



RELAZIONE STAKEHOLDERS

Studio Radiologico Newima - Alliance Medical Diagnostic Srl

Emissione: 30/11/2024

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 AMT
Head of Legal, Compliance & Privacy

- ▶ Aggiornamento ADC e ADR
 - Contesto Interno/Esterno
 - Parti Interessate Rilevanti
 - Risk Assessment
- ▶ Il Campo di Applicazione del SGQ
- ▶ Piani Sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali
- ▶ Processi di Comunicazione
- ▶ Politica della Qualità
- ▶ Organizzazione

- ▶ Obiettivi e KPI
 - Fermi macchina
 - Soddisfazione dei Clienti
 - Valutazione dei Fornitori
 - Valutazione Personale Sanitario
 - Reclami e Incident
 - 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 luglio con la partecipazione degli OM e dei supporti QSA delle strutture del Gruppo. In particolare, è stata introdotta la valutazione del **cambiamento climatico** come fattore rilevante.

A valle dell'analisi effettuata sono:

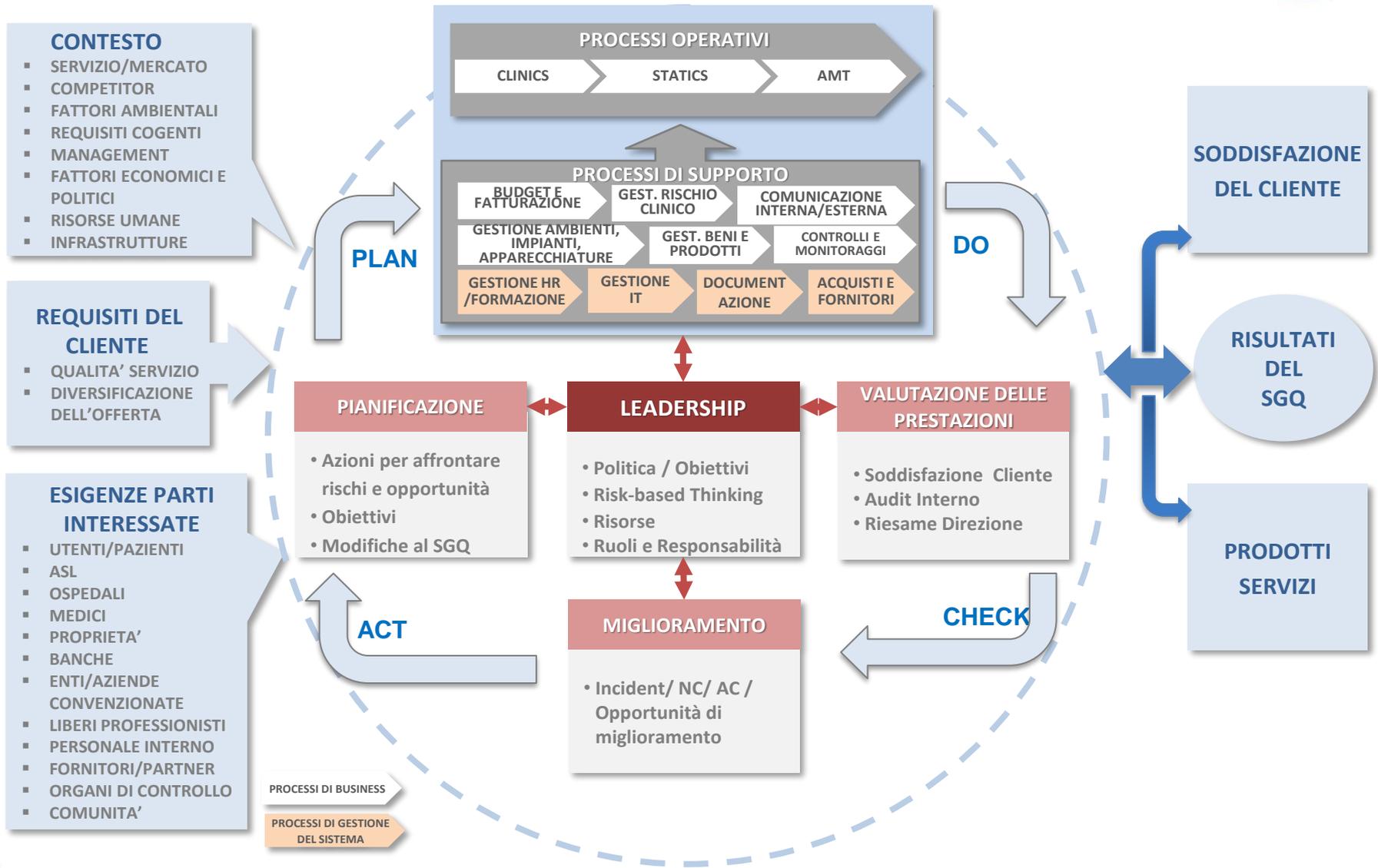
- riesaminati il campo di applicazione del SGQ e la Politica della Qualità
- proseguite le attività di implementazione dell'approccio di tipo «risk based thinking» e adozione del ciclo PDCA (plan-do-check-act)

