



RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDERS – FY 2025

***CENTRO DIAGNOSTICO CASTELLANO - Alliance Medical
Diagnostic srl***

Emissione: 28/11/2025

Centro Diagnostico Castellano

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

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

- ▶ Il Campo di Applicazione del SGQ

- ▶ Piani Sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali

- ▶ Processi di Comunicazione

- ▶ Politica della Qualità

- ▶ Organizzazione

- ▶ Obiettivi e KPI

- Fermi macchina
- Soddisfazione degli utenti
- Valutazione dei Fornitori
- Valutazione Personale Sanitario
- Reclami e Incident Reporting
- Audit amministrativo e clinico

- ▶ Formazione e Sviluppo

- ▶ Azioni di Miglioramento

- ▶ Progetti in corso

Analisi del Contesto e Rischi

L'aggiornamento dell'Analisi del Contesto è stato effettuato nel mese di ottobre con la partecipazione dell'OM e del supporto QSA del **Centro Diagnostico Castellano**. In particolare, è stata introdotta la valutazione del **cambiamento climatico** come fattore rilevante.

A valle dell'analisi effettuata sono:

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

A partire dall'analisi del Contesto e dalla combinazione di punti di forza, debolezza, opportunità e rischi individuati/verificabili

- Vengono definiti **obiettivi ed indicatori** nuovi e più ampi;
- Vengono messe in atto specifiche **azioni di miglioramento**;
- Vengono e realizzati **progetti** volti alla mitigazione dei possibili rischi e comunque al raggiungimento degli obiettivi



Il Campo di Applicazione del SGQ

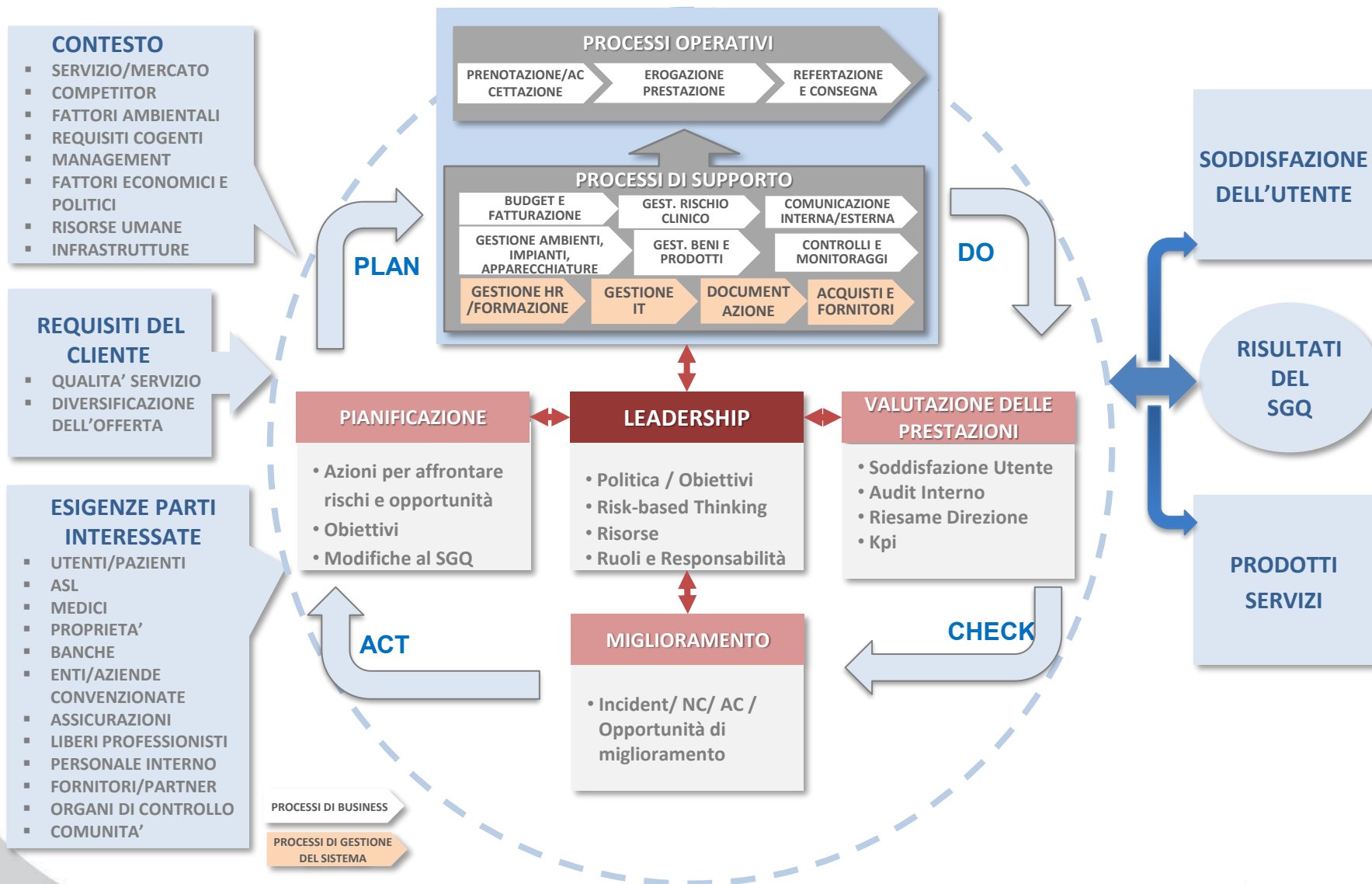
Il SGQ di **Centro Diagnostico Castellano** si applica ai processi Strategici, Operativi e di Supporto definiti dall'azienda, al fine di garantire la qualità dei Servizi relativi all'erogazione delle seguenti prestazioni :

