



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS SETTEMBRE 2023

Istituto Andrea Cesalpino- Alliance Medical Diagnostic Srl

Emissione: 30/09/2023

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 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



Analisi del Contesto e Relazioni con le Parti Interessate

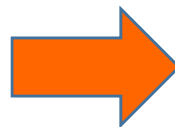
COMPRESIONE CONTESTO ORGANIZZATIVO

PERCHE':

- Utilizzo di una **VISIONE STRATEGICA** dell'organizzazione per la progettazione del SGQ
- Impiego del SGQ come **STRUMENTO PREVENTIVO**
- Valorizzazione delle **OPPORTUNITA'** come possibilità di sviluppo e miglioramento

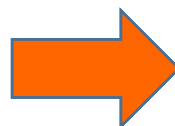


Identificare **FATTORI INTERNI / ESTERNI** (es. ambiente, mercato, fornitori, infrastrutture, legislazione)



SWOT ANALYSIS per ogni fattore rilevante individuato

Identificare Esigenze e Aspettative delle **PARTI INTERESSATE** (es. Ospedali, Cliniche, pazienti, medici, Dipendenti, Fornitori/Partner, Proprietà, ecc...)

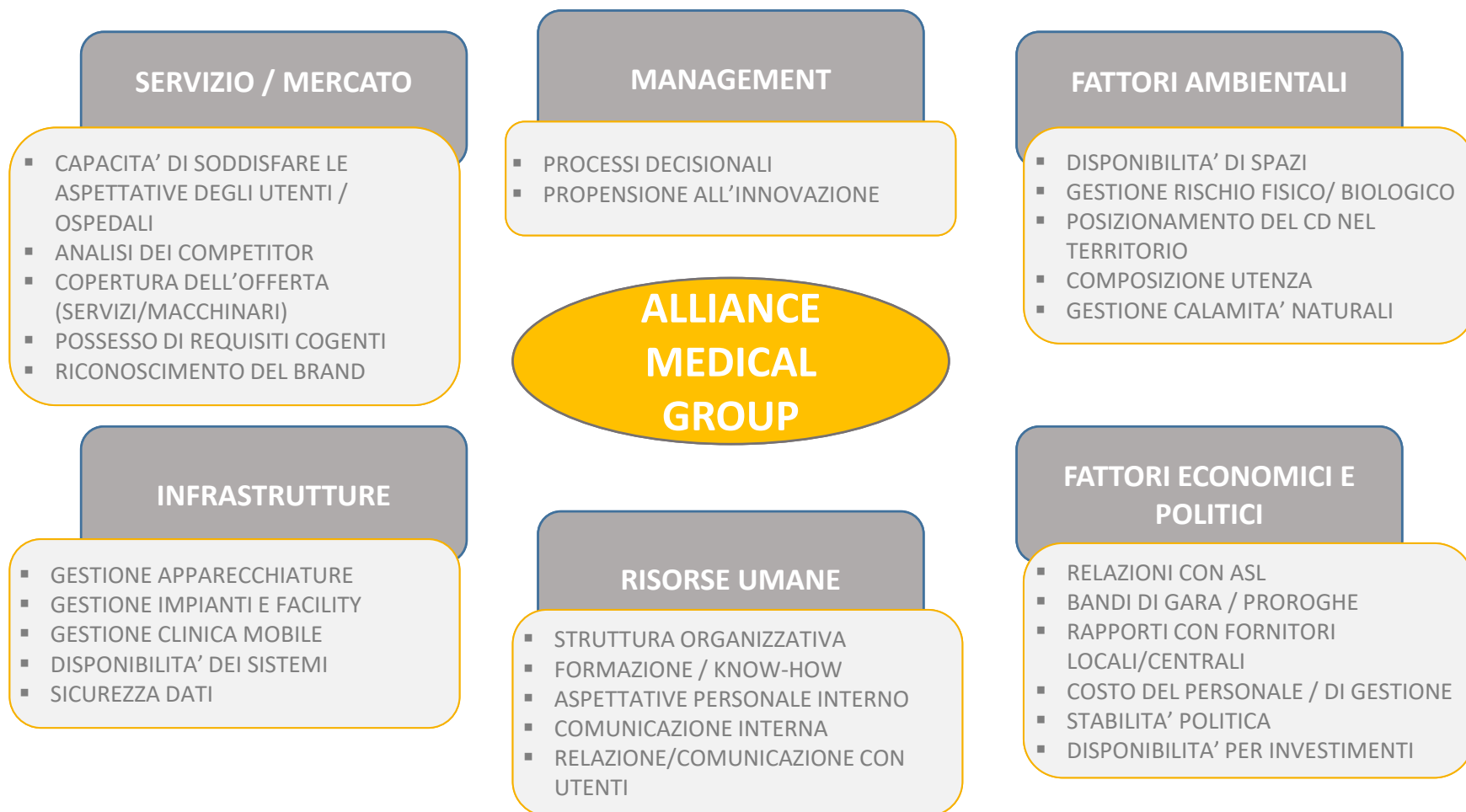


Ricaduta sui processi aziendali in termini di obiettivi / rischi / opportunità

Le Parti Interessate Rilevanti

PARTE INTERESSATA RILEVANTE	ASPETTATIVE	CLINICS
ASL	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del Contratto • Mantenimento degli standard qualitativi e autorizzativi richiesti 	X X
CUP	<ul style="list-style-type: none"> • Chiara informazione su tipologia di prestazioni erogate sul centro • Corretta pianificazione delle agende di prenotazione • Rispetto del budget 	X X
OSPEDALI	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del contratto • Soddisfazione globale del servizio 	
UTENTI / PAZIENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Reattività ed efficienza del servizio • Precisione e correttezza della diagnosi • Qualità della visita medica • Efficacia dei Piani di Trattamento Fisioterapici • Sicurezza nel percorso paziente • Qualità della cartella del paziente • Rispetto della privacy • Diversificazione dell'offerta • Efficace e chiara comunicazione dei servizi • Centralità del paziente 	X X X X X X X X X X
MEDICO DI BASE/ SPECIALISTA/ PRESCRITTORE	<ul style="list-style-type: none"> • Chiare e complete informazione sull'offerta • Precisione e correttezza della diagnosi • Interazione tra le parti 	X X X
STRUTTURE COLLEGATE (LABORATORI P.TO PRELIEVI)	<ul style="list-style-type: none"> • Efficaci flussi comunicativi tra le parti 	X
GRUPPO ALLIANCE MEDICAL	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento Obiettivi (business, qualità,...) • Integrazione con i sistemi e documenti Centralizzati 	X X
ENTI / AZIENDE CONVENZIONATE	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del Contratto • Qualità del servizio • Mantenimento degli standard qualitativi e autorizzativi richiesti 	X X X
LIBERI PROFESSIONISTI	<ul style="list-style-type: none"> • Continuità del rapporto di fornitura • Giusto riconoscimento delle attività svolte • Adeguatezza tecnologica e ambientale • Presenza di idonei dispositivi di protezione individuali 	X X X X
PERSONALE INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> • Chiari processi di comunicazione interna • Chiara definizione dei ruoli, responsabilità e requisiti minimi per ricoprire le posizioni chiave • Sicurezza nel luogo di lavoro • Ambiente di lavoro positivo e confortevole • Formazione adeguata al ruolo ricoperto 	X X X X X
FORNITORI /PARTNER	<ul style="list-style-type: none"> • Chiarezza e completezza degli ordini / contratti • Puntualità nei pagamenti • Continuità del rapporto di fornitura 	X X X
ORGANI DI CONTROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto requisiti per autorizzazioni/ accreditamento 	X
BANCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Solidità finanziaria 	X
ASSICURAZIONI (INCIDENT)	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto del Contratto (es. polizze, tempi, requisiti fermo macchina) • Riduzione Incident 	X X
COMUNITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Rispetto dell'ambiente • Rispetto delle norme di prevenzione e sicurezza 	X X

