



## **RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS**

*Istituto Andrea Cesalpino- Alliance Medical Diagnostic Srl*

**Emissione: 11/11/2024**

**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
- ▶ Politica della Qualità
- ▶ Organizzazione
- ▶ Processi di Comunicazione
- ▶ Obiettivi e KPI
  - Volumi e fatturato
  - Fermi macchina
  - Soddisfazione dei Clienti
  - Valutazione dei Fornitori

- ▶ Reclami e Incident Reporting
- ▶ Audit Amministrativo e Clinico
- ▶ Formazione e Sviluppo
- ▶ Azioni di Miglioramento
- ▶ 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 OPS e dei supporti QSA delle strutture del Gruppo. Sono stati coinvolti gli uffici centrali ed approfonditi gli aspetti legate alla gestione delle apparecchiature, impianti, facility e gestione dei mezzi mobili, includendo 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)

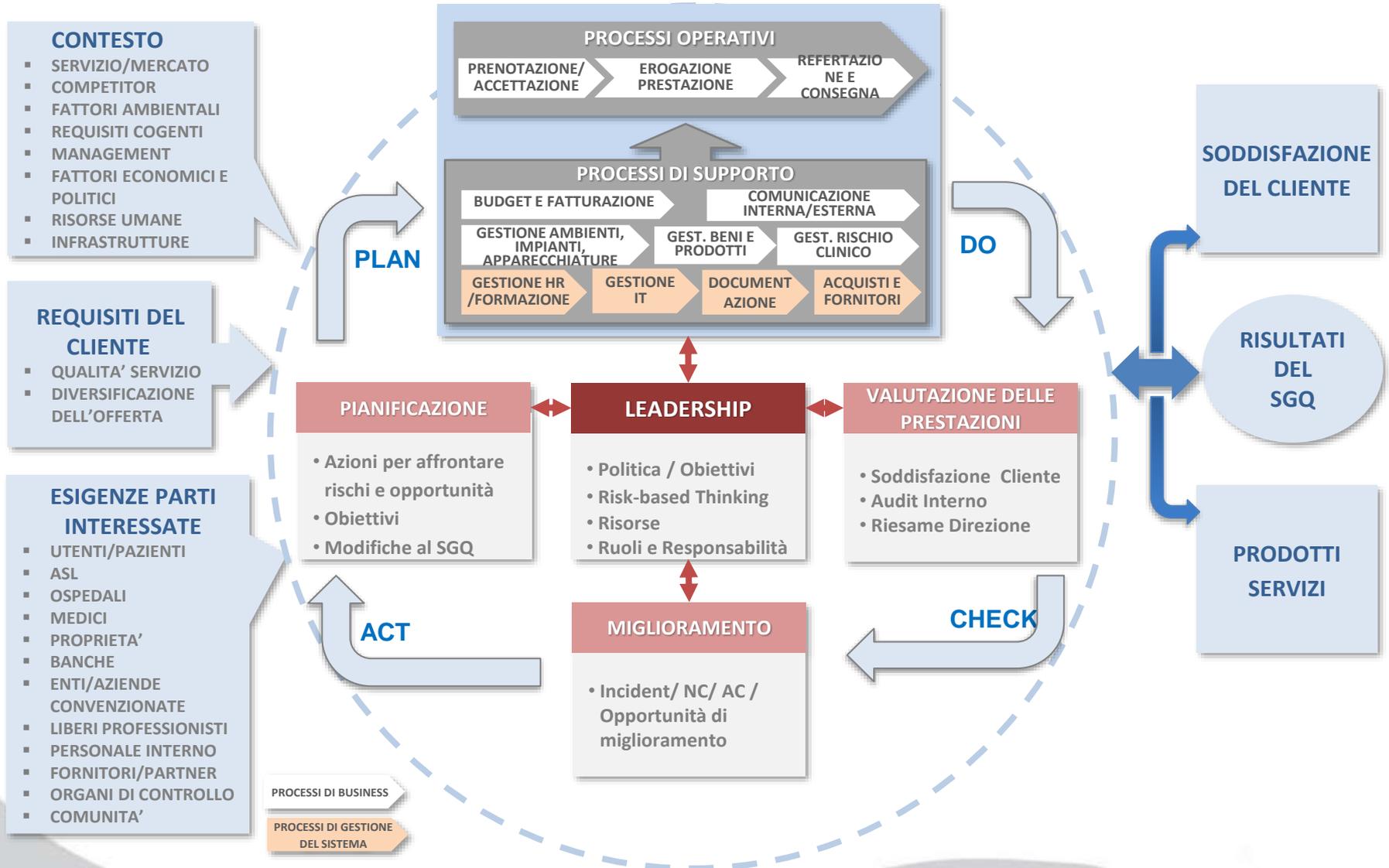
A partire dall'analisi del Contesto e dalla combinazione di punti di forza, debolezza, opportunità e rischi individuati/verificabili

