



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS – SETTEMBRE 2023

Istituto Radiologico Toscano - Alliance Medical Diagnostic Srl

Emissione: 23/10/2023

Quality, Safety and Accreditation Manager: V. Manzi

Operations Manager: Federica Gaggini

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
- ▶ Piani di Sicurezza e applicazione Raccomandazioni Ministeriali

- ▶ 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 OM 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.

A valle dell'analisi effettuata sono:

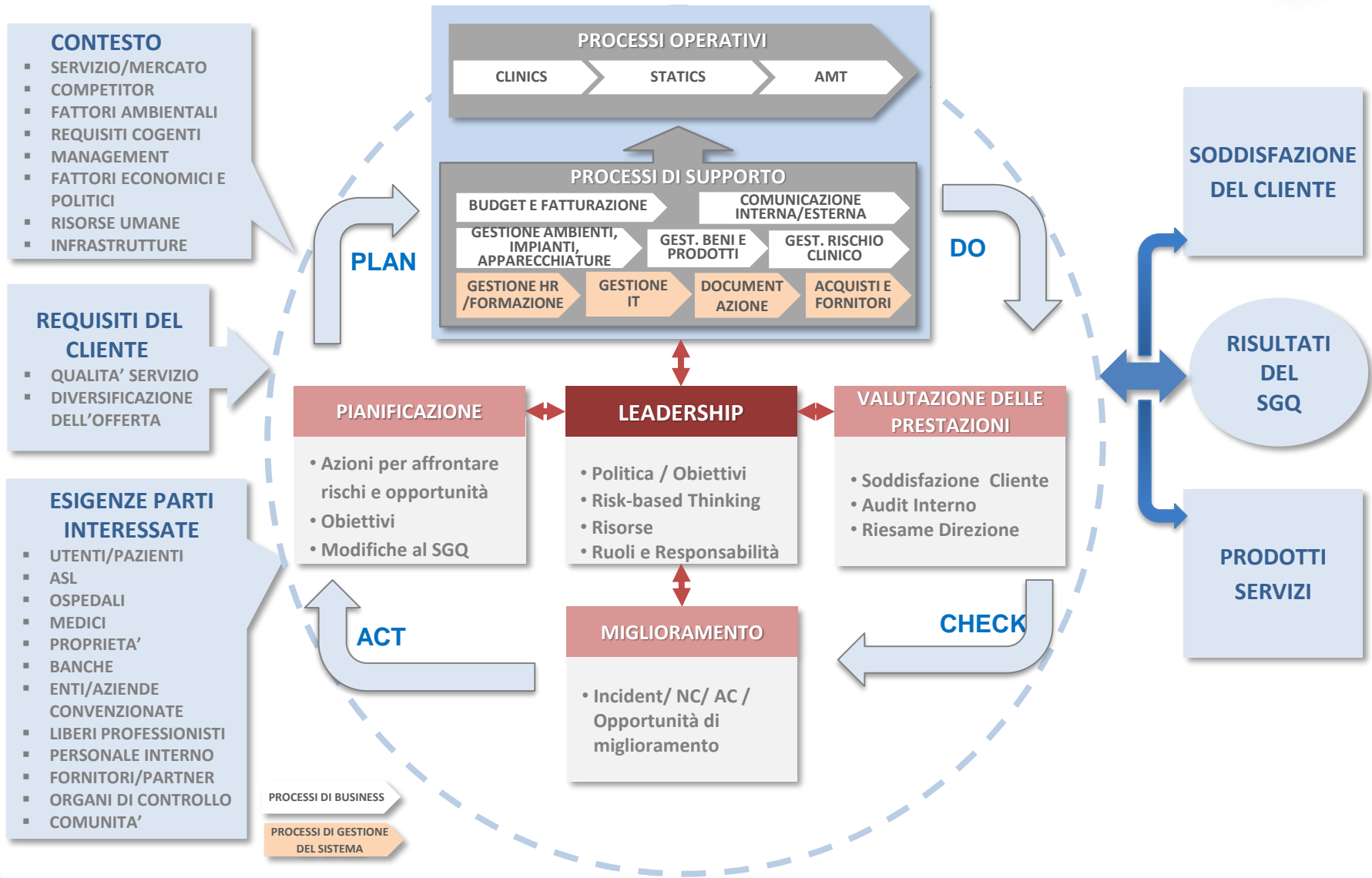
- riesaminati il campo di applicazione del SGQ e la Politica della Qualità
- proseguite le attività di implementazione dell'approccio di tipo «risk based thinking» e adozione del ciclo PDCA (plan-do-check-act)

