

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER



FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE SRL

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

LA DIREZIONE, luglio 2023

DOCUMENTO ESPOSTO PRESSO LA SEDE IN ACCETTAZIONE E NEL SITO INTERNET

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## Sommario

1	LETTERA DELLA DIREZIONE .....	3
2	POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2023.....	5
	VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA .....	5
3	ORGANIGRAMMA .....	7
4	GESTIONE DEL RISCHIO ED INCIDENT REPORT .....	8
5	INCIDENT REPORT ANNO 2022.....	10
6	MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO .....	11
7	GESTIONE RECLAMI E NON CONFORMITA' ANNO 2022 .....	11
8	RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2022.....	13
9	RISULTATI RILEVAZIONE SODDISFAZIONE DEL PERSONALE ANNO 2022.....	16
10	RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2022 .....	16
	ATTIVITA' ODV.....	<b>Errore. Il segnalibro non è definito.</b>
11	AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2022 .....	18
12	AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2023 – si veda punto 1.....	18

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 1 LETTERA DELLA DIREZIONE

Anche nell'anno 2022 il Sistema di gestione qualità è lo strumento per gestire in modo efficace ed efficiente i modelli organizzativi aziendali sviluppati per la conformità a:

- Standard ISO 9001
- L.R. 22/02 Autorizzazione all'esercizio e accreditamento
- Legge sul Trattamento dei dati
- D.lgs. 231/01 Responsabilità amministrativa degli enti
- D.Lgs 81/2008 e sistema di gestione per la sicurezza.

In particolare, nel corso del 2022 è stato dato notevole impulso ai seguenti aspetti:

-superamento della verifica di accreditamento da parte di Azienda Zero. Successivamente è stato coinvolto il personale in merito agli spunti di miglioramento forniti, attraverso le riunioni generali e mensili con il personale (es audit clinici su Incident report)

-coinvolgimento dei responsabili tecnici in merito all'applicazione e verifica dei requisiti organizzativi adottati; inseriti audit interni periodici da parte dei responsabili della fisioterapia

-nuove collaborazioni con medici specialisti

-acquisto nuove attrezzature elettromedicali

-formazione in merito ad attrezzature, comunicazione e rischio clinico

A settembre 2022 è stata superata la visita dell'ente di certificazione CSQ con esito positivo.

## RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

Si riportano di seguito gli obiettivi aziendali annuali e pluriannuali:

<i>N°</i>	<i>Descrizione obiettivo</i>	<i>Metodologia di raggiungimento</i>	<i>Responsabile e Risorse investite</i>	<i>Tempistiche</i>
1	Continuare ad analizzare i bisogni del bacino di utenza e fornire maggiori servizi sviluppando il mercato privato	Investimenti in pubblicità: implementazione e miglioramento del web-marketing; presenza nei social network; pianificazione inserimento mensile di case study nel sito e nei social; pubblicazione news e visite del Poliambulatorio on line	DIR, nuova collaborazione	2023-2024
2	Comunicare e valorizzare l'analisi del monitoraggio outcome clinico	Valutare modalità di comunicazione dei risultati terapeutici Analisi monitoraggio Progetto riabilitativo e valutazione oggettiva (es post operati ginocchio, intervento crociato, menisco, protesi...) : collegato al punto 1	DG,DT DS	2023-2024
3	Mantenere la conformità ai requisiti autorizzativi, di accreditamento istituzionale, ISO 9001	Continuare con il miglioramento del SGQ (semplificazione, aggiornamento, verifica raggiungimento obiettivi)	DIR, RGQ, Consulente esterno	2023
4	Continuare con il miglioramento della struttura e delle attrezzature	Verifica stato avanzamento lavori	DIR, RGQ	2023-2024
5	Continuare ad investire nella formazione, sensibilizzazione e coinvolgimento di tutti i collaboratori	Riunioni, incontri, coinvolgimento dei responsabili, formazione interna in materia di rischio clinico	DIR, RGQ, DT	2023
6	Effettuazione di Audit clinici come input al miglioramento	Effettuazione di Audit clinici per IR/Near miss significativi durante le riunioni tra responsabili/DS	DS, DT	2023

### Piano di miglioramento della gestione del rischio dicembre 2022 (PGR 2022)

Il piano gestione del rischio per la qualità e per il rischio clinico è stato aggiornato a dicembre 2022 (Mod. 21.01– PGR–FMEA)  
**Sono stati definiti 9 obiettivi di miglioramento e le relative pianificazioni degli interventi.**

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 2 POLITICA DELLA QUALITA' ANNO 2023

### VISION, MISSION E POLITICA PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA

#### La Vision

La FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE s.r.l. pone al centro dei suoi servizi la persona ed il suo stato di salute, instaurando un rapporto umano di piena fiducia con il paziente e garantendo elevata professionalità.

