



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER – OTTOBRE 2024

Poliambulatorio San Nicolò - Alliance Medical Diagnostic Srl

Emissione: 19/12/2024

Quality, Safety and Accreditation Manager: V. Manzi

Alliance Medical Diagnostic Srl

FUNZIONI
Managing Director
Head of HR & Integration
Head of Finance
Head of IT
COO Statics & Head of Purchasing
Head of Commercial & COO Mobile Unit
COO Clinics
CMO & Business Development Mng
Head of Legal, Compliance & Privacy

- ▶ Aggiornamento ADC e ADR
 - Contesto Interno/Esterno
 - Parti Interessate Rilevanti
 - Risk Assessment
- ▶ Il Campo di Applicazione del SGQ
- ▶ Mappa dei processi Clinics
- ▶ Piani di sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali
- ▶ Processi di Comunicazione
- ▶ Politica della Qualità
- ▶ Organizzazione
- ▶ Obiettivi e KPI
 - Fermi macchina
 - Soddisfazione dei Clienti
 - Valutazione dei Fornitori
 - Valutazione del Personale Sanitario

- ▶ Reclami e Incident Reporting
- ▶ Audit Amministrativo e Clinico
- ▶ Formazione e Sviluppo
- ▶ Azioni di Miglioramento
 - Aggiornamento Struttura DBM
- ▶ Progetti in corso e completati

Aggiornamento ADC e ADR

L'aggiornamento dell'Analisi del Contesto è stato effettuato nel mese di maggio con la partecipazione degli OM e dei supporti QSA. In particolare, è stata introdotta la valutazione del cambiamento climatico come fattore rilevante.

A valle dell'analisi effettuata sono:

- riesaminati il campo di applicazione del SGQ e la Politica della Qualità
- proseguite le attività di implementazione dell'approccio di tipo «risk based thinking» e adozione del ciclo PDCA (plan-do-check-act)

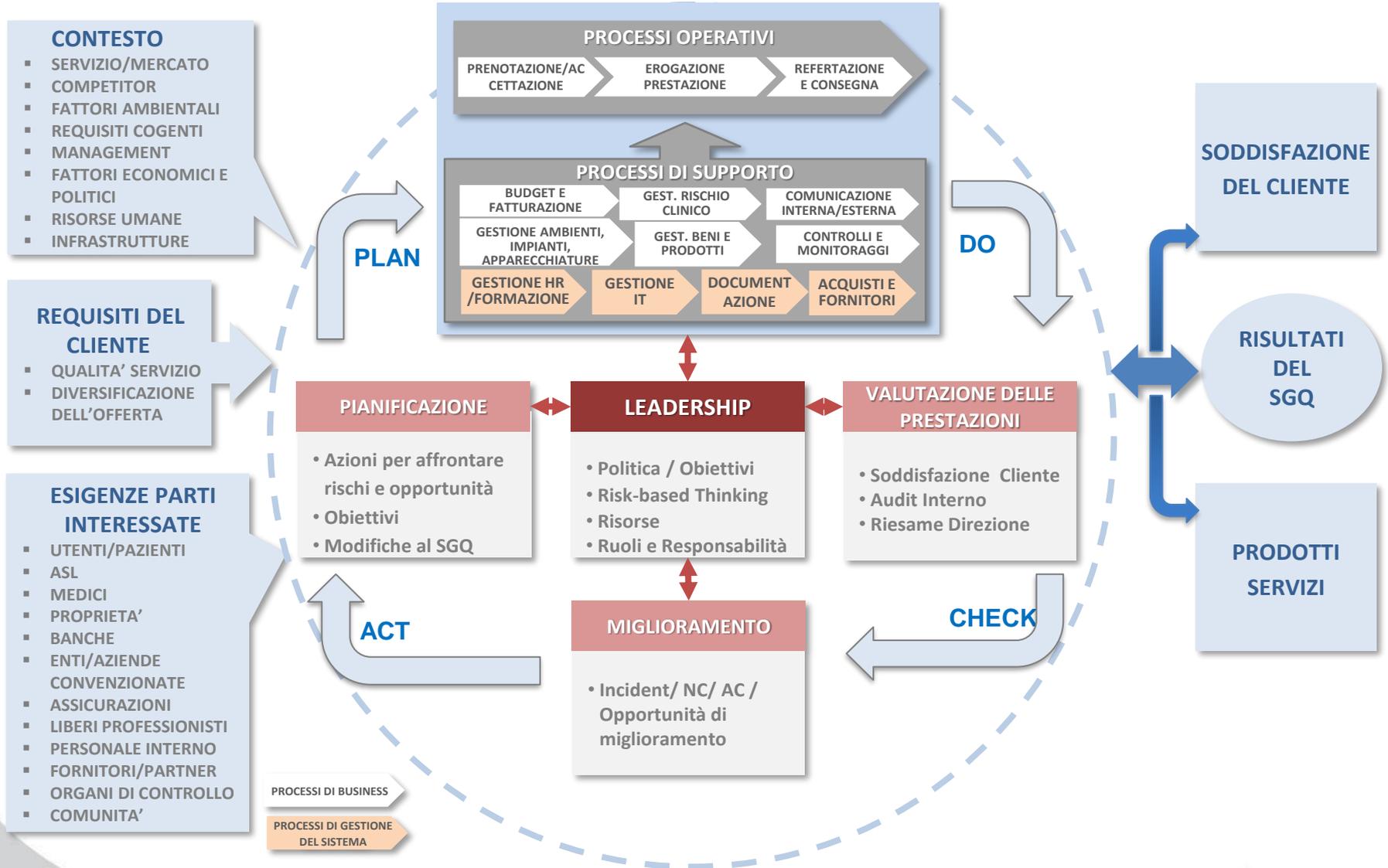
A partire dall'analisi del Contesto e dalla combinazione di punti di forza, debolezza, opportunità e rischi individuati/verificabili

- Vengono definiti **obiettivi ed indicatori** nuovi e più ampi;
- Vengono messe in atto specifiche **azioni di miglioramento**;
- Vengono e realizzati **progetti** volti alla mitigazione dei possibili rischi e comunque al raggiungimento degli obiettivi



Il Campo di applicazione del SGQ

POLIAMBULATORIO SAN NICOLO'



MAPPA DEI PROCESSI

PROCESSI CLINICS

PROCESSI GRUPPO
ALLIANCE MEDICAL

INPUT

PROCESSI OPERATIVI POLIAMBULATORIO SAN NICOLO'

PRENOTAZIONE / ACCETTAZIONE

EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

REFERTAZIONE E CONSEGNA

OUTPUT

UTENTI / ENTI CONVENZIONATI:

ATI:
Qualità della prestazione
diagnostica/vista
medica

ASL:

Rispetto del
Budget

ENTI DI CONTROLLO:

Requisiti
Accreditamento

PERSONALE:

Sviluppo
Organizzativo,
formazione, know-
how,
comunicazione,
sicurezza

FORNITORI/ PARTNER:

Rispetto contratti

PROPRIETA'

Rendimento

INPUT

- ✓ Richiesta di informazioni
- ✓ Richiesta di prenotazione (prestazione diagnostica/visita medica)
- ✓ Esami precedenti
- ✓ Prescrizione medica

- ✓ Appuntamenti pianificati
- ✓ Esami precedenti
- ✓ Esigenze di utilizzo farmaci/presidi

- ✓ Prestazioni diagnostiche / visite
- ✓ Incident / reclamo
- ✓ Guasti
- ✓ Questionari di soddisfazione utente

VINCOLI

Budget ASL, Piani di Manutenzione, Organizzazione, Normative Privacy, Sicurezza, Accreditamento, Procedure Interne

ATTIVITA'

- PRESA IN CARICO RICHIESTA
- GESTIONE AGENDE
- APPUNTAMENTO
- INFORMAZIONE PREPARAZIONE (EVENTUALE)
- VERIFICA DOCUMENTAZIONE (APPROPRIATEZZA)
- FATTURAZIONE
- GESTIONE CASSA

- COLLOQUIO ANAMNESTICO
- RACCOLTA CONSENSO INFORMATO
- REGISTRAZIONE / SOMMINISTRAZIONE MDC
- GESTIONE DISPOSITIVI SICUREZZA
- ESECUZIONE PRESTAZIONE

- REFERTAZIONE
- CONSEGNA REFERTO
- ELABORAZIONE FLUSSI ASL
- GESTIONE INCIDENT/RECLAMI
- ANALISI KPI
- ANALISI SODDISFAZIONE UTENTE

RESP.