Analisi del Contesto e Relazioni con le Parti Interessate



Risk Assessment



La Metodologia si basa sulla UNI EN ISO 31000:2018 «Risk Management-Guidelines».

Lo Strumento utilizzato per il Risk Assessment prevede tre livelli di analisi:

- Rischi relativi al **Contesto Interno ed Esterno**
- Rischi relativi ai **Processi operativi**
- **Rischi Clinici**



MATRICE DEI RISCHI - ANALISI DI CONTESTO CLINICS

mod. 04/09/2011 Rev.1

RAZIONE SOCIALE: _____ RESP. SITO: _____ PERSONE COINVOLTE: _____

SEDE: _____

Agg.to al _____

N	CONTESTO	FATTORI RILEVANTI	PROCESSO	OWNER	RISCHIO ASSOLUTO					PIANO DI TRATTAMENTO			RISCHIO RESIDUO		VERIFICA E
					cod. RISCHIO	RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	IMPATTO	PROBABILITA'	CRITICITA' (I'P)	PIANO DI TRATTAMENTO	OWNER TRATTAMENTO	LIVELLO DI CONTROLLO	CRITICITA' RESIDUA	NOTE / PDA
		<i>Fattori interni ed esterni rilevanti che condizionano l'operato dell'impresa, identificati nell'Analisi di Contesto</i>	<i>Codice e titolo del processo (mappatura rischio generali)</i>	<i>Responsabile del Processo</i>	<i>Categoria di Rischi rilevati nel processo</i>	<i>Rischi operativi rilevati nel processo</i>	4 Catastrofico 3 Importante 2 Moderato 1 Nullo	4 Alta 3 Frequente 2 Basso 1 Nullo	ALTA MEDIA BASSA NON PRESENTE	<i>Eventuali piano di trattamento per ridurre la criticità</i>	<i>Responsabile del piano di trattamento</i>	1 Nullo 2 Parziale 3 Importante 4 Ottimo	ALTA MEDIA BASSA NON PRESENTE	<i>Note a supporto</i>	<i>es. inserimento di indicatori</i>
1	SERVIZIO / MERCATO	capacità di soddisfare le aspettative degli utenti	GESTIONE HR / L.P.	OPERATIONS / HR / DIR.MEDICA	R.I.R.4	RISCHI - INTERMEDIARISORSE- MANCANZA DI SKILL	manca di disponibilità del Personale Amministrativo / Sanitario per iniziative (es. turni festivi o prolungamento orario apertura)	3	2	Medio	Inserimento personale ad hoc; specifico turnazione del personale; accordi sindacali dipendenti; attivazione del processo di ricerca di personale casariato ad hoc con il coinvolgimento della Direzione Medica	OPERATIONS / HR / DIR.MEDICA	3	BASSA	Implementata la teleferazione
2	SERVIZIO / MERCATO	capacità di soddisfare le aspettative degli utenti	PERCORSO CLIENTE	OPERATIONS	R.I.P.3	RISCHI - INTERMEDIARISORSE- INADEGUATEZZA DEL SERVIZIO/PRODOTT O	maggiore affluenza dei pazienti in caso di iniziative / nuovi servizi e conseguente congestione degli spazi e protrarsi dei tempi di attesa.	3	2	Medio	Programmazione delle agende considerando anche maggiori tempi di apertura	OPERATIONS	3	BASSA	

CONTESTO | P.O. clinics | RISCHIO CLINICO | MAPPA DEI RISCHI | Valutazione

Risk Assessment

Identificazione dei rischi

Individuazione dei rischi associati al Contesto/Parti Interessate / Rischio clinico

RISCHI INTERNI		RISCHI ESTERNI		RISCHIO CLINICO	
CATEGORIA	RISCHIO	CATEGORIA	RISCHIO	RISCHIO	
NORME E LEGGI	Sicurezza	PROCESSI	Errori Contabili	Errore Medico / Sanitario	
	Normativa Privacy Regolamentari		Errori Manuali	Errori di documentazione clinica	
	Modello di Business		Inadeguatezza del Servizio/Prodotto	Insufficiente addestramento all'uso	
STRATEGICI	Ritardo Tecnologico		Errori di reportistica	Outsourcer	Mancata manutenzione
	Partnership/Alleanze		Errori nei Pagamenti	Inadempienza Fornitori	Errori di progettazione / gestionali
	Innovazione		Errori Commerciali / Accordi	Incendio e Calamità Naturali	Cadute o rischi da esposizione
FINANZIARI	Credito		Errori di Valutazione	Contesto Urbano e Ambientale	
	Liquidità		Carenza Flussi Comunicativi	Sicurezza Fisica	
	Marginalità		Tempistiche Errate/Ritardo	Terrorismo	
RISORSE	Frode		Obsolescenza Informazioni	Furto	
	Negligenza		Carenza di Responsabilità / Interfacce Processi	Contraffazione	
	Malessere interno		Sicurezza degli Utenti	Insolvenza Clienti	
	Mancanza di Skill		Danni da trasporto	Competitor	
	Perdita di Persone Chiave		Qualità del dato	Utenza	
	Gestione Infrastrutture		Malfunctionamento		
	Obsolescenza Infrastrutture	Violazione della Sicurezza			
		Incompatibilità tra Sistemi			
	Perdita Informazioni				
	Blocchi di Sistema				