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

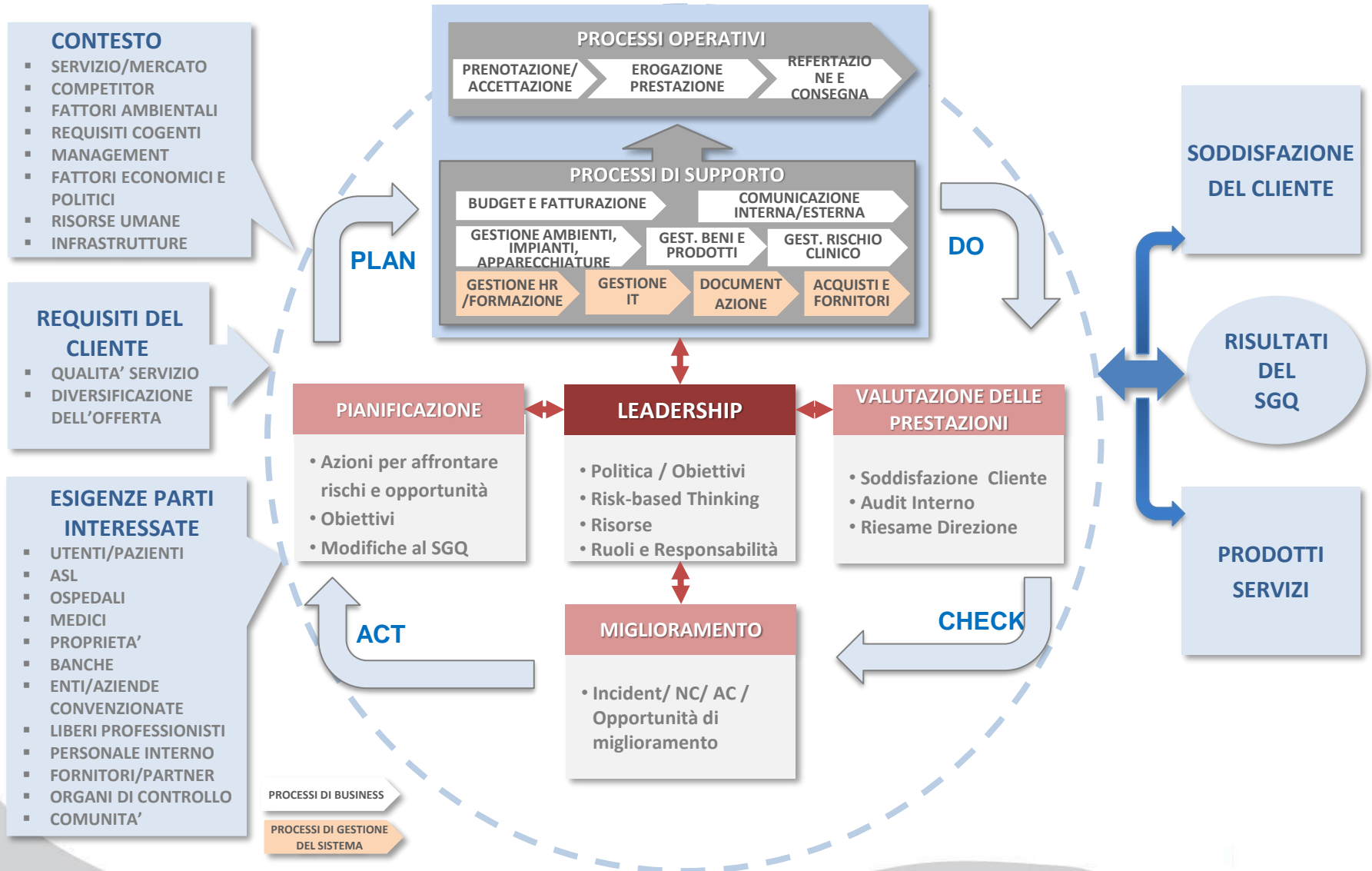


Il Campo di applicazione del SGQ



Il Campo di applicazione del SGQ

ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO



Formulazione del Campo di Applicazione

Il SGQ di Istituto Radiologico Toscano 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	ISTITUTO ANDREA CESALPINO	CENTRO RICERCHE CLINICHE	SAN PAOLO RADIOLOGIA

MAPPA DEI PROCESSI

PROCESSI CLINICS

PROCESSI GRUPPO
ALLIANCE MEDICAL

INPUT

PROCESSI OPERATIVI ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO

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 Accredитamento

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, Accredитamento, 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

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 AMBIENTI, IMPIANTI, APPARECCHIATURE


GESTIONE BENI E PRODOTTI

COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

GESTIONE RISCHIO CLINICO

L'Istituto Radiologico Toscano 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**.

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

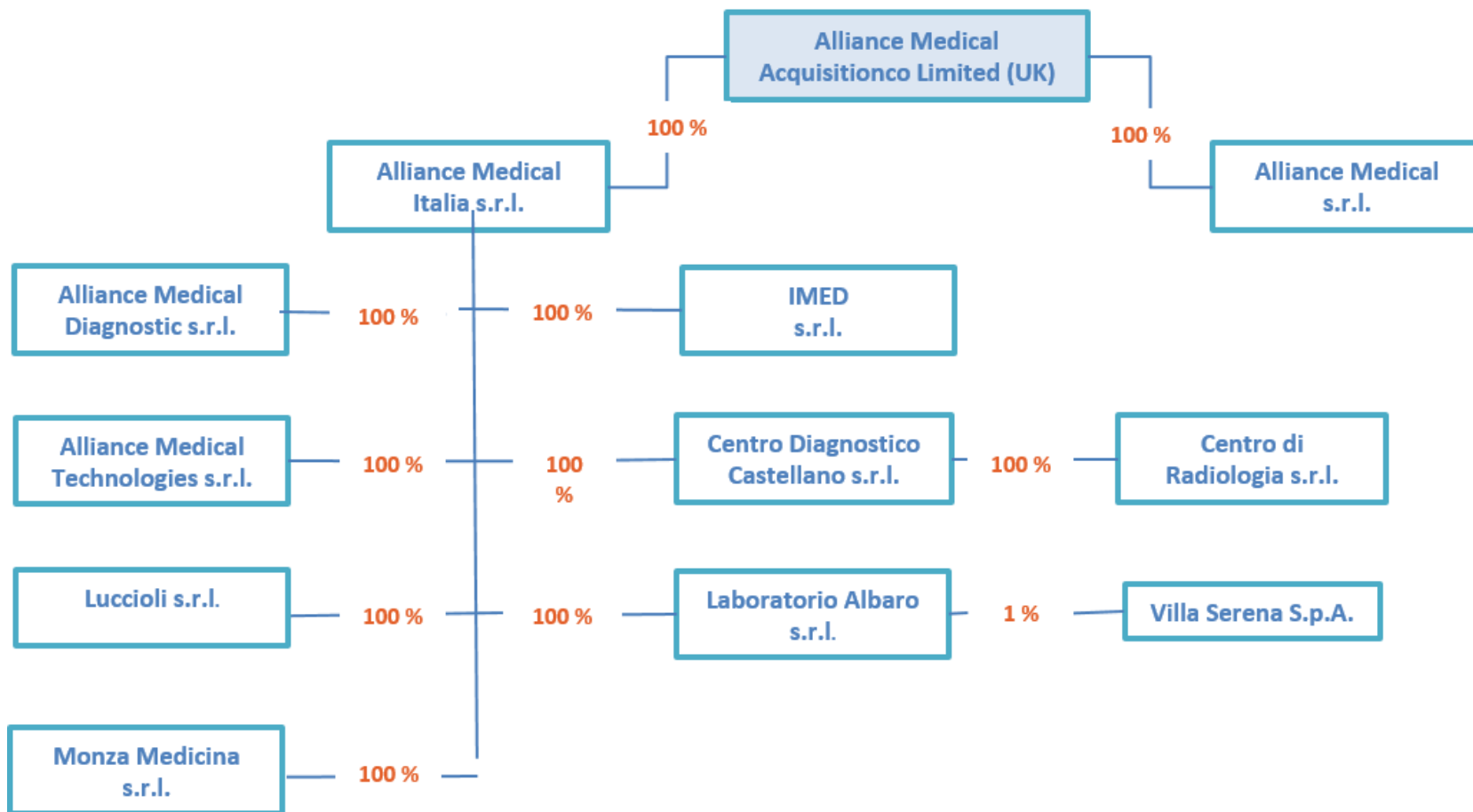
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi con gli Operations e QSA attraverso l'accesso alle cartelle di rete.