CPA, FRONT OFFICE, OPERATIONS

**MEDICO, TSRM, ANESTESISTA,
INFERMIERE, FRONT OFFICE**

MEDICO, FRONT OFFICE, OPERATIONS, CPA

OUTPUT

- ✓ Prenotazione su gestionale
- ✓ Moduli di Preparazione
- ✓ Cartella paziente
- ✓ Consenso Privacy
- ✓ Fattura
- ✓ Flusso alla ASL

- ✓ Consenso informato
- ✓ Registro Lotto MDC
- ✓ Registrazione esame
- ✓ Registro/schede manutenzione
- ✓ Inventario farmaci

- ✓ Referto (consegna/invio)
- ✓ Flussi ASL
- ✓ Incident / reclamo gestito
- ✓ Customer satisfaction

GESTIONE IT

BUDGET E
FATTURAZIONE

DOCUMENTAZIONE

GESTIONE BENI E
PRODOTTI

PROCESSI DI SUPPORTO

GESTIONE AMBIENTI,
IMPIANTI, APPARECCHIATURE

CONTROLLI E
MONITORAGGI

ACQUISTI E
FORNITORI

COMUNICAZIONE
INTERNA/ESTERNA

GESTIONE HR /
FORMAZIONE

GESTIONE
RISCHIO CLINICO

Informazioni /
Prenotazioni
Prestazione

Referti

Fatture A Clienti
(Utenti / Enti
Convenzionati)

Informazioni Su
Eventi Avversi

Comunicazione
Offerta (Carta Dei
Servizi)

Contratto Asl,
Flussi Asl

Dossier Incident /
Reclami
Assicurazioni;
Audit Clinici

Professionaliz-
zazione Risorse
Interne

Ordini/ Contratti
Fornitura

Budget/ Forecast

Piani di Sicurezza e applicazione

Raccomandazioni Ministeriali

REQUISITO

Piano Annuale Sicurezza Cure e Gestione Rischio Sanitario

Piano Annuale Emergenze Sanitarie

Piano Annuale per Riduzione Infezioni correlate all'Assistenza

Applicazione e diffusione Raccomandazioni su Rischio Clinico

CONTROLLI E MONITORAGGI APPLICATI CON ESITO POSITIVO

- ✓ Presenza di cartellonistica informativa (es. laser, rischio rx, RM)
- ✓ Controllo Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente
- ✓ Gestione della cadute (analisi rischi, rilevazione eventi, monitoraggio)

- ✓ Diffusione aggiornamento Procedura Gestione Emergenze
- ✓ Controlli su carrello emergenza e Defibrillatore
- ✓ Gestione Farmaci
- ✓ Formazione PS e Gestione BLS

- ✓ Controlli Legionella secondo procedura
- ✓ Presenza di cartellonistica informativa Prevenzione Rischio Biologico
- ✓ Corretta compilazione controlli pulizia e sanificazione ambienti secondo procedura
- ✓ Aggiornamento periodico DVR

- ✓ Corretta identificazione del paziente (PG Percorso Utente, PG RIS-PACS, IO anagrafica paziente, Barcode)
- ✓ Applicazione controlli Procedura Audit Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente
- ✓ Applicazione Procedura Incident Reporting (Software Caterpillar)
- ✓ Applicazione Procedura Reclami
- ✓ Analisi Customer Satisfaction
- ✓ Formazione comunicazione con paziente al F.O.

EVENTUALI PIANI DI AZIONE / MIGLIORAMENTO

- Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)

- Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)

- Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)
- Aggiornamento Procedura Lavaggio mani

- Sensibilizzazione continua su identificazione e analisi farmaci LASA
- Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)

Processi di Comunicazione

PRINCIPALI PROCESSI DI COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

CHI	COSA	COME	DESTINATARI
FRONT OFFICE	Informazioni varie	<ul style="list-style-type: none"> Messaggistica istantanea Google Social Media: Facebook, Instagram, LinkedIn 	UTENTI
FRONT OFFICE / MEDICI	Preparazioni per accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> Verbale Cartaceo 	
OPERATIONS / DS	Referto	<ul style="list-style-type: none"> Cartaceo, Posta/corriere Referti online 	
FRONT OFFICE	Carta dei Servizi / Diritti e Doveri Utente	<ul style="list-style-type: none"> Esposizione in bacheca/front office Sito internet 	ASL
FRONT OFFICE	Disponibilità agende CUP	<ul style="list-style-type: none"> E-mail 	
FRONT OFFICE	Prestazioni effettuate in convenzione	<ul style="list-style-type: none"> Flussi ASA 	PERSONALE INTERNO
MANAGEMENT ALLIANCE MEDICAL	Obiettivi aziendali, avanzamento progetti, dati di business, customer criticità e definizione PDA	<ul style="list-style-type: none"> Meeting Gruppo, riunioni interne Conference call, e-mail Newsletter (Marketing / Privacy) 	
QSA	Procedure e strumenti per il SGQ, Incident	<ul style="list-style-type: none"> E-mail MS Teams Caterpillar (Software Incident Reporting) 	
CPA	Raccolta, Analisi ed Elaborazione dati di Customer	<ul style="list-style-type: none"> Totem/e-mail/QR code Report mensile 	

Formulazione del Campo di Applicazione

Il SGQ Del Poliambulatorio San Nicolò si applica alla *gestione ed erogazione di servizi di diagnostica medica per immagini, presso il centro* (Cert. n° 08/11044A).

Le strutture che rientrano nel SGQ sono:

CLINICS			
STUDIO RADIOLOGICO CENTOCANNONI	POLIAMBULATORIO LOSAM	ISTITUTO PRATESE DI RADIODIAGNOSTICA - SEDE DI POGGIO A CAIANO	IL CENTRO
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	POLIAMBULATORIO SAN NICOLÒ'	ISTITUTO PRATESE DI RADIODIAGNOSTICA - SEDE DI PRATO	PO.MED
CENTRO STUDI RADIOLOGICI	LINEA MEDICA	ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO	ISTITUTO ANDREA VESALIO
CENTRO RADIOLOGICO LISSONESE	ISTITUTO ANDREA CESALPINO	CENTRO RICERCHE CLINICHE	SAN PAOLO RADIOLOGIA

Il Poliambulatorio San Nicolò adotta la Politica della Qualità definita dal Gruppo Alliance Medical e riformulata il **13/04/2022**.
Il documento è esposto presso la sede del centro diagnostico a disposizione degli utenti.

- **Massima attenzione alla Qualità**
- **Soddisfazione del Cliente**
- **Miglioramento continuo**
- **Risk-based thinking**

	POLITICA PER LA QUALITA'	Mod.03.1
		Rev. 8
		Aggiornato al 13/04/2022
		Pag. 1 di 1

La **Missione Strategica** del Gruppo Alliance Medical, qui inteso come attualmente composto dalle Società Alliance Medical Italia srl, Alliance Medical Srl e Alliance Medical Diagnostic srl ed ogni loro Società controllata, nonché dalle società che saranno eventualmente oggetto di futura acquisizione, è fornire prestazioni a favore di strutture sanitarie, ASL e Pazienti, perseguendo, nell'ottica della centralità del Cliente, un alto livello di qualità e ponendosi come riferimento nel mercato a supporto del servizio sanitario pubblico e privato.

La **Politica per la Qualità** aziendale è orientata a soddisfare le esigenze del Cliente e delle altre Parti Interessate rilevanti (personale aziendale, fornitori, partner, enti e pubblica amministrazione, comunità), ponendo la massima attenzione alla qualità del servizio erogato e garantendo:

• COLLABORAZIONE

Noi lavoriamo insieme per tutti i nostri pazienti. Rispettiamo le reciproche competenze, rafforziamo le partnership con i fornitori strategici per garantire la qualità dei prodotti e servizi offerti e collaboriamo, ognuno con la propria expertise, per raggiungere risultati sempre migliori.

• ECCELLENZA

Non accettiamo nessun compromesso. Ci sforziamo sempre di offrire un servizio ottimale per assicurare la migliore qualità possibile. Trattiamo i nostri pazienti con empatia, rispetto e attenzione alla loro dignità.

• EFFICIENZA e IMPRENDITORIALITA'

Nel settore sanitario essere efficienti significa offrire a più pazienti possibile un servizio diversificato e di qualità. Cerchiamo sempre nuove soluzioni per gestire le risorse a nostra disposizione con intelligenza e fare in modo che le persone vivano la loro vita al meglio.

