



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS

ANNO 2024

INDICE:

1. INTRODUZIONE
 2. POLITICA DELLA QUALITA'
 3. ORGANIGRAMMA
 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 CUSTOMER 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 2024
 12. PIANO DI MIGLIORAMENTO ANNO 2025
-

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

1. Introduzione

L'anno 2024 è stato un anno ricco di cambiamenti e di implementazione strategica. Grazie alla nuova proprietà sono state approntate le strategie per il 2025 relative alla ristrutturazione complessiva dell'azienda con il rinnovo dei locali, delle attrezzature, con l'incremento di progetti focalizzati al benessere dei pazienti e dei dipendenti.

Processo direzionale

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

2. Politica della qualità anno 2025

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 erogiamo, 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

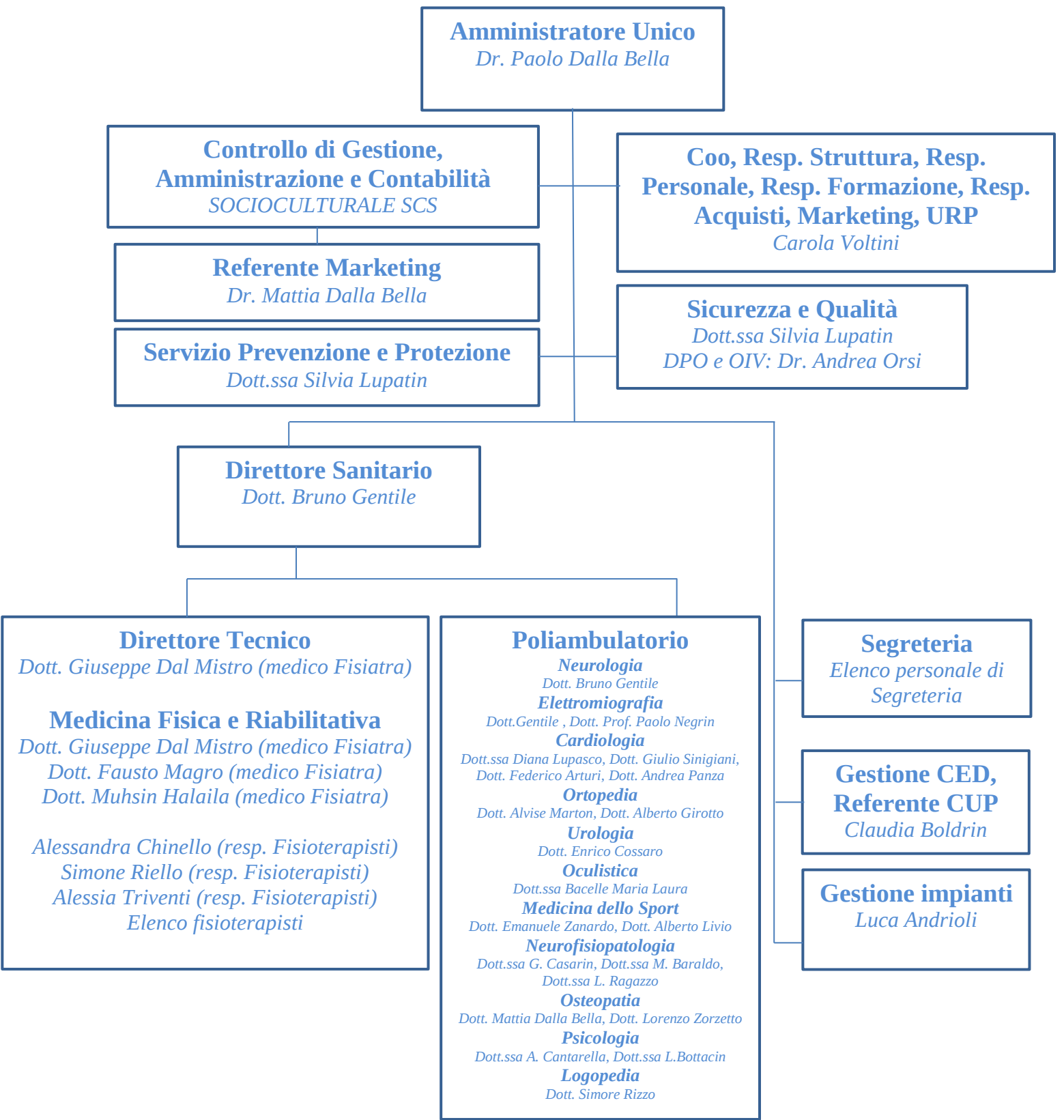
Obiettivo: ottimizzare lo sviluppo delle risorse umane per favorire il cambiamento organizzativo attraverso cui "garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata".

