



OPTIMEDICA - AMBULATORIO OCULISTICO

Rev 01/01/2019

Pag. 1 di 14

## **1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER**

### **RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER**

**2018**

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### 1. Introduzione

La struttura OPTIMEDICA srl è un ambulatorio monospecialistico autorizzato all'esercizio della branca oculistica sin dal 1987. Le prestazioni vengono effettuate sia in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale che in forma privata.

L'ambulatorio OPTIMEDICA ha come obiettivo quello di fornire agli utenti prestazioni e servizi a carattere ambulatoriale nel settore oculistico caratterizzati da:

- Elevata qualità delle visite mediche
- Elevata qualità dell'organizzazione generale
- Brevità dei tempi d'attesa
- Verifica periodica dei risultati
- Continui progetti di miglioramento
- Centralità del paziente

Al centro dell'attività vi sono le esigenze del paziente ed il suo stato di salute, valutate sempre con l'attenzione umana e la competenza professionale necessarie.

La struttura si impegna a garantire un servizio di alto livello qualitativo mediante un adeguamento costante alle esigenze e richieste dei cittadini.

L'ambulatorio garantisce la trasparenza della propria azione mettendo a disposizione del pubblico ogni informazione relativa alla tipologia delle prestazioni e all'applicazione delle tariffe.

Al momento della prenotazione vengono fornite tutte le informazioni relative all'erogazione del Servizio.

### 2. Politica della qualità anno 2019

Dal 1987 operiamo presso la sede di Padova sita in via Marco Polo 3, nel tranquillo quartiere di Città Giardino, nelle immediate adiacenze di piazza Santa Croce.

Alla guida della nostra struttura si sono succeduti negli anni il Prof. Mario Lanzieri, il Dott. Gianni Gamba, fino all'attuale direttore sanitario, il dott. Alessandro Moro, in precedenza responsabile del Centro per la prevenzione e la cura del Glaucoma dell'Ospedale di Camposampiero.

È da tale esperienza clinica e chirurgica, maturate in decenni di attività ospedaliera nel settore, che nasce la specializzazione dell'Optimedica nella diagnosi e terapia del glaucoma, una delle più rilevanti fra le malattie invalidanti in campo oculistico.

Dal 6 giugno 2012 la Società Optimedica srl è stata rilevata dalle nuove Amministratrici, Dott.ssa Valentina Moro e Dott.ssa Maria Elena Mazzoni, che hanno dato nuova vita all'attività.

Per un'azienda come Otimedica srl, la completa soddisfazione del paziente e dei suoi requisiti è un obiettivo primario, da cui dipendono strettamente l'immagine ed il successo dell'organizzazione. Per tale motivo, fin dalla sua

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

rilevazione nel 2012, la nuova Amministrazione ha operato, antepoendo la piena e completa soddisfazione delle esigenze ed aspettative dei clienti.

Optimedica srl ha ritenuto quindi necessario introdurre un nuovo Sistema di Gestione, come decisione strategica, a garanzia e riprova della correttezza del proprio modo di operare, coerente con i requisiti specifici richiesti dall'Usl16, nella convinzione che la rispondenza a tali Norme, oltre a fornire evidenza oggettiva dei livelli di qualità raggiunti dai processi produttivi, permetta di perseguire il miglioramento continuo, sulla base di modelli organizzativi innovativi, erogando così servizi sempre più efficienti.

### 3. La mission aziendale

L'ambulatorio OPTIMEDICA ha come obiettivo quello di fornire agli utenti prestazioni e servizi a carattere ambulatoriale nel settore oculistico caratterizzati da:

- Elevata qualità delle visite mediche
- Elevata qualità dell'organizzazione generale
- Centralità del paziente
- Brevità dei tempi d'attesa
- Verifica periodica dei risultati
- Miglioramento continuo della qualità
- Ottimizzazione nell'uso delle risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie
- Promozione della formazione di tutti gli operatori per migliorare continuamente il servizio
- Assicurare al Sistema Gestionale le risorse necessarie al suo funzionamento
- Realizzazione di un miglioramento continuo del servizio erogato e dell'organizzazione interna, sulla base di obiettivi predeterminati, definiti dalla direzione in sede di riesame del sistema della qualità, attuando opportune azioni preventive e correttive
- Curadella diffusione e la comprensione all'interno dell'azienda della presente politica per la qualità e lo sviluppo della crescita professionale del personale, creando una leadership in grado di mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale stesso sul perseguimento degli obiettivi della qualità
- Riesame periodico della politica per la qualità per valutarne l'idoneità, apportando, se necessario, eventuali modifiche
- Considerazione prioritaria dei suggerimenti raccolti direttamente dagli utenti attraverso i questionari di customer-satisfaction e modello reclami clienti, entrambi disponibili in sala d'attesa e accettazione

Le prestazioni vengono erogate a chiunque ne faccia richiesta, lasciando al paziente la libertà di scegliere sia la modalità preferita, se in convenzione o in forma privata, sia l'oculista di riferimento.

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### I nostri principi fondamentali

- UGUAGLIANZA L'Ambulatorio Optimedica eroga a tutti i cittadini uguali servizi a prescindere dall'età, sesso, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, costumi.
- IMPARZIALITÀ E RISPETTO L'Ambulatorio Optimedica assicura a tutti i cittadini, indistintamente, la massima attenzione, cortesia e assistenza tramite il personale che opera nella struttura.
- DIRITTO DI SCELTA Ogni cittadino, in possesso dell'impegnativa S.S.N., può esercitare il proprio diritto di libera scelta rivolgendosi direttamente alla Struttura accreditata prescelta.
- COMPLETE INFORMAZIONE L'Ambulatorio Optimedica, attraverso i consulenti Medici, dà ai propri pazienti una completa informazione sulla tipologia d'indagine, sulla tecnologia utilizzata, sulle eventuali complicanze e cause di impedimento all'effettuazione dell'esame richiesto, al fine di giungere ad un consenso pienamente informato.
- PARTECIPAZIONE L'Ambulatorio Optimedica garantisce ai cittadini il diritto di collaborare, con osservazioni, suggerimenti, reclami, alla corretta erogazione della prestazione e al miglioramento del servizio prestato della Struttura.
- COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE attuato tramite la cultura della pianificazione e della verifica dei risultati alla ricerca del miglioramento costante della qualità.
- SICUREZZA E IGIENE DEGLI AMBIENTI L'Ambulatorio Optimedica si impegna a garantire la massima igiene e pulizia di tutta la struttura, operando in conformità alle normative sulla sicurezza sul lavoro. La qualità e funzionalità delle apparecchiature e strumenti sono costantemente controllate e monitorate con interventi di manutenzione.

### I nostri metodi

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

Imparzialità nell'erogazione delle prestazioni, puntualità rispettata in ogni caso come segno di riguardo, disponibilità, impegno umano e professionale nei confronti di chiunque si rivolga a noi, sollecitudine nell'indirizzare il paziente laddove il suo bisogno di salute possa essere validamente soddisfatto per le prestazioni che richiedano strutture ospedaliere.

Per quanto sopra esposto, l'Ambulatorio Optimedica, si impegna a fornire un servizio conforme in tutti i suoi aspetti in relazione a:

- TRASPARENZA L'Ambulatorio Optimedica garantisce la visibilità del proprio operato mettendo a disposizione dei cittadini ogni informazione relativa alla tipologia delle visite ed esami, come e dove vengono effettuati e le tariffe applicate sia ai soggetti privati, sia a quelli che usufruiscono del SSN
- PROGETTI DI MIGLIORAMENTO L'Ambulatorio Optimedica pone come proprio obiettivo principale il conseguimento di un alto livello di qualità dei servizi erogati. Ciò comporta necessariamente un adeguamento costante alle esigenze ed alle richieste dei cittadini.
- PUBBLICAZIONE CARTA DEI SERVIZI La Carta dei Servizi è messa a disposizione dei pazienti in sala d'attesa e consultabile nel sito web

