



RAPPORTO DI AUDIT

Bureau Veritas Italia SpA on behalf of Bureau Veritas Certification Holding SAS - Italy Branch

GRANDE OSPEDALE
METROPOLITANO
BIANCHI
Pianificazione ed
esecuzione Primo
Audit di Mantenimento

ISO 9001:2015

Data dell'audit:
08/10/25
Riferimento:
20468110/1-19967639528



INDICE

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE	3
2. INFORMAZIONI DELL'AUDIT	3
3. RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT	4
4. RILIEVI DELL'AUDIT	5
5. ALLEGATI	6

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE

NOME	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO BIANCHI
INDIRIZZO	Viale Europa , REGGIO CALABRIA, 89133, RC, Italy
CONTATTO PRINCIPALE	Giulia Pucci
TELEFONO	096539111
EMAIL	giuliapuccicbb@gmail.com

2. INFORMAZIONI DELL'AUDIT

Tipo di Audit:	Pianificazione ed esecuzione Primo Audit di Mantenimento		
Accreditamenti:	ACCREDIA	n° siti: 2	n° dipendenti: 48
Sede principale:	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI		
Data di inizio: 08/10/25	Data di Fine (Riunione di Chiusura) 09/10/25	Durata (giorni): 1,5	

Criteri di audit (Standards)	Scopo di Certificazione
ISO 9001:2015	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" DI REGGIO CALABRIA: Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali. UOC C.T.M.O. Centro Unico Regionale Trapianto di Cellule Staminali e Terapie Cellulari "A. Neri":Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari. UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE: Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali

Oltre agli standard di cui sopra, i criteri di audit includono i processi definiti e la documentazione del sistema di gestione sviluppato dall'organizzazione.

3. RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT

Raccomandazioni del Team Leader

Raccomandazione per la certificazione	Mantenere la certificazione
Commenti sulla modifica dello scopo di certificazione	Durante l'audit abbiamo confermato che lo scopo della certificazione è appropriato.
È necessario il follow-up? No	

Numero di rilievi identificati durante l'audit

Non conformità minore	Non conformità maggiore	Opportunità di miglioramento
0	0	2

Conclusioni dell'audit

Non si sono verificati cambiamenti significativi che abbiano influenzato il sistema di gestione dell'organizzazione dall'ultimo audit.

L'audit si basa su un processo di campionamento delle informazioni disponibili e i metodi di audit utilizzati sono stati interviste, osservazioni, campionamento delle attività e revisione della documentazione e delle registrazioni.
Efficacia delle azioni correttive degli eventi precedenti:
È stata verificata l'efficacia delle azioni correttive riguardanti le non conformità identificate nei precedenti audit.
L'organizzazione ha dimostrato un'efficace attuazione del proprio sistema di gestione in conformità agli standard.

- Processo di audit interno:
Il processo è pianificato e gestito adeguatamente. Il Piano audit 2025 del 15-09-2024 prevede audit su tutti i servizi e i processi del SGQ
Visti Audit interni pianificati ed attuati in data 18-09-2025 (Erogazione del servizio in ordinario e DH), 24-09-2025 (Servizio di Raccolta), 26-09-2025 (Processazione), allegati report. Assenti NC
Presente elenco delle NC che tabellarmente provvede ad identificare azioni correttive e relativa efficacia
- Processo di riesame della direzione:
Riesame attento e valido del 12-03-2025 con a supporto Relazione consuntivo anno 2024 e Piano della Qualità che analizzano le performances con analisi statistica e individuano obiettivi per l'anno in corso nell'ottica del miglioramento
- Capacità di soddisfare i requisiti applicabili e i risultati attesi:
Tutti i processi sono supportati e gestiti dal SGQ con un costante monitoraggio nell'ottica di un costante miglioramento
La Direzione è impegnata in prima persona per il raggiungimento degli obiettivi/risultati attesi nel rispetto della conformità dei requisiti applicati con obiettivo di mantenere la posizione di riferimento nel territorio calabrese offrendo servizi sempre più innovativi (terapia CAR T). La relazione consuntiva dell'anno 2024 dimostra la capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi e quelli aziendali monitorando il conseguimento con opportuni report degli indicatori periodicamente

Gli obiettivi di audit come presentati nell'Appendice – Pianificazione dell'audit – sono stati raggiunti.

