



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER

ANNO 2023

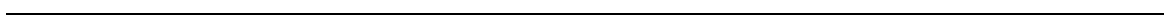
INDICE:

1. INTRODUZIONE
 2. POLITICA DELLA QUALITA'
 3. ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA
 4. MODALITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO E INCIDENT REPORT
 5. GESTIONE INCIDENT REPORT
 6. MODALITA' DI GESTIONE DEI RECLAMI – URP
 7. GESTIONE RECLAMI
 8. RISULTATI COSTOMER SATISFACTION
 9. AUDIT INTERNI E DI TERZA PARTE
 10. ANALISI DELLA CONFORMITÀ ALLO STANDARD DA PARTE DEI SERVIZI EROGATI, OUT COME CLINICO
 11. FOCUS NELL'ANNO 2023
 12. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024
-

1. Introduzione

L'anno 2023 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 precedente e alla proprietà entrante) alcune figure interne ed esterne. Impegno che si è concluso il 05 febbraio 2024 con la nomina del nuovo Legale Rappresentante e dei membri del Consiglio di Amministrazione.



Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

2. Politica della qualità anno 2024

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

La Mission di Fisiopolimedica 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 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 del Poliambulatorio.

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".

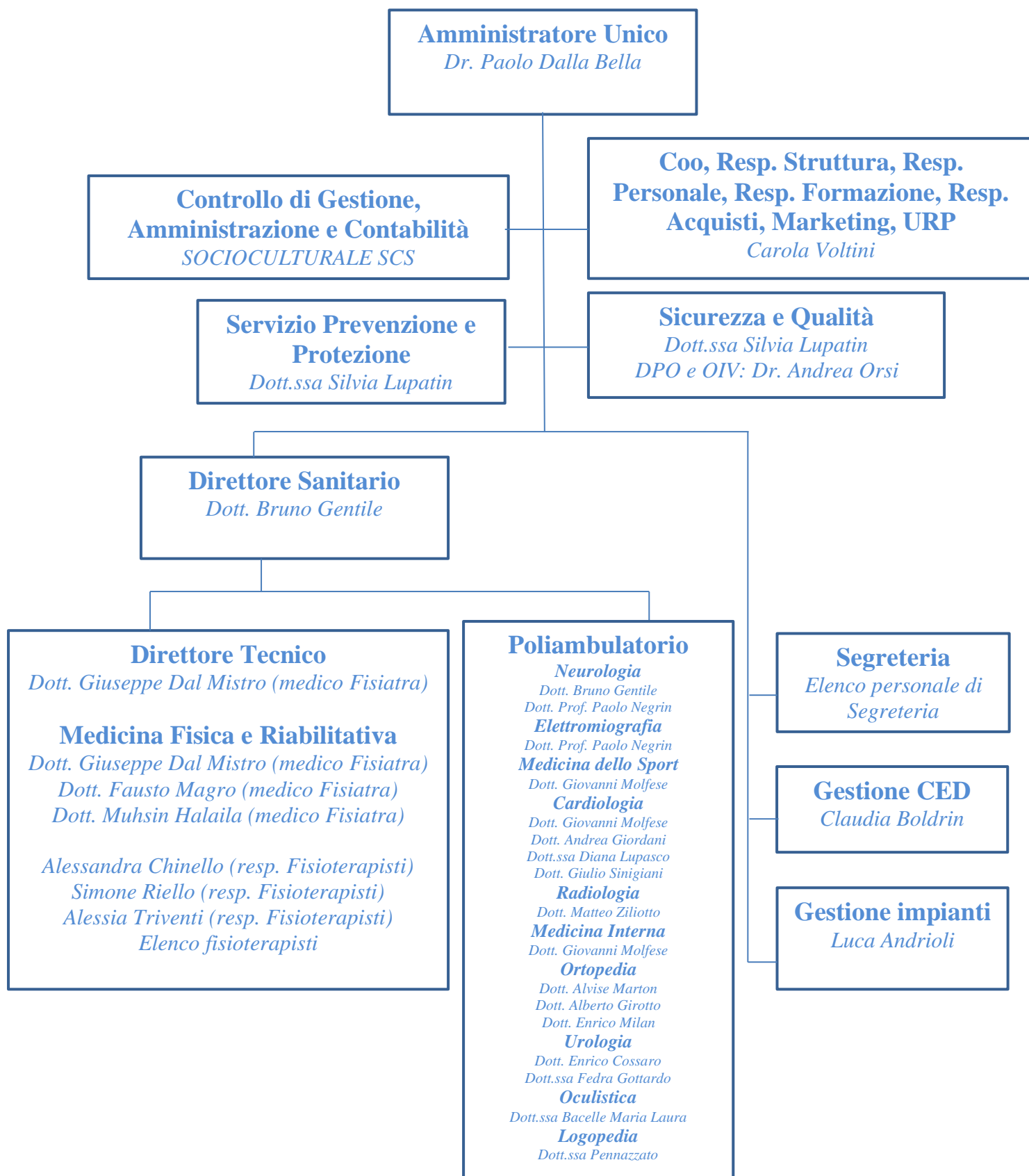
Azioni: assegnare risorse finanziarie ed organizzative per elaborare e realizzare specifici programmi formativi volti a qualificare di continuo la professionalità degli operatori e la capacità di svolgere il proprio lavoro nella sicurezza propria e degli utenti che accedono alla struttura.