#### La Mission

Per mantenere un livello costantemente elevato di qualità e garantire la soddisfazione del cliente il Centro segue alcuni principi fondamentali:

UGUAGLIANZA: l'impegno ad erogare a tutti i cittadini uguali servizi, a prescindere da età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche psichiche ed economiche.

IMPARZIALITA' E RISPETTO: assicurare un comportamento obiettivo ed equanime da parte del personale verso tutti gli utenti della struttura, nel pieno rispetto della persona valorizzando il rapporto umano e garantendo elevata professionalità.

CONTINUITA': garantire la continuità qualitativa e la regolarità dei servizi.

DIRITTO DI SCELTA: permettere ad ogni cittadino di scegliere liberamente ed usufruire delle prestazioni rivolgendosi direttamente alla struttura accreditata prescelta.

PARTECIPAZIONE: riconoscere il diritto di collaborazione da parte dei cittadini attraverso osservazioni e suggerimenti sulla corretta erogazione delle prestazioni e sul miglioramento dei servizi

#### Obiettivi per la qualità

-Mantenere attivo ed efficace il Sistema di Gestione per la Qualità finalizzato ad un elevato livello qualitativo dei servizi erogati ed al miglioramento continuo, nel rispetto della normativa applicabile

Attraverso:

-Mantenimento di accreditamento ed autorizzazione sanitaria, Sistema di Gestione per la Qualità ISO 9001, Modello 231 e Sistema di Gestione per la Sicurezza

-Continuità qualitativa e regolarità dei servizi

-Promozione di una pratica medica basata sui criteri di efficacia, dimostrata da evidenze scientifiche, e di appropriatezza.

-Implementare un efficace sistema di comunicazione con le parti interessate interne ed esterne

Attraverso:

-Facilitare l'accesso ai servizi e garantire la possibilità di scelta da parte del cittadino facendo conoscere le prestazioni erogate, le modalità, i tempi ed i costi.

-Garantire la tutela dei diritti e la partecipazione degli utenti attraverso l'adeguamento alle esigenze ed alle richieste dei cittadini.

-Miglioramento della comunicazione interna e coinvolgimento del personale per la realizzazione degli obiettivi

-Promuovere un rapporto trasparente e collaborativo con i soggetti pubblici e le realtà economico produttive del territorio

-Ottimizzare l'uso delle risorse organizzative, tecniche e finanziarie

Attraverso:

-Sviluppo del mercato

-Sviluppo delle risorse umane per garantire efficacia, sicurezza ed efficienza dei servizi

-Attenzione alle attrezzature ed agli ambienti, compresa l'igiene

-Integrazione e coordinamento dei requisiti, dei processi e dei fornitori

#### Obiettivi per la sicurezza

FISIOTERAPIA MEDICA STUDI E RICERCHE S.r.l., nello svolgimento delle proprie attività, considera la salute umana, la protezione dell'ambiente e la sicurezza sul lavoro un dovere irrinunciabile, un impegno continuo e una componente costante della propria missione.

Il Datore di lavoro, attraverso questo documento, intende definire e comunicare a tutto il personale gli obiettivi da perseguire nel campo della prevenzione e protezione nei posti di lavoro secondo il D.Lgs. 81/08 e s.m.i., per la salvaguardia dei lavoratori, della popolazione e dell'ambiente. In tale ottica ha perciò emesso la Politica della sicurezza, mettendo in atto un Sistema di gestione della Sicurezza, conformemente a quanto indicato dalle linee guida UNI INAIL, per ribadire l'impegno proprio e di tutta l'organizzazione a:

- ↳ **rispettare**, nei contenuti e nei principi, le norme di legge in materia di sicurezza e igiene nei luoghi di lavoro applicabili alle attività, ai prodotti e ai servizi; ove possibile, applicare volontariamente ulteriori provvedimenti ritenuti necessari anche in assenza di obblighi legislativi;
- ↳ **promuovere** ogni iniziativa per prevenire, in ogni attività, l'accadimento di incidenti, che possano compromettere la sicurezza dei collaboratori, clienti e dei dipendenti;