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, 22 aprile 2025

l'Amministratore
Dr. Paolo Dalla Bella

3. Organigramma Rev. del 07/05/2025



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

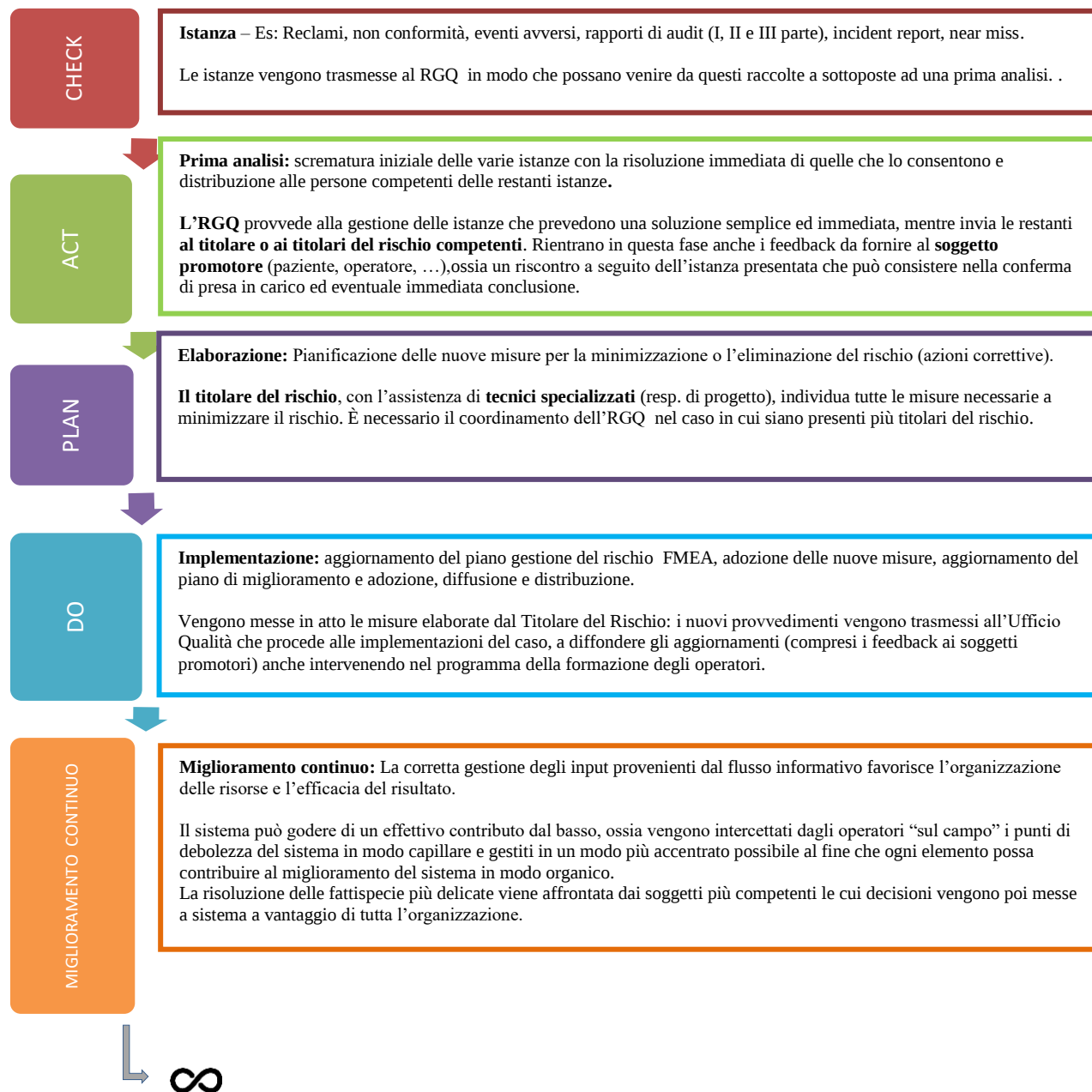
Gestione degli incident report

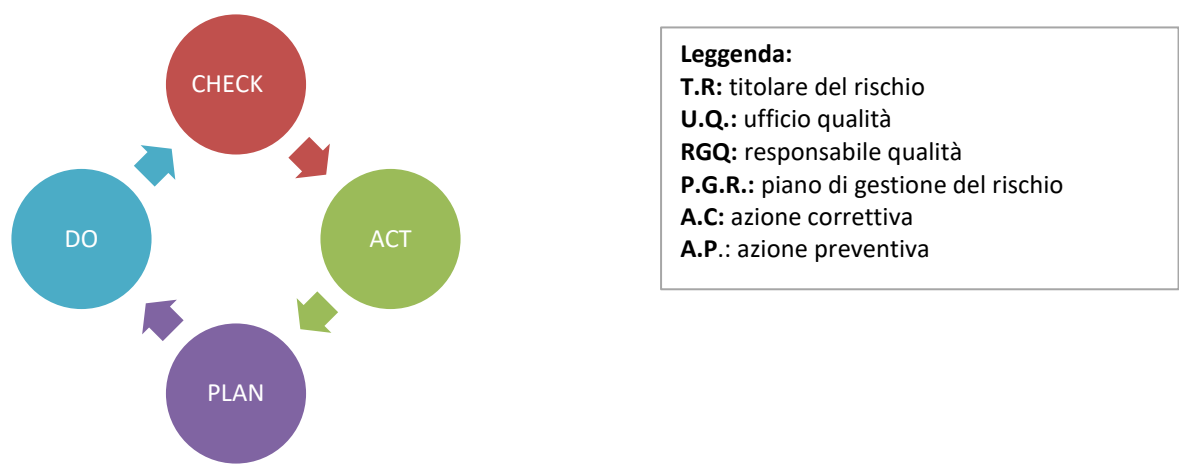
Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi 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 2024 per gli stakeholders

Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento:





5 Analisi eventi avversi anno 2024

Nel periodo in esame si sono verificati 6 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 2024

data	Evento	Reparto	Gestione
04/01/24	Malore da seduto	fisioterapia	Soccorso dalla resp fisioterapia e dal medico, chiamato 118
05/03/24	Caduta dalla panca e colpo al poso	fisioterapia	Visitata dal medico consiglia RX
25/03/24	Scivola e cade a bordo piscina	piscina	Soccorso, applicato ghiaccio, visitata dal medico, chiamato 118
03/04/24	Caduta inciampando su tappeto	piscina	Assistenza, nessun esito
26/07/24	Perdita sangue dal piede in doccia	spogliatoi	Soccorso dalla resp fisioterapia, e dal medico, medicata ferita, chiamato 118
19/11/24	Riferisce dolore in piscina	piscina	Verificate le parti dolenti, nessun esito

- 3 Incident report hanno riguardato caduta del paziente
- 1 Incident report ha riguardato malessere
- 1 Incident report ha riguardato ferita del paziente
- 1 Incident report ha riguardato dolore riferito dal paziente

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 2024 è stato registrato 1 Audit su IR in data 05/03/24.

Analisi delle cause che hanno generato gli eventi avversi, incidenti e near miss: Le cause degli incidenti e malori sono legati alla fragilità del paziente.

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 2024 per gli stakeholders

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 2024 per gli stakeholders

