

RIESAME DELLA DIREZIONE

RIESAME DELLA DIREZIONE

Anno 2025

FISIOPOLIMEDICA RIVIERA S.R.L.

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

-

Mira 07/04/2026

La Direzione
Dr. Paolo Dalla Bella

RIESAME DELLA DIREZIONE

1. INTRODUZIONE

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

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

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 **2026**.

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.

RIESAME DELLA DIREZIONE

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.

1.1 Input ed output per il riesame della direzione

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

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

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

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

RIESAME DELLA DIREZIONE

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.

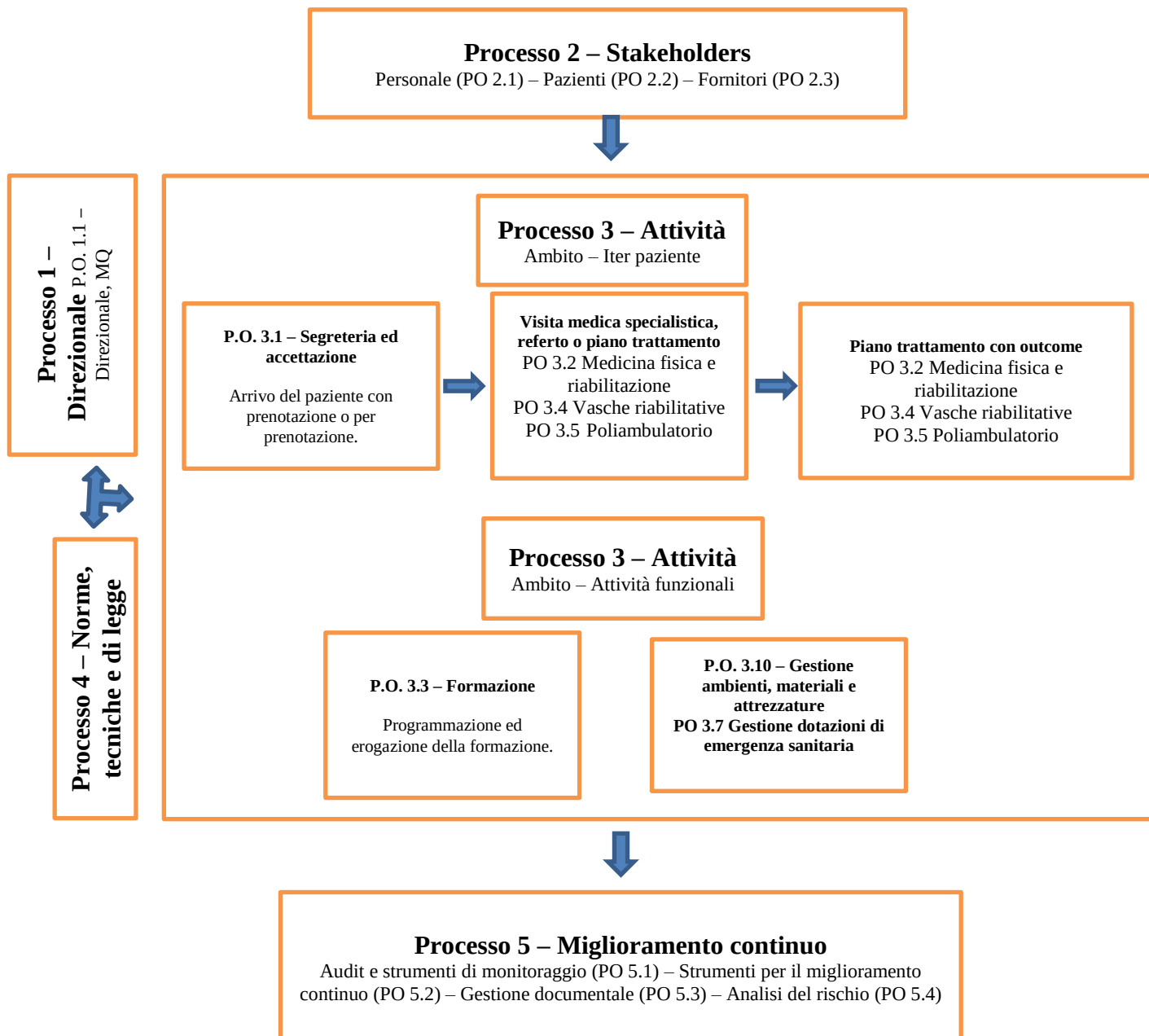
Area della Formazione

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.

RIESAME DELLA DIREZIONE

Interazione tra i processi:



RIESAME DELLA DIREZIONE
2. RIESAME DELLA DIREZIONE - PERIODO DAL 01 GENNAIO AL 31 DICEMBRE – 2025
2.1 Obiettivi annuali e pluri annuali
2.2 Obiettivi per la qualità - Verifica dicembre 2025
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 Silvia	Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il prossimo anno. In fase di autorizzazione ed accreditamento come presidio grandi disabili Ex Legge 26
2	Mantenimento certificazione Qualità	Superamento Visita di sorveglianza CSQ	Lupatin Silvia	Superamento della visita di sorveglianza IMQ Obiettivo 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 questionari Valore atteso al 12/2024 > 90% soddisfazione	DS DIR URP	Obiettivo raggiunto, mantenerlo per il 2025 portandolo almeno al 92%. Aumentare la numerosità dei questionari rientrati (anno 2024: 599)
2	Implementazione strumento statistico informatico per valutazione outcome	Monitoraggio e successivamente aumento dati per valutazione	Claudia Boldrin GIPO Resp fisioterapisti	Obiettivo raggiunto, 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. Anno 2023: 65,35%
3	Miglioramento comunicazione con utenza	Creazione sportello URP sia in presenza che online, miglioramento sito internet	DIR, URP	URP in presenza, Sito internet in lavorazione
4	Miglioramento esito Obiettivi terapeutici	> 50% raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico	DS, DT, Resp fisioterapisti	Anno 2025 raggiungimento degli obiettivi del protocollo

