sanitaria e verifica ISO 9001, sempre nell'ottica del miglioramento continuo:
PO 3.4 VASCHE RIABILITATIVE Rev 02 del 02/05/2022
PO 3.5 POLIAMBULATORIO Rev 03 del 02/05/2022.
4. Revisione della documentazione finalizzata alla comunicazione con l'utenza: carta dei servizi (anche il sito web):
03/02/2022

3.12 Discussione dei progetti per il miglioramento**A. Progetti di miglioramento terminati nel 2022:**

- Autorizzati ed implementati nuovi servizi ambulatoriali
- Miglioramento Obiettivi terapeutici
- Mantenimento audit da parte dei responsabili di fisioterapia
- Continuo miglioramento della struttura e della gestione degli impianti
- Mantenimento certificazione ISO 9001
- Consolidamento SGQ

B. Progetti di miglioramento non terminati:

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

- nessuno

C. Progetti di miglioramento falliti:

- nessuno

D. Analisi struttura, strumenti e tecnologie utilizzate (e analisi obsolescenza attrezzature)**Sistema Informatico**

Gli Audit semestrali vengono effettuati da IT contestualmente al REGISTRO DEI CONTROLLI ANNUALI e ai Test di ripristino dati da Backup di simulazione per garanzia della continuità operative a cura di Ianiri Informatica.

Nell'anno 2022 si è provveduto a proseguire l'analisi tecnico-funzionale del sistema informatico, con una riorganizzazione, adeguata alle attuali necessità, di hardware e software. Come pianificato nel 2021, nel corso dell'anno 2022 è proseguita la sostituzione dei pc da Windows 7 a Windows 10 o l'upgrade del solo sistema operativo laddove possibile. Sono stati sostituiti pc e monitor dei 4 ambulatori, 3 pc di reception e 1 pc di amministrazione, infine è stata sostituita la stampante in amministrazione. È stato realizzato il nuovo sito internet.

Per l'anno 2023 si continuerà il processo di innovazione degli strumenti in uso, si proseguirà con lo studio e l'analisi per la migrazione e/o l'integrazione alla nuova versione del Gestionale GIPO. Si proseguirà la valutazione per un upgrade della linea telefonica e dell'intero comparto della telefonia. Si valuterà il potenziamento della Reception con una nuova postazione completa.

Struttura, impianti ed attrezzature

Il **parco elettromedicali** viene reputato idoneo in termini di tecnologia applicate e tipologia di prestazioni erogate (anche in termini di volumi).

Nel 2022 Si è continuato ad investire notevolmente negli **interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria** della struttura come riportato nel seguito:

LAVORO	NOTE	ESECUZIONE
IMPLEMENTAZIONE JOHNSON CONTROL	CREATO NUOVE PAGINE NEL SINOTTICO, IMPLEMENTATO APPARECCHIATURA DI CONTROLLO PISCINE, INTEGRAZIONE PISCINE NEL SISTEMA C.J.	FATTO

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

QUINTO AMBULATORIO	CHIUSO PARETI CON CARTONGESSO PORTATO LINEA INTERNET E LINEA ELETTRINA, MESSO RUBINETTO	FATTO
CHIUSO MURI NUOVO FISIOPOSTURALE	CHIUSO APERTURE SU MURO IN FISIOPOSTURALE PER RENDERE L'AMBIENTE PIÙ RISERVATO	FATTO
PISCINA PICCOLA	RIFATTA IMPERMEABILIZZAZIONE DEL CEMENTO DELLA PISCINA, SOSTITUITO PVC INTERNO, DURANTE I LAVORI SI È FATTA UNA PULIZIA SPECIALE	FATTO
DIPINTURA SPOGLIATOI PERSONALE	STUCCATO E RIDIPINTO I DUE SPOGLIATOI PERSONALE	FATTO
C.T.A. PRINCIPALE + U.T.A.5 + U.T.A.4	SOSTITUITO ANTIVIBRANTI+CUSCINETTI MOTORE+CINGHIA	FATTO
C.T.A. 1	SMONTAGGIO PANNELLI INTERNI E BATTERIA PER SANIFICAZIONE	IN LAVORAZIONE

Consumi energetici

A febbraio 2021 è stato installato un nuovo sistema di controllo automatico degli impianti (es controllo parametri vasca riabilitativa, controllo allarmi, controlli energetici). Tale investimento prevedeva anche un risparmio di almeno il 30% di energia (fornitore Energon).

