



RELAZIONE STAKEHOLDERS – Giugno 2026

Laboratorio Albaro Srl

Emissione: 07/07/2026

- ▶ 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
 - ▶ Fermi Macchina
 - ▶ Soddisfazione degli Utenti

- ▶ Valutazione dei Fornitori
- ▶ Valutazione Personale Sanitario
- ▶ Reclami
- ▶ Incident Reporting
- ▶ Audit Amministrativo e Clinico
- ▶ Formazione e Sviluppo
- ▶ Azioni di Miglioramento
- ▶ Progetti in corso

Laboratorio Albaro Srl

FUNZIONI
Managing Director
Head of HR & Integration
Head of Finance
Head of IT
COO Statics & Head of Purchasing
Head of Commercial & COO Mobile Unit
COO Clinics
CMO & Business Development Mng
Head of AMT
Head of Legal, Compliance & Privacy
Head of Corporate Projects and Engineering Services

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.
- ▶ A maggio 2026 l'analisi è stata condotta 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:

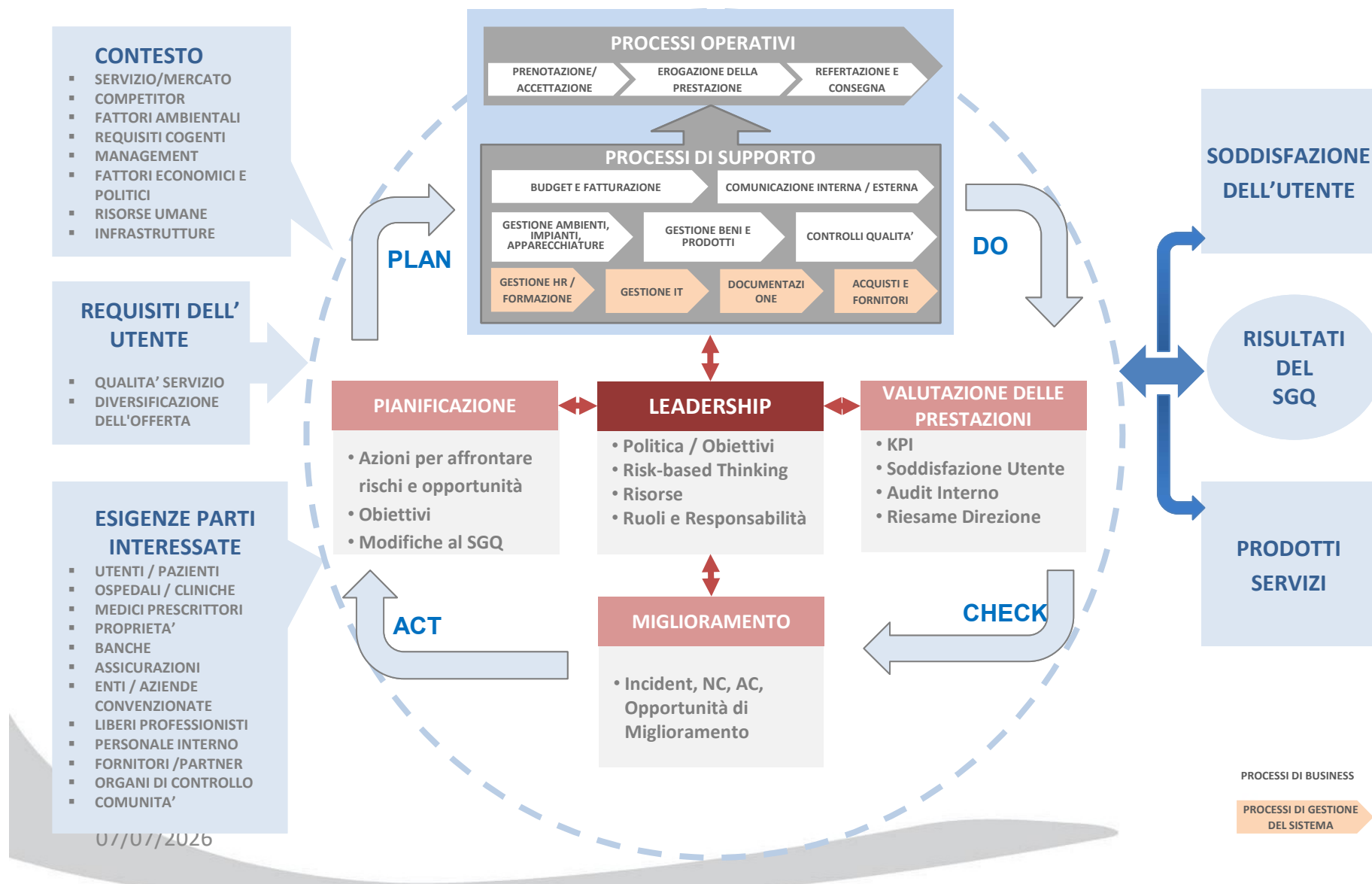
PUNTO ISO 9001:2015	MOTIVAZIONE
8.3 "Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi"	Le prestazioni diagnostiche non hanno alcun tipo di progettazione e sviluppo in quanto l'erogazione delle prestazioni è regolata da protocolli medico-sanitari già definiti.

