

Poliambulatorio Vespucci s.r.l.

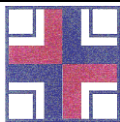
## MODULO

**Mod. 1.1.8**  
Edizione 01 Rev. 00  
Del 30/11/20221  
Pag. 1 di 12

# DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

## RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER

2023



Poliambulatorio Vespucci s.r.l.

## MODULO

**Mod. 1.1.8**  
Edizione 01 Rev. 00  
Del 30/11/20221  
Pag. 2 di 12

# DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

## 1. Introduzione

Ad oggi il Sistema di gestione qualità è sempre di più 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 81/2008 e sistema di gestione per la sicurezza.

Questo Sistema Integrato, attraverso l'analisi dei rischi e delle opportunità, mira a valorizzare le risorse esistenti e a fornire loro gli strumenti per far emergere ancor di più i valori del centro a favore dei pazienti e di tutti i portatori di interesse.

## 2. Politica della qualità anno 2023

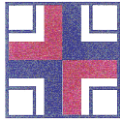
Il Poliambulatorio Vespucci s.r.l. si trova a Sottomarina di Chioggia, fondato nel 1980.

E' un centro medico di riferimento per trattamenti di Fisioterapia e Riabilitazione, Ambulatorio Polispecialistico e Diagnostica Strumentale. La Struttura è accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale per la Fisioterapia e Riabilitazione, Allergologia, Dermatologia e Neurologia; con l'INAIL per prestazioni integrative riabilitative e con i principali Network Sanitari (Unisalute, Pronto-care, Previmedical, Fasdac, ecc..) per la Fisioterapia e Riabilitazione, Ambulatorio Polispecialistico.

A novembre 2022 è stato realizzato un importante ammodernamento della struttura con aggiunta di un reparto per diagnostica strumentale con una nuova apparecchiatura di RX digitale, completamente computerizzata, a bassa emissione di radiazioni ionizzanti, una risonanza magnetica ed ecografo. E' orientata per missione al miglioramento continuo, diventando un punto di riferimento per i servizi prestati nel comune di Chioggia, nella provincia di Venezia, e nelle zone limitrofe.

Ha perseguito, durante gli anni di attività, l'obiettivo della soddisfazione assoluta delle esigenze del Paziente offrendo un servizio innovativo nel suo genere. Si avvale della professionalità di personale specializzato; investe continuamente sia in formazione, valorizzando le risorse umane come elemento distintivo di successo, sia rinnovando costantemente le apparecchiature e le attrezzature utilizzate ricercando quanto di meglio e all'avanguardia presente sul mercato di riferimento.

Dal 2000 la struttura si è posta l'obiettivo del mantenimento della certificazione di qualità e tutti i servizi erogati si avvalgono del marchio internazionale di qualità ISO 9001. Il Sistema Qualità si basa sull'integrazione di tutte le Funzioni Aziendali in modo da



Poliambulatorio Vespucci s.r.l.

## MODULO

**Mod. 1.1.8**  
Edizione 01 Rev. 00  
Del 30/11/20221  
Pag. 3 di 12

### DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

realizzare una stretta collaborazione fra tutte le componenti atte ad ottenere il continuo miglioramento dei servizi erogati e la soddisfazione degli utenti.

Il Poliambulatorio Vespucci s.r.l. si trova in via Vespucci n.135/136, al piano terra quindi di facile accesso anche alle persone disabili ed è dotato di un comodo parcheggio per persone con difficoltà motorie; tutti i locali in cui si svolgono le attività garantiscono il pieno rispetto dei requisiti di sicurezza, igiene, prevenzione e protezione.

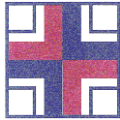
L'attuale struttura si sviluppa su una superficie di circa 600 mq, così suddivisi: 2 ambulatori medici, 1 reparto di fisioterapia, 2 reparti di riabilitazione pre-post operatoria e urgenze con palestra e box, 1 reparto di riabilitazione neuromotoria, 1 sala RX, 1 sala RM, 1 sala ecografia e refertazione, 3 sale di attesa, segreteria, ufficio direzionale, sala riunioni, spogliatoi per utenze e personale, servizi igienici attrezzati anche per disabili.