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

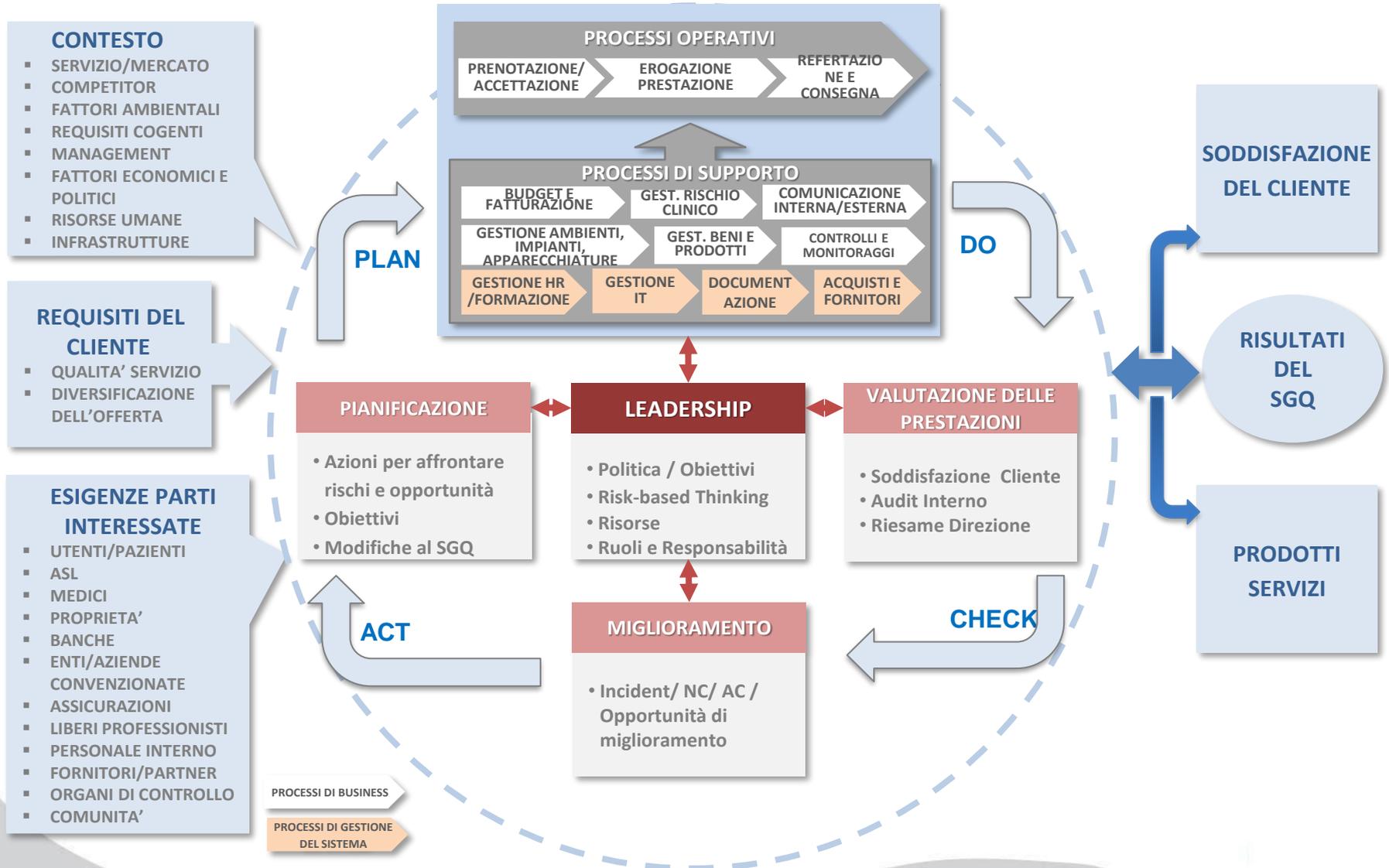


Il Campo di applicazione del SGQ



Il Campo di applicazione del SGQ

STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA



Formulazione del Campo di Applicazione

Il SGQ dello Studio Radiologico Newima 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				STATICS	
STUDIO RADIOLOGICO CENTOCANNONI	POLIAMBULATORIO LOSAM	ISTITUTO PRATESE DI RADIODIAGNOSTICA - SEDE DI POGGIO A CAIANO	IL CENTRO	OSPEDALE BROTZU (CAGLIARI)	OSPEDALE DI MESTRE
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	POLIAMBULATORIO SAN NICOLÒ	ISTITUTO PRATESE DI RADIODIAGNOSTICA - SEDE DI PRATO	PO.MED	OSPEDALE DI LODI	
CENTRO STUDI RADIOLOGICI	LINEA MEDICA	ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO	ISTITUTO ANDREA VESALIO	OSPEDALE SANT'ANGELO LODIGIANO	
CENTRO RADIOLOGICO LISSONESE	ISTITUTO ANDREA CESALPINO	CENTRO RICERCHE CLINICHE	SAN PAOLO RADIOLOGIA	OSPEDALE DI GIULIANOVA	

MAPPA DEI PROCESSI

PROCESSI OPERATIVI STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA

PRENOTAZIONE / ACCETTAZIONE → EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE → REFERTAZIONE E CONSEGNA

OUTPUT

UTENTI / ENTI CONVENZIONI

ATI:

Qualità della prestazione diagnostica/vista medica

ASL:

Rispetto del Budget

ENTI DI CONTROLLO:

Requisiti Accredimento

PERSONALE:

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

FORNITORI/ PARTNER:

Rispetto contratti

PROPRIETA'

Rendimento

COMUNITA'

Sostenibilità

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, Accredimento, 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