Campo di Applicazione del SGQ



LABORATORIO ALBARO

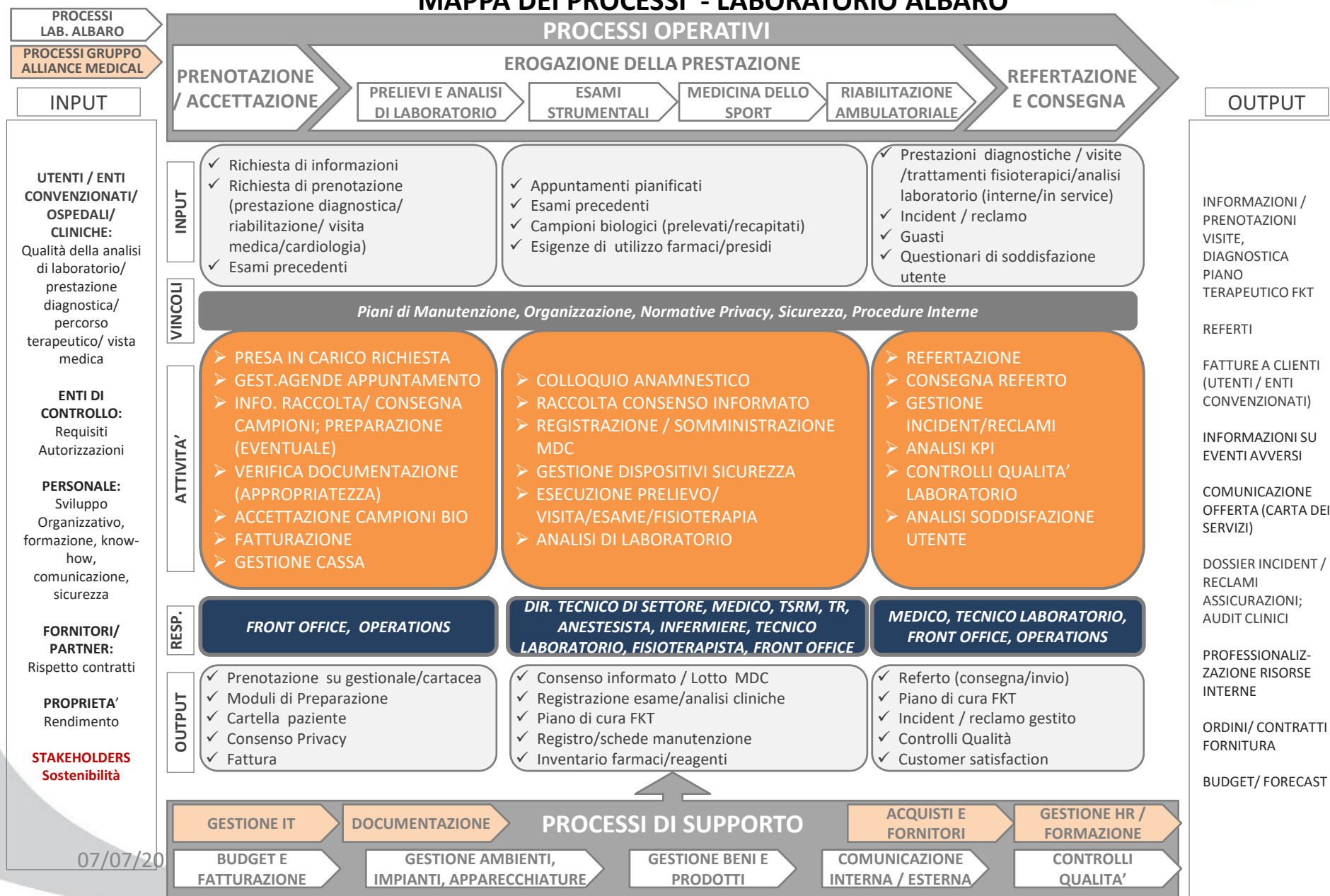
Via Boselli 30 canc.



Campo di Applicazione del SGQ



MAPPA DEI PROCESSI - LABORATORIO ALBARO



07/07/20

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 / Relazione Stakeholder	- 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. 9
		Aggiornato al 15/05/2025
		Pag. 1 di 1

La **Missione Strategica** del Gruppo Alliance Medical* 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

* 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

07/07/2026

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

Organizzazione



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».

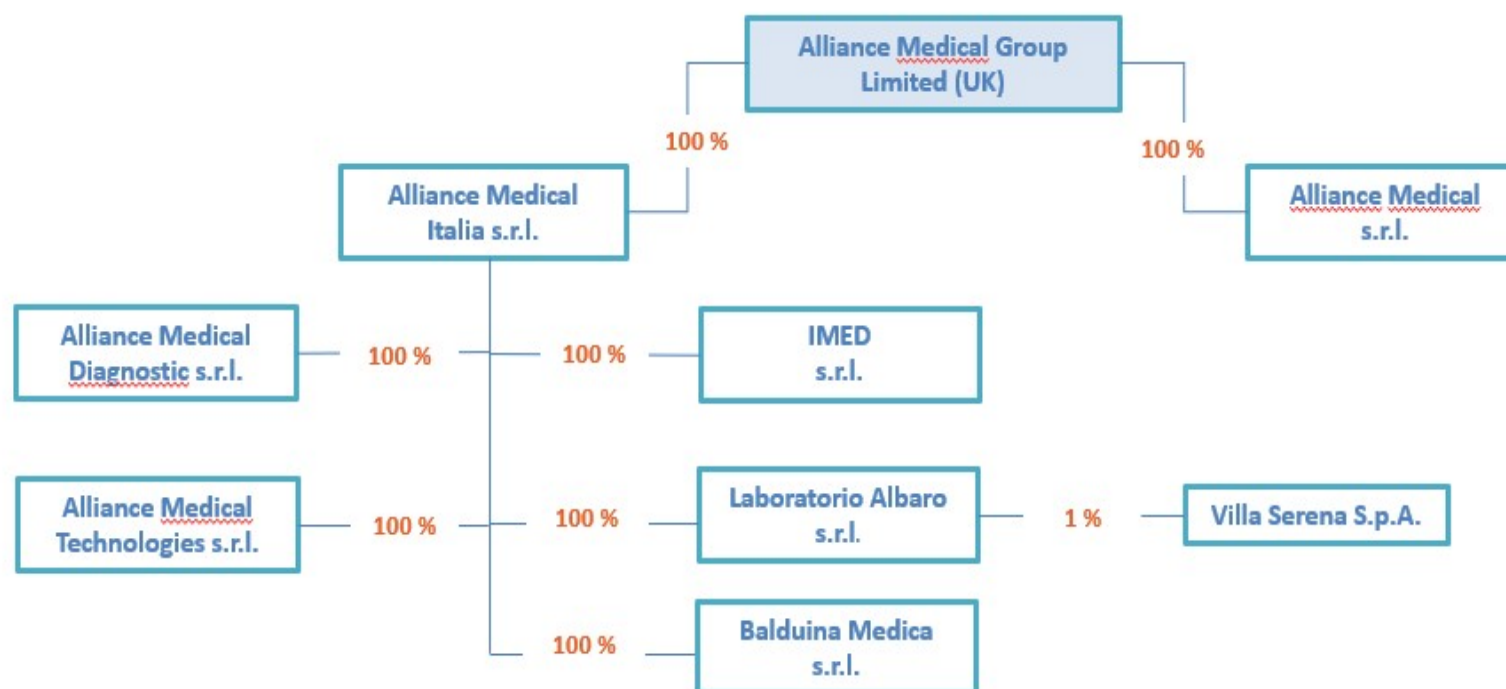
❖ Principali modifiche organizzative:

- 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).
- le attività gestionali dell'unità operativa di Genova Via Boselli vengano presidiate a livello di macro-area dal **Regional Operations Manager** (Comunicato organizzativo del 13/03/2026)

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



ALLIANCE MEDICAL STRUCTURE CHART ITALY



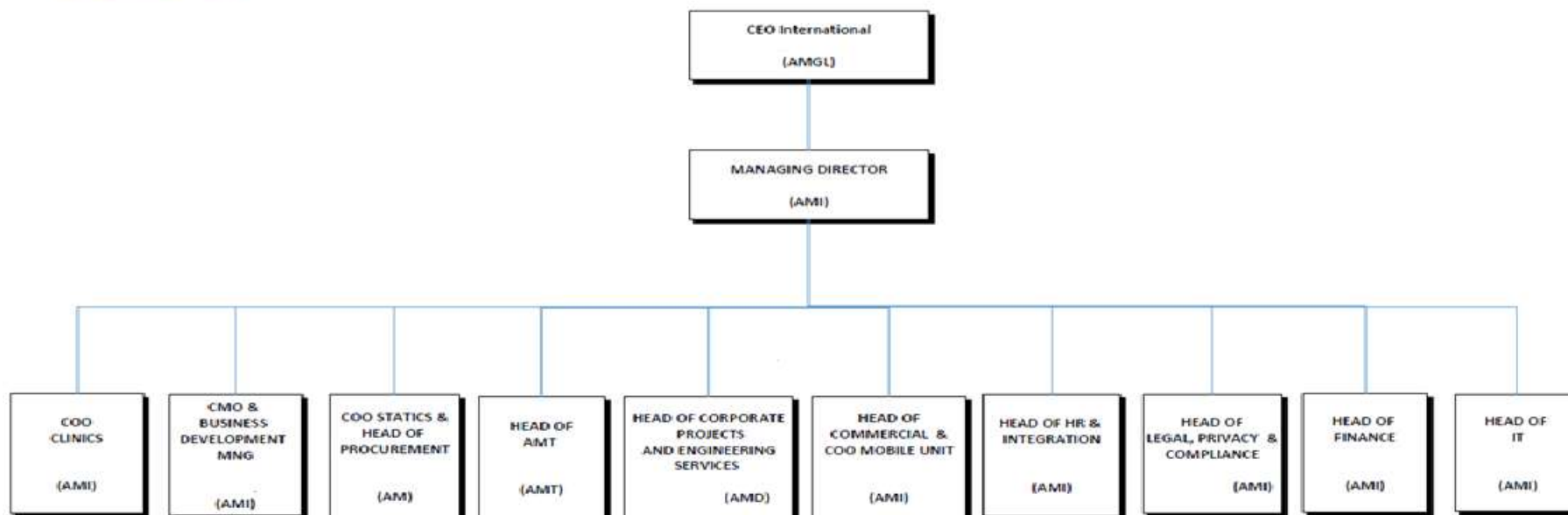
Organizzazione

Alliance Medical Group Italy



ALLIANCE MEDICAL GROUP ITALIA

Mod.03.3 Organigramma
Rev.1 Direzione HR



30/04/2026

07/07/2026

Organizzazione per la Qualità

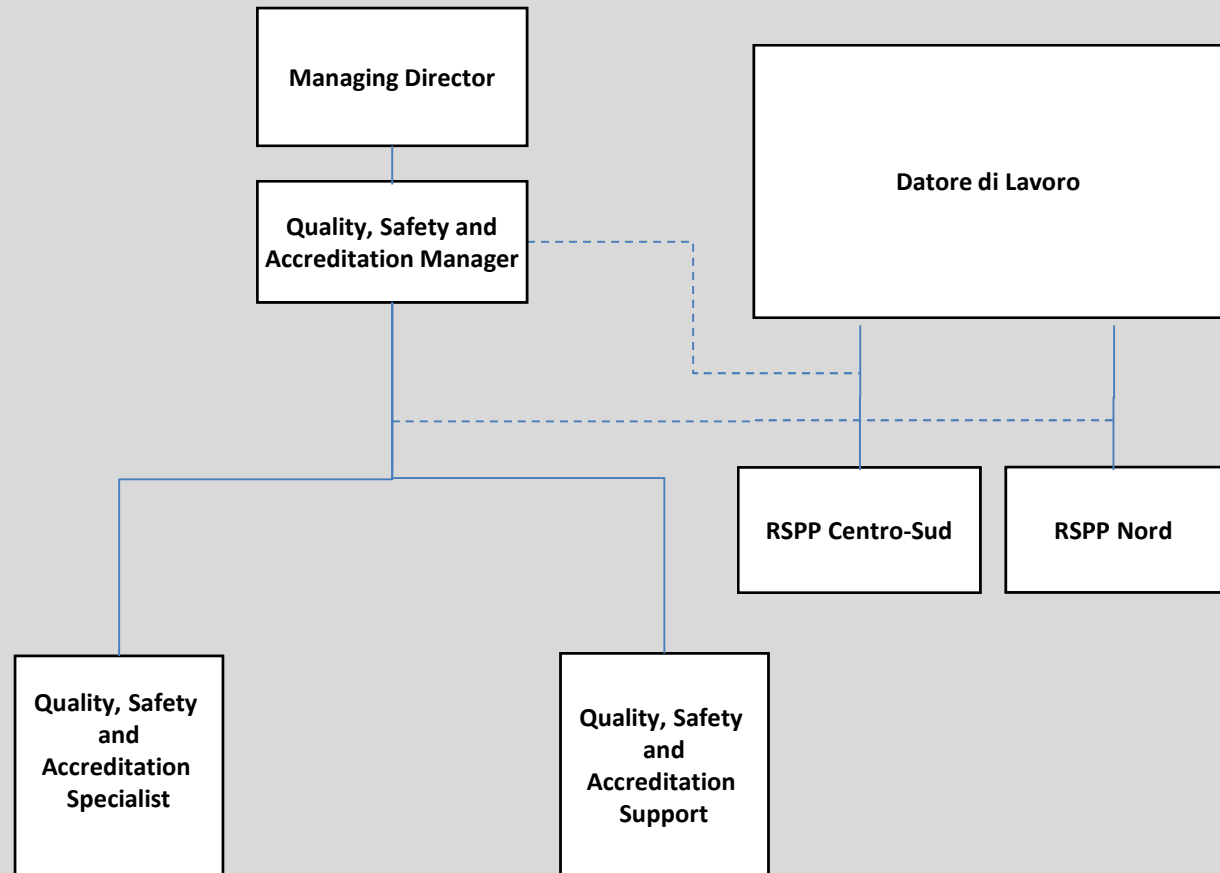
Laboratorio Albaro



Funzionigramma Qualità



Organigramma Quality, Safety and Accreditation



Introdotta nuovo strumento per il monitoraggio degli obiettivi aziendali. I risultati monitorati a maggio del 2026 sono in linea con gli obiettivi previsti. In particolar modo rispetto al FY 2025:

Elementi di attenzione:

- ▶ Tempo medio di risposta e Abbandono - CPA > obj previsti
- ▶ Qualità risultati Laboratorio di Analisi (VEQ ematologia e coagulazione)

In miglioramento rispetto al 2025:

- ▶ Processo di comunicazione interna tramite utilizzo di strumenti di formalizzazione
