

Oltre agli elementi di trasparenza obbligatori in base alla normativa cogente per le strutture sanitarie della Regione Veneto, il presente documento si rivolge a tutti i portatori di interesse che si rivolgono alle strutture territoriali di Analisi Mediche Pavanello srl

La relazione, redatta a luglio 2019 dall'Area Qualità, presenta alcuni elementi ritenuti di interesse tratti dai documenti direzionali maggiormente significativi di ANALISI MEDICHE PAVANELLO srl allo scopo di fornire informazioni e partecipare tutti gli stakeholder della attuale strutturazione dell'Organizzazione.

Inoltre vengono presentati alcuni dati relativamente alle azioni di sorveglianza e controllo dell'Organizzazione nelle attività sanitarie dell'anno 2018 trascorso.

In particolare vengono presentati:

1. L'ORGANIZZAZIONE

2. POLITICA DELLA QUALITA'

3. ORGANIGRAMMA

4. RAPPORTI CON L'UTENTE-PAZIENTE

CUSTOMER SATISFACTION

IMPEGNI DI ANALISI MEDICHE PAVANELLO SRL

5. GESTIONE DEI RECLAMI

RECLAMI ED ELOGI FORMALIZZATI

6. MODALITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO

LA METODOLOGIA FMEA

7. INCIDENT-NEARMISS REPORT

REPORT ANNO 2018

**1-L'Organizzazione:****II GRUPPO PAVANELLO SANITA'**

*Il Gruppo Pavanello Sanità è il nome di bandiera attraverso il quale la società:*

- *Analisi Mediche Pavanello s.r.l.*

*è riconosciuta, dall'utente-paziente di servizi sanitari, attraverso tutte le proprie strutture sanitarie territoriali erogatrici, nelle province di Padova e Venezia, ubicate nelle località di:*

*Padova-Ponte di Brenta, Padova-Guizza, Padova-Centro Storico, Padova-Scrovegni,  
Albignasego (PD) e Piazzola sul Brenta (PD),  
Dolo (VE), Mira (VE), Marghera-Venezia (VE).*

*L'offerta sanitaria è articolata in diverse società e settori allo scopo di fornire:*

- *servizi sanitari convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale/Regionale (accreditamento),*
- *servizi sanitari di tipo privato, non convenzionati con Sistema Sanitario Nazionale/Regionale,*

*a utenti-pazienti residenti o comunque afferenti alle strutture del territorio, in armonia con le indicazioni fornite dalla programmazione regionale e locale e sulla base delle iniziative di imprenditoria privata pianificate dal Team Direzionale, in osservanza alle normative cogenti ed alla legislazione vigente.*

*L'Organizzazione è gestita attraverso una serie di team direttivo-professionali che hanno adottato in tutte le sedi territoriali **Analisi Mediche Pavanello s.r.l.** una gestione strutturata secondo settori funzionali ed aree di responsabilità autonome al fine di favorire la flessibilità operativa e l'efficienza dell'intero sistema, istituendo in tal modo una rete sanitaria in grado di offrire servizi sanitari integrati e diffusi sul territorio.*

*Ogni unità sanitaria territoriale è un punto di accesso all'intera rete dei servizi sanitari offerti, in un'ottica sinergica di collaborazione e riconoscibilità dell'Organizzazione.*

*Nelle unità locali infatti è presente personale in grado di fornire ogni informazione di servizio al pubblico e di procedere con attività di collegamento e collaborazione con le altre sedi territoriali, al fine di favorire sempre l'utente-paziente nel suo percorso sanitario di diagnosi e cura.*

*Le attività riguardano servizi sanitari analitici di laboratorio e servizi sanitari di diagnostica specialistica di branca e servizi poliambulatoriali di medicina specialistica che coprono molteplici discipline.*

*Il personale di accettazione - segreteria è in grado di accogliere qualsiasi richiesta di prestazione e di offrire idonea informazione agli utenti, fornendo anche informazioni relative ad altre strutture sanitarie sia pubbliche che private, presenti sul territorio, al fine di favorire in primis l'utente.*

*Nelle attività ambulatoriali offerte dal gruppo nel suo complesso sono presenti: la medicina di laboratorio con numerosi punti prelievo, la diagnostica per immagini con risonanza magnetica e tomografia computerizzata, la cardiologia oltre a numerose attività poliambulatoriali pluridisciplinari.*