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

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	CONTROLLI E MONITORAGGI APPLICATI	EVENTUALI PIANI DI AZIONE / MIGLIORAMENTO
Piano Annuale Sicurezza Cure e Gestione Rischio Sanitario	<ul style="list-style-type: none">✓ Presenza di cartellonistica informativa (es. rischio RX, RM)✓ Controllo Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente✓ Gestione della cadute (analisi rischi, rilevazione eventi, monitoraggio)	<ul style="list-style-type: none">▪ Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)
Piano Annuale Emergenze Sanitarie	<ul style="list-style-type: none">✓ Diffusione aggiornamento Procedura Gestione Emergenze✓ Controlli su carrello emergenza e Defibrillatore✓ Gestione Farmaci✓ Formazione PS e Gestione BLS	<ul style="list-style-type: none">▪ Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)
Piano Annuale per Riduzione Infezioni correlate all'Assistenza	<ul style="list-style-type: none">✓ Controlli Legionella secondo procedura✓ Presenza di cartellonistica informativa Prevenzione Rischio Biologico✓ Corretta compilazione controlli pulizia e sanificazione ambienti secondo procedura✓ Aggiornamento periodico DVR	<ul style="list-style-type: none">▪ Costituzione organizzazione dedicata al rischio clinico (1 risorsa di coordinamento centrale)▪ Aggiornamento Procedura Lavaggio mani
Applicazione e diffusione Raccomandazioni su Rischio Clinico	<ul style="list-style-type: none">✓ 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.	<ul style="list-style-type: none">▪ 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: <i>Facebook, Instagram, LinkedIn</i> 	UTENTI
	Preparazioni per accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> Verbale Cartaceo/e-mail 	
	Referto	<ul style="list-style-type: none"> Cartaceo, Posta/corriere Referti online 	
FRONT OFFICE / MEDICI	Referto	<ul style="list-style-type: none"> Cartaceo, Posta/corriere Referti online 	UTENTI
OPERATIONS / DS	Carta dei Servizi / Diritti e Doveri Utente	<ul style="list-style-type: none"> Esposizione in bacheca/front office Sito internet 	
OPERATIONS	Organizzazione/attività/Offerte	<ul style="list-style-type: none"> Newsletter 	
FRONT OFFICE	Disponibilità agende CUP	<ul style="list-style-type: none"> E-mail 	ASL
	Prestazioni effettuate in convenzione	<ul style="list-style-type: none"> Flussi ASL 	
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) 	PERSONALE INTERNO
QSA	Procedure e strumenti per il SGQ, Incident	<ul style="list-style-type: none"> E-mail MS Teams Caterpillar (Software Incident Reporting) 	
RESP. CPA NAZIONALE	Raccolta, Analisi ed Elaborazione dati di Customer	<ul style="list-style-type: none"> Totem/e-mail/QR code Report mensile 	

Lo studio Radiologico Newima 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

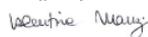
La conoscenza e la comprensione dei fenomeni è frutto dell'apprendimento. In Alliance Medical facciamo in modo di garantire lo sviluppo delle nostre conoscenze, promuovendo l'informazione e la formazione del personale per favorirne la crescita professionale e di innovare e migliorare sempre il nostro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

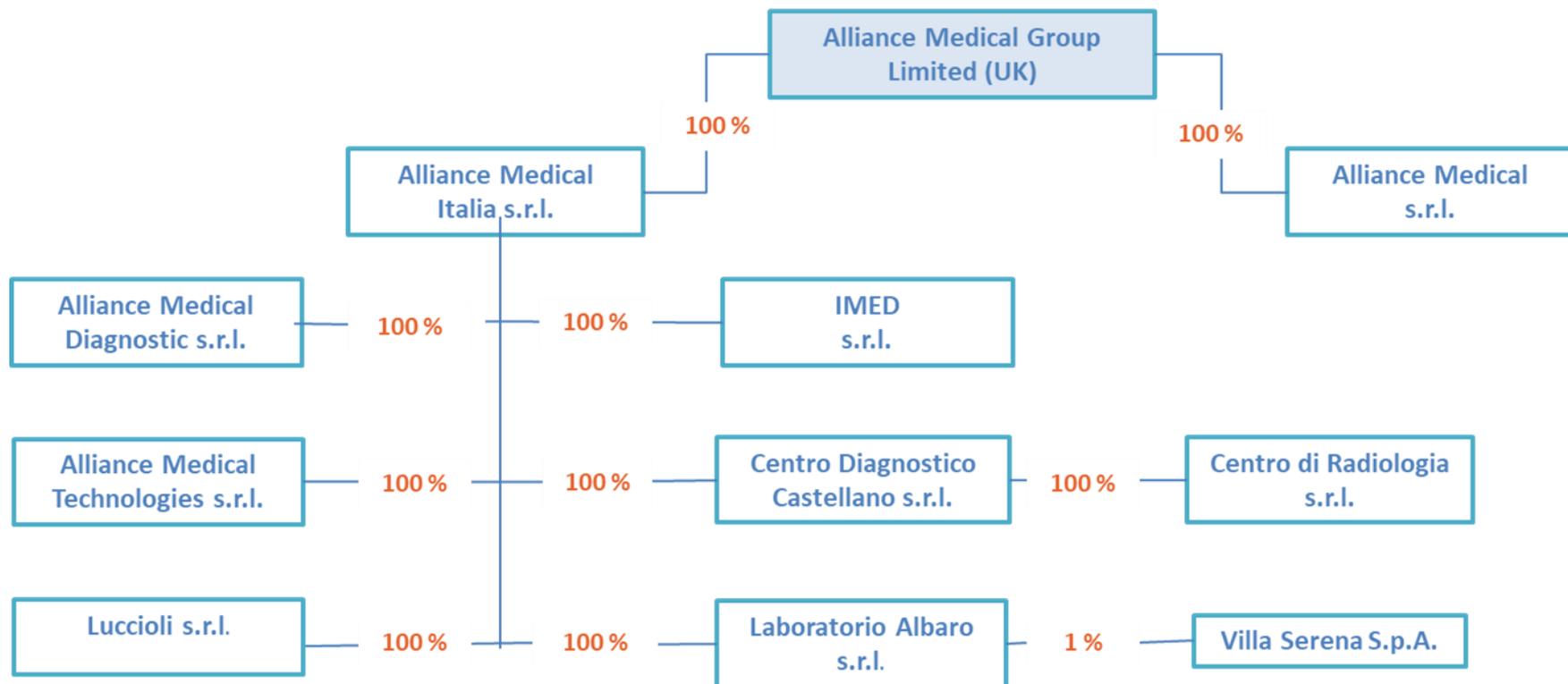
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi tramite Teams.