Mira, 18 aprile 2024

l'Amministratore
Dr. Paolo Dalla Bella

Processo direzionale
Relazione anno 2023 per gli stakeholder

Organigramma Rev. del 05/02/2024



4 Modalità di gestione del rischio e incident report

La nostra metodologia nella valutazione del rischio

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla Direzione attraverso **la Vision**, declinata nella **Missione**, da questa, la definizione dei **“macro” obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ...). Gli obiettivi della Direzione vengono pertanto segmentati in **obiettivi secondari** che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il **focus** degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

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

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

Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and critical effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione

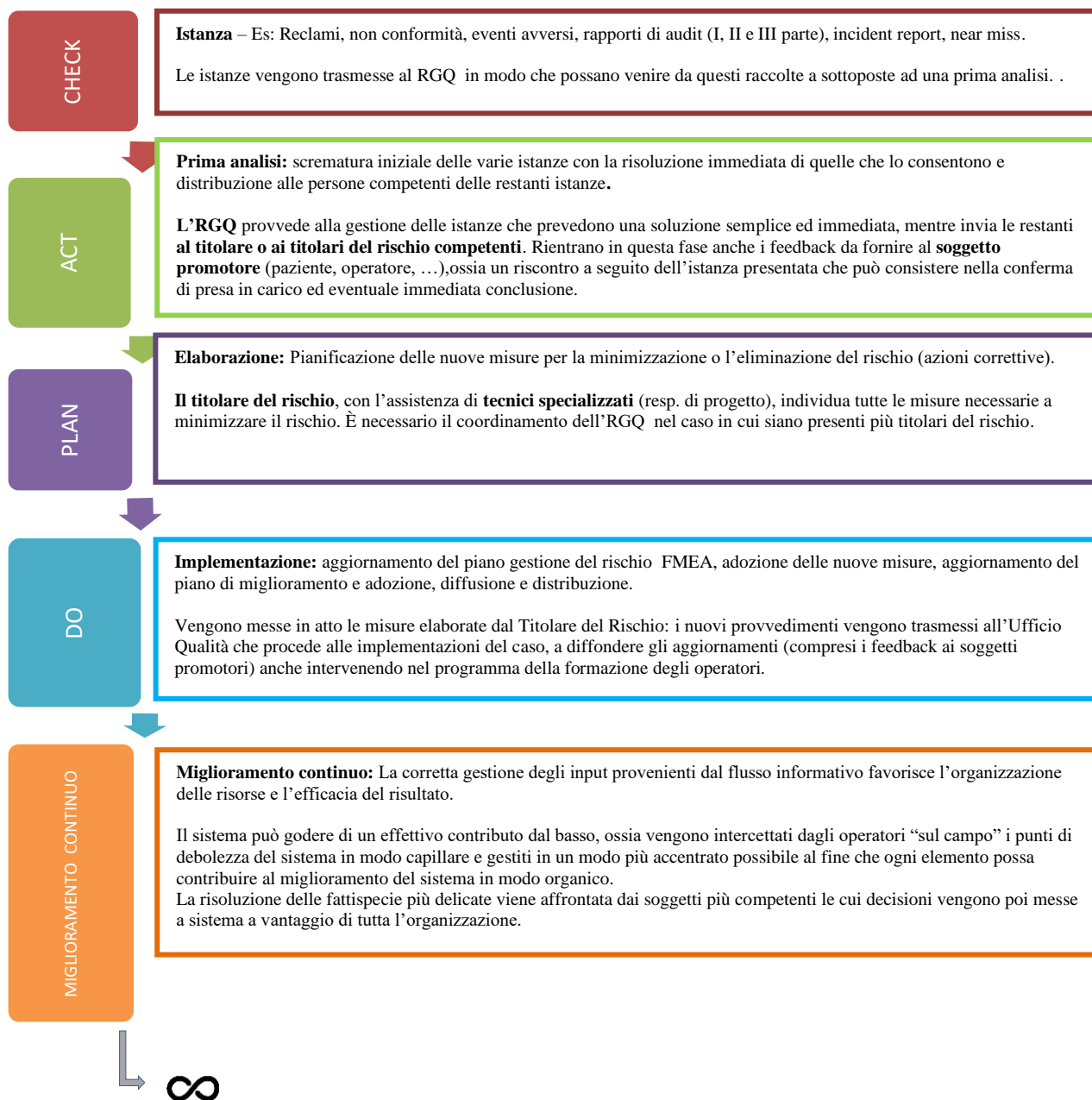
Gestione degli incident report

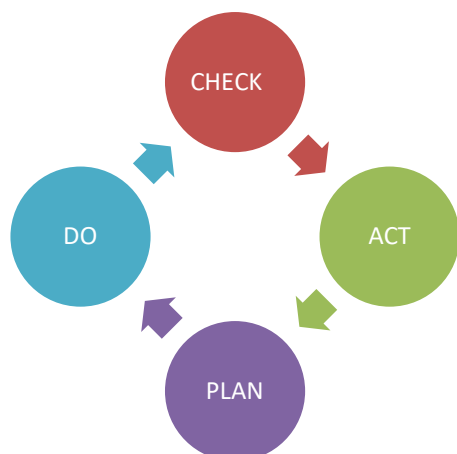
Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo 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

5 Analisi eventi avversi anno 2023

Nel periodo in esame si sono verificati 3 eventi avversi/near miss ai pazienti 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 2023

-1 Incident report hanno riguardato una caduta del paziente

-2 Incident report hanno riguardato malessere/malore del paziente che non hanno comportato danni ai pazienti

Per gli eventi avversi vengono effettuati Audit clinici da parte del gruppo di Audit Clinico per valutarne la gestione e intraprendere eventuali spunti di miglioramento per il miglioramento della sicurezza dei pazienti: in particolare nel 2023 è stato eseguito 1 Audit su IR in data 22/11/23.

Analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi, incidenti e near miss: Le cause degli incidenti e malori in un caso sono legate alla fragilità del paziente. Gli altri 2 IR sono legati ad aspetti di salute del paziente, anche contingenti.

Interventi di miglioramento attivati per la sicurezza del paziente nel caso rischio caduta

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, sia in caso di malessere che precede una potenziale caduta, sia dopo una caduta e 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.

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

6 Modalità di gestione del reclamo – URP

Sono considerati reclami tutte le manifestazioni di insoddisfazione da parte dell'utente che esse determinino o meno una situazione di contenzioso o l'erogazione di un risarcimento (es. per danni fisici).