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

❖ Principali modifiche organizzative:

- Assegnato incarico **DPO** per tutte le Società del Gruppo (Comunicato Organizzativo 10/02/2023)
- Assegnato ruolo di Accountant, a riporto del Business Support, per i centri diagnostici della Toscana Nord (Comunicato organizzativo 12/05/2023)

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



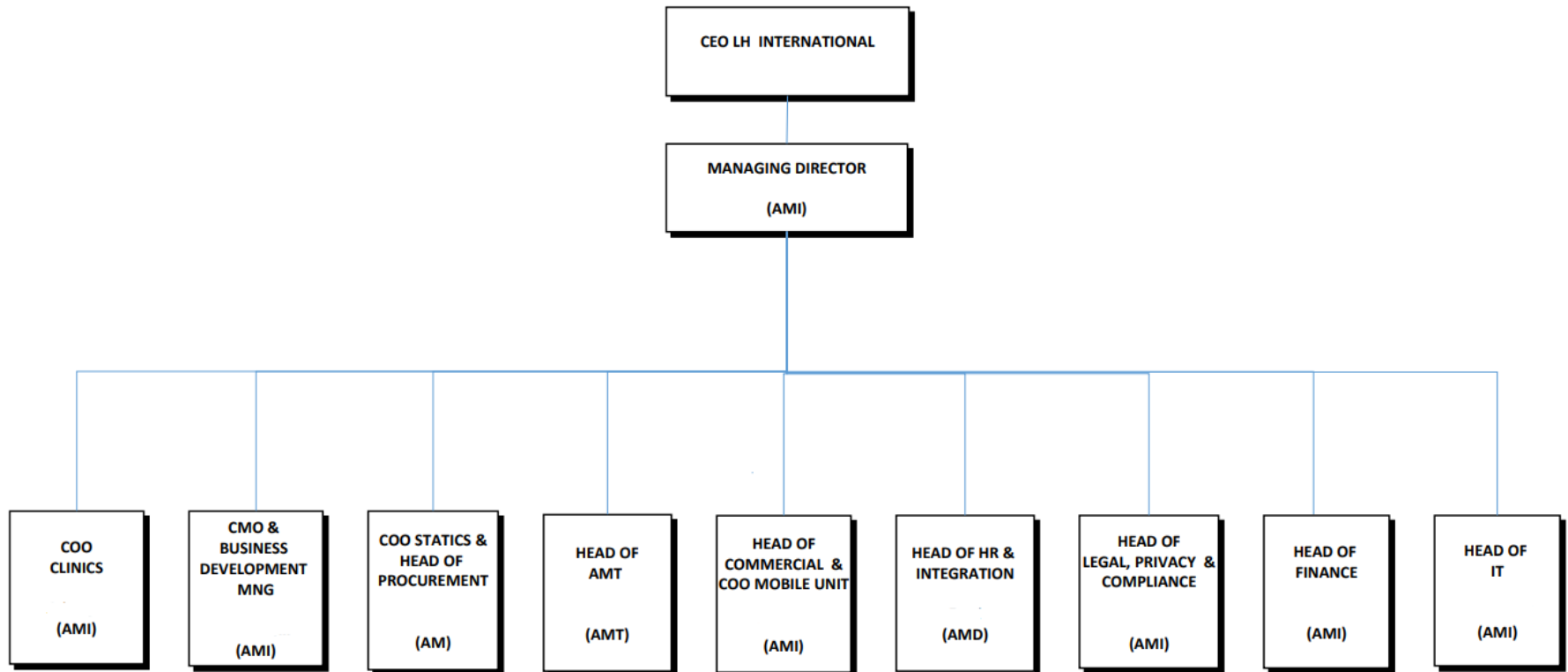
Organizzazione

Alliance Medical Group Italy

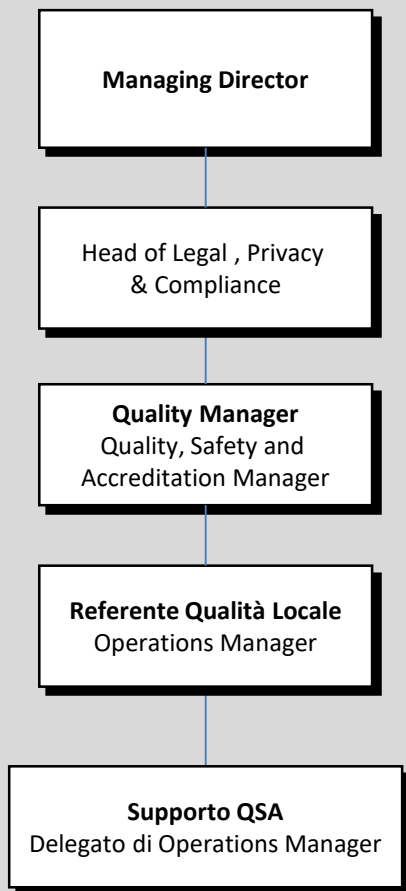


ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

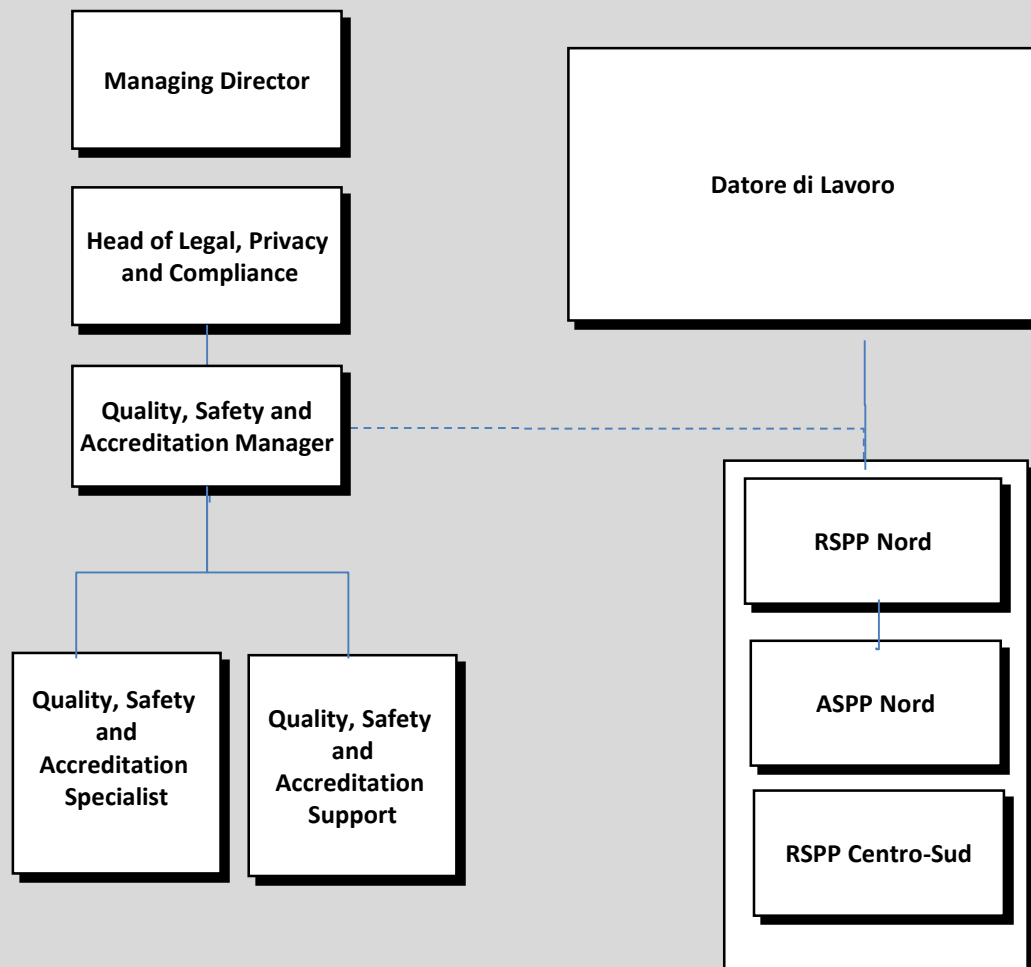
Mod.03.3 Organigramma
Rev.1 Direzione HR



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"> Messaggistica istantanea Google (Lazio, Piemonte, Lombardia) Social Media: Facebook, Instagram, LinkedIn 	UTENTI
	Preparazioni per accertamenti diagnostici	<ul style="list-style-type: none"> Verbale Cartaceo 	
FRONT OFFICE / MEDICI	Referto	<ul style="list-style-type: none"> Cartaceo, Posta/corriere Referti online 	
OPERATIONS / DS	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 	
		Prestazioni effettuate in convenzione	<ul style="list-style-type: none"> Flussi ASA