• VALORIZZAZIONE DEL KNOW HOW

La conoscenza e la comprensione dei fenomeni è frutto dell'apprendimento. In Alliance Medical facciamo in modo di garantire lo sviluppo delle nostre conoscenze, promuovendo l'informazione e la formazione del personale per favorirne la crescita professionale e di innovare e migliorare sempre il nostro modo di lavorare.

Nell'ottica del miglioramento continuo, si pongono quali **obiettivi per la Qualità**:

- Monitorare costantemente la soddisfazione del Cliente allo scopo di offrire servizi che assicurino la migliore qualità possibile;
- Ampliare l'offerta e potenziare la qualità assistenziale, tecnico-professionale ed organizzativa delle prestazioni, garantendo una costante innovazione tecnologica, al fine di rispondere adeguatamente alle esigenze del mercato nel pieno rispetto delle normative vigenti;
- Garantire la sicurezza degli operatori e degli utenti anche attraverso una costante analisi della segnalazione degli eventi avversi (incident reporting), al fine di predisporre azioni correttive e di miglioramento volte a minimizzare i rischi, nell'ottica di garantire elevati livelli di qualità;
- Valorizzare la professionalità delle risorse umane anche attraverso un processo di apprendimento continuo, al fine di garantire lo sviluppo delle conoscenze e di innovare e migliorare il modo di lavorare;
- Presidiare i processi strategici per il business, promuovendo l'utilizzo del risk - based thinking.

Lisone, 13/04/2022

Quality Manager
Head of Quality, Safety and Accreditation



Gli **Obiettivi per la Qualità** che intende perseguire sono:

- ✓ Monitorare costantemente la **soddisfazione del Cliente** allo scopo di offrire servizi che assicurino la migliore qualità possibile;
- ✓ Ampliare l'**offerta** e potenziare la qualità assistenziale, tecnico-professionale ed organizzativa delle prestazioni, garantendo una costante **innovazione tecnologica**, al fine di rispondere adeguatamente alle esigenze del mercato nel pieno **rispetto delle normative vigenti**;
- ✓ Garantire la **sicurezza degli operatori e degli utenti** anche attraverso una costante analisi della segnalazione degli eventi avversi (*incident reporting*), al fine di predisporre azioni correttive e di miglioramento volte a minimizzare i rischi, nell'ottica di garantire elevati livelli di qualità;
- ✓ Valorizzare la **professionalità delle risorse umane** anche attraverso un processo di apprendimento continuo, al fine di garantire lo sviluppo delle conoscenze e di innovare e migliorare il modo di lavorare;
- ✓ Presidiare i processi strategici per il business, promuovendo l'utilizzo del **risk - based thinking**.

A Febbraio 2024 il Gruppo Alliance Medical (a livello Europeo) è stato acquisito da iCON Infrastructure Partners VI L.P., sostituendosi in tal modo ai precedenti azionisti.

I livelli di responsabilità e di autorità di dettaglio sono definiti secondo l'Organigramma definito dalla Direzione HR (**Mod.03.3 Organigramma**).

Ogni divisione ha il proprio Organigramma di riferimento, che viene costantemente monitorato dalla Direzione HR al fine di tenere sotto controllo eventuali variazioni dell'organico.

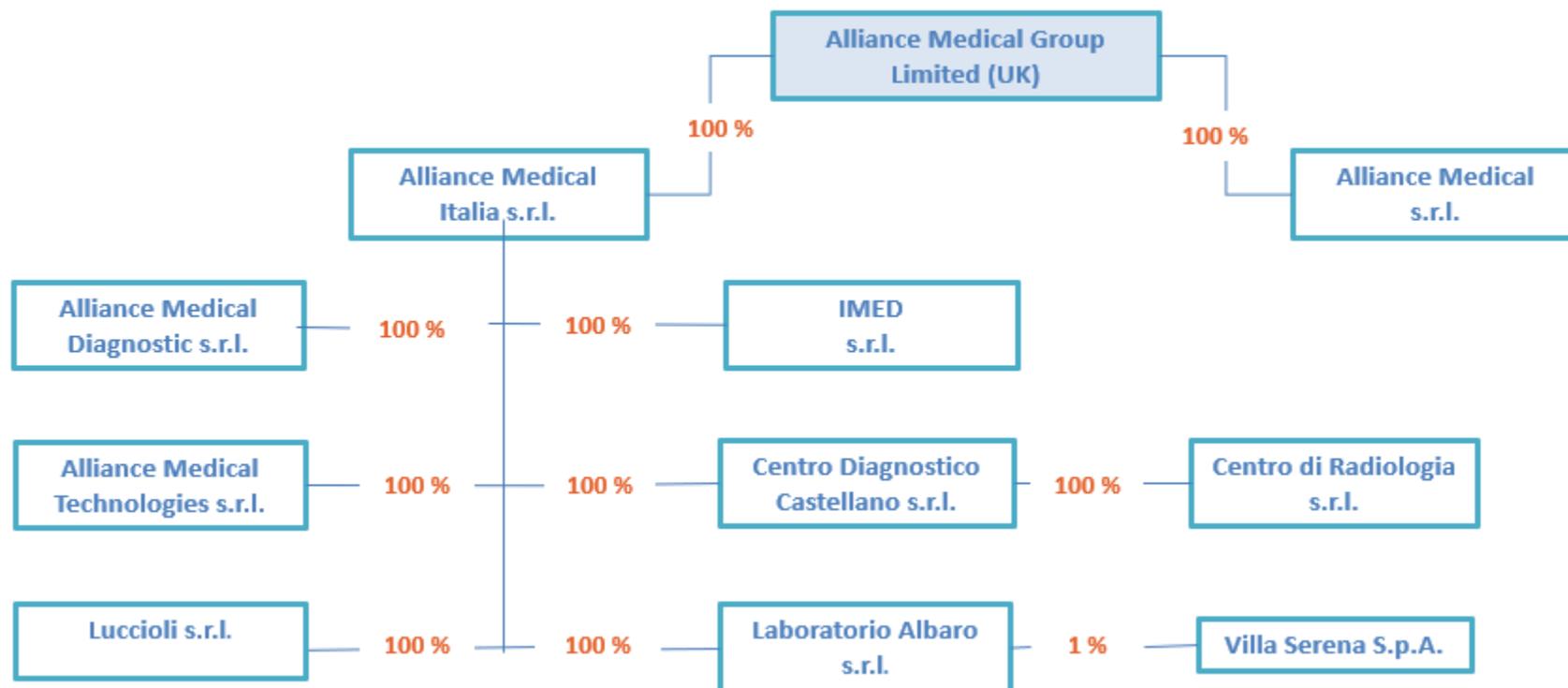
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi tramite Teams.

Ogni variazione dell'assetto organizzativo viene comunicata internamente da HR a mezzo di «Comunicati Organizzativi».

❖ Principali modifiche organizzative:

- Riorganizzazione struttura **Regional Operations Manager**: AREA 1 (Lombardia – Veneto – Emilia), AREA 2 (Liguria – Piemonte), AREA 3 (Toscana – Lazio – Umbria) Comunicato organizzativo del 15/05/2024
- Assegnato il ruolo di Clinical Risk manager (**CRM**) comunicato organizzativo del 30/09/2024

