



BIANALISI VENETO S.r.l.

RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDER

Anno di riferimento: 2023

Rovigo, 14/03/2023

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE	3
2. POLITICA DELLA QUALITÀ	4
3. ORGANIGRAMMA.....	5
4. MODALITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO E INCIDENT REPORT	6
4.1. <i>La nostra metodologia nella valutazione del rischio</i>	6
4.2. <i>Gestione degli incident report</i>	6
5. GESTIONE <i>INCIDENT REPORT</i>	8
6. MODALITÀ DI GESTIONE DEL RECLAMO	8
7. GESTIONE DEI RECLAMI	9
8. RISULTATI DELLA RILEVAZIONE DELLA CUSTOMER SATISFACTION	9
9. AUDIT INTERNI E DI TERZA PARTE.....	10
10.1. <i>Audit interni</i>	10
10.2. <i>Audit di terza parte</i>	10
10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL'ANNO	10
11. PIANO DI MIGLIORAMENTO ED OBIETTIVI STRATEGICI	11

1. INTRODUZIONE

Presente in 8 Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Lazio, Puglia e Campania), Bianalisi è una rete di laboratori, punti prelievo, centri di diagnostica per immagini, centri radiologici, poliambulatori e studi specialistici, che lavorano in sinergia per offrire al cittadino e alle aziende accesso a prestazioni sanitarie con standard qualitativi elevati e ridotti tempi di attesa.

Nata a metà degli anni Settanta a Lissone in Brianza nel cuore della Lombardia e acquistata a metà anni Novanta dall'attuale amministratore Dott. Giuliano Caslini, Bianalisi ha saputo accogliere e incorporare nel corso degli anni alcune tra le migliori realtà medico sanitarie presenti sul territorio nazionale, garantendo uniformità e standard elevati nella pratica delle discipline sanitarie, presenza diffusa e servizio capillare ad un'utenza sempre più ampia.

Dal gennaio 2018, Bianalisi ha acquisito le 6 sedi in Veneto, denominandole Bianalisi Veneto, aventi come sede legale Via San Rocco, 42/44 – 20851 Lissone (MB), mentre si riportano di seguito gli indirizzi delle sedi operative:

DENOMINAZIONE	INDIRIZZO
Bianalisi Veneto - Centro Attività Motorie	Viale Erminia Fuà Fusinato, 33 - 45100 Rovigo (RO)
Bianalisi Veneto - Centro Medico	Viale Della Pace, 81/A – 45100 Rovigo (RO)
Bianalisi Veneto - Centro Medico Polesano	Via Scavazza, 1769/C - 45020 Giacciano con Baruchella (RO)
Bianalisi Veneto – Istituto Sherman Mestre	Via Carrer, 232 - 30137 Mestre – Comune di Venezia (VE)
Bianalisi Veneto – Istituto Sherman San Marco	Ponte Di Rialto - San Marco, 5369/A - 30124 Venezia (VE)
Bianalisi Veneto – Campo Sant'Angelo	San Marco, 3566/A, B - 30124 Venezia (VE)
Bianalisi Veneto – Radiologia Medica	Via Volpato, 2/4 - 30020 Quarto D'altino (VE)

Negli anni successive ha continuato la sua politica espansiva, aprendo svariati punti prelievo privati all'interno di strutture sanitarie "ospitanti" per poter fornire un servizio più radicato sul territorio, aprendone anche in provincia di Padova, Verona e Vicenza.

Nel 2021, ha reso il laboratorio di analisi presso la sede di Radiologia medica, punto nevralgico per le altre sedi, sia per gli in privato che per il convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale, rendendosi indipendente da altri laboratori service veneti.

Ogni sede veneta effettua visite medico specialistiche, ma ciascuna possiede una specialità ben calzata alle richieste degli utenti del territorio circostante, quali:

- Centro Medico è il fulcro per la diagnostica per immagini della provincia di Rovigo;
- Centro Attività Motorie è la struttura di riferimento per la fisioterapia, anche in acqua;
- Centro Medico Polesano è la sede di riferimento per gli utenti al confine tra Rovigo e Verona;
- Istituto Sherman a Rialto e a Campo Sant'Angelo è base della diagnostica per immagini e gli esami di laboratorio all'interno della città di Venezia;
- Istituto Sherman di Mestre è la sede di riferimento per gli esami di laboratorio per la terraferma veneziana;
- Radiologia medica è il perno per la diagnostica per immagini e il laboratorio d'analisi al confine tra Venezia e Treviso.