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, Elaborazione Analisi di Customer/Incident	<ul style="list-style-type: none"> E-mail MS Teams Caterpillar (Software Incident Reporting) 	

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. 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 (Procedura Percorso utente)
- ✓ 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)

Dall'analisi del Quadro obiettivi (Mod.03.5) I risultati monitorati alla fine del FY2023 sono in linea con gli obiettivi previsti, come ad esempio:

Elementi di miglioramento:

- ▶ Utilizzo oltre 100% budget ASL

Elementi di attenzione:

- ▶ % abbandono chiamate CPA vs obj < 3%
- ▶ % fornitori in White list vs obj >80%

ANALISI DEL CONTESTO
E DELLE PARTI
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2022/2023

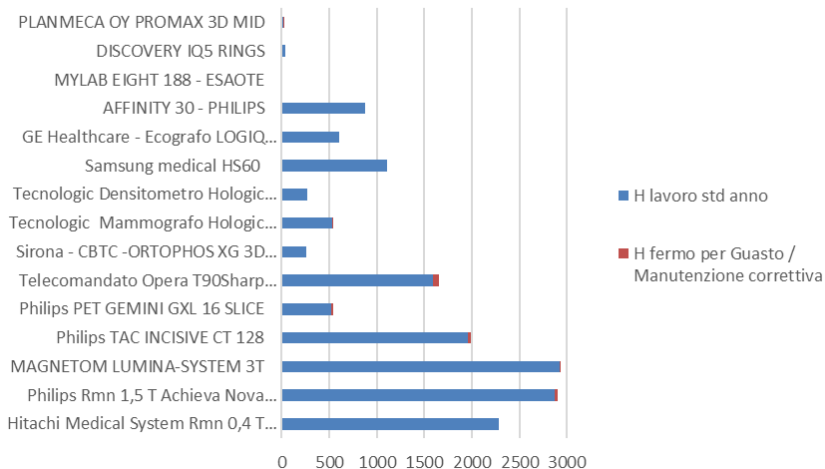
- ▶ Utilizzo nuova scheda di valutazione Fornitori con riferimento alle eventuali NC rilevate
- ▶ Introduzione valutazione LP e monitoraggio Qualità Cartella Paziente
- ▶ Digitalizzazione Questionari Customer
- ▶ Digitalizzazione processo Incident Reporting

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.

