**RIESAME DELLA DIREZIONE**

Anno 2023



FISIOPOLIMEDICA RIVIERA S.R.L.

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

Mira 18/04/2024

La Direzione

Dr. Paolo Dalla Bella

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# 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 **2024**.

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.

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.

# 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 obbiettivi 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.

# FLUSSO DELL’ITER DIREZIONALE

**Politica della Direzione**

**Obiettivi ed indicatori di misura per processo**

**Verifica adeguatezza struttura organizzativa**

**Verifica esistenza requisiti professionali**

**Aggiornamento Organigramma aziendale**

**Formazione personale interno**

**Acquisizione nuove risorse**

**Misurazione efficacia azioni intraprese e Riesame da parte della Direzione**

**POLITICA PER LA QUALITA’**

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

# RIESAME DELLA DIREZIONE - PERIODO DAL 01 APRILE AL 31 DICEMBRE – 2023

**L’azienda Fisiopolimedica Riviera, seppur operando in continuità con Studio Fisioterapico Riviera, è subentrata allo Studio Fisioterapico Riviera ed è attiva dal 01 aprile 2023; pertanto il riesame viene effettuato nel periodo 01 aprile-31 dicembre 2023.**

 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).

## Obiettivi per la qualità - Verifica dicembre 2023

**PROCESSO 1 - DIREZIONALE**

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

**PROCESSO 2 - STAKEHOLDER**

|  |
| --- |
| **2.2 – Paziente** |
| **N.** | **Descrizione obiettivo** | **Indicatore/Metodologia di raggiungimento** | **Risorse investite** | **Valutazione ed esito** |
| 1 | Miglioramento soddisfazione utenti | Analisi questionariValore atteso al 12/2023> 90% soddisfazione | DSDIR URP | Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il prossimo anno almeno al 90% |
| 2 | Implementazione strumento statistico informatico per valutazione outcome | Monitoraggio e successivamente aumento dati per valutazione | Claudia BoldrinGIPOResp fisioterapisti | Il totale delle valutazioni relative all’esito finale dei trattamenti fatte per l’anno dal 01/04/2023 al 31/12/2023 è di 2733, pari al 65,35% delle visite totali |
| 3 | Miglioramento comunicazione con utenza | Creazione sportello URP sia in presenza che online, miglioramento sito internet | DIR, URP | URP in presenza, Sito Internet in continuo aggiornamento |
| 4 | Miglioramento esito Obiettivi terapeutici | > 50% raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico | DS, DT, Resp fisioterapisti | Anno 2023 01/04/2023 al 31/12/2023: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 1787 percorsi terapeutici su 4214 visite totali, pari al 42,4%. |

**PROCESSO 3 – ATTIVITÀ**

|  |
| --- |
| **P.O. 3.2 Medicina Fisica e Riabilitazione** |
| **N.** | **Descrizione obiettivo** | **Indicatore/Metodologia di raggiungimento** | **Risorse investite** | **Valutazione ed esito** |
| 1 | Miglioramento MFR | Monitoraggio e successivamente miglioramento obiettivi terapeutici e riduzione dolore VAS  | Resp. Fisioterapisti | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023: buon miglioramento dei 3 parametri VAS oltre il 44% |
| 2 | Potenziamento attività di MFR privata | Monitoraggio e successivamente miglioramento aumento n prestazioni | Fisiatri | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023: 36.589 |
| 3 | Implementazione controlli MFR audit resp. fisio | Almeno 1 audit Resp. Fisio anno 2023 | Responsabili Fisioterapia | Obiettivo raggiunto |
| 4 | Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico | Monitoraggio e successivamente miglioramento + 20% sull’anno precedente | Medici e terapisti | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023: 21 cicli |
| 5 | Potenziamento attività di riabilitazione logopedica e neuropsicologo | Monitoraggio e successivamente miglioramento + 25% sull’anno precedente  | Medici, logopedisti | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023:  9 inquadramenti e 10 cicli di terapia logopedica (totale 19)  |