- 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

ISTITUTO ANDREA CESALPINO



# Formulazione del Campo di Applicazione

Il SGQ di Istituto Andrea Cesalpino 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 NICOLO'	ISTITUTO PRATESE DI RADIODIAGNOSTICA - SEDE DI PRATO	PO.MED
CENTRO STUDI RADIOLOGICI	LINEA MEDICA	ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO	ISTITUTO ANDREA VESALIO
CENTRO RADIOLOGICO LISSONESE	<b>ISTITUTO ANDREA CESALPINO</b>	CENTRO RICERCHE CLINICHE	SAN PAOLO RADIOLOGIA

# MAPPA DEI PROCESSI

PROCESSI CLINICS

PROCESSI GRUPPO  
ALLIANCE MEDICAL

INPUT

## PROCESSI OPERATIVI ISTITUTO ANDREA CESALPINO

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

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

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

Informazioni / Prenotazioni  
Visite, Diagnostica

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

Professionalizzazione Risorse Interne

Ordini/ Contratti Fornitura

Budget/ Forecast

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 VISITA/ESAME

- 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

DOCUMENTAZIONE

PROCESSI DI SUPPORTO

ACQUISTI E FORNITORI

GESTIONE HR / FORMAZIONE

BUDGET E FATTURAZIONE

GESTIONE BENI E PRODOTTI

GESTIONE AMBIENTI, IMPIANTI, APPARECCHIATURE

CONTROLLI E MONITORAGGI

COMUNICAZIONE INTERNA/ESTERNA

GESTIONE RISCHIO CLINICO

## 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

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

L'Istituto Andrea Cesalpino 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 QUALITÀ	Rev. 01.1
		Rev. 0
		Aggiornata al 13/04/2022
		Fig. 1 di 1

La **Missione Strategica** del Gruppo Alliance Medical, qui intesa come attualmente composta 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, AUSL 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

Non 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 offriamo 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 IMPRENDITORIALITÀ

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 competenza 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 favorire 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;
- Prendere i processi strategici per il business, promuovendo l'utilizzo del risk - based thinking.

Livorno, 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 (centri diagnostici, siti fissi, uffici, mezzi mobili) ha il proprio Organigramma di riferimento, che viene costantemente monitorato dalla Direzione HR, al fine di tenere sotto controllo eventuali variazioni dell'organico.