2. POLITICA DELLA QUALITÀ

Bianalisi Veneto, così come Bianalisi S.p.a., fonda la propria attività su un sistema di valori che orienta ogni scelta aziendale e sostiene tutti gli ambiti della propria operatività.

Gli elementi di questo sistema sono:

- **Centralità della persona**

Bianalisi Veneto pone al vertice del proprio sistema valoriale la persona, e su di essa concentra la propria visione. I cittadini da un lato, la cui salute è per Bianalisi Veneto il fine primario, ed i collaboratori dall'altro, che esprimono l'esperienza ed il potenziale dell'azienda, contribuendo al consolidamento della sua reputazione.

- **Qualità e Innovazione**

La Qualità è per Bianalisi Veneto un modo di essere, non un traguardo da raggiungere, e l'innovazione è un valore inscindibile dalla Qualità.

- **Etica**

Bianalisi Veneto ritiene che l'adozione dell'etica nei processi aziendali sia un fattore chiave per lo sviluppo della qualità e della competitività aziendale. Per questo ha deciso di adottare un Codice Etico e di Condotta, che definisce il complesso di principi, valori, norme etiche e sociali.

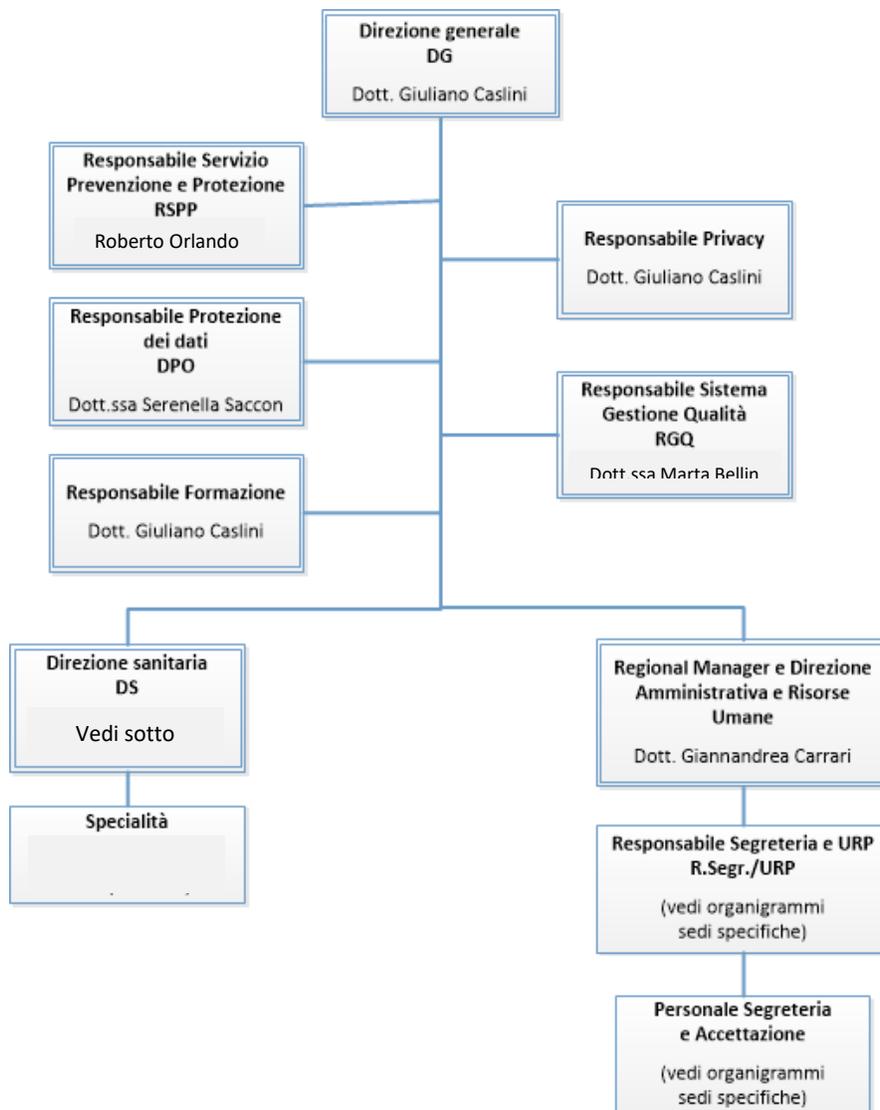
Tre solidi valori, chiari ed univoci, che riflettono la Visione dell'azienda: "La salute delle persone è il nostro fine primario" e ne guidano la Missione: "Lavoriamo in équipe per soddisfare le esigenze dei nostri Clienti attraverso un servizio di qualità, efficiente, veloce ed economico, svolto in collaborazione con medici e strutture sanitarie".