|  |
| --- |
| **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% rispetto all’anno precedente | Medici  | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023: 536 |
| 2 | Ampliare le attività  del poliambulatorio introducendo nuove specialità | Monitoraggio e successivamente aumento n prestazioniDomanda agli organi competenti, analisi professionisti | DS, DT, DG | Dal 01/04/2023 al 31/12/2023: 1.462 (senza attività degli ortopedici). |
| 3 | Ampliare il servizio di poliambulatorio  | Individuazione risorseAutorizzate nuove branche | DG | In fieri apertura punto prelievi e richiesta Autorizzazione alla Realizzazione per apertura presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità per prestazioni a ciclo diurno |

|  |
| --- |
| **P.O. 3.1 segreteria accettazione** |
| **N.** | **Descrizione obiettivo** | **Indicatore/Metodologia di raggiungimento** | **Risorse investite** | **Valutazione ed esito** |
| 1 | Miglioramento skill del personale di front office | Effettuazione corsi specifici | Carola Voltini e Docente Esterno | Effettuata una prima formazione. Completare la prima ed implementare nel 2024 |

## Prestazioni di processo e conformità di prodotto

* Elenco degli audit (interni ed esterni) e conclusioni

| Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita)[[1]](#footnote-1) | Obiettivo dell’audit | Risorse assegnate[[2]](#footnote-2) | Riferimento ai documenti [[3]](#footnote-3) | Responsabiledi 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 |
| 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 del Comune di Mira il 23/03/2023 con esito positivo. Il rinnovo sarà nel 2028.

**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 i 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.

La prossima verifica sarà nel 2025.

**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.

Controlli NAC esterni I semestre 2023 relativi alla settimana TAPS dal 06/03 al 10/03, concluso con esito positivo.

Controlli NAC esterni II semestre 2023 relativi alla settimana TAPS dal 02/10 al 06/10, in attesa di visita per condivisione esito e verbale.

Controlli NAC Interni I semestre 2023: settimana TAPS dal 17/04 al 21/04, concluso con esito positivo.

Controlli NAC Interni II semestre 2023: settimana TAPS dal 02/10 al 06/10, controllo in fase di esecuzione, scadenza caricamento nel portale aprile 2024.

**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 riportate di seguito gestite con relative AC chiuse positivamente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N.**  | **Descrizione**  |  |
| 1  | Nell’area manutenzione si stimola a:-Portare a compimento il progetto di ristrutturazione del Team di manutenzione;-Dare maggiore evidenza dello svolgimento di alcune attività (es. cambio filtri UTA, svuotamento e pulizia piscina; etc.)-Tracciare con maggiori dettagli la gestione di eventi negativi. |  |
| 2 | Migliorabile la protezione delle cartelle contenenti i Piani riabilitativi dei pazienti della zona “laser” e “Magnetoterapia”. |  |
| 3 | Nella gestione dei controlli sul materiale in ingresso e sulla valutazione dei fornitori, migliorabili le evidenze del controllo |  |
| 4 | Nella carta dei servizi evidenziare maggiormente le modalità di presentazione di un reclamo |  |
| 5 | Nella valutazione della soddisfazione dei clienti si valuti l’opportunità di considerare anche le recensioni web |  |
| COMMENTI  |  |
| Il Team di audit vuole sottolineare come positivi:la valutazione del dolore nelle pratiche visionate;gli audit clinici formalizzati in modo adeguato. |  |

**Focus su Audit Clinici:**

Continuano gli audit clinici effettuati dalla Direzione Sanitaria e della Direzione Tecnica come indicato nelle procedure del SGQ.

In data 20/12/23 è stato effettuato un Audit con esito positivo e raccomandazioni di miglioramento.

**Analisi dei reclami formalizzati:**

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

-Reclamo del 27/09/23 chiuso 06/10/2023

**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 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 articolarità                  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.

## Stato delle non conformità, delle azioni preventive e delle azioni correttive

**Non conformità e Azioni correttive e preventive aperte/chiuse nel 2023**

Nel 2023 sono state aperte le seguenti NC interne

-NC n1 del 08/05/23: NC derivante da audit interno chiusa il 10/05/23

Nel 2023 sono state aperte e chiuse le seguenti AC emerse in sede di Verifica IMQ:

-AC n1 del 17/05/2023

-AC n2 del 17/05/2023

-AC n3 del 17/05/2023

-AC n4 del 17/05/2023

-AC n5 del 17/05/2023

Nel 2023 sono state chiuse positivamente le seguenti AC:

AC del 15/07/22 chiusa positivamente. Firma dr. Lupatin 12.05.23

## Analisi degli indici di performance

## Valutazione periodica delle attività

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo** | **Numero di prestazioni** |
| **2023 (01/04 – 31/12)** | **/** | **/** |
| Attività conv. MFR |  29.674 | / | / |
| Attività conv. MFR manu medica | Visite fisiatriche 4.214EMG 883  | / | / |
| Attività privata MFR | 36.589  | / | / |
| Attività conv. neurologia |  1.837 | / | / |
| Attività conv. cardiologia |  2.082 | / | / |
| Attività privato piscina |  1.647 | / | / |
| Poliambulatorio |  1.998 (complessivo) | / | / |

## Raggiungimento dei risultati ed adeguatezza delle risorse

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

Media Fisioterapisti 2023: 14 unità

Media Medici Fisiatri 2023: 3 unità

|  |  |
| --- | --- |
| **Periodo** | **Numero di prestazioni/media fisioterapisti** |
| **2023** | **/** | **/** |
| Attività conv. MFR | 2.119,57  | / | / |
| Attività conv. MFR manu medica |  1.404,66 | / | / |
| Attività privata MFR |  2.613,50 | / | / |

**Indicatore fatturato:** Ripartizione pubblico/privato

2023 Ripartizione (calcolata sul fatturato) 56% pubblico/44% privato

2023 Ripartizione (calcolata sul numero prestazioni) 49% pubblico / 51% privato

## Piano di formazione

**Corsi effettuati nel 2023**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Corso | Ente formatore, corpo docente | Partecipanti | Data | ECM |
| Salvamento / BLSD | Società Nazionale Salvamento Genova, distaccamento di Rosolina - Rovigo | Fisioterapisti | Aprile maggio 2023 | / |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Corso | Ente formatore, corpo docente | Partecipanti | Data | **ESITO** |
| I Principi della Comunicazione Prima Parte | Carola Voltini | Terrin, Boldrin, Chinello, Andrioli, Benetollo | 23/12/2023 | Positivo  |
| I Principi della Comunicazione Prima Parte | Carola Voltini | Prof. Negrin, Dott. Magro, Dott. Halaila, Dott. Ziliotto, Dott. Molfese, Dott. Gentile | 30/12/2023 | Positivo |

Corsi interni/esterni ambito clinico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Corso | Ente formatore, corpo docente | Partecipanti | Data | **ESITO** |
| Maitland livello base | Robert Valentiny | Enrico Scroccaro | 06-10/02/23 | Positivo |
| Valutazione e Trattamento ernie e protrusioni discali  | Maurizio Frosi | Magdalena Filc  | 18-19/11/2023 | Positivo |
| Master in diagnostica e riabilitazione pavimento pelvico | Brusciano, Sansone, Pennacchio, Barbaro, Docimo | Alessia Triventi | AA 2023 | Positivo |
| Vulvodinia: inquadramento diagnostico e strategie terapeutiche  | Stefania Rapolla | Magdalena Filc | 2023 | Positivo |
| Rachide lombare Valutazione e Trattamento | Fisiomaster | Veronica Garcia | 2023 | Positivo |
| Ecografo | Dott. Luca Notaro | Medici | 2023 | Positivo |
| Fisioline, elettromedicali | Dott. Battagliotti | Fisioterapisti | 2023 | Positivo |
| 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 | Positivo |
| Corso di formazione per SIS THERAPY | Dott. Dal Mistro | Dott. Magro, Dott. Halaila | 2023 | Positivo |
| Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione | Irene Celeghin | Conte, Filc, Gentil, Aparecida, Terrin | 23/02/2023 | Positivo |
| Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione | Alessandra Chinello | Conte, Lucas Costa, Ricupero, Terrin, Garcia Pascual | 22/02/2023 | Positivo |
| Corsi specialistici medicina fisica e riabilitazione | Simone Riello | Casarin, Forleri, Garcia Pascual, Lucas Costa, Ricupero | 24/02/2023 | Positivo |
| Formazione Avanzata Idrokinesi Terapia | ATEA | Fisioterapisti  | Settembre Ottobre 2023 | Positivo |