La struttura fa parte del Centro Unificato Prenotazione (CUP) ULSS 3 Serenissima, servizio telematico di prenotazioni sanitarie a disposizione dei cittadini. Presso tutti gli sportelli CUP è possibile prenotare le prestazioni sanitarie da erogare presso il Poliambulatorio Vespucci.

Il servizio dispone del numero verde 041 844 844.

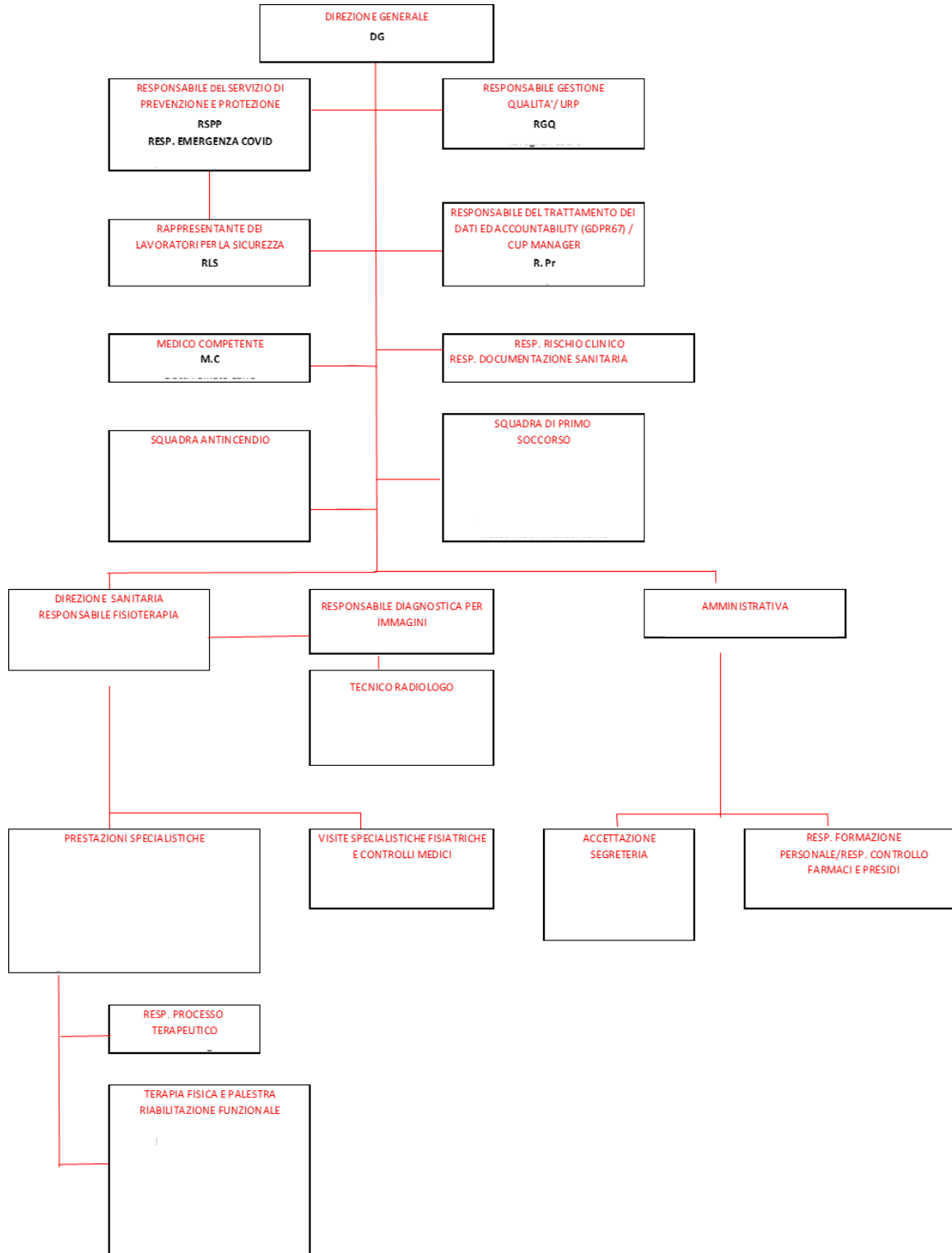
La società si impegna a fornire un servizio conforme in tutti i suoi aspetti, a garantire in particolare i seguenti standard di qualità:

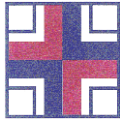
- imparzialità – uguaglianza - rispetto
- informazione - accoglienza - cortesia
- flessibilità - tempestività - puntualità
- tutela degli utenti - sicurezza
- progetti di miglioramento – servizi all'avanguardia
- trasparenza
- pubblicizzazione della Carta dei Servizi



DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

3. ORGANIGRAMMA





**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER**

**4. Modalità di gestione del rischio e incident report**

**5.1 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, 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**.

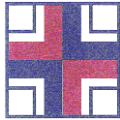
Seguendo la definizione di rischio dello standard fornita dalla **UNI ISO 31000** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – 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 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.

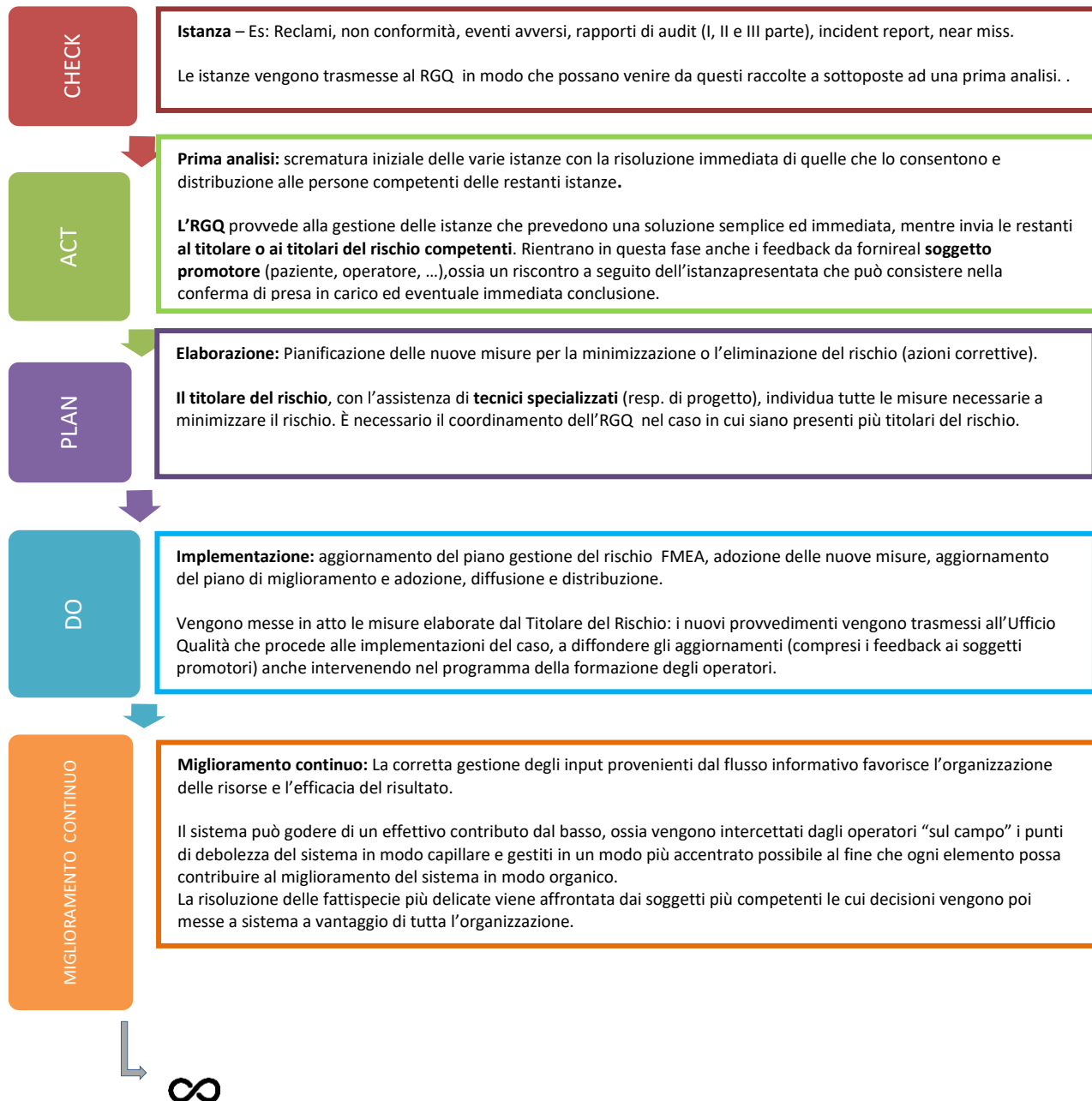
**5.2 Gestione degli incident report**

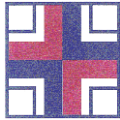
Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi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



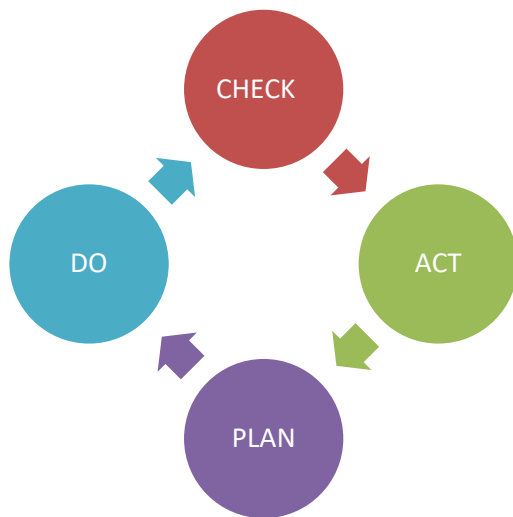
DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento





**DOCUMENTO DI SINTESI 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

**5. Gestione incident report anno 2023**

Nel primo semestre è stato aperto n1 incident report chiuso positivamente relativamente ad un malore improvviso di un paziente in terapia .

Nel secondo semestre sono stati aperti n. 4 incident report tutti chiusi positivamente.

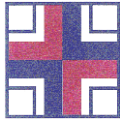
I casi hanno riguardato nello specifico una paziente in terapia con l'ozonoterapia che ha avvertito un malore subito dopo l'esecuzione dello stesso;

Un altro riguarda una paziente che non sopporta l'esecuzione della tecar, poiché il punto da trattare è il malleolo e non riesce a resistere alla terapia;

Un altro incident è stato originato da un paziente che doveva essere sottoposto a visita fisiatrica ma una volta entrato è uscito affermando che voleva essere visitato da un altro medico ;