Durante il Risk Assesment pilotato da QSA sono stati valutati i seguenti ambiti/ processi:

- 1) Contesto
- 2) Processi Operativi Clinics e Statics:
 - a) Percorso Cliente :
 - ✓ Prenotazione
 - ✓ Accettazione
 - ✓ Fatturazione
 - ✓ Erogazione della prestazione
 - b) Gestione Apparecchiature e Impianti
 - c) Gestione Beni e Prodotti
 - d) Gestione Emergenze
 - e) Gestione Risorse umane
 - f) Gestione infrastrutture IT
- 3) Rischio Clinico

A valle della valutazione sono stati prodotti dei report di dettaglio e definite delle azioni specifiche da intraprendere per affrontare rischi/opportunità, riflesse nelle procedure in essere.

Classificazione dei Rischi

Per ogni processo in esame è stata effettuata l'analisi di tutti i rischi ad esso associati, valutandone e ponderandone l'impatto e, data la probabilità di accadimento, la relativa criticità.

Quindi, per ogni rischio, è stato valutato il livello di controllo e gestione interni e, di conseguenza, il valore della criticità del rischio residuo, secondo la scala di ponderazione individuata

IMPATTO		
4	Catastrofico	Rischio da solo mette a repentaglio il raggiungimento di risultati mirati
3	Importante	Rischio che, in combinazione con altri rischi, mette in pericolo il raggiungimento dei risultati
2	Moderato	Rischio che limita le prestazioni della società
1	Nulla	

PROBABILITA'		
4	Alta	Stimare la probabilità del verificarsi dell'evento temuto al tempo orizzonte
3	Frequente	
2	Bassa	
1	Nulla	

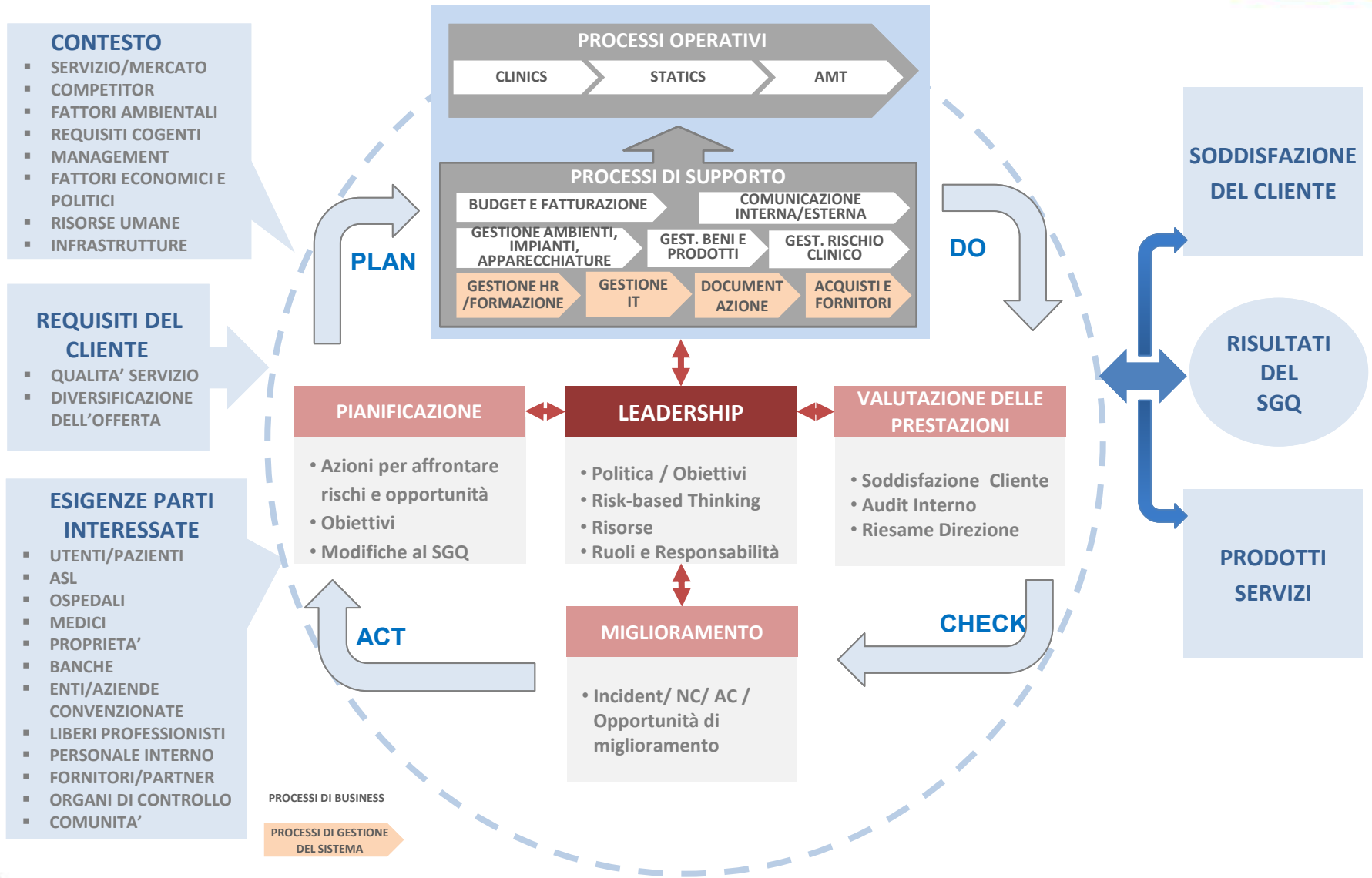
Impatto * Probabilità di Accadimento

CRITICITA'						
IMPATTO	4	4	8	12	16	
	3	3	6	9	12	
	2	2	4	6	8	
	1	1	2	3	4	
	0	1	2	3	4	
		PROBABILITA' DI ACCADIMENTO				
		4	3	2	1	0

