



## RELAZIONE PER GLI STAKEHOLDS - FY2025

*Poliambulatorio Losam - Alliance Medical Diagnostic Srl*

Emissione: 28/11/2025

- ▶ Aggiornamento ADC e ADR
  - Contesto Interno/Esterno
  - Parti Interessate Rilevanti
  - Risk Assessment
- ▶ Il Campo di Applicazione del SGQ
- ▶ Piani di sicurezza e Raccomandazioni Ministeriali
- ▶ Processi di Comunicazione
- ▶ Politica della Qualità
- ▶ Organizzazione
- ▶ Obiettivi e KPI
  - Fermi macchina
  - Soddisfazione degli Utenti
  - Valutazione dei Fornitori
  - Valutazione del Personale Sanitario
  - Reclami ed Incident
  - Audit amministrativo e clinico
- ▶ Formazione e Sviluppo
- ▶ Azioni di Miglioramento
- ▶ Progetti in corso

# Alliance Medical Diagnostic Srl

## **FUNZIONI**

Managing Director

Head of HR & Integration

Head of Finance

Head of IT

COO Statics & Head of Purchasing

Head of Commercial & COO Mobile Unit

COO Clinics

CMO & Business Development Mng

Head of Legal, Compliance & Privacy

Head of Corporate Projects and Engineering Services

# Aggiornamento ADC e ADR

L'aggiornamento dell'Analisi del Contesto è stato effettuato nel mese di maggio con la partecipazione degli OM e dei supporti QSA delle strutture del Gruppo. Sono stati coinvolti gli uffici centrali ed approfonditi gli aspetti legate alla gestione delle apparecchiature, impianti, facility e gestione dei mezzi mobili, includendo 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



# Campo di Applicazione del SGQ

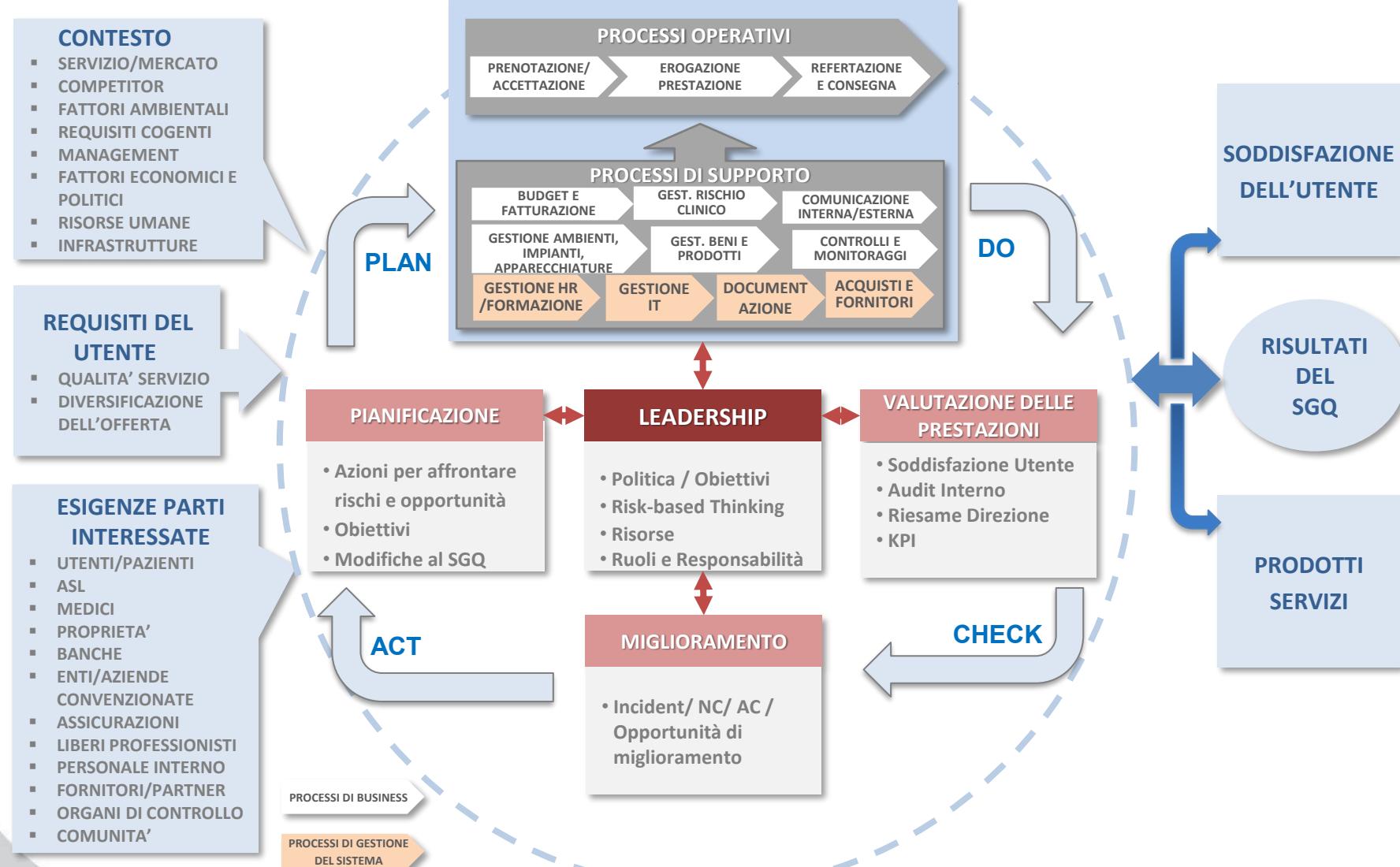
Il SGQ di **Losam** si applica ai processi Strategici, Operativi e di Supporto definiti dall'azienda, al fine di garantire la qualità dei Servizi relativi all'erogazione delle seguenti prestazioni :

- **ESAMI DI DIAGNOSTICA, LIMITATAMENTE ALLE ECOGRAFIE**
- **MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**
- **VISITE SPECIALISTICHE**
- **PUNTO PRELIEVI**

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

# Il Campo di applicazione del SGQ

## POLIAMBULATORIO LOSAM



# Campo di Applicazione del SGQ

## MAPPA DEI PROCESSI - POLIAMBULATORIO LOSAM

### PROCESSI OPERATIVI

PROCESSI LOSAM

PROCESSI GRUPPO  
ALLIANCE MEDICAL

INPUT

UTENTI / ENTI  
CONVENZIONATI:  
Qualità della  
prestazione  
diagnostica/ vista  
medica