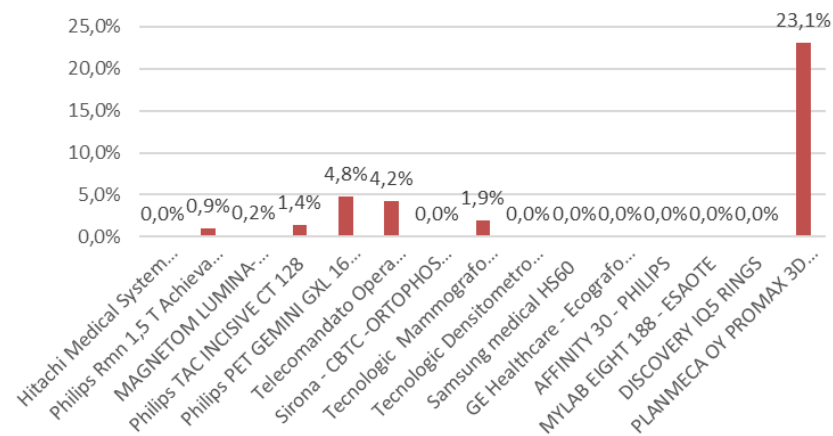
I dati sono inviati mensilmente alla Funzione QSA.

Di seguito l'analisi dei dati riferita al monitoraggio dei fermi macchina dell'anno solare 2023 (genn-sett):

H fermo guasto / ore lavorate per modello



% fermo Manutenzioni correttive / ore std per tipo di macchinario



Soddisfazione dei clienti

	Questionario Customer Satisfaction	Mod.06.1
		Rev. 1 del 30/01/2020
		Pag. 1/1

Gentile Cliente,
 Allo scopo di migliorare costantemente i nostri servizi, La preghiamo di volere cortesemente riempire questo modulo completamente anonimo e depositarlo nell'apposta cassetta.
 Ringraziando, Le porgiamo i più cordiali saluti.

Prestazione sanitaria di riferimento:
 Se ha eseguito più di una prestazione sanitaria, le chiediamo di compilare una scheda per ciascuna di esse

Data _____

Diagnostica per immagini (Es. Risonanza, Radiologia, ecografia) Esami di laboratorio
 Visite Specialistiche Fisioterapia

Accessibilità del servizio:

Modalità di prenotazione ottimo buono discreto scarso
 Tempestività di risposta call center ottimo buono discreto scarso

Condizioni dell'ambiente:

Pulizia generale e dei servizi ottimo buono discreto scarso
 Comfort della sala d'aspetto ottimo buono discreto scarso

Comportamento del personale:

Personale prenotazione / accettazione ottimo buono discreto scarso
 Personale sanitario ottimo buono discreto scarso
 Informazioni sull'esame fornite dal medico ottimo buono discreto scarso
 Riservatezza ottimo buono discreto scarso

Tempi di attesa tra:

Prenotazione ed esecuzione della prestazione ottimo buono discreto scarso
 Arrivo presso la struttura ed esecuzione della prestazione ottimo buono discreto scarso
 Esecuzione della prestazione e ritiro del referto ottimo buono discreto scarso

Giudizio complessivo:

Soddisfazione del servizio 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 non so

Consiglierebbe ad altri questa struttura? si no non so

Pensa che il personale l'abbia trattata con comprensione, dignità e rispetto? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 non so

Suggerimenti _____

Documento di proprietà del Gruppo Alliance Medical - Riproduzione vietata

Nell'ambito del progetto di digitalizzazione dei questionari di Customer, a partire da Aprile 2023, sono stati installati presso i centri diagnostici dei totem per la raccolta della soddisfazione degli utenti.

Dal mese di Maggio 2023, l'analisi della customer ricomprende sia i questionari cartacei sia quelli compilati digitalmente.

A partire dal 1 Ottobre 2023 ci sarà il passaggio definitivo ai soli questionari digitali (totem, QRCode, SMS, email).

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 LHC)

L'ultimo report condiviso con gli Operations Manager e gli uffici centrali interessati è relativo al mese di **Settembre 2023**.

Il report mensile viene costantemente integrato anche con l'analisi del *Mod.06.8 Azioni di miglioramento*.

Risultati FY23		
Rappresentatività del Campione utenti	12,96%	
Soddisfazione globale del servizio	92,44%	
Raccomandabilità	98,82%	

Valutazione dei Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte di Istituto Radiologico Toscano 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 $\leq 20\%$

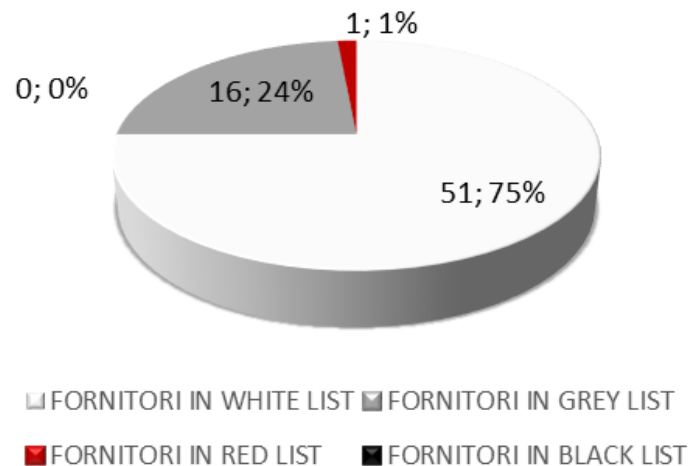
Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI_2023_IRT**".