- ▶ Aumento % di azioni correttive e preventive chiuse nei tempi previsti obj > 60%
- ▶ Aumento del fatturato del 2,8% seppure con riduzione dei volumi (laboratorio)

**ANALISI DEL CONTESTO E
DELLE PARTI INTERESSATE**



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

PRINCIPALI NOVITA' 2025/2026

- ▶ Software Sincroware per impianti
- ▶ Applicazione a regime processo Gestione Rischio Clinico
- ▶ Implementazione verbalizzazione riunioni interne

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:



Soddisfazione degli utenti



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 **Maggio 2026** (per i dettagli si faccia riferimento a tale file).

Risultati FY25

Rappresentatività del Campione utenti	8%	😊
Soddisfazione globale del servizio	93,5%	😊
Raccomandabilità	96,9%	😊

Risultati FY26 SAL Maggio 2026

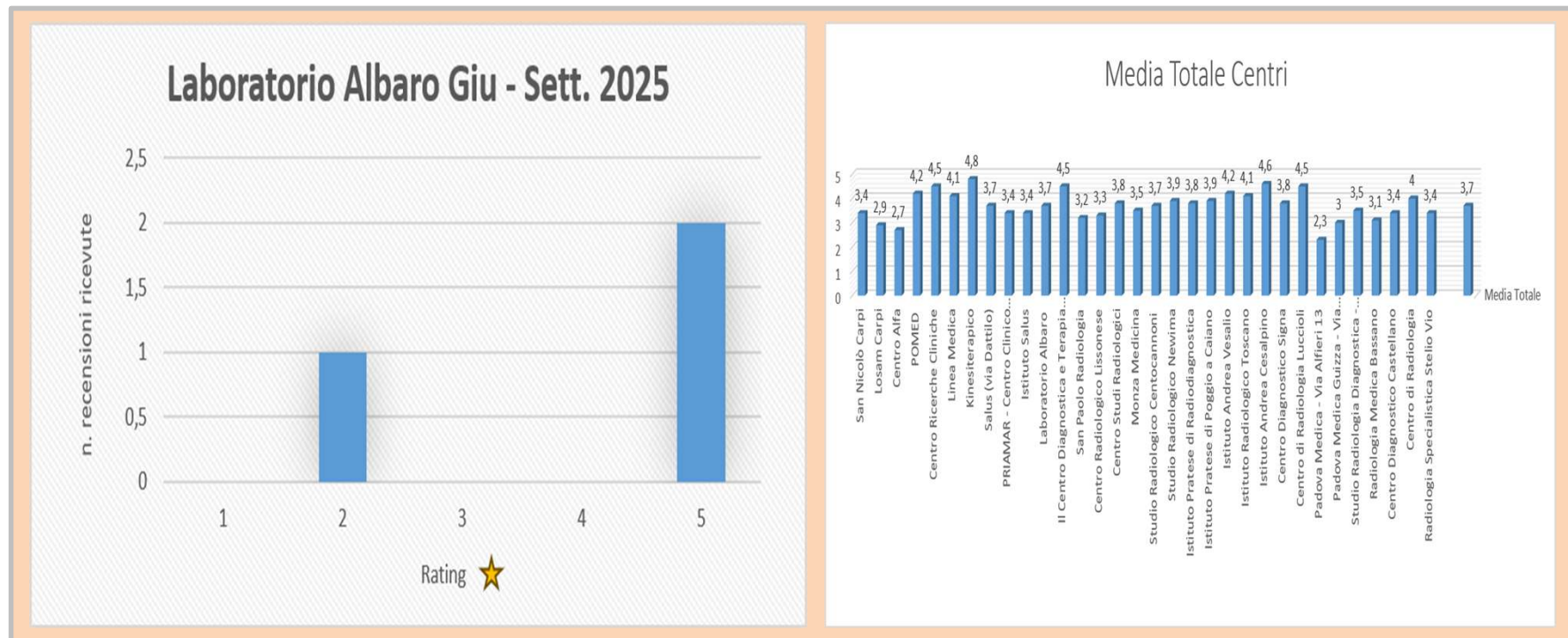
Rappresentatività del Campione utenti	9,4%	😊
Soddisfazione globale del servizio	93,6%	😊
Raccomandabilità	97,1%	😊

Soddisfazione degli utenti



L'analisi delle recensioni lasciate dagli utenti provenienti dal canale Google sono analizzate con periodicità trimestrale a cura della funzione Commercial.