ASL:  
Rispetto del Budget

ENTI DI  
CONTROLLO:  
Requisiti  
Autorizzazioni /  
Accreditamento

PERSONALE:  
Sviluppo  
Organizzativo,  
formazione, know-  
how,  
comunicazione,  
sicurezza

FORNITORI/  
PARTNER:  
Rispetto contratti

PROPRIETA'  
Rendimento

STAKEHOLDERS  
Sostenibilità

#### PRENOTAZIONE / ACCETTAZIONE

#### EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE

#### REFERTAZIONE E CONSEGNA

- ✓ Richiesta di informazioni
- ✓ Richiesta di prenotazione (prestazione diagnostica / visita medica)
- ✓ Esami precedenti

- ✓ Appuntamenti pianificati
- ✓ Esami precedenti
- ✓ Esigenze di utilizzo farmaci/presidi

- ✓ Prestazioni diagnostiche / visite
- ✓ Incident / reclamo
- ✓ Guasti
- ✓ Questionari di soddisfazione utente

INPUT

VINCOLI

ATTIVITA'

RESP.

OUTPUT

*Budget ASL, Piani di Manutenzione, Organizzazione, Normative Privacy, Sicurezza, Procedure Interne, Accreditamento*

- PRESA IN CARICO RICHIESTA
- GEST. AGENDE APPUNTAMENTO
- INFORMAZIONE PREPARAZIONE (EVENTUALE)
- VERIFICA DOCUMENTAZIONE (APPROPRIATEZZA)
- FATTURAZIONE
- GESTIONE CASSA

- COLLOQUIO ANAMNESTICO
- RACCOLTA CONSENSO INFORMATO
- REGISTRAZIONE
- GESTIONE DISPOSITIVI SICUREZZA
- ESECUZIONE VISITA/ESAME

- REFERTAZIONE
- CONSEGNA REFERTO
- ELABORAZIONE FLUSSI ASL
- GESTIONE INCIDENT/RECLAMI
- ANALISI KPI

**CPA, FRONT OFFICE, OPERATIONS**

**MEDICO, INFERMIERE, FRONT OFFICE**

**MEDICO, FRONT OFFICE,  
OPERATIONS, CPA**

- ✓ Prenotazione su gestionale
- ✓ Moduli di Preparazione
- ✓ Cartella paziente
- ✓ Consenso Privacy
- ✓ Fattura
- ✓ Flusso alla ASL

- ✓ Consenso informato
- ✓ Registrazione esame
- ✓ Registro/schede manutenzione
- ✓ Inventario farmaci

- ✓ Referto (consegna/invio)
- ✓ Flussi ASL
- ✓ Incident / reclamo gestito
- ✓ Customer satisfaction

GESTIONE IT

DOCUMENTAZIONE

PROCESSI DI SUPPORTO

ACQUISTI E  
FORNITORI

GESTIONE HR /  
FORMAZIONE

BUDGET E  
FATTURAZIONE

GESTIONE AMBIENTI,  
IMPIANTI, APPARECCHIATURE

GESTIONE BENI E  
PRODOTTI

COMUNICAZIONE  
INTERNA / ESTERNA

CONTROLLI  
QUALITA'

GESTIONE  
RISCHIO CLINICO

OUTPUT

INFORMAZIONI /  
PRENOTAZIONI  
VISITE,  
DIAGNOSTICA,  
FISIOTERAPIA,  
PUNTO PRELIEVI

REFERTI

FATTURE A UTENTI  
(UTENTI / ENTI  
CONVENZIONATI)

INFORMAZIONI SU  
EVENTI AVVERSI

COMUNICAZIONE  
OFFERTA (CARTA DEI  
SERVIZI)

CONTRATTO ASL,  
FLUSSI ASL

DOSSIER INCIDENT /  
RECLAMI  
ASSICURAZIONI;  
AUDIT CLINICI

PROFESSIONALIZ-  
ZAZIONE RISORSE  
INTERNE

ORDINI / CONTRATTI  
FORNITURA

BUDGET / FORECAST

## Raccomandazioni Ministeriali

REQUISITO	CONTROLLI E MONITORAGGI APPLICATI	EVENTUALI PIANI DI AZIONE / MIGLIORAMENTO
Sicurezza Cure e Gestione Rischio Sanitario	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Presenza di cartellonistica informativa (es. laser)</li><li>✓ Controllo Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente</li><li>✓ Gestione della cadute (analisi rischi, rilevazione eventi, monitoraggio)</li><li>✓ <b>Stesura piano annuale per la sicurezza delle cure (comprendente emergenze e Infezioni correlate all'assistenza (ICA))</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stesura di un protocollo relativo alla somministrazione sicura del MDC (ove applicabile)</li></ul>
Emergenze Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Diffusione aggiornamento Procedura Gestione Emergenze</li><li>✓ Controlli su carrello emergenza e Defibrillatore</li><li>✓ Gestione Farmaci</li><li>✓ Formazione PS e Gestione BLSD</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Revisione gestione carrello emergenza adulto e pediatrico (ove applicabile)</li></ul>
Infezioni correlate all'Assistenza	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Controlli Legionella secondo procedura</li><li>✓ Presenza di cartellonistica informativa Prevenzione Rischio Biologico</li><li>✓ Corretta compilazione controlli pulizia e sanificazione ambienti secondo procedura</li><li>✓ Aggiornamento periodico DVR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aggiornamento Procedura Legionella</li></ul>
Applicazione e diffusione Raccomandazioni su Rischio Clinico	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Corretta identificazione del paziente (PG Percorso utente, PG RIS-PACS, IO inserimento anagrafiche, Nota su GSD)</li><li>✓ Applicazione controlli Procedura Audit Amministrativo e Clinico Pratiche Paziente</li><li>✓ Applicazione Procedura Incident Reporting (Software Caterpillar)</li><li>✓ Applicazione Procedura Reclami</li><li>✓ Analisi Customer Satisfaction</li><li>✓ Formazione comunicazione con paziente al F.O.</li><li>✓ <b>Aggiornamento Mod.05.269 Racc.min-buone pratiche</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sensibilizzazione continua su identificazione e analisi farmaci LASA</li><li>▪ <b>Stesura di un protocollo relativo alla gestione dei farmaci ad alto rischio/LASA</b></li></ul>