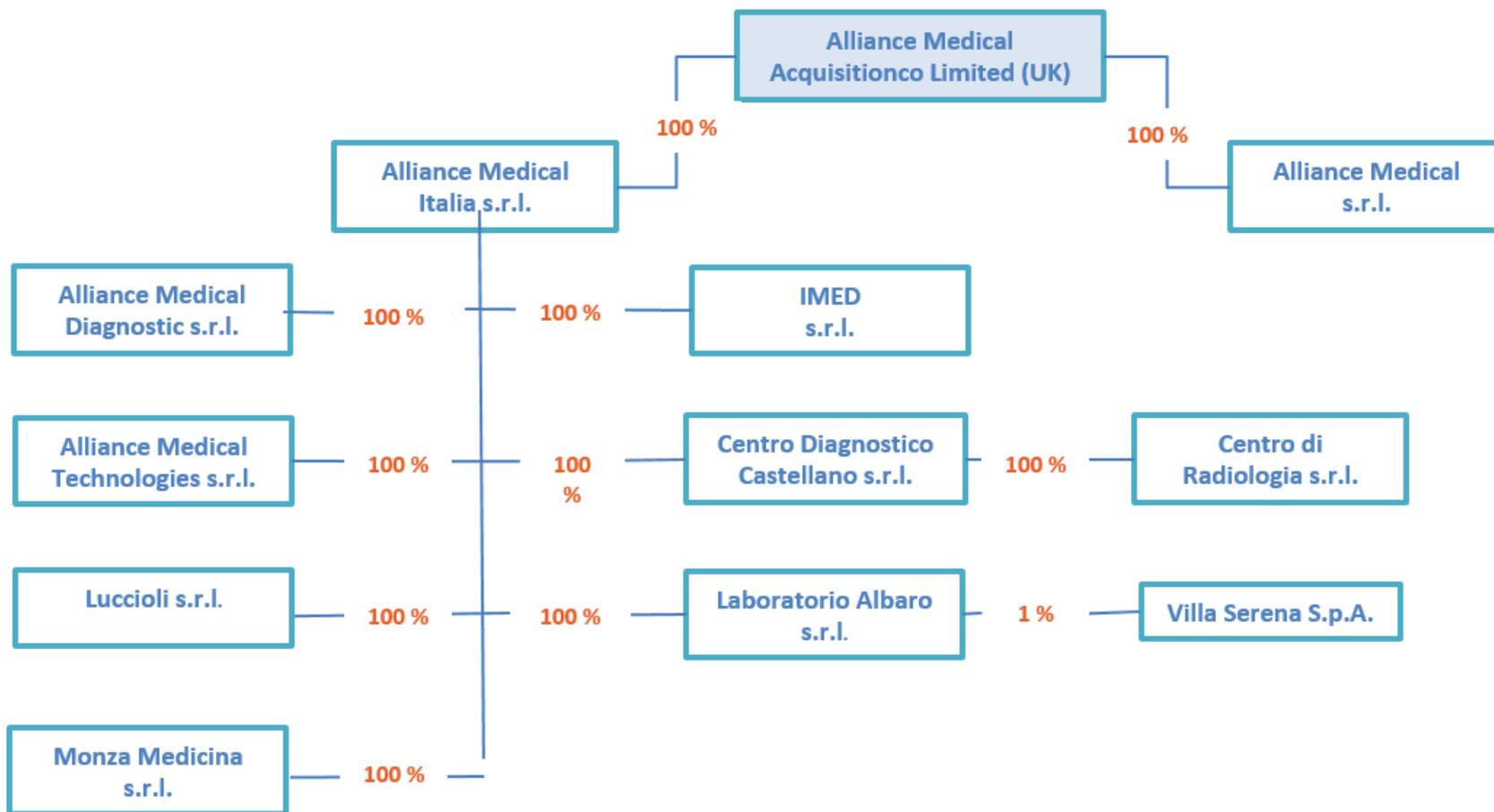
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi attraverso l'accesso alle cartelle di Teams.