### Il nostro futuro

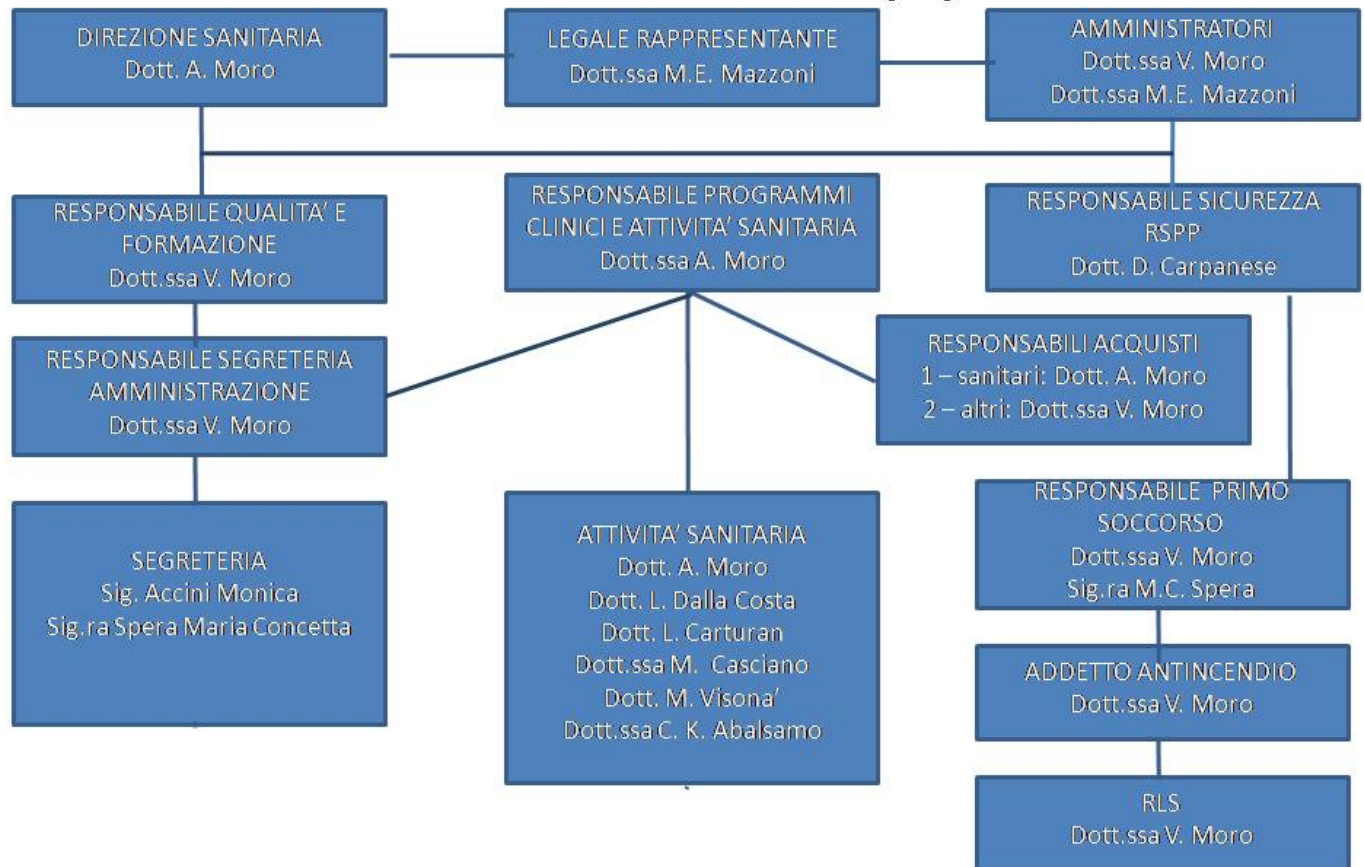
continuare negli anni a fornire i nostri servizi ai cittadini padovani e non solo, alla ricerca della salute visiva per tutti.