"Non esistono traguardi ma la consapevolezza che, con il supporto dei nostri Clienti/Utenti, si possa sempre migliorare".

Dott. Giuliano Caslini
Amministratore Bianalisi Veneto

3. ORGANIGRAMMA

Si riporta di seguito l'organigramma con le figure principali delle sedi di Bialalisi Veneto:



Si riportano di seguito i nominativi di riferimento per ciascuna sede:

- **Direttore di laboratorio** di RM è il Dr. Alfiero Molari, il medico responsabile atti medici è la Dott.ssa Maria Teresa Sandri;
- **Direttori sanitari** sono: Dott.ssa Rodica Mardari per le sedi veneziane, per il CM Dott. Antonio Navarro, per il CAM e il CMP il Dott. Pierluigi Castiglione;
- **Responsabile della branca di medicina fisica e riabilitativa** è il Dott. Vincenzo De Simone, il **Responsabile della branca della diagnostica per immagini** per le sedi di Rovigo è Dott. Antonio Navarro, per le sedi di Venezia è la Dott.ssa Rodica Mardari;
- **Ufficio acquisti e manutenzioni:** Kety Forno;
- **Ufficio personale:** Cinzia Paparella;
- **Referenti interni qualità**, che hanno il compito di raccogliere gli eventuali reclami, incident report ed essere di supporto al RGQ: Lara Zecchin per il CM, Alessandro Tonello per le sedi veneziane RM e IS, Roberta Chiodini per CMP e Elisa Mazzola per CAM.

4. MODALITÀ DI GESTIONE DEL RISCHIO E INCIDENT REPORT

4.1. *La nostra metodologia nella valutazione del rischio*

L'incipit per l'analisi dei rischi viene fornito dalla direzione attraverso la **Vision**, declinata nella **Mission** e, da questa, la definizione dei “**macro**” **obiettivi** (es. controllo del rischio clinico, obiettivi qualità, ecc.). Gli obiettivi della direzione vengono pertanto segmentati in **obiettivi secondari** che vengono assegnati a singole aree per l'identificazione dei processi coinvolti e, quindi, delle figure coinvolte (in primis i responsabili del processo). Il **focus** degli obiettivi è rappresentato essenzialmente dalla conformità legislativa quando si parla di cogenza, dalla minimizzazione e gestione del rischio, quando si parla di rischio clinico o dalla conformità alla norma ad adesione volontaria quando si tratta dei **sistemi di gestione**.

Seguendo la definizione di rischio dello standard fornita dalla **UNI ISO 31000** (*effetto di incertezza sugli obiettivi*), stabiliti gli obiettivi secondari, vengono analizzati i rischi afferenti tali ambiti. Il modus operandi è identico per ciascuno degli ambiti che vengono analizzati tramite l'uso della metodologia **FMEA** – metodologia indicata come opportuna dal legislatore Regionale.