**Corsi in programma per il 2024**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CORSO DI FORMAZIONE** | **DOCENTE** | **PARTECIPANTI** | **DATA DI EROGAZIONE** | **ECM** |
| Formazione sicurezza lavoratori e preposti (generale, specifica ed aggiornamento). Aggiornamento RLS  | Dott.ssa Silvia Lupatin RSPP | Secondo scadenze e per neo assunti entro 60 gg dall’assunzione | Da maggio 2024 | / |
| Rischio Clinico | Dott.ssa Sonia Colombari | Secondo scadenze e per neo assunti | Per neo assunti e aggiornamento nel 2024/2025 | / |
| Formazione Primo Soccorso  | Dott.ssa Sonia Colombari | Secondo scadenze | anno 2024 e 2025 | / |
| Corso Privacy | Dott. Andrea Orsi DPO | Secondo scadenze e per neo assunti | 10.04.2024 | / |

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 |
| I Principi della Comunicazione Prima Parte | Carola Voltini | Tutto il personale che non ha effettuato il corso nel 2023 | Da giugno 2024 | / |
| I Principi della Comunicazione Seconda Parte | Carola Voltini | Tutto il personale che ha effettuato il corso nel 2023 | Da settembre 2024 | */* |
| Passaggio a Gipo Next  | Gipo  | Tutto il personale | Anno 2024 | / |

Corsi interni/esterni ambito clinico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Corso | Ente formatore, corpo docente | Partecipanti | Data | ECM |
| Maitland Livello avanzato    | Robert Vaentiny  | Enrico Scroccaro | dal 09 al 13 dicembre 2024  | / |
| Pilates fisios, Matwork   | Silvia Ranieri    | Noemi Capuano | 19-20-21 aprile 2024  | / |
| Master in diagnostica e riabilitazione pavimento pelvico    | Brusciano, Sansone, Pennacchio, Barbaro, Docimo   | Alessia Triventi | AA 2024  | / |
| Vulvodinia : inquadramento diagnostico e strategie terapeutiche (seconda parte)   | Stefania Rapolla  | Magdalena Filc | AA 2024  | / |
| Rachide lombare valutazione e trattamento (seconda parte) | Fisiomaster  | Veronica Garcia  | AA 2024  | / |

**Analisi delle necessità formative anno 2024**

Obiettivi del programma formativo anno 2024

|  |
| --- |
| Miglioramento delle competenze tecniche, Corsi su Comunicazione, Rischio clinico, Rispetto PrivacyRispetto normativa sulla sicurezza dlgs 81/2008 (aggiornamento corsi sicurezza sul lavoro e neo assunti) |

## Soddisfazione degli operatori

A dicembre 2023 Fisiopolimedica 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. Si riporta nei grafici il valore medio dei punteggi da 1 a 4 ed i commenti del personale.

Questionario interno segreteria : 7 su 10

Questionario interno fisioterapia : 11 su 16

Tot analizzati questionari: 18

Dai risultati emerge una buona soddisfazione del personale di fisioterapia, con un 20% di risposte ottime. Il personale di segreteria risponde buono al 75% ma non rileva punti di forza particolari. Per i fisioterapisti sono percepiti punto di forza l’atteggiamento del personale nei confronti dei pazienti, la comunicazione con i colleghi ed i responsabili.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| Come giudichi i locali della struttura ? |  |  |  |  |
| Con giudichi l’organizzazione dell’accesso (parcheggi, limiti di accesso etc.)? |  |  |  |  |
| 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? |  |  |  |  |
| Consiglieresti ad altri colleghi di venire a lavorare presso di noi? SI NO |

OPINIONI, CRITICHE E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO AL FINE DI MIGLIORARE IL SERVIZIO E L’ORGANIZZAZIONE:

|  |
| --- |
| Migliorare la pulizia della struttura |
| Migliorare la comunicazione |
| Migliorare la manutenzione |
| Possibilità di lavorare oltre i turni |
| Risolvere il problema del turnover |

OPINIONI, CRITICHE E SPUNTI DI MIGLIORAMENTO AL FINE DI MIGLIORARE IL SERVIZIO E L’ORGANIZZAZIONE:

|  |
| --- |
| Migliorare pulizie  |
| Migliorare comunicazione con i pazienti |
| Migliorare la comunicazione tra colleghi, non ci sono annotazioni ma si evince dai risultati |

## 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, **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** | 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** |

347 questionari

I CLIENTI GRADIREBBERO:

* Rinnovo spogliatoi
* Meno turnover dei terapisti
* 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
* Introduzione del caffè decaffeinato alle macchinette

**3.7.1 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.

## 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;
* 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, climatico;
	+ 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 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:

\*

**Schema gestione flussi informativi gestione rischio /Incidet 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

**Miglioramento continuo:** La corretta gestione degli input provenienti dal flusso informativo favorisce l’organizzazione delle risorse e l’efficacia del risultato.