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### 4. Organigramma

## 1.1 ORGANIGRAMMA E FUNZIONIGRAMMA

### OPTIMEDICA S.R.L. – Padova (PD)



## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### 5. Modalità di gestione del rischio e incident report

#### 1. La nostra metodologia nella valutazione del rischio

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Missione**, da questa, la definizione dei “**macro**” **obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, 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.

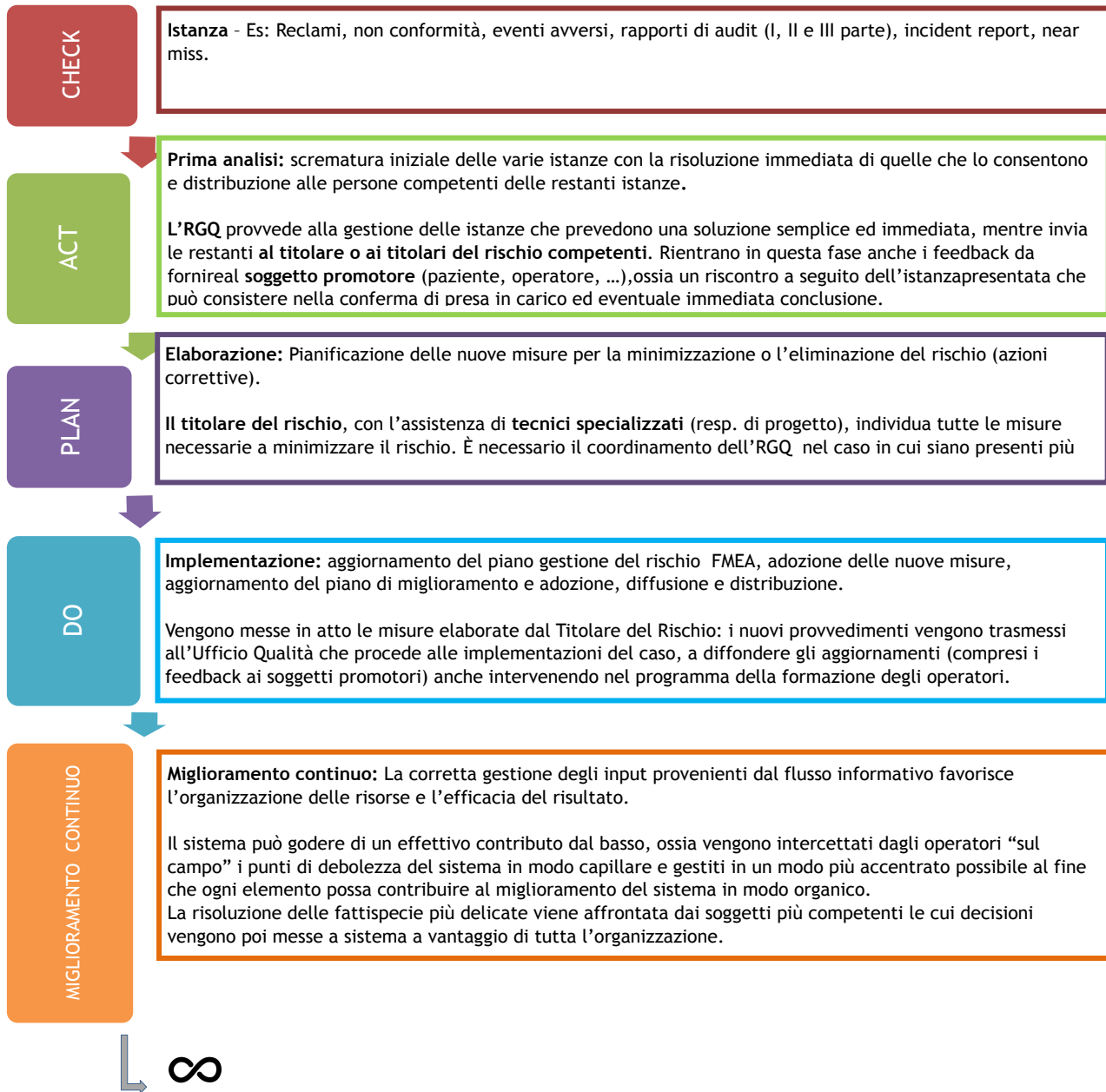
**Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA** - Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che 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.