Di seguito i dati relativi all'ultimo trimestre del FY25 (estrazione giugno-settembre 2025).



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**, che contiene la registrazione delle eventuali NC rilevate.

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 $\leq 20\%$

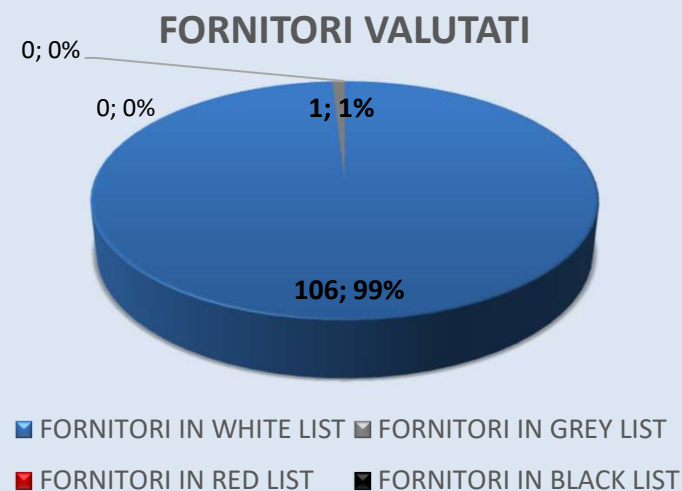
VALUTAZIONE A CURA DI OPERATIONS MANAGER

Su 107 fornitori attivi nel 2025 (80 strategici e 27 minori), è stata effettuata la valutazione del **100%** dei presenti a panel.

Il 99% dei fornitori è in white list; 1% in grey list.

Non si registrano fornitori in red o black list

Non si registrano NC nei confronti dei fornitori



USCITI DALL'ALBO

- DIASORIN, SEBIA SPA E MENARINI (REAGENTI)
- ARCHIMED SRL (ESAMI IN SERVICE)
- PHILIPS (ASS. MAMMO)

ENTRATI IN ALBO

- MEDICAL SISTEM (REAGENTI),
- VIBI FUJI (ASS. MAMMO)
- HALET (KIT GEL PIASTRINIC)
- GUERBET (MDC)
- BRACCO PER IL MDC (2026)

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.

07/07/2026

	VALUTAZIONE PERSONALE SANITARIO		Mod. 05.9 bis Rev. 2 aggiornato al 05/10/2023										
COMPILAZIONE A CURA DI OPS													
Data	Periodo di riferimento della valutazione												
Nome	Cognome												
Profilo professionale:	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 nella legenda tabella sulla destra (RICCAZZIONE PER LA VALUTAZIONE). In caso di assenza del dato inserire 00 nella cella corrispondente alla valutazione. Ripartire nell'angolo NOTE eventuali considerazioni a supporto della valutazione.													
CRITERI DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE	NOTE	INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE										
INCIDENT	3		<table><tr><td>Punteggio</td><td>Numero di incidenti nell'anno</td></tr><tr><td>1</td><td>≤ 4</td></tr><tr><td>2</td><td>da 2 a 4</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td></tr><tr><td>4</td><td>0</td></tr></table>	Punteggio	Numero di incidenti nell'anno	1	≤ 4	2	da 2 a 4	3	1	4	0
Punteggio	Numero di incidenti nell'anno												
1	≤ 4												
2	da 2 a 4												
3	1												
4	0												
Quotazione i casi di incidenti occorsi a carico del Professionista (dato a cura di OPS) - in corso, chiedere supporto a OPS													
RECLAMI	3		<table><tr><td>Punteggio</td><td>Numero di reclami nell'anno</td></tr><tr><td>1</td><td>> 5 reclami</td></tr><tr><td>2</td><td>3/4 reclami</td></tr><tr><td>3</td><td>1/2 reclami</td></tr><tr><td>4</td><td>Nessun reclamo</td></tr></table>	Punteggio	Numero di reclami nell'anno	1	> 5 reclami	2	3/4 reclami	3	1/2 reclami	4	Nessun reclamo
Punteggio	Numero di reclami nell'anno												
1	> 5 reclami												
2	3/4 reclami												
3	1/2 reclami												
4	Nessun reclamo												
Quotazione i casi di reclami riportati dai pazienti nei confronti del Professionista (dato a cura di OPS)													
LANGUAGE	2		<table><tr><td>Punteggio</td><td>Media dei punteggi delle voci Language e Clinical</td></tr><tr><td>1</td><td>da 1 a 2</td></tr><tr><td>2</td><td>da 2 a 3</td></tr><tr><td>3</td><td>da 3 a 4</td></tr><tr><td>4</td><td>da 4 a 5</td></tr></table>	Punteggio	Media dei punteggi delle voci Language e Clinical	1	da 1 a 2	2	da 2 a 3	3	da 3 a 4	4	da 4 a 5
Punteggio	Media dei punteggi delle voci Language e Clinical												
1	da 1 a 2												
2	da 2 a 3												
3	da 3 a 4												
4	da 4 a 5												
Quotazione gli usiti del clinico visti nel Radiologo (dato a cura di OPS)													
CLINICAL	3												
Quotazione gli usiti del clinico visti nel Radiologo (dato a cura di OPS)													
ANNI DI ESPERIENZA	4		<table><tr><td>Livello</td><td>Descrizione</td></tr><tr><td>1</td><td>da 1 a 5 anni di esperienza</td></tr><tr><td>2</td><td>da 6 a 10 anni di esperienza</td></tr><tr><td>3</td><td>da 11 a 20 anni di esperienza</td></tr><tr><td>4</td><td>oltre 20 anni di esperienza</td></tr></table>	Livello	Descrizione	1	da 1 a 5 anni di esperienza	2	da 6 a 10 anni di esperienza	3	da 11 a 20 anni di esperienza	4	oltre 20 anni di esperienza
Livello	Descrizione												
1	da 1 a 5 anni di esperienza												
2	da 6 a 10 anni di esperienza												
3	da 11 a 20 anni di esperienza												
4	oltre 20 anni di esperienza												
Ripartire il Livello Individuo (dato compilato a cura di OPS)													
ESITO VALUTAZIONE													
VALUTAZIONE FINALE	3,0	NOTE DI VALUTAZIONE	<table><tr><td>Media (M)</td><td>Esito della valutazione</td></tr><tr><td>1 ≤ M ≤ 2,5</td><td>livello di professionalità migliorabile</td></tr><tr><td>2,5 < M ≤ 3,5</td><td>livello di professionalità standard</td></tr><tr><td>3,5 < M ≤ 4</td><td>livello di professionalità al di sopra delle aspettative</td></tr></table>	Media (M)	Esito della valutazione	1 ≤ M ≤ 2,5	livello di professionalità migliorabile	2,5 < M ≤ 3,5	livello di professionalità standard	3,5 < M ≤ 4	livello di professionalità al di sopra delle aspettative		
Media (M)	Esito della valutazione												
1 ≤ M ≤ 2,5	livello di professionalità migliorabile												
2,5 < M ≤ 3,5	livello di professionalità standard												
3,5 < M ≤ 4	livello di professionalità al di sopra delle aspettative												
Media dei punteggi delle valutazioni dei singoli Criteri.													
Indicare eventuali commenti a supporto della valutazione.													
PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE POSITIVA (PUNTEGGIO ≥ 3)		PER PRESA VISIONE - VALUTAZIONE NEGATIVA (PUNTEGGIO < 3)											
Direzione Sanitaria		Direzione											
Operations Manager		Chief Medical Officer											
FIRMA VALUTATO													
ISTRUZIONI Medici Radiologi TSRM ALTRO PERSONALE SANITARIO													