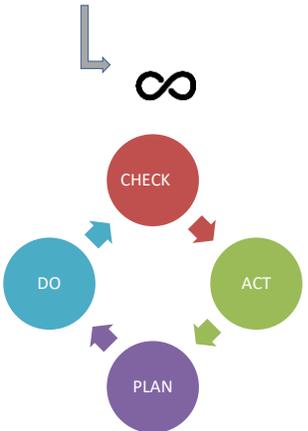
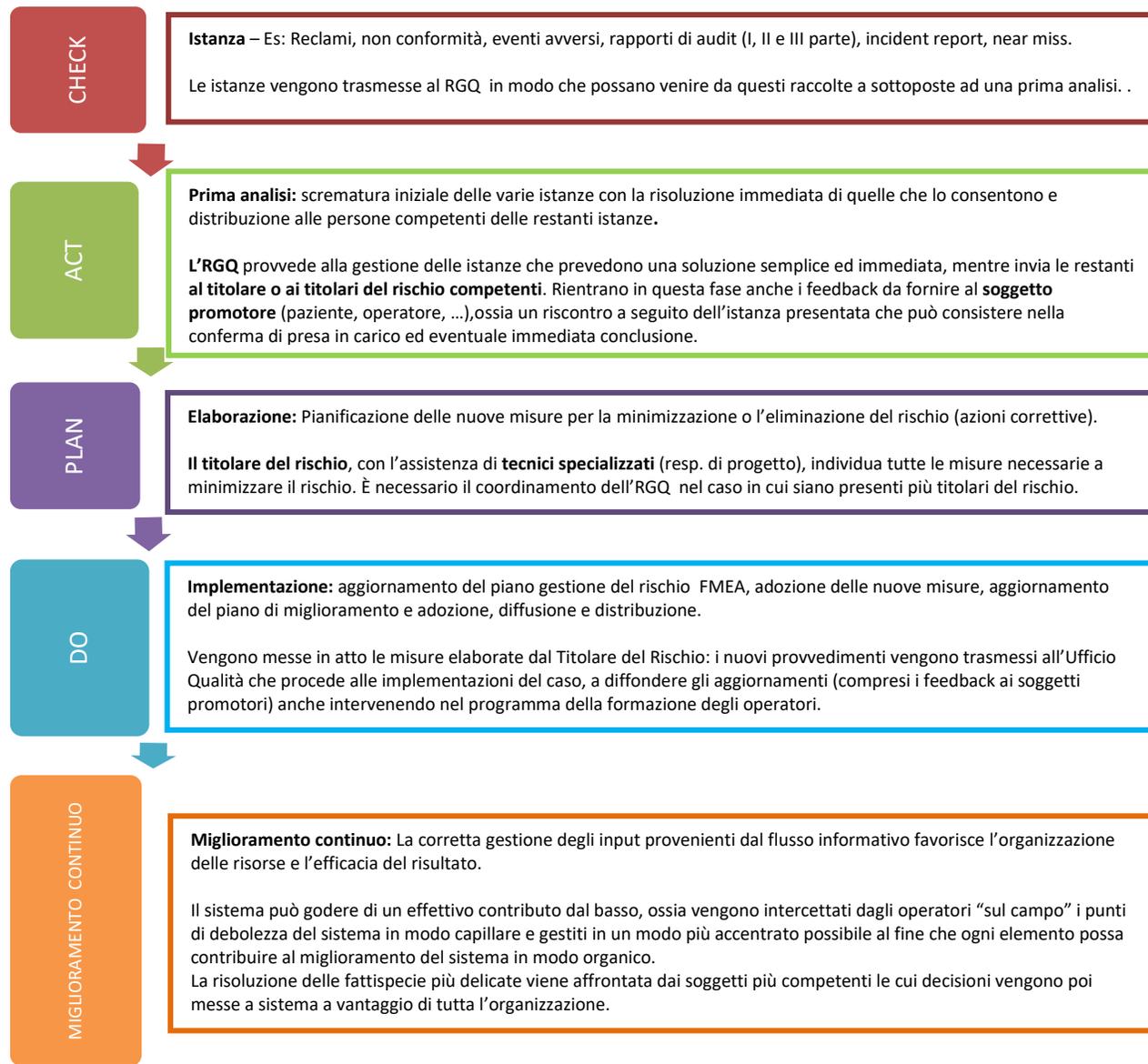
Conseguentemente all'analisi viene utilizzata una matrice del rischio (**Indice di priorità del rischio**) per una stima del rischio e per una analisi delle potenziali modalità di intervento per la sua riduzione/eliminazione.

Che cosa significa utilizzare il metodo FMEA – Il metodo FMEA (Failure mode and effect analysis) è uno strumento per la gestione del rischio per la riduzione degli errori all'interno delle strutture sanitarie, la sua funzione si concretizza nell'individuazione e nella prevenzione dei problemi che si potrebbero verificare sui servizi e sui processi. Il metodo FMEA conduce una analisi di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, un errore o un'omissione.

4.2. *Gestione degli incident report*

Con cadenza semestrale la procedura di gestione del rischio con metodo FMEA subisce una revisione per verificare l'effettiva efficienza ed efficacia in relazione alle misure di prevenzione e protezione che sono state realizzate. L'attività di valutazione dei rischi e la sua revisione consentono quindi di eseguire il monitoraggio degli obiettivi e il conseguimento del miglioramento continuo secondo il modello PDCA; il monitoraggio ed il miglioramento continuo agiscono dunque in modo simbiotico, così come illustrato nel grafico seguente.