RIESAME DELLA DIREZIONE

				terapeutico è confermato in 20321 percorsi terapeutici su 5535 visite totali, pari al 36%. Anno 2024: 41%
--	--	--	--	--

PROCESSO 3 – ATTIVITÀ
P.O. 3.2 Medicina Fisica e Riabilitazione P.O. 3.4 Vasche riabilitative

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	Buon miglioramento dei 3 parametri VAS maggiore del 43%. Anno 2024: maggiore del 36%. L'obiettivo era 50
2	Potenziamento attività di MFR privata	Monitoraggio e successivamente miglioramento aumento n prestazioni	Fisiatri	Dal 01/01/2024 al 31/12/2024: 44.327 Dal 01/01/2025 al 31/12/2025: 30.543
3	Implementazione controlli MFR audit resp. fisio	Almeno 1 audit Resp. Fisio anno 2024	Responsabili Fisioterapia	Obiettivo raggiunto

P.O. 3.5 Attività del poliambulatorio

N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Metodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Ampliare le attività del poliambulatorio	Monitoraggio e successivamente aumento n prestazioni Domanda agli organi competenti, analisi professionisti	DS, DT, DG	Dal 01/01/2025 al 31/12/2025: 3.107 Dal 01/01/2024 al 31/12/2024: 2.721
2	Ampliare il servizio di poliambulatorio	Individuazione risorse Autorizzate nuove branche	DG	In fieri avvio punto prelievi ed apertura presidio di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità per prestazioni a ciclo diurno

RIESAME DELLA DIREZIONE
P.O. 3.1 segreteria accettazione

N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Metodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Miglioramento skill ed autosufficienza del personale di front office	Effettuazione corsi specifici	Docente esterno	Pianificata la formazione per i primi mesi del 2026

P.O. 3.3 Formazione

N.	Descrizione obiettivo	Indicatore/Metodologia di raggiungimento	Risorse investite	Valutazione ed esito
1	Raggiungimento obiettivi formativi ed ECM	Rispetto piano formativo 2023-2025	Tutti i professionisti	Pianificata la formazione su comunicazione per i primi mesi del 2026

2.3 Prestazioni di processo e conformità di prodotto

- Elenco degli audit (interni ed esterni) e conclusioni

Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Risorse assegnate ²		Riferimento ai documenti ³	Responsabile di processo/area	Data
		Responsabile gruppo	Auditor/ Esperti tecnici			
Verifica procedure amministrazione	Conformità legislativa ed ai requisiti ISO 9001/2015, ed ai requisiti accreditamento ed autorizzazione	RGQ	/	Verbale audit interno	Resp Segr.	20/03/2025
Verifica gestione elettromedicali		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	20/03/2025
Verifica gestione personale-formazione		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Formazione	20/03/2025
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		RGQ	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	20/03/2025
Verifica attività medicina fisica e riabilitazione (reparti)		Resp Fisioterapia	/	Verbale audit interno	Resp. Fisiot.	19/11/2025

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,

RIESAME DELLA DIREZIONE

Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita) ¹	Obiettivo dell'audit	Risorse assegnate ²		Riferimento ai documenti ³	Responsabile di processo/area	Data
		Responsabile gruppo	Auditor/ Esperti tecnici			
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	24/10/25
Gestione impianti, struttura e gestione vasche		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	20/03/2025
Verifica attività vasca riabilitativa		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	20/03/2025
Verifica attività direzione sanitaria		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	20/03/2025
Verifica attività direzione generale		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	20/03/2025
Verifica visita medica		RGQ	/	Verbale audit interno	DS	20/03/2025
Sistema Informatico		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	20/03/2025
Sistema Informatico		Resp. SI	/	Verbale audit interno	DG	19/11/2025
Accettazione		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	20/03/2025
Verifica SGQ		RGQ	/	Verbale audit interno	DG	20/03/2025
Audit privacy		DPO	/	Verbale audit interno	DG	10/10/2025
Audit clinico su Incident Report/Near Miss		DS	RGQ	Verbale audit interno su IR	DS, DT, Resp Fisioterapia	12/02/2025 06/03/2025 10/03/2025 28/05/2025
Audit esterno		RGQ	Esterno	Verbale IMQ	DG	20/05/2025
Audit esterno		Azienda Zero	Esterno	Verbale autorizzazione e accreditamento nuovo presidio ex L26	DG	06/11/2025

RIESAME DELLA DIREZIONE

Esito audit interni ed esterni:

Dall'attività di auditing interno sul Sistema di gestione per la qualità si è rilevata piena conformità allo standard ISO 9001:2015, il rispetto ai Requisiti accreditamento ed autorizzazione ed e alle leggi di riferimento. Le verifiche sono state condotte secondo una logica riconducibile al **Safety & Clinical risk walk-around**, vale a dire una modalità di osservazione diretta nei contesti di lavoro, basata sul confronto con gli operatori, sull'analisi delle prassi effettivamente adottate e sull'individuazione tempestiva di criticità, vulnerabilità e opportunità di miglioramento.

Dalla verifica IMQ del 20/05/25 dell'Ing. Livio Righetto per la certificazione UNI EN ISO 9001 e' emersa una raccomandazione per il miglioramento in merito alla Gestione Rischi: affiancare un "Manutentore" all'attuale Responsabile della "Gestione degli Impianti" della struttura, per mitigare il Rischio di Interruzione delle Fisioterapie, dovuto ad una temporanea assenza del manutentore.