- VISITE SPECIALISTICHE
- ESAMI DI DIAGNOSTICA
- ESAMI STRUMENTALI

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

Il Campo di applicazione del SGQ

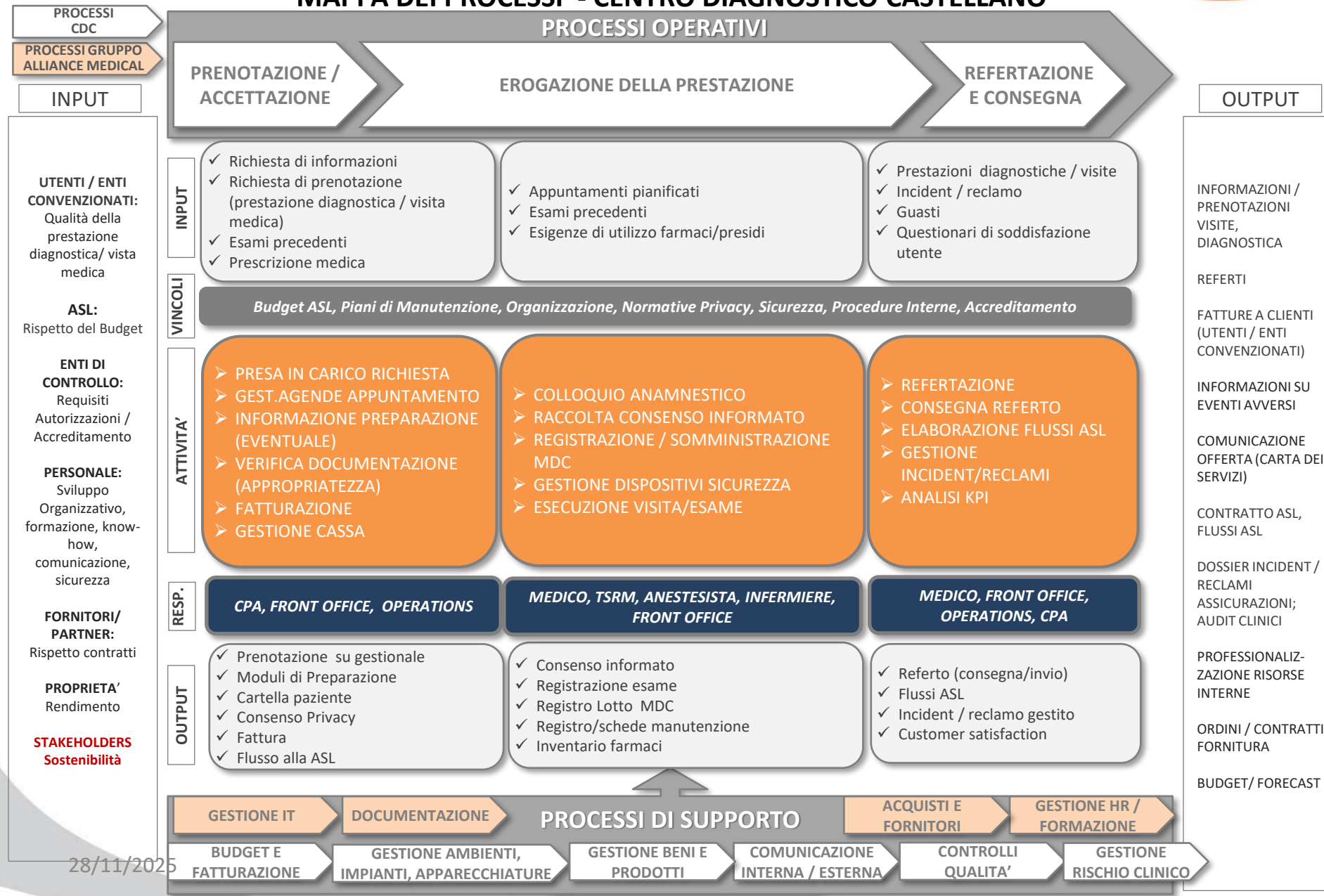
CENTRO DIAGNOSTICO CASTELLANO



Campo di Applicazione del SGQ



MAPPA DEI PROCESSI - CENTRO DIAGNOSTICO CASTELLANO



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) ✓ 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 (ove applicabile)
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, Barcode) ✓ 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-buone pratiche	▪ Sensibilizzazione continua su identificazione e analisi farmaci LASA ▪ Stesura di un protocollo relativo alla gestione dei farmaci ad alto rischio/LASA

Processi di Comunicazione

PRINCIPALI PROCESSI DI COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

CHI	COSA	COME	DESTINATARI
FRONT OFFICE	Informazioni varie	Social Media: Facebook, Instagram, LinkedIn	UTENTI
FRONT OFFICE / MEDICI	Preparazioni per accertamenti diagnostici	- Verbale - Cartaceo	
FRONT OFFICE / MEDICI	Referto	- Cartaceo, Posta/corriere - Referti online	
OPERATIONS / DS	Carta dei Servizi / Diritti e Doveri Utente	- Esposizione in bacheca/front office - Sito internet	
FRONT OFFICE	Disponibilità agende CUP	E-mail	ASL
FRONT OFFICE	Prestazioni effettuate in convenzione	Flussi ASA	
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 ed Analisi Customer	- Totem/e-mail/QR code - Report mensile	

Il Centro Diagnostico Castellano 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 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 Diagnostico 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

A Febbraio 2024 il Gruppo Alliance Medical (a livello Europeo) è stato acquisito da iCON Infrastructure Partners VI L.P., sostituendosi in tal modo ai precedenti azionisti.