#### 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.

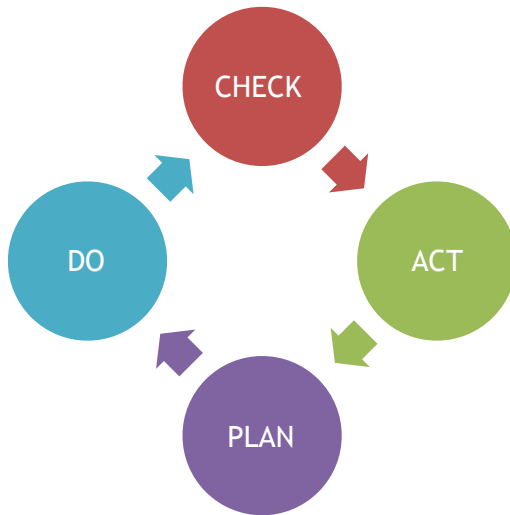
**Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento**

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER





## 1.0.4 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

### 6. Gestione incident report anno 2018

L'analisi del rischio clinico ed organizzativo è stata condotta con la metodologia FMEA.

Non ci sono stati incident report nel corso del 2018.

### 7. 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.

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

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).

### 8. Gestione reclami anno 2018

I reclami ricevuti dagli utenti nell'anno 2018 sono stati 2.

Il primo ricevuto via mail in data 5 luglio 2018, a cui è stata data risposta lo stesso giorno sempre tramite mail.

Il secondo in data 18 ottobre 2018, a cui è stata data risposta lo stesso giorno sempre tramite mail.

Entrambi i reclami possono si sono conclusi positivamente.

### 9. Risultati della rilevazione della customer satisfaction anno 2018

**Totale questionari analizzati: 7**

**Periodo di valutazione: dicembre 2018**

**Responsabile del controllo e analizzatore dei dati: RGQ**

**Obiettivo:** I questionari riuniscono strumenti che, sebbene in diverse forme, hanno come scopo la raccolta delle informazioni in svariati ambiti: i fatti, i comportamenti, gli atteggiamenti, le motivazioni, le opinioni, le credenze, le conoscenze, ecc... presso un universo di soggetti che rappresenta una popolazione dalle caratteristiche specifiche. L'uso di questi questionari favorisce un approccio quantitativo e consente il trattamento statistico dei dati raccolti. Il termine "questione" va inteso nel suo significato più generale di domanda posta al fine di ottenere un'informazione. Somministrare un questionario significa presentare proposizioni che rappresentano unità psicologiche e sintattiche, e che possono presentarsi sotto forma di frasi (afferentive, negative, interrogative) o di parole (verbi, sostantivi, aggettivi, avverbi). Un questionario è un insieme di domande standardizzate, che possono essere organizzate in testi, oppure

