



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS – Ottobre 2025

Laboratorio Albaro Srl

Quality, Safety and Accreditation Manager: V. Manzi

Operations Manager: E. Masullo

Emissione: 08/10/2025

- ▶ Analisi del Contesto e Rischi

- ▶ Contesto Interno/Esterno
- ▶ Parti Interessate Rilevanti
- ▶ Risk Assessment

- ▶ Il Campo di Applicazione del SGQ

- ▶ Processi di Comunicazione
- ▶ Piani di Sicurezza e applicazione Raccomandazioni Ministeriali
- ▶ Politica della Qualità
- ▶ Organizzazione
- ▶ Obiettivi e KPI
 - ▶ Volumi attività
 - ▶ Fermi Macchina
 - ▶ VEQ (laboratorio di Analisi)
 - ▶ FKT
 - ▶ Soddisfazione Clienti

- ▶ Valutazione dei Fornitori

- ▶ Valutazione LP
- ▶ Reclami
- ▶ Incident
- ▶ Audit Amministrativo e Clinico
- ▶ Formazione Interna
- ▶ Azioni di Miglioramento
- ▶ Progetti
- ▶ Allegati

Analisi del Contesto e Rischi

- ▶ Laboratorio Albaro applica il proprio SGQ in coerenza con i principi previsti dalla ISO 9001:2015, sotto il coordinamento della funzione QSA del Gruppo Alliance Medical.
- ▶ Periodicamente sono rinnovate l'Analisi del Contesto, l'identificazione delle **Parti Interessate Rilevanti** e l'identificazione dei principali **Rischi associati** al Contesto ed ai processi Operativi, il cui aggiornamento prevede un riesame annuale dei contenuti.
- ▶ Ad agosto 2025 l'analisi è stata condotta con un nuovo strumento seguendo il modello della **PESTEL** che identifica i fattori rilevanti interni ed esterni nelle 6 categorie, valutati utilizzando l'analisi **SWOT**. Il nuovo strumento integra il monitoraggio dei piani di azioni / progetti collegati.
- ▶ 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



Campo di Applicazione del SGQ

Il SGQ di Laboratorio Albaro srl si applica ai processi Strategici, Operativi e di Supporto definiti dall'azienda, al fine di garantire la qualità dei Servizi relativi all'erogazione delle seguenti prestazioni :

- LABORATORIO DI ANALISI,
- DIAGNOSTICA PER IMMAGINE,
- DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE,
- RIABILITAZIONE AMBULATORIALE
- MEDICINA DELLO SPORT

Il dettaglio delle prestazioni che rientrano nel Campo di Applicazione è riportato nella Carta dei Servizi.

La sede è: Via P.Boselli 30 cancello.

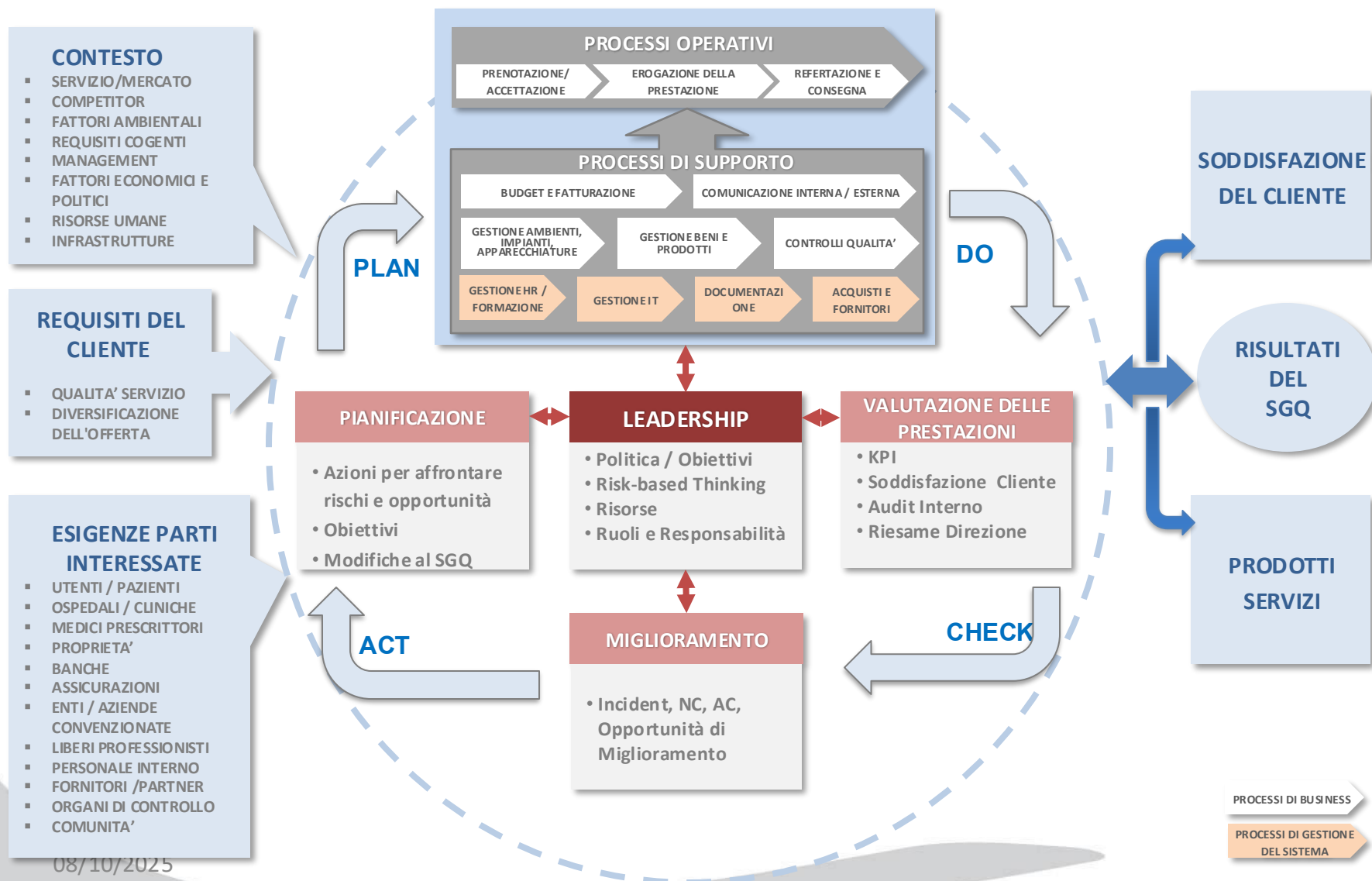
Il Sistema di Gestione per la Qualità del Laboratorio Albaro S.r.l. soddisfa i requisiti prescritti dalla Norma ISO 9001:2015 SISTEMI DI GESTIONE PER LA QUALITA' – REQUISITI, con l'esclusione del punto:

PUNTO ISO 9001:2015	MOTIVAZIONE
8.3 "Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi"	Le prestazioni diagnostiche non hanno alcun tipo di progettazione e sviluppo in quanto l'erogazione delle prestazioni è regolata da protocolli medico-sanitari già definiti.