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

❖ Principali modifiche organizzative:

- Assegnato il ruolo di Operations Manager Mobile Unite (Comunicato organizzativo 9/10/2023)
- 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



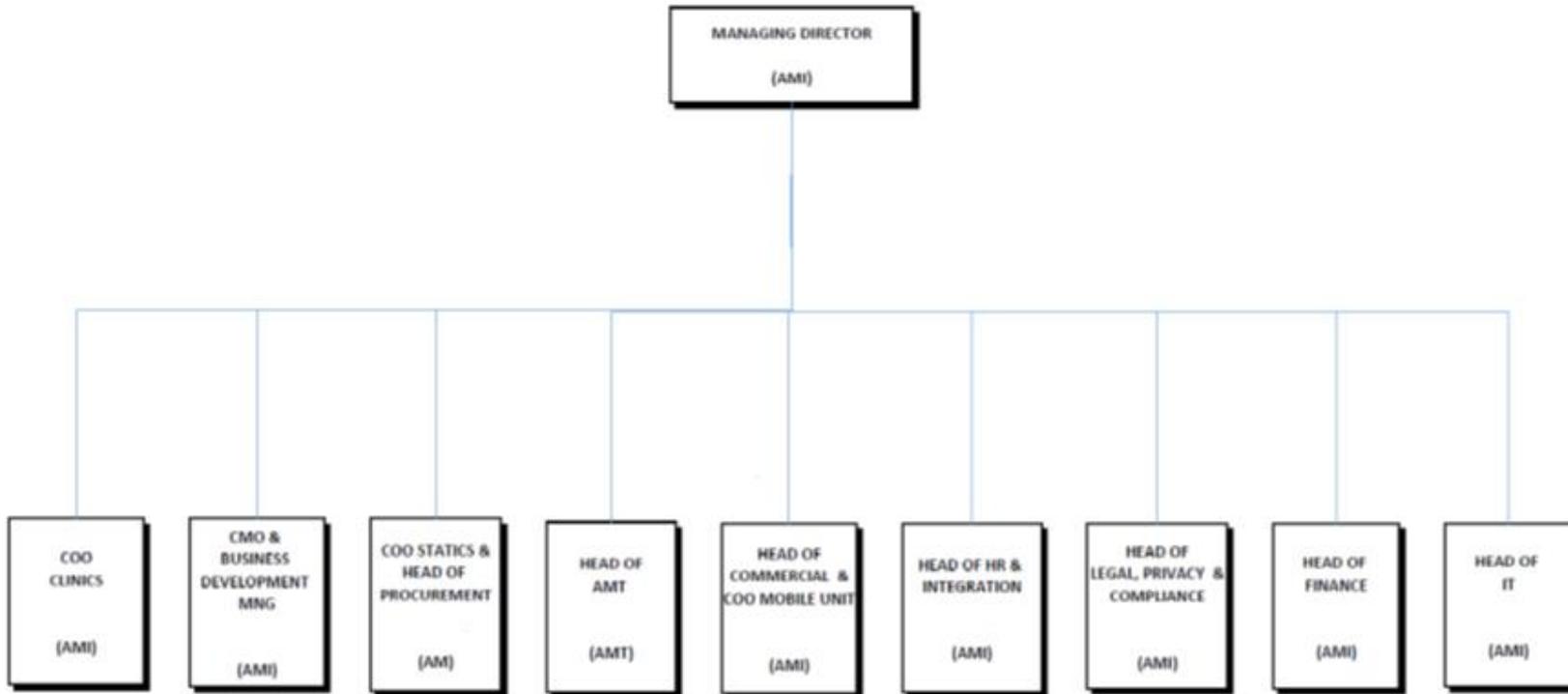
Organizzazione

Alliance Medical Group Italy



ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

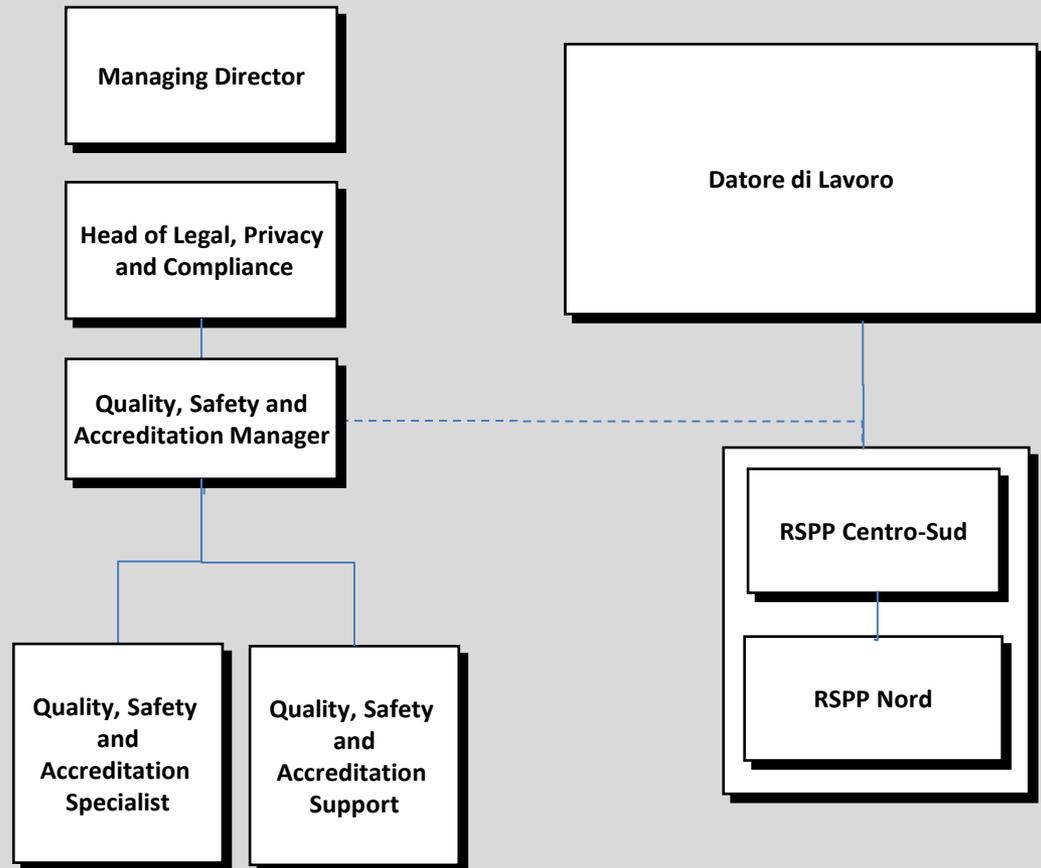
Mod.03.3 Organigramma
Rev.1 Direzione HR



Funzionigramma Qualità



Organigramma Quality, Safety and Accreditation



Dall'analisi del Quadro obiettivi (Mod.03.5) I risultati monitorati nel FY 2024 sono in linea con gli obiettivi previsti, come ad esempio:

Elementi di miglioramento:

- ▶ **Utilizzo 100% budget ASL**