Il sistema può godere di un effettivo contributo dal basso, ossia vengono intercettati dagli operatori “sul campo” i punti di debolezza del sistema in modo capillare e gestiti in un modo più accentrato possibile al fine che ogni elemento possa contribuire al miglioramento del sistema in modo organico.

La risoluzione delle fattispecie più delicate viene affrontata dai soggetti più competenti le cui decisioni vengono poi messe a sistema a vantaggio di tutta l’organizzazione.a più delicate viene affronatat da chi i elemento possa contribuire al miglioramento del s

**Istanza** – Es. reclami, non conformità, eventi avversi, rapporti di audit (I, II e III parte), incident report, near miss.

Le istanze vengono trasmesse al **Responsabile Gestione Qualità** (RGQ) o all’**Ufficio Qualità** (UQ) in modo che possano venire da questi raccolte a sottoposte ad una prima analisi.

**Prima analisi:** scrematura iniziale delle varie istanze con la risoluzione immediata di quelle che lo consentono e distribuzione alle persone competenti delle restanti istanze**.**

**L’Ufficio Qualità** (UQ)o il **Responsabile Gestione Qualità** (RGQ) provvede alla gestione delle istanze che prevedono una soluzione semplice ed immediata, mentre invia le restanti **al titolare o ai titolari del rischio competenti**. Rientrano in questa fase anche i feedback da fornireal **soggetto promotore** (paziente, operatore, ecc.),ossia un riscontro a seguito dell’istanzapresentata che può consistere nella conferma di presa in carico ed eventuale immediata conclusione.

**Elaborazione:** Pianificazione delle nuove misure per la minimizzazione o l’eliminazione del rischio (azioni correttive).

**Il titolare del rischio**, con l’assistenza di **tecnici specializzati** (responsabile di progetto), individua tutte le misure necessarie a minimizzare il rischio. È necessario il coordinamento dell’**Ufficio Qualità** (UQ) nel caso in cui siano presenti più titolari del rischio.

**Implementazione:** aggiornamento del **Mod. 5.4.1 PGR – FMEA**, adozione delle nuove misure, aggiornamento del piano di miglioramento e adozione, diffusione e distribuzione.

Vengono messe in atto le misure elaborate dal **Titolare del rischio** (TR): i nuovi provvedimenti vengono trasmessi all’**Ufficio Qualità** (UQ) che procede alle implementazioni del caso, a diffondere gli aggiornamenti (compresi i feedback ai soggetti promotori) anche intervenendo nel programma della formazione degli operatori.



**Analisi degli eventi avversi/near miss:**

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.

## Fornitori

**Valutazione dei fornitori**

Dal 01.04.2023 al 29.12.2023 non sono state rilevate particolari problematiche relative ai fornitori. Alcuni fornitori hanno cessato la loro collaborazione solo ed esclusivamente perché legati all’attività precedente (quindi alla vecchia ragione sociale, esempio il CDA di Abano Terme come responsabile Amministrazione, Finanza e Controllo oppure Biemme Paghe di Dolo come Consulenti del Lavoro) inevitabilmente, con l’avvento della nuova compagine, sono stati introdotti i nuovi fornitori (nello specifico Amministrazione Finanza e Controllo la funzione è stata assorbita internamente dai nuovi proprietari dell’azienda, SocioCulturale di Mira, contestualmente è stato introdotto lo Studio Brovazzo di Mestre come nuovo Consulente del Lavoro).

L’elenco fornitori qualificati è stato rielaborato 01.04.2023. Il 28.12.2023 e il 29.12.2023 è stato analizzato, vagliato ed approvato dalla direzione.

## Aggiornamenti in materia di Privacy

ll registro dei trattamenti dei dati è stato verificato e confermato nei trattamenti analizzati anche per l’anno 2023 e 2024 da parte del DPO. Verrà effettuato un corso di aggiornamento a tutto il personale nell’anno 2024.