# Processi di Comunicazione

## PRINCIPALI PROCESSI DI COMUNICAZIONE INTERNA / ESTERNA

CHI	COSA	COME	DESTINATARI
FRONT OFFICE	Informazioni varie Preparazioni per accertamenti diagnostici Referto	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social Media: Facebook, Instagram, LinkedIn</li> <li>Verbale</li> <li>Cartaceo</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cartaceo, Posta/corriere</li> <li>Referti online</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esposizione in bacheca/front office</li> <li>Sito internet</li> </ul>	UTENTI
FRONT OFFICE / MEDICI	Carta dei Servizi / Diritti e Doveri Utente		
OPERATIONS / DS			
FRONT OFFICE	Disponibilità agende CUP Prestazioni effettuate in convenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>E-mail</li> <li>Flussi ASA</li> </ul>	ASL
MANAGEMENT ALLIANCE MEDICAL	Obiettivi aziendali, avanzamento progetti, dati di business, customer criticità e definizione PDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meeting Gruppo, riunioni interne</li> <li>Conference call, e-mail</li> <li>Newsletter (Marketing / Privacy)</li> </ul>	
QSA	Procedure e strumenti per il SGQ, Elaborazione analisi Incident	<ul style="list-style-type: none"> <li>E-mail</li> <li>MS Teams</li> <li>Caterpillar (Software Incident Reporting)</li> </ul>	
RESP. CPA NAZIONALE	Raccolta ed Analisi Customer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Totem/e-mail/QR code</li> <li>Report mensile</li> </ul>	PERSONALE INTERNO

# Politica della Qualità



Il Poliambulatorio Losam 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**

	<b>POLITICA PER LA QUALITÀ<sup>1</sup></b>	Mod.03.1 Rev. 9 Aggiornato al 15/05/2025 Pag. 1 di 1
--	--	---

La **Misone Strategica del Gruppo Alliance Medical**<sup>1</sup> è fornire prestazioni a favore di Strutture Sanitarie, ASL e Pazienti, perseguiendo, 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 favorire 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  
*Valentina Manzi*

<sup>1</sup> 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 Utente** 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



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.

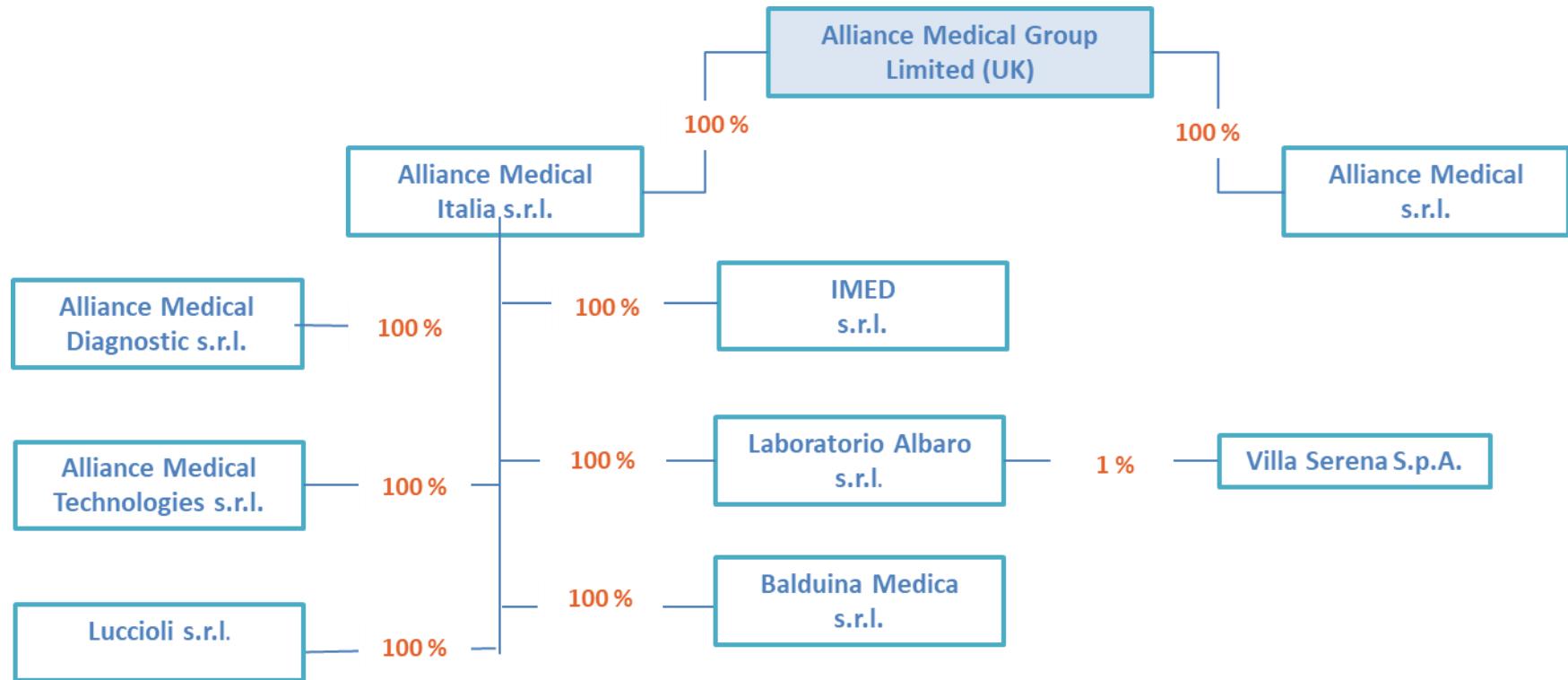
L'aggiornamento degli organigrammi da parte della Direzione HR avviene con cadenza mensile e i documenti sono condivisi tramite Teams.