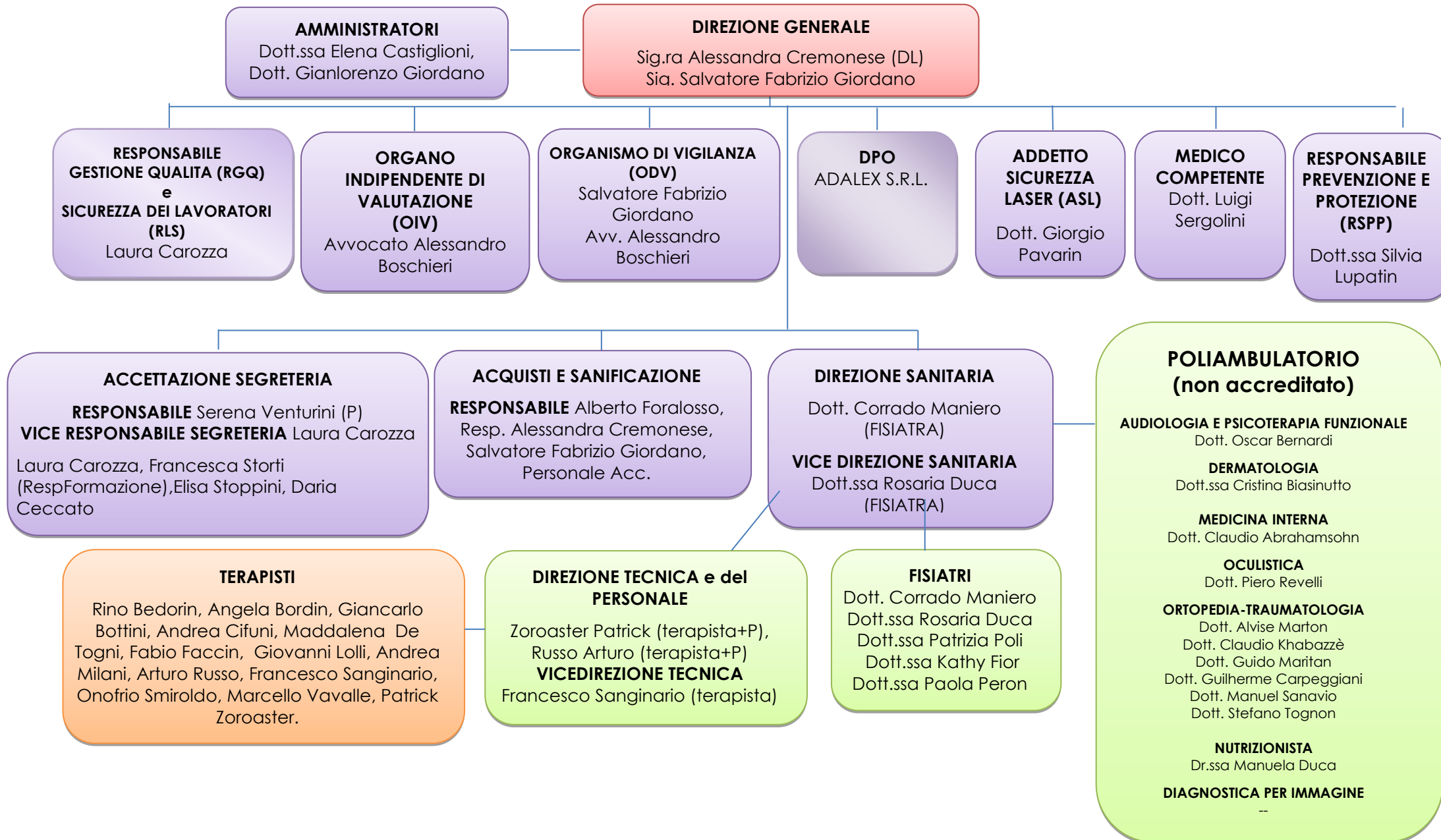
# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

- ↪ **fornire** le risorse, compatibilmente con i budget disponibili, necessari a garantire un SGS adeguato alla realtà aziendale;
- ↪ **sensibilizzare** ed informare tutti i dipendenti ed i collaboratori di imprese esterne sulla necessità di rispettare le norme di sicurezza e di igiene applicabili alle attività aziendali; addestrare i dipendenti ad intervenire in condizioni anomale e di emergenza così da minimizzare le eventuali conseguenze;
- ↪ **perseguire** un continuo miglioramento della gestione della sicurezza aziendale, anche attraverso l'individuazione dei rischi associati alle attività svolte e la definizione di obiettivi per la loro riduzione, in accordo con i piani di sviluppo e con il budget disponibile;
- ↪ **gestire** prodotti e utilizzare procedure che garantiscono la sicurezza dei lavoratori che operano in azienda;
- ↪ **informare** fornitori in merito alle procedure e ai principi del Sistema di Gestione della Sicurezza, coinvolgendoli, ove applicabile, nella sua attuazione;
- ↪ **Promuovere** un rapporto trasparente e collaborativo con i soggetti pubblici, privati.