I reclami da parte dell'utenza devono essere indicati tramite il **Mod. 5.2.2 – Reclamo del paziente** che dovrà essere disponibile presso l'accettazione. Tale modulo sarà compilato dall'utente e da lui stesso firmato.

Gli eventuali reclami degli utenti verranno gestiti in modo tale da raggiungere i seguenti obiettivi:

1. Individuazione dei motivi di insoddisfazione;
2. Ricerca di possibili soluzioni;
3. Verifica dell'efficacia della soluzione;
4. Comunicazione al paziente dell'esito del reclamo.

FUNZIONI DELL'URP

- Provvedere a fornire informazioni ulteriori a quelle già fornite negli info point presenti in zona accettazione a pazienti, utenti in generale, medici, personale, fornitori;
- Provvedere alla gestione delle istanze di reclamo, scritte e non dei pazienti.

La funzione dell'URP è di centrale importanza, in quanto una attenta gestione del reclamo è la prima misura da adottare per minimizzare il rischio di ulteriori sviluppi in merito alla responsabilità contrattuale ed extra contrattuale di struttura ed operatori nei confronti dell'utenza.

Inoltre, un buon ufficio di relazione con il pubblico, crea effetto positivo nell'immagine della struttura e nella qualità dei servizi erogati.

COLLOCAMENTO DELL'URP

L'URP presenta le seguenti caratteristiche:

- È isolato rispetto al resto degli ambienti quindi permette di discutere in modo riservato;
- È prossimo all'accettazione, luogo in cui più facilmente un paziente si recherà per presentare le proprie istanze.

LA GESTIONE DEL RECLAMO

Considerato che da ogni reclamo la struttura può imparare e crescere, si deve cercare di far compilare il modulo predisposto al paziente che intende effettuare un reclamo. Il reclamo è così gestito:

- Se avviene negli ambulatori, il paziente deve essere condotto dal personale presente in quel momento presso l'accettazione;
 - Il paziente sarà subito ascoltato ed invitato, dal personale di accettazione, a compilare il modulo di reclamo;
 - Se tutto termina in questa fase, il personale ritira il modulo compilato e lo consegna all'URP;
 - Se il paziente non si sente soddisfatto deve essere condotto in URP;
-

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

- In URP il responsabile cercherà di comprendere meglio il reclamo e le cause trovando la soluzione più conciliante possibile. In caso di difficoltà è bene comunicare al paziente che verrà contattato al più presto per un chiarimento;
- Il paziente sarà contattato, se richiesto da lui, per metterlo a conoscenza degli sviluppi del reclamo nel più breve tempo possibile;
- Il reclamo è considerato concluso una volta comunicata al paziente e verificata la soluzione adottata: al momento dell'individuazione delle cause che hanno generato il reclamo nonché la modalità di soluzione, sarà cura del URP, in accordo con la direzione generale, valutare se fornire per iscritto una lettera da recapitare all'utente su carta intestata con le indicazioni sull'impegno della struttura alla risoluzione del problema;
- Dopo aver descritto l'esito nel modulo l'intera pratica con i documenti prodotti è archiviata e conservata presso l'archivio dell'URP.