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

## ❖ **Principali modifiche organizzative:**

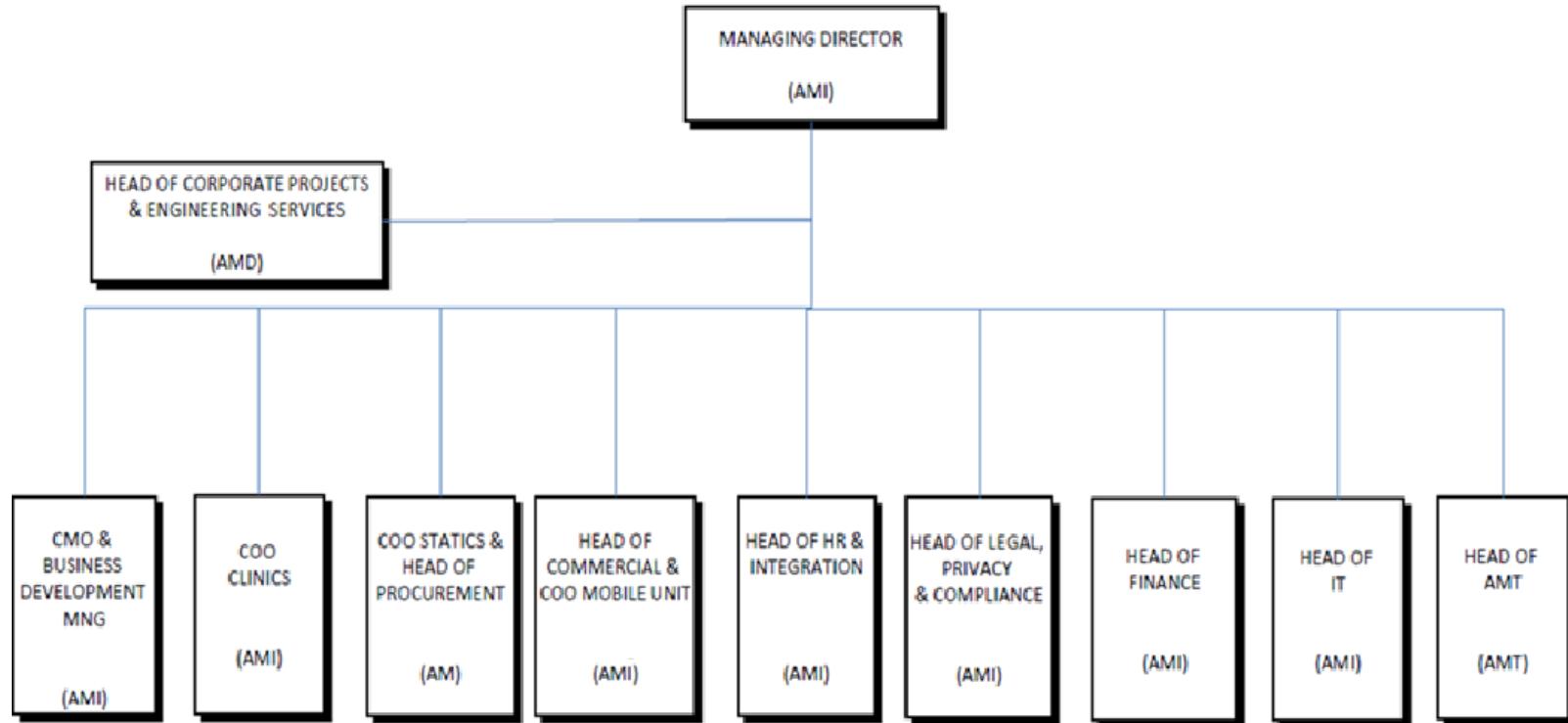
- Assegnato il ruolo di **Clinical Engineer** (Comunicato organizzativo del 02/12/2024)
- Viene costituita una nuova funzione aziendale denominata **Corporate Projects and Engineering Services**. Le aree funzionali coordinate da tale funzione sono: Project Management, Facility Management e Ingegneria 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 **Infermiera/Back office operativo** a riporto del OM dei centri dell'Emilia Romagna

# Organizzazione - Alliance Medical Group Italy



# Organizzazione

## Alliance Medical Group Italy



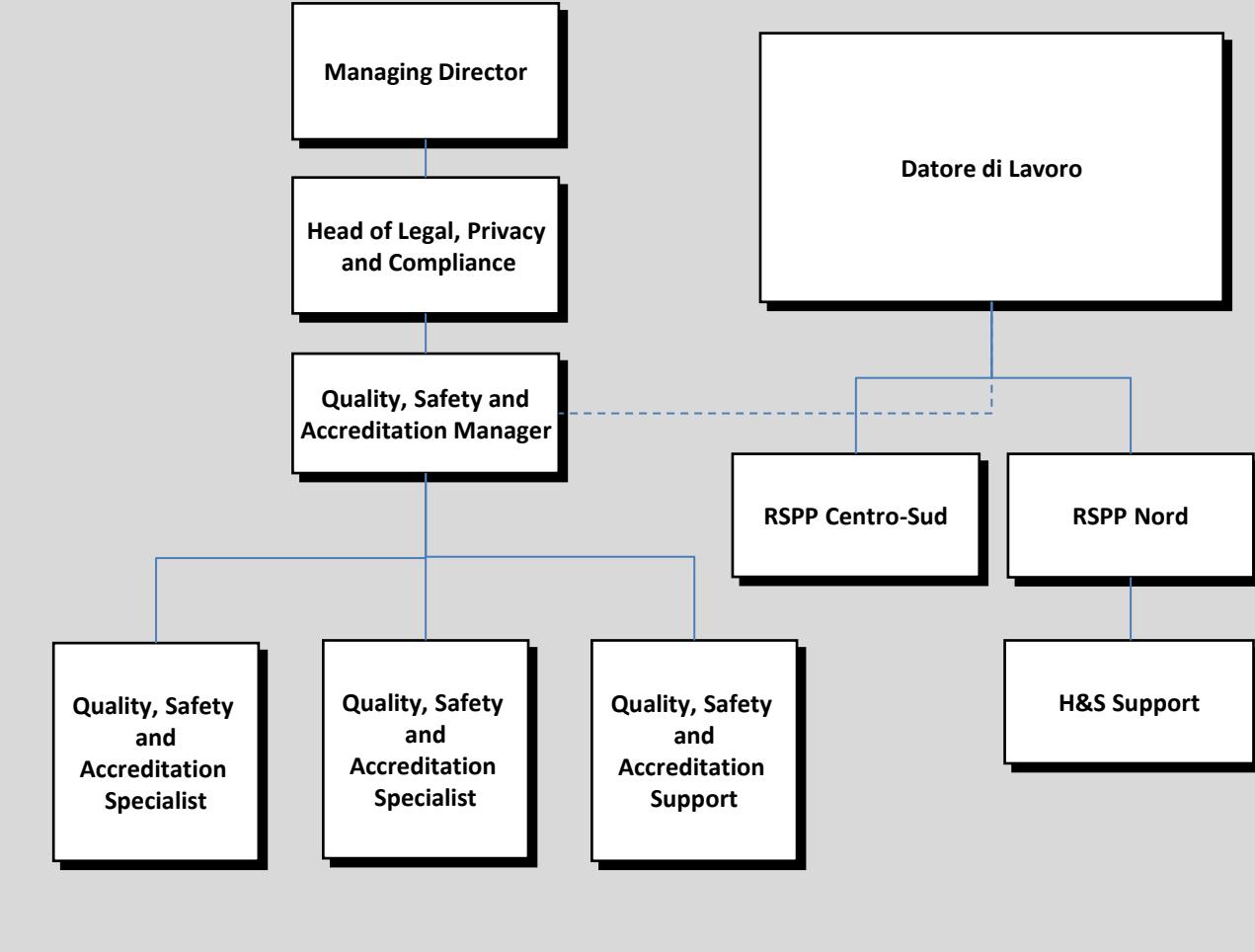
# Organizzazione per la Qualità

## Poliambulatorio Losam

### Funzionigramma Qualità



### Organigramma Quality, Safety and Accreditation



I risultati monitorati alla fine del 2025 sono in linea con gli obiettivi previsti:

## Elementi di miglioramento:

- ▶ Azioni di miglioramento chiuse nei tempi previsti > 60% in profile vs obj
- ▶ Abd < 3% in profile vs obj

## Elementi di attenzione:

- ▶ % Overall Satisfaction vs obj < 90%
- ▶ % Net Promoter Score vs obj < 90%

ANALISI DEL CONTESTO  
E DELLE PARTI  
INTERESSATE



OBIETTIVI STRATEGICI



OBIETTIVI OPERATIVI

## PRINCIPALI NOVITA' 2024/2025:

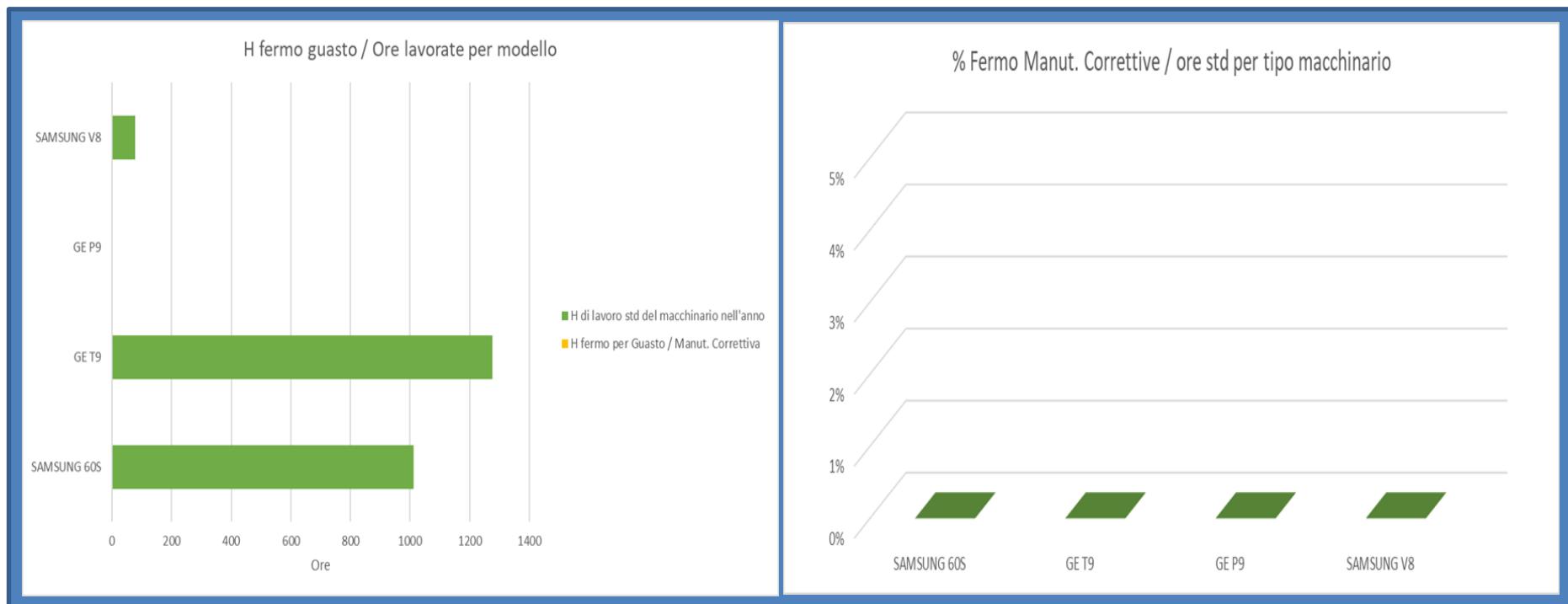
- ▶ Implementazione nuovo Database del Miglioramento
- ▶ Software Sincroware per impianti
- ▶ Strutturazione processo Gestione Rischio Clinico e nomina CRM centrale
- ▶ Implementazione verbalizzazione riunioni interne

# 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:

Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.03.2 Fermi macchina\_clinics** «, relativo all'anno 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 a disposizione è relativo al mese di **Ottobre 2025**.

Risultati Ottobre 2025		
Rappresentatività del Campione utenti	8,1%	
Soddisfazione globale del servizio	86,7%	
Raccomandabilità	87,1%	

# Valutazione dei Fornitori

La valutazione fornitori è stata effettuata da parte dell'OM 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:

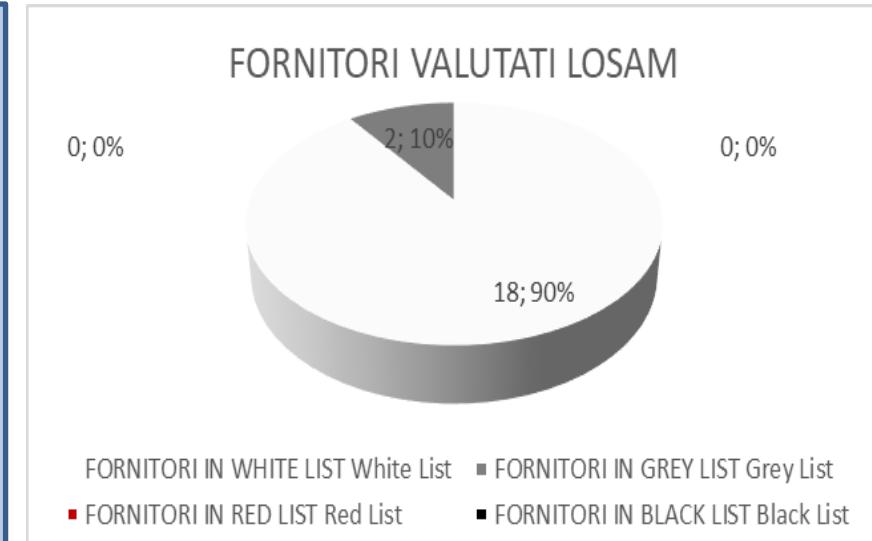
- fornitori in White List  $\geq 80\%$
- fornitori in Red List  $\leq 20\%$

Per i dettagli si faccia riferimento al file "**Mod.05.9 SCHEDA VALUTAZIONE FORNITORI\_2025\_EMILIA**".