LIVELLO DI CONTROLLO		
1	Nulla	Controlli inesistenti
2	Parziale	I controlli esistenti non consentono di trattare il rischio in modo complessivo o rilevante
3	Importante	I controlli sono adatti ma potrebbero essere integrati
4	Ottimo	Tutte le misure possibili allo stato dell'arte sono state prese. Ulteriori trattamenti sarebbero economicamente ingiustificabili

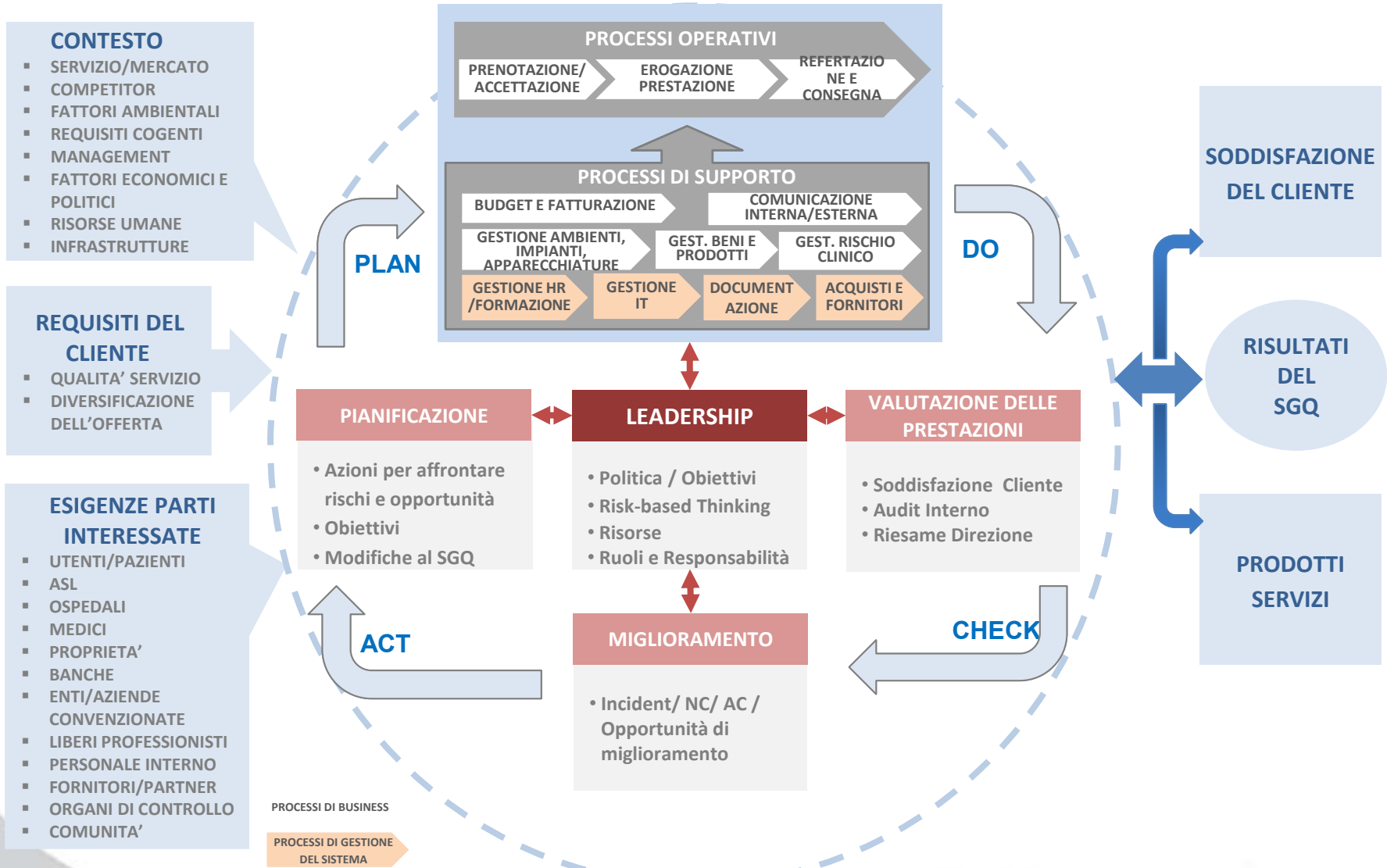
CRITICITA' RISCHIO RESIDUO					
CRITICITA' DEL RISCHIO	ALTA				
	MEDIA				
	BASSA				
	NON PRESENTE				
	0	4	3	2	1
		LIVELLO DI CONTROLLO			
		4	3	2	1

Il Campo di applicazione del SGQ



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	ISTITUTO ANDREA CESALPINO	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

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

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

Professionaliz-
zazione Risorse
Interne

Ordini/ Contratti
Fornitura

Budget/ Forecast

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 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	Mod. 01.1
		Rev. 0
		Aggiornato al 13/04/2022
		Pag. 2 di 2

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, 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

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 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 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 e nostra disposizione con intelligenza e fine 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, ci poniamo 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**.

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**.

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.