- 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 2024

Nel corso del 2024 sono stati aperti n°5 reclami chiusi positivamente.

- Reclamo del 09/01/2024 chiuso il 23/01/2024 in merito al servizio piscina, turnover del personale
- Reclamo del 14/02/2024 chiuso il 21/02/2024 in merito a uso mascherina
- Reclamo del 16/02/2024 chiuso il 16/02/2024 in merito a pulizie e prenotazione
- Reclamo del 17/10/2024 chiuso il 21/10/24 in merito al servizio pulizie
- Reclamo del 29/10/2024 chiuso il 04/11/24 in merito a servizio prenotazione

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

8 Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2024

- 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	Cortesie 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 ALLEGATO

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	Cortesie del personale
4	Chiarezza e completezza delle informazioni
5	Rispetto della privacy
6	Semplicità della prenotazione
	La visita specialistica
7	Puntualità del medico specialista

Processo direzionale

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

8	Attenzione e cortesia del medico specialista
9	Chiarezza e completezza delle informazioni da parte del medico specialista
VALORE MEDIO TOTALE RIPORTATO IN GRAFICO ALLEGATO	

Analisi risultati

I questionari relativi al 2024 sono in tutto 599, leggermente sotto le previsioni. Relativamente al 2025 sarà necessario incrementare il numero di questi ultimi “provocando” i pazienti a compilare il cartaceo. La difficoltà maggiore risiede nel fatto che l’età media della clientela è alta, i pazienti anziani sono poco propensi a fermarsi per leggere e firmare. Spesso si lascia la copia cartacea da portare a casa con la preghiera di riportarla compilata ma gli esiti fino ad oggi non sono stati soddisfacenti. L’incremento numerico (che sarà un obiettivo per il 2025) può aiutare a migliorare ed è per tal motivo che la garbata insistenza dovrà essere un obbligo.