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

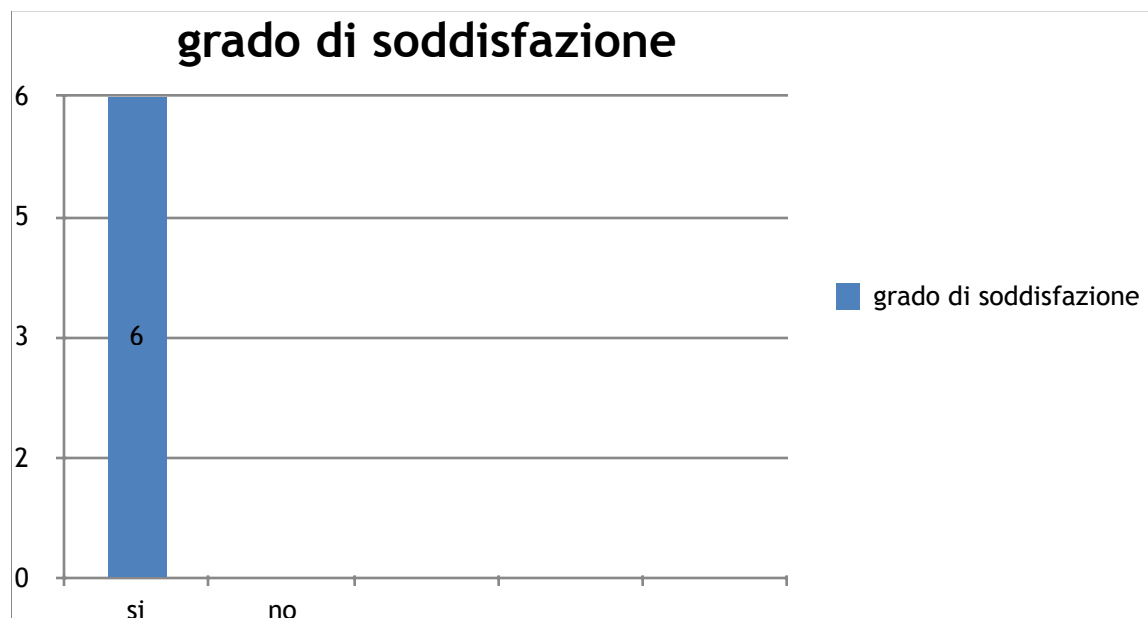
apparire nel loro ordine di presentazione. Per un valutatore, l'interesse di un questionario di valutazione è permettergli di ottenere risposte alle domande che esso pone presso un gran numero di persone, sia che si tratti di un'intera popolazione, sia che si tratti di un campione rappresentativo della popolazione stessa. L'interesse del valutatore, in questo caso, non si incentra sulle risposte che un singolo ha fornito a tutte le domande del questionario, ma sulle risposte che l'intera popolazione interrogata ha fornito a ciascuna domanda del questionario: per ciascuna domanda posta, il valutatore conterà il numero globale di risposte fornite dall'universo indagato. L'interesse del valutato risiede invece nel confronto operato tra le sue risposte individuali e le risposte fornite dall'intera popolazione indagata. Anche per che è stato valutato, il fatto stesso di aver risposto ad un questionario riveste un certo interesse, nella misura in cui i problemi sollevati dalle domande poste sollecitano la sua riflessione. Gli obiettivi generali di un questionario sono di operare una stima delle entità, descrivere determinate popolazioni di soggetti rilevando le loro caratteristiche e, ovviamente, verificare delle ipotesi.