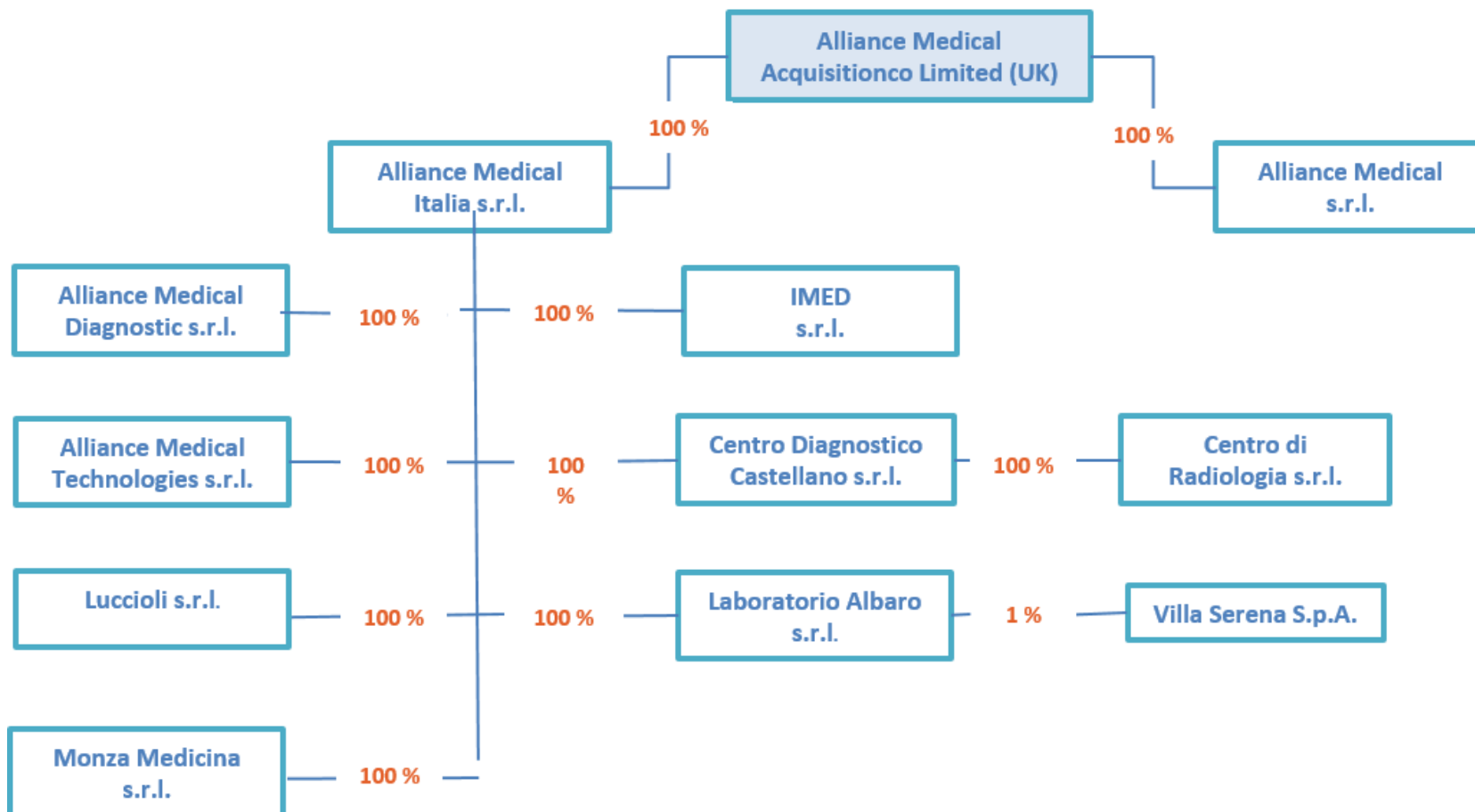
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi con gli Operations e QSA attraverso l'accesso alle cartelle di rete.

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

❖ Principali modifiche organizzative:

- Assegnato ruolo di **Regional Operations Manager** Lazio e Toscana Sud (Comunicato organizzativo 28/05/2020)
- Assegnato incarico **DPO** per tutte le Società del Gruppo (Comunicato Organizzativo 10/02/2023)