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



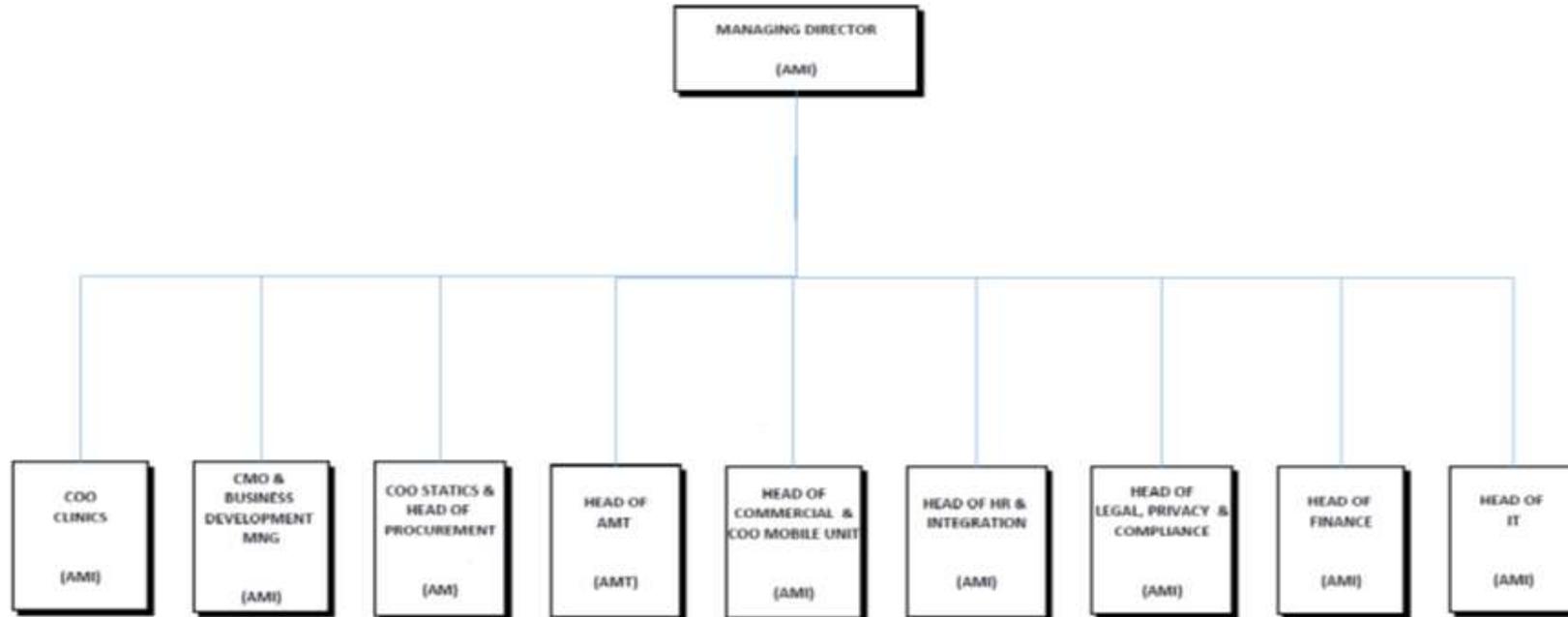
# Organizzazione

## Alliance Medical Group Italy



### ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

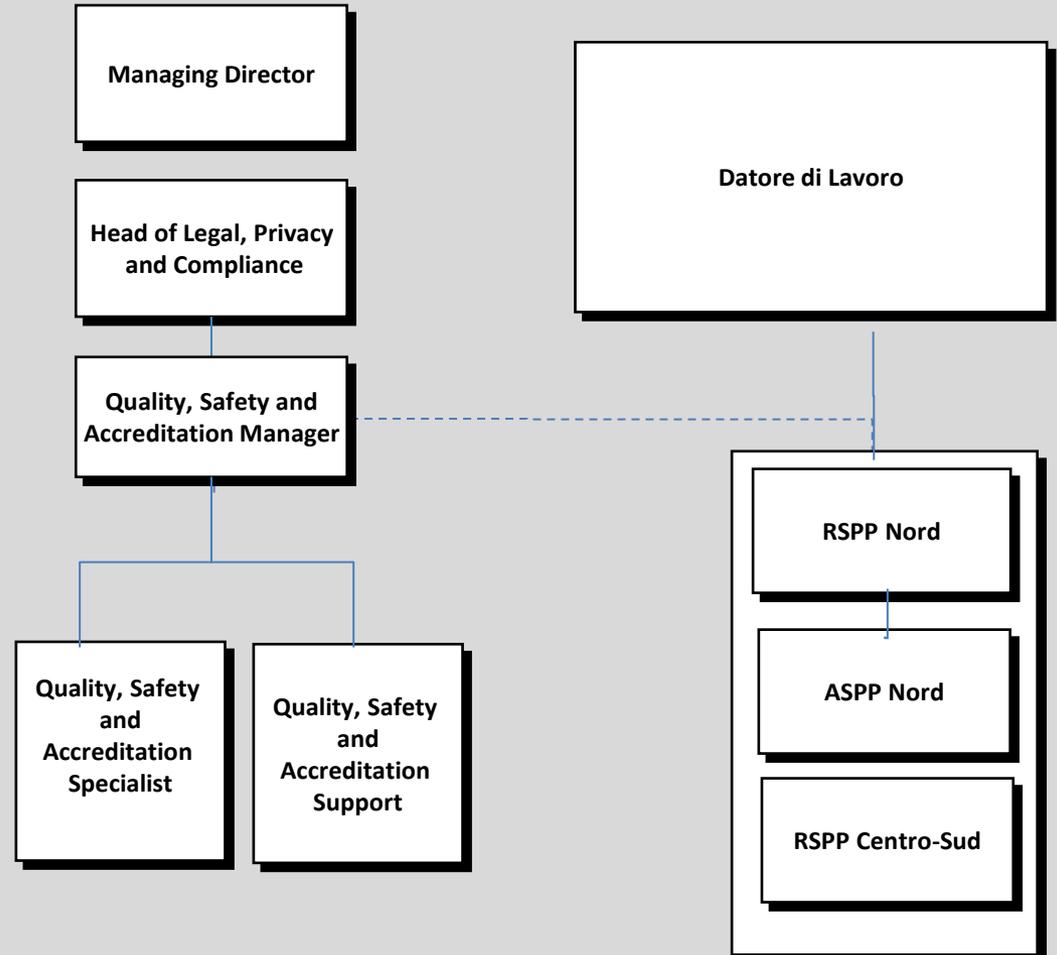
Mod.03.3 Organigramma  
Rev.1 Direzione HR