Reclami



	PROCEDURA GESTIONALE Gestione dei Reclami	ALL PG QSA.2_A
	ALLEGATO A	Rev. 4
	Modulo Segnalazione Reclami	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, desidero informarla ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali forniti da Lei o da terzi saranno trattati per gestire il reclamo. La base giuridica del trattamento è la necessità di dare esecuzione a misure precauzionali adottate su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare o difendere un diritto e il consenso esplicito preventivo fornito contemporaneamente 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%

SEDE	RECLAMI RICEVUTI	% SU TOT ACCESSI
FY25	4	0,00%
SAL FY26	1	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

07/07/2026

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
FY25	4	0	1
FY26	8	0	0

07/07/2026

Dettaglio riportato sul portale Caterpillar

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 2026 (DATO DI APRILE) HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

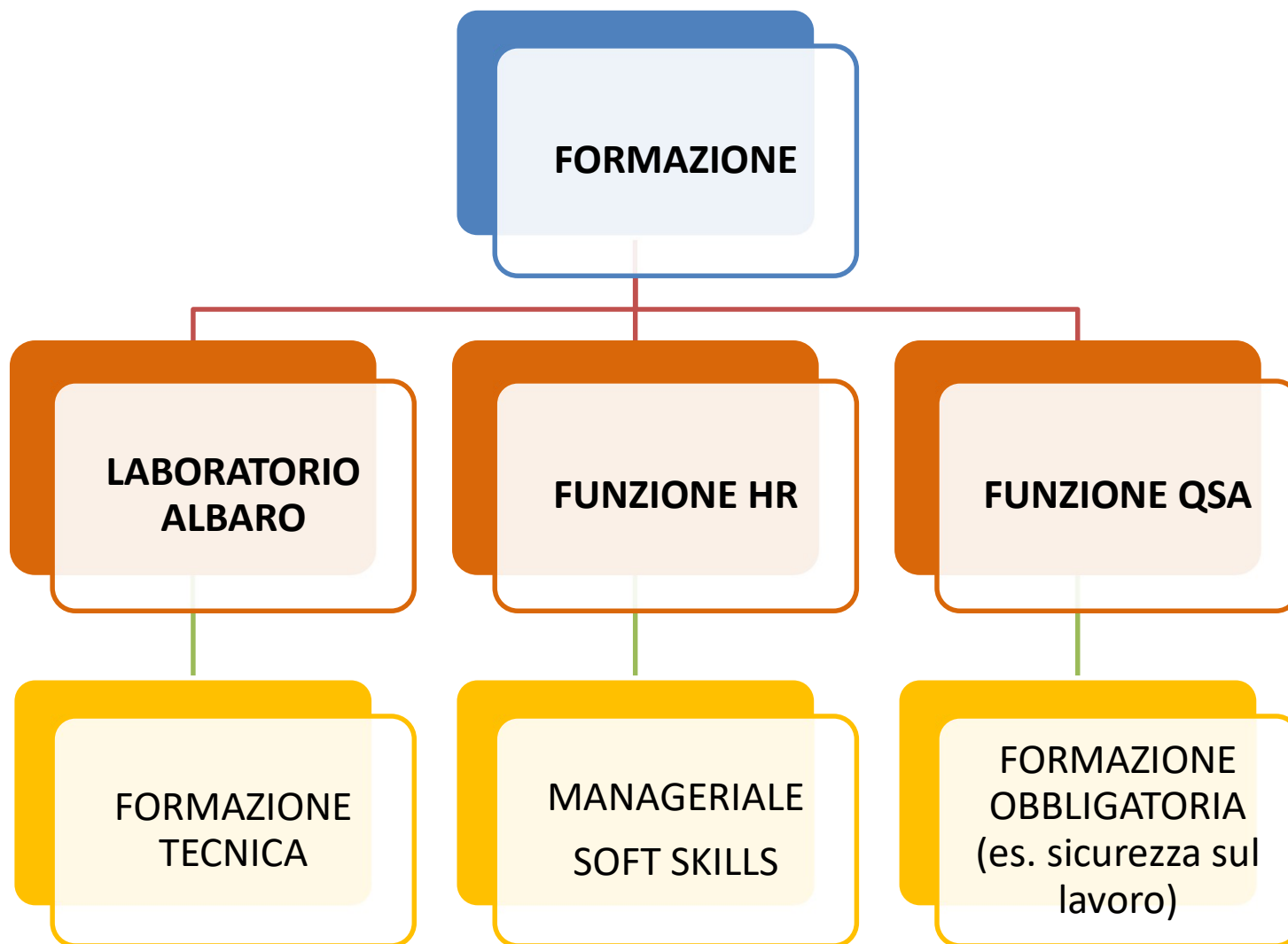
- Media mensile di esami valutati pari al 2,64% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **89.93%**

AUDIT CLINICO

- Image Quality
- Language
- Clinical Accuracy

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
4,7	4,5	4,4



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 25-26 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 Maggio 2026 e costantemente verificato dalla Funzione QSA.