- ▶ **Rispetto % di azioni di correttive e preventive chiuse nei tempi vs obj > 60%**
- ▶ **% Questionari raccolti customer vs obj > 2%**

Elementi di attenzione:

- ▶ **% tempi CPA vs obj Abd > 3% e tempo medio di risposta > 0:00:20**

ANALISI DEL CONTESTO
E DELLE PARTI
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2023/2024

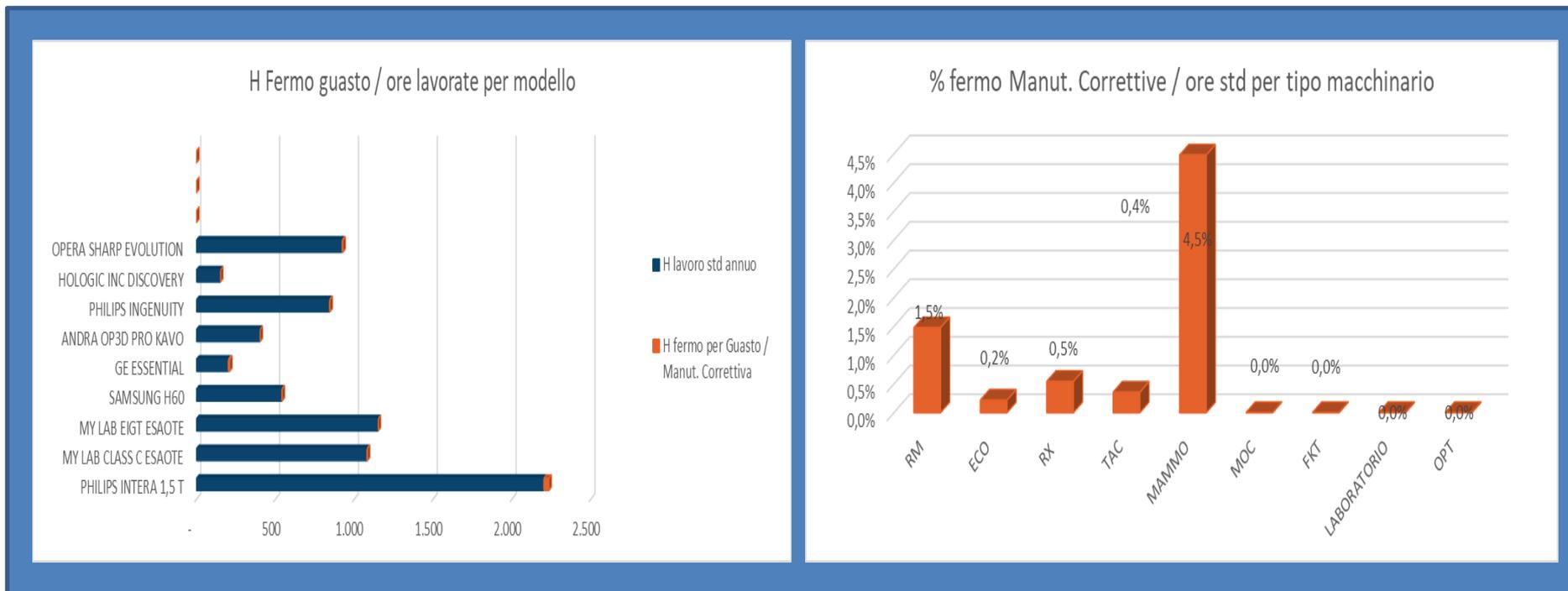
Inserimento nuovi strumenti di monitoraggio delle performance:

- ▶ **Processo di valutazione personale sanitario dipendente**
- ▶ **Sviluppo ed estensione perimetro del Database del Miglioramento**
- ▶ **Implementazione verbalizzazione riunioni interne**

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/statics**", relativo all'anno 2023 e l'avanzamento per il 2024 (dati Settembre).