## Funzionigramma Qualità



## Organigramma Quality, Safety and Accreditation



# Processi di Comunicazione

## PRINCIPALI PROCESSI DI COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

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

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:

- ▶ % azioni di miglioramento in linea con obj (67% vs obj >60%)
- ▶ % questionari raccolti (12,1% vs obj >2%)

## Elementi di attenzione:

- ▶ % in calo per l'utilizzo del Budget sia ASL che privato > 100%

ANALISI DEL CONTESTO  
E DELLE PARTI  
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

## PRINCIPALI NOVITA' 2023/2024

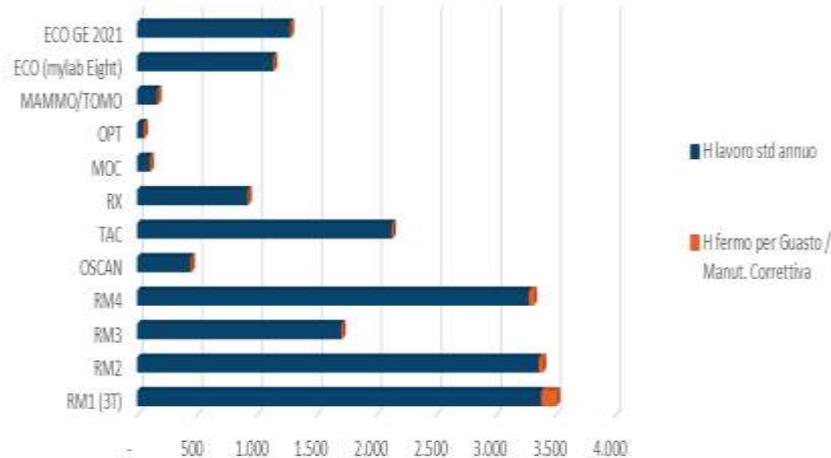
- ▶ Portale Caterpillar
- ▶ Implementazione nuovo Database del Miglioramento
- ▶ Modalità di raccolta dei questionari customer
- ▶ Software Sincroware per impianti

# Analisi Fermi Macchina

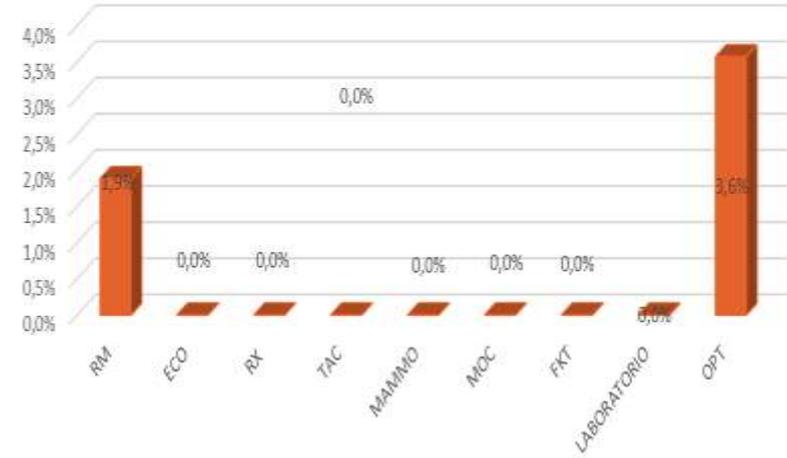
Il monitoraggio dei Fermi Macchina viene effettuato mensilmente da Operations con la rilevazione delle ore di lavoro standard per macchinario per mese e i dati di fermo per tipologia (es. manutenzione programmata, guasto, manutenzione straordinaria) al fine di valutarne l'impatto sulla produttività dell'apparecchiatura.

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

H Fermo guasto / ore lavorate per modello



% fermo Manut. Correttiva / ore std per tipo macchinario



# 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 CPA.

## Obiettivi Customer:

- n° questionari raccolti sul totale accessi pazienti  $\geq 2\%$
- utenti soddisfatti (per ogni item di dettaglio)  $\geq 80\%$ ,
- Soddisfazione Globale del servizio e Raccomandabilità  $\geq 90\%$  (*obj LHT*)

L'ultimo report è relativo al mese di **Settembre 2024** (per i dettagli si faccia riferimento a tale file).