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



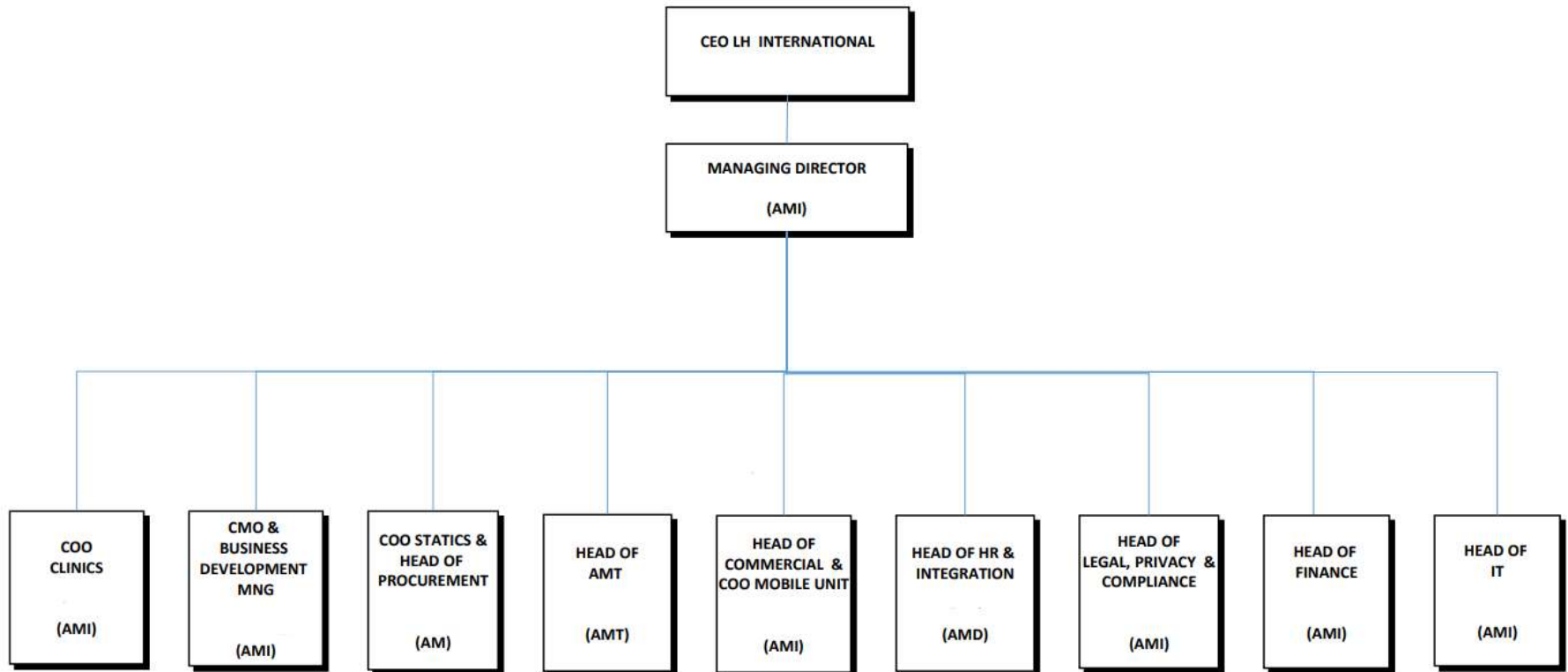
Organizzazione

Alliance Medical Group Italy



ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

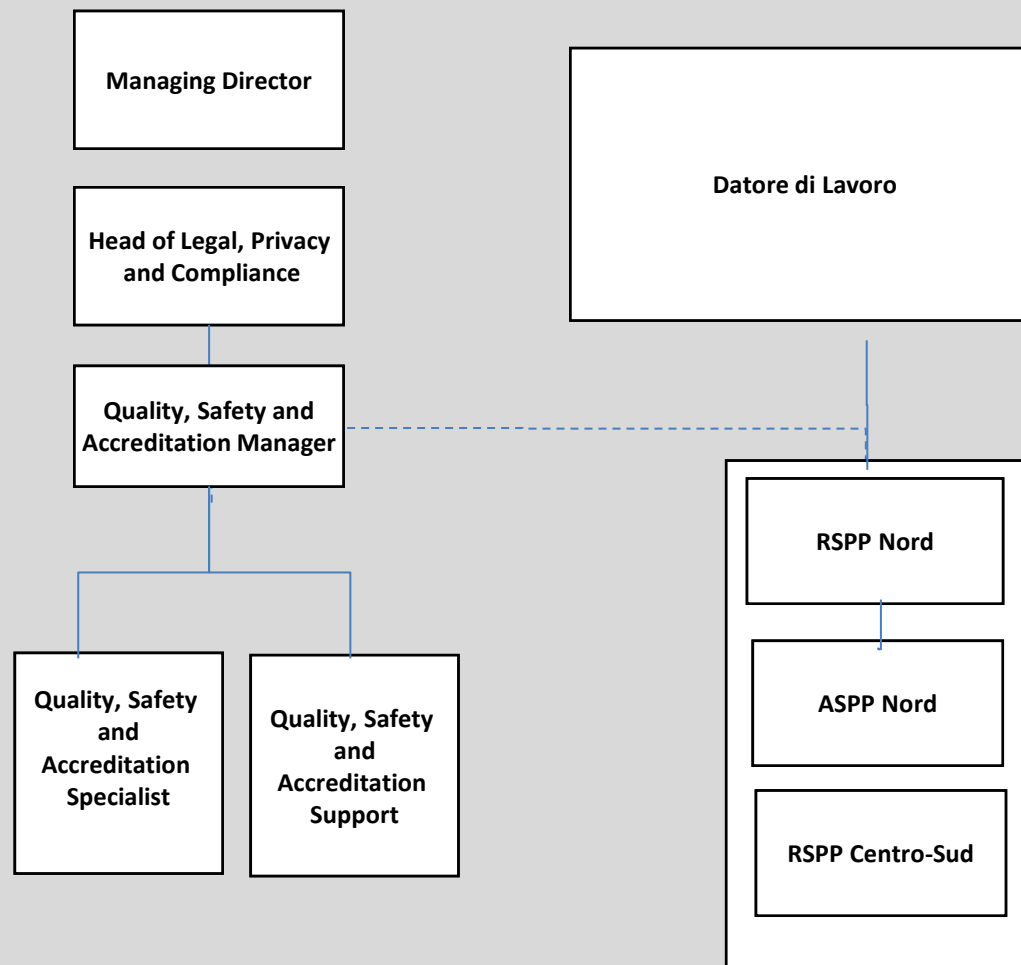
Mod.03.3 Organigramma
Rev.1 Direzione HR



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) 	

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 100% budget ASL**
- ▶ **Completamento Job Description di tutte le posizioni in organigramma**
- ▶ **Rispetto del piano di formazione obbligatoria (98% vs obj >75%)**

Elementi di attenzione:

- ▶ **% Bassa di azioni di correttive e preventive chiuse nei tempi vs obj > 60%**

ANALISI DEL CONTESTO
E DELLE PARTI
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2022/2023

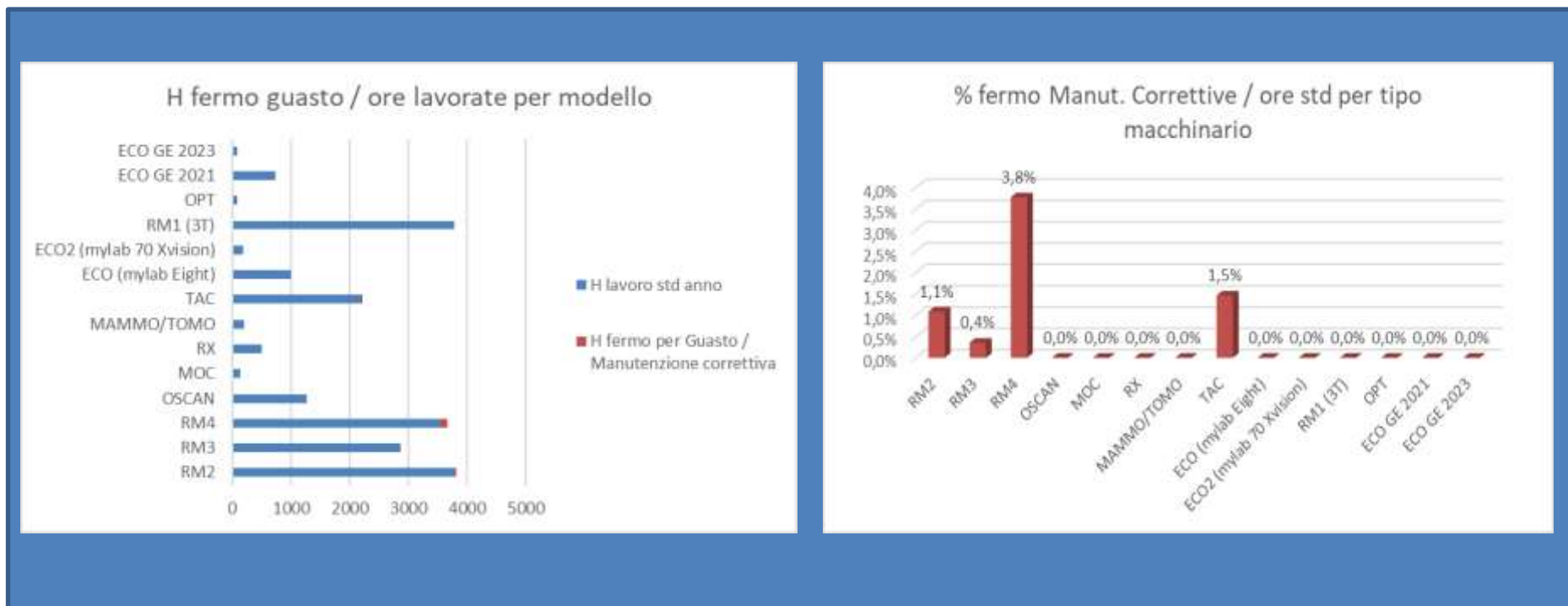
- ▶ Utilizzo nuova scheda di valutazione Fornitori con riferimento alle eventuali NC rilevate
- ▶ Introduzione valutazione LP e monitoraggio Qualità Cartella Paziente
- ▶ Digitalizzazione Questionari Customer
- ▶ Digitalizzazione processo Incident Reporting

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.