*Ogni unità territoriale sanitaria dispone di personale qualificato per le attività ambulatoriali di prelievo per lo svolgimento degli esami medici di accertamento clinico e diagnostico ed inoltre sono disponibili medici in grado di offrire prestazioni ambulatoriali in molteplici discipline specialistiche.*

*Una particolare sezione inoltre è rivolta ad offrire servizi sanitari di sorveglianza sanitaria, analisi di laboratorio e diagnostica ad aziende di ogni dimensione per le attività di medicina del lavoro.*

*Sono altresì disponibili servizi a carattere non sanitario quali servizi di consulenza in ambito di sicurezza, istituzione di corsi di formazione e servizi di consulenza per analisi in ambiente di lavoro.*

**POLITICA dell'ORGANIZZAZIONE**

Luglio 2019

*E' politica comune del "Gruppo Pavanello Sanità" offrire servizi sanitari di qualità che soddisfino i bisogni e le attese iniziali e successive dei clienti-pazienti, in posizione competitiva rispetto alla migliore leale concorrenza imprenditoriale sul mercato.*

*Il Team Direttivo indica e sviluppa un sistema di gestione dell'organizzazione incentrato sulla pianificazione, la verifica delle attività e delle risorse che concorrono all'erogazione dei servizi sanitari e non sanitari offerti.*

*L'attenzione all'utente-paziente è impegno primario di tutto il personale di ogni singola sede territoriale dell'organizzazione.*

*Il Team Direttivo traccia periodicamente gli obiettivi generali e specifici da perseguire per le attività. Tali obiettivi sono espressi ed esaminati dal Team Direzionale, mediante metodologie di misurazione e di verifica, secondo specifici documenti contestualizzati, al fine di assicurare il corretto rispetto dei principi espressi e l'evoluzione ed il miglioramento dei servizi sanitari offerti.*

*L'Organizzazione valuta l'applicazione, il mantenimento, il miglioramento del proprio Sistema di Gestione in tutte le attività sanitarie, secondo la norma UNI EN ISO 9001, mediante verifica delle prestazioni del sistema, valutando tramite opportuni indicatori il livello dei servizi e dei processi effettuati, con lo scopo di migliorare progressivamente la Qualità tecnico-professionale e organizzativo-gestionale delle proprie strutture sanitarie.*

*Presso ogni struttura sanitaria territoriale è sempre promosso e valutato periodicamente e con continuità:*

- il livello di gradimento e da parte dell'utente-paziente rispetto ai servizi sanitari offerti nel territorio,*
- la segnalazione di apprezzamenti, suggerimenti o disservizi presentati da parte di ogni utente-paziente,*
- il contatto diretto con il personale sanitario e amministrativo servizi oppure la Direzione Sanitaria per sporgere un reclamo scritto in caso di gravi episodi accaduti e per una eventuale loro soluzione,*
- il clima interno di soddisfazione e collaborazione in ambito lavorativo del personale per il miglioramento.*

*Il Team Direttivo inoltre intende perseguire gli obiettivi di miglioramento della sicurezza e salute dei propri utenti-pazienti e degli operatori come parte integrante dell'attività e come scelta strategica, mettendo a disposizione adeguate risorse organizzative, tecnologiche e finanziarie.*

*A tale scopo l'Organizzazione integra progressivamente il proprio Sistema di Gestione implementando un'insieme di azioni e di monitoraggi per la Sicurezza e Salute di utenti ed operatori, rivolgendo il proprio impegno:*