Risultati FY24		
Rappresentatività del Campione utenti	12,1%	
Soddisfazione globale del servizio	90,7%	
Raccomandabilità	96,7%	

# Valutazione dei Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte di Istituto Andrea Cesalpino 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:

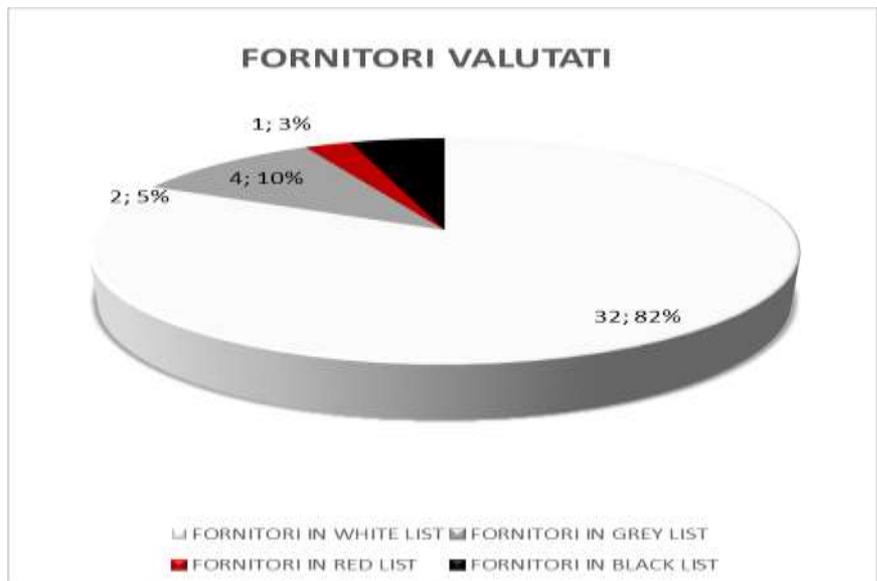
- fornitori in White List  $\geq 80\%$
- fornitori in Red List  $\leq 20\%$

Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI\_2024\_CESALPINO**".

Su 52 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 34 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 18 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 :

- 82% fornitori in white list
- 10% fornitori in gray list
- 3% fornitori in red list
- 5% fornitori in black list
- Nessuna Non conformità rilevata



# 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 nella cella 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.  
 Rispondere nel campo NOTE eventuali considerazioni/considerazioni a supporto della valutazione.

CRITERI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE	NOTE	INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE										
<b>INCIDENT</b>	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Punteggio</th> <th style="background-color: #f4a460;">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>	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												
<b>RECLAMI</b>	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Punteggio</th> <th style="background-color: #f4a460;">Numero di reclami nell'anno</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>&gt; 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>	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												
<b>LANGUAGE</b>	2		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Punteggio</th> <th style="background-color: #f4a460;">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>	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												
<b>CLINICAL</b>	3												
<b>ANNI DI ESPERIENZA</b>	4		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Livello</th> <th style="background-color: #f4a460;">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>	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

**PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE POSITIVA (PUNTEGGIO ≥ 3)**

Direzione Sanitaria: \_\_\_\_\_

Operations Manager: \_\_\_\_\_

**PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE NEGATIVA (PUNTEGGIO < 3)**

Sanitaria: \_\_\_\_\_

Chief Medical Officer: \_\_\_\_\_

FIRMA VALUTATO

ISTRUZIONI
Medici Radiologi
TSRM
ALTRO PERSONALE SANITARIO

# Reclami

**PROCEDURA GESTIONALE**  
Gestione dei Reclami

**ALL PG QSA.2\_A**  
Rev. 4  
Aggiornato al 05/07/2024  
Pag. 1/1

**ALLEGATO A**  
Modulo Segnalazione Reclami

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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* In qualità di Titolare del trattamento, debbo informarla ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali forniti da lei o dai suoi saranno trattati per gestire il reclamo. La loro gestione da parte del Titolare è la necessità di dare assistenza e misure procedurali adatte su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare e difendere un diritto o il consenso qualora nessuno forniva spontaneamente dati pertinenti. 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
ISTITUTO ANDREA CESALPINO	11	0,0001%

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)