Azioni di miglioramento da realizzare:

Il processo della formazione obbligatoria verrà integrato all'interno di un software, in fase di valutazione.

❑ 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.

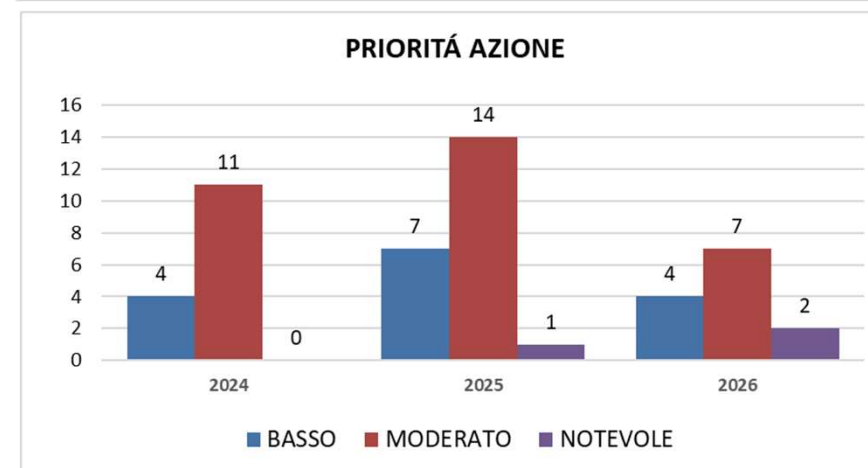
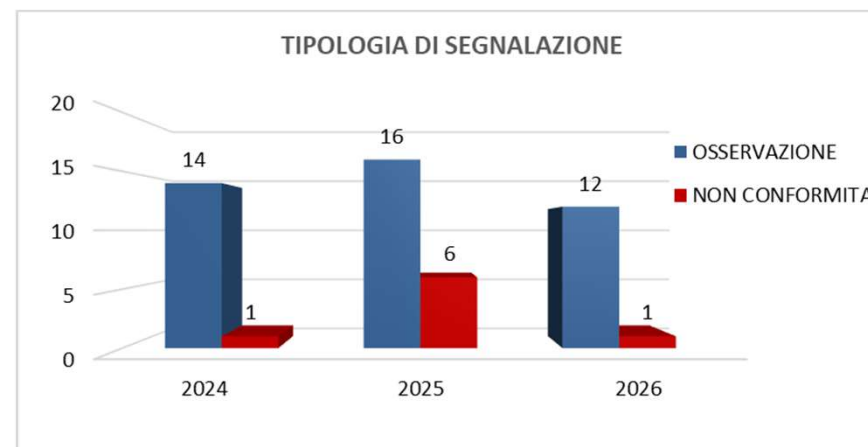
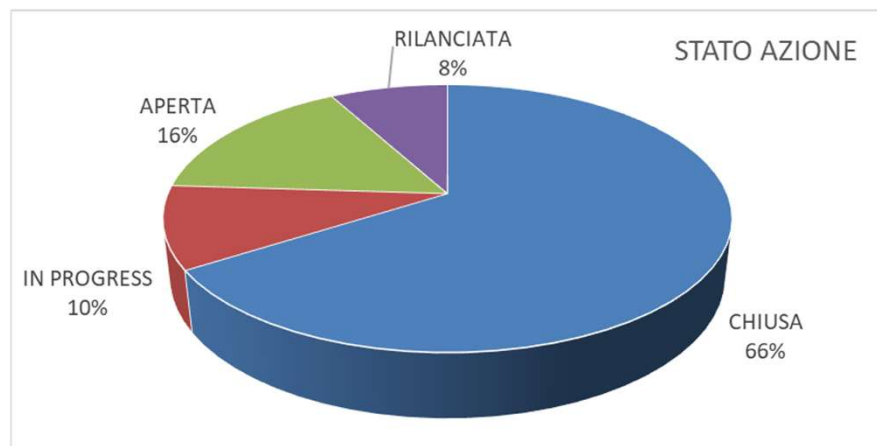
Da Ottobre 2025 il **CRM** ha preso in carico il processo di gestione del Rischio Clinico supportando la Funzione QSA per l'aggiornamento / stesura dei protocolli sanitari relativi ai servizi erogati per ogni centro diagnostico.

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

Azioni di Miglioramento 2024/2026

Nel corso dell'ultimo triennio sono state registrate **50** azioni di cui:

- 33 chiuse
- 8 ancora aperte
- 5 in progress
- 4 Rilanciate



REATTIVITÀ DEL PROCESSO DI MIGLIORAMENTO

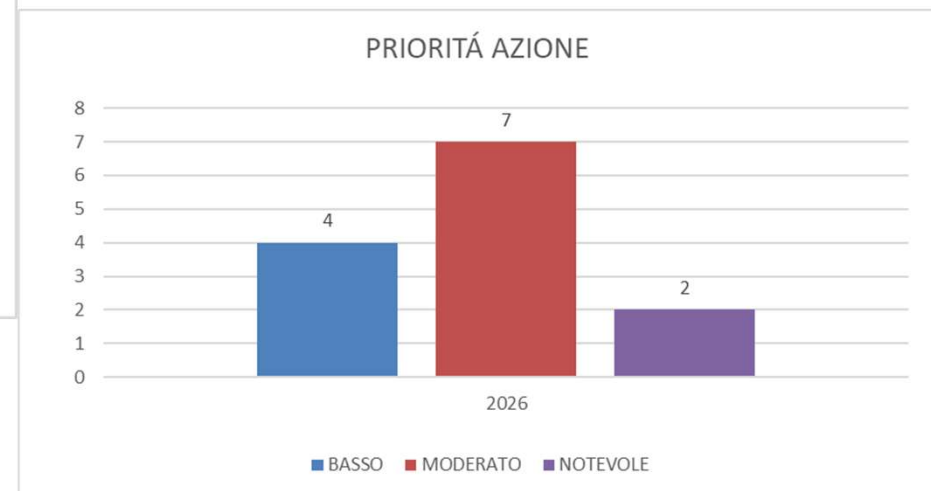
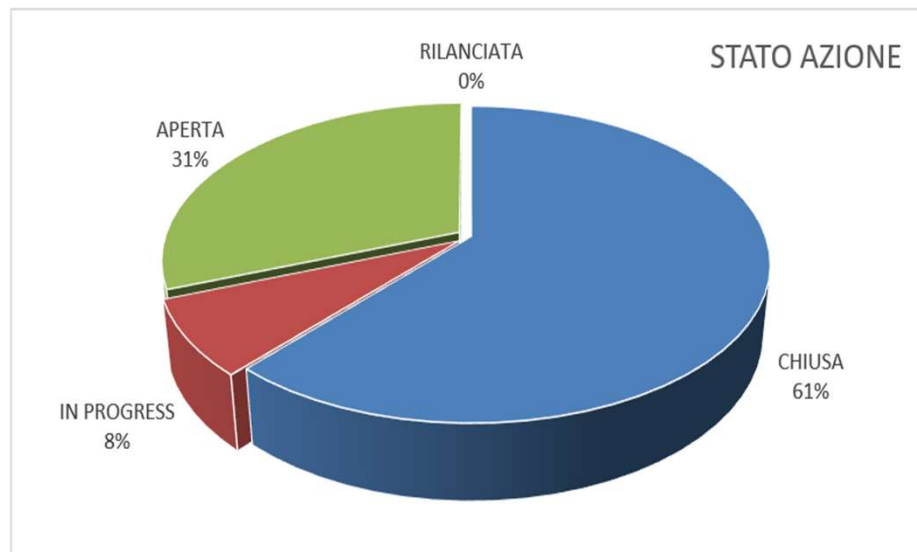
ANNO	AZIONI CHIUSE NEI TEMPI	%
2024	7/13	54%
2025	11/14	79%

Azioni di Miglioramento – avanzamento 2026

L'avanzamento a giugno 2026 riporta la rilevazione di 12 Osservazioni ed 1 NC rilevate a fronte di sopralluoghi a cura della QSA ed audit interni, che hanno determinato:

- 7 azioni correttive
- 6 azione di miglioramento

Non sono presenti situazioni ad elevata criticità.



Progetti in corso



Progetti di Gruppo con impatto su Albaro:

- **Dossier Sanitario Elettronico (DSE) – Firma Elettronica (FEA):** progetto in corso. Il progetto prevede la possibilità di gestione – del Dossier Sanitario Elettronico (DSE), quale archivio documentale delle prestazioni eseguite nei centri Alliance, della Firma elettronica avanzata (FEA), tramite l'esposizione dei documenti di accettazione su tablet sottoscrivibili con FEA grafometrica e la disponibilità di accesso diretto al proprio DSE mediante il nuovo Portale web TuoDossier. Il primo centro pilota ad aver attivato i nuovi servizi è stato lo Studio Radiologico Newima, seguito dallo Studio Radiologico Centocannoni. Successivamente i servizi sono stati estesi ai centri Emilia Romagna, Lombardia e Veneto. È attualmente in corso l'implementazione nei centri della Toscana; l'estensione proseguirà nelle regioni Lazio e Liguria.
- **Progetto Implementazione Intelligenza Artificiale (IA)** a supporto di specifici processi aziendali: progetto in corso. Negli ultimi mesi del 2025 è stato definito ed autorizzato l'avvio di un test pilota presso la sede di Alessandria, a servizio del CPA della Regione Piemonte. A seguito di un'attività di analisi ed ottimizzazione delle risposte fornite dall'AI, volta a garantire un elevato livello qualitativo, è stato attivato il servizio AI per la gestione delle richieste dei pazienti. Il servizio AI è operativo negli orari di chiusura e nei momenti di saturazione degli operatori, fornendo informazioni di carattere generale sul centro e sulle attività cliniche/preparazioni a specifiche prestazioni. È stato prolungato il test pilota per ulteriori tre mesi.
- **Progetto Implementazione software gestionale fornitore esterno Sotraf:** identificati tre Centri pilota - Linea Medica, Centro di Radiologia, Salus - per testare la nuova applicazione gestionale, che prevede la registrazione delle pulizie effettuate sui centri e possibilità di caricare digitalmente tutta la documentazione a corredo (es. schede tecniche prodotti, ect.) al termine del periodo di test si valuterà l'estensione a tutti i centri.

Progetti realizzati/in corso



Principali PDA a fronte dell'analisi dei Rischi:

- ✓ Aggiornamento/integrazione Moduli di Preparazione (TAC, RM)
 - Revisione Procedura Imbustamento e Consegna esami (17/04/2026) + infografica consegna esami BARCODE
- ✓ Condividere risultati VEQ / CdQ partner
- ✓ Processo digitale di tracciamento campioni
- ✓ Implementazione nuova scheda controllo pulizia dei locali

Progetti di Miglioramento/Innovazione e sviluppo del Business

- Sostituzione MOC (entro 2026)
- In progress la creazione ad hoc di **iniziative formative** per lo sviluppo delle competenze relazionali degli operatori, per assicurare la qualità della relazione tra professionisti sanitari, pazienti e loro familiari. Progetto in corso tra CRM e HR.
- In progress creazione di un **corso ad hoc sul rischio clinico** per il personale sanitario, in corso la scelta del fornitore a cui affidare la formazione.
- ✓ Trasferimento della **biologia molecolare** da Istituto Salus a Laboratorio Albaro: conseguente aumento del numero di test e miglioramento della qualità del risultato (es. diagnostica molecolare per malattie parassitarie)
- Introduzione di un **sistema di validazione** dei risultati di laboratorio basato sull'AI (autunno 2025)
- ✓ Azioni mirate alla **visibilità del Laboratorio**: pubblicato due lavori su riviste internazionali (Biomedicine e Frontiers in Immunology and microbiology) partendo da studi sperimentali o casistica interna nel microbiota respiratorio e nel microbiota intestinale