- al rispetto delle prescrizioni di legge ed altre prescrizioni applicabili alle attività svolte;*
- alla prevenzione e protezione dai rischi, alla prevenzione di eventuali infortuni e malattie derivanti dalle attività sanitarie svolte nei propri ambienti, alla promozione di elevati standard di sicurezza e prevenzione;*
- all'implementazione di un sistema di gestione per la sicurezza e salute integrato, basato su istruzioni finalizzate al corretto espletamento dei compiti e monitorato attraverso un'analisi dei rischi;*
- alla definizione e pianificazione di opportuni obiettivi per la sicurezza, al loro monitoraggio e verifica periodica, al fine di migliorare nel tempo le condizioni di sicurezza e salute, con individuazione di aree di miglioramento;*
- al coinvolgimento e partecipazione di tutta la struttura organizzativa, secondo le proprie attribuzioni e competenze, per il raggiungimento degli obiettivi di sicurezza e salute individuati;*
- all'informazione, formazione e addestramento dei propri operatori allo svolgimento dei propri compiti in sicurezza e all'assunzione delle responsabilità in materia di sicurezza e salute;*
- alla consultazione periodica dei lavoratori mediante le funzioni a ciò preposte;*
- al mantenimento di un dialogo improntato alla collaborazione con gli enti locali, le autorità di controllo e con qualunque altra parte interessata, al fine di rendere chiaro e trasparente il percorso in materia di Sicurezza e Salute;*
- al miglioramento continuo delle prestazioni in tema di sicurezza e salute;*
- a fornire le risorse umane e strumentali necessarie.*

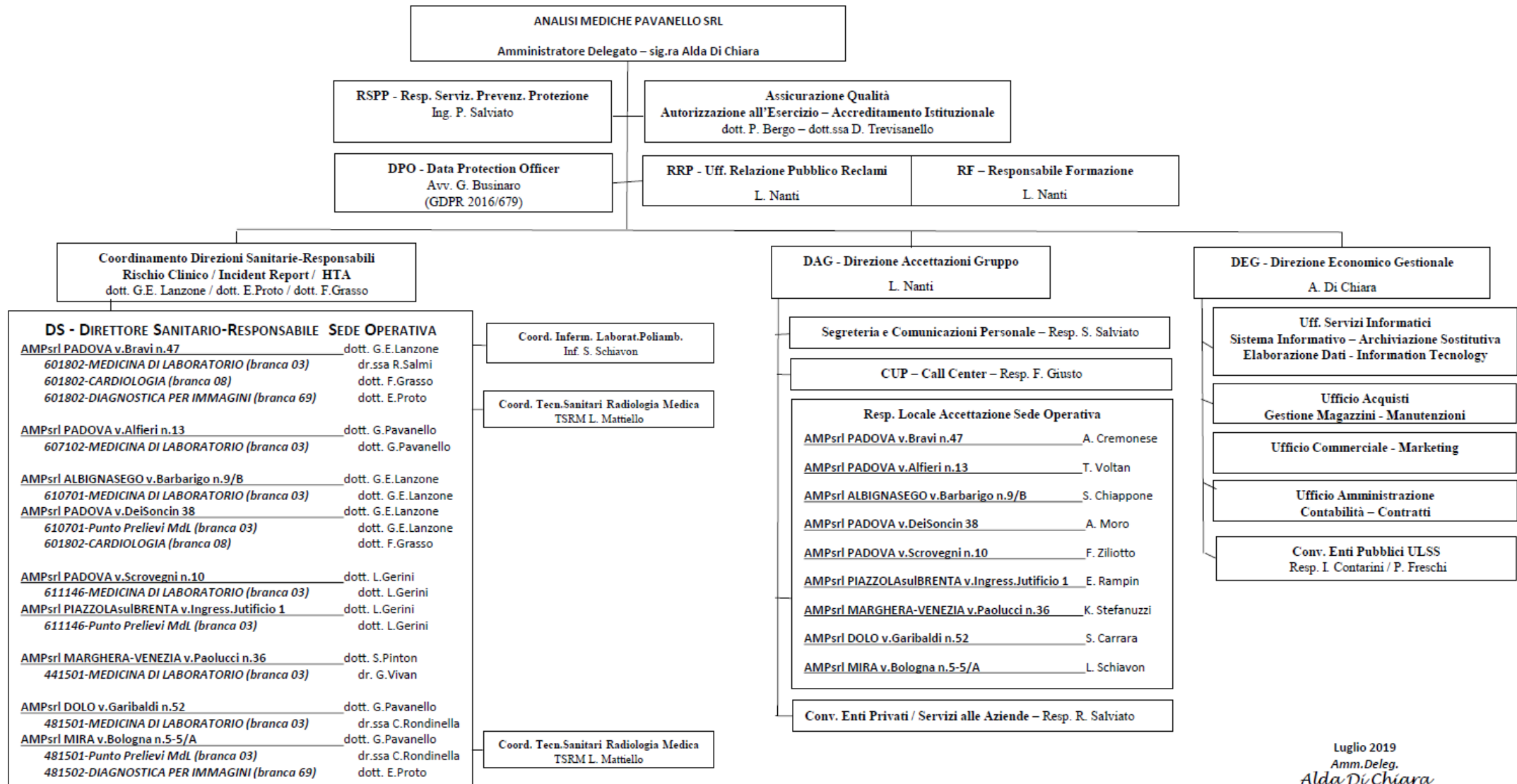
*Un continuo miglioramento del Sistema di Gestione nell'affidabilità dei Servizi Sanitari erogati, nonché in ambito Qualità e Sicurezza-Salute, si ottiene più facilmente attraverso la comunicazione, il coinvolgimento e l'impegno del personale ad ogni livello, per un continuo miglioramento di competitività e di soddisfazione dell'utilizzatore finale: l'utente-paziente. Anche il contributo dell'utente-paziente al raggiungimento degli obiettivi tracciati è determinante. È pertanto favorito un rapporto di assoluta trasparenza e piena comprensione delle informazioni e/o problematiche tecniche reciproche, attraverso comunicazioni dirette ed indirette ad ogni livello.*