7 Gestione reclami anno 2023

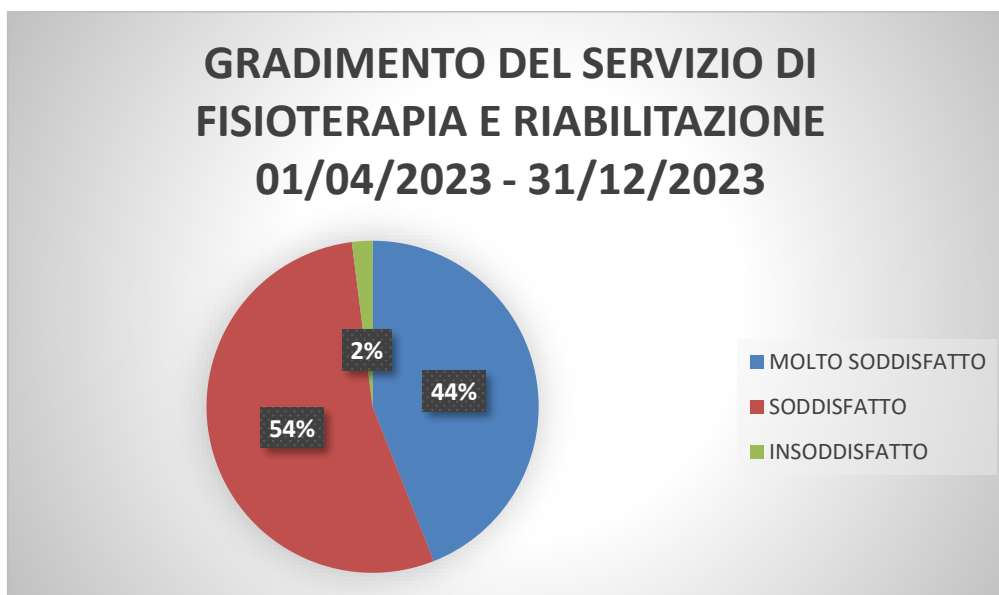
Nel corso del 2023 sono stati aperti n°1 reclamo chiuso positivamente.

8 Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2023

- 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, **comprese le recensioni on line.**

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	Cortesìa 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



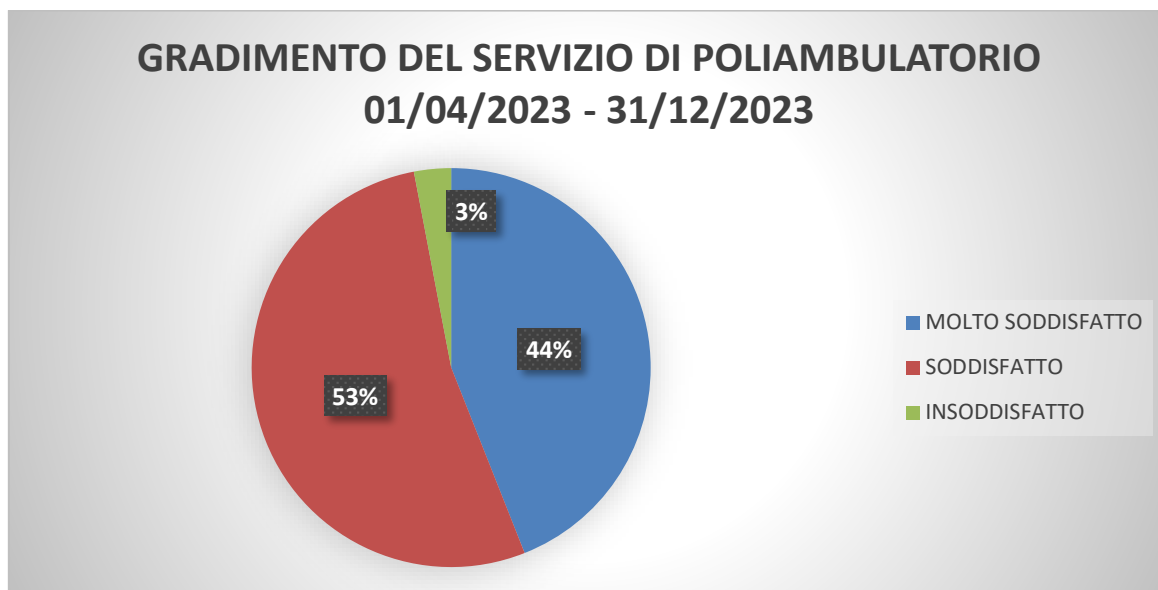
347 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- Rinnovo spogliatoi
- Meno turnover dei terapeuti
- Musica in zone riabilitative (piscina, palestra, box)
- Che si riconosca che i parcheggi sono di Fisiopolimedica

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



195 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

- Ginecologia, Dermatologia, Otorinolaringoiatria
- Servizio di mammografia
- Non portare più la mascherina
- Riviste nelle sale d'attesa
- Caffè decaffeinato nelle macchinette del caffè

Analisi risultati

I questionari relativi al 2023 sono in tutto 542, leggermente sotto le previsioni ma bisogna ricordare che il periodo preso in considerazione va dal 01.04.2023 al 31.12.2023 quindi il solo periodo afferente a FISIOPOLIMEDICA RIVIERA SRL (la nuova ragione sociale che ha, come inizio, proprio il 01.04.2023).