**Modalità di esposizione del questionario:** forma anonima, cassetta esposta in reception

Ecco I risultati relativi alle domande salienti

### Domanda 13:

consiglierebbe l'ambulatorio ad altri

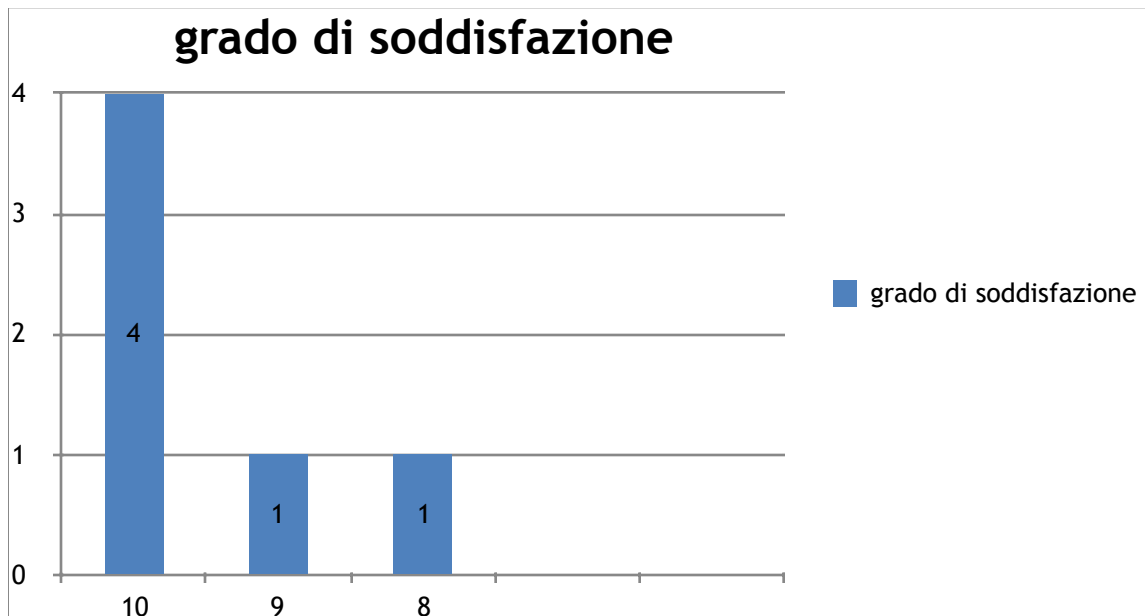


Questionari completati: 6

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### Domanda 14:

gradimento complessivo da 1 a 10



Questionari completati: 6

### Domanda aperta: consigli critiche osservazioni

Tutti i questionari riportano giudizi aperti positivi

**Analisi:** la soddisfazione dei clienti risulta elevata rispetto a tutti gli aspetti, anche se i questionari raccolti sono pochi. Una analisi migliore verrà fatta nel 2019 con un numero più elevato di questionari.

Risultati comunque molto soddisfacenti.

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

### 10. Audit interni e di terza parte

Processi da sottoporre a verifica (o argomento della visita)	Risorse assegnate		Responsabili di processo/area	Pianificata per (data/ora)	Eseguita
	Responsabile gruppo	Auditor/Esperti tecnici			
Processo 1 Politiche aziendali	Orsi Andrea	/	DG	17/12/2018	SI
Processo 2 Stakeholder	Orsi Andrea	/	DS, DG	17/12/2018	SI
Processo 3 attività	Orsi Andrea	/	DS	17/12/2018	SI
Processo 4 miglioramento continuo	Orsi Andrea	/	DS, DG	17/12/2018	SI

Devono essere ispezionati tutti i processi in modo da coprire i punti della norma UNI EN ISO 9001:2015 applicati almeno una volta all'anno; fare riferimento alla tabella dei processi riportata nella Mappatura dei Processi Aziendali  
Responsabile del gruppo di audit, auditor interno/esterno, esperto tecnico,...

#### Sintesi:

L'attività di auditing è stata solo interna e si è svolta nel DICEMBRE 2018 su tutti i processi che compongono il SGQ. Non sono state emesse NC ma 9 osservazioni relativamente alle attività di adeguamento necessarie ai nuovi requisiti di accreditamento ed autorizzazione tutti gestiti positivamente.

### 11. Azioni di miglioramento anno 2018

#### Progetti di miglioramento terminati:

1. Adeguamento del SGQ ai nuovi requisiti di autorizzazione ed accreditamento

#### Progetti di miglioramento non terminati:

1. /

#### Progetti falliti:

- Nessun progetto fallito

### 12. Piano di miglioramento anno 2018 2019 ed obiettivi strategici

## 1.0.4 DOCUMENTO DI SINTESI PER GLI STAKEHOLDER

- a. Azioni di miglioramento dell'efficacia del sistema di gestione: progetti /obiettivi annuali (A)/ pluriennali (P) 2019

**Obiettivi strategici:**

1	Mantenere l'applicazione del nuovo SGQ	P
2	Mantenere autorizzazione ed accreditamento sanitario	P
3	Miglioramento della soddisfazione degli utenti	A
4	Mantenere il piano di formazione definito	A

- b. **azioni per il miglioramento del servizio in relazione al paziente**

1. Rinnovo tecnologico (nuova lampada a fessura, stabilizzatori elettrici) e continua manutenzione struttura

- c. **azioni relative alle esigenze delle risorse**

1. Formazione continua per i dipendenti con l'evolvere dell'organizzazione.

LA DIREZIONE OPTIMEDICA