*La Direzione ha costituito un gruppo di lavoro con il compito di fornire supporto tecnico ed operativo adeguato alle attività interne ed esterne di valutazione e controllo, legate agli aspetti istituzionali prescrittivi obbligatori e agli schemi normativi organizzativi volontari. Il miglioramento continuo sia nell'ambito dei servizi sanitari offerti che in ambito qualità e sicurezza infatti, può essere ottenuto in modo più efficace attraverso la prevenzione dei problemi piuttosto che dalla loro correzione.*

*La politica complessivamente espressa viene periodicamente revisionata o confermata in occasione del Riesame della Direzione.*

**Amministratore Delegato AMP srl**  
Alda Di Chiara





Luglio 2019  
Amm.Deleg.  
Alda Di Chiara

#### 4-RAPPORTI CON L'UTENTE-PAZIENTE

##### Customer Satisfaction

Nell'anno 2018 si sono raccolte in tutto oltre 2500 questionari campionando un periodo temporale più ampio – 1 mese – per disporre di un volume di dati maggiormente significativo, infatti il campione di risposte ricevute al questionario del 2017 di circa 1000 utenti-pazienti in 1 settimana, mentre nel 2018 ha rappresentato circa il 10 % degli accessi del periodo.

I risultati sono riportati nell'area TRASPARENZA del nostro sito, con tutte le valutazioni effettuate dall'Utenza nell'anno trascorso.

Allargando il periodo temporale si sono raggiunti più utenti ma non in proporzione alla durata della campagna stessa.

La valutazione è complessivamente buona e sono inoltre presenti numerosi encomi, i risultati sono stati postati sul sito in area trasparenza. Le attività da migliorare per l'utenza sono le più varie a seconda della sensibilità personale e della sede di erogazione dei servizi sanitari. Sebbene il gradimento complessivo dei servizi offerti sia già ampiamente soddisfacente (molto buono e buono 97.0%) l'utenza ci chiede di migliorare ulteriormente, in alcuni aspetti riguardanti sia la ricettività delle nostre strutture, sia per quanto riguarda gli aspetti del rapporto operatore sanitario – utente paziente.

L'ultima campagna di raccolta è stata effettuata ad Aprile 2019 e sarà postata sul sito a fine 2019, il modulo è stato variato rispetto all'edizione del 2018 da parte del Servizio Qualità, non solo nell'aspetto e nelle modalità di accesso alla compilazione, ma anche rivedendo gli obiettivi del sondaggio e facendo proposte dirette all'utenza.

##### Richieste dell'Utenza ed Impegni

L'Utenza richiede alle strutture di **Analisi Mediche Pavanello Srl** innanzitutto una maggiore disponibilità di prestazioni convenzionate, non solo per le prestazioni di Medicina di Laboratorio, Diagnostica per Immagini, Cardiologia, già convenzionate ma anche ulteriori branche/specialità (es. Ginecologia, Oculistica, Dermatologia, ecc.).

Non è però facile far comprendere all'Utenza che in base agli accordi economico-contrattuali con le ULSS di riferimento (ULSS6 e ULSS3 – vedi sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE) le strutture sanitarie devono erogare in maniera continuativa senza discriminazione e/o distinzione (età, patologia, sesso, reddito) per tutti i 12 mesi dell'anno in tutti i giorni di apertura. Ciò comporta che i servizi sanitari in regime di convenzione debbano essere erogati in ordine di arrivo della richiesta, quindi non tutte le richieste possono essere soddisfatte giornalmente.