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.

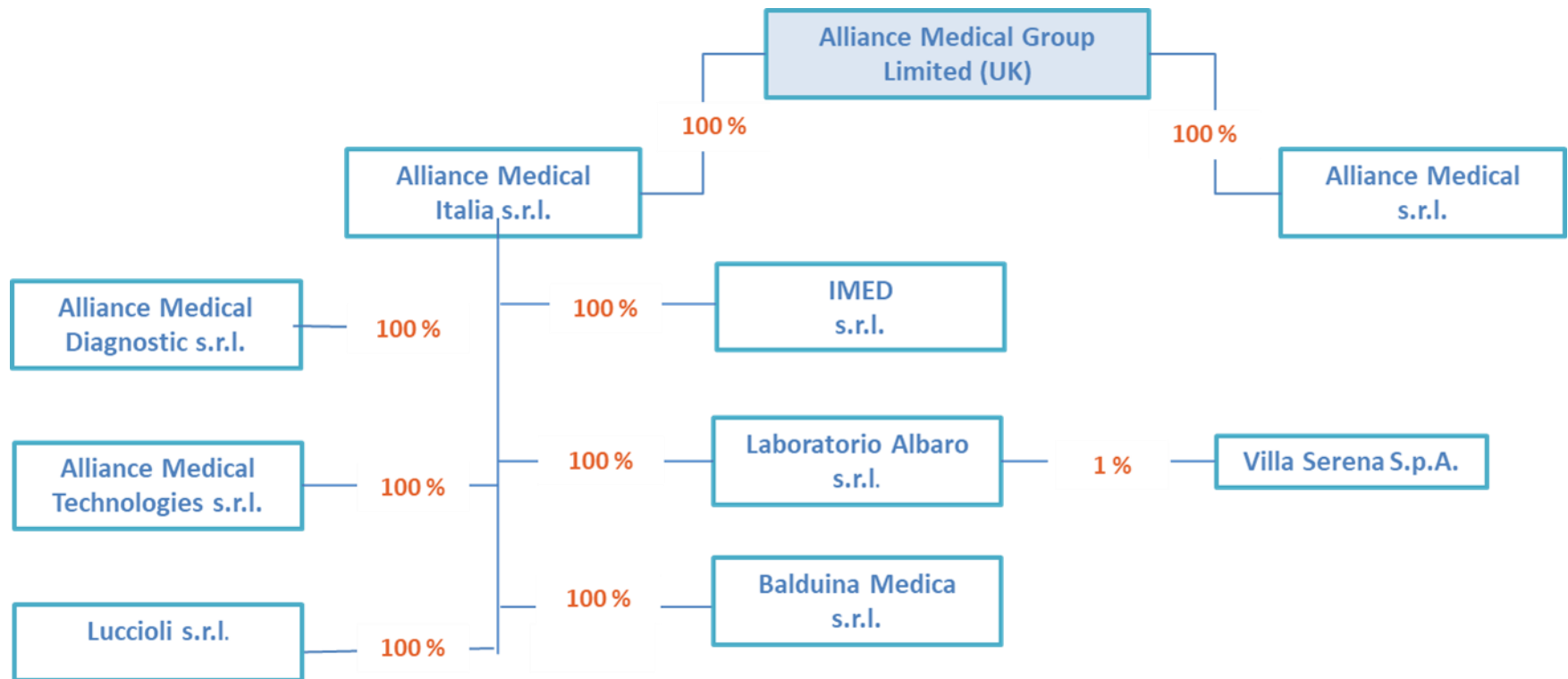
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi tramite Teams.

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

❖ Principali modifiche organizzative:

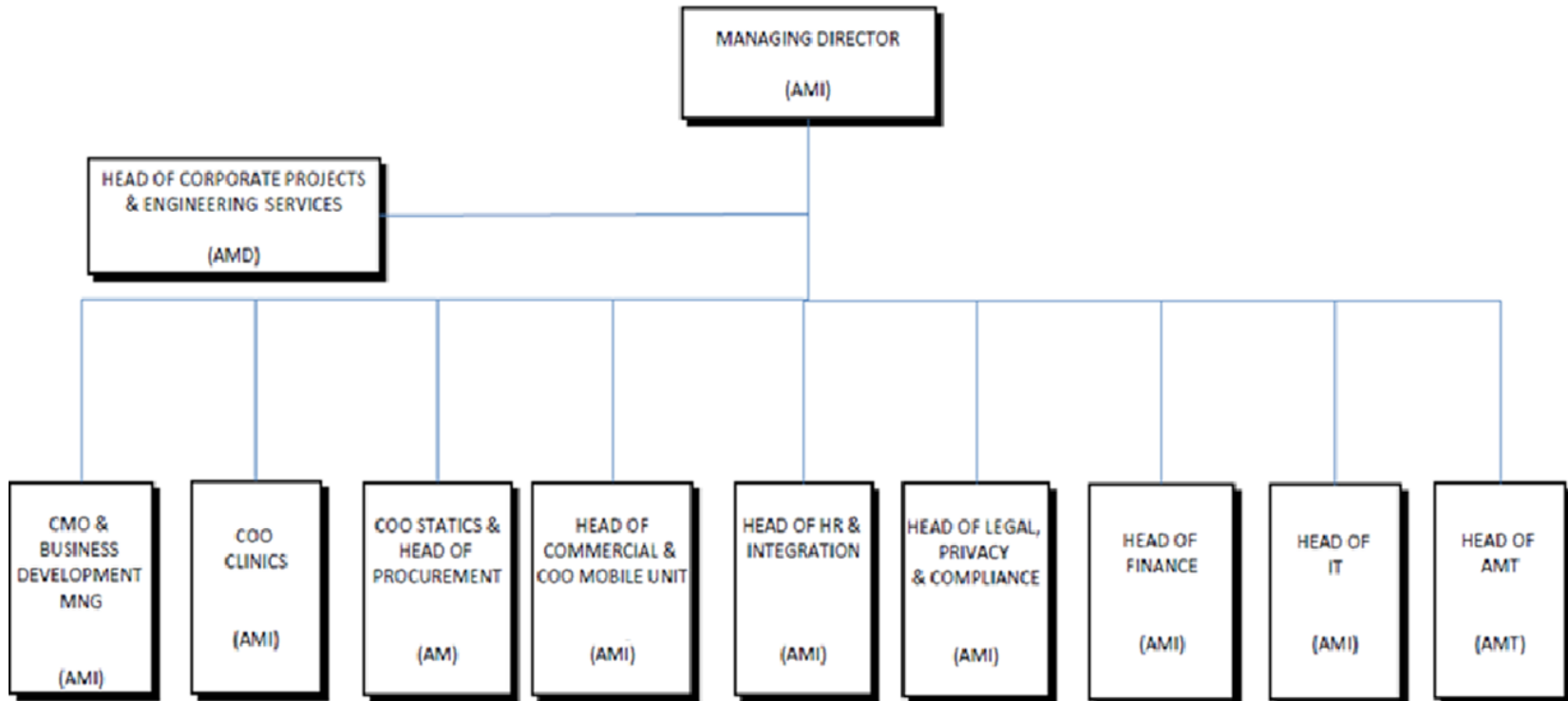
- Assegnato il ruolo di **Clinical Engineer** (Comunicato organizzativo del 02/12/2024)
- Assegnato il ruolo di **Addetto Back office contabile** (comunicato organizzativo del 15/04/2025)
- Viene costituita una nuova funzione aziendale denominata **Corporate Projects and Engineering Services**. Le aree funzionali coordinate da tale funzione sono: Project Management, Facility Management e Ingegneria Clinica (Comunicato organizzativo del 28/04/2025).
- Assegnato il ruolo di **Facility Specialist**, a riporto del facility Manager (Comunicato organizzativo del 05/05/2025)
- Assegnato il ruolo di **H&S Support area Nord** (comunicato organizzativo del 15/05/2025)
- Assegnato il ruolo di **Accountant** (comunicato organizzativo del 12/09/2025)

Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



Organizzazione

Alliance Medical Group Italy



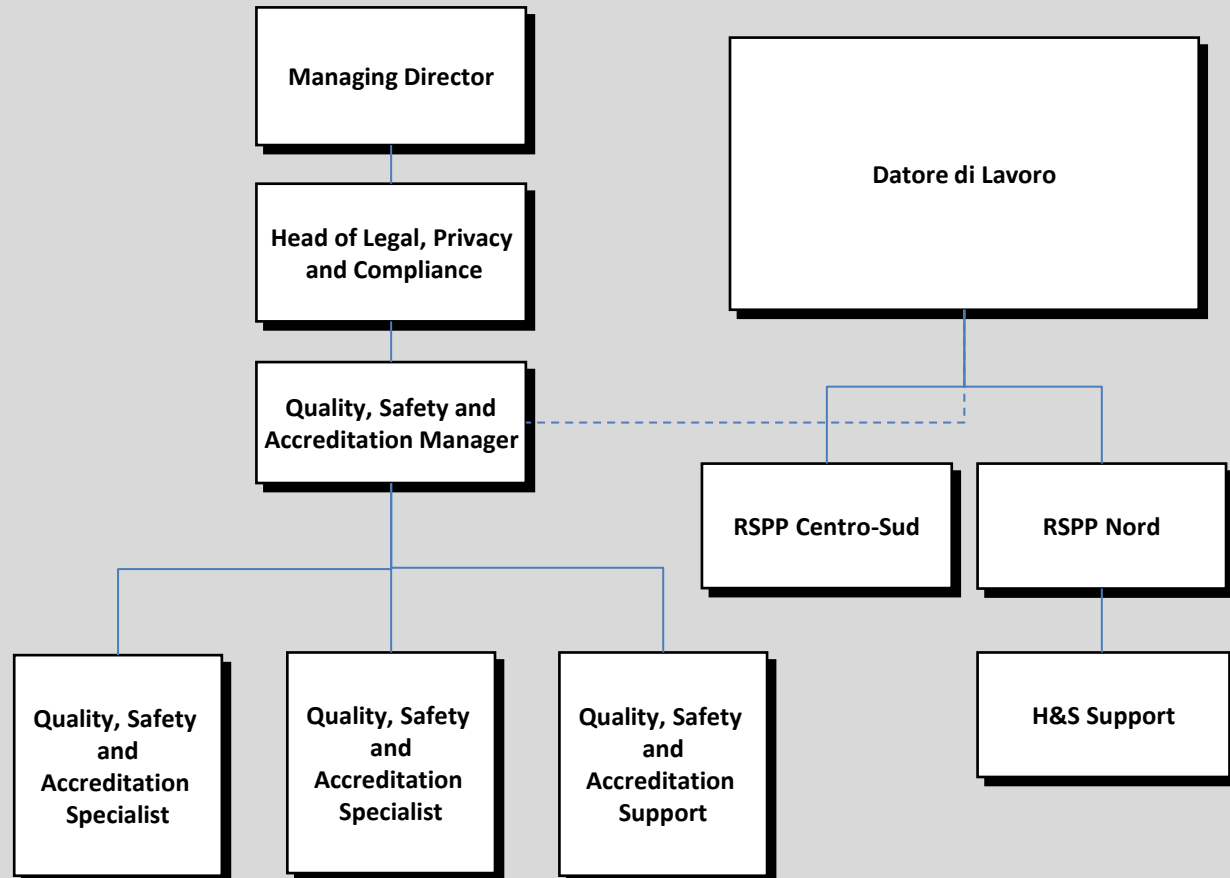
Organizzazione per la Qualità

Centro Diagnostico Castellano

Funzionigramma Qualità



Organigramma Quality, Safety and Accreditation



Introdotta nuovo strumento per il monitoraggio degli obiettivi aziendali. I risultati monitorati alla fine del 2025 sono in linea con gli obiettivi previsti:

In miglioramento rispetto al 2024:

- ▶ Realizzazione di 2 verbali di riunione per condivisione di audit
- ▶ Confermato Utilizzo del 100% budget ASL

Elementi di attenzione:

- ▶ Diminuzione del Fatturato privato FY 2025, dato dall'aumento del convenzionato.
- ▶ Soddisfazione globale del servizio < %obj
- ▶ % abbandono in prenotazione e tempi di attesa in prenotazione > %obj

ANALISI DEL CONTESTO
E DELLE PARTI
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

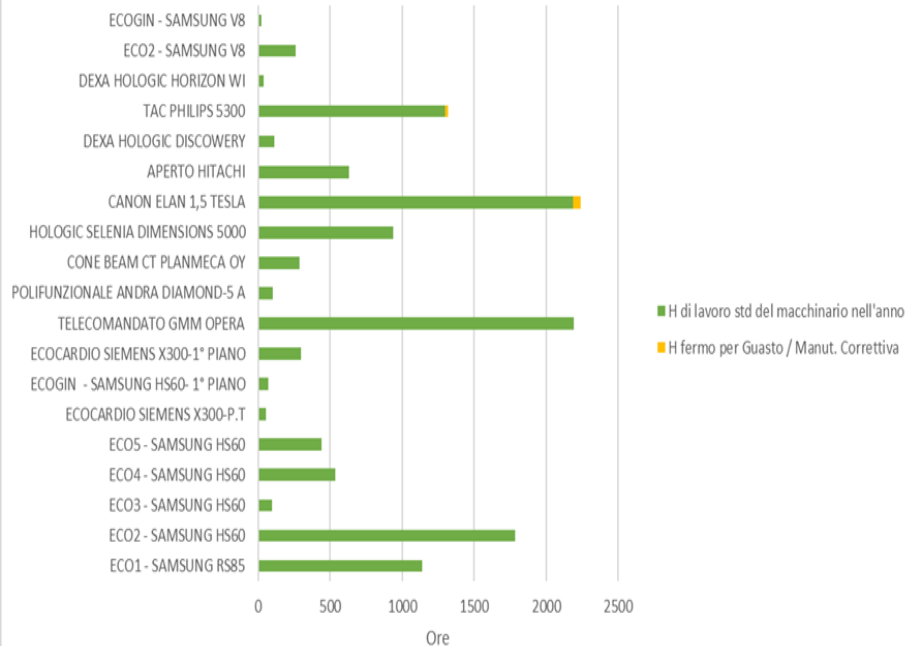
PRINCIPALI NOVITA' 2024/2025:

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

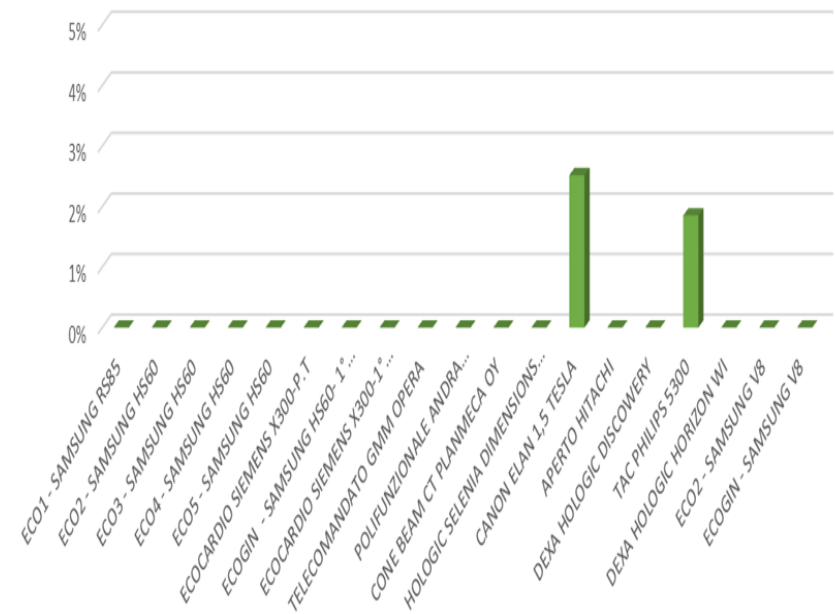
Il monitoraggio dei Fermi Macchina viene effettuato mensilmente da Operations con la rilevazione delle ore di lavoro standard per macchinario per mese e i dati di fermo per tipologia (es. manutenzione programmata, guasto, manutenzione straordinaria) al fine di valutarne l'impatto sulla produttività dell'apparecchiatura.