La nota del team di audit: Pregevole risulta essere la decisione della Direzione, di ristrutturare l'edificio nei locali interni, per aumentare il n° degli ambulatori, per ottimizzare gli spazi utilizzati dai Pazienti /Clienti, per migliorare i flussi dei molti utenti afferenti alla Fisiopolimedica Riviera.

Da rilevare il continuo coinvolgimento del personale interno nell'attività di audit interno, attività che portano ad un miglior controllo del sistema: sono stati effettuati n1 audit sul sistema informatico da parte del Responsabile Interno e 1 audit nei reparti da parte dei Responsabili di Fisioterapia, con esito positivo.

Audit sistema informatico

Effettuato 1 audit annuale dall'Addetto CED il 19/11/2025 con esito positivo.

Audit privacy

Effettuato 1 audit annuale dal DPO il 10/10/2025 con esito positivo: "il sistema di gestione dei dati personali risulta pienamente conforme ai requisiti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)". Emerse 5 Osservazioni 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 24/10/2025 con esito positivo. Dall'audit da cui sono emerse 5 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 in data 06/11/2025 per "Autorizzazione all'esercizio del Centro e presidio di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978" con esito positivo con prescrizioni.

Accreditamento Istituzionale

In data 06/11/2025 è stata effettuata la verifica di Accreditamento per il "Centro e presidio di riabilitazione funzionale di disabili psichici, fisici e sensoriali ex art. 26 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978" con esito positivo.

NAC 2025

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: settimana TAPS dal 07/10 al 11/10, concluso con esito positivo.

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, concluso con esito positivo.

Controlli NAC esterni I semestre 2025 relativi alla settimana TAPS dal 24/03 al 28/03, concluso con esito positivo.

Controlli NAC esterni II semestre 2025 relativi alla settimana TAPS dal 01/09 al 05/09, concluso con esito positivo.

Controlli NAC Interni I semestre 2025: settimana TAPS dal 07/04 al 11/04, concluso con esito positivo.

RIESAME DELLA DIREZIONE

Controlli NAC Interni II semestre 2025: settimana TAPS dal 05/10 al 09/10, controllo in fase di esecuzione, scadenza caricamento nel portale aprile 2025.

Certificazione ISO 9001

L'audit esterno IMQ (Ing. Righetto) ISO 9001 2015 del 20 maggio 2025 ha avuto esito positivo con l'emissione di 1 raccomandazione di miglioramento riportata di seguito gestita con relativa AC.

La nota del team di audit: Pregevole risulta essere la decisione della Direzione, di ristrutturare l'edificio nei locali interni, per aumentare il n° degli ambulatori, per ottimizzare gli spazi utilizzati dai Pazienti /Clienti, per migliorare i flussi dei molti utenti afferenti alla Fisiopolimedica Riviera.

N.	Descrizione
1	Gestione Rischi: affiancare un "Manutentore" all'attuale Responsabile della "Gestione degli Impianti" della struttura, per mitigare il Rischio di Interruzione delle Fisioterapie, dovuto ad una temporanea assenza del manutentore.

Scadenza del certificato ISO 9001 ad aprile 2027.

Focus su audit clinici:

La responsabile di Fisioterapia in collaborazione con RQ ed il medico coinvolto nell'evento avverso effettuano un Audit Clinico nei casi da approfondire per verificare appropriatezza e applicazione delle procedure clinico-assistenziali.

In particolare, sono stati effettuati 4 Audit Clinici in data 12/02/2025, 06/03/2025, 10/03/2025, 28/05/2025, ed attivati i seguenti interventi di miglioramento:

- migliorare la comunicazione con il paziente e la sua supervisione
- in caso di pazienti fragili attivare dei protocolli precauzionali personalizzati (es lavorare con il paziente secondo soglia del dolore e cercare di non farlo distendere senza cuscini o con la testa troppo in basso) riportati nella scheda paziente
- comunicare a tutti i fisioterapisti l'importanza di registrare gli eventi avversi nella scheda paziente

Analisi dei reclami formalizzati:

Nel corso del 2025 sono stati aperti n°4 reclami chiusi positivamente.

- Reclamo del 21/01/25 chiuso il 24/01/2025 in merito al servizio prenotazione
- Reclamo del 20/03/2025 chiuso il 25/03/2025 in merito a conduzione visita medica
- Reclamo del 23/04/2025 chiuso il 12/05/2025 in merito malfunzionamento ascensore condominiale
- Reclamo del 29/05/2025 chiuso il 12/06/2025 in merito a ritardo di visita

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 2025 (periodo 01/01 – 31/12).

Efficacia piani terapeutici - anno 2024 e anno 2025

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 2025 è 5535.

Il totale delle valutazioni VAS fatte per l'anno 2025 è di 3440, pari al **62,15% delle visite totali**.

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.

RIESAME DELLA DIREZIONE

Il totale delle valutazioni relative all'esito finale dei trattamenti fatte per l'anno 2025 è di 3526, pari al **63,70% 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 2025:

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

- Estensione articolare buon miglioramento 45,93%, leggermente migliorato 48,28% non migliorato 5,79%
- Sintomatologia dolorosa buon miglioramento 43,22%, leggermente migliorato 46,63%, non migliorato 10,15%
- Recupero funzionale buon miglioramento 47,11%, leggermente migliorato 46,72%, non migliorato 6,18%

Statistica esito finale miglioramento paziente 2024:

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

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

ANNO 2025 Sono state registrate 3440 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).

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 2025: Il raggiungimento degli obiettivi del protocollo terapeutico è confermato in 2031 percorsi terapeutici su 5535 visite totali, pari al 36,7%.