I risultati positivi sono complessivamente buoni anche se le principali criticità riguardano la struttura datata, soprattutto gli spogliatoi. Il progetto di ristrutturazione generale iniziato a fine 2024 e che si concluderà nel 2025 mira al miglioramento dei servizi e dell’intera struttura.

La dirigenza ha chiesto a tutti un impegno attento e costante per incrementare la soddisfazione generale. L’appello è stato accolto positivamente.

Recensioni Google su sito Fisiopolimedica Riviera dal 01.01.2024 al 31.12.2024

Totale recensioni 22

- Recensioni femminili 9
- Recensioni maschili 12
- Indefinita con le sole iniziali 1

Composte da:

- Cinque persone una stella
- Due persone due stelle
- Una persona quattro stelle
- Quattordici persone cinque stelle

Analisi

L’anno 2024 è stato un anno ricco di avvenimenti. A febbraio c’è stato l’avvicendamento del Legale Rappresentante e ad ottobre la proprietà ha rilevato il 100% delle quote. Sono stati informati gli organi competenti. Sono state delineate le prime strategie per il piano Comunicazione 2025 che ha portato (già nell’autunno 2024) all’inserimento di una risorsa dedicata e sono stati delineati gli investimenti per la scelta di un fornitore dedicato a supporto dell’area. La visione della Direzione (Presidente e Consiglio d’Amministrazione) è portare l’azienda al rinnovo dell’immagine e al conseguente miglioramento della customer satisfaction dell’utenza presidiando i canali online e offline.

Processo direzionale

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

9 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.	29/03/24 05/04/24
Verifica gestione elettromedicali		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	29/03/24 05/04/24
Verifica gestione personale-formazione		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Formazione	29/03/24 05/04/24
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	29/03/24 05/04/24
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		Resp Fisioterapia	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	10/07/24 27/11/24
Gestione sicurezza - Gestione dei rischi, misure di prevenzione e protezione - Formazione del personale in materia sicurezza		RSPP	RSPP/RLS	Verbale di riunione periodica, Audit sicurezza	DL-RSPP	17/12/24
Gestione impianti, struttura e gestione vasche		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Verifica attività vasca riabilitativa		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	29/03/24 05/04/24
Verifica attività direzione sanitaria		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	29/03/24 05/04/24
Verifica conformità attività I LOVE MY LIFE		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Verifica attività direzione generale		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Verifica visita medica		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	29/03/24 05/04/24

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 2024 per gli stakeholders

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			
Sistema Informatico		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Sistema Informatico		Resp. SI	/	Verbale audit interno	DG	13/11/24
Accettazione		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Verifica SGQ		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	29/03/24 05/04/24
Audit privacy		DPO	/	Verbale audit interno	DG	13/03/24
Audit clinico		DS	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot, DS, DT	26/06/24 30/12/24
Audit audit su Incident Report/Near Miss		DS	/	Verbale audit interno su IR	DS, DT, Resp Fisioterapia	05/03/24
Audit esterno		RGQ	Esterno	Verbale IMQ	DG	09/05/24 10/05/24
Audit esterno		Azienda Zero	Esterno	Verbale rinnovo accreditamento	DG	17/12/2024

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 NC in merito alla gestione strumenti chiusa con una azione correttiva. 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 2 audit nei reparti da parte dei Responsabili di Fisioterapia, con esito positivo.

Audit sistema informatico

Effettuato 1 audit annuale dall’Addetto CED il 13/11/2024 con esito positivo.

Audit privacy

Effettuato 1 audit annuale dal DPO IL 13/03/2024 con esito positivo. Emersa 1 Osservazione per il miglioramento. Le osservazioni emerse sono state comunicate al personale e prese in carico dalla Direzione.

Audit sicurezza

L’audit sicurezza è stato effettuato da RSPP il 17/12/2024 con esito positivo. Dall’audit da cui sono emerse 13 osservazioni per il miglioramento e 1 non conformità. Le osservazioni emerse sono state comunicate nella riunione periodica effettuata al termine dell’audit e prese in carico dalla Direzione.

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.

Processo direzionale

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

Accreditamento Istituzionale

L’audit per il rinnovo dell’accreditamento secondo la DGR 2266 / 2016 ALL. C, e la DGR 1732 / 2017 ALL. C per il cambio della compagine societaria è stato effettuato da parte di Azienda Zero il 17/12/24
Il risultato ottenuto è ottimo, anche perché abbiamo migliorato il grado di conformità portandolo al 97.82%, a seguito di una valutazione basata su 114 requisiti.