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



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 a disposizione è relativo al mese di **Ottobre 2025**.

Risultati Ottobre 2025		
Rappresentatività del Campione utenti	8,7%	
Soddisfazione globale del servizio	87,5%	
Raccomandabilità	86,7%	

Valutazione dei Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte di Centro Diagnostico Castellano 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 $\leq 20\%$

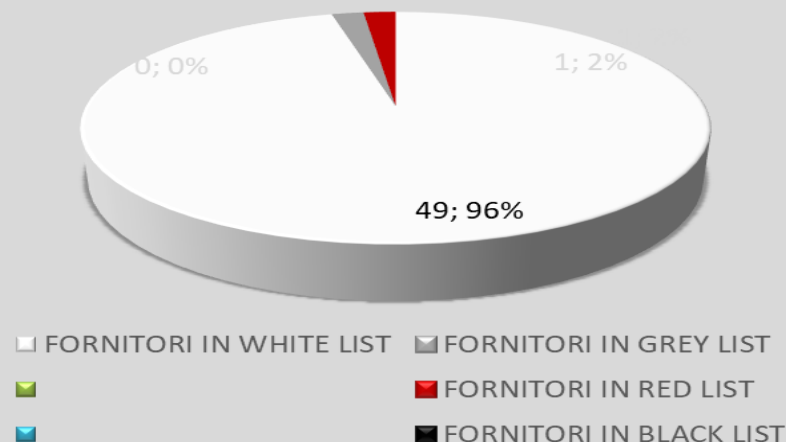
Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI_2025_CDC**".

Su 64 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 33 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 18 fornitori minori, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2024, coprendo il 80% di quelli presenti in albo ed il 80% di quelli strategici.

In particolar modo, si evidenzia :

- 96% fornitori in white list (tot 49 fornitori)
- 2% fornitori in grey list (tot 1 fornitore)
- 2% fornitori in red list (tot 1 fornitore)
- Nessun fornitore in black list
- Registrazione di 1 NC fornitore Doctor Shop

**FORNITORI VALUTATI
PRESTAZIONI 2025**



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/valore 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. Ripartire nel campo NOTE eventuali casi/rischi/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 - se zero, indicare appunto 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 usi dei criteri validi nel Radiologo rivolto da parte del CMS		
ANNI DI ESPERIENZA	4	
Ripartire il Livello Individuo (dato compilato a cura di OPS)		
ESITO VALUTAZIONE		
VALUTAZIONE FINALE	3,0	
Media dei punteggi delle valutazioni dei singoli Criteri. Annotare eventuali commenti a supporto dell'uso della valutazione.		
NOTE DI 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 _____		
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		
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		
ISTRUZIONI		
Medici Radiologi		
TSRM		
ALTRO PERSONALE SANITARIO		

	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:

[x] In qualità di Titolare del trattamento, desidero informare 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 precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare o difendere un diritto e il consenso qualora venissero forniti volontariamente dati particolari. 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%

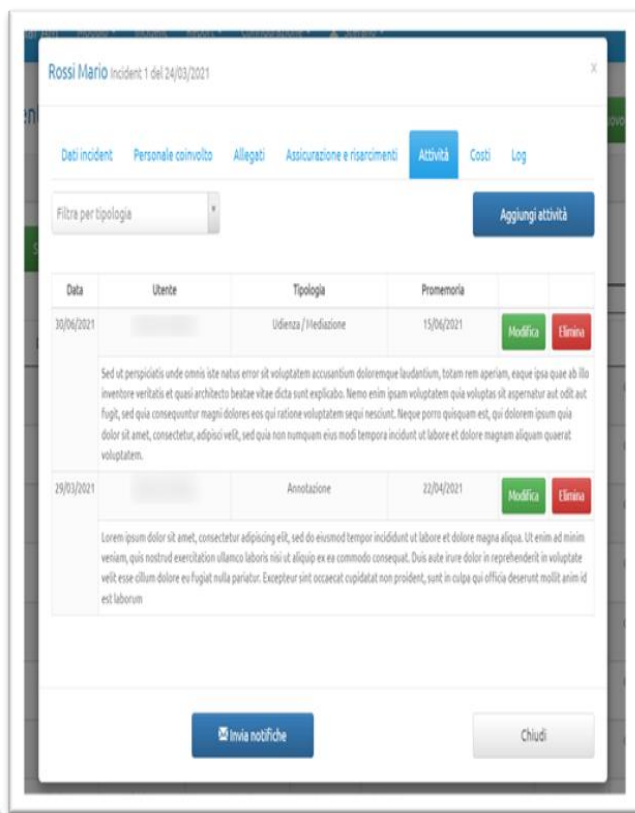
RECLAMI FY 2025

SEDE	RECLAMI RICEVUTI	ACCESSI
CENTRO DIAGNOSTICO CASTELLANO	7	89273

Dettagli riportati nel file «DB Analisi reclami»

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.