Campo di Applicazione del SGQ

LABORATORIO ALBARO

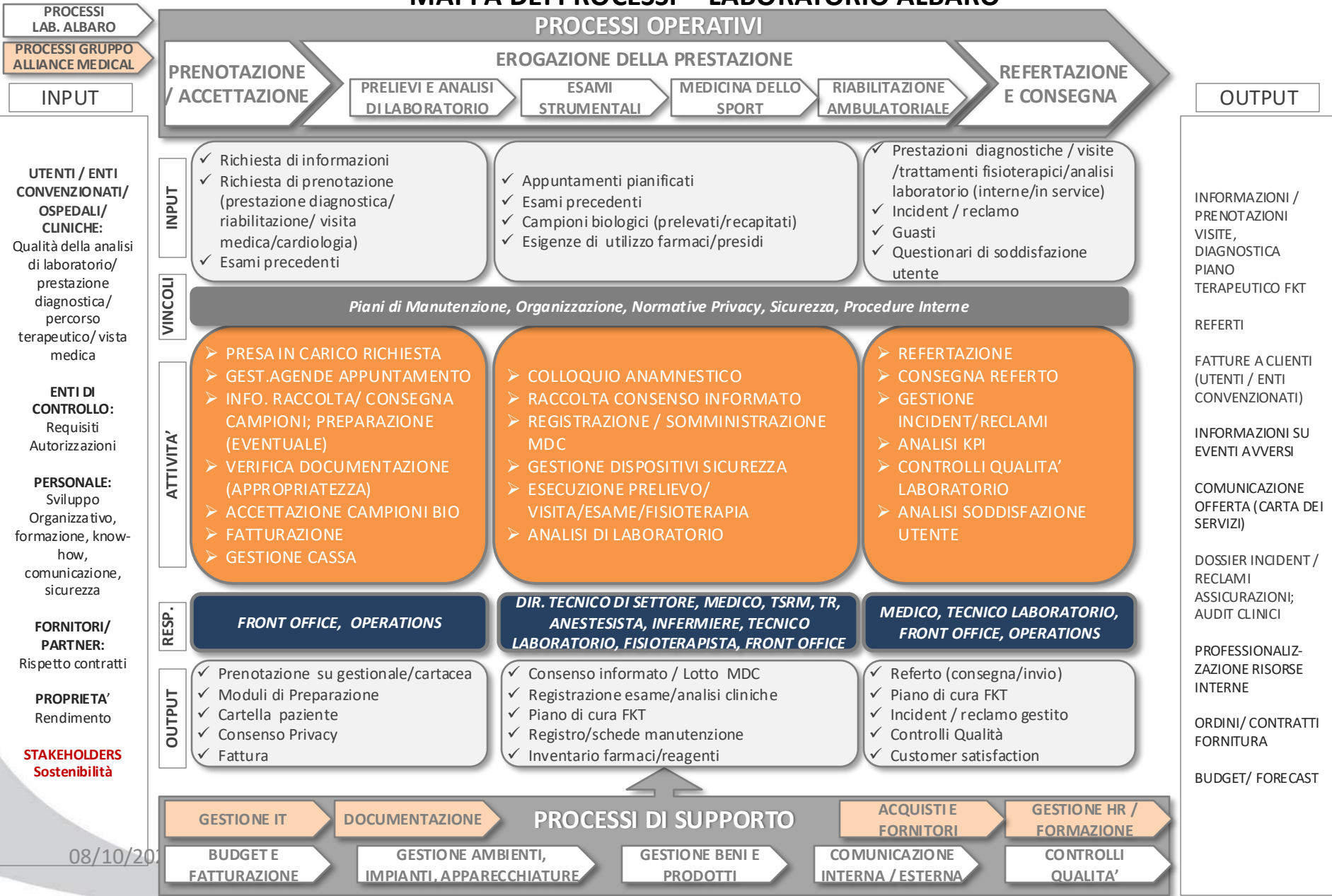
Via Boselli 30 canc.



Campo di Applicazione del SGQ



MAPPA DEI PROCESSI - LABORATORIO ALBARO



Processi di Comunicazione

PRINCIPALI PROCESSI DI COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

CHI	COSA	COME	DESTINATARI
COMMERCIAL	Informazioni varie	Social Media: Facebook, Instagram, LinkedIn	UTENTI
FRONT OFFICE	Preparazioni per accertamenti diagnostici	- Verbale - Cartaceo	
FRONT OFFICE / MEDICI	Referto	- Cartaceo, Posta/corriere - Referti online	
OPERATIONS / DS	Carta dei Servizi / Diritti e Doveri Utente / Politica Qualità	- Esposizione in bacheca/front office - Sito internet	
FRONT OFFICE	Prestazioni effettuate in convenzione	Portali Assicurativi	ASSICURAZIONI
MANAGEMENT ALLIANCE MEDICAL	Obiettivi aziendali, avanzamento progetti, dati di business, customer criticità e definizione PDA	- Meeting Gruppo, riunioni interne - Conference call, e-mail - Newsletter (Marketing / Privacy)	PERSONALE INTERNO
QSA	Procedure e strumenti per il SGQ, Elaborazione Analisi Incident	- E-mail - MS Teams - Caterpillar (Software Incident Reporting)	
RESP. CPA NAZIONALE	Raccolta e Analisi di Customer	- Totem/e-mail/QR code - Report mensile	

Piani di Sicurezza e applicazione Raccomandazioni Ministeriali

REQUISITO	CONTROLLI E MONITORAGGI APPLICATI	EVENTUALI PIANI DI AZIONE / MIGLIORAMENTO
Sicurezza Cure e Gestione Rischio Sanitario	✓ Presenza di cartellonistica informativa (es. rischio RX, RM, laser) ✓ Controllo Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente ✓ Gestione della cadute (analisi rischi, rilevazione eventi, monitoraggio) ✓ Stesura piano annuale per la sicurezza delle cure (comprensivo emergenze e Infezioni correlate all'assistenza (ICA))	▪ Stesura di un protocollo relativo alla somministrazione sicura del MDC
Emergenze Sanitarie	✓ Diffusione aggiornamento Procedura Gestione Emergenze ✓ Controlli su carrello emergenza e Defibrillatore ✓ Gestione Farmaci ✓ Formazione PS e Gestione BLS	▪ Revisione gestione carrello emergenza adulto e pediatrico (ove applicabile)
Infezioni correlate all'Assistenza	✓ Controlli Legionella secondo procedura ✓ Presenza di cartellonistica informativa Prevenzione Rischio Biologico ✓ Corretta compilazione controlli pulizia e sanificazione ambienti secondo procedura ✓ Aggiornamento periodico DVR	▪ Aggiornamento Procedura Legionella
Applicazione e diffusione Raccomandazioni su Rischio Clinico	✓ Corretta identificazione del paziente (PG Percorso utente, PG RIS-PACS, IO inserimento anagrafiche, Nota su GSD) ✓ Applicazione controlli Procedura Audit Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente ✓ Applicazione Procedura Incident Reporting (Software Caterpillar) ✓ Applicazione Procedura Reclami ✓ Analisi Customer Satisfaction ✓ Formazione comunicazione con paziente al F.O. ✓ Aggiornamento Mod.05.269 Racc.min-b.pratiche	▪ Sensibilizzazione continua su identificazione e analisi farmaci LASA ▪ Stesura di un protocollo relativo alla gestione dei farmaci ad alto rischio/LASA

Politica della Qualità

Laboratorio Albaro adotta la Politica della Qualità definita dal Gruppo Alliance Medical e riformulata il **15/05/2025**.
Il documento è esposto presso i locali della struttura, a disposizione degli utenti.

- **Centralità dell'Utenza e degli Stakeholder**
- **Alto livello di qualità**
- **Miglioramento continuo**
- **Risk-based thinking**
- **Sostenibilità e uguaglianza**

	POLITICA PER LA QUALITÀ*	Mod. 03.1
		Rev. 0
		Aggiornato al 15/05/2025
		Pag. 1 di 1

La **Missione Strategica** del Gruppo Alliance Medical¹ è fornire prestazioni a favore di Strutture Sanitarie, ASL e Pazienti, perseguendo, in ottica di centralità della suddetta utenza e delle parti interessate (*stakeholders*), un alto livello di qualità, e ponendosi come riferimento di mercato a supporto del servizio sanitario pubblico e privato.

La **Politica per la Qualità** aziendale vuole soddisfare le esigenze degli utenti e degli *stakeholders*, garantendo:

ECCELLENZA ED EFFICIENZA

Non accettiamo compromessi per assicurare la migliore qualità possibile. Trattiamo i nostri pazienti con empatia, rispetto, attenzione alla loro dignità ed offriamo un servizio diversificato e di qualità, cercando sempre nuove soluzioni anche per gestire al meglio le nostre risorse.

COLLABORAZIONE

Lavoriamo considerando la centralità dell'utenza e dei suoi bisogni, anche rafforzando le partnership con fornitori strategici per assicurare la qualità dei servizi offerti e collaborando con loro, ognuno con la propria competenza, per raggiungere risultati sempre migliori.

VALORIZZAZIONE

Garantiamo lo sviluppo delle nostre conoscenze e competenze, promuovendo il miglioramento continuo, l'informazione e la formazione delle risorse umane per favorirne lo sviluppo e per innovare i servizi offerti.