Tali principi sono presenti anche nella **Carta dei Servizi** della struttura.

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 3 ORGANIGRAMMA



# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 4 GESTIONE DEL RISCHIO ED 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 **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**.

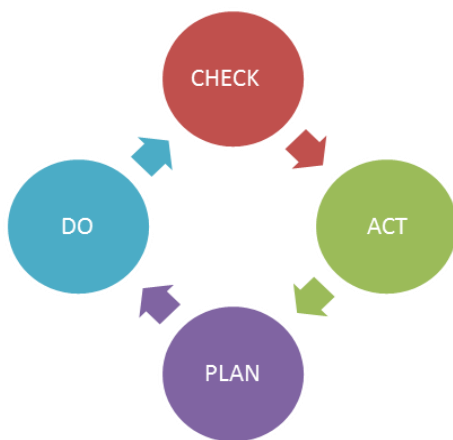
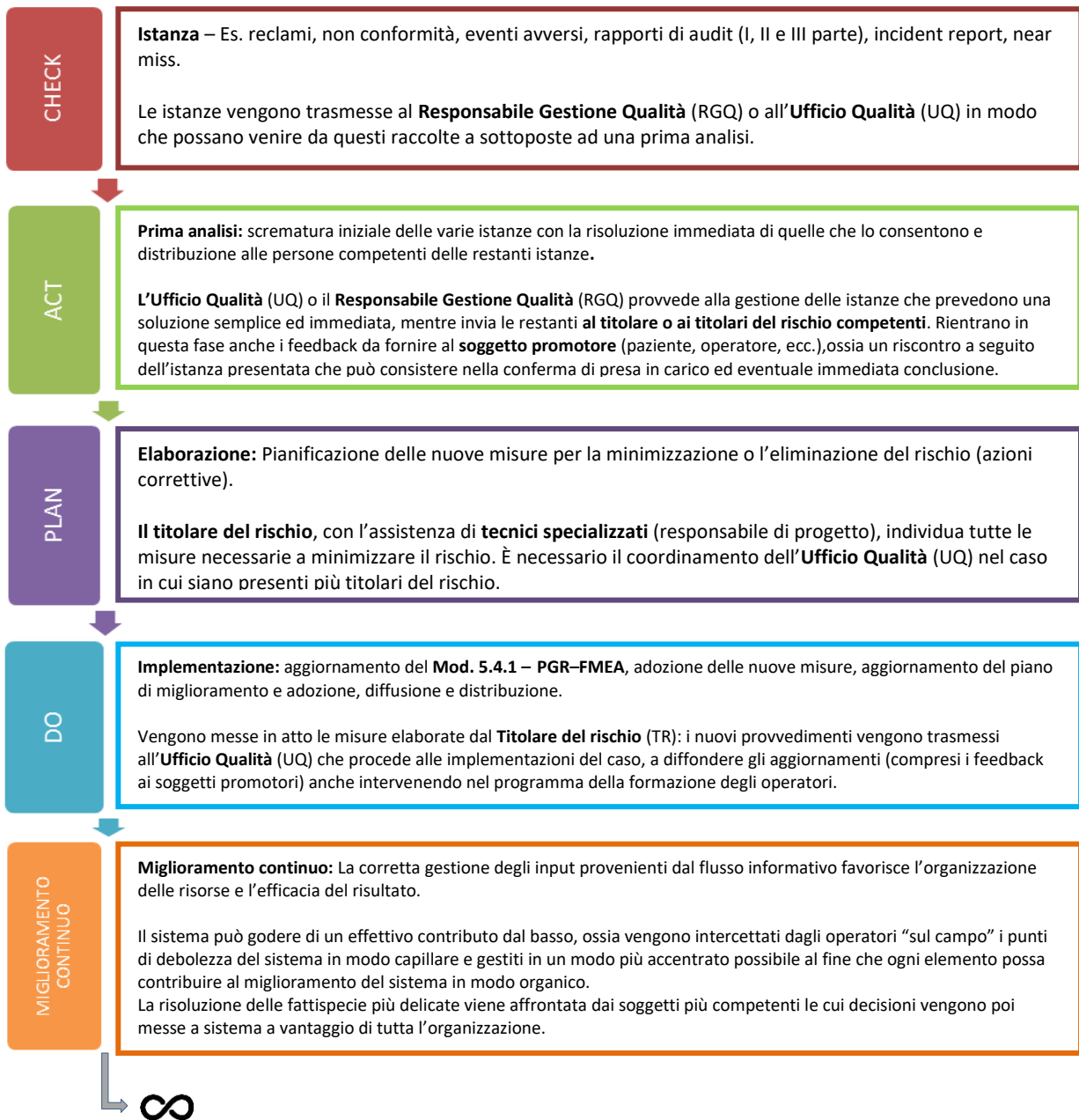
Seguendo la definizione di rischio dello **Standard ISO 31000** (effetto di incertezza sugli obiettivi), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia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

**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 prodotti 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 dell'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.



# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER



## 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

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 5 INCIDENT REPORT ANNO 2022

### - INCIDENT REPORT (IR)/NEAR MISS(NM)/SEGNALAZIONI (S)

N°	DATA	LUOGO EVENTO	DESCRIZIONE DELLE EVENTO	N. AC
1 IR	28/04/2022	Reparto Blu	Lieve scottatura durante trattamento di tecarterapia	-
2 IR	26/05/2022	Palestra Primo piano	Lipotimia in sala attesa- Paziente fragile	-
3 NM	30/05/2022	Piscina	Refertazione piu chiara ed esaustiva	-
4 IR	16/06/2022	Reparto Verde	Arrossamento a seguito trattamento di tecarterapia	-
5 NM	06/06/2022	Segreteria	Errata procedura Identificazione paziente	-
6 IR	05/09/2022	Reparto Blu	Non rispetto della procedura da parte del terapeuta: necessario recupero erogazione terapie	SI
7 IR	13/09/2022	Poliambulatorio	Crisi asmatica durante ozonoterapia	-
8 IR	23/09/2022	Reparto Blu	Irritazione a seguito uso occhiali laser	SI
9 IR	09/11/2022	Palestra Primo piano	Non rispetto della procedura da parte del terapeuta: necessario recupero erogazione terapie	SI
10 IR	11/11/2022	Reparto Blu	Edema a seguito paraffinoterapia	-
11 IR	14/11/2022	Reparto Blu	Errata programmazione	-
12 IR	06/12/2022	Reparto Rosso	Lipotimia-Paziente fragile	-

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 6 MODALITA' DI GESTIONE DEL RECLAMO

Sono a disposizione del cliente delle Schede Reclamo e Suggerimenti , dove il cliente può segnalare il disservizio di cui è stato partecipe.

La Direzione o il RGQ verificherà la fondatezza del reclamo e prenderà la relativa decisione che verrà formalizzata sulla scheda Non Conformità. La Direzione, se il paziente autorizza la richiesta di essere informato sul trattamento del reclamo, ha anche la responsabilità di rispondere al cliente che ha reclamato e di valutare l'apertura di un'azione correttiva.

Per quanto riguarda il reclamo verbale, è responsabilità del personale che lo riceve annotare il reclamo sempre sulla "scheda reclamo e Suggerimenti" specificando che il reclamo è verbale, mentre la Direzione valuterà l'eventualità di un'azione correttiva.

## 7 GESTIONE RECLAMI E NON CONFORMITA' ANNO 2022

Nel **2022** sono state riscontrate le seguenti non conformità e reclami :

N.	DATA APERTURA	ORIGINE	DATA PREVISTA ATTUAZIONE	DATA VERIFICA	ESITO VERIFICA EFFICACIA	AC
1.	29.06.2022	Fattori legati al sistema (segreteria) (GIPO-SGP)	Immediata	08.07.2022	P	NO
2.	05.07.2022	Scheda reclamo (recensione Google)	09.09.2022	09.09.2022	P	SI
3.	05.09.2022	Incident Report-Fattori legati al personale	12.2022	/	/	/
4.	06.09.2022	Fattore legato al personale (istruzioni non eseguite correttamente)	16.09.2022	18.09.2022	P	NO
5.	05.10.2022	Scheda reclamo (cartello spogliatorio)	subito	/	P	NO
6.	09.11.2022	Incident Report-Fattori legati al personale	12.2022	/	/	/
7.	11.11.2022	Fattore legato al personale	14.11.2022	21.11.2022	P	NO

## RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

		(difficolta nel seguire procedure/istruzioni)				
8.	23.11.2022	Scheda reclamo (freddo per finestre aperte zona corridoio piano terra)	30.11.2022	05.12.2022	P	NO
9.	16.12.2022	Fattore legato al personale (istruzioni non eseguite correttamente)	1.2023	20.01.2023	P	NO