Risultati CENTRO DIAGNOSTICO CASTELLANO FY25

RILEVATI	INVIATI AD ASSICURAZIONE	CHIUSI
7	1	1

Dettagli riportati nel portale Caterpillar

Audit Amministrativo e Clinico

Nel 2023 è stato 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 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 FY 2025 HA REGISTRATO :

VERIFICA AMMINISTRATIVA

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

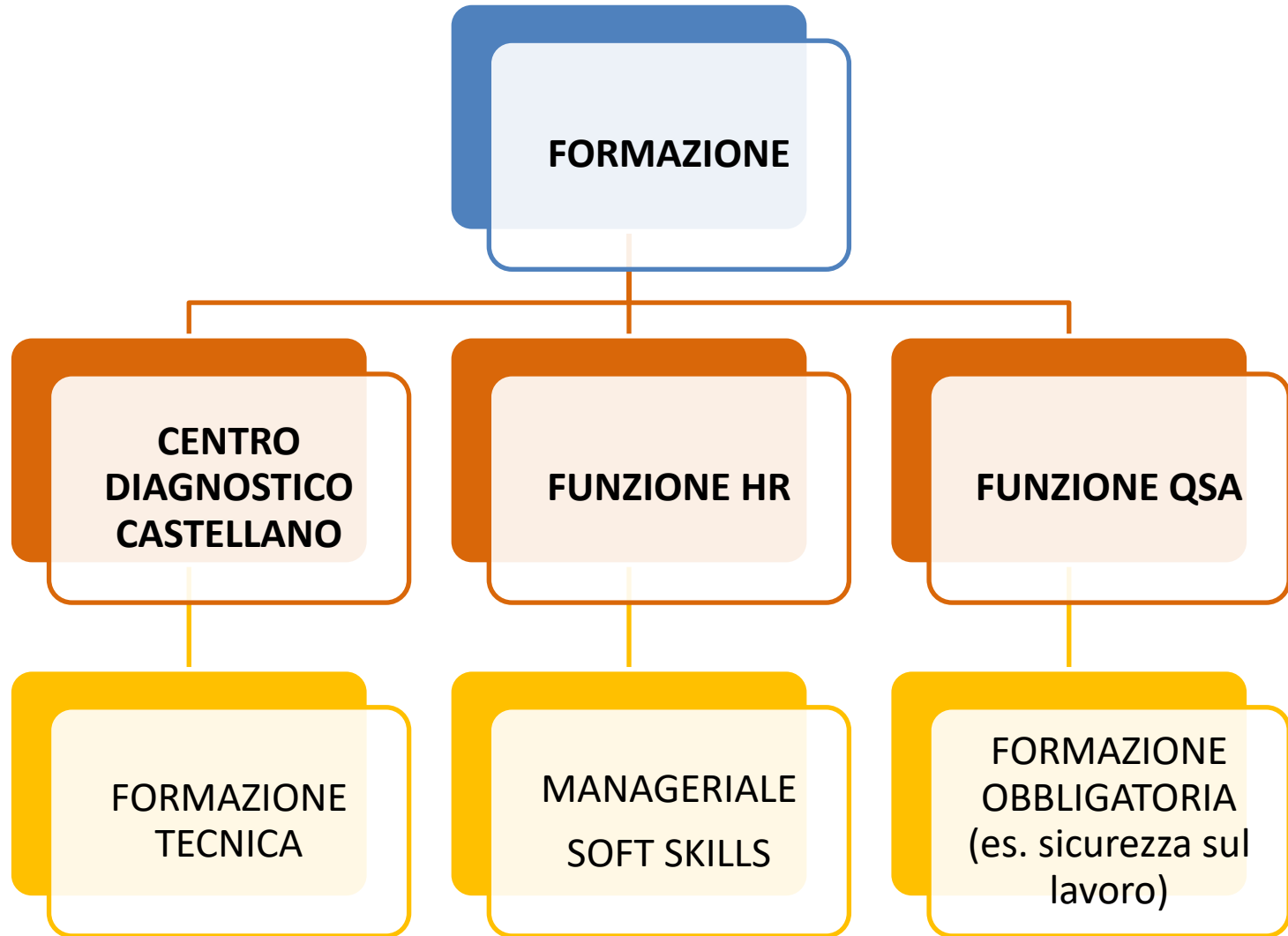
- Media mensile di esami valutati pari al 0,72% del totale
- Media mensile di completezza della documentazione pari al **90,07%**

AUDIT CLINICO

- Image Quality
- Language
- Clinical Accuracy

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
4,8	4,5	4,4



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 25 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 2025 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 aggiornato 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 saranno 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.

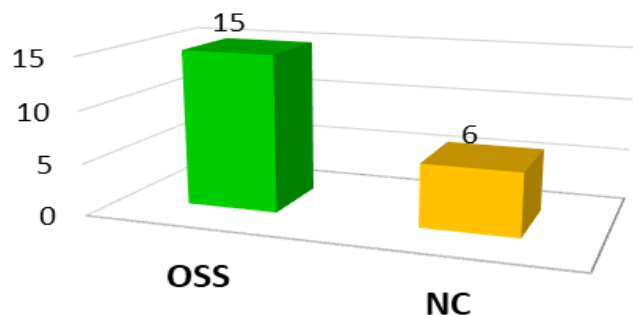
Il **CRM** ha preso in carico l'aggiornamento / stesura dei protocolli sanitari relativi ai servizi erogati per ogni centro diagnostico.