Con le limitazioni imposte dalla Regione Veneto in termini di prestazioni sanitarie complessivamente erogabili (budget) dalle strutture sanitarie private convenzionate, non ci sono risorse economiche a disposizione per eseguire un maggior numero di prestazioni nelle branche convenzionate né in nuove branche specialistiche, poiché il budget già esiguo verrebbe comunque ripartito e conseguentemente terminato ancor più velocemente.

##### IMPEGNI DI ANALISI MEDICHE PAVANELLO SRL

La Direzione, dall'analisi complessiva delle informazioni e delle richieste dei passati anni raccolte attraverso il Questionario di Valutazione e desunte dai Reclami, con l'auspicio che tali impegni possano essere atti tangibili per dimostrare l'attenzione che l'Organizzazione rivolge alla propria Utenza nel miglioramento della qualità dei servizi offerti, ha deciso di sviluppare alcuni progetti di miglioramento.

###### Per l'anno 2018:

- Aumentare gli **spazi ambulatoriali della sede di Mira con costruzione di nuovo piano terra** per erogare **Risonanza Magnetica, la TAC, la Mammografia con Tomosintesi, oltre alla Radiologia Tradizionale con Ortopantomografia e le Ecografie**, al fine di aumentare la tipologia delle prestazioni sanitarie all'Utenza, erogabili della branca di Diagnostica per Immagini;
- Attivare alcuni **ambulatori specialistici per la sede di Piazzola sul Brenta**, allo scopo di offrire prestazioni sanitarie di poliambulatorio all'Utenza nelle specialità di: **Cardiologia, Ginecologia, Dermatologia, Allergologia, Urologia, Scienza dell'Alimentazione**;
- Estendere la **firma grafo-metrica per l'Utente nella raccolta dei Consensi Informati (Privacy e Prestazioni)**, al fine di ridurre l'utilizzo della carta e favorire l'archiviazione sostitutiva in formato elettronico dei documenti dell'Utente, primo passo per la costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

###### Nel prossimo biennio 2019-2020:

- Offrire all'Utenza locale territoriale le prestazioni della **branca di Diagnostica per Immagini: Risonanza Magnetica, Tac, Radiologia Tradizionale, Ecografie nella nuova sede di Mira in regime di convenzione con il SSN** stipulando apposito Accordo Contrattuale (budget stimato di 200.000 euro/anno);
- Sviluppare per l'Utenza servizi informatici innovativi come il servizio di **prenotazione on-line** ed analogamente il servizio di **pagamento on-line**, con fatturazione elettronica conseguente, per le principali prestazioni sanitarie offerte dalle sedi di Analisi Mediche Pavanello Srl;
- Estendere per l'Utenza delle strutture che già da tempo usufruisce del servizio di Referti On-Line per la Medicina di Laboratorio anche la possibilità di scaricare i **Referti On-Line anche per la branca specialistica di Diagnostica per Immagini** (Radiologia / Risonanza Magnetica / TAC / ecc. ), per poi estendere tale possibilità ad ulteriori specialità ambulatoriali nel prossimo futuro.

### **5-Gestione dei Reclami**

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 formalizzare un reclamo e preferisce comunicare a voce le proprie considerazioni. In questo caso il paziente può rivolgersi all'ufficio URP contattandolo sia telefonicamente che scrivendo una mail. Al fine di analizzare in modo idoneo la fattispecie, qualora la risoluzione del problema non sia di immediata compiutezza, 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 intrapreso, conseguentemente all'istanza comunicata.

2. Verso l'organizzazione interna. Infatti dopo aver ricevuto il reclamo, o registrato il reclamo per il paziente, il personale dell'URP dopo una fase di analisi, sottopone il reclamo al Responsabile dell'ambito di riferimento (Direttore sanitario, Direttore generale o resp. 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 p.to 4)

### **Reclami ed Elogi Formalizzati 2018**

Il Numero di Reclami ed Elogi registrati nell'anno 2018 è stato di 13 reclami ed 8 elogi.