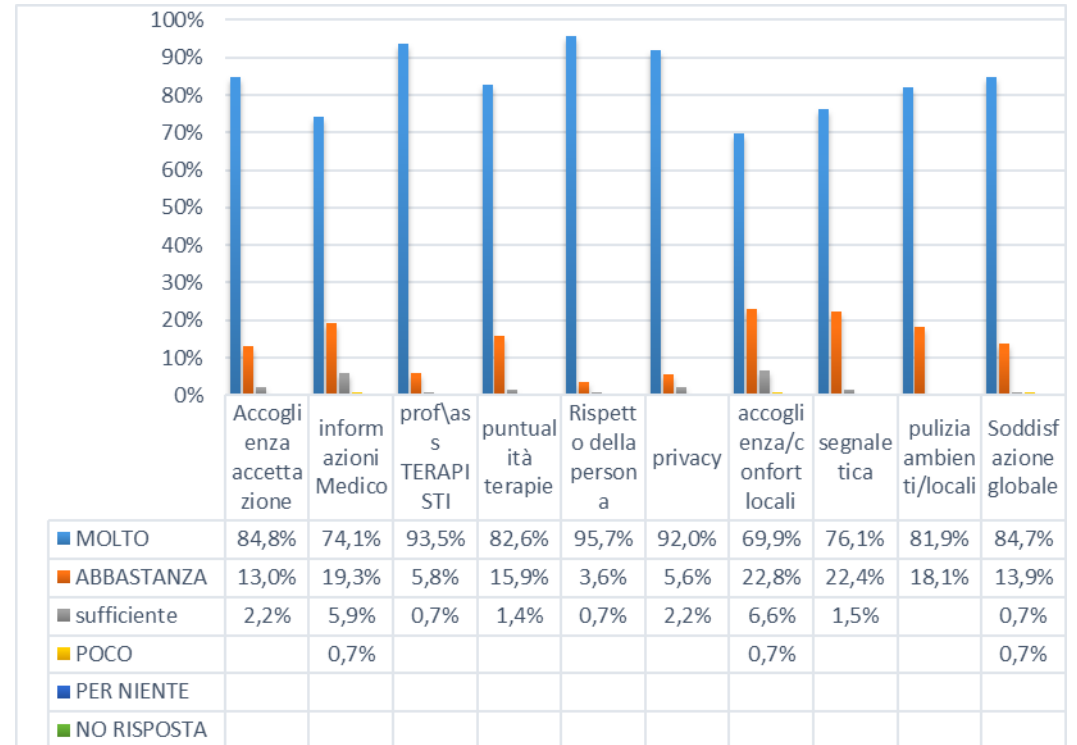
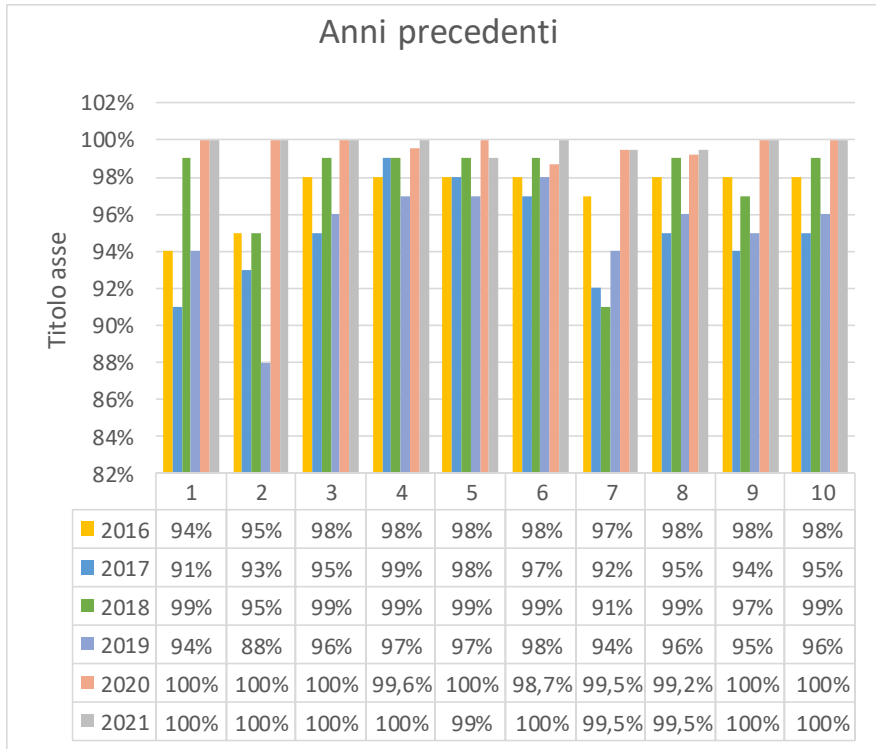
# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 8 RISULTATI RILEVAZIONE CUSTOMER SATISFACTION ANNO 2022

Analisi dei risultati questionario interno distribuito nei due periodi di giugno e dicembre 2022: sono stati distribuiti 216 questionari e ne sono rientrati compilati 138 pari al 63,9%. Il risultato globale di soddisfazione dei clienti è pari al 98,6% (sommando i molto e gli abbastanza).