NAC 2024

Le verifiche NAC del primo semestre 2023 da parte dell’ULSS3 (controlli esterni) ed i controlli NAC interni primo semestre hanno avuto esito positivo.
Controlli NAC esterni I semestre 2024 relativi alla settimana TAPS dal 04/03 al 08/03, concluso con esito positivo.
Controlli NAC esterni II semestre 2024 relativi alla settimana TAPS dal 07/10 al 11/10, in attesa di visita per condivisione esito e verbale.
Controlli NAC Interni I semestre 2024: settimana TAPS dal 08/04 al 12/04, concluso con esito positivo.
Controlli NAC Interni II semestre 2024: settimana TAPS dal 07/10 al 11/10, controllo in fase di esecuzione, scadenza caricamento nel portale aprile 2024.

Certificazione ISO 9001

L’audit esterno CSQ (Ing. Righetto) ISO 9001 2015 del 09 e 10 maggio 2024 ha avuto esito positivo con l’emissione di 2 raccomandazioni di miglioramento riportate di seguito gestite con relative AC chiuse positivamente:

N.	Descrizione
1	Indicare sulla Carta dei Servizi di Fisiopolimedica Riviera, quali prestazioni sanitarie erogate sono convenzionate con il SSN.
2	Descrivere sui documenti del Sistema Qualità, quali sono le attività motorie svolte dai pazienti, che fanno ad es. "Terapia di mantenimento" in piscina grande; oppure "Idrokinesiterapia" in piscina piccola.

Focus su audit clinici:

Continuano gli audit clinici effettuati dalla Direzione Sanitaria e tecnica come indicato nelle procedure del SGQ.
In data 26/06/24 è stato effettuato un Audit con esito positivo e raccomandazioni di miglioramento.
In data 30/12/24 è stato effettuato un secondo Audit con esito positivo e raccomandazioni di miglioramento.

10 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 2024 (periodo 01/01 – 31/12).

Efficacia piani terapeutici - anno 2024

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 2024 è 5743.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l’anno 2024 è di 3385, pari al **58,95% delle visite totali**.
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 2024 è di 3918, pari al **68,22% 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 2024:

Relazione anno 2024 per gli stakeholders

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

- Estensione articularità	buon miglioramento 40%, leggermente migliorato 53,1% non migliorato 6,8%
- Sintomatologia dolorosa	buon miglioramento 36,4%, leggermente migliorato 51,7%, non migliorato 11,8%
- Recupero funzionale	buon miglioramento 41%, leggermente migliorato 51,7%, non migliorato 7,3%

Statistica esito finale miglioramento paziente 01/04/2023 – 31/12/2023:

- Estensione articularità	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).

ANNO 2024: Sono state registrate 3385 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 6 ed una media VAS finale di 4).

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%.

Anno 2024: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 2358 percorsi terapeutici su 5743 visite totali, pari al 41%.

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.

11 Focus nell'anno 2024

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.

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.

12 Piano di miglioramento anno 2025 ed obiettivi strategici (A)/ pluriennali (P)

1	Ristrutturazione del Poliambulatorio	P
2	Nuovo logo aziendale	A
3	Autorizzazione BC4 (grandi disabilità)	P
4	Progetto MDS. Medicina dello Sport. Primo e Secondo livello.	A
5	Completamento passaggio al nuovo sistema operativo GIPO NEXT	A
6	Ricerca medici specialisti e fisioterapisti	A
7	Mantenimento del Sistema di gestione per la qualità ISO 9001:2015	A
8	Miglioramento della soddisfazione degli utenti e rappresentatività dei questionari	A
9	Miglioramento obiettivi terapeutici	A
10	Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico, riabilitazione logopedica e neuropsicologica	A
11	Potenziamento attività di ortopedia	A
12	Miglioramento skill, comunicazione e autonomia personale back office e front office	P
13	Mantenimento del controllo delle attività di MFR: Implementazione analisi efficacia terapie (out come), mantenere audit periodici dei fisioterapisti	P
14	Aumento attività settore privato (non convenzionato). Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	A/P
15	Miglioramento della comunicazione interna, esterna e territoriale: miglioramento sito internet, formazione su marketing e comunicazione	P
16	Attivazione servizio coordinato di psichiatria, psicologia e psicoterapia in regime privato (mini pool)	P
17	Avvio del punto prelievi (in collaborazione con CCC)	A