Schema gestione flussi informativi per favorire il continuo miglioramento



Leggenda:
T.R: titolare del rischio
U.Q.: ufficio qualità
RGQ: responsabile qualità
P.G.R.: piano di gestione del rischio
A.C: azione correttiva
A.P.: azione preventiva

5. GESTIONE INCIDENT REPORT

Il numero di incident report registrati nel 2023 sono stati 26, rispettivamente nelle seguenti sedi:

- Presso il CM: 3,
- Presso il RM: 10,
- Presso il CAM: 6,
- Presso IS Venezia Rialto: 5,
- Presso IS Venezia Campo Sant'Angelo: 1,
- Presso IS Mestre: 1.

Gli eventi avversi sono affrontati in modo puntuale e organizzato. I problemi rilevati, derivanti non da aspetti clinico organizzativi interni ma soprattutto da malesseri dei pazienti, sono stati gestiti da personale idoneamente competente con risoluzioni positive nel 100% dei casi

6. MODALITÀ DI GESTIONE DEL RECLAMO

I pazienti possono sporgere eventuali reclami o segnalazioni di disservizi con le seguenti modalità:

- verbalmente direttamente al personale di accettazione, che provvederà a compilare il Mod. 2.2.12 – Reclamo del paziente;
- compilando il Mod. 2.2.12 – Reclamo del paziente fornito dal personale dell'accettazione;
- tramite mail.

Considerato che da ogni reclamo la struttura può imparare e crescere, il reclamo è così gestito:

- a) se avviene in reparto o ambulatori:
 - il paziente deve essere condotto dal personale presente in quel momento presso l'accettazione;
 - il paziente sarà subito ascoltato dal personale di accettazione, che inviterà a compilare il modulo di reclamo oppure sarà l'addetto in accettazione che provvederà a formalizzarlo;
 - il personale di accettazione, quindi, indica al paziente che verrà ricontattato nel più breve tempo possibile;
 - il personale dell'accettazione porta o invia tramite mail il modulo ritirato al *Regional Manager*;
 - il *Regional Manager* provvede a contattare il Direttore sanitario della struttura, il Direttore di Laboratorio se riguarda il laboratorio d'analisi, il personale sanitario per cui paziente ritiene abbia ottenuto un disservizio, e l'RGQ per risalire alle cause e comprendere se il reclamo sia fondato e in caso di risposta affermativa, trovando la soluzione più conciliante possibile;
 - il reclamo è considerato concluso una volta comunicata al paziente e verificata la soluzione adottata;
 - l'RGQ riporta l'esito nel modulo e l'intera pratica con i documenti prodotti è archiviata e conservata presso l'archivio dell'Ufficio personale;
- b) se arriva tramite mail:
 - chi riceve il reclamo lo inoltra al *Regional Manager*;
 - il *Regional Manager* procede come sopra.

7. GESTIONE DEI RECLAMI

Nell'anno 2023 si sono registrati il seguente numero di reclami da parte degli utenti:

- 1 presso l'Istituto Sherman di Rialto,
- 1 presso Radiologia medica,
- 7 presso Centro Medico,
- 0 nella sede di Centro Medico Polesano,
- 1 all'Istituto Sherman di Mestre e al Centro Attività Motorie.

Tutti i pazienti hanno ottenuto una pronta risposta alle loro segnalazioni e dove non era possibile accontentarli gli è stato spiegato il motivo.

Sono stati apportati dei miglioramenti:

- Sensibilizzazione del personale sui tempi di refertazione e sua fruibilità su vademecum sul sito internet aziendale;
- Studio per il miglioramento di interfaccia tra sistemi informativi per stampa CD come allegato a referto di esami di diagnostica per immagini.

8. RISULTATI DELLA RILEVAZIONE DELLA CUSTOMER SATISFACTION

Nel 2023, in totale tra tutti i centri sono stati raccolti: 79 in ambito ambulatoriale, 12 in ambito di medicina fisica e riabilitativa, 112 nel settore laboratorio d'analisi/punto prelievi, 167 nel settore radiologico.

I risultati della customer satisfaction risultano essere buoni, generalmente al di sopra di 3.50.

Si evidenziano i seguenti punti:

- dal punto di vista della competenza e professionalità del personale sanitario, la media delle votazioni date dai pazienti ha sempre valori molto positivi; come anche il personale di segreteria è ritenuto cordiale, disponibile e chiaro nel dare le informazioni;
- più della maggioranza dei pazienti ritiene che il tempo trascorso in accettazione sia più che soddisfacente;
- per quanto riguarda gli ambienti di lavoro, gli utenti talvolta si lamentano dell'obsolescenza dei locali, delle strutture alle volte non funzionanti, limitatamente ad alcuni centri in particolare.