## Revisione e conferma

1. L’intero sistema Qualità è stato riemesso il 01/03/2023 per la nuova Ragione Sociale, mantenendo invariati processi, procedure e nomine
2. L’elenco leggi è stato aggiornato in data 20/06/2023
3. Le linee guida scientifiche sono state verificate ed approvate da parte del DS e DT durante l’emissione del SQ in data 01/03/2023.
4. Revisione della documentazione finalizzata alla comunicazione con l’utenza: carta dei servizi (anche il sito web): in fase di aggiornamento.

## Discussione dei progetti per il miglioramento

1. **Progetti di miglioramento terminati nel 2023:**
* Cambio Ragione sociale e relativa nuova autorizzazione sanitaria
* Mantenimento della struttura organizzativa
* Continui investimenti in nuove macchine ed attrezzature
* Continui investimenti per il miglioramento della struttura e degli impianti
* Mantenimento certificazione ISO 9001
1. **Progetti di miglioramento non terminati:**
* nessuno
1. **Progetti di miglioramento falliti:**
* nessuno
1. **Analisi struttura, strumenti e tecnologie utilizzate (e analisi obsolescenza attrezzature)**

**Sistema Informatico**

L’Audit al Sistema Informatico viene effettuato da IT contestualmente al REGISTRO DEI CONTROLLI ANNUALI.

Il Test di ripristino dati da Backup di simulazione per garanzia della continuità operative a cura di Ianiri Informatica viene effettuato semestralmente.

Nell’anno 2023 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 2022, nel corso dell’anno 2023 è stata potenziata la reception con una nuova postazione completa. È inoltre proseguita la sostituzione dei pc da Windows 7 a Windows 10: sono stati sostituiti i pc del Reparto F2 e del Reparto B-D.

Per l’anno 2024 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 riprenderà la valutazione per un upgrade della linea telefonica e dell’intero comparto della telefonia e della connessione internet.

**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 2023 Si è continuato ad investire notevolmente negli **interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria** della struttura come riportato nel seguito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LAVORO** | **NOTE** | **ESECUZIONE** |
|
|
|
| RIVERNICIATURA FONDO UTA 2 | AD AGOSTO CON IL FERMO MACCHINA | FATTO |
|
|
|
| NUOVI MANIGLIONI PISCINA | TUTTO IL LATO LUNGO | FATTO |
|
|
|
| NUOVA SALA MACCHINE PISCINE  | DISMISSIONE DI TUTTO IL VECCHIO IMPIANTO (FILTRI TUBAZIONI,POMPE) . RIDISEGNAMENTO NUOVO LAYOUT SALA MACCHINE. INSTALLAZIONE NUOVI FILTRI,POMPE CON L'AGGIUNTA DI DUE POMPE AUSILIARIE, TUBAZIONI NUOVE | FATTO |
| NUOVO IMPIANTO ELETTRICO SALA MACCHINE PISCINA | DISMISSIONE DEI VECCHI QUADRI E INSTALLAZIONE DI UN NUOVO QUADRO CHE CONCENTRERA' TUTTI I VECCHI | FATTO |
|
|
|
| DISMISSIONE ZONA I LOVE MY LIFE | DEMOLIZIONE E RIPRISTINO AREA | IN CORSO |
|
|
|

## Consumi energetici

Grazie al sistema di controllo automatico degli impianti (es controllo parametri vasca riabilitativa, controllo allarmi, controlli energetici) i consumi sono costantemente monitorati dal Responsabile Manutenzioni.

L’obiettivo dei prossimi anni è di effettuare altri interventi anche relativamente modesti, per portare ad un ulteriore risparmio obiettivo utile visto il trend attuale del costo dell'energia.

## Valutazione nuovi progetti e analisi HTA (Health Technology Assessment)

Nel corso del 2023 sono stati approvati i seguenti nuovi progetti gestiti con l’analisi HTA e tutt’ora in fieri:

-APERTURA PUNTO PRELIEVI DI CCC

-PRESIDIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DI SOGGETTI PORTATORI DI DISABILITÀ PSICHICA, FISICA E SENSORIALE CON PRESTAZIONI A CICLO DIURNO (B/C4, EX ART.26, LEGGE 833/78).

**Rischio sicurezza e rischio ambientale**

Nel corso del 2023 non si sono avuti ne infortuni ne malattie professionali. Il 30/11/23 è stata effettuata la riunione periodica sicurezza ed il sopralluogo sicurezza da parte di RSPP.