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



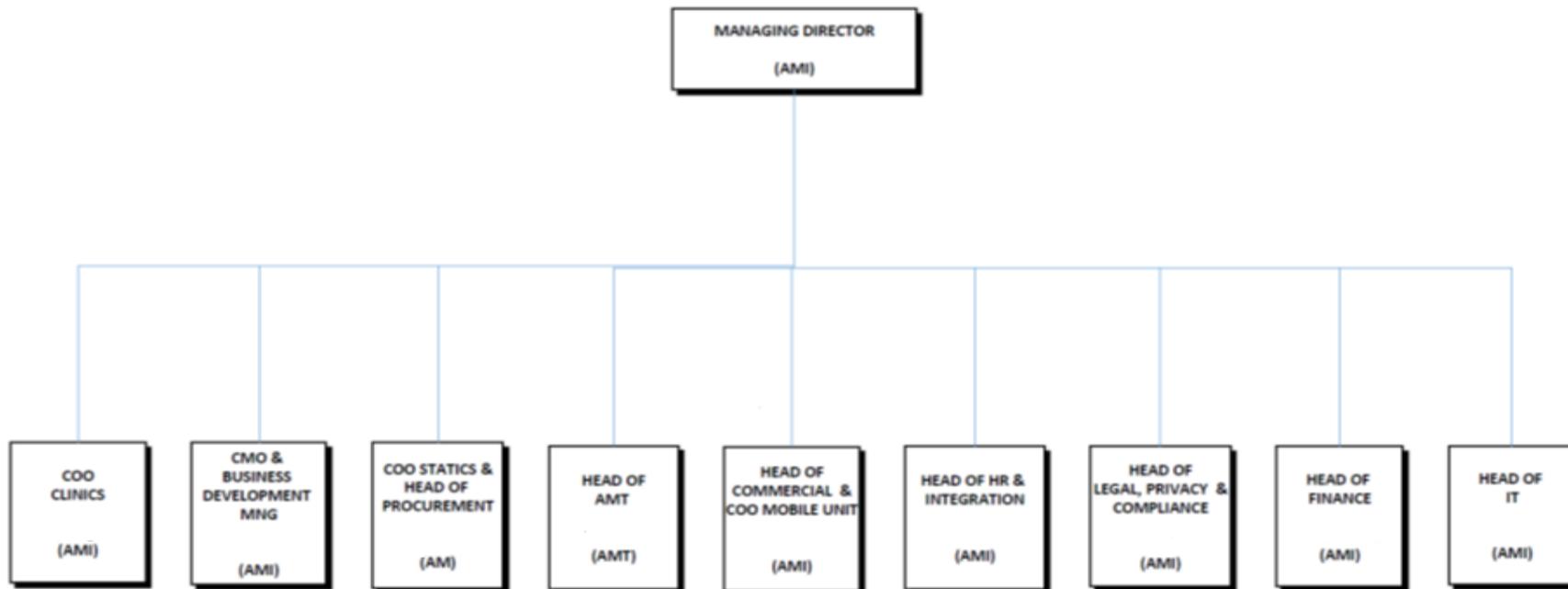
Organizzazione

Alliance Medical Group Italy

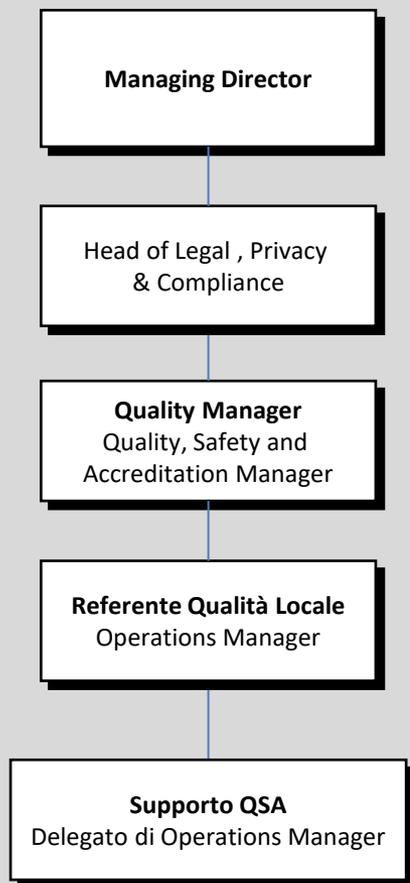


ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

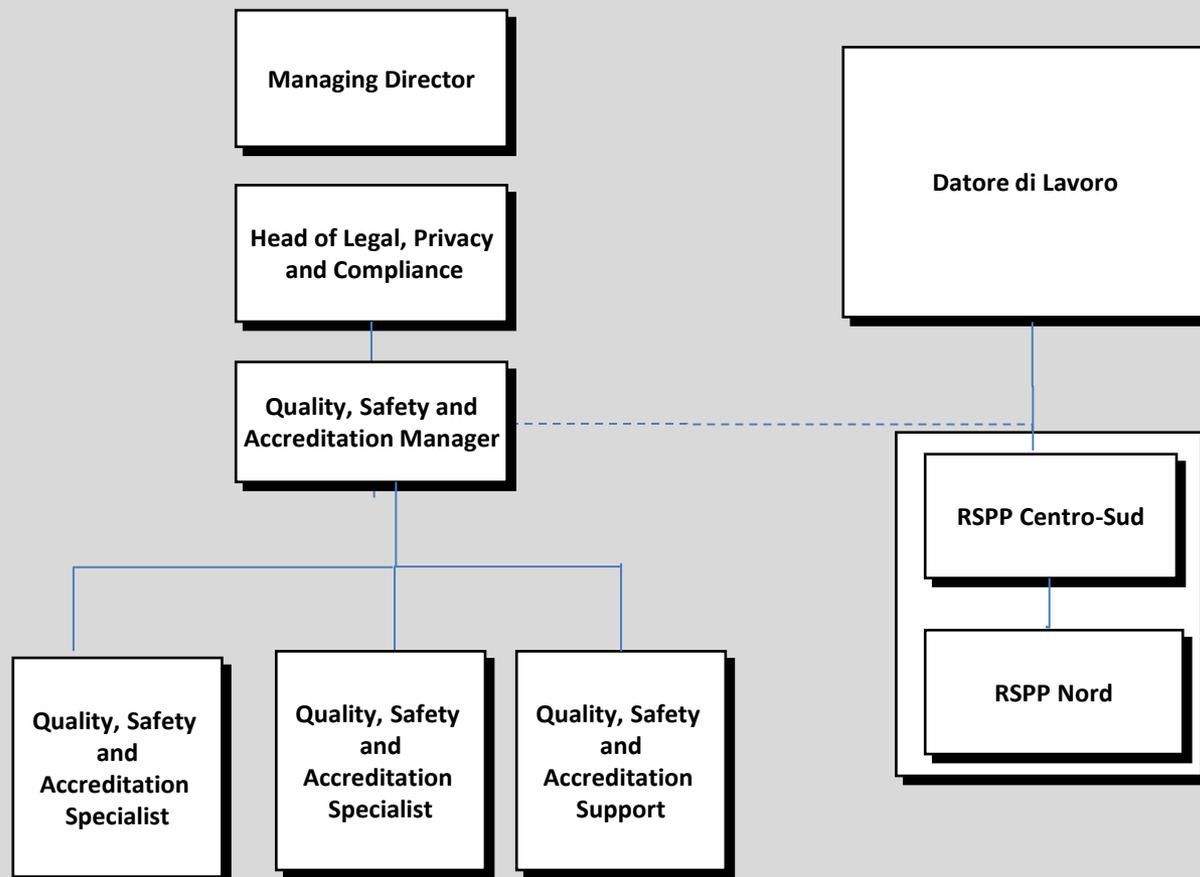
Mod.03.3 Organigramma
Rev.1 Direzione HR



Funzionigramma Qualità



Organigramma Quality, Safety and Accreditation



Dall'analisi del Quadro obiettivi (Mod.03.5) I risultati monitorati alla fine del FY2024 sono in linea con gli obiettivi previsti, come ad esempio:

Elementi di miglioramento:

- ▶ Utilizzo oltre 100% budget ASL
- ▶ Raccolta questionari Customer > 2%

Elementi di attenzione:

- ▶ % Overall Satisfaction vs obj < 90%
- ▶ % Net Promoter Score vs obj < 90%

ANALISI DEL CONTESTO
E DELLE PARTI
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2023/2024