Ecco i dati relativi ai consumi:

ANNO 2017	248,77 Kw	
ANNO 2018	246,20Kw	
ANNO 2019	262,52Kw	
ANNO 2020	181,16Kw	Alcuni mesi di chiusura impianti causa Covid19



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 35 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

ANNO 2021	178,06Kw	L'impianto Jonshon Control è stato avviato il 16/02/21
ANNO 2022	161,48Kw	L'impianto Jonshon Control è stato avviato il 16/02/21
ANNO 2023 (primi 4 mesi)	71 Kw	

Analisi risultati:

Con l'attivazione dell'impianto Jonshon si è arrivati a ridurre i consumi di quasi il 50% nel 2022. L'obiettivo dei prossimi anni è di effettuare altri interventi anche relativamente modesti, per portare il risparmio ad oltre il 50%; obiettivo utile visto il trend attuale del costo dell'energia.

Rischio sicurezza e rischio ambientale

Nel corso del 2022 non si sono avuti ne infortuni ne malattie professionali. Il 13/12/22 è stata effettuata la riunione periodica sicurezza ed il sopralluogo sicurezza da parte di RSPP.

Nel DVR (ultimo aggiornamento del 04/03/2020) sono stati valutati i rischi ambientali relativamente a:

- rumore, valutato BASSO per tutte le mansioni
- incendio, valutato MEDIO.

Le emergenze incendio, terremoto e crollo sono gestite anche attraverso apposite Istruzioni di Emergenza e planimetrie di evacuazione a disposizione del personale.

Il manutentore ha sotto controllo gli aspetti manutentivi ed ambientali attraverso adeguati i piani di manutenzione e di controllo dei consumi.

Continua la collaborazione con l'impresa di trasporto/smaltimento rifiuti speciali.

E. Progetti /obiettivi annuali (A)/ pluriennali (P)

Obiettivi strategici:

1	Cambio Ragione sociale, nuova autorizzazione ed accreditamento	A
2	Mantenimento, gestione e aggiornamento del Sistema di gestione per la qualità ISO 9001: 2015	A
3	Miglioramento della soddisfazione degli utenti e rappresentatività dei questionari	A
4	Miglioramento obiettivi terapeutici	A
5	Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico, riabilitazione logopedica e neuropsicologica	A
6	Potenziamento attività di ortopedia	A
7	Miglioramento skill, comunicazione e autonomia personale front office	P



MODULO

Mod. 1.1.6
Edizione 03 Rev. 00
Del 24/12/2018
Pag. 36 di 38

RIESAME DELLA DIREZIONE

8	Mantenimento del controllo delle attività di MFR: Implementazione analisi efficacia terapie (out come), mantenere audit periodici dei fisioterapisti	P
9	Aumento attività settore privato (non convenzionato). Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	A
10	Superamento verifica di accreditamento istituzionale. Aumento attività convenzionate	A
11	Miglioramento della comunicazione interna ed esterna e territoriale: miglioramento sito internet, formazione su marketing e comunicazione	P
12	Attivazione servizio coordinato di psichiatria, psicologia e psicoterapia in regime privato (mini pool)	P

Obiettivi qualità:

Obiettivo	Origine e motivazioni	Indicatore	Responsabile	Risorse/supporto	Tempi previsti	Valore atteso
Mantenimento certificazione Qualità	Il sistema è un elemento strategico	Visita di rivalutazione CSQ	RGQ	Carola Voltini	Maggio 2023	Superamento della visita di rivalutazione CSQ
Miglioramento soddisfazione utenti	La soddisfazione degli utenti è strategica	Questionari	DS, DT	Carola Voltini	Dicembre 2023	mantenerlo per il prossimo anno almeno al 90%
Miglioramento Obiettivi terapeutici	Analisi oggettiva dei risultati ottenuti sui pazienti	Raggiungimento obiettivi terapeutici – riduzione dolore VAS	Resp fisioterapisti	Fisioterapisti	Dicembre 2023	> 50% raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico
Implementazione controlli MFR: outcome clinico, audit resp. fisio	Aumentare controllo e qualità del servizio	Esiti valutazioni	Resp Fisiterapia	Fisioterapisti	Dicembre 2023	Almeno 3 audit Resp. Fisio anno 2023, aumentare dati outcome anche per il 2023
Potenziamento attività di MFR privata	Aumento n prestazioni	n prestazioni	DT, DS	Fisiatri	Dicembre 2023	+ 10% sul 2022
Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	Aumento n prestazioni	n prestazioni	DS, DT, DG	Medici, DG	Dicembre 2023	+ 20% sul 2022
Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico	E' un servizio sempre più richiesto e destinato a crescere	Numero di visite	DT, DS	Medici e terapisti	Dicembre 2023	+ 10% sul 2022
Potenziamento attività di riabilitazione logopedica e neuropsicologo	E' un servizio sempre più richiesto e destinato a crescere	Numero di visite	DT, DS	Medici, logopedisti	Dicembre 2023	+ 20% sul 2022
Potenziamento attività di ortopedia	Ampliamento della gamma di servizi	Numero di visite	DT, DS	Medici	Dicembre 2023	+ 10% sul 2022
Miglioramento comunicazione con utenza	miglioramento sito internet	Come punto precedente	DG	Coordinatrice di struttura, URP	Dicembre 2023	miglioramento sito internet
Miglioramento skill ed autosufficienza del personale di front office	Necessità efficace comunicazione	Soddisfazione del personale e dei pazienti	Resp Formazione	Personale di segreteria	Dicembre 2023	Miglioramento soddisfazione del personale e dei pazienti

**RIESAME DELLA DIREZIONE****4. CONCLUSIONI**

L'anno 2022 è stato caratterizzato da molti impegni e cambiamenti. Uno fra tutti, l'impegno della Direzione, nel portare a termine il progetto più faticoso ed importante:

-al fine di implementare i servizi sul territorio, incrementare e migliorare i servizi dedicati ai pazienti, l'azienda ha completato un lungo percorso di modifica societaria che ha visto interessare (oltre alla proprietà) alcune figure interne ed esterne. Impegno che si è concluso a fine novembre 2022 per quanto concerne l'apertura della nuova società ma che si concluderà nei primi mesi del 2023 con i passaggi notarili, il nuovo nome, la nuova compagine che vede l'affiancamento di un nuovo ed importante partner.

RISORSE UMANE:

Dal punto di vista sanitario vi sono stati diversi avvicendamenti che hanno visto coinvolte l'Area Medica e l'Area Fisioterapica. Relativamente alla prima è stata soprattutto l'area della cardiologia che ha visto l'avvicendamento maggiore con l'uscita di tre professionisti (tutti approdati in area pubblica e quindi incompatibili con la nostra struttura) e l'entrata di altrettanti colleghi che hanno coperto le esigenze. Vi sono stati altri avvicendamenti per quanto concerne gli oculisti usciti sempre per le medesime motivazioni (l'entrata nel pubblico con conseguente uscita immediata dalla nostra struttura per incompatibilità). Le uscite sono state compensate con l'arrivo di una nuova professionista. Per tutti gli altri medici collaboratori la situazione è rimasta invariata.

Relativamente all'Area Riabilitazione rimane difficile il reperimento delle risorse. Durante l'anno si sono avvicendati alcuni terapisti. Uno in particolare si è trasferito in Spagna per motivi familiari, un altro è approdato nella sanità pubblica (quindi incompatibile), un altro ha scelto la libera professione. Dall'analisi effettuata sul territorio veneto vi sono molte realtà come la nostra che hanno difficoltà nel reperimento di fisioterapisti. L'azienda si è adoperata immediatamente per sostituire le risorse mancanti. Per quanto concerne l'Area Impiegatizia è stata persa una risorsa molto importante legata al new business, alla ricerca di professionisti e al controllo media/marketing. La risorsa in questione ha lasciato la struttura per approdare in azienda fuori settore. Scelta determinata da pregressi progetti personali. La risorsa è stata immediatamente sostituita da una persona competente ma molto dedicata a progetti legati al proprio business e quindi (in termini temporali) non sempre conciliabile con le dinamiche aziendali per tal motivo è stata fatta una scelta condivisa fra le parti. La risorsa non è stata internamente sostituita.