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.

Il nuovo Questionario, aggiornato a luglio 2024, è standard per tutte le sedi (ad esclusione delle Toscana per recepimento direttive locali).

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 $\geq 90\%$

L'ultimo report con i dettagli per singolo item è relativo al mese di **Ottobre 2024**.

Risultati Ottobre 2024		
Rappresentatività del Campione utenti	9,5%	😊
Soddisfazione globale del servizio	90,5%	😊
Raccomandabilità	95,2%	😊



INNOVAZIONE TECNOLOGICA E DI PROCESSO



- **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 radiografici multipli sono stati risolti: 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 degli esami RX multipli.
- **Progetto Customer Satisfaction:** progetto implementato con successo. La digitalizzazione dei questionari è stata completata. Terminata l'implementazione del nuovo formato di questionario, reso standard per tutte le sedi italiane (fa eccezione la Toscana per recepimento direttive locali).
- **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.



La valutazione fornitori è stata effettuata da parte dello Studio Radiologico Newima 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 $\leq 20\%$

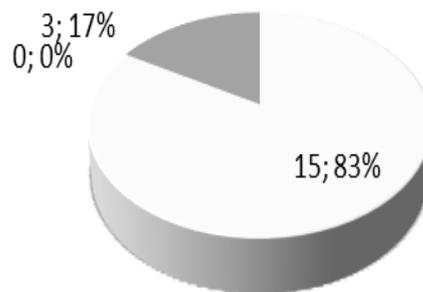
Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI_2024_NEWIMA**".

Su 18 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 9 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 9 fornitori minori, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2023, coprendo il 100% di quelli presenti in albo ed il 50% di quelli strategici.

In particolar modo, si evidenzia :

- 83% fornitori in white list
- 17% fornitori in gray list.
- Non si registrano fornitori in red / black list
- Non si registrano Non Conformità.

FORNITORI VALUTATI 0;0%



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

COMPILAZIONE A CURA DI OPS

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

Nome: _____ **Cognome:** _____

Profilo professionale: Medico Radiologo **Sede 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 considerazione a supporto della valutazione.

CRITERI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE	NOTE	INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE										
INCIDENT	3		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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 style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">≥ 4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">da 2 a 4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">0</td></tr> </tbody> </table> <p><small>Descrivere i casi di incidenti occorsi a carico del Professionista (data e ora di OPS - se cura, chiedere supporto a OPS)</small></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;"> <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 style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">> 5 reclami</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3/4 reclami</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">1/2 reclami</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">Nessun reclamo</td></tr> </tbody> </table> <p><small>Descrivere i casi di reclami espressi dai pazienti sui confronti del Professionista (data e ora di OPS)</small></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;"> <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 style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">da 1 a 2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">da 2 a 3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">da 3 a 4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">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												
CLINICAL	3												
ANNI DI ESPERIENZA	4		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Livello</th> <th style="background-color: #f4a460;">Descrizione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">da 1 a 5 anni di esperienza</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">da 6 a 10 anni di esperienza</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">da 11 a 20 anni di esperienza</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">oltre 20 anni di esperienza</td></tr> </tbody> </table> <p><small>Ripetere il Livello Individuale (data compilata e cura di OPS)</small></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	3,0	NOTE DI VALUTAZIONE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f4a460;">Media (M)</th> <th style="background-color: #f4a460;">Esito della valutazione</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1 ≤ M < 2,5</td><td style="text-align: center;">livello di professionalità migliorabile</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2,5 ≤ M < 3,5</td><td style="text-align: center;">livello di professionalità standard</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3,5 ≤ M ≤ 4</td><td style="text-align: center;">livello di professionalità al di sopra delle aspettative</td></tr> </tbody> </table>	Media (M)	Esito della valutazione	1 ≤ 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 (M)	Esito della valutazione										
1 ≤ 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)

Sanitaria: _____

Chief Medical Officer

FIRMA VALUTATO

ISTRUZIONI

Medici Radiologi

TSRM

ALTRO PERSONALE SANITARIO

	PROCEDURA GESTIONALE Gestione dei Reclami	ALL PG QSA.2_A Rev. 4 Aggiornato al 05/07/2024
	ALLEGATO A Modulo Segnalazione Reclami	Pag. 1/1
	Canale di Reclamo: <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Scritto <input type="checkbox"/> 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 ai 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, desidero 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 base 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 e il consenso esplicito, quando fornito separatamente dai particolari. 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
STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA	5	0,0001%

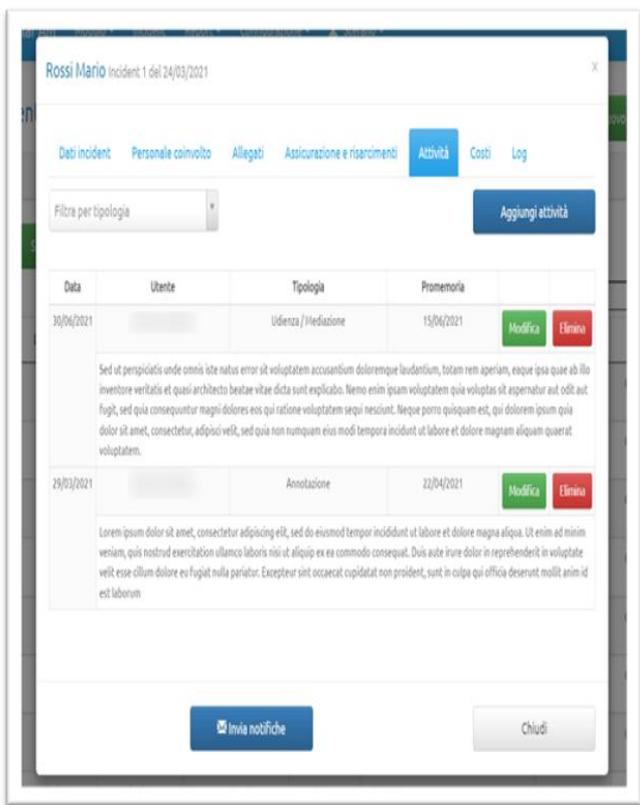
Dettagli riportati nel file «DB Analisi reclami»