- Il grado globale di soddisfazione nel 2° semestre è in leggero calo rispetto al primo semestre, passando dal 93% al 85% per i molto soddisfatti.
- I risultati dell'indagine sono riepilogati negli istogrammi allegati, che sono stati anche esposti all'utenza con un breve commento. Tali risultati sono stati precedentemente commentati nell'analisi degli obiettivi.
- Si riporta grafico delle valutazioni effettuate nel corso degli anni, indicando la somma delle percentuali dei valori molto e abbastanza.
- I risultati sono molto positivi, in linea con lo scorso anno e soddisfano gli obiettivi previsti. Anche i suggerimenti dei pazienti sono stati esaminati dalla Direzione.
- Punti di forza rimangono "rispetto della persona" e "rispetto della Privacy". Appare ancora migliorabile l'aspetto relativo alle informazioni date dai medici, la puntualità di alcuni professionisti, il confort degli ambienti e la segnaletica. In tal senso la Direzione continua a effettuare lavori di manutenzione, a mantenere la struttura accogliente e confortevole, a monitorare la cartellonistica, l'ordine della struttura, e a sensibilizzare i medici, il DS in primis, durante le riunioni periodiche in merito all'importanza della puntualità ed alle informazioni date ai pazienti che devono essere sempre esaurienti.

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER



## RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

Di seguito si riportano gli **Elogi** segnalati nella scheda elogi/suggerimenti/reclami per l'anno 2022.

N.	DATA	DESCRIZIONE	PER ...
1	20.01.2022	Professionalità e competenza ...	Francesco
2	03.2022	A Marcello, Patrick, Erik complimenti	
3	25.03.2022	Ringraziamenti generale. Per il terapista competenza, professionalità ....	Rino
4	28.03.2022	Disponibilità/professionalità/gentilezza	
5	22.04.2022	Esito positivo terapie. Competenza, professionalità terapista	Francesco
6	17.05.2022	Splendido nella sua professionalità, ....	Arturo
7	26.05.2022	Personale eccellente, competente e gentile	tutti
8	26.05.2022	Elogio esterno, dott. Sabino Fiume	Veli
9	18.08.2022	Ringrazio molto il fisioterapista ....	Arturo
10	18.10.2022	eccellente!	Maddalena
11	21.10.2022	Molto preparato, attento, efficiente, preciso e puntuale.....	Veli
12	28.10.2022	Lettera al Dr. Maniero " volevo ringraziarla e i bravi terapisti, cortese disponibilità reception ...	tutti
13	15.11.2022	Soddisfatto della struttura e dello staff molto gentili e cordiali	tutti
14	11.2022	Terapista è eccezionale ...	Maddalena
15	13.12.2022	Professionalità e gentilezza	Veli
16	12.2022	Trovata molto bene	Maddalena
17	13.12.2022	Grande impegno, professionalità, ...	Veli

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 9 RISULTATI RILEVAZIOSODDISFAZIONE DEL PERSONALE ANNO 2022

Analisi dei risultati questionario interno distribuito a dicembre 2022.

In generale si rileva un miglioramento della soddisfazione per tutti gli aspetti, con giudizio ottimo/buono superiore al 70% per tutte le domande e in 8 domande su 13 un 100% di ottimo/buono.

Tutti i collaboratori valutano complessivamente il nostro Centro ottimo/buono, lo scorso anno tale percentuale era dell'82%.

Gli aspetti rilevati migliorabili lo scorso anno erano quelli relativi allo spazio lavorativo: si rileva un miglioramento della soddisfazione in tal senso, infatti tutti si ritengono soddisfatti e li giudicano buoni/ottimi all'81% (nel 2021 erano al 53%)

Migliorati e molto soddisfacenti il livello di pulizia della struttura, le dotazioni tecnologiche (ottimo per il 62%), organizzazione del lavoro, formazione e informazione, rapporti con la DG, comunicazione interna tempestività nelle risposte date dai loro responsabili.

Appaiono punti di forza le dotazioni tecnologiche, la disponibilità e comunicazione con la direzione, DS e i responsabili. Migliorabili ancora lo spazio lavorativo/confort ed il livello di sicurezza della struttura.