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.

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

Non conformità e Azioni correttive e preventive aperte/chiusure nel 2025

Nel 2025 sono state aperte le seguenti NC interne

- NC n1 del 24/03/2025: NC interna per non funzionamento della piattaforma GIPO

Nel 2025 sono state aperte e chiuse le seguenti AC

- AC n1 del 19/03/2025 emersa a seguito di Incident Report
- AC n2 del 20/03/2025 emersa in sede di Verifica Ispettiva interna
- AC n2 del 20/05/2025 emersa in sede di Verifica Ispettiva IMQ

RIESAME DELLA DIREZIONE
2.5 Analisi degli indici di performance
2.5.1 Valutazione periodica delle attività

Periodo	Numero di prestazioni		
	2023 (01/04 – 31/12)	2024	2025
Attività conv. MFR	29.674	38.439	32.278
Attività conv. MFR manu medica	Visite fisiatriche 4.214 EMG 883	Visite fisiatriche 5.743 EMG 1.894	Visite fisiatriche 5.336 EMG 1.685
Attività privata MFR	36.589	44.327	30.543
Attività conv. neurologia	1.837	2.412	3.356
Attività conv. cardiologia	2.082	2.686	1.902
Attività privato piscina	1.647	2.566	2.969
Poliambulatorio	1.998 (complessivo)	2.721	3.107

2.5.2 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

Media Fisioterapisti 2024: 16 unità

Media Medici Fisiatri 2024: 3 unità

Media Fisioterapisti 2025: 17 unità

Media Medici Fisiatri 2025: 3 unità

Periodo	Numero di prestazioni/media fisioterapisti		
	2023 (01/04 – 31/12)	2024	2025
Attività conv. MFR	2.119,57	2.402	1.898
Attività conv. MFR manu medica	1.404,66	1.914	1.778
Attività privata MFR	2.613,50	2.770	1.796

Indicatore fatturato:

Ripartizione pubblico/privato

RIESAME DELLA DIREZIONE

2023 Ripartizione (calcolata sul fatturato) 56% pubblico/44% privato
 2023 Ripartizione (calcolata sul numero prestazioni) 49% pubblico / 51% privato
 2024 Ripartizione (calcolata sul fatturato) 57,82% pubblico/42,15% privato
 2024 Ripartizione (calcolata sul numero prestazioni) 50,77% pubblico / 49,23% privato
 2025 Ripartizione (calcolata sul fatturato) 57,55% pubblico / 42,45% privato
 2025 Ripartizione (calcolata sul numero prestazioni) 54,88% pubblico / 45,11% privato

Fatturato 2025
 2.604.893,00€
 Fatturato 2024
 2.548.000,00€
 Fatturato 2023 dal 24/03/2023
 1.845.837,00

2.6 Piano di formazione
Corsi effettuati nel 2025

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

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	Esito
Formazione sicurezza lavoratori, preposti, RLS (generale, specifica ed aggiornamento)	Dott.ssa Silvia Lupatin RSPP/RGQ	Secondo scadenze e per neo assunti entro 60 gg dall'assunzione	Anno 2025	Positivo
Aggiornamento corso PES/PAV	Aggiornamento corso PES/PAV	Luca Andrioli	31/08/2025	Positivo

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
Passaggio a Gipo Next	Gipo	Terrin Silvia, Claudia Boldrin, Petra Casarin	Anno 2025	In corso

Corsi interni/esterni ambito clinico

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ESITO
Procedura di infodrenaggio con bendaggio	Lucas Costa	Filc Magdalena	Anno 2025	Positivo
Gestione farmaci e presidi	Dott.ssa Silvia Lupatin RSPP/RGQ	Alessandra Chinello, Veronica Garcia Pascual	24/07/25	In corso

Corsi in programma per il 2026

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

CORSO DI FORMAZIONE	DOCENTE	PARTECIPANTI	DATA DI EROGAZIONE	ESITO
---------------------	---------	--------------	--------------------	-------

RIESAME DELLA DIREZIONE

Formazione sicurezza lavoratori e preposti (generale, specifica ed aggiornamento). Aggiornamento RLS	Dott.ssa Silvia Lupatin RSPP	Secondo scadenze e per neo assunti	Anno 2026	/
Formazione Primo Soccorso	Dott. Niero	Secondo scadenze e per nuovi addetti	5, 9 gennaio 2026	/
Formazione Antincendio livello 2	Da definire	4 addetti segreteria e 4 fisioterapisti	7 gennaio 2026	/
Corso Privacy	Dott. Andrea Orsi DPO	Chen Viviana -fisioterapista Farigliosi Camilla - Fisioterapista Istrate Ancuta Raluca - Fisioterapista Luciani Veronica - Fisioterapista Casarin Petra - Impiegata Corrò Tatiana – Impiegata	12/01/2026, 1.5 ore	/
Salvamento / BLSD	Società Nazionale Salvamento Genova, distaccamento di Rosolina - Rovigo	Fisioterapisti	Da definire	/

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

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ESITO
Passaggio a Gipo Next	Claudia Boldrin	Tutto il personale	Gennaio 2026	/
Nuovo gestionale per ex legge 26	Fornitore	Personale incaricato	Giugno 2026	/
Corso Comunicazione	David Agency: Dott.ssa Manuela Muretta	Tutta l'azienda	13, 24, 31/01/2026	/

Corsi interni/esterni ambito clinico

Corso	Ente formatore, corpo docente	Partecipanti	Data	ESITO
Su eventuali nuovi macchinari Tecar avanzato – nuove tecnologie	Fornitore	Tutto il personale di fisioterapia	Da definire	/
Riabilitazione spalla	Da definire	Da definire	Maggio 2026	/
Corso aggiornamento terapie fisiche	Da definire	Da definire	Secondo semestre 2026	/

Analisi delle necessità formative anno 2025

Dalla distribuzione del questionario interno di soddisfazione emergono le seguenti necessità formative da parte del personale: nessuna richiesta dal personale di Segreteria, 6 fisioterapisti invece chiedono Formazione specifica ed aggiornamento su terapie manuali e fisiche. La direzione tiene conto di tali necessità nella programmazione 2026.