POLIAMBULATORIO:

Il 2022 ha visto consolidare alcune scelte che erano state individuate durante l'anno precedente inserendo prestazioni ed esami che hanno soddisfatto alcune esigenze rilevate dai pazienti stessi e dai altri cittadini.

Relativamente al 2023 si è deciso di continuare ad investire in risorse umane ampliando e potenziando ulteriormente i servizi di Poliambulatorio. Vi è stato anche un incremento di prestazioni private generali dovute all'incremento delle visite cardiologiche private e all'inserimento delle visite oculistiche private. Vi è stato un incremento nelle visite ortopediche.

FISIOTERAPIA:

Per tutto il 2022 sono rimasti attivi tutti i corsi di mantenimento nella piscina grande (divenuta sanitaria il 31.08.2021). Nella seconda parte dell'anno è stato necessario implementare l'orario perché la richiesta da parte dei pazienti è andata via via crescendo. Nel 2022 vi è stata una richiesta crescente anche all'attività di mantenimento a secco. Anche per quest'Area così come per la piscina l'azienda è stata costretta ad incrementare gli orari. La difficoltà maggiore (essendo entrambe attività sanitarie) è stata l'ottimizzazione delle risorse sanitarie. E' pur vero che vi è stato un incremento medio del numero dei fisioterapisti rispetto al 2021 passando da 16 a 18 risorse ma il biennio 2020-2021 non può essere annoverato come "normale" perché inficiato dalla pandemia che ha visto una normale contrazione legata alla minore richiesta (soprattutto in virtù dei divieti e/o dell'influenza stessa). Vi è stato anche un buon incremento relativamente alla richiesta di riabilitazione del Pavimento Pelvico.

INVESTIMENTI:

Nel 2022 si è ravvisata la necessità di acquistare e rinnovare alcune importantissime macchine legate al core business dell'azienda, legate ad altre storiche attività (vedi EMG) e altre legate alle nuove attività poliambulatoriali (nuove

**RIESAME DELLA DIREZIONE**

macchine per gli oculisti, nuove macchine per i cardiologi/radiologi etc....). L'azienda ha ascoltato le richieste specifiche e le esigenze territoriali dell'Utenza, ribadendo ancora una volta la "centralità" del Paziente ponendo come obiettivo primario il suo benessere. Alcune importanti macchine ordinate ed arrivate entro il 2022, altre arriveranno nei primi mesi del 2023.

VACCINAZIONI E TAMPONI:

Come da accordi con l'Ulss 3 Serenissima l'azienda ha creato e mantenuto attivo il servizio vaccinale e il servizio legato ai tamponi.

FORMAZIONE:

Sempre attiva e regolare quella obbligatoria con uno sguardo sensibile a quella facoltativa.

MARKETING E COMUNICAZIONE:

Il 2022 ha visto le risorse impegnate soprattutto alla ricerca di nuovi professionisti. Risorse impegnate moltissimo nell'operatività del periodo transitorio fino alla costituzione della nuova società.

Si è perfezionato e non ancora concluso il nuovo sito. Non sono stati portati a termine alcuni obiettivi di comunicazione del 2022. Sarà compito della Direzione inserirli ed incrementarli per il 2023.

CERTIFICAZIONE:

Mantenuta la Certificazione con visita ispettiva a settembre 2022 come da scadenze programmate.

Oltre agli obiettivi strategici e di qualità del paragrafo precedente gli obiettivi derivanti dall'analisi del rischio sono riportati nel mod. 5.4.1. PGR –FMEA.

Allegati:

- **PGR- FMEA dicembre 2021, PGR- FMEA dicembre 2022**
- **Analisi contesto interno/esterno SWOT**
- **Organigramma**

FIRMA DG

FIRMA DS

FIRMA DT

FIRMA RQ

FIRMA COORDINATRICE DI STRUTTURA