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 FY23 di:

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

Risultati STUDIO RADIOLOGICO NEWIMA FY24		
RILEVATI	INVIATI AD ASSICURAZIONE	CHIUSI
4	0	2

Dettagli riportati nel portale Caterpillar

Audit Amministrativo e Clinico

Nel 2023 è stato 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 FY 2024 (OTT/23-SETT/24) HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

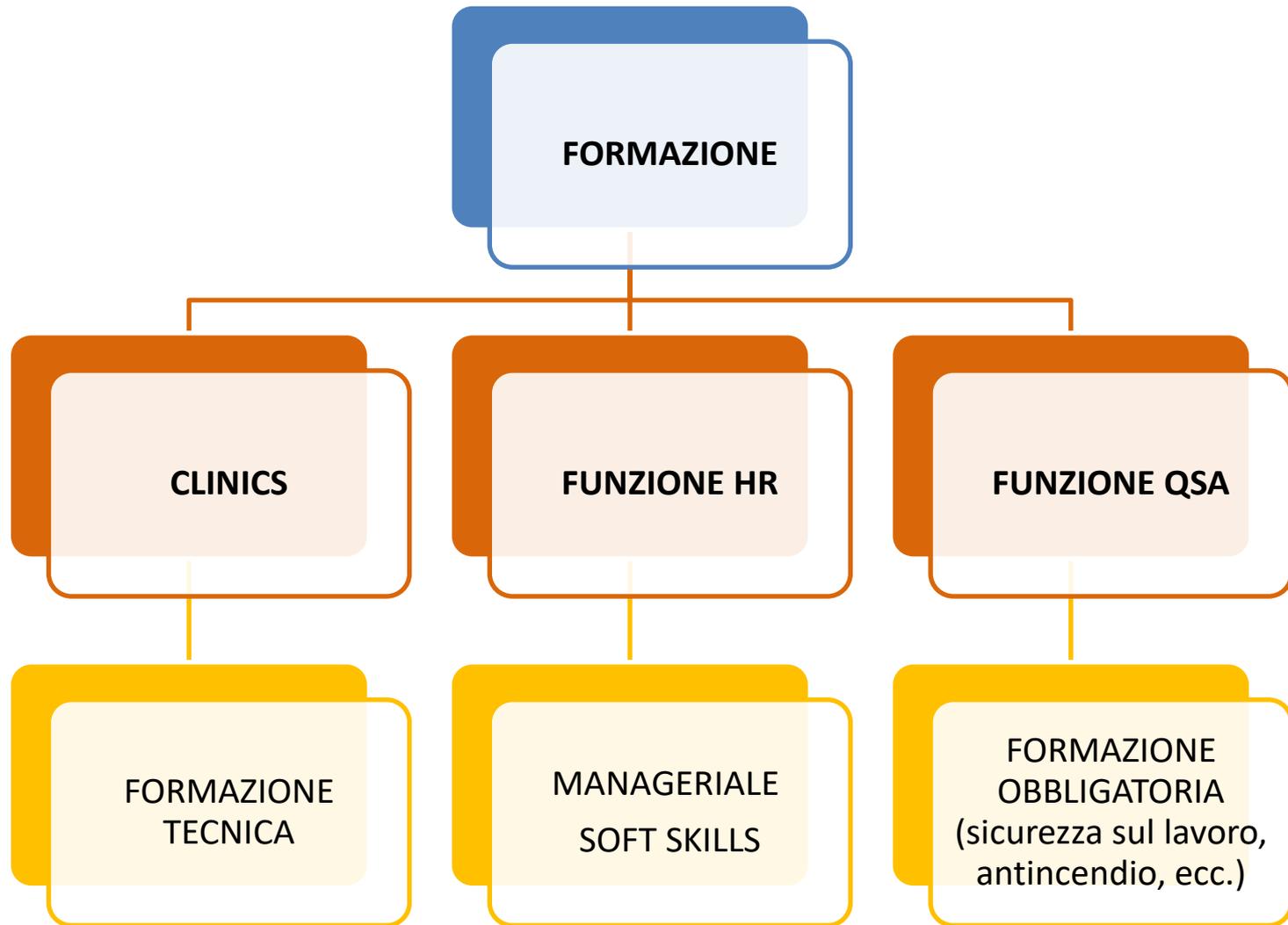
- Media mensile di esami valutati pari al 2,09% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **89,81%**

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.