Su 68 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 47 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 21 fornitori minori, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2022, coprendo il 100% di quelli presenti in albo ed il 100% di quelli strategici.

In particolar modo, si evidenzia :

- 75% fornitori in white list (tot 51 fornitori)
- 24% fornitori in grey list (tot 16 fornitori)
- 1% fornitori in red list (tot 1 fornitore)
- Non si registrano fornitori in black list
- Nessuna Non conformità rilevata

FORNITORI VALUTATI



Reclami

	PROCEDURA GESTIONALE Gestione dei Reclami	ALL PG QSA.2_A
	ALLEGATO A	Rev. 2
	Modulo Segnalazione Reclami	Aggiornato al 31/01/2020 Pag. 1/1

A CURA DEL CLIENTE

Canale di Reclamo: Verbale Scritto Telefonico

Reclamante: Paziente Parente Accompagnatore/ Altro
(specificare) _____

Categoria di Reclamo Relativo al processo
 Relativo allo staff
 Relativo alla struttura/ambiente
 Relativo al Finance
 Altro

Nome e Cognome Cliente: _____

Residenza (Via, CAP, Città): _____

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:

Data _____ Firma _____

A CURA DELL'OPERATORE
(riportare l'eventuale azione che si è intrapresa immediatamente)

Nel mese di Aprile 2020 è aggiornata la procedura di Gruppo PG QSA.2 «Gestione Reclami» e la relativa modulistica.

Lo stesso prevede che tutte le segnalazioni siano registrate su apposita modulistica e raccolte dal personale di ogni sede in un documento di sintesi e monitoraggio della gestione del reclamo stesso (l'ALL PG QSA.2_B Registro Reclami).

Mensilmente ogni Operations Manager invia alla 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 2023

SEDE	RECLAMI RICEVUTI	% ACCESSI
ISTITUTO RADIOLOGICO TOSCANO	10	0,02%

Dettagli riportati nel file «DB Analisi reclami_v6»

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)



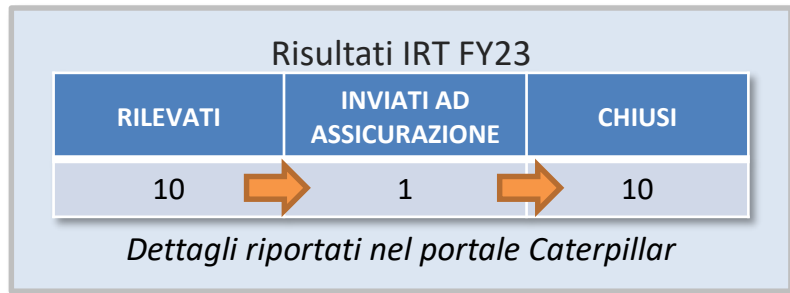
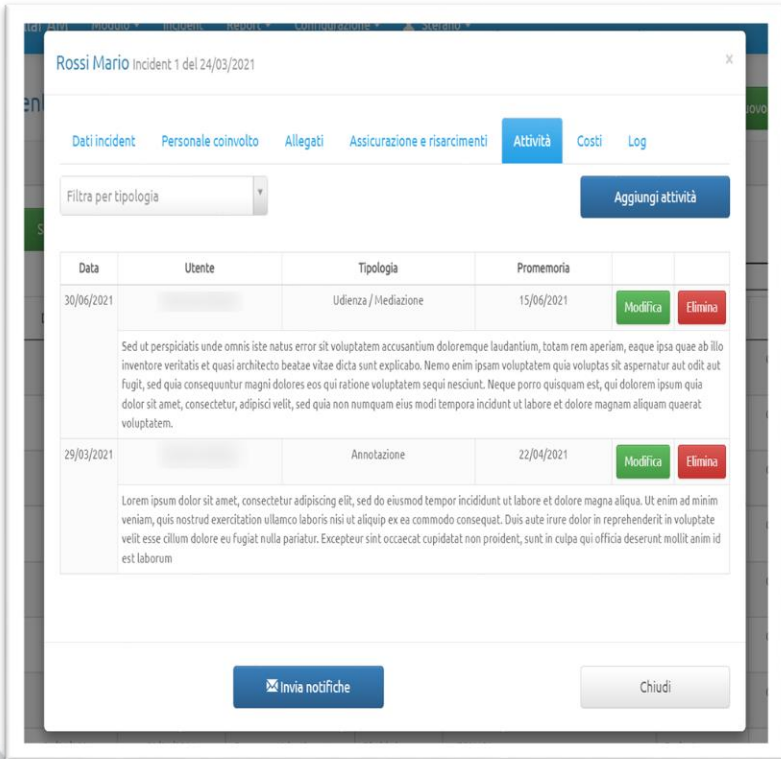
A partire da Giugno 2023 il Gruppo Alliance Medical ha deciso di passare dalla gestione manuale alla gestione digitalizzata del processo di incident reporting, mediante l'utilizzo di uno specifico applicativo (Caterpillar).

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.

Il processo rimane sostanzialmente invariato e regolamentato dalla procedura del Gruppo (PG DIR.3 Incident Reporting).

Ai fini dell'adeguamento alla L.24 dell'8 Marzo 2017, sono pubblicati sul sito internet di AM i dati agg.ti al FY 22 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 FY2023 HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

- Media mensile di esami valutati pari al 7,25% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **91,22%**

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

E' stato predisposto dal Gruppo Alliance Medical lo strumento per la valutazione del personale in libera professione.