infine il quarto incident report riguarda un paziente che voleva fare il secondo ciclo di fisioterapia con lo stesso terapista del 1 ciclo.

Tutti questi incident report è stato chiuso .



**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER**

**6. Modalità di gestione del reclamo – URP**

La gestione del reclamo è affidata all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Il reclamo è considerato un elemento che contribuisce al processo di continuo miglioramento pertanto la sua presa in carico agisce su due fronti principalmente:

1. Verso il paziente, a cui viene prestato l'ascolto del caso in modo tale da recepire al meglio le precise necessità. Si è rilevato, nel tempo, che una parte dei pazienti non ritiene, per propria scelta, di compilare l'apposito modulo di reclamo (disponibile presso le accettazioni di tutte le strutture) e comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il personale presente e adeguatamente formato, in spazi che possano garantire la riservatezza (ufficio URP) registrano il reclamo per il paziente. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora il problema non si possa risolvere immediatamente, si chiede al paziente di indicare i propri dati di contatto in modo da poter comunicare allo stesso paziente le modalità di risoluzione che l'organizzazione ha conseguentemente all'istanza, intrapreso.
2. Verso l'organizzazione interna, infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale dell'URP (tale personale è rappresentato da operatori della segreteria che hanno ricevuto un'apposita formazione per la gestione del reclamo) invia il modulo al responsabile per la gestione della qualità il quale, dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo stesso al responsabile dell'ambito di riferimento (direttore sanitario, direttore generale o responsabile di processo a seconda della gravità). In tal modo, insieme a figure tecniche e figure responsabili del processo coinvolto, viene definita la soluzione migliore sia in risposta al paziente che al miglioramento del sistema organizzativo al fine di minimizzare la possibilità che il problema si ripresenti.