I pazienti hanno suggerito, tra le altre:

- risolvere la mancanza parcheggio nei pressi di alcune strutture in quanto risulta un problema per chi ha problemi alla deambulazione;
- ricevere un promemoria dell'appuntamento qualche giorno prima dello stesso

La Direzione valuta tutti ragionevoli i suggerimenti sopracitati, e si impegnerà in merito l'attuazione di miglioramenti per la soddisfazione dell'utenza.

9. AUDIT INTERNI E DI TERZA PARTE

9.1. *Audit interni*

Nel 2023, sono stati verificati i seguenti processi:

I referenti interni di qualità e i DS di ciascuna sede per quanto riguarda le procedure:

- PO 2.2 Pazienti,
- quelle rientranti nel processo 3 attività, quali PO 3.3 Poliambulatorio e PO 3.11 Punto prelievi,
- PO 5.4 Analisi dei rischi per quanto riguarda la gestione degli incident report.

Inoltre, sono stati effettuati gli audit clinici sui referti, il cui esito è stato positivo.

9.2. *Audit di terza parte*

Dal punto di vista delle visite ispettive di enti esterni, sono state effettuate 4 verifiche ispettive per l'apertura di altrettanti punti prelievo, tutti autorizzati nel rispetto della vigente normativa.

10. AZIONI DI MIGLIORAMENTO INTRAPRESE NELL'ANNO

Azioni di miglioramento anno 2023 portate a termine:

1. Effettuati incontri per sensibilizzazione del personale, per coinvolgimento nelle procedure aziendali (tra cui segnalazioni di incident report e reclami)
2. Spostato l'accreditamento della radiologia dalla sede di IS di Rialto presso la nuova sede di Venezia Campo Sant'Angelo e chiusa la sede di Santa Croce;
3. Apertura di 4 punti prelievo;
4. Analisi profonda dei bisogni del bacino di utenza di riferimento, elaborando un'offerta il più possibile integrata tra le diverse strutture aziendali e con un massimo grado di integrazione sul territorio (cercando una collaborazione simbiotica anche con gli enti pubblici);
5. Sfruttare le economie di gruppo, non solo per aspetti di ottimizzazione economica, ma anche per una definizione di "migliori pratiche" derivanti da forti specializzazioni specifiche in ogni sede.
6. nella politica di espansione delle strutture, sono state acquisite le intere quote del laboratorio d'analisi "BM ANALISI MEDICHE S.r.l.", sito in Via XXIV Maggio n. 23 a Tezze sul Brenta (VI); momentaneamente le due società hanno deciso di non apporre alcuna modifica strutturale, tecnologica, organizzativa, di personale e del responsabile tecnico del laboratorio di analisi mediche, ma l'obiettivo sarà quello di chiedere l'autorizzazione all'esercizio come Bionalisi Veneto S.r.l.

Azioni di miglioramento anno 2023 in corso:

1. Sono state apportate delle migliorie al gestionale Kairos;
2. Revisione dell'immagine delle sedi in allineamento con l'immagine Bionalisi;
3. Messa a disposizione del Sistema di Gestione della Qualità cartaceo per ciascuna sede.

11.PIANO DI MIGLIORAMENTO ED OBIETTIVI STRATEGICI

Le azioni di miglioramento del 2023, che sono rimaste ancora aperte, saranno concluse nel 2024; inoltre, si riportano di seguito gli obiettivi di qualità che Bialalisi Veneto si prefigge per il 2024:

1. Apertura di altri punti prelievo nel territorio Veneto privati sia all'interno di strutture terze sia in sedi di proprietà, nel rispetto del bacino d'utenza;
2. Incremento del 5-10% delle prestazioni offerte;
3. Incremento degli esami convenzionati presso il laboratorio di Quarto D'Altino, in particolare per la microbiologia;
4. Mantenere la politica di creazione di percorsi terapeutici/assistenziali integrati per agevolare le esigenze dei pazienti;
5. Politica di ampliamento delle Strutture Sanitarie;
6. Potenziare l'efficienza mediante l'implementazione di un sistema informatico di messaggistica per i recall degli appuntamenti;
7. Ampliare l'offerta del laboratorio con maggiori esami eseguiti in loco (e non in service) come la microbiologia;