RIESAME DELLA DIREZIONE

Gli obiettivi del programma formativo anno 2026

Corsi su Comunicazione, Privacy, Salvamento

Rispetto normativa sulla sicurezza dlgs 81/2008: corsi antincendio e primo soccorso per nuovo personale incaricato alle emergenze, aggiornamento corsi sicurezza sul lavoro e neo assunti.

Corsi aggiornamento sia su terapie fisiche che manuali

2.7 Soddisfazione degli operatori

A dicembre 2025 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.

Questionario interno segreteria : compilati 5 questionari su 9

Questionario interno fisioterapia : compilati 15 questionari su 19

Tot analizzati questionari: 20

Dai risultati emerge in media una buona soddisfazione del personale sia di fisioterapia che di segreteria. Il personale di segreteria rileva come punto migliorabile soprattutto l'igiene e la pulizia della struttura mentre come punto di forza l'atteggiamento del personale nei confronti dei pazienti. Per i fisioterapisti, in linea con lo scorso anno, sono percepiti punto di forza l'atteggiamento del personale nei confronti dei pazienti, la comunicazione con i colleghi e con i responsabili. Mentre sono mediamente poco soddisfacenti i rapporti di lavoro con i medici specialisti.

Il progetto di ristrutturazione del poliambulatorio mira anche a risolvere alcune criticità annose relative a pulizie, spogliatoi e locali in genere. Il corso di comunicazione previsto per il 2026 avrà anche l'obiettivo di migliorare la comunicazione interna e con i medici specialisti.

Opinioni, critiche e spunti di miglioramento al fine di migliorare il servizio e l'organizzazione:

- 1) Migliorare le terapie fisiche, favorire una migliore rotazione dei reparti, non prescrivere idrokinesio a chi ha forte paura dell'acqua
- 2) Comunicazione più tempestiva di ferie/chiusura struttura, migliorare la qualità soprattutto del servizio privato (es poter scegliere il terapeuta, riduzione della burocrazia es con meno visite)
- 3) Migliorare la gestione del paziente riducendo il n di pazienti per terapeuta
- 4) Diminuire l'uso della carta/digitalizzazione a livello organizzativo. Migliorare la comunicazione per la manutenzione
- 5) Inserire qualche minuto di pausa tra i gruppi della piscina grande per dare la possibilità di un cambio più tranquillo
- 6) Si lavora male con 4 persone contemporaneamente in palestra, non c'è qualità

Indicazioni e suggerimenti necessità formative:

- 1) Spiegazione delle terapie fisiche per evitare di impostare in modo automatico, una gg con i colleghi esperti per apprendere tecniche ed esercizi
- 2) Dare protocolli precisi da seguire dove il fisioterapista non si sente troppo sicuro (es seduta posturale di mantenimento)
- 3) Corsi di aggiornamento Lumix-opaf
- 4) Organizzare corsi di aggiornamento in azienda
- 5) Corso tecar per tutti i terapeuti che non l'hanno mai fatta, corsi di ginnastica posturale, terapeuti impreparati sulla ginnastica di gruppo
- 6) Corsi di aggiornamento da fare in Studio

In merito alle necessità formative emerse la direzione ha pianificato per il 2026 sia corsi di aggiornamento su terapie fisiche, compreso corso Tecar avanzato, che corsi di riabilitazione (es spalla) (rif par. 2.5 del presente riesame).

RIESAME DELLA DIREZIONE

	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?				
Consigliaresti 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				
Indicazioni e suggerimenti necessità formative				

RIESAME DELLA DIREZIONE
2.8 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 I risultati complessivi, comprensivi di grafici, sono allegati al presente riesame.	

RIESAME DELLA DIREZIONE
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 I risultati complessivi, comprensivi di grafici, sono allegati al presente riesame.	

Analisi risultati

I questionari rientrati nel corso del 2025 sono 160. Relativamente al 2026 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 compilare. 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. I risultati positivi sono complessivamente buoni, infatti sommando le valutazioni “molto ed “abbastanza” si supera sempre il 97% di positività. Le principali criticità riguardano la struttura datata, soprattutto gli spogliatoi. In flessione negativa rispetto lo scorso anno i risultati su confort della struttura e pulizia, anche a causa dei lavori di ristrutturazione che hanno inevitabilmente creato disagi.

Il progetto di ristrutturazione generale iniziato a fine 2024 e che si concluderà nei primi mesi del 2026 mira al miglioramento dei servizi e dell’intera struttura.

2.7.1 Recensioni Google su sito Fisiopolimedica Riviera del 2025

Totale recensioni 13

Composte da:

- 2 persone una stella
- 1 persona tre stelle
- 5 persone quattro stelle

RIESAME DELLA DIREZIONE

- 5 persone cinque stelle

Analisi

In linea con gli obiettivi direzionali di portare l'azienda al rinnovo della struttura ed al conseguente miglioramento della customer satisfaction dell'utenza Fisiopolimedica Riviera durante tutto il 2025

2.9 Risk management: analisi degli eventi avversi/near miss:

L'obiettivo di tale analisi è monitorare la sicurezza del paziente, identificare eventuali aree di criticità e definire azioni correttive e preventive per ridurre il rischio clinico.