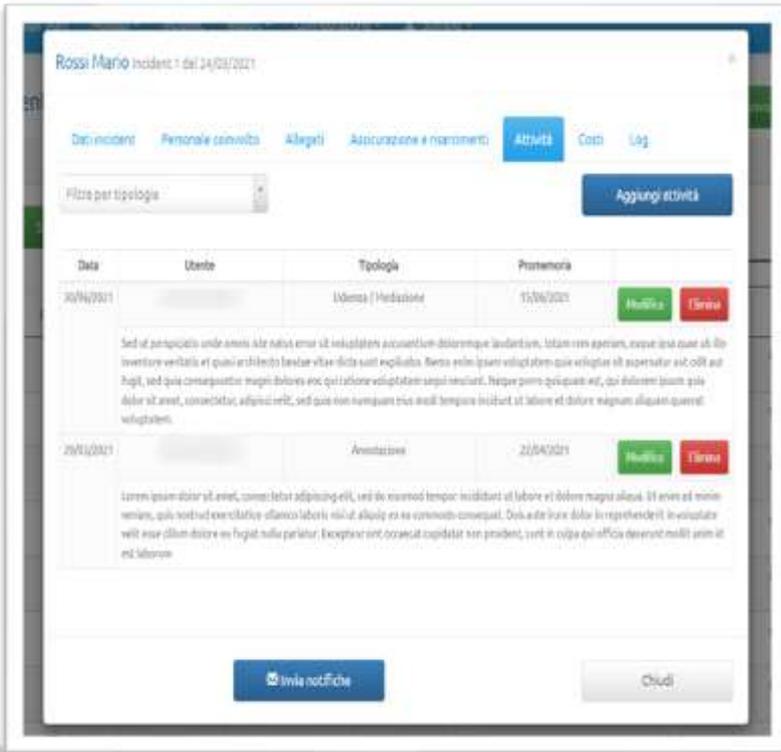
A partire da Giugno 2023 il Gruppo Alliance Medical ha deciso di passare dalla gestione manuale alla gestione digitalizzata del processo di incident reporting, mediante l'utilizzo di uno specifico applicativo (Caterpillar).

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  $\geq 3$

## L'ESITO PER IL FY2023 HA REGISTRATO :

### VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

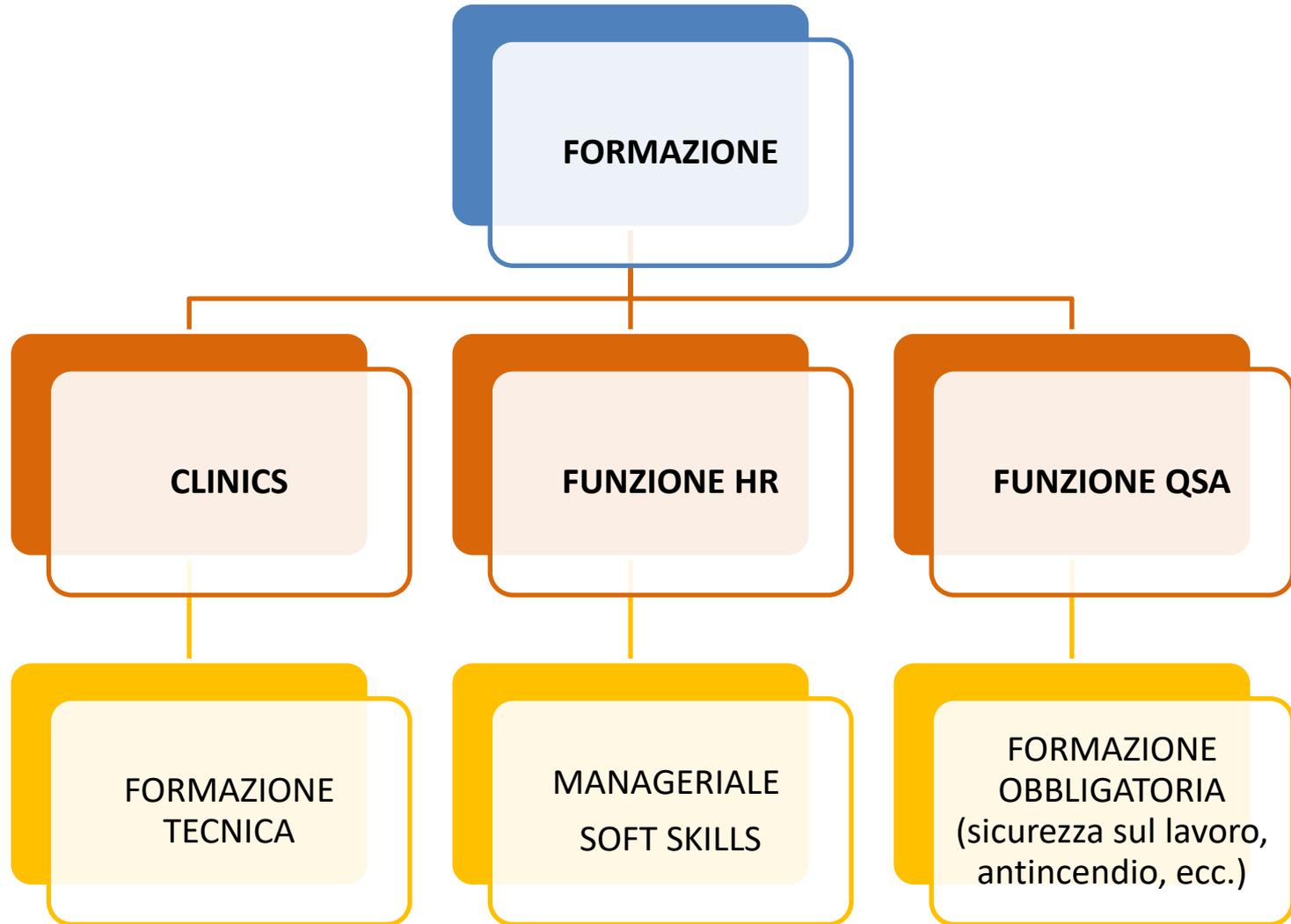
- Media mensile di esami valutati pari al **4,8%** del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **92,19%**