Riteniamo che il lavoro svolto sui pazienti per incrementare la preziosa raccolta dei dati e delle informazioni sia stato complessivamente un discreto lavoro soprattutto per l'impegno e le energie profusi. L'obiettivo per il 2024 rimane l'incremento numerico che ci può aiutare anche livello statistico.

I risultati complessivi sono confortanti relativamente alla soddisfazione globale. Vi sono alcune cose migliorabili e sarà profuso un impegno generale (medici, terapisti e segreteria) per fare in modo di diminuire gli insoddisfatti.

Le richieste dell'Utenza del 2023 qui riassunte:

- Rinnovo Spogliatoi
 - Meno turnover terapisti
 - Inserimento ginecologia, dermatologia, otorinolaringoiatria. Servizio di mammografia.
 - Togliere le mascherine
 - Che i parcheggi riservati alla struttura siano riconoscibili
 - Musica di sottofondo praticamente in tutti i reparti
 - Riviste nelle sale d'attesa
-

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

- Introduzione del caffè decaffeinato alle macchinette

Recensioni Google su sito Fisiopolimedica Riviera dal 01.04.2023 al 31.12.2023

Totale recensioni 15

- Recensioni femminili 6
- Recensioni maschili 9

Composte da:

- Sei persone una stella
- Due persone due stelle
- Sette persone cinque stelle

Analisi

Lo scorso anno è stato un anno molto impegnativo. E' stato ceduto il ramo d'azienda in continuità temporale e professionale. Nello stesso periodo non è stata rinnovata la collaborazione con il referente comunicazione e questa decisione ha inficiato nel servizio di risposta all'utenza social. A febbraio 2024 si è concluso il processo di cessione e si stanno delineando i nuovi incarichi così da poter migliorare i servizi e le risposte all'utenza. Particolare lo scenario dei primi 8 mesi di Fisiopolimedica dove abbiamo avuto sei pazienti con una stella e sette pazienti con cinque stelle. Solo due a due stelle, nessuno a tre e quattro stelle. Significativa questa forbice che non ammette "mediani" ma solo giudizi estremi da una parte e/o dall'altra. Molti spunti di riflessione circa il miglioramento dell'azienda, dai servizi alla formazione, per rispondere nel miglior modo alle esigenze dei pazienti. Alcune recensioni legate a risposte purtroppo negative, non per volontà aziendale, ma perché vi sono dei servizi in carico alle sole strutture pubbliche e non alle strutture private accreditate. Per legge. Spesso i pazienti non lo sanno e, per tal motivo, sono delusi nelle aspettative. L'impegno complessivo per il 2024 è un impegno importante nella convinzione possa esserci un netto miglioramento nella curva della customer satisfaction.

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

Audit interni e di terza parte

- 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.	12/05/2023
Verifica gestione elettromedicali		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	12/05/2023
Verifica gestione personale-formazione		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. formazione	12/05/2023
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	12/05/2023
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		Resp Fisioterapia	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	30/06/2023
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-RSPP	30/11/2023
Gestione impianti, struttura e gestione vasche		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	12/05/2023
Verifica attività vasca riabilitativa		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	12/05/2023
Verifica attività direzione sanitaria		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	12/05/2023
Verifica attività direzione generale		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	12/05/2023
Verifica visita medica		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	12/05/2023
Sistema Informatico		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	12/05/2023
Sistema Informatico		Resp. SI	/	Verbale audit interno	DG	17/11/2023

¹ Devono essere ispezionati tutti i processi in modo da coprire i punti della norma UNI EN ISO 9000 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,