I dati sono inviati mensilmente alla Funzione QSA.

Di seguito l'analisi dei dati riferita al monitoraggio dei fermi macchina dell'anno solare 2023:



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	10,5%	
Soddisfazione globale del servizio	93,2%	
Raccomandabilità	99,6%	

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:

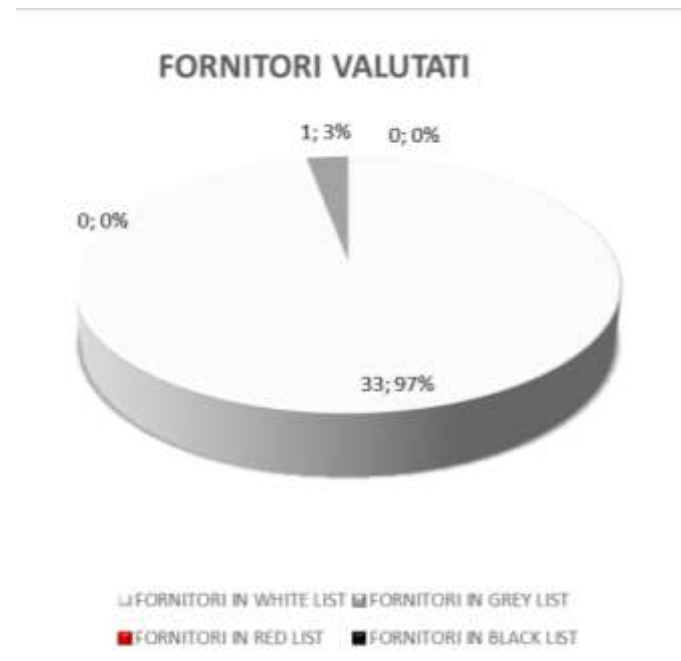
- fornitori in White List $\geq 80\%$
- fornitori in Red List $\leq 20\%$

Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI_2023_CESALPINO**".

Su 49 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 32 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 17 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 :

- 97% fornitori in white list
- 0% fornitori in red list
- Non si registrano fornitori in black list
- Nessuna Non conformità rilevata



Reclami

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

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]

Documento di proprietà del Gruppo Alliance Medical - Riproduzione vietata

Nel mese di Aprile 2020 è aggiornata la procedura di Gruppo PG QSA.2 «Gestione Reclami» e la relativa modulistica. Attualmente la procedura è in fase di revisione per l'inserimento della Società AMT nel processo di Gestione Reclami.

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 ANDREA CESALPINO	7	0,01%

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)

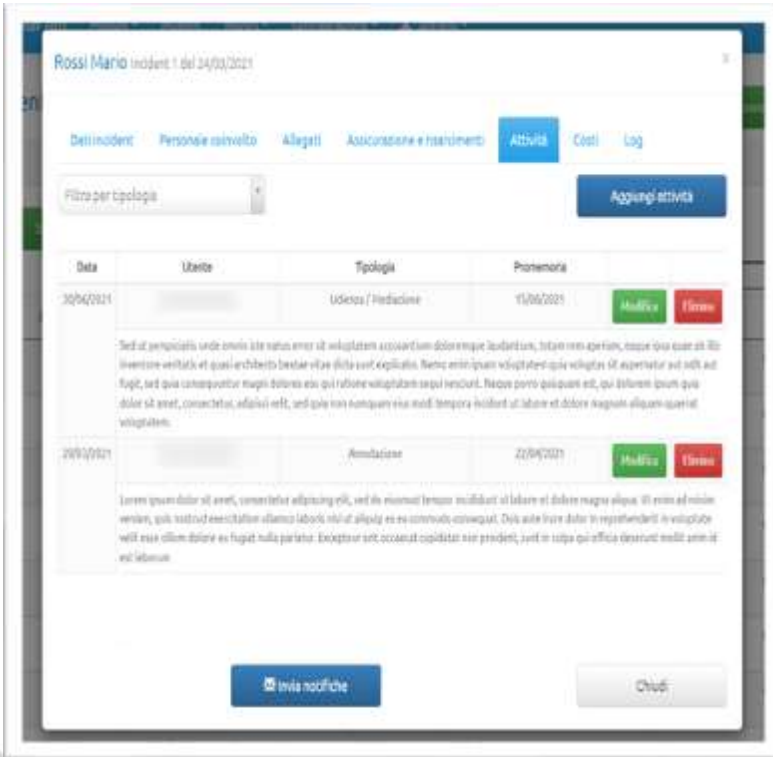
A partire da Giugno 2023 il Gruppo Alliance Medical ha deciso di passare dalla gestione manuale alla gestione digitalizzata del processo di incident reporting, mediante l'utilizzo di uno specifico applicativo (Caterpillar).

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 4,42% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **90,45%**

AUDIT CLINICO

- Image Quality
- Language
- Clinical Accuracy

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
4,7	4,6	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