## 10 RISULTATI AUDIT INTERNI ED ESTERNI ANNO 2022

### Verifiche ispettive interne

È stato effettuato un ciclo completo di VII il 22/06/22 da parte di RGQ e il consulente esterno su tutte le aree.

Dai risultati delle Verifiche Ispettive Interne è emerso un buon impegno da parte degli operatori nell'applicazione delle procedure stabilite.

Queste le opportunità di miglioramento chiuse positivamente:

n		<b><u>ESITO</u></b>
1	Compilare più accuratamente il Mod 9.39 Intervento primo soccorso a cura del DT	Eliminato modulo, da usare unicamente Mod. 21.4 Incident report
2	Far sottoscrivere alla DT la scheda terapie e durata	Eliminato modulo, apparecchiature di nuova generazione con programmi preimpostati



## RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

3	Si suggerisce di eliminare il Mod 6.6 "Autorizzazione DS per acquisto" perché sostituito dal Mod HTA	Eliminato modulo
4	Si suggerisce di condividere il materiale formativo con maggiore sistematicità (con verbale riunione/formazione)	Ricordato in riunione Generale del 11.2022 da parte della Direzione Tecnica
5	Si suggerisce di richiedere gli attestati relativi al corso rischio clinico del maggio 2022	Attesati archiviati

### - Verifiche ispettive IMQ

Le verifiche ispettive IMQ ISO 9001/2015 sono state effettuate il 12/09/22 con esito positivo.

Non sono emerse NC od opportunità di miglioramento.

**Nota del team di audit IMQ:** il sistema di gestione è implementato da molti anni ed è ben strutturato. E' supportato da documentazione cartacea e software specifici che danno evidenza delle attività svolte. La direzione è stata presente durante tutta l'attività di audit ed ha dimostrato di avere una visione strategica delle proprie attività, orientata alla soddisfazione dei propri clienti proponendo tariffari a prezzi convenzionati con ottimi livelli di qualità delle prestazioni. Le risorse umane e strumentali risultano ben gestite. Il personale intervistato ha dimostrato professionalità e conoscenza delle procedure e protocolli previsti. Gli ambienti sono puliti ed ordinati.

Le risorse strumentali sono ben gestite attraverso l'individuazione di un partner che tiene sotto controllo le manutenzioni e le tarature con Software specifico.

**Punti di fora evidenziati dal valutatore:** il controllo e monitoraggio dei processi, professionalità del personale, l'integrazione con il servizio sanitario ed il territorio.

### - Focus audit interni su Incident report/near miss

Sono stati effettuati due audit interni: su Incident report in data 16/06/22 su I.R. N1/2022 (informazioni incomplete sul paziente), e in data 27/09/22 su I.R. N 2/2022 in merito all'applicazione dei protocolli/procedure clinico assistenziali a cura dei medici prescrittori.

### ATTIVITA' ODV

Trimestralmente l'ODV effettua verifiche, con relativi report.

Non sono state emesse misure disciplinari per mancato rispetto dei compiti indicati nel Modello 231.

# RELAZIONE ANNO 2022 PER GLI STAKEHOLDER

## 11 AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL' ANNO 2022

### Progetti terminati

Continuare l'adeguamento del SGQ ai nuovi requisiti di accreditamento ed autorizzazione. Chiudere il rinnovo accreditamento entro il 2022
Applicare, verificare ed aggiornare Protocollo Anticovid. Continuare con effettuazione audit clinici ed analisi del rischio clinico, FMEA semestrali, analisi risultati e gestione del miglioramento.
Promozione carta dei servizi (medici di base e società trasporto disabili)

### Progetti in corso:

Sviluppo nuove terapie riabilitative: Acquisto nuovi macchinari, Formazione, coinvolgimento medici esterni, comunicazione. Effettuare periodiche analisi economiche e di esercizio
Continuo Controllo e miglioramento strutturale e di attrezzature. Miglioramento assistenza e supporti informativi, dematerializzazione e riduzione archivio cartaceo, firma digitale sul referto medico.
Aggiornamento software GIPO, Formazione e coinvolgimento del personale per l'applicazione della relativa IDL Outcome clinico.
Definire meglio le modalità di comunicazione con i pazienti nel Poliambulatorio. Continuare a rilevare la soddisfazione degli utenti rispetto ai medici del poliambulatorio
Incrementare la pubblicità. Promuovere l'outcome clinico, sviluppare servizi, aumentare la quota privata. Comunicare ai clienti i valori del centro e le possibili prestazioni private.

### Progetti falliti:

Nessuno.

## 12 AZIONI DI MIGLIORAMENTO PER L'ANNO 2023 – si veda punto 1.