Su 20 fornitori locali attivi, è stata effettuata la valutazione dei 13 fornitori ritenuti strategici per l'azienda e di 7 fornitori minori, con riferimento alle prestazioni erogate nel 2024, coprendo il 100% di quelli presenti in albo ed il 100% di quelli strategici.

In particolar modo, si evidenzia :

- 90% fornitori in white list (tot 18 fornitori)
- 10% fornitori in grey list (tot 2 fornitori)
- Non si registrano fornitori in red list e black list
- Registrazione di 1 NC fornitore Doctor Shop



# 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.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			
Team di Valutazione:	Seduti di competenza			
<small>Completa la griglia inserendo nelle celle della VALUTAZIONE il punteggio relativo al valore riferito per i diversi criteri di valutazione, seguendo le indicazioni riportate nelle singole tabelle sulla destra e INDICAZIONI PER LA VALUTAZIONE. In caso di assenza del dato inserire NA nella cella corrispondente alla valutazione. Reportare nel campo NOTE eventuali casistiche/considerazioni a supporto della valutazione.</small>				
CRITERI DI VALUTAZIONE		VALUTAZIONE		
INCIDENT		3		
<small>Quotidiano i casi di incidenti occorsi a cura del Professionista (dato a cura di OPS - se niente, chiedere rapporto a GIA)</small>				
RECLAMI		3		
<small>Quotidiano i casi di reclami rispetto dai pazienti sui confronti del Professionista (dato da cura di OPS)</small>				
LANGUAGE		2		
CLINICAL		3		
<small>Quotidiano gli esiti del clinico redatto dal Radiologo inviato da parte del CMO</small>				
ANNI DI ESPERIENZA		4		
<small>Riportare il livello individuato (dato compilato a cura di OPS)</small>				
ESITO VALUTAZIONE				
VALUTAZIONE FINALE	3,0	NOTE DI VALUTAZIONE		
<small>Modulo dei punteggi delle valutazioni dei singoli criteri. Reportare eventuali commenti a supporto dell'esito della valutazione.</small>				
Media (M)	Esito della valutazione			
14 < 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			
PER PRIA VISIONE - VALUTAZIONE POSITIVA (PUNTEGGIO ≥ 3)		PER PRIA VISIONE - VALUTAZIONE NEGATIVA (PUNTEGGIO < 3)		
Direzione Sanitaria				
Operations Manager				
FIRMA VALUTATO				
ISTRUZIONI	Medici Radiologi	TSRM	ALTRO PERSONALE SANITARIO	19

# Reclami

	<b>PROCEDURA GESTIONALE</b> Gestione dei Reclami	<b>ALL PG QSA.2_A</b> Rev. 4 Aggiornato al 05/07/2024 Pag. 1/1
<b>ALLEGATO A</b> Modulo Segnalazione Reclami		
<b>Canale di Reclamo:</b> <input type="checkbox"/> Verbale <input type="checkbox"/> Scritto <input type="checkbox"/> Telefonico		
<b>Reclamante:</b> <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Parente <input type="checkbox"/> Accompagnatore / Altro (specificare)		
<b>Categoria di Reclamo:</b> <input type="checkbox"/> Relativo al processo (es. tempi di attesa, errata consegna del referto etc...) <input type="checkbox"/> Relativo allo staff <input type="checkbox"/> Relativo alla struttura/ambiente <input type="checkbox"/> Relativo al Finance (es. problematiche sui pagamenti, rimborsi etc...) <input type="checkbox"/> Altro		
<b>Nome e Cognome del reclamante</b>		
Telefono _____ e-mail _____		
<b>Tipologia Prestazione</b>		<b>Data Prestazione</b>
<b>Sede</b> presso cui sono verificati i fatti _____		
<b>Descrivere i fatti oggetto del reclamo, eventuali richieste e suggerimenti:</b> _____ _____ _____		
<small>• Il Titolare del trattamento, decide di informarsi, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, che i dati personali forniti da Lui o da Terzi sono trattati per <b>gestire il reclamo</b>. La base giuridica del trattamento è la necessità di dare riscontro a problemi di natura assistita su richiesta dell'interessato, il legittimo interesse del Titolare ad esercitare il diritto e il consenso qualora vennero forniti correttamente dati particolari. I dati forniti saranno conservati per il tempo necessario a gestire tutte le attività afferenti al reclamo.</small>		
<b>Presentando il reclamo, autorizza al trattamento di eventuali dati particolari forniti</b>		
<b>Data</b> _____	<b>Firma</b> _____	
<b>A CURA DELL'OPERATORE</b> (riportare l'eventuale azione che si è intrapresa immediatamente) _____ _____ _____		
<small>Documento di proprietà del Gruppo Alliance Medical - Riproduzione vietata</small>		

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%

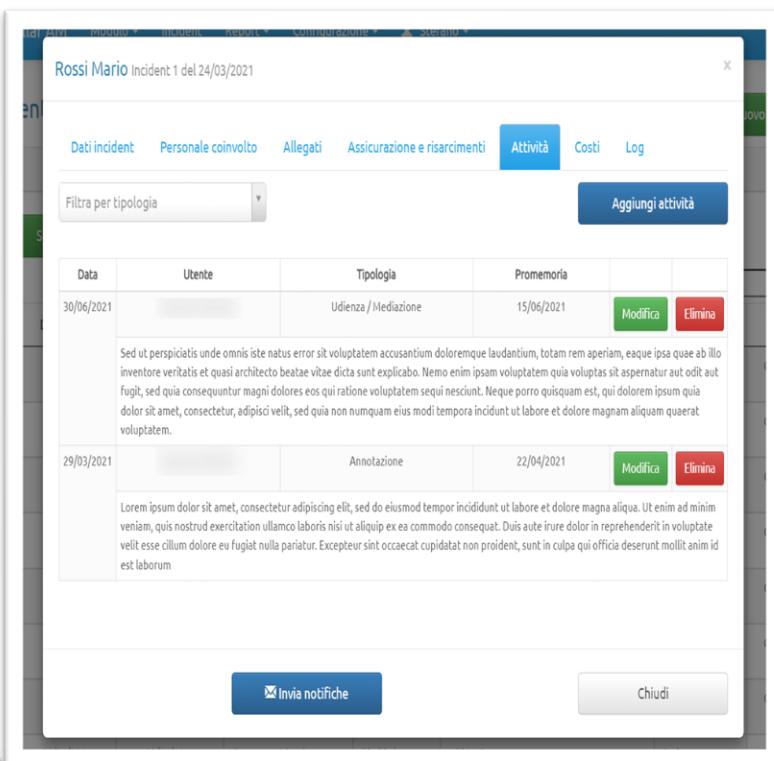
## RECLAMI FY 2025

SEDE	RECLAMI RICEVUTI	ACCESSI
POLIAMBULATORIO LOSAM	8	16720

Dettagli riportati nel file «DB Analisi reclami»