SOSTENIBILITÀ ED UGUAGLIANZA

Ci impegniamo a operare in modo sostenibile e senza discriminazioni, salvaguardando il futuro del nostro pianeta, dei nostri dipendenti, dei nostri pazienti e dell'intera organizzazione.

Nell'ottica del miglioramento continuo, il Gruppo Alliance Medical si pone quali **Obiettivi per la Qualità**:

- la **soddisfazione del Cliente** allo scopo di offrire servizi che assicurino la migliore qualità possibile;
- l'ampliamento dell'**offerta** per potenziare la qualità assistenziale, tecnico-professionale ed organizzativa dei servizi erogati e per rispondere alle esigenze del mercato nel rispetto delle normative vigenti anche attraverso una costante innovazione tecnologica;
- il presidio dei **processi strategici** per il business, promuovendo l'utilizzo del *risk-based thinking*, assicurando la **sicurezza** dei lavoratori e degli utenti anche attraverso la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e dei *near miss* ed in ottica di sostenibilità;
- la valorizzazione delle **risorse umane**, promuovendo l'apprendimento continuo.

Quality Manager
Valentina Manzi



¹ qui inteso come attualmente composto dalle Società Alliance Medical Italia S.r.l., Alliance Medical S.r.l. e Alliance Medical Diagnostic S.r.l. ed ogni loro Società controllata, nonché dalle Società che saranno eventualmente oggetto di futura acquisizione

Gli **Obiettivi per la Qualità** che intende perseguire sono:

- ✓ La **soddisfazione del Cliente** allo scopo di offrire servizi che assicurino la migliore qualità possibile
- ✓ L'ampliamento dell'**offerta** per potenziare la qualità assistenziale, tecnico-professionale ed organizzativa dei servizi erogati e per rispondere alle esigenze del mercato nel rispetto delle normative vigenti anche attraverso una costante innovazione tecnologica
- ✓ Il presidio dei **processi strategici** per il business promuovendo l'utilizzo del *risk-based thinking*, assicurando la sicurezza dei lavoratori e degli utenti anche attraverso la segnalazione e la gestione degli eventi avversi e dei *near miss* ed in ottica di sostenibilità
- ✓ La valorizzazione delle **risorse umane**, promuovendo l'apprendimento continuo

Dal 1 febbraio 2024 il Gruppo Alliance Medical è stato acquisito da iCon Infrastructure, società di investimento indipendente.

I livelli di responsabilità e di autorità di dettaglio sono definiti secondo l'Organigramma definito dalla Direzione HR (**Mod.03.3 Organigramma**).

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

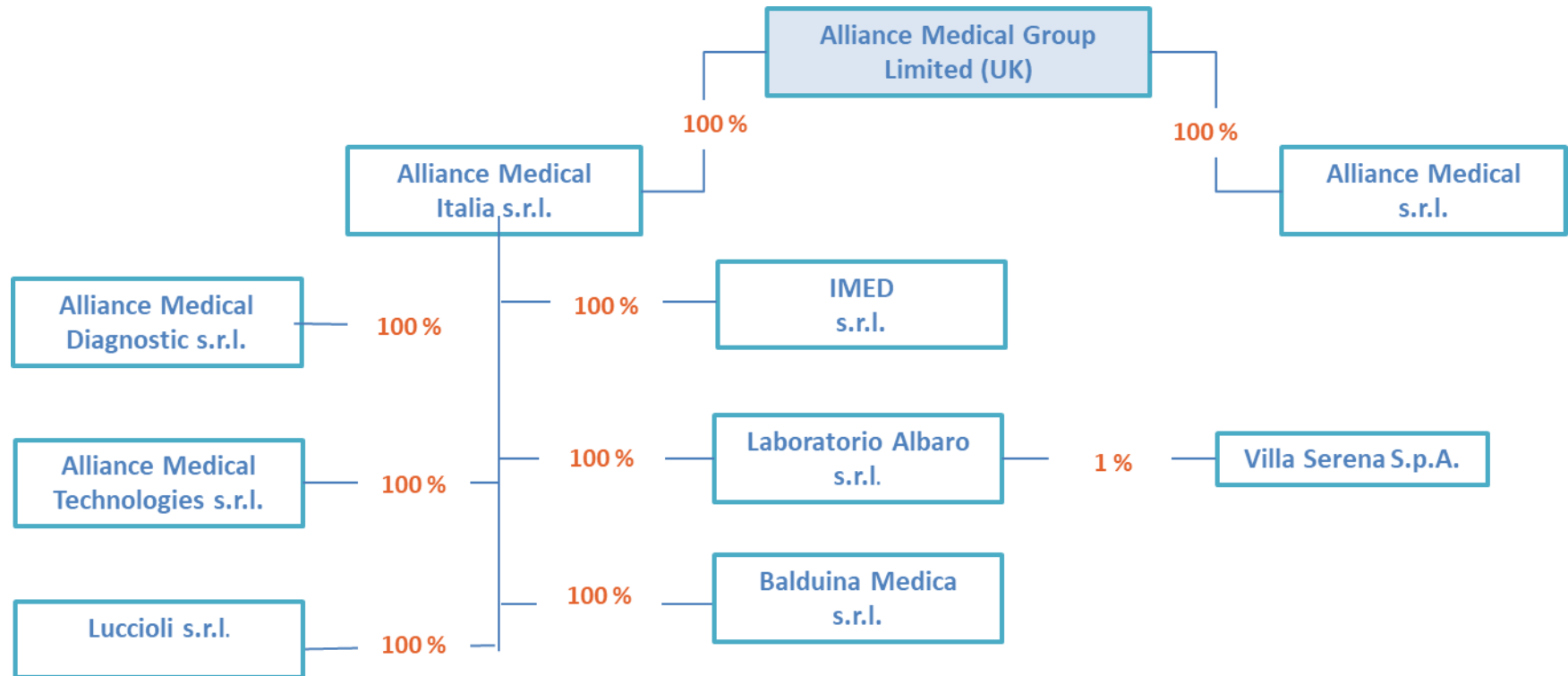
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi tramite Teams.

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

❖ Principali modifiche organizzative:

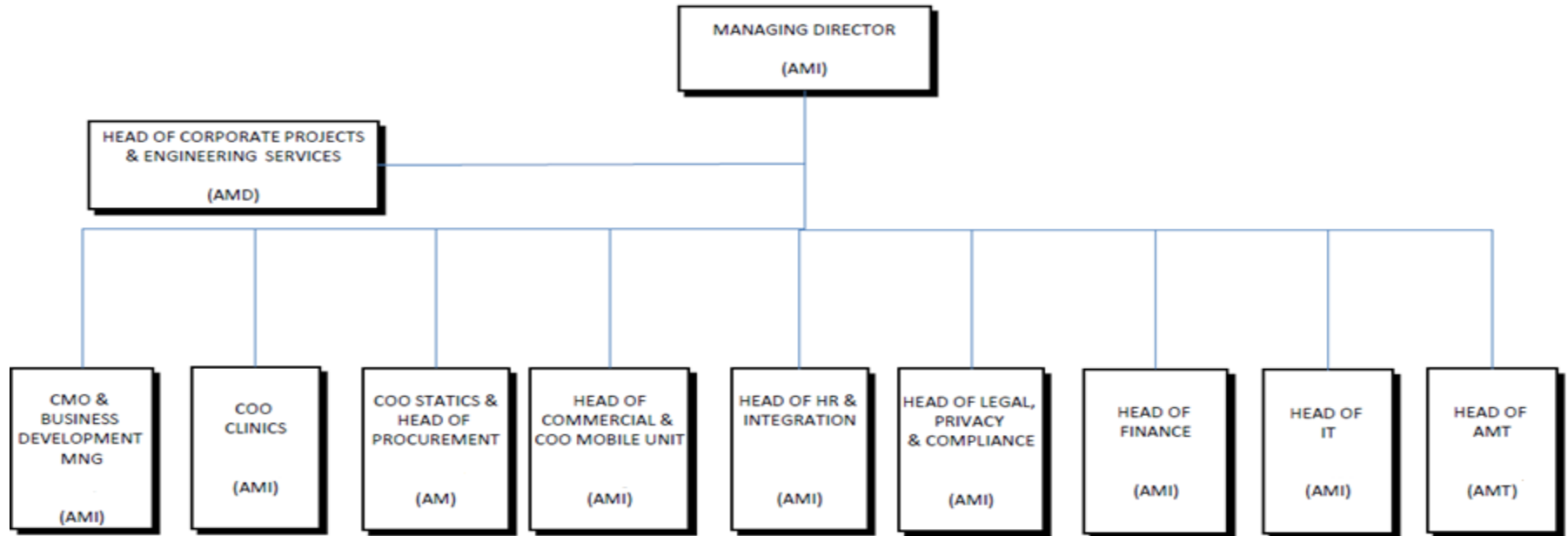
- **Assegnato** il ruolo di **Clinical Engineer** (Comunicato organizzativo del 02/12/2024)
- **Assegnato** il ruolo di **Operations Manager** (Comunicato organizzativo del 27/03/2025)
- Viene costituita una nuova funzione aziendale denominata **Corporate Projects and Engineering Services**. Le aree funzionali coordinate da tale funzione sono: Project Management, Facility Management e Ingegneria Clinica (Comunicato organizzativo del 28/04/2025).
- **Assegnato** il ruolo di H&S Support a riporto del RSPP Area Nord (Comunicato organizzativo del 14/05/2025)