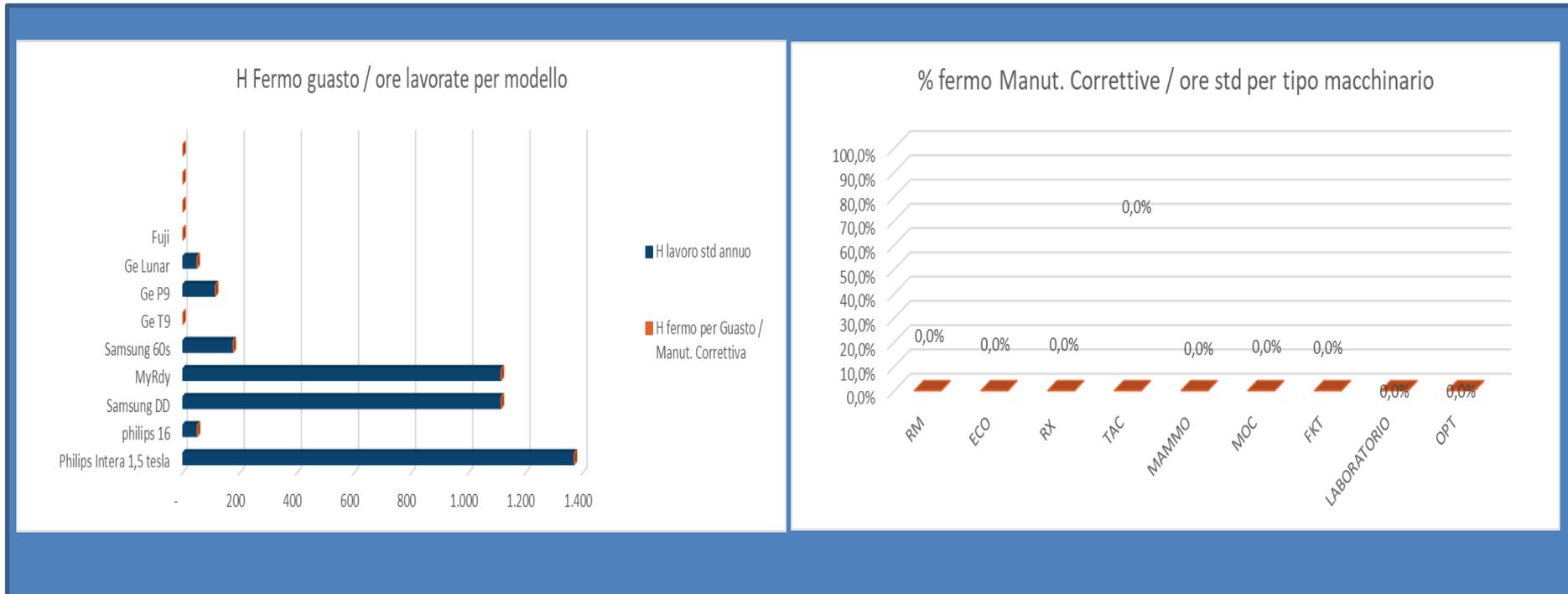
- ▶ Portale Caterpillar
- ▶ Implementazione nuovo Database del Miglioramento
- ▶ Modalità di raccolta dei questionari customer
- ▶ Software Sincroware per impianti

Analisi Fermi Macchina

Il monitoraggio dei Fermi Macchina viene effettuato mensilmente da Operations con la rilevazione delle ore di lavoro standard per macchinario per mese e i dati di fermo per tipologia (es. manutenzione programmata, guasto, manutenzione straordinaria) al fine di valutarne l'impatto sulla produttività dell'apparecchiatura.

Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.03.2 Fermi macchina_clinics** «, relativo all'anno 2024.

Di seguito l'analisi dei dati riferita al monitoraggio dei fermi macchina 2024:



Soddisfazione dei clienti

Da Ottobre 2023 la rilevazione viene effettuata in maniera digitale (Totem /email/QR code). L'analisi dei dati è condotta mensilmente da parte del Responsabile del CPA nazionale.

Obiettivi Customer:

- n° questionari raccolti sul totale accessi pazienti $\geq 2\%$
- utenti soddisfatti (per ogni item di dettaglio) $\geq 90\%$,
- Soddisfazione Globale del servizio e Raccomandabilità $\geq 90\%$

L'ultimo report a disposizione è relativo al mese di **Settembre 2024**.

Risultati Settembre 2024		
Rappresentatività del Campione utenti	7,8%	
Soddisfazione globale del servizio	87,8%	
Raccomandabilità	89,6%	

Valutazione dei Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte del Poliambulatorio San Nicolò utilizzando la scheda del Gruppo Alliance **Mod.05.9 Scheda valutazione fornitori_Operations**, aggiornata con indicazione delle eventuali Non Conformità.

L'analisi della valutazione dei fornitori così effettuata è stata quindi elaborata da parte di QSA.

Obiettivi di Gruppo per la valutazione fornitori:

- fornitori in White List $\geq 80\%$
- fornitori in Red List $\leq 20\%$

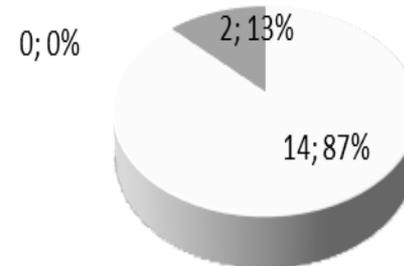
Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDE VALUTAZIONE FORNITORI_2024_SNICOLO**".

Su 16 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 12 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 4 fornitori minori, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2023, coprendo il 100% di quelli presenti in albo ed il 100% di quelli strategici.

In particolar modo, si evidenzia :

- 87% fornitori in white list (tot 14 fornitori)
- 13% fornitori in grey list (tot 2 fornitore)
- Non si registrano fornitori in red list e black list
- Nessuna Non conformità rilevata

0;0% FORNITORI VALUTATI



■ FORNITORI IN WHITE LIST ■ FORNITORI IN GREY LIST
■ FORNITORI IN RED LIST ■ FORNITORI IN BLACK LIST

Valutazione Personale Sanitario

Si prevede il rilancio del processo di valutazione per il nuovo FY, anche a seguito dell'aggiornamento della scheda di valutazione, la cui applicazione è stata estesa anche al personale sanitario dipendente.

CRITERI DI VALUTAZIONE	PROFILO PROFESSIONALE		
	MEDICO RADIOLOGO	TSRM	ALTRI PROFILI
INCIDENT	X	X	X
RECLAMI	X	X	X
LANGUAGE	X		
CLINICAL	X		
ANNI DI ESPERIENZA	X	X	X

CRITERI DI VALUTAZIONE

INCIDENT: eventi causati da negligenza, imperizia a carico del professionista che hanno causato un danno al paziente e per i quali sia stata riconosciuta la responsabilità del professionista.

RECLAMI: rilevazione della insoddisfazione espressa in forma scritta o orale dal paziente.

LANGUAGE: rilevazione della capacità descrittiva del radiologo, ovvero la capacità del referto di esprimere in modo tecnico i riscontri effettuati in una forma scritta adeguata e completa (in termini di descrizione tecnica della procedura effettuata, quesito clinico e presenza di conclusioni).

CLINICAL: rilevazione della capacità del referto di rispondere al quesito clinico e di fornire informazioni cliniche adeguate e complete.

VALUTAZIONE PERSONALE SANITARIO
COMPILAZIONE A CURA DI OPS

Mod. 05.3 bis
 Rev. 2 aggiornato al 09/10/2023

Data: _____ **Periodo di riferimento della valutazione:** _____

Nome: _____ **Cognome:** _____

Profilo professionale: Medico Radiologo **Sede/i di competenza:** _____

Team di Valutazione: _____

Compilare la griglia inserendo nelle celle della VALUTAZIONE il punteggio/livello corrispondente al valore rilevato per i diversi criteri di valutazione, seguendo le indicazioni riportate nelle singole tabelle sulla destra (INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE). In caso di assenza del dato inserire 0/0 nella cella corrispondente alla valutazione.
 Riportare nel campo NOTE eventuali casi che richiedono considerazioni a supporto della valutazione.

CRITERI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE	NOTE	INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE										
INCIDENT	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Numero di incidenti nell'anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>≥ 4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>da 2 a 4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; color: gray;">Descrivere i casi di incidenti occorsi a carico del Professionista (data e ora di OPS - se certi, indicare supporto a OPS)</p>	Punteggio	Numero di incidenti nell'anno	1	≥ 4	2	da 2 a 4	3	1	4	0
Punteggio	Numero di incidenti nell'anno												
1	≥ 4												
2	da 2 a 4												
3	1												
4	0												
RECLAMI	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Numero di reclami nell'anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>> 5 reclami</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3/4 reclami</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>1/2 reclami</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Nessun reclamo</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; color: gray;">Descrivere i casi di reclami espressi dai pazienti sui confronti del Professionista (data e ora di OPS)</p>	Punteggio	Numero di reclami nell'anno	1	> 5 reclami	2	3/4 reclami	3	1/2 reclami	4	Nessun reclamo
Punteggio	Numero di reclami nell'anno												
1	> 5 reclami												
2	3/4 reclami												
3	1/2 reclami												
4	Nessun reclamo												
LANGUAGE	2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Media dei punteggi delle voci Language e Clinical</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>da 1 a 2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>da 2 a 3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>da 3 a 4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>da 4 a 5</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; color: gray;">Descrivere gli usi dei criteri sede nel Radiologo svolto da parte del CMS</p>	Punteggio	Media dei punteggi delle voci Language e Clinical	1	da 1 a 2	2	da 2 a 3	3	da 3 a 4	4	da 4 a 5
Punteggio	Media dei punteggi delle voci Language e Clinical												
1	da 1 a 2												
2	da 2 a 3												
3	da 3 a 4												
4	da 4 a 5												
CLINICAL	3												
ANNI DI ESPERIENZA	4		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Livello</th> <th>Descrizione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>da 1 a 5 anni di esperienza</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>da 6 a 10 anni di esperienza</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>da 11 a 20 anni di esperienza</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>oltre 20 anni di esperienza</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small; color: gray;">Ripetere il Livello Individuo (data compilata a cura di OPS)</p>	Livello	Descrizione	1	da 1 a 5 anni di esperienza	2	da 6 a 10 anni di esperienza	3	da 11 a 20 anni di esperienza	4	oltre 20 anni di esperienza
Livello	Descrizione												
1	da 1 a 5 anni di esperienza												
2	da 6 a 10 anni di esperienza												
3	da 11 a 20 anni di esperienza												
4	oltre 20 anni di esperienza												