# Incident Reporting

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



The screenshot shows a web-based application for managing incidents. At the top, there is a navigation bar with links like 'Incidenti', 'Risarcimenti', 'Assicurazione', 'Report', 'Sostanzialmente', and 'Allegati'. Below the navigation, a header displays 'Rossi Mario Incident 1 del 24/03/2021'. The main content area is divided into tabs: 'Dati incident', 'Personale coinvolto', 'Allegati', 'Assicurazione e risarcimenti', 'Attività' (which is selected), 'Costi', and 'Log'. A search bar 'Filtro per tipologia' is present. The 'Attività' tab displays a table with columns 'Data', 'Utente', 'Tipologia', and 'Promemoria'. Two rows are visible: one for 'Udienza / Mediazione' on 30/06/2021 and another for 'Annotazione' on 29/03/2021. Each row includes 'Modifica' and 'Elimina' buttons. Below the table, there is a large text area containing placeholder Latin text. At the bottom of the page are buttons for 'Invia notifiche' and 'Chiudi'.

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 Funzione 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'incidente 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 FY24 di:

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

Risultati LOSAM FY25		
RILEVATI	INVIATI AD ASSICURAZIONE	CHIUSI
2	2	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  $\geq 3$

## IL POLIAMBULATORIO LOSAM PER IL FY2025 HA REGISTRATO PER LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI :

### VERIFICA AMMINISTRATIVA

Target definito dal Gruppo Alliance Medical:

- MEDIA % COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE ( $\geq 90\%$ )

- Media di esami valutati pari al **3,26%** del totale.
- Media di completezza della documentazione pari al **91,53%**

### AUDIT CLINICO

Target definito dal Gruppo Alliance Medical:

- MEDIA VALORE CLINICAL ACCURACY / LANGUAGE / IMAGE QUALITY  $\geq 3$

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

IMAGE QUALITY	LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
<b>4,9</b>	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>

# 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  $\geq 3$

## IL POLIAMBULATORIO LOSAM PER IL FY2025 HA REGISTRATO PER LE VISITE SPECIALISTICHE:

### VERIFICA AMMINISTRATIVA

Target definito dal Gruppo Alliance Medical:

- MEDIA % COMPLETEZZA DOCUMENTAZIONE ( $\geq 90\%$ )

- Media di esami valutati pari al **4,30%** del totale.
- Media di completezza della documentazione pari al **90,58%**

### AUDIT CLINICO

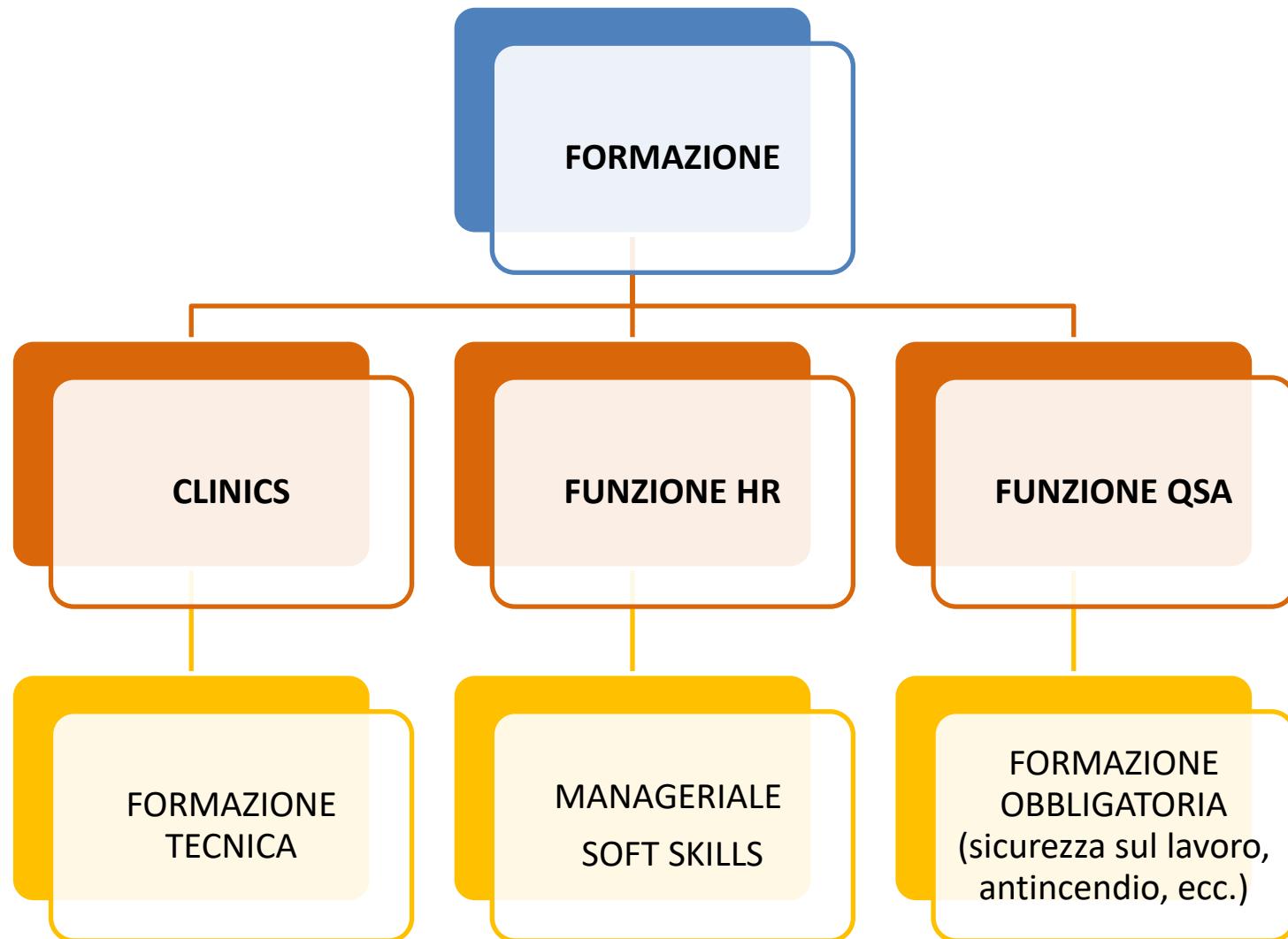
Target definito dal Gruppo Alliance Medical:

- MEDIA VALORE CLINICAL ACCURACY / LANGUAGE / IMAGE QUALITY  $\geq 3$

Valori medi rilevati (scala da 1 a 5)

LANGUAGE	CLINICAL ACCURACY
<b>4,6</b>	<b>4,5</b>

# Formazione e Sviluppo



# 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 FY25 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 (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.