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

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			
Accettazione		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	12/05/2023
Verifica SGQ		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	12/05/2023
Audit privacy		DPO	/	Verbale audit interno	DG	/
Audit clinico		DS	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot, Medici	20/12/2023
Audit audit su Incident Report/Near Miss		DS	/	Verbale audit interno su IR	DS, DT, Resp Fisioterapia	22/11/1023
Audit esterno		RGQ	Esterno	Verbale IMQ	DG	17/05/2023
Audit esterno		Comune di Mira	Esterno	Verbale autorizzazione	DG	23/03/2023

Esito audit interni ed esterni:

Dall'attività di auditing interno sul Sistema di gestione per la qualità si è rilevata conformità del sistema allo standard ISO 9001:2015, il rispetto ai Requisiti accreditamento ed autorizzazione ed e alle leggi di riferimento. E' emersa una osservazione in merito alla gestione documentale. 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 1 audit nei reparti da parte dei Responsabili di Fisioterapia, con esito positivo.

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.

Audit sistema informatico

Effettuato 1 audit annuale dall'Addetto CED il 17/11/23 con esito positivo.

Audit sicurezza

L'audit sicurezza è stato effettuato da RSPP il 30/11/2023 con esito positivo.

Autorizzazione sanitaria

L'azienda ha sostenuto la verifica di Autorizzazione sanitaria per subingresso dal Comune di Mira il 23/03/2023 con esito positivo. Il rinnovo sarà nel 2028.

NAC 2023

Le verifiche **NAC** del primo semestre 2023 da parte dell'ULSS3 (controlli esterni) ed i controlli NAC interni primo e semestre hanno avuto esito positivo.

Certificazione ISO 9001

L'audit esterno CSQ (Dott.ssa Tommasella) ISO 9001 2015 del 17 maggio 2023 ha avuto esito positivo con l'emissione di 5 raccomandazioni di miglioramento chiuse positivamente.

Focus su audit clinici:

Continuano gli audit clinici effettuati dalla Direzione Sanitaria e tecnica come indicato nelle procedure del SGQ. In data 20/12/23 è stato effettuato un Audit con esito positivo e raccomandazioni di miglioramento.

Processo direzionale

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

9 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 2023 (periodo 01/04 – 31/12).

Efficacia piani terapeutici - anno 2023 (01/04 – 31/12)

Statistica Valutazioni:

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 2023 è 4214.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l'anno 2023 è di 2248, pari al 64,85% delle visite totali.

Il totale delle valutazioni relative all'esito finale dei trattamenti fatte per l'anno 2023 è di 2733, pari al 65,35% 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 44,3%, leggermente migliorato 49,9 non migliorato 5,8%
- Sintomatologia dolorosa	buon miglioramento 45,1%, leggermente migliorato 44,9%, non migliorato 10%
- Recupero funzionale	buon miglioramento 45,1%, leggermente migliorato 48,1%, non migliorato 6,8%

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 2023: Sono state registrate 2248 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 2023: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 1787 percorsi terapeutici su 4214 visite totali, pari al 42,4%.

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.

10 Focus nell'anno 2023

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.

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

Relazione anno 2023 per gli stakeholder

Azioni: aggiornamento e comunicazione di impegni e standard di qualità individuati nella Carta dei Servizi, tutela della Privacy, mantenimento dei canali di comunicazione (URP, 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, di comunicazione; attivazione nuovi servizi.

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.

11 Piano di miglioramento anno 2024 ed obiettivi strategici (A)/ pluriennali (P)

1	Passaggio al nuovo sistema operativo GIPO NEXT	A
2	Rinnovo, 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
8	Mantenimento del controllo delle attività di MFR: Implementazione analisi efficacia terapie (outcome), mantenere audit periodici dei fisioterapisti	P
9	Aumento attività settore privato (non convenzionato). Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	A/P
10	Miglioramento della comunicazione interna, esterna e territoriale: miglioramento sito internet, formazione su marketing e comunicazione	P
11	Attivazione servizio coordinato di psichiatria, psicologia e psicoterapia in regime privato (mini pool)	P
12	Apertura del punto prelievi	A