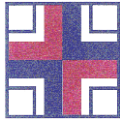
La metodologia, al fine di assicurare un trattamento sistematico e ben definito del reclamo, oltre ad una consapevolezza e conoscenza della procedura da parte del personale, è quella seguita anche per il trattamento dell'incident report (si veda il punto 4).

**7. Gestione reclami anno 2023**

E' stato registrato:

- n1 reclamo chiuso positivamente.





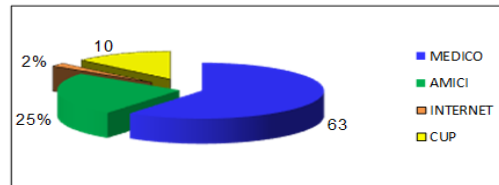
DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

8. Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2023

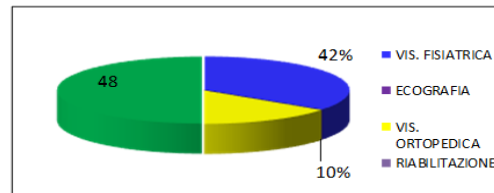
Risultati I semestre:

Sondaggio PER QUALITA'

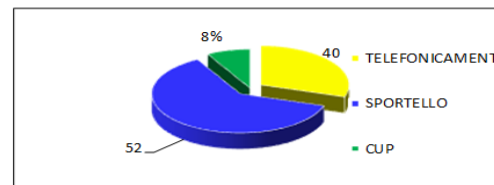
• Come è venuto a conoscenza della nostra struttura?



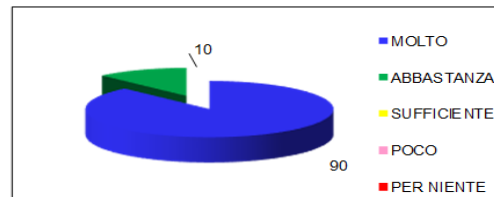
• Quale prestazione ha eseguito presso il nostro Centro?



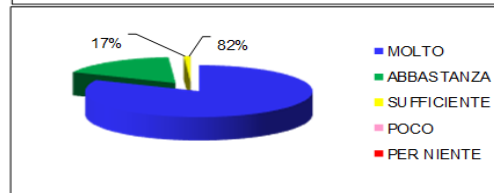
• Come ha prenotato?



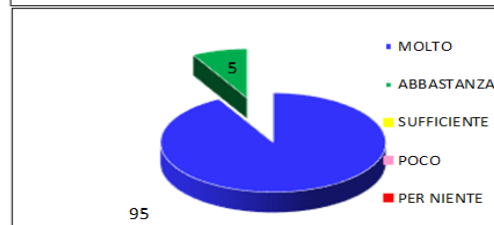
• Come giudica il servizio di cortesia, informazione e prenotazione ricevuto dalla SEGRETERIA?



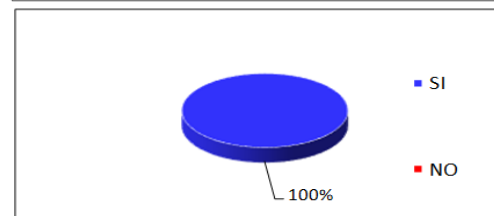
• Come giudica la cortesia, l'attenzione e la professionalità ricevuta dal PERSONALE MEDICO?

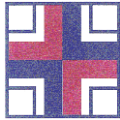


• Come giudica la cortesia, l'attenzione e la professionalità ricevuta dal PERSONALE SANITARIO del reparto?