Azioni di Miglioramento 2025

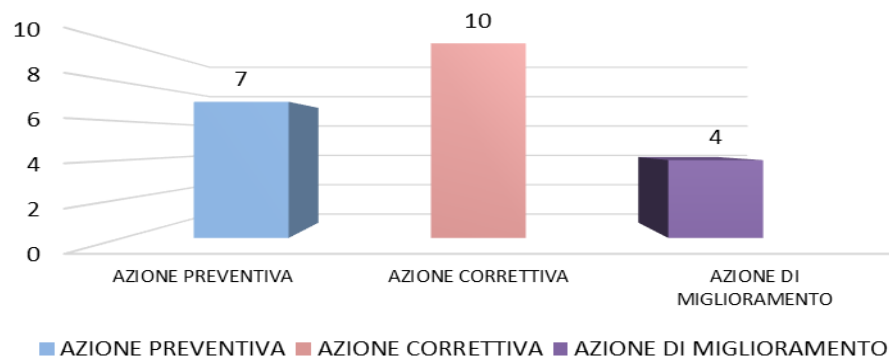
Le azioni di Miglioramento definite nel **2025** sono state prese in carico e gestite. In particolare sono state registrate **21** azioni di cui:

- **11** chiuse
- **5** in progress
- **5** aperte

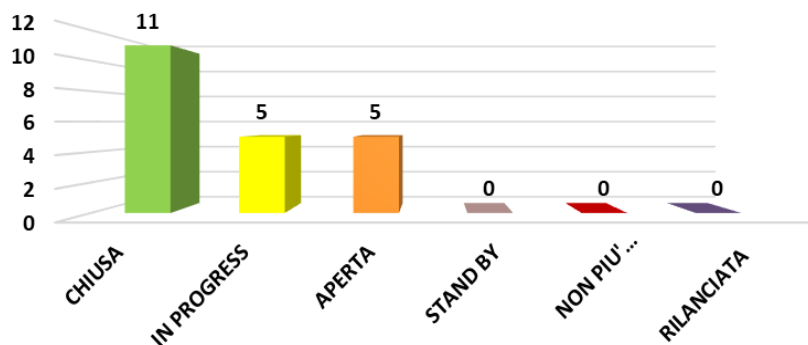
TIPOLOGIA DI SEGNALAZIONE



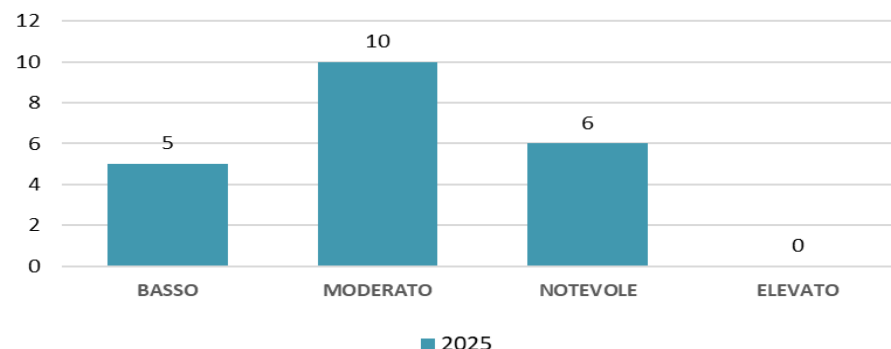
TIPOLOGIA AZIONE INTRAPRESA



STATO AZIONE



PRIORITÀ AZIONE



Progetti in corso



Progetti di Gruppo con impatto su CDC:

- **Dossier Sanitario Elettronico (DSE) – Firma Elettronica Avanzata (FEA):** progetto in corso. Il progetto prevede la possibilità di gestione – facoltativa per il paziente – 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 DSE mediante il nuovo portale TuoDossier. Sono terminate le attività di affinamento dei software coinvolti. Il sistema è già attivo sui centri del Piemonte ed i prossimi centri in cui verranno introdotti i nuovi processi saranno i centri dell'Emilia Romagna. 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. L'IA risponderà ai pazienti che necessiteranno di informazioni negli orari di chiusura del CPA oppure quando gli operatori saranno tutti occupati ed il paziente chiama per richiedere generali informazioni. E' stato definito e autorizzato l'avvio di un test pilota presso la sede di Alessandria a servizio del CPA della Regione Piemonte, che verrà avviato a fine ottobre
- **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 di sviluppo del Business:

- Sostituzione del Telecomandato previsto per il FY26
- Avviato processo per richiesta autorizzazione al trattamento PRP.

Progetti di Miglioramento/Innovazione e sviluppo del Business

- Emessa la IO CL.9 Fabbisogno formativo sanitario, CDC sta procedendo alla raccolta del Fabbisogno formativo dei sanitari, in corso per il FY 2026.
- In corso l'analisi del coinvolgimento degli stakeholders nell'elaborazione della carta dei servizi. Previsto un questionario apposito da sottoporre a pazienti / familiari / caregiver.
- 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.