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



Organizzazione

Alliance Medical Group Italy



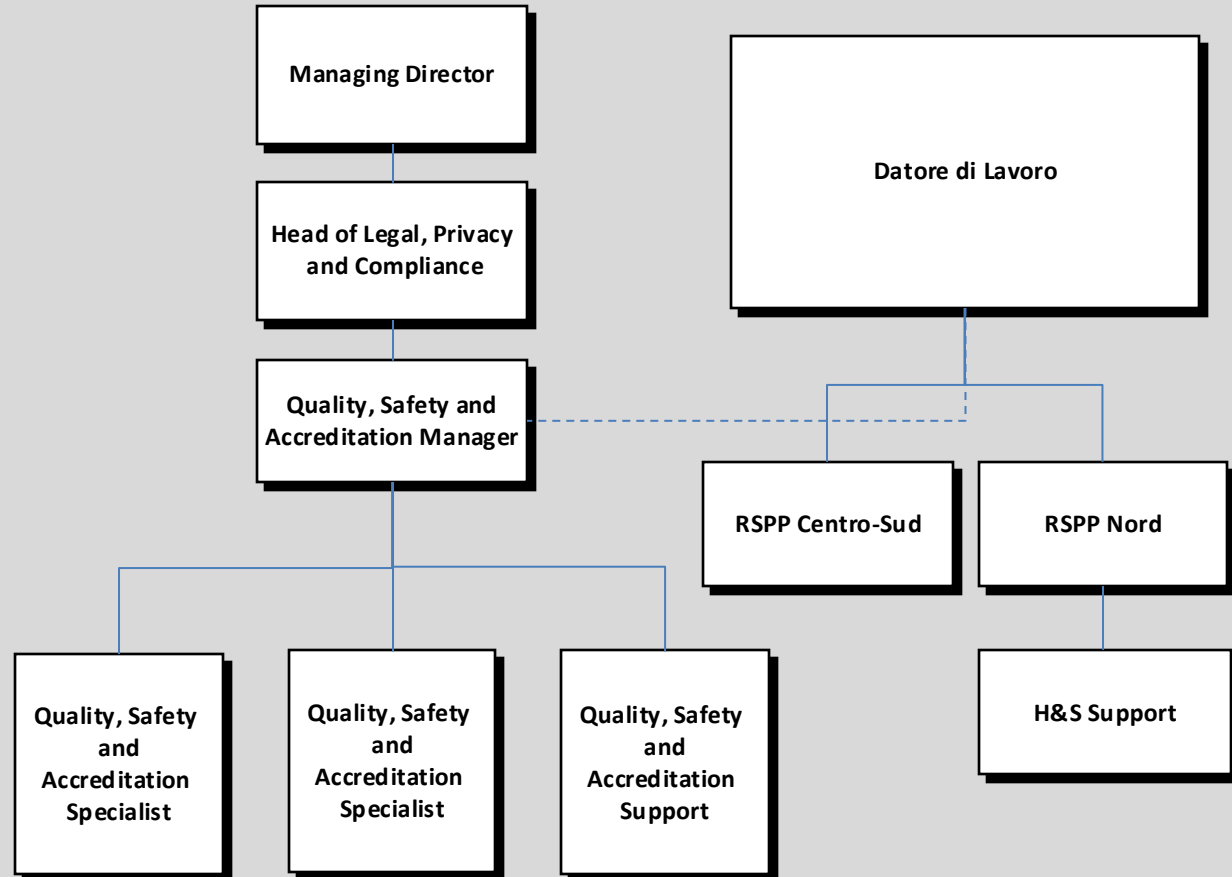
Organizzazione per la Qualità

Laboratorio Albaro

Funzionigramma Qualità



Organigramma Quality, Safety and Accreditation



I risultati monitorati alla fine del 2024 sono in linea con gli obiettivi previsti, tutti gli obiettivi sono stati confermati per il 2025:

Elementi di attenzione (2025):

- ▶ Tempi di attesa CPA (prenotazione/esecuzione)
- ▶ Qualità risultati Laboratorio di Analisi (VEQ coagulazione)
- ▶ Reattività processo di miglioramento (rispetto dei tempi di chiusura azioni 47% vs oby 60%)
- ▶ Fatturato I semestre 6% in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente

In miglioramento rispetto al 2024:

- ▶ Efficacia Trattamenti FKT

**ANALISI DEL CONTESTO E
DELLE PARTI INTERESSATE**



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2024/2025

- ▶ Implementazione nuovo Database del Miglioramento
- ▶ Software Sincroware per impianti
- ▶ Strutturazione processo Gestione Rischio Clinico e nomina CRM centrale

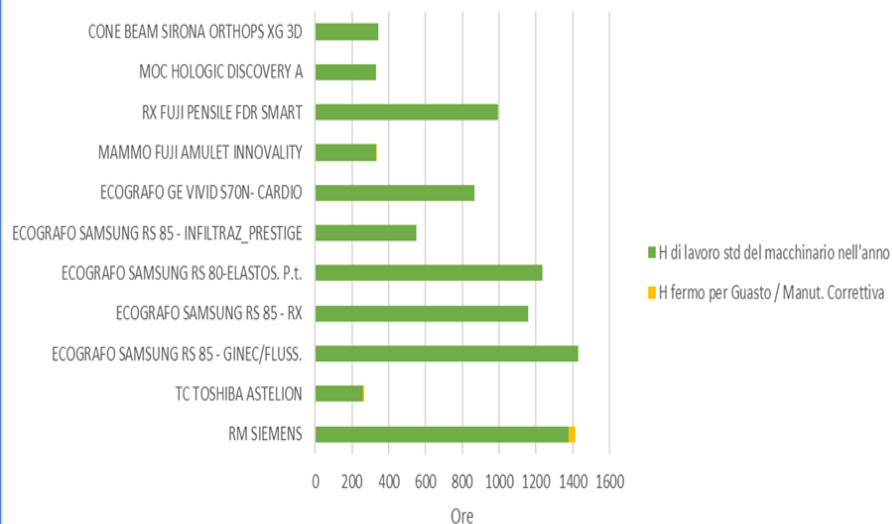
QUADRO OBIETTIVI AZIENDALI

Analisi Fermi Macchina

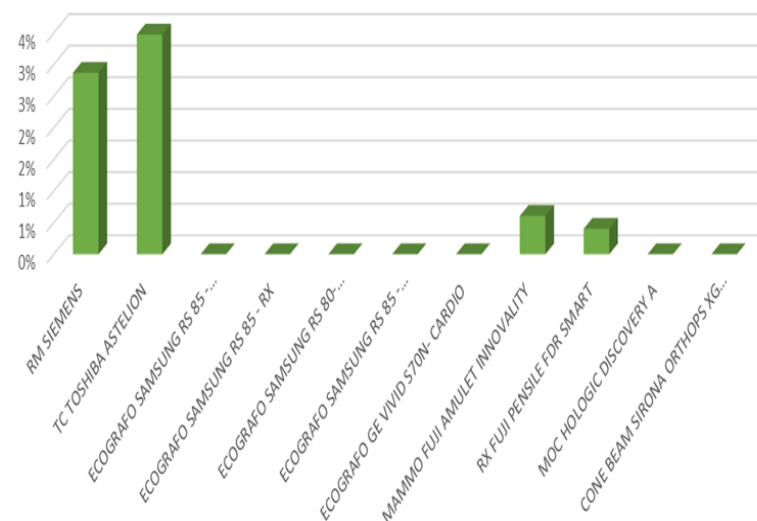
Il monitoraggio dei Fermi Macchina viene effettuato mensilmente da Operations con la rilevazione delle ore di lavoro standard per macchinario per mese e i dati di fermo per tipologia (es. manutenzione programmata, guasto, manutenzione straordinaria) al fine di valutarne l'impatto sulla produttività dell'apparecchiatura.