### AUDIT CLINICO

- Image Quality
- Language
- Clinical Accuracy

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
4,7	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 FY 23-24 la Funzione 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.

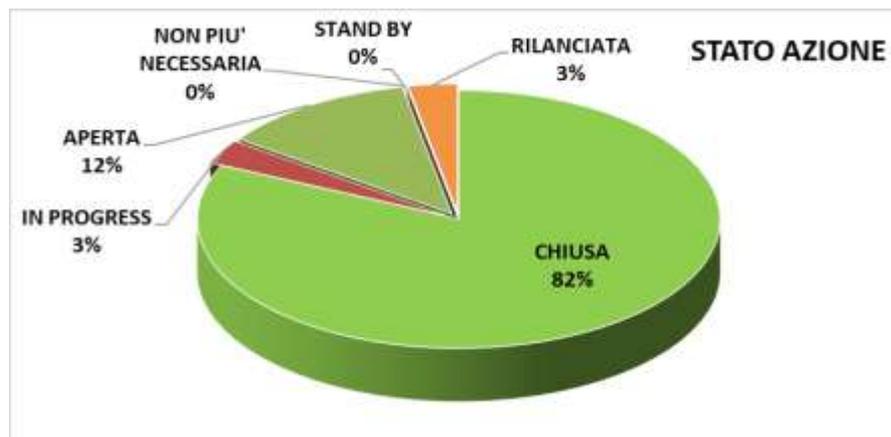
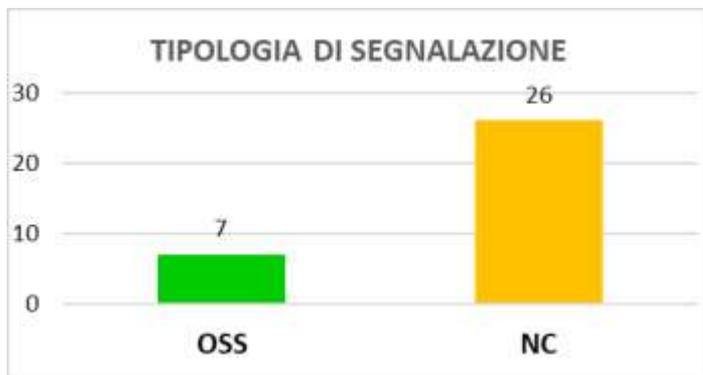


# Azioni di Miglioramento 2024

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

In particolare sono state registrate **33** azioni di cui:

- 27 chiuse (82%), di cui 24 nei tempi previsti (73%)
- 1 in progress
- 1 rilanciate
- 4 aperte





## Progetti di Gruppo con impatto su CESALPINO:

- **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

- In previsione sostituzione della TAC

# Progetti completati



## Progetti di Gruppo con impatto su Cesalpino:

- **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

- Rifacimento locale RM e sala diagnostica in cui si eseguono esami su tavolo radiologico. Entrambe le apparecchiature sono funzionanti dalla fine di agosto