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 (LP)

Mod.05.3 bis
 Rev.1 aggiornato al 15/06/2021

COMPILAZIONE A CURA DI OPS

Data		Periodo di riferimento della valut	
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 tabelline (INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE). In caso di assenza del dato inserire NA nelle celle corrispondenti alla valutazione. Riportare nel campo NOTE eventuali criticità / 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: 0.7em;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Numero di incident 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: 0.6em; margin-top: 5px;"> Punteggio: 1 caso di incidenti causati a carico del professionista 1/4 caso di OPS - in corso, altrimenti risposta a NA </p>	Punteggio	Numero di incident nell'anno	1	≥ 4	2	da 2 a 4	3	1	4	0
Punteggio	Numero di incident 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: 0.7em;"> <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: 0.6em; margin-top: 5px;"> Punteggio: 1 caso di reclami a supporto del professionista 1/4 caso 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: 0.7em;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Medio 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	Medio 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	Medio 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		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <thead> <tr> <th>Punteggio</th> <th>Medio 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: 0.6em; margin-top: 5px;"> Punteggio: gli esiti del clinico e del radiologo esatte da parte del OPS </p>	Punteggio	Medio 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	Medio 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												
ANNI DI ESPERIENZA	4		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <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: 0.6em; margin-top: 5px;"> Punteggio: il livello individuale 1/4 caso 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												

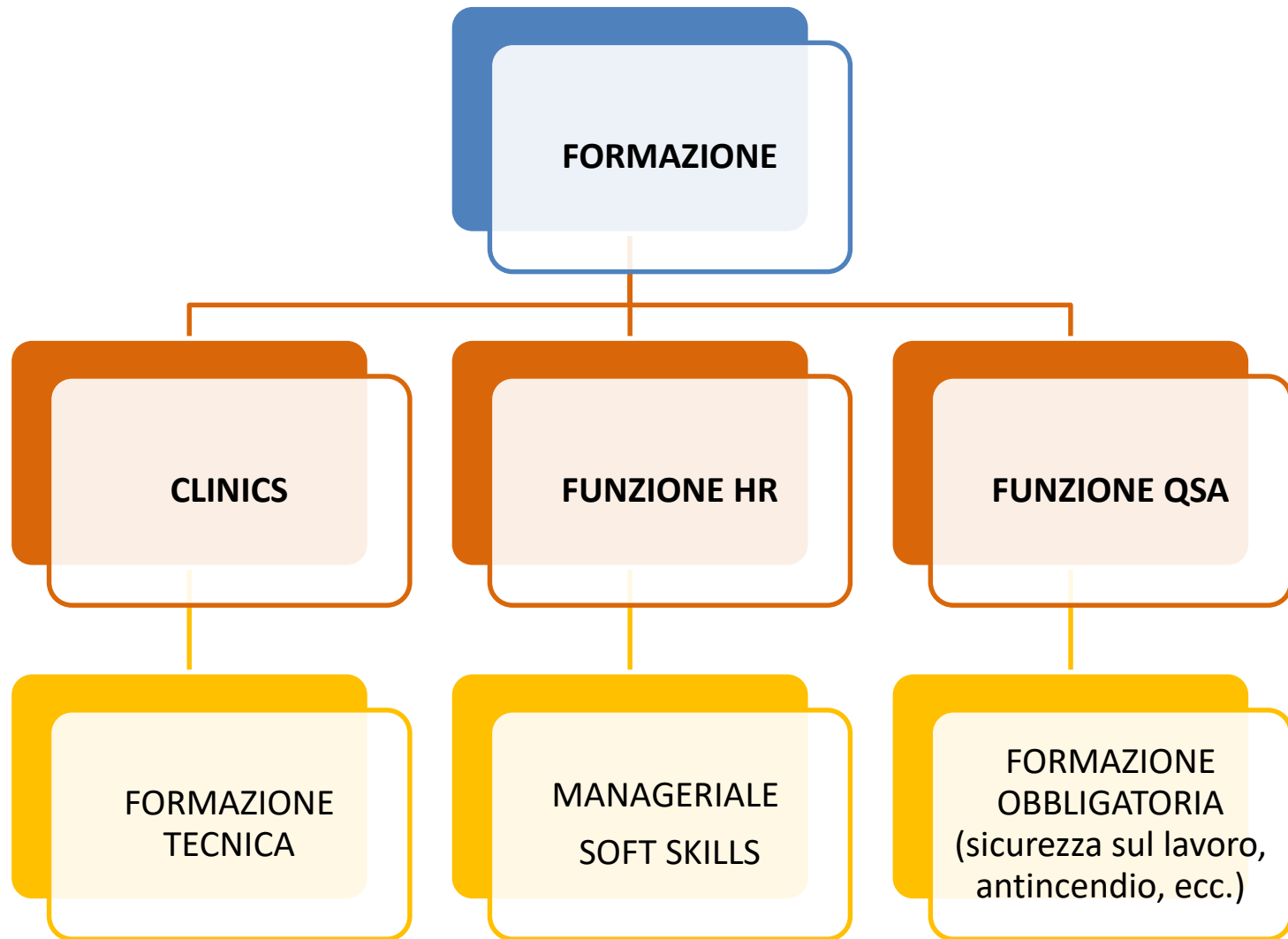
ESITO VALUTAZIONE

VALUTAZIONE FINALE	NOTE DI VALUTAZIONE	Medio (M)	Esito della valutazione						
3,0		3,0	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <tr> <td style="width: 15%;">1 ≤ M ≤ 2,5</td> <td>livello di professionalità migliorabile</td> </tr> <tr> <td>2,5 < M ≤ 3,5</td> <td>livello di professionalità standard</td> </tr> <tr> <td>3,5 < M ≤ 4</td> <td>livello di professionalità al di sopra delle aspettative</td> </tr> </table>	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
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								

←	ISTRUZIONI	Medici Radiologi	TSRM	ALTRO PERSONALE SANITARIO	+
---	------------	------------------	------	---------------------------	---

30/09/2023

23



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 FY23 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 Settembre 2023 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.

E' stato consolidato il processo di controllo della documentazione sanitaria e dell'audit clinico; da Ottobre 2022 è stato messo in uso su tutti i centri diagnostici il 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)**.