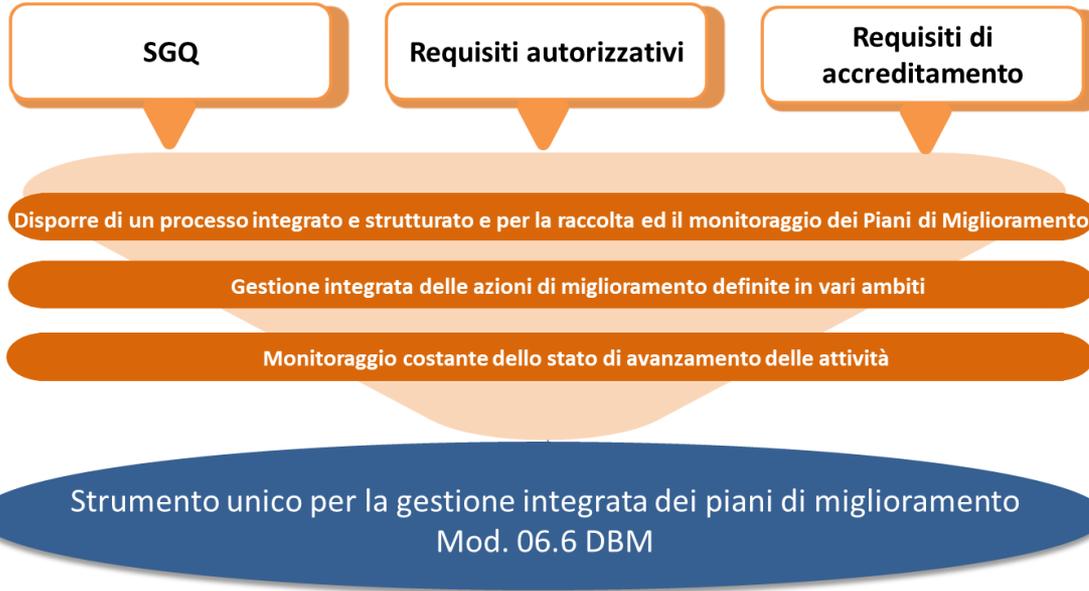
Da Maggio 2023 è stato implementato un nuovo software per la **Gestione degli Incident Reporting (Caterpillar)**.

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 2023/2024

Le azioni di Miglioramento definite nel **2023 e 2024** sono state prese in carico e gestite.

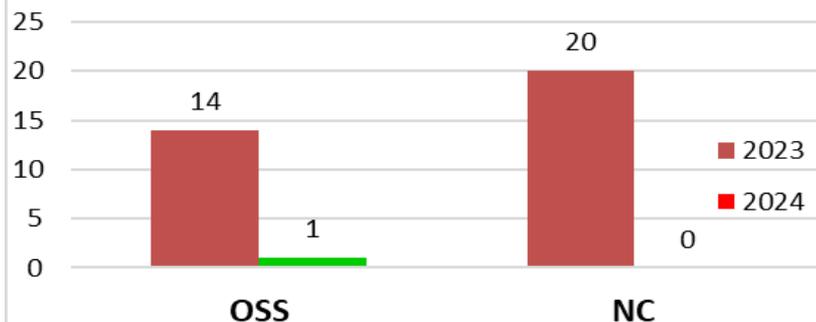
In particolare sono state registrate **36** azioni di cui:

- 35 chiuse
- 1 in progress

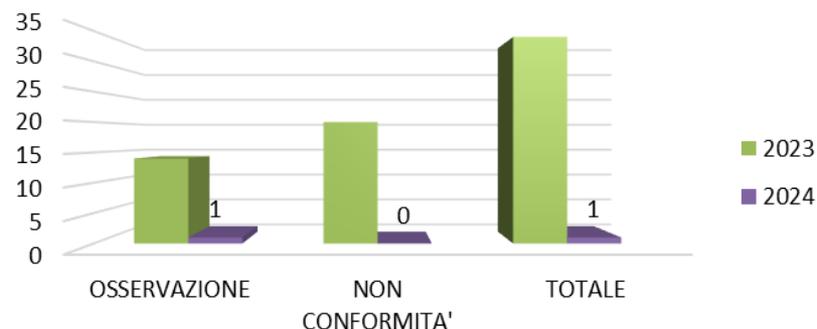
REATTIVITÀ DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO

ANNO	AZIONI CHIUSE NEI TEMPI	%
2023	14/35	41%
2024	1/1	100%

TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE



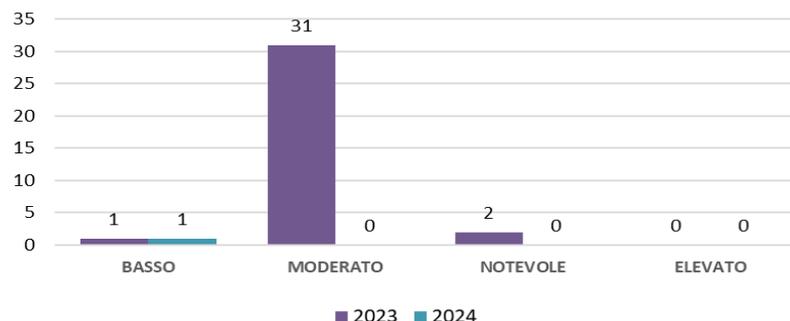
TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE



TIPOLOGIA AZIONE INTRAPRESA



PRIORITÀ AZIONE





Progetti di Gruppo con impatto su Newima:

- **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 gennaio 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.
- **Aggiornamento SAP Hana:** Go Live previsto per Marzo 2025
- **Aggiornamento procedure ed istruzioni operative:** QSA coordina la revisione periodica delle procedure di gruppo interfacciandosi con le singole funzioni owner dei processi.
- **Progetto formazione Clinical Risk Management:** il CRM e la Direzione HR stanno formulando il progetto.

Progetti di sviluppo del Business

- **Piano strategico sostituzione delle attrezzature in progress**

Progetti completati



Progetti di Gruppo con impatto su Newima:

- **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.**

Progetti di sviluppo del Business:

- **Acquisto apparecchiatura RM**
- **Acquisto holter**