 Nel DVR (del 01/03/2023) sono stati valutati i rischi ambientali relativamente a:

 -rumore, valutato BASSO

- 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.

In previsione per il 2024 un programma di gestione del rischio ambientale per specificare meglio la gestione degli impatti ambientali e le modalità di controllo.

1. **Progetti /obiettivi annuali (A)/ pluriennali (P)**

**Obiettivi strategici:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 (out come), 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 |

**Obiettivi qualità:**

| **Obiettivo** | **Origine e motivazioni** | **Indicatore** | **Responsabile** | **Risorse/supporto** | **Tempi previsti** | **Valore atteso** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mantenimento certificazione Qualità | Il sistema è un elemento strategico | 2 gg Visita di Rinnovo CSQ | RGQ | Carola Voltini | Maggio 2024 | Superamento della visita di rivalutazione CSQ |
| Miglioramento soddisfazione utenti | La soddisfazione degli utenti è strategica | Questionari | DS, DT | Carola Voltini | Dicembre 2024 | mantenerlo per il prossimo anno almeno al 80/90% |
| Miglioramento Obiettivi terapeutici | Analisi oggettiva dei risultati ottenuti sui pazienti | Raggiungimento obiettivi terapeutici – riduzione dolore VAS | Resp fisioterapisti | Fisioterapisti | Dicembre 2024 | > 50% raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico |
| Implementazione controlli MFR: outcome clinico, audit resp. fisio | Aumentare controllo e qualità del servizio | Esiti valutazioni | Resp Fisioterapia | Fisioterapisti | Dicembre 2024 | Almeno 1audit Resp. aumentare dati outcome anche per il 2024 |
| Potenziamento attività di MFR privata | Aumento n prestazioni | n prestazion | DT, DS | Fisiatri | Dicembre 2024 | + 10% sul 2023 |
| Ampliare le attività  del poliambulatorio introducendo nuove specialità | Aumento n prestazioni | n prestazion | DS, DT, DG | Medici, DG | Dicembre 2024 | + 20% sul 2023 |
| 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 2024 | + 10% sul 2023 |
| 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 2024 | + 20% sul 2023 |
| Potenziamento attività di ortopedia | Ampliamento della gamma di servizi | Numero di visite | DT, DS | Medici | Dicembre 2024 | + 10% sul 2023 |
| Miglioramento comunicazione con utenza | miglioramento sito internet | Come punto precedente | DG | Coordinatrice di struttura, URP | Dicembre2024 | 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 | Dicembre2024 | Miglioramento soddisfazione del personale e dei pazienti |
|  |  |  |  |  |  |  |

# CONCLUSIONI

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.

**RISORSE UMANE**:

Dal punto di vista sanitario vi sono stati diversi avvicendamenti che hanno visto coinvolte l’Area Medica, l’Area Fisioterapica e l’Area Impiegatizia. Relativamente alla prima c’è stato l’inserimento dell’urologia con una risorsa dedicata, l’inserimento di una figura dedicata alla radiodiagnostica, il consolidamento della cardiologia, l’avvicendamento dell’oculistica (i precedenti di cardiologia e di oculistica, entrati in area pubblica, hanno dovuto abbandonare per incompatibilità). Le uscite sono state subito compensate. 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 molti terapisti. Una in particolare si è trasferita in America per motivi familiari, un altro è approdato nella sanità pubblica (quindi incompatibile), alcuni si sono avvicinati al Comune di residenza, altri hanno scelto la libera professione fra cui una storica responsabile di fisioterapia per dichiarati problemi di gestione familiare. Ottima la risposta dell’azienda che ha prontamente sostituito la responsabile e che ha gestito con appropriatezza il delicato passaggio di consegne. Dall’analisi effettuata sul territorio veneto vi sono molte realtà come la nostra, realtà che hanno difficoltà nel reperimento di fisioterapisti. L’azienda si è adoperata subito per sostituire le risorse mancanti. Per quanto concerne l’Area Impiegatizia l’intenzione voleva una integrazione relativa all’area commerciale/marketing da affiancare alla responsabile ma nel 2023 l’obiettivo non è stato raggiunto. Il nuovo CdA ha già dichiarato di voler analizzare tale possibilità. Anche in area impiegatizia vi sono stati degli avvicendamenti. Uno nello specifico per sostituzione di maternità.