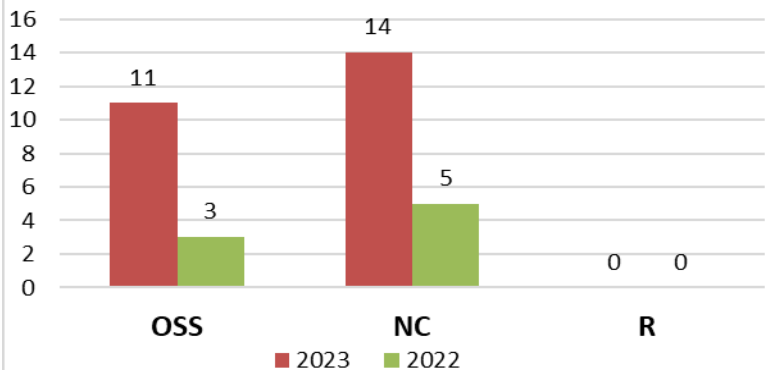
Azioni di Miglioramento FY2023

Le azioni di Miglioramento definite nel **FY23** sono state prese in carico e gestite.

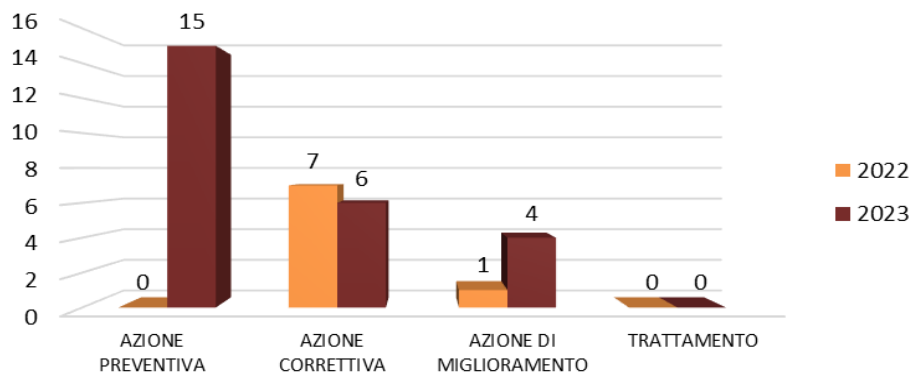
In particolare sono state registrate **33** azioni di cui:

- 30 chiuse (91%), di cui 28 nei tempi previsti (84%)
- 3 in progress (9%)

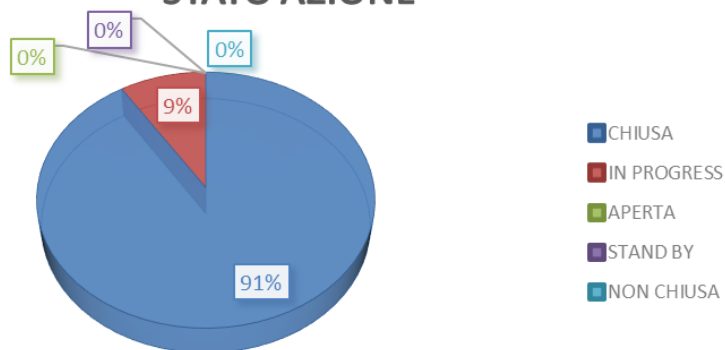
TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE



TIPOLOGIA AZIONE INTRAPRESA



STATO AZIONE





Progetti di Gruppo con impatto su IRT:

- **Progetto digitalizzazione Customer Satisfaction**
- **Progetto digitalizzazione Incident Reporting**
- **Progetto digitalizzazione gestione magazzini Clinics**
- **Progetto installazione SW Sincronis per gestione servizi manutentivi su impianti e building**
- **Progetto Dose SW:** ongoing ai fini degli adempimenti normativi in tema di emissione radiazioni ionizzanti
- **Revisione sistema procedurale a livello centrale**
- **Progetto revisione risultati Audit Clinico FY23:** al termine della fase di test condotta nel corso dell'ultimo FY verranno valutati eventuali piani di miglioramento ed obiettivi sul nuovo processo
- **Processo di Valutazione degli LP:** predisposto lo strumento, in progress valutazione di eventuali piani di miglioramento ed obiettivi sul processo
- **Progetto MICROSOFT TEAMS:** in attesa di ok da Life Healthcare per la creazione ed applicazione delle Retention policy; la piattaforma è adottata da tutto il gruppo a livello internazionale, pertanto, in fase di migrazione dei dati, l'applicazione delle etichette di retention non permetterebbero la migrazione dei dati sul nuovo tenant
- **Progetto miglioramento connettività nelle sedi operative:** passaggio a nuovo fornitore
- **Progetto Rischio clinico:** costituzione di un'organizzazione specifica con una risorsa centrale che coordinerà quelle locali per le attività di specie.



Progetti di Gruppo con impatto su IRT:

- **Progetto MICROSOFT TEAMS:** progetto completato ad eccezione dell'applicazione delle Retention Policy
- **Progetto DWH** gestionale di elaborazione statistiche automatiche: progetto completato, dati in fase di validazione
- **Campagna Phishing** per alzare il livello sicurezza dei sistemi informatici: vengono eseguite campagne con cadenza regolare (ogni 6 mesi circa)
- **Progetto Portale Prenotazioni online**
- **Progetto Referti on-line**
- **WHISTLEBLOWING:** miglioramento del canale segnalazioni in Italiano
- **Progetto analisi e mappatura building & plant**

Progetti di sviluppo del Business

- **Installata nuova PET TC**
- **Installato nuovo Cone Beam**
- **Rafforzamento apparecchiature cardiologiche (holter) e introduzione del cicloergometro**
- **Sistema di monitoraggio per le sedazioni in RM**
- **Implementazione del sistema di rielaborazione SWI per encefalo in Risonanza Magnetica 3T**
- **Autorizzazione Punto Prelievi Decentrato, con gestione informatica integrata al laboratorio esterno**
- **Ampliamento autorizzazioni sanitarie di nuove specialità**