ANALISI QUANTITATIVA

Nel periodo in esame si sono verificati 14 eventi avversi 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. Non è stato segnalato nessun Near miss.

ANALISI QUALITATIVA (I.R.)

Gli eventi registrati nel 2025 mostrano un pattern ricorrente legato alla natura riabilitativa della struttura

Tipologia Evento	Descrizione Prevalente	Area Coinvolta
Cadute (il 30% degli eventi)	Eventi legati alla fragilità del paziente	Aree comuni, Accesso alle vasche riabilitative, Ambulatori
Eventi Clinici Acuti (il 30% degli eventi)	Cali pressori, malori	Accettazione, Ambulatori, Reparti di Fisioterapia
Reazioni alla Terapia (il 30% degli eventi)	Dolore acuto durante esercizi, malore, infortuni	Reparti di Fisioterapia

Cause principali individuate:

- Condizioni generali precarie/fragilità dei pazienti (causa primaria).
- Risposta fisiologica alla riabilitazione.

La tipologia di paziente trattato rende questi eventi "fisiologici" all'attività della struttura e in numero non significativo rispetto al totale dei trattamenti/visite.

GESTIONE DEGLI EVENTI E ESITI

Dall'analisi delle azioni svolte, emerge un'ottima reattività del personale sanitario:

- **Attivazione Emergenza:** Per gli eventi con "Esito Moderato" ed "Esito tra il Moderato e Significativo", è stata correttamente attivata la procedura di emergenza sanitaria con invio in Pronto Soccorso per accertamenti.
- **Intervento Medico:** In tutti i casi di I.R. il medico presente in sede è intervenuto tempestivamente.

RIESAME DELLA DIREZIONE

- **Audit Clinico:** La responsabile di Fisioterapia in collaborazione con RQ ed il medico coinvolto nell'evento effettuano un Audit Clinico nei casi da approfondire per verificare appropriatezza e applicazione delle procedure clinico-assistenziali. In particolare, sono stati effettuati 4 Audit Clinici ed attivati i seguenti interventi di miglioramento:
 - migliorare la comunicazione con il paziente e la sua supervisione
 - in caso di pazienti fragili attivare dei protocolli precauzionali personalizzati (es lavorare con il paziente secondo soglia del dolore e cercare di non farlo distendere senza cuscini o con la testa troppo in basso) riportati nella scheda paziente
 - comunicare a tutti i fisioterapisti l'importanza di registrare gli eventi avversi nella scheda paziente
- **Monitoraggio:** La maggior parte degli eventi si è conclusa con "Esito Minore" dopo un periodo di osservazione in loco.

AREE DI CRITICITÀ

1. **Aree Riabilitative:** Risultano il setting con il più alto numero di segnalazioni, coerentemente con l'attività svolta; essa richiede particolare attenzione e supporto ai pazienti fragili.
2. **Fase di Accettazione e Visita:** Identificate come momenti delicati per i pazienti che arrivano in condizioni di fragilità anche dopo il viaggio e a causa dello stress della visita.

RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Le Raccomandazioni ministeriali applicabili vengono monitorate sul sito AGENAS e messe a disposizione sul Sistema informatico a tutto il personale

[Fonte: AGENAS, raccomandazioni e relative check list disponibili al link:
https://raccomandazioni.agenas.it/documenti.aspx.](https://raccomandazioni.agenas.it/documenti.aspx)

RACCOMANDAZIONI PER IL 2026 (Piano d'Azione)

- **Potenziamento Near Miss:** Organizzare una breve sessione di formazione per incentivare la segnalazione dei "quasi eventi", fondamentali per prevenire gli incidenti reali.
- **Audit Clinico:** Continuare ad effettuare un audit clinico sui casi che il responsabile di Reparto/DS/RGQ indicano da approfondire
- **Formazione sul Primo Soccorso e La Gestione delle emergenze**
- **Interventi di miglioramento per la sicurezza del paziente nel caso rischio caduta:** Sensibilizzazione i fisioterapisti per aumentare attenzione e vigilanza soprattutto con i pazienti fragili. Ad esempio migliorare la comunicazione con il paziente istruendolo su come segnalare immediatamente dolore o malessere durante la terapia, chiedere ogni volta "come si sente" educa il paziente a non sottovalutare piccoli segnali di malessere
- **Aggiornamento dell'analisi dei rischi (ISO 9001)**
- **Adeguamento alla Legge Gelli Bianco** attraverso la nomina dei 2 comitati CVS e CVR, la verifica copertura assicurativa e la pubblicazione dati in materia di rischio clinico e trasparenza

2.10 Fornitori

Valutazione dei fornitori

RIESAME DELLA DIREZIONE

Dal 01.01.2025 al 31.12.2025 non sono state rilevate particolari problematiche relative ai fornitori. Qualche fornitore ha terminato la collaborazione per cessione ramo d'azienda, i fornitori nuovi sono stati sufficientemente controllati seguendo l'iter di prova e poi di successiva approvazione finale.

L'elenco fornitori qualificati è stato rielaborato nel corso del 2025. A dicembre 2025 è stato analizzato, vagliato ed approvato dalla direzione.

2.11 Aggiornamenti in materia di Privacy

L'Audit Privacy – Conformità al Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) è stato condotto dal DPO il 10 ottobre 2025 con esito positivo. Dall'attività di verifica condotta emerge che il sistema di gestione dei dati personali di Fisiopolimedica Riviera S.r.l. risulta pienamente conforme ai requisiti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e coerente con le procedure e le misure di sicurezza definite dal Titolare del trattamento.

Le evidenze raccolte nel corso dell'audit confermano l'efficacia delle misure tecniche, organizzative e documentali adottate, nonché l'adeguata consapevolezza del personale coinvolto.