ESITO VALUTAZIONE

VALUTAZIONE FINALE	NOTE DI VALUTAZIONE	Media (M)	Esito della valutazione
3,0		14 ≤ M < 2,5	livello di professionalità migliorabile
		2,5 < M < 3,5	livello di professionalità standard
		3,5 < M < 4	livello di professionalità al di sopra delle aspettative

Media dei punteggi delle valutazioni dei singoli Criteri.
Inserire eventuali commenti a supporto dell'uso della valutazione.

PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE POSITIVA (PUNTEGGIO ≥ 3)

Direzione Sanitaria: _____

Operations Manager: _____

PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE NEGATIVA (PUNTEGGIO < 3)

Direzione Sanitaria: _____

Chief Medical Officer: _____

FIRMA VALUTATO

ISTRUZIONI
Medici Radiologi
TSRM
ALTRO PERSONALE SANITARIO
9

19/12/2024

Reclami

	PROCEDURA GESTIONALE Gestione dei Reclami	ALL PG QSA.2_A
	ALLEGATO A Modulo Segnalazione Reclami	Rev. 4 Aggiornato al 05/07/2024 Pag. 1/1

Canale di Reclamo: Verbale Scritto Telefonico

Reclamante: Paziente Parente Accompagnatore/ Altro (specificare)

Categoria di Reclamo: Relativo al processo (es. tempi di attesa, errata consegna del referto etc...)
 Relativo allo staff
 Relativo alla struttura/ambiente
 Relativo al Finance (es. problematiche sui pagamenti, rimborsi etc...)
 Altro

Nome e Cognome del reclamante _____

Telefono _____ e-mail _____

Tipologia Prestazione _____ Data Prestazione _____

Sede presso cui si sono verificati i fatti _____

Descrivere i fatti oggetto del reclamo, eventuali richieste e suggerimenti:

Il Titolare del trattamento, desidera informarla ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 679/2016, che i dati personali forniti da lei o da terzi saranno trattati per gestire il reclamo. La linea giuridica del trattamento è la necessità di dare esecuzione a misure precauzionali adottate su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare o difendere un diritto o il consenso esplicito verosimilmente fornito spontaneamente dall'interessato. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario a gestire tutte le attività afferenti al reclamo.

Presentando il reclamo, autorizza al trattamento di eventuali dati particolari forniti

Data _____ Firma _____

A CURA DELL'OPERATORE
[riportare l'eventuale azione che si è intrapresa immediatamente]

Documento di proprietà del Gruppo Alliance Medical - Riproduzione vietata

Nel mese di Luglio 2024 è stata aggiornata la procedura di Gruppo PG QSA.2 «Gestione Reclami» per:

- inserimento della definizione di gravità del reclamo
- revisione del modulo segnalazione reclami

Mensilmente ogni Operations Manager invia alla funzione QSA il prospetto riepilogativo di monitoraggio per analisi della casistica e valutazione di eventuali azioni.

Obiettivi Processo Reclami:

➤ N. RECLAMI RISPETTO AGLI ACCESSI = TENDENZIALE 0%

RECLAMI FY 2024		
SEDE	RECLAMI RICEVUTI	% ACCESSI
POLIAMBULATORIO SAN NICOLO'	9	0,0007%

Dettagli riportati nel file «DB Analisi reclami»

Azioni di miglioramento da realizzare:

Il processo dei reclami verrà integrato all'interno del portale Caterpillar, come già fatto per gli Incident Reporting

Incident Reporting

- Medical Malpractice
- Property
- Cadute
- Reazioni MdC
- Malori
- Altro (IT, Finance, Processi)

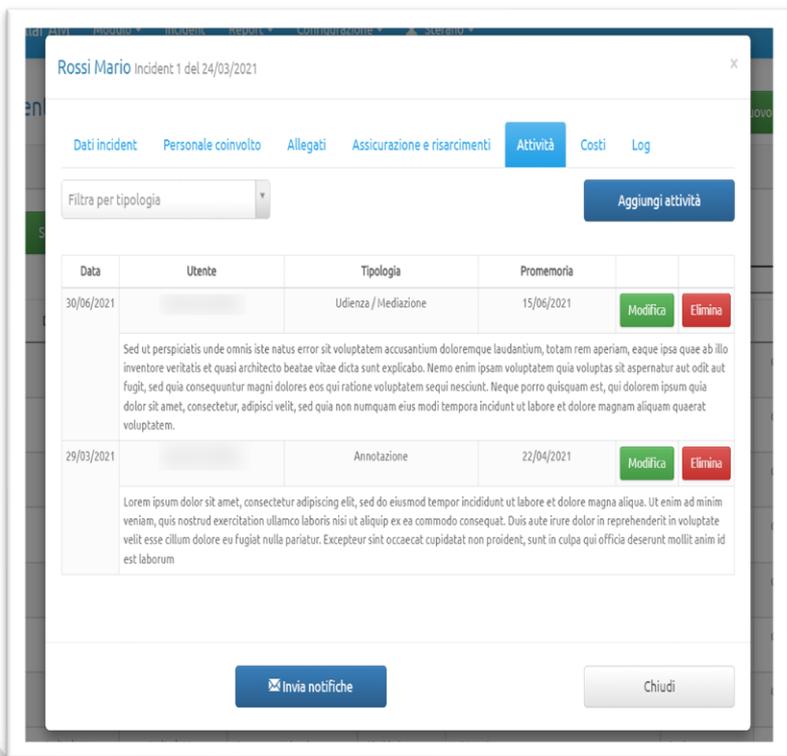
A partire da Giugno 2023 il Gruppo Alliance Medical ha deciso di passare dalla gestione manuale alla gestione digitalizzata del processo di incident reporting, mediante l'utilizzo di uno specifico applicativo (Caterpillar).

Tutte le segnalazioni vengono registrate direttamente sul portale, che le invia in automatico alla QSA e alle altre Direzioni interessate in funzione della tipologia dell'evento (PG Incident Reporting)

Da marzo 2024 è previsto l'inserimento immediato al momento della segnalazione dell'incident della gravità del rischio nel portale Caterpillar.

Ai fini dell'adeguamento alla L.24 dell'8 Marzo 2017, sono pubblicati e periodicamente aggiornati sul sito internet di AM i dati aggiornati al FY24 di:

- Risarcimenti erogati ai pazienti nell'ultimo quinquennio;
- Relazione sugli eventi avversi verificatisi nella struttura;
- Dati di polizza assicurativa.



Audit Amministrativo e Clinico

Nel 2023 è stato reso operativo lo strumento integrato per la registrazione delle attività di controllo amministrativo delle cartelle pazienti e gli audit clinici.

Il nuovo processo garantisce la completa tracciabilità delle attività di controllo con un unico strumento condiviso da OM e CMO e un Dashboard per il monitoraggio degli indicatori.

Le verifiche sono svolte con periodicità mensile su un campione di cartelle pazienti per ogni metodica e con la logica della concatenazione, l'audit clinico campiona i referti prodotti.