Di seguito l'analisi dei dati riferita al monitoraggio dei fermi macchina 2025:

H fermo guasto / Ore lavorate per modello



% Fermo Manut. Correttive / ore std per tipo macchinario



VEQ – Report di sintesi 2023/2024/2025



La frequenza dei controlli di qualità per il 2024/2025 è stata effettuata con una frequenza mensile, in continuità con l'anno precedente.

L'esito delle VEQ svolte dalla ditta RIQAS ha evidenziato un marginale aumento dei risultati fuori range legato alla ematologia ed alla coagulazione già nelle verifiche del 2023/2024, che migliorano leggermente nel 2024/25 .

Il dato della coagulazione di agosto 24 potrebbe essere stato influenzato dalla modalità di conservazione del campione durante il trasporto. In miglioramento i risultati per la chimica clinica.

ESITO VEQ 2023-24				
METODICA	PERIODO	TOTALE ESAMI SVOLTI	N. RISULTATI FUORI RANGE	%
EMATOLOGIA	Lug 23-Ago 24	112	5	4,46%
CHIMICA CLINICA	Apr 23–Mar 24	336	9	2,68 %
COAGULAZIONE	Ago 23-Giu 24	44	3	6,82%

ESITO VEQ 2024-25				
METODICA	PERIODO	TOTALE ESAMI SVOLTI	N. RISULTATI FUORI RANGE	%
EMATOLOGIA	Set 24 - Ago 25	96	4	4,17 %
CHIMICA CLINICA	Lug 24- Ago 25	364	6	1,65 %
COAGULAZIONE	Lug 24- Ago 25	48	3	6,25%

I criteri di analisi per il monitoraggio delle VEQ, sono descritti nella PG LA.2 «Controlli Qualità e Valutazioni Esterne»

- Dati anamnestici
- Monitoraggio VAS
- Esame obiettivo parametri
- Obiettivi da raggiungere
- Verifica dei risultati

Il tracciamento delle informazioni/eventi in fase di anamnesi e durante tutto il percorso terapeutico è garantito dalla Cartella Fisioterapica –Valutazione Funzionale (Mod. 05.115, Rev.5).

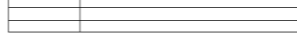
La procedura è stata aggiornata (luglio 2022) ed integrata con i protocolli di riabilitazione ortopedica.

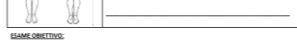
Obiettivo:

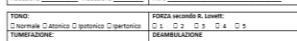
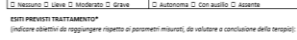
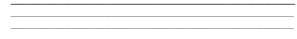
➤ DIMINUZIONE MEDIA DEL DOLORE ≥ 3 PUNTI (SCALA VAS)

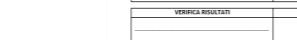


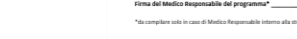



Risultati 2024/2025

Il dato del 2024 conferma il miglioramento per utenti cronici.

Il monitoraggio della VAS (gen-giu 25) registra un risultato in obiettivo, ancora in positivo con un dato di recupero coerente con quanto rilevato l'anno precedente

ANNO	CAMPIONE	INIZIO TERAPIA	FINE TERAPIA	Δ
2020	51	3,6	1,2	2,40
2021	42	4,7	1,6	3,04
2022	42	6,9	2,6	4,21
2023	55	7,47	2,98	4,49
2024	53	5,07	1,24	3,87
2025	106	5,85	1,94	3,91

Soddisfazione dei clienti

Da Ottobre 2023 la rilevazione viene effettuata in maniera digitale (Totem /email/QR code). L'analisi dei dati è condotta mensilmente da parte del Responsabile del CPA nazionale.

Obiettivi Customer:

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

L'ultimo report è relativo al mese di **Agosto 2025** (per i dettagli si faccia riferimento a tale file).

Risultati FY24

Rappresentatività del Campione utenti	10,8%	😊
Soddisfazione globale del servizio	94,7%	😊
Raccomandabilità	98,6%	😊

Risultati FY25 SAL Agosto 2025

Rappresentatività del Campione utenti	7,9%	😊
Soddisfazione globale del servizio	93,7%	😊
Raccomandabilità	93,7%	😊

Valutazione Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte del Laboratorio Albaro utilizzando la scheda del Gruppo Alliance **Mod.05.9 Scheda valutazione fornitori_Operations**, aggiornata con integrazione della registrazione delle eventuali NC rilevate sui fornitori.

L'analisi della valutazione dei fornitori così effettuata è stata elaborata da parte della Funzione QSA del Gruppo.

Obiettivi di Gruppo per la valutazione fornitori:

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

VALUTAZIONE A CURA DI OPERATIONS MANAGER

Su 111 fornitori attivi nel 2024 (83 strategici e 28 minori), è stata effettuata la valutazione del **94%** dei presenti a panel, ovvero del **94%** dei fornitori Strategici e del 96% dei minori.

Il 98% dei fornitori è in white list; 2% in grey list.

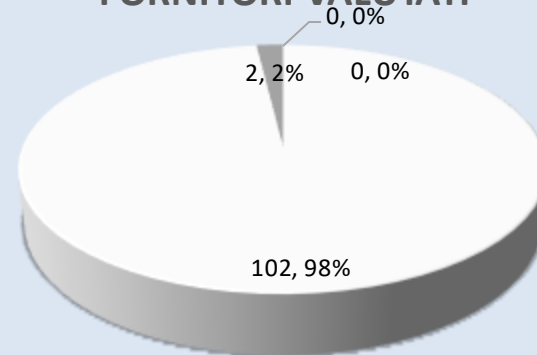
Non si registrano fornitori in red o black list

Non si registrano NC nei confronti dei fornitori

In particolar modo, si evidenzia la mancata valutazione di:

- Guerbet per MdC (fornitura occasionale)

FORNITORI VALUTATI



■ FORNITORI IN WHITE LIST ■ FORNITORI IN GREY LIST
■ FORNITORI IN RED LIST ■ FORNITORI IN BLACK LIST

USCITI DALL'ALBO

- MENARINI, SEBIA, BRACCO, SA.GE, DIASORIN, REGENLAB, M.G.TELEFONIA, D&C

ENTRATI IN ALBO

- MEDICAL SISTEM, HALET

Valutazione Personale Sanitario

Si prevede il rilancio del processo di valutazione per il nuovo FY, anche a seguito dell'aggiornamento della scheda di valutazione, la cui applicazione è stata estesa anche al personale sanitario dipendente.

CRITERI DI VALUTAZIONE	PROFILO PROFESSIONALE		
	MEDICO RADIOLOGO	TSRM	ALTRI PROFILI
INCIDENT	X	X	X
RECLAMI	X	X	X
LANGUAGE	X		
CLINICAL	X		
ANNI DI ESPERIENZA	X	X	X

CRITERI DI VALUTAZIONE

INCIDENT: eventi causati da negligenza, imperizia a carico del professionista che hanno causato un danno al paziente e per i quali sia stata riconosciuta la responsabilità del professionista.

RECLAMI: rilevazione della insoddisfazione espressa in forma scritta o orale dal paziente.

LANGUAGE: rilevazione della capacità descrittiva del radiologo, ovvero la capacità del referto di esprimere in modo tecnico i riscontri effettuati in una forma scritta adeguata e completa (in termini di descrizione tecnica della procedura effettuata, quesito clinico e presenza di conclusioni).

CLINICAL: rilevazione della capacità del referto di rispondere al quesito clinico e di fornire informazioni cliniche adeguate e complete.