Reclami:

6 Imputabili a errato comportamento da parte del personale dell'organizzazione (3 personale Accettazione; 1 personale Medico; 1 Infermiere; 1 Tecnico di Radiologia). 7 Relativi a malintesi o disguidi di organizzazione interna delle strutture.

Tutti i reclami sono stati gestiti in tempi mediamente rapidi presentando formali scuse all'utente, cercando di ridurre il disagio arrecato ed apportando, ove necessario, opportune misure correttive e preventive.

Elogi:

8 elogi formalizzati attraverso: lettere, mail, telefonate, riguardanti la gentilezza, professionalità e celerità degli operatori (4 personale Call Center 2 personale Infermieristico; 2 personale Accettazione - 4 Call Center / 2 Act e Prel Ponte di Brenta / 2 Act Mira).

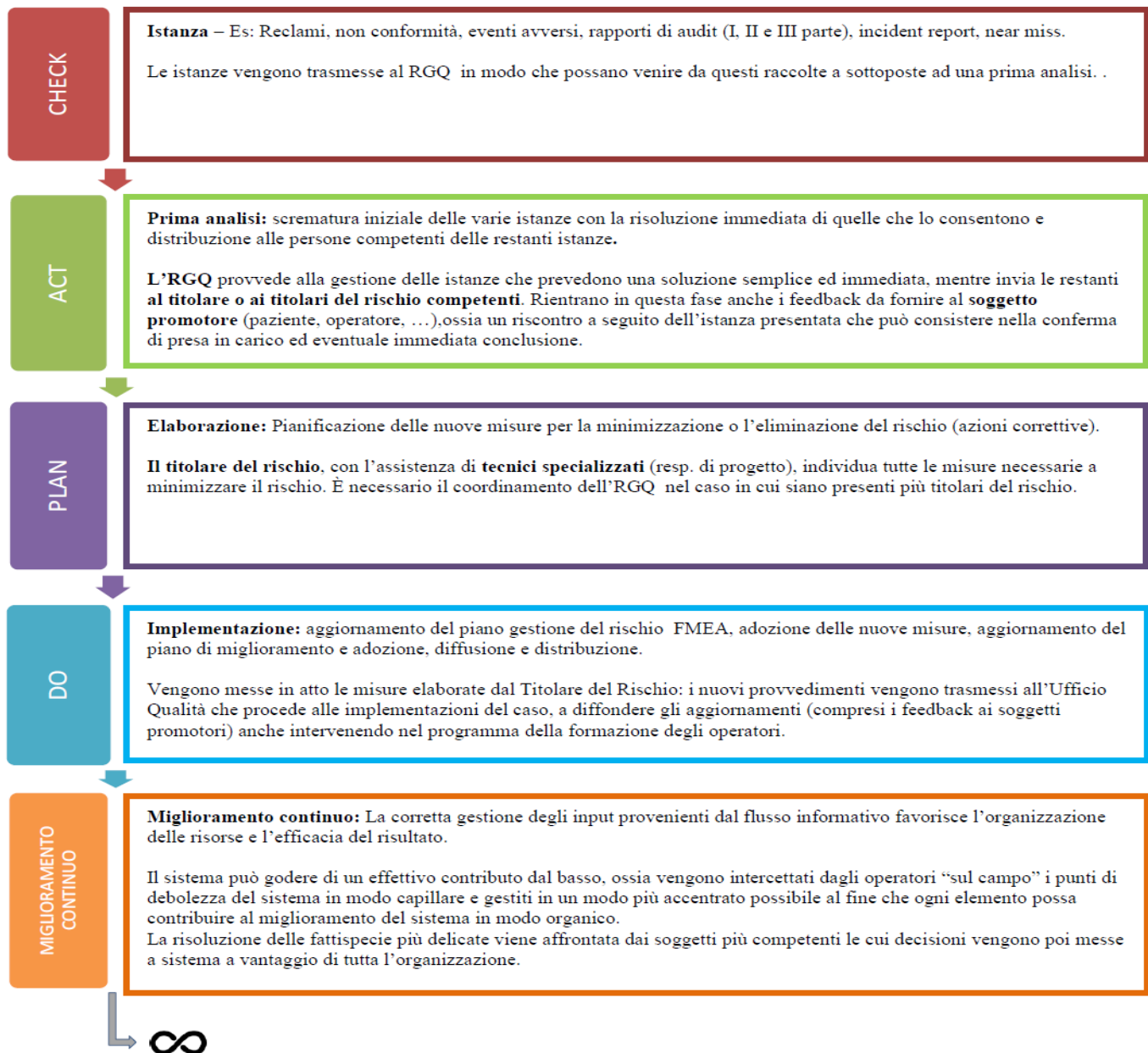
### **Commento**

Tutte le situazioni (12) sono state gestite in tempi rapidi dall'ufficio con esito soddisfacente. La Direzione Accettazioni – Lucilla Nanti – in collaborazione con la Direzione Sanitaria di coordinamento, esaminati i reclami pervenuti, ha poi aperto una serie di NC nei confronti dei collaboratori (Dipendenti e Liberi Professionisti) e successivamente intraprese opportune azione di trattamento per superare le problematiche evidenziate dai pazienti, allo scopo di ridurre il disagio creato.

L'analisi complessiva dei Reclami non rileva una carenza diffusa nei servizi sanitari erogati, ma solo episodi diversi/disgiunti/sporadici nelle specifiche branche LAB / DXI / CAR / POL , rispetto ai volumi di attività gestiti nell'anno 2018.

**6-MODALITA' DI GESTIONE DEL RISCHIO****La Metodologia FMEA**

Il modus operandi prevede l'uso della metodologia FMEA –(Failure Mode and critical Effect Analsys), che è uno strumento per la gestione del rischio in un'ottica di riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la cui funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi - metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale. 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. 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. Con cadenza semestrale inoltre le valutazioni effettuate con metodo FMEA a seguito del monitoraggio possono subire una revisione in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate e della loro effettiva efficienza ed efficacia. 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.