• E' stata rispettata la sua PRIVACY?





Poliambulatorio Vespucii s.r.l.

# MODULO

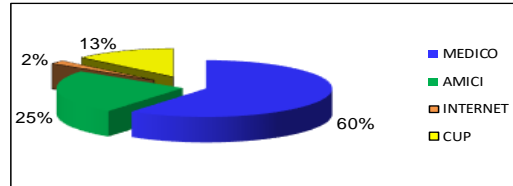
Mod. 1.1.8  
Edizione 01 Rev. 00  
Del 30/11/20221  
Pag. 10 di 12

## DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

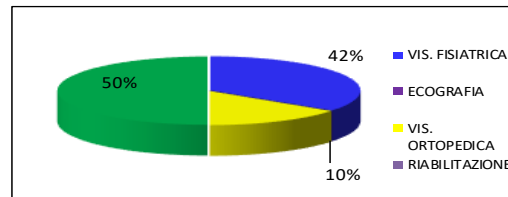
Risultati Il semestre:

### Sondaggio PER QUALITA'

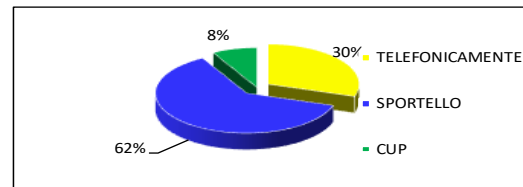
• Come è venuto a conoscenza della nostra struttura?



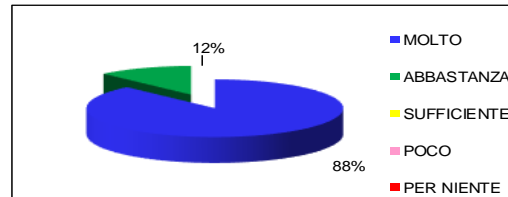
• Quale prestazione ha eseguito presso il nostro Centro?



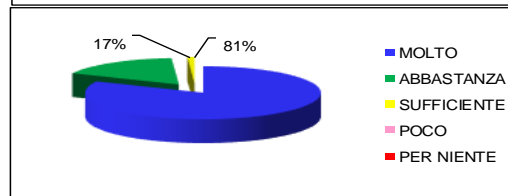
• Come ha prenotato?



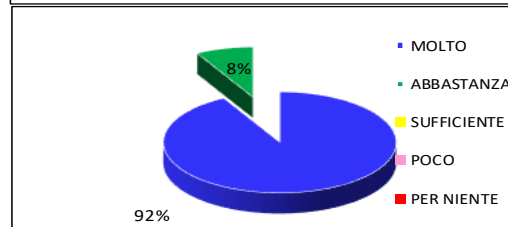
• Come giudica il servizio di cortesia, informazione e prenotazione ricevuto dalla SEGRETERIA?



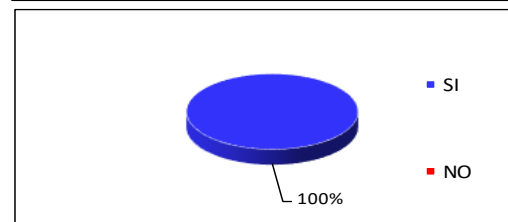
• Come giudica la cortesia, l'attenzione e la professionalità ricevuta dal PERSONALE MEDICO?

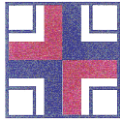


• Come giudica la cortesia, l'attenzione e la professionalità ricevuta dal PERSONALE SANITARIO del reparto?



• E' stata rispettata la sua PRIVACY?





## DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

**Analisi customer satisfaction anno 2023:** Tutte le risposte hanno dato risultati soddisfacenti.

## 9. Audit interni e di terza parte

Nel **2023** sono stati effettuati audit interni ed esterni, nella tabella seguente sono riepilogati i risultati:

Processi sottoposti a verifica (o argomento della visita)	Obiettivo dell'audit	Risorse assegnate		Riferimento ai documenti	Responsabile di processo/area	periodo
		Responsabile gruppo	Auditor/ Esperti tecnici			
PROCESSO 1	Verifica conformità del SGQ sua applicazione ed efficacia	DG	RGQ	PO 1.1	DG	I e II semestre
PROCESSO 2		RGQ	DG	PO 2.1, 2.2, 2.3	SEGR	I e II semestre
PROCESSO 3		AMMINISTRAZIONE	RGQ	PO 3.1, PO 3.2, PO 3.3, PO 3.8, PO 3.10	DS	I e II semestre
PROCESSO 4		DS	DS RGQ	Leggi, norme, linee guida	DG	I e II semestre
PROCESSO 5		RGQ	DG	PO 5.1, PO 5.2, PO5.3, PO 5.4	RGQ	I e II semestre
TUTTI I PROCESSI		CSQ	/	SGQ	CSQ	I semestre

### Esito audit interni ed esterni:

Gli audit interni sono stati eseguiti dal Responsabile qualità tra il I e il II semestre.

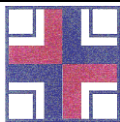
L' audit esterno CSQ ISO 9001 è stato eseguito a febbraio 2023 .

Entrambi conclusi positivamente.

### Discussione dei progetti per il miglioramento

#### A. Progetti di miglioramento terminati:

1. Il bilancio 2023 è stato chiuso in positivo,
2. Ottenuto accreditamento per la branca di pneumologia, angiologia e endocrinologia.
3. **Risorse umane:** e' stata inserita la Dott.ssa Turatto Francesca, specialista in Radiodiagnostica e riavviato il servizio di ecografia con cadenza mensile; il Dott. De Bellis Mauro specialista in neurologia per i servizio di visite specialistiche e esami di EMG arti superiori e inferiori, tronco e facciale.
4. Avviato servizio di ozonoterapia e di infiltrazioni con collagene.
5. Acquistato nuovo macchinario, la Q-Physio, dispositivo medico di nuova generazione che induce una vera rigenerazione del tessuto danneggiato andando ad agire sulle cellule staminali adulte.



**DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER**

**B. Progetti di miglioramento non terminati, ma ancora in corso:**

1. In merito ai servizi di RX e RMN l'obiettivo è di aprire il servizio 1 giorno a settimana, e ottenere successivamente l'accreditamento. La domanda dovrà esser ripresentata con l'uscita della nuova DGR.

**C. Progetti di miglioramento nuovi:**

1. In corso è la ricerca di medici specialisti per le varie branche autorizzate.
2. Formazione interna per l'utilizzo della Q-Physio
3. Valutare l'inserimento di un nuovo macchinario di Laser ad alta potenza HILT più evoluto ed efficace di nuova generazione per trattare le patologie dolorose dell'apparato muscolo scheletrico. Riduce le infiammazioni articolari e stimola la rigenerazione. Migliorare il controllo del dolore sia nelle condizioni acute che croniche.
4. Inserire il medico specialista in Pneumologia e iniziare il servizio di Polisonnografia per Apnee notturne
5. Continuare la ricerca di Medico Specialista in Dermosifilopatia da inserire.

**D. Progetti di miglioramento falliti:**

Nonostante la continua ricerca di un Medico Specialista in Dermosifilopatia, ad oggi non è ancora stato inserito questo professionista.

**10. Piano di miglioramento 2023–2024 ed obiettivi strategici (A: annuale, P: pluriennale)**

1	Mantenimento, gestione e aggiornamento del Sistema di gestione per la qualità, compreso l'adeguamento ai nuovi requisiti di accreditamento	P
2	Rinnovo Autorizzazione	p
3	Rinnovo Accreditamento	p
4	Sviluppo settore privato (tariffe agevolate, pacchetti riabilitativi, acquisto nuove apparecchiature, potenziamento delle attività di riabilitazione)	A
5	Aumentare il servizio di diagnostica per immagini e di ecografia	P
6	Valutare lo sviluppo di strumenti di valutazione del personale (basato su parere paziente, esito terapie, numero dei reclami, raggiungimento obiettivi).	A

Chioggia, 21/12/2023

La Direzione