	VALUTAZIONE PERSONALE SANITARIO	Mod. 05.3 bis Rev. 2 aggiornato al 09/10/2023
COMPILAZIONE A CURA DI OPS		
Data	Periodo di riferimento della valutazione	
Nome	Cognome	
Profilo professionale:	Medico Radiologo	Sede di competenza
Team di Valutazione:		
Compilare la griglia inserendo nelle celle della VALUTAZIONE il punteggio/livello corrispondente al valore rilevato per i diversi criteri di valutazione, seguendo le indicazioni riportate nelle singole tabelle sulla destra (INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE). In caso di assenza del dato inserire NA nella cella corrispondente alla valutazione. Riportare nel campo NOTE eventuali considerazioni a supporto della valutazione.		
CRITERI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE	NOTE
INCIDENT	3	
Descrivere i casi di incidenti occorsi a carico del Professionista (dato a cura di OPS - ex corso, chiedere supporto a OPS)		
RECLAMI	3	
Descrivere i casi di reclami riportati dai pazienti nei confronti del Professionista (dato a cura di OPS)		
LANGUAGE	2	
CLINICAL	3	
Descrivere gli esiti dei casi clinici sotto al Radiologo svolto da parte del CMS		
ANNI DI ESPERIENZA	4	
Riportare il Livello Individuo (dato compilato a cura di OPS)		
INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE		
Punteggio		Numero di incidenti nell'anno
1		≥ 4
2		da 2 a 4
3		1
4		0
Punteggio		Numero di reclami nell'anno
1		> 5 reclami
2		3/4 reclami
3		1/2 reclami
4		Nessun reclamo
Punteggio		Media dei punteggi delle voci Language e Clinical
1		da 1 a 2
2		da 2 a 3
3		da 3 a 4
4		da 4 a 5
Livello		Descrizione
1		da 1 a 5 anni di esperienza
2		da 6 a 10 anni di esperienza
3		da 11 a 20 anni di esperienza
4		oltre 20 anni di esperienza
ESITO VALUTAZIONE		
VALUTAZIONE FINALE	3,0	NOTE DI VALUTAZIONE
Media dei punteggi delle valutazioni dei singoli Criteri. Rilevare eventuali commenti a supporto dell'uso della valutazione.		
PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE POSITIVA (PUNTEGGIO ≥ 3)		
Direzione Sanitaria _____		
Operations Manager _____		
FIRMA VALUTATO _____		
PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE NEGATIVA (PUNTEGGIO < 3)		
Direzione _____		
Sanitaria _____		
Chief Medical Officer _____		
ISTRUZIONI Medici Radiologi TSRM ALTRO PERSONALE SANITARIO		

	PROCEDURA GESTIONALE Gestione dei Reclami	ALL PG QSA.2_A
	ALLEGATO A Modulo Segnalazione Reclami	Rev. 4 Aggiornato al 05/07/2024
	Pag. 1/1	

Canale di Reclamo: ☐ Verbale ☐ Scritto ☐ Telefonico

Reclamante: ☐ Paziente ☐ Parente ☐ Accompagnatore/ Altro (specificare)

Categoria di Reclamo: ☐ Relativo al processo
(es. tempi di attesa, errata consegna del referto etc...)
☐ Relativo allo staff
☐ Relativo alla struttura/ambiente
☐ Relativo al Finance
(es. problematiche sui pagamenti, rimborsi etc...)
☐ Altro

Nome e Cognome del reclamante _____

Telefono _____ e-mail _____

Tipologia Prestazione _____ Data Prestazione _____

Sede presso cui si sono verificati i fatti _____

Descrivere i fatti oggetto del reclamo, eventuali richieste e suggerimenti:

[*] In qualità di Titolare del trattamento, desidera informarla ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali forniti da lei o da terzi saranno trattati per gestire il reclamo. La base giuridica del trattamento è la necessità di dare esecuzione a misure preventivistiche adottate su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare o difendere un diritto e il consenso esplicito fornito separatamente dall'interessato. I dati personali saranno conservati per il tempo necessario a gestire tutte le attività afferenti al reclamo.

Presentando il reclamo, autorizza al trattamento di eventuali dati particolari forniti

Data _____ Firma _____

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

Documento di proprietà del Gruppo Alliance Medical - Riproduzione vietata

Nel mese di Luglio 2024 è stata aggiornata la procedura di Gruppo PG QSA.2 «Gestione Reclami» per:

- inserimento della definizione di gravità del reclamo
- revisione del modulo segnalazione reclami

Mensilmente ogni Operations Manager invia alla funzione QSA il prospetto riepilogativo di monitoraggio per analisi della casistica e valutazione di eventuali azioni.

Obiettivi Processo Reclami:

➤ N. RECLAMI RISPETTO AGLI ACCESSI = TENDENZIALE 0%

RECLAMI

SEDE	RECLAMI RICEVUTI	% SU TOT ACCESSI
FY24	2	0,00%
SAL FY25	4	0,00%

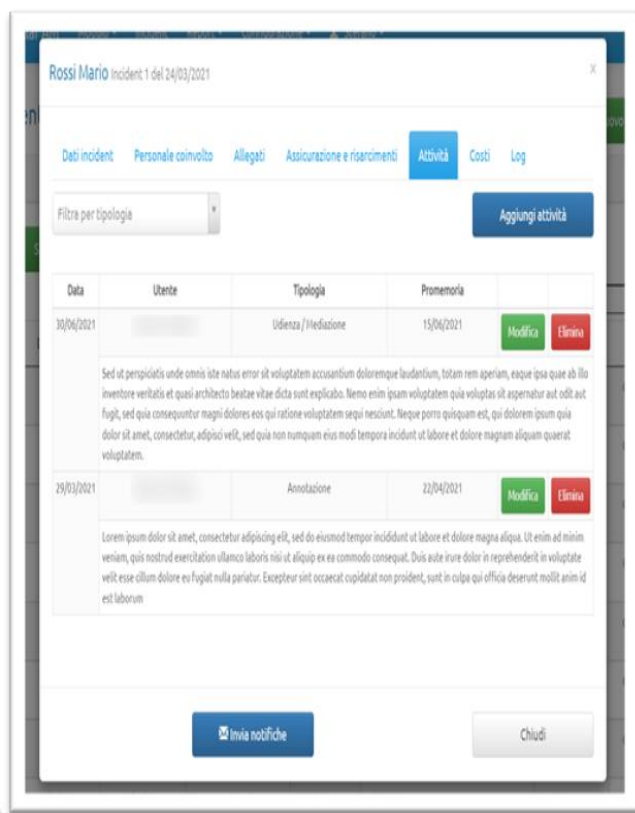
Per il dettaglio si faccia riferimento al file «DB e Analisi Reclami_v8»

Azioni di miglioramento da realizzare:

Il processo dei reclami verrà integrato all'interno del portale Caterpillar, come già fatto per gli Incident Reporting

Incident Reporting

- Medical Malpractice
- Property
- Cadute
- Reazioni MdC
- Malori
- Altro (IT, Finance, Processi)



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

Tutte le segnalazioni vengono registrate direttamente sul portale, che le invia in automatico alla QSA e alle altre Direzioni interessate in funzione della tipologia dell'evento (PG Incident Reporting)

Da marzo 2024 è previsto l'inserimento immediato al momento della segnalazione dell'incident della gravità del rischio nel portale Caterpillar.