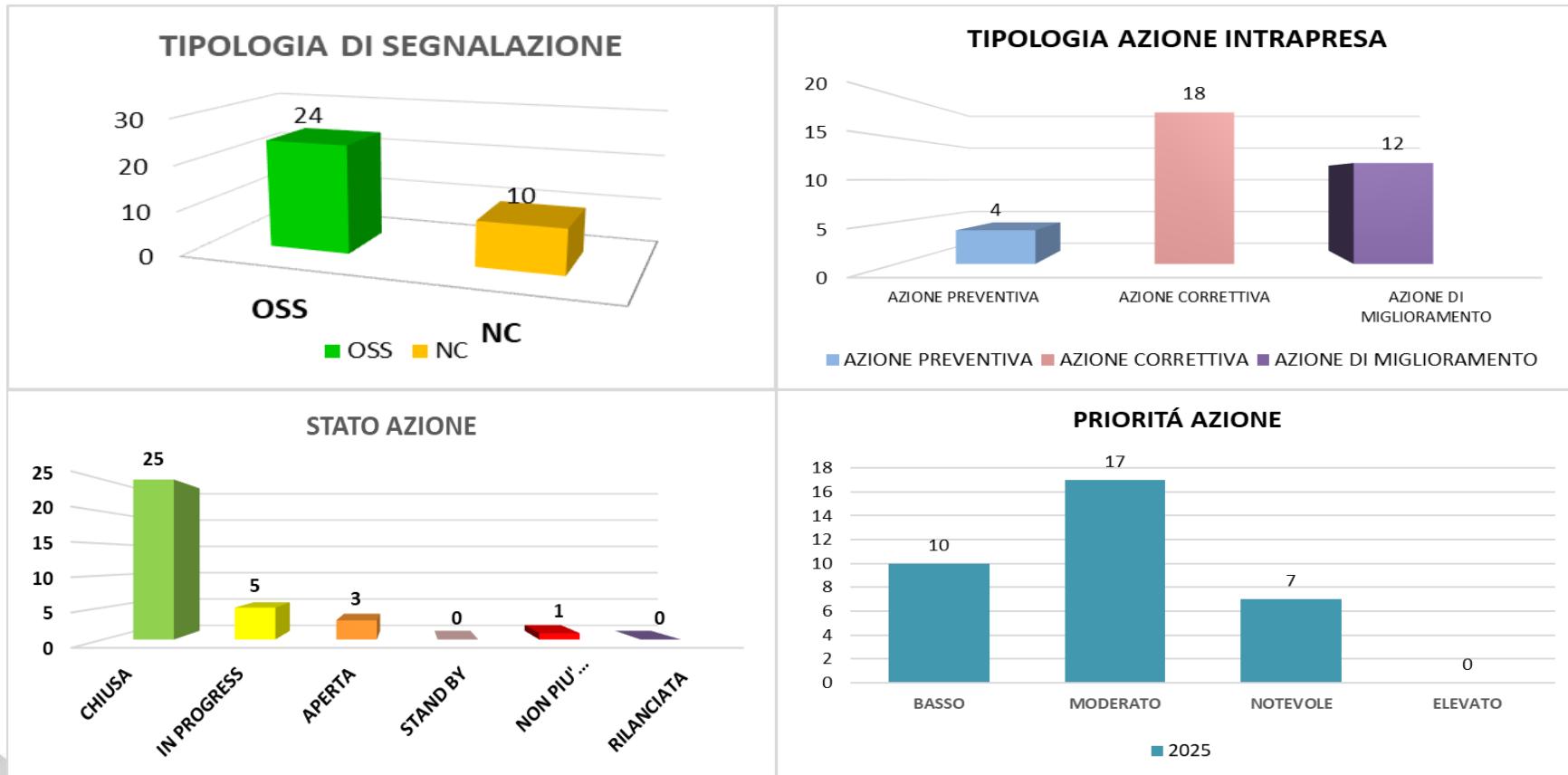
Il **CRM** ha preso in carico l'aggiornamento / stesura dei protocolli sanitari relativi ai servizi erogati per ogni centro diagnostico.

# Azioni di Miglioramento

Le azioni di Miglioramento definite nel **2025** sono state prese in carico e gestite.

In particolare sono state registrate **34** azioni di cui:

- 25 Chiuse
- 3 aperte
- 5 in progress
- 1 non più necessaria



# Progetti in corso

## Progetti di Gruppo con impatto su LOSAM:



- **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 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 definito ed autorizzato l'avvio di un test pilota, presso la sede di Alessandria a servizio del CPA della Regione Piemonte. È stato eseguito un lavoro di analisi e miglioramento delle risposte che l'Assistente Virtuale deve fornire ai pazienti per mantenere un alto livello di qualità ed è stata verificata la bontà e correttezza delle informazioni che l'IA propone.

# Progetti in corso



## **Principali PDA a fronte dell'analisi dei Rischi:**

- **Potenziamento dell'organico addetto al front office per sopperire ad assenze dovute a malattie/ferie/recuperi ore che comportano l'incapacità di soddisfare l'utenza in breve tempo e l'aumento delle file agli sportelli**
- **Integrazione delle squadre di gestione del rischio clinico attraverso l'introduzione della figura del facilitatore di rischio clinico**

## **Progetti di Miglioramento/Innovazione e sviluppo del Business**

- **Riqualificazione dell'attività di fisioterapia attraverso il rinnovo e la sostituzione di gran parte delle apparecchiature con strumenti più avanzati ed innovativi**
- **Progetto di ampliamento dei locali ed acquisto di spazi al piano superiore da dedicare all'attività di fisioterapia**