Il Corso per Autorizzati al trattamento dei dati nelle strutture sanitarie verrà erogato a gennaio 2026

2.12 Revisione e conferma

1. L'intero sistema Qualità è stato riemesso il 10/04/25 per il cambiamento del logo aziendale
2. Le linee guida scientifiche ed i protocolli sono stati verificati ed approvati da parte del DS e DT durante l'emissione del SQ e in data 15/05/25.
3. Revisione della documentazione finalizzata alla comunicazione con l'utenza: sito web ed aggiornata la carta dei servizi a aprile 2025
4. Condivisione procedure del SQ con verbale di riunione del 15/05/25
5. Aggiornamento di alcune procedure operative per l'autorizzazione e l'accreditamento del presidio ex Legge 26

2.13 Conferma linee guida, protocolli, carta dei servizi, nomine e procedure del sistema qualità'

La Direzione e la Direzione sanitaria hanno verificato ed approvato in data odierna la documentazione del SGQ, la carta dei servizi, le linee guida, i protocolli e le nomine e le deleghe aziendali. La documentazione del SQ è riportata negli appositi elenchi aggiornato da RGQ.

Si confermano le raccomandazioni ministeriali applicabili al Poliambulatorio, riportate al punto 2.8 "Analisi eventi avversi" e messe a disposizione sul sistema informatico a tutto il personale.

La documentazione è a disposizione del personale su supporto informatico, suddivisa per area.

RIESAME DELLA DIREZIONE

2.14 Provvedimenti giudiziari in corso: nessuno

2.15 Discussione dei progetti per il miglioramento

A. Progetti di miglioramento terminati nel 2025:

- La struttura ha superato la verifica di autorizzazione ed accreditamento da parte di Azienda Zero come 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)
- Nuovo logo aziendale
- Progetto MDS. Medicina dello Sport. Primo e Secondo livello
- Completamento passaggio al nuovo sistema operativo GIPO NEXT
- Ricerca medici specialisti e fisioterapisti
- Mantenimento del Sistema di gestione per la qualità ISO 9001:2015
- Miglioramento obiettivi terapeutici
- Mantenimento del controllo delle attività di MFR: Implementazione analisi efficacia terapie (out come), mantenere audit periodici dei fisioterapisti
- Aumento attività settore privato (non convenzionato)
- Attivazione servizio coordinato di psichiatria, psicologia e psicoterapia in regime privato (mini pool)

B. Progetti di miglioramento non terminati ma riproposti:

- In corso Ristrutturazione intero Poliambulatorio
- Miglioramento della comunicazione interna, esterna e territoriale: miglioramento sito internet, formazione su marketing e comunicazione
- Miglioramento skill, comunicazione e autonomia personale back office e front office
- Miglioramento della soddisfazione degli utenti e rappresentatività dei questionari
- Avvio del punto prelievi (in collaborazione con CCC)
- Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico, riabilitazione logopedica e neuropsicologica

C. Progetti di miglioramento falliti:

- nessuno

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

L'Audit del 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.

Nel corso del 2025 è proseguita l'analisi tecnico-funzionale del sistema informatico, con una riorganizzazione, adeguata alle attuali necessità, di hardware e software.

Nel corso dell'anno è continuato il processo di sostituzione dei pc obsoleti: sono stati sostituiti 2 pc di amministrazione e 3 pc di reparto. Sono inoltre state sostituite 2 stampanti: 1 di ambulatorio e di amministrazione.

Per il 2026 si continuerà il processo di innovazione e ampliamento degli strumenti in uso.

Nel 2025 è stata approvata e sottoscritta la nuova connettività aziendale con EOLO (FWA fino a 100 Mbps), in sostituzione della linea TIM da 30 Mbps, che porterà ad un miglioramento significativo della capacità di banda e delle prestazioni complessive della rete (installazione e configurazione completati a inizio 2026).

È stata comunque mantenuta la precedente linea TIM come linea di backup, al fine di garantire continuità operativa in caso di disservizi sulla linea principale.

Nel 2025 è stata implementata una rete **Wi-Fi guest** dedicata, separata dalla rete aziendale, garantendo accesso controllato a Internet per utenti esterni e migliorando la sicurezza dell'infrastruttura.

Sono stati predisposti 2 nuovi cellulari aziendali configurati e dedicati ai reparti di Fisioterapia.

È stata completata la formazione per la migrazione alla nuova versione del Gestionale GIPONext.

Come attività preliminare alla migrazione GIPONEXT, è stato predisposto e configurato un server dedicato per l'installazione in locale di GIPO8, finalizzato alla conservazione dello storico e alla consultazione dei dati pregressi.

La valutazione dell'intero comparto della telefonia viene programmata per il 2026.

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 corso del 2025 è continuata la ristrutturazione dell'interno Poliambulatorio con miglioramento previsto per dei flussi dei pazienti, dei servizi e di tutta la struttura.

Consumi energetici

Ecco i dati relativi ai consumi (fornitore Energon):

ANNO 2023 Da aprile a dicembre	104.62Kw
ANNO 2023	175,36Kw

RIESAME DELLA DIREZIONE

ANNO 2024	166,24Kw
ANNO 2025	In fase di raccolta

Analisi risultati:

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. Essi rimangono sostanzialmente costanti valutando la media degli ultimi anni. E' auspicabile che il completamento della ristrutturazione porterà anche ad un miglioramento in termini di consumi energetici.