Ai fini dell'adeguamento alla L.24 dell'8 Marzo 2017, sono pubblicati e periodicamente aggiornati sul sito internet di AM i dati aggiornati al FY23 di:

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

Incident			
FY	RILEVATI	INVIATI AD ASSICURAZIONE	CHIUSI
FY24	0	0	0
FY25	1	0	0

Audit Amministrativo e Clinico

Nel 2023 è stato introdotto 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 OPS 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 2025 (DATO DI LUGLIO) HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

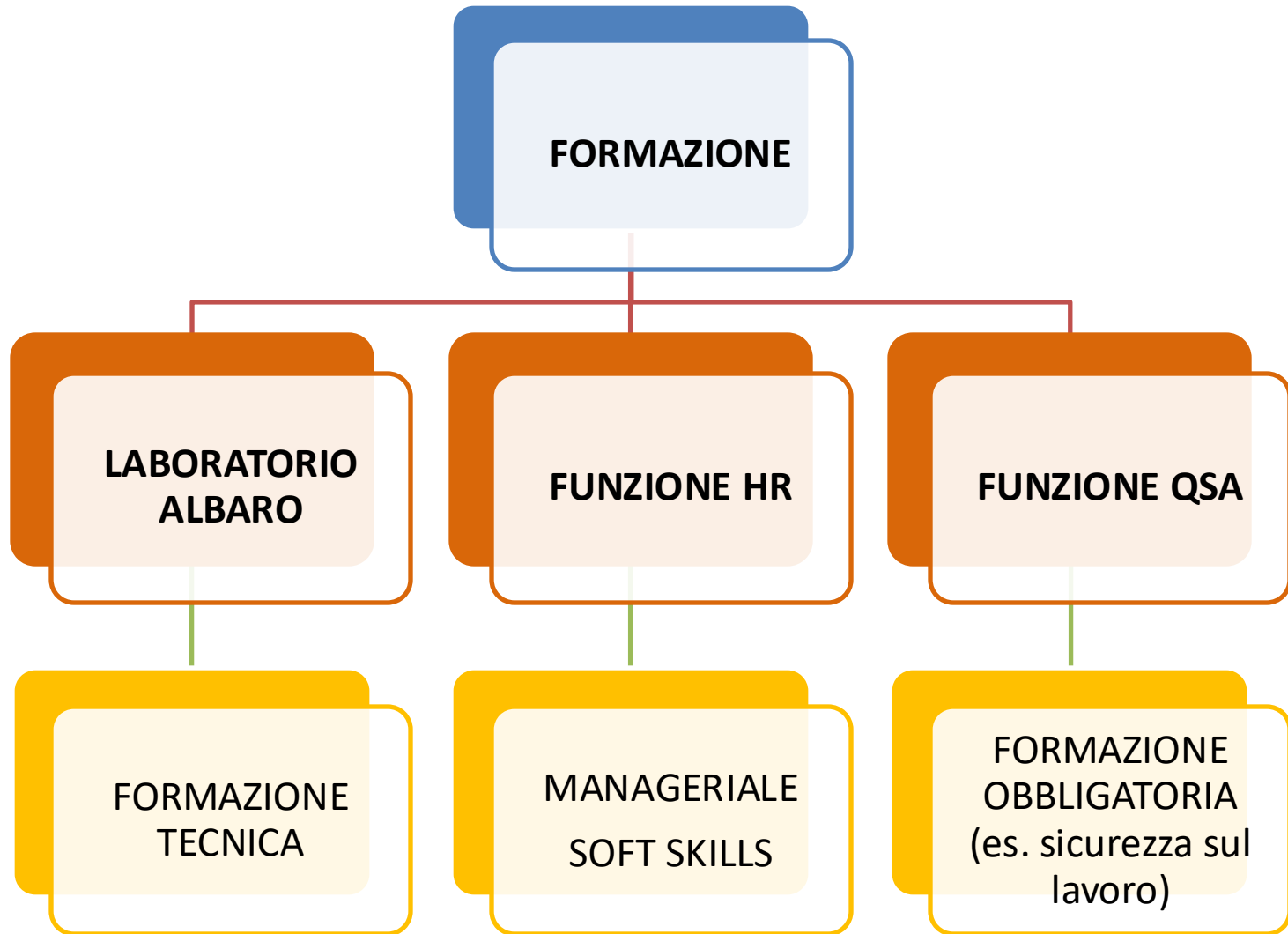
- Media mensile di esami valutati pari al 2,61% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **89.05%**

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



Formazione e Sviluppo

Nel mese di giugno 2023 è stata emessa l'aggiornamento della 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 24-25 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 (formazione base lavoratori, RLS, BLSD, ecc.) e corsi di aggiornamento e formazione preposto.

Il monitoraggio delle scadenze dei corsi e delle nuove esigenze formative viene effettuato attraverso il file "**DB Formazione**", aggiornato al mese di Ottobre 2025 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** (Data Base Miglioramento, Registro Reclami, DB Formazione).

Da Dicembre 2024 il file Fermi Macchina è passato in gestione all'Ing. Clinica, che fornisce mensilmente i dati richiesti per la reportistica centrale.

Da Giugno 2024, a seguito della formazione erogata a tutti gli utilizzatori, è stato messo in uso il nuovo file di **Data Base del Miglioramento (DBM)**, aggiornato per l'estensione del perimetro di azioni gestite.

Da Agosto 2024 è stato aggiornato il **Regulatory Universe**, periodicamente revisionato da parte dell'ufficio Legal, contenente le normative più rilevanti applicabili alle società del Gruppo e a livello regionale relativo alle singole unità operative. Le norme tecniche e le comunicazioni che impattano sull'operatività locale vengono riportate nel **Mod.01.2 Documenti di origine esterna**, da parte di ogni struttura.

QSA sta coordinando la revisione periodica delle procedure / istruzioni operative di Gruppo interfacciandosi con le singole funzioni owner dei processi.

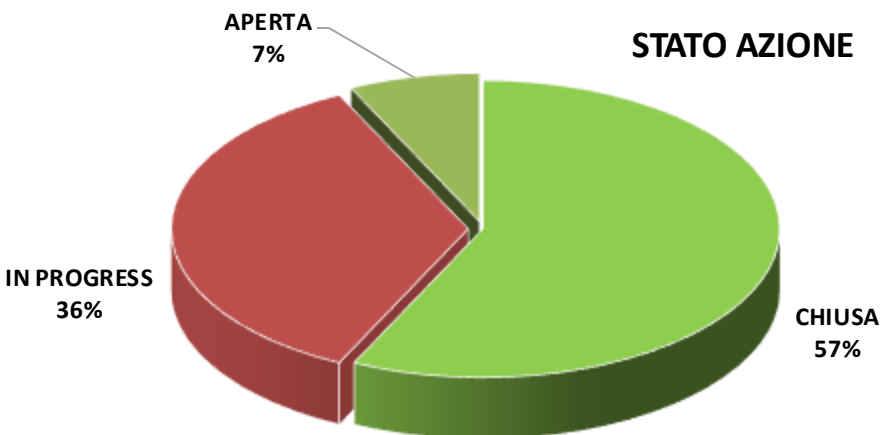
Il **CRM** ha preso in carico l'aggiornamento / stesura dei protocolli sanitari relativi ai servizi erogati per ogni centro diagnostico.

Azioni di Miglioramento 2024/2025

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

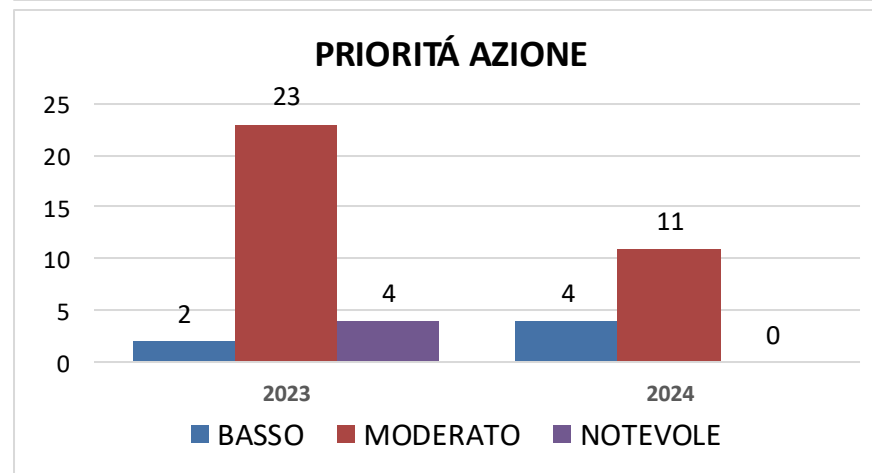
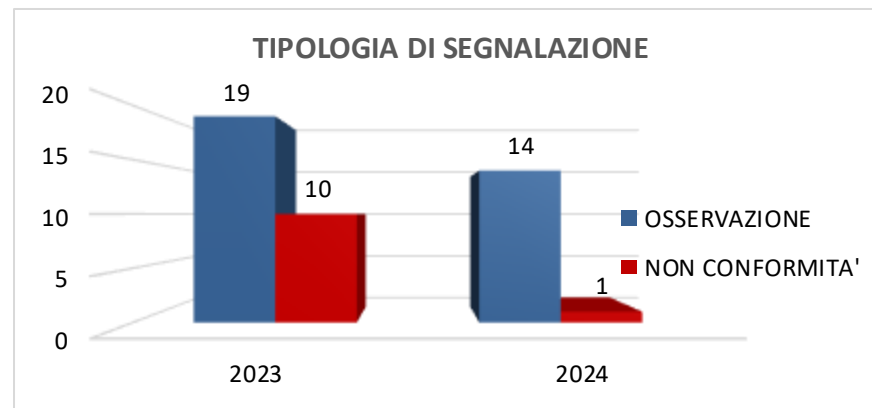
In particolare sono state registrate **15** azioni di cui:

- 8 chiuse (7 nei tempi previsti, 1 chiuse dopo la data pianificata)
- 5 la cui gestione è in corso
- 1 ancora aperta
- 1 è stata rilanciata



REATTIVITÀ DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO

ANNO	AZIONI CHIUSE NEI TEMPI	%
2022	14/19	74%
2023	15/29	52%
2024	7/15	47%

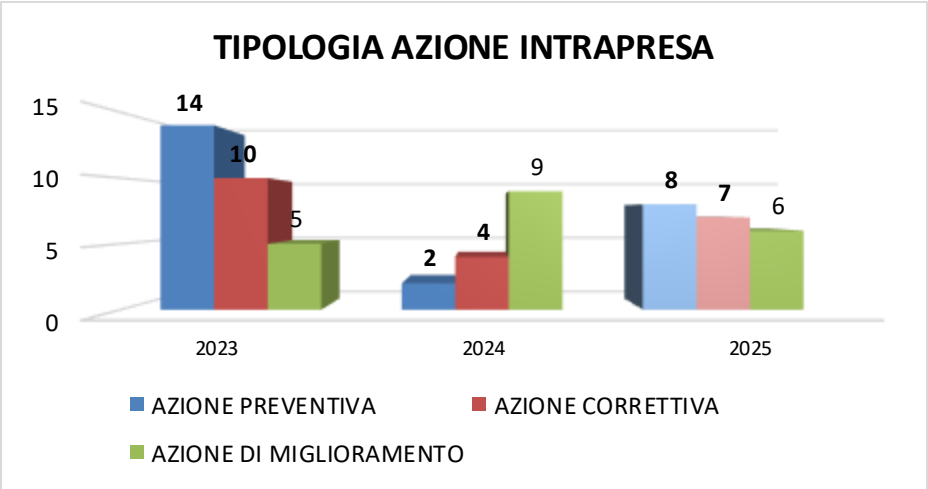
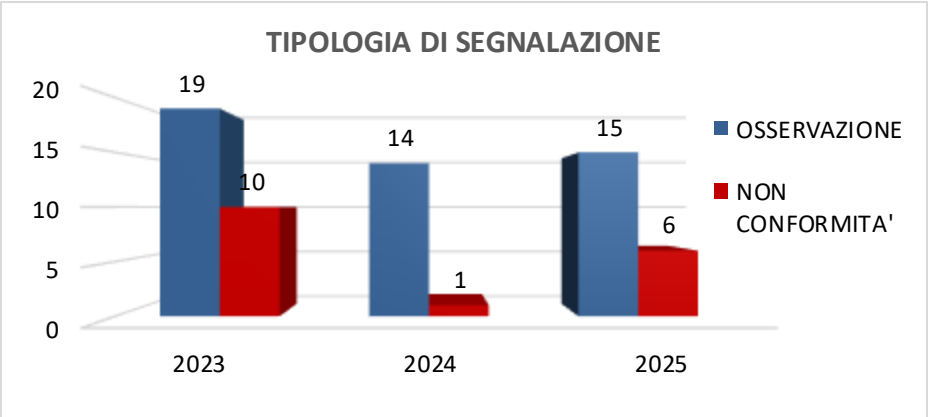
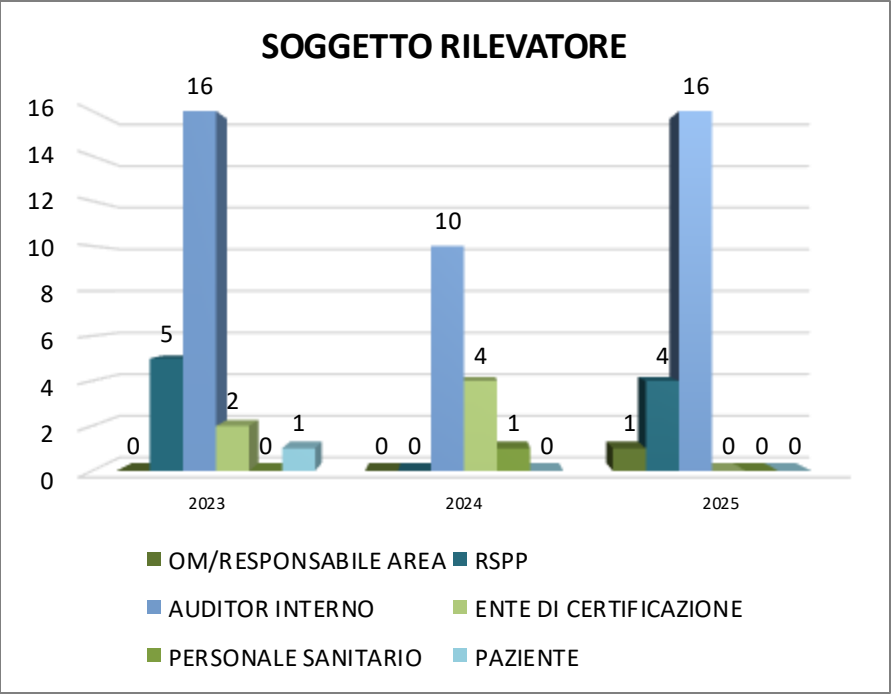


Azioni di Miglioramento – avanzamento 2025



L'avanzamento a settembre 2025 riporta la rilevazione di 15 Osservazioni e 6 non conformità che hanno determinato:

- 16 azioni definite a fronte di Audit Interni ISO
 - 4 azioni a fronte di sopralluoghi RSPP
 - 1 azione definita dall'OM a fronte di incident
- Non sono presenti situazioni ad elevata criticità.





Progetti di Gruppo con impatto su Albaro:

- **Dossier Sanitario Elettronico (DSE):** progetto in corso. I nuovi processi per abilitare il paziente, durante l'accettazione, ai servizi introdotti con il progetto Dossier Sanitario sono stati estesi con successo a tutte le postazioni di accettazione del primo Centro Diagnostico Newima a metà marzo. Successivamente, è stata avviata una fase di affinamento dei software coinvolti, con l'obiettivo di migliorare ulteriormente l'esperienza operativa e l'efficienza del flusso. Questo lavoro ha portato alla fine di maggio a una versione del sistema significativamente evoluta, più stabile e performante. Grazie a questi risultati, siamo ora pronti ad avviare le attività sul secondo Centro Diagnostico, proseguendo con il piano di diffusione del nuovo modello digitale di accettazione. Seguiranno aggiornamenti sull'avanzamento del roll-out e sui prossimi sviluppi del progetto.
- **Progetto Implementazione Intelligenza Artificiale (IA)** a supporto di specifici processi aziendali: progetto in corso. E' stato individuato il processo basato su l'IA da implementare a supporto delle attività erogate dal CPA. E' in corso la definizione del contratto di affidamento del servizio da introdurre inizialmente, come test pilota, presso la sede di Alessandria a servizio del CPA della regione Piemonte. Data la particolarità e complessità dei temi trattati è in corso un approfondimento documentale con i potenziali fornitori per individuare una soluzione conforme alle aspettative tecnologiche, normative e privacy del Gruppo.

Progetti in corso



Principali PDA a fronte dell'analisi dei Rischi:

- Condividere risultati VEQ / CdQ partner
- Tracciatura processo di movimentazione campioni

Progetti di Miglioramento/Innovazione e sviluppo del Business

- Sostituzione TAC
- Sostituzione Cicloergometro

- **Analisi del Contesto e Risk Assessment**
- **Quadro Obiettivi Aziendali**
- **Risk Matrix Clinics**
- **Mod. 06.6 DBM**
- **Newsletter Giugno 2025**