### **7-INCIDENT REPORT Incident-NearMiss Report**

In materia di rischio clinico e sicurezza del paziente con la D.G.R. n. 2501 del 6 agosto 2004, in attuazione della L.R. n. 22/2002 relativa all'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali, sono stati approvati i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale, tra cui è stata richiesta la presenza in ogni struttura sanitaria: di apposita scheda/reporting per la segnalazione degli eventi avversi, di un Clinical Incident Reporting System operativo nell'organizzazione – ora la Regione del Veneto aveva avviato, presso alcune Aziende, una fase sperimentale di applicazione del sistema di incident reporting che poi, con la DGR n. 2255 del 30.12.2016, ha trovato definitiva applicazione ed estensione in tutte le Strutture Sanitarie della Regione, mediante libero accesso al Portale Sanità attraverso una piattaforma dedicata.

### **Report 2018**

Rispetto al volume delle prestazioni erogate sono stati rilevati solo 7 episodi significativi distribuiti secondo la sottostante tabella:

sede	N°	attività
PADOVA – Ponte di Brenta	1	1 Postdiagnostica RADIOLOGIA (episodio gastrovagale utente)
PADOVA – Guizza	0	
PADOVA – Scrovegni	0	
Piazzola sul Brenta - PD	1	Prelievi – LABORATORIO (lieve malore utente)
Albignasego – PD	1	Prelievi – LABORATORIO (vertigine utente)
PADOVA –Centr.Stor.	0	
DOLO – VE	0	
MIRA – VE	2	1 Prelievi LABORATORIO (incidente infermiere)
VENEZIA - Marghera	0	1 Prediagnostica RADIOLOGIA (attacco di panico utente)

#### **Commento:**

Rispetto al volume delle prestazioni sanitarie complessivamente erogate da tutte le nostre strutture sanitarie le rilevazioni effettuate sono molto basse. Nel 2018 il Coordinamento Direzione Sanitaria/Branca, in un'ottica maggiormente estesa di valutazione del Rischio Clinico, ha avviato delle modalità di raccolta più estese atte a rilevare qualsiasi problematica, non necessariamente solo collegata all'attività sanitaria svolta (le segnalazioni fino ad oggi raccolte esulano infatti dagli scopi previsti per l'inserimento dati del portale istituzionale).

Per aumentare la sensibilità del personale tecnico-sanitari e medico-specialistico alle segnalazioni, che permetterebbero di avere anche un ulteriore mezzo per la valutazione del Rischio Clinico, il Coordinamento Direzione Sanitaria ha richiesto una modalità più immediata di segnalazione attraverso un applicativo informatico e una formazione diffusa in merito all'Incident Report.