**POLIAMBULATORIO:**

Il 2023 ha visto consolidare alcune scelte relative ad alcune esigenze che erano state individuate negli anni precedenti.

Relativamente al 2024 la direzione ha espresso la volontà di continuare ad investire nella ricerca delle risorse umane che andranno ad ampliare e potenziare ulteriormente i servizi di Poliambulatorio. A tal proposito nel 2024 saranno introdotti due professionisti afferenti all’Area Osteopatica per adulti (il primo) e Osteopatica Pediatrica quindi per i bimbi (il secondo). Continuerà la ricerca degli Specialisti in Area Medica.

**FISIOTERAPIA:**

Per tutto il 2023 ma soprattutto dal 01.04.23 sono rimasti attivi tutti i corsi di mantenimento nella piscina grande (divenuta sanitaria il 31.08.2021) e dove c’è stato un incremento dovuto alla sempre maggiore richiesta dei pazienti di poter “mantenere” i benefici ottenuti con le terapie in acqua. Permangono i pazienti storici ma vi sono state alcune new entry. Nella seconda parte dell’anno è stato necessario implementare leggermente l’orario. Nel 2023 vi è stata una richiesta meno crescente dell’attività di mantenimento a secco. Sono state mantenute le posizioni dell’anno precedente con un lieve aumento durante il pomeriggio (i corsi della mattina sono full). La difficoltà maggiore (essendo entrambe attività sanitarie) è stata l’ottimizzazione delle risorse. Da settembre a novembre 2023 sono state presentate parecchie dimissioni legate ai terapisti per motivi logistici e/o motivi familiari. Vi è stato anche un buon incremento relativamente alla richiesta di riabilitazione del Pavimento Pelvico.

**INVESTIMENTI:**

Nel 2023 si è ravvisata la necessità di acquistare e rinnovare alcune importantissime macchine legate al core business dell’azienda. Sono state acquistate macchine di ultima generazione per la riabilitazione (anche del pavimento pelvico) nuovi laser, macchine, in generale, che amplificano i benefici aiutando il consolidamento dei risultati. L’azienda ha ascoltato le richieste specifiche e le esigenze territoriali dell’Utenza, ribadendo ancora una volta  la “centralita’” del Paziente ponendo come obiettivo primario il suo benessere.

Il nuovo Management ha ravvisato la necessità di rinnovare anche molte importanti attrezzature fra cui i lettini riabilitativi, volti (in primis) al comfort dei pazienti e volti (in secondo luogo ma non meno importante) a facilitarne la movimentazione e l’uso da parte dei terapisti.

**FORMAZIONE:**

Sempre attiva e regolare quella obbligatoria. Il 2023 ha visto l’azienda investire consistentemente in formazione relativamente al polo riabilitativo con corsi di importanza strategica per tutto il personale sanitario. Fisioterapisti e Medici.

**MARKETING E COMUNICAZIONE:**

Il 2023 è stato un anno particolare, ha visto le risorse impegnate nel periodo di transito da una ragione sociale all’altra. Situazione gestionale ed operativa che ha avuto come obiettivo un sensibile ribilanciamento. L’inserimento di una risorsa in area (da affiancare alla responsabile) potrebbe costituire un plus per dare un impulso all’operatività.

Nel 2023 non sono stati portati a termine alcuni obiettivi di comunicazione. Sarà compito della direzione inserirli ed incrementarli per il 2024. Il CdA ha espresso la volontà di verificare se vi sono le condizioni per allocare delle risorse in area marketing e comunicazione. A tal proposito la responsabile appronterà un prospetto/piano da proporre al CdA. Piano che possa evidenziare una ottimizzazione laddove vi fosse la possibilità d’investimento.

**CERTIFICAZIONE:**

Il 2024 vedrà impegnata l’azienda nel Rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015

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 2023**
* **Analisi contesto interno/esterno SWOT**
* **Organigramma**

FIRMA DG FIRMA DS FIRMA DT

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA RQ FIRMA COORDINATRICE DI STRUTTURA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 [↑](#footnote-ref-1)
2. Responsabile del gruppo di audit, auditor interno/esterno, esperto tecnico,… [↑](#footnote-ref-2)
3. Manuale, procedure, istruzioni di riferimento, [↑](#footnote-ref-3)