Obiettivi Processo Audit Amministrativo e Clinico:

- MEDIA % COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE ($\geq 90\%$)
- MEDIA VALORE CLINICAL ACCURACY / LANGUAGE / IMAGE QUALITY ≥ 3

L'ESITO PER IL FY2024 HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

- Prescrizione Medica
- Consenso informato e Anamnesi
- Fattura
- Documentazione iconografica
- Referto

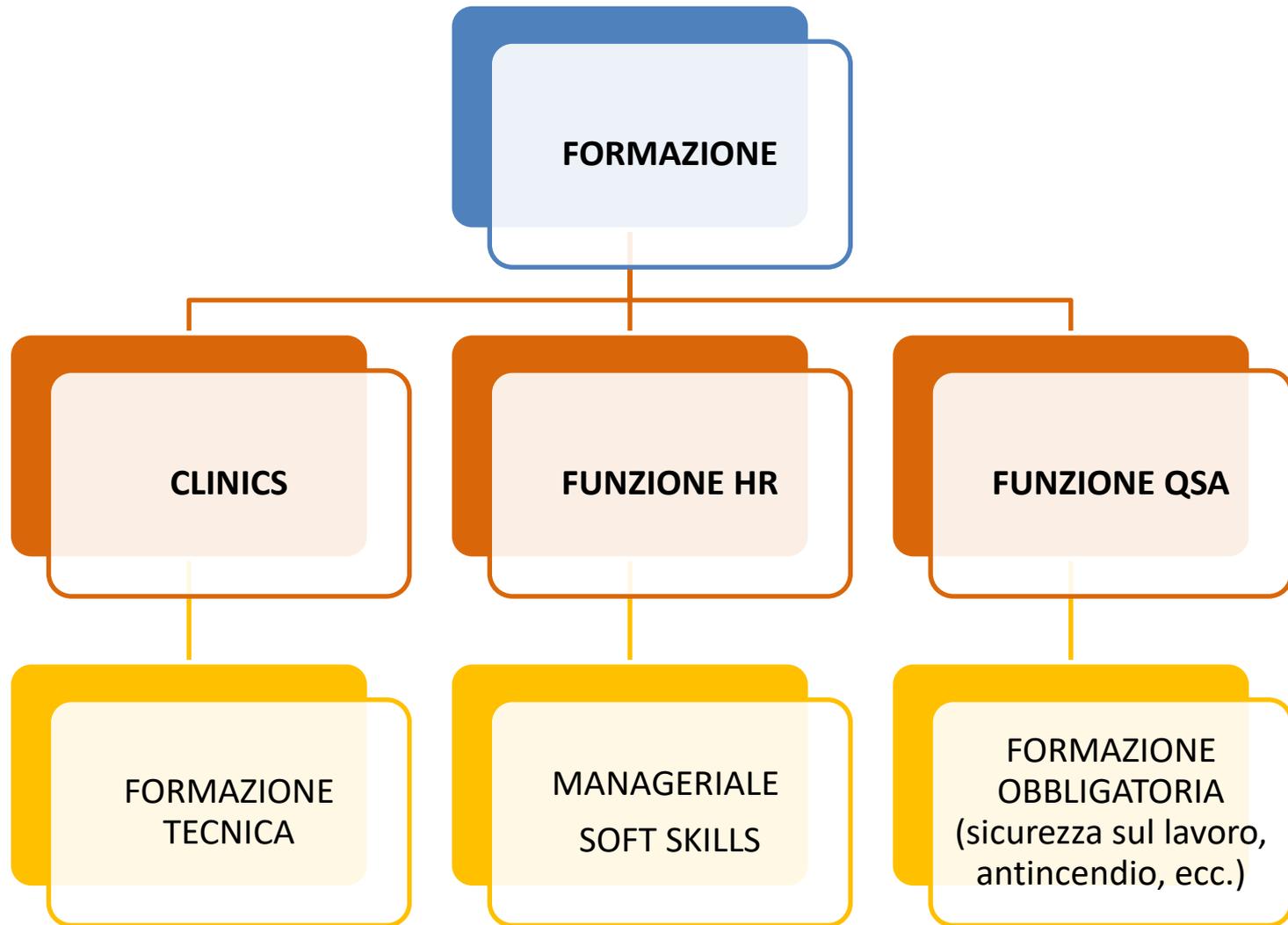
- Media mensile di esami valutati pari al **3,27%** del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **93,8%**

AUDIT CLINICO

- Image Quality
- Language
- Clinical Accuracy

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
4,8	4,5	4,5



Formazione e Sviluppo



Nel mese di giugno 2023 è stata emessa la procedura **PG HR.2 Formazione del Personale Dipendente** con approfondimento delle responsabilità, inserimento delle modalità di verifica dell'efficacia formativa e allineamento degli attuali piani di formazione utilizzati.

Per il FY24 le funzioni QSA ed HR hanno emesso i relativi Piani di Formazione.

QSA

Le attività di formazione obbligatoria in tema di QSA hanno riguardato principalmente corsi obbligatori di sicurezza sul lavoro (antincendio, primo soccorso, formazione base lavoratori, RLS, BLSD, ecc.).

Il monitoraggio delle scadenze dei corsi e delle nuove esigenze formative viene effettuato attraverso il file "**DB Formazione**", aggiornato al mese di Ottobre 2024 e costantemente verificato dalla Funzione QSA.

Azioni di miglioramento da realizzare:

Il processo della formazione obbligatoria verrà integrato all'interno del portale Caterpillar, come già fatto per gli Incident Reporting

HR

La Funzione HR si occupa dei corsi di formazione manageriale e di soft skills.

Le attività di formazione hanno riguardato principalmente corsi sulla comunicazione, diversity&inclusion, codice etico, piano formativo di Induction, percorso di people management, Formazione ECM, corso anticorruzione, Gestione Data Breach

Azioni di Miglioramento

Ogni Direzione / Funzione Aziendale ha definito progetti di sviluppo e miglioramento.

Rimangono in uso gli strumenti che permettono il **monitoraggio degli indicatori** (file Fermi Macchina, Data Base Miglioramento, Registro Reclami, DB Formazione), recentemente aggiornati per essere più funzionali e permettere una immediata restituzione dei risultati per l'elaborazione dei cruscotti direzionali e della reportistica.

Nel corso del 2023 è stato consolidato il processo di controllo della documentazione sanitaria e dell'audit clinico con utilizzo del file **Controllo qualità pratica paziente**.

Da Aprile 2023 è iniziato il processo di **digitalizzazione dei questionari di Customer Satisfaction**, mediante l'installazione presso i centri diagnostici di appositi totem dedicati.

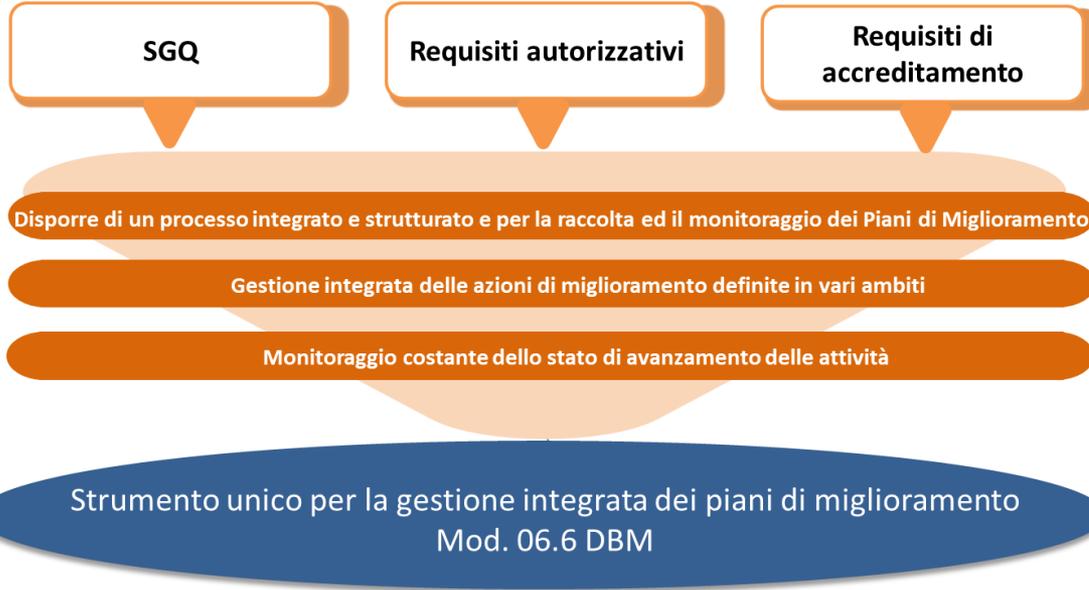
Da Maggio 2023 è stato implementato un nuovo software per la **Gestione degli Incident Reporting (Caterpillar)**.