Valutazione nuovi progetti e analisi HTA (Health Technology Assessment)

Nel corso del 2025 è stato portato avanti il progetto, già aperto nel 2023, gestito con l'analisi HTA:

-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)/RISTRUTTURAZIONE INTERO POLIAMBULATORIO tutt'ora aperto

Rischio sicurezza e rischio ambientale

Sicurezza

Nel corso del 2025 non si sono avuti né infortuni né malattie professionali. Il 24/10/25 è stata effettuata la riunione periodica sicurezza ed il sopralluogo sicurezza da parte di RSPP. Tutti i lavoratori visitati nel 2025 sono risultati idonei come emerge dalla relazione sanitaria del Medico Competente anno 2025.

Nel corso del 2025 è stato aggiornato:

- il DVR in data 01/09/2025
- il piano emergenza in data 22/04/2025
- l'organigramma sicurezza in data 01/09/2025
- il Manuale HACCP per le vasche Idrokinesi il 01/04/2025

Effettuata la prova evacuazione antincendio il 03/12/2025 sia dello Studio che del Condominio Centro con esito positivo.

Ambiente

In merito al rischio ambientale nel DVR è presente il paragrafo "Inquinamento acustico e altri aspetti ambientali" ed inserito l'allegato "Programma di gestione ambientale" per specificare meglio la gestione degli impatti ambientali e le modalità di controllo.

La valutazione del rischio ambientale è riportata anche nella FMEA, tale rischio è valutato non critico, basso. Il manutentore ha sotto controllo gli aspetti manutentivi ed ambientali attraverso adeguati i piani di manutenzione impianti e di controllo dei consumi.

Continua la collaborazione con l'impresa di trasporto/smaltimento rifiuti speciali, avvenuto l'adeguamento al RENTRI.

RIESAME DELLA DIREZIONE

Adeguate le polizze assicurative contro gli eventi calamitosi e catastrofici (cosiddette polizze CatNat) previste dalla Legge 30 dicembre 2023, n. 213.

Interventi di miglioramento attivati per l'ambiente

In merito agli aspetti ambientali lo Studio:

-acquistata Carta A4 esclusivamente FSC Ecolabel

-acquistata carta igienica e carta mani esclusivamente Ecolabel.

In previsione per il 2026 l'acquisto di un armadio specifico per i prodotti chimici delle piscine provvisto di vasche contenimento, allarme e sistema di areazione collegato all'esterno.

Attenzione ai consumi energetici nel progetto di ristrutturazione del Poliambulatorio.

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

Obiettivi strategici:

1	Completare ristrutturazione del Poliambulatorio	A
2	Miglioramento della comunicazione interna, esterna e territoriale: miglioramento sito internet, formazione su marketing e comunicazione.	P
3	Avviare presidio Ex Legge 26 (grandi disabilità)	A
4	Ricerca medici specialisti e fisioterapisti	A
5	Mantenimento del Sistema di gestione per la qualità ISO 9001:2015	A
6	Miglioramento della soddisfazione degli utenti e rappresentatività dei questionari	A
7	Miglioramento obiettivi terapeutici	A
8	Potenziamento attività di riabilitazione - riabilitazione del pavimento pelvico, riabilitazione logopedica e neuropsicologica	A
9	Miglioramento skill, comunicazione e autonomia personale back office e front office	P
10	Mantenimento del controllo delle attività di MFR: Implementazione analisi efficacia terapie (out come), mantenere audit periodici dei fisioterapisti	P
11	Aumento attività settore privato	A/P
13	Avvio del punto prelievi (in collaborazione con CCC)	A
14	Adeguamento alla normativa Gelli Bianco su rischio clinico, assicurativo e trasparenza	A
15	Integrazione al Fascicolo sanitario elettronico	P

Obiettivi qualità:

Obiettivo	Origine e motivazioni	Indicatore	Responsabile	Risorse/supporto	Tempi previsti	Valore atteso
Mantenimento certificazione Qualità	Il sistema è un elemento strategico	Visita di Rinnovo CSQ	RGQ	Direzione	Maggio 2026	Superamento della visita di rivalutazione CSQ
Miglioramento soddisfazione +- utenti	La soddisfazione degli utenti è strategica	Questionari	DS, DT	Direzione	Dicembre 2026	mantenerlo per il prossimo anno almeno al 95%

RIESAME DELLA DIREZIONE

Obiettivo	Origine e motivazioni	Indicatore	Responsabile	Risorse/supporto	Tempi previsti	Valore atteso
Miglioramento Obiettivi terapeutici	Analisi oggettiva dei risultati ottenuti sui pazienti	Raggiungimento obiettivi terapeutici – riduzione dolore VAS	Resp fisioterapisti	Fisioterapisti	Dicembre 2026	> 35% 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 2026	Almeno 1audit Resp. aumentare dati outcome anche per il 2026
Potenziamento attività di MFR privata	Aumento n prestazioni	n prestazioni	DT, DS	Fisiatri	Dicembre 2026	+ 10% sul 2025
Ampliare le attività del poliambulatorio introducendo nuove specialità	Aumento n prestazioni	n prestazioni	DS, DT, DG	Medici, DG	Dicembre 2026	+ 20% sul 2025
Miglioramento comunicazione con utenza	miglioramento sito internet e comunicazione con utenza	Come punto precedente	DG	DG, Referente Mktg, URP	Dicembre 2026	Miglioramento sito internet e comunicazione con utenza
Miglioramento skill ed autosufficienza del personale di front office	Necessità efficace comunicazione	Soddisfazione del personale e dei pazienti	Resp Formazione	Personale di segreteria	Dicembre 2026	Miglioramento soddisfazione del personale e dei pazienti

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 2025**
- **Analisi contesto interno/esterno SWOT**
- **Organigramma**
- **Risultati questionari gradimento pazienti 2025**

FIRMA PRESIDENTE

FIRMA DS

FIRMA DT

FIRMA RQ

FIRMA CONSIGLIERE DELEGATE