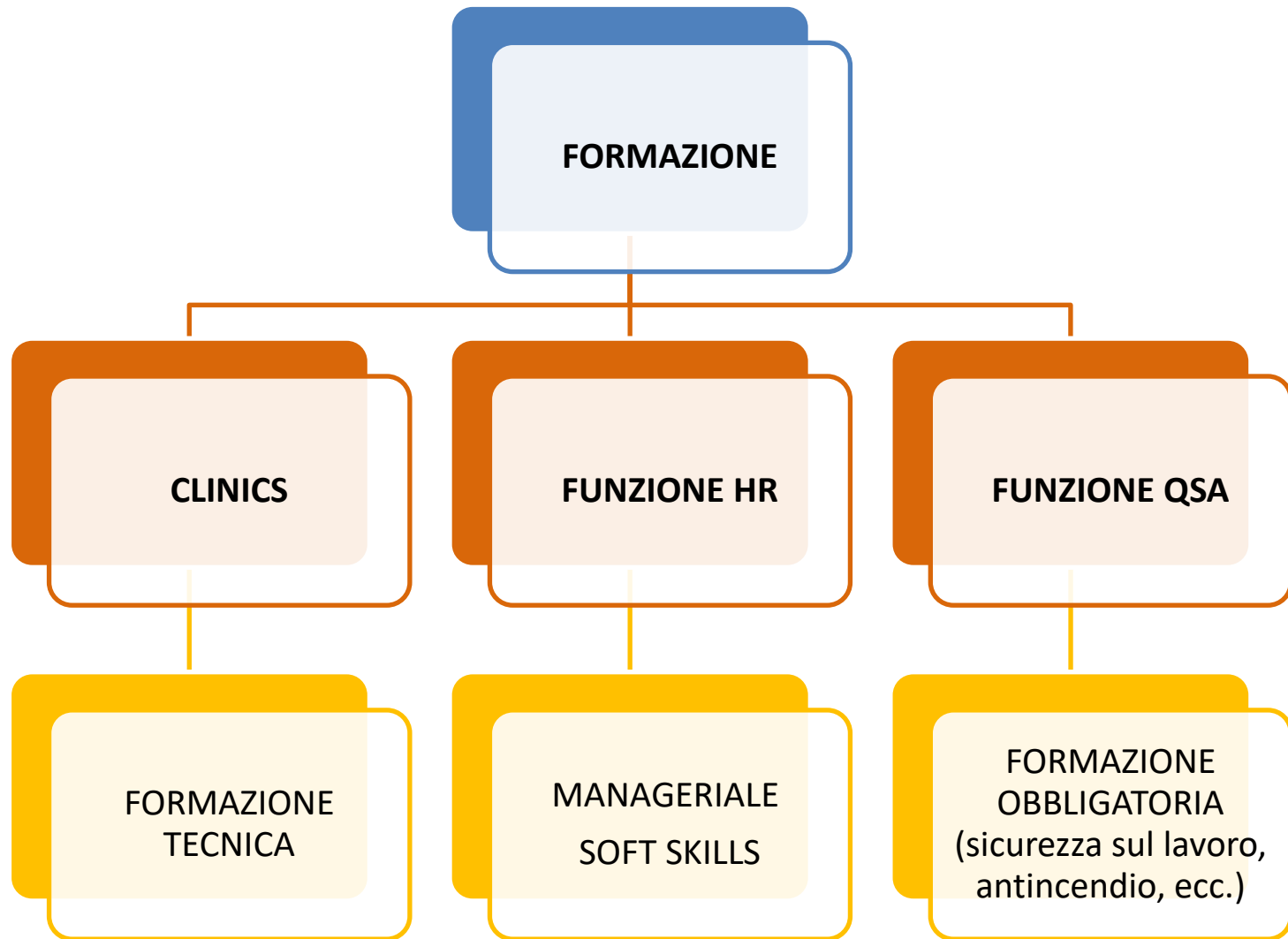
CRITERI DI VALUTAZIONE

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.



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 22-23 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 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.

Nel corso del 2022 è proseguito il **monitoraggio e la valutazione dei rischi individuati** per ciascuna area e inseriti nel Corporate Risk Register e l'aggiornamento del Regulatory Universe, costituito dalle normative più rilevanti applicabili alle società del Gruppo e a livello regionale alle singole unità operative.

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.

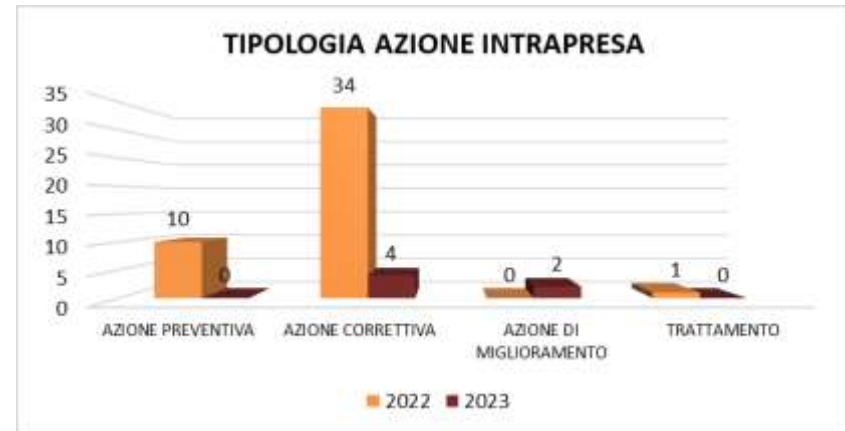
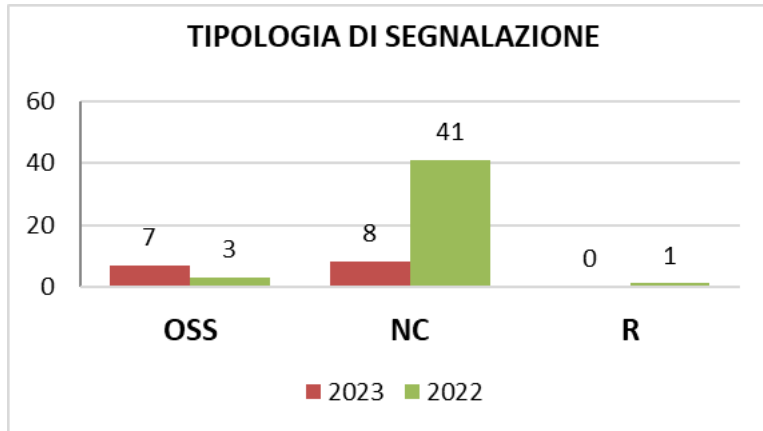
Da Maggio 2023 è stato implementato un nuovo software per la **Gestione degli Incident Reporting (Caterpillar)**.

Azioni di Miglioramento 2022/2023

Le azioni di Miglioramento definite nel **2022/2023** sono state prese in carico e gestite.

In particolare sono state registrate **60** azioni di cui:

- 53 chiuse (88%), di cui 39 nei tempi previsti (73%)
- 5 in progress
- 2 aperte





Progetti di Gruppo con impatto su Cesalpino:

- **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.

Principali PDA a fronte dell'analisi dei Rischi:

- **Pianificare riunioni periodiche di valutazione dei risultati, con focus su analisi degli incident reporting più significativi**

Progetti di sviluppo del Business: Progetto di sostituzione della TC



Progetti di Gruppo con impatto su Cesalpino:

- **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
- **Postazioni desk accettazione disabili:** installate 4 nuove postazioni desk a servizio delle persone disabili presso alcuni centri, tra cui 1 a Cesalpino
- **Progetto analisi e mappatura building & plant**

Progetti di sviluppo del Business

- **Installato nuovo Ecografo**
- **Ottenuta l'autorizzazione per il Punto Prelievi**