Da Aprile 2024 avviato il progetto di aggiornamento della struttura del file di **Data Base del Miglioramento (DBM)** per l'estensione del perimetro di azioni gestite. Prevista formazione destinata a tutti gli utilizzatori (giugno 2024).

Da Agosto 2024 è stato aggiornato il **Regulatory Universe**, periodicamente aggiornato da parte dell'ufficio Legal, contenente le normative più rilevanti applicabili alle società del Gruppo e a livello regionale relativo alle singole unità operative. Le norme tecniche e le comunicazioni che impattano sull'operatività locale saranno riportate nel **Mod.01.2 Documenti di origine esterna**, da parte di ogni struttura.

Aggiornamento struttura DBM

E' stato introdotto il nuovo database valido per tutte le strutture del gruppo Alliance Medical.



Sono state apportate delle modifiche rispetto alla versione precedente come l'introduzione dei report interni e dei report sopralluoghi RSPP.

E' stato ampliato il perimetro degli ambiti di pertinenza dei piani di azione, come ad esempio inserite fonti incident/reclami e analisi rischi.

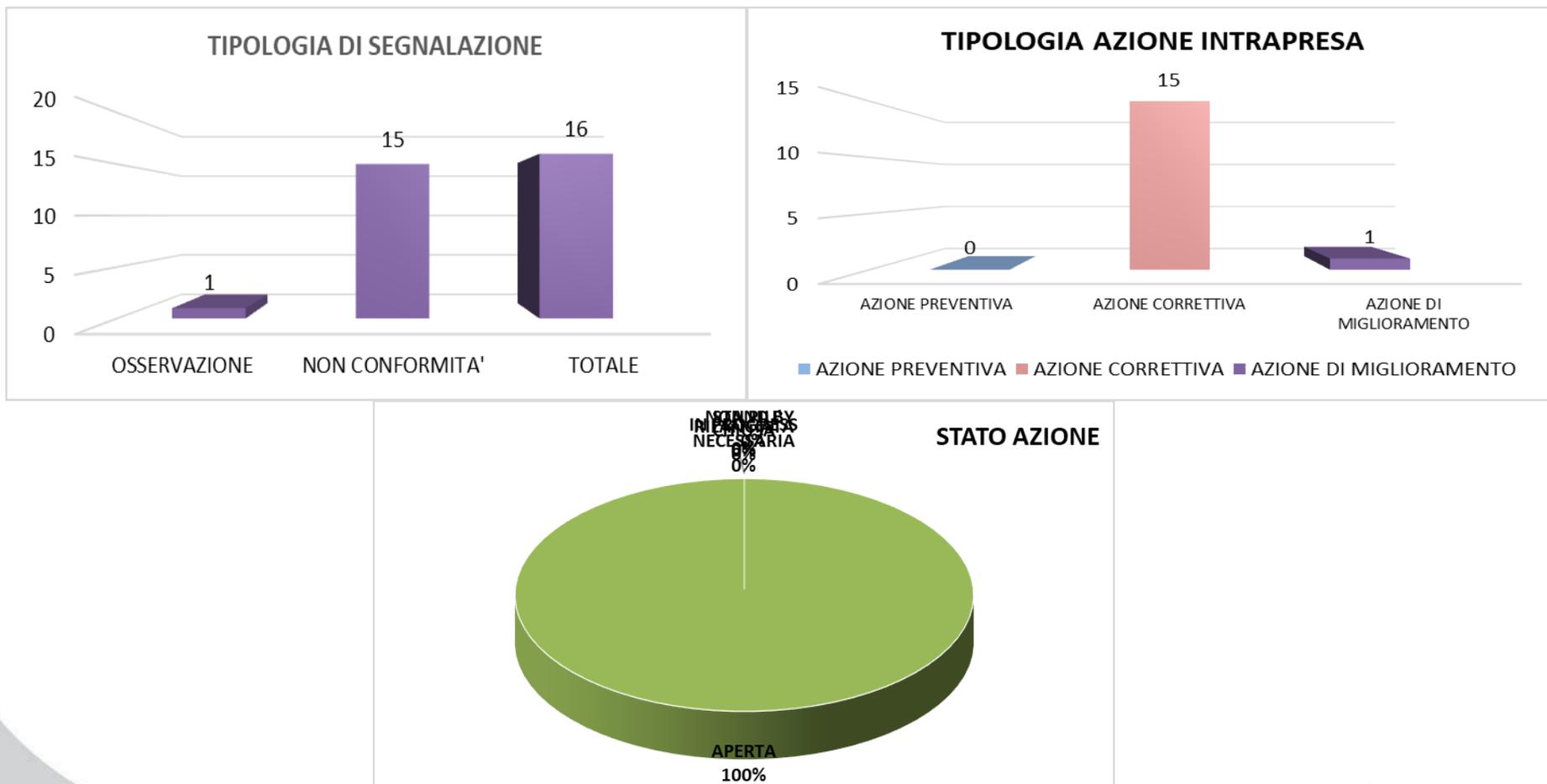


Azioni di Miglioramento 2024

Le azioni di Miglioramento definite nel **2024** sono state prese in carico e gestite.

In particolare sono state registrate **16** azioni di cui:

- 16 in aperta





Progetti di Gruppo con impatto su SAN NICOLÒ:

- **Sincroware Software:** il progetto riguarda l'implementazione sul SW dell'anagrafica di tutti gli impianti presenti nelle sedi operative, al fine di gestirne i relativi servizi manutentivi. L'obiettivo è quello di poter monitorare la gestione degli impianti, gli interventi di manutenzione e le scadenze contrattuali a livello centrale. Nel mese di giugno è terminata la fase di caricamento dei dati sul SW. E' in corso la formazione per i referenti di ciascuna sede operativa, ai fini del mantenimento continuo dei dati e dei documenti presenti a sistema.
- **Dossier sanitario:** il progetto è partito all'inizio di febbraio 2024. Sono terminate le attività di configurazione iniziale dell'architettura HW e SW centrale, ai fini della successiva implementazione del nuovo modulo SW e delle impostazioni di gestione del dossier. Go Live primo Centro diagnostico programmato per ottobre 2024 - Go Live ultimo Centro previsto per marzo 2025.
- **Progetto implementazione Intelligenza artificiale a supporto di specifici processi aziendali:** sono stati individuati i possibili processi e aree in cui applicare l'AI (intelligenza artificiale), con l'obiettivo di migliorare l'efficienza operativa necessaria per l'erogazione dei servizi sanitari e/o dei relativi servizi di supporto. Sono in corso valutazioni tecniche da parte della funzione PM e della funzione IT insieme ad alcuni dei principali fornitori sul mercato.
- **Centralizzazione Server:** completata la raccolta delle offerte tecniche, in fase di scelta della short list
- **ISO 27001:** in fase di valutazione costi e fattibilità della certificazione
- **Aggiornamento SAP Hana:** Go Live previsto per novembre 2024

Progetti di sviluppo del Business

- Progetto di fusione delle 2 sedi di Losam e San Nicolò in un unico poliambulatorio.

Progetti completati



Progetti di Gruppo con impatto su SAN NICOLO':

- **Progetto Implementazione Software di Dose:** il software Dose Watch è stato implementato ed è attivo in tutti i centri. I problemi tecnici legati alla gestione di esami RX multipli sono stati risolti, pertanto è terminata l'implementazione in tutti i Centri della procedura individuata per la gestione e il calcolo del dato di dose effettiva erogata durante l'esecuzione di tali tipologie di esami.
- **Progetto Customer Satisfaction:** la digitalizzazione dei questionari è stata completata ed è terminata anche l'implementazione del nuovo formato di questionario, reso standard per tutte le sedi italiane (ad eccezione della Toscana per recepimento direttive locali).
- **Nuovo operatore per connettività e voce:** completato passaggio da Telecom Italia a Wind3 per tutte le sedi del Gruppo.
- **Portale Prenotazione online e Portale referti:** attivi su tutti i centri, ad eccezione di Luccioli srl

Progetti di sviluppo del Business

- Completato il collegamento a PACS di tutti gli ecografi a maggio 2024
- Concluso il D-STREAM della RM a ottobre 2024