L' AUDIT CONDOTTO CON METODO DEL CAMPIONAMENTO, IN CLIMA DI PIENA COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE ED IL PERSONALE, HA DIMOSTRATO LA CONFORMITA' AI PUNTI DELLA NORMA ISO 9001:2015 APPLICATI. ANALISI DEL CONTESTO E DEI RISCHI APPROFONDATA E VALIDA CON IDENTIFICAZIONE DELLE PARTI INTERESSATE E DELLE LORO ASPETTATIVE, RISCHI VALUTATI E MONITORATI. LEADESHIP EVIDENTE CON IMPEGNO IN PRIMA PERSONA DELLE FIGURE DIREZIONALI NELLA GESTIONE DELLE ATTIVITA' DEL SGQ. POLITICA ADERENTE ALLA MISSION AZIENDALE ED OBIETTIVI CONGRUI CON INDICATORI PER IL MONITORAGGIO VALIDI. LA DOCUMENTAZIONE SUPPORTA ADEGUATAMENTE I PROCESSI AZIENDALI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI. LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE, MANUTENZIONE APPARECCHIATURE ED APPROVVIGIONAMENTO E' GESTITA DALL'AZIENDA OSPEDALIERA DI APPARTENENZA MA COSTANTEMENTE MONITORATE DALL'ORGANIZZAZIONE. AUDIT INTERNI PIANIFICATI E GESTITI EFFICACEMENTE. RIESAME ATTENTO E VALIDO. ALTA LA CUSTOMER SATISFACTION. ASSENTI RECLAMI

Utilizzo di marchi e loghi:
Durante l'audit è stato verificato che l'organizzazione abbia posto in essere un controllo efficace sull'uso dei marchi e dei loghi di accreditamento/certificazione.

Revisione delle prestazioni per il ciclo di certificazione attuale:
/////

4. RILIEVI DELL'AUDIT

Best Practices

#	Processo	Descrizione
1	EROGAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI FINALIZZATI AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE, MANAGEMENT TERAPEUTICO DEL PAZIENTE PRE E POST TRAPIANTO	L'impegno professionale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie

Opportunità di miglioramento

#	Processo	Punti Norma	Descrizione
1	RESPONSABILITA' DIREZIONE	9K 7.5.2	SEBBENE L'ORGANIZZAZIONE ABBIA IMPLEMENTATO UN ELENCO NORME E LEGGI/ DOCUMENTAZIONE DI ORIGINE ESTERNA SAREBBE OPPORTUNO AGGIORNARLO CON L'INSERIMENTO DELL'EMENDAMENTO IAF SUL CAMBIAMENTO CLIMATICO
2	GESTIONE ATTIVITA' DI RACCOLTA, PROCESSAZIONE, STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE CELLULE STAMINALI	9K 7.5	SEBBENE IL PROCESSO IN OUTSOURCINGE DELLA RACCOLTA CELLULE STAMINALE, SVOLTA COME DA NORMA DAL SIMT, SIA BEN STRUTTURATA E SOTTO CONTROLLO SAREBBE OPPORTUNO MIGLIORARE IL MONITORAGGIO DELLE INFORMAZIONI FORNITE DALLA DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO DELLA RACCOLTA EFFETTUATA

Punti irrisolti (se identificati)

/////

5. ALLEGATI

COME RISPONDERE A UNA NON CONFORMITÀ SOLLEVATA DAI VALUTATORI DI BUREAU VERITAS?

Le non conformità descritte nel presente documento devono essere affrontate attraverso il processo di azione correttiva dell'organizzazione, in conformità con i requisiti di azione correttiva pertinenti dello standard di audit.

Di seguito sono riportati i requisiti di certificazione Bureau Veritas per:

- Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)
- Contenuto della risposta (b)

Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)

Le correzioni e le azioni correttive (se possibile) per affrontare le principali non conformità identificate devono essere eseguite immediatamente. L'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttivo, insieme a prove soddisfacenti dell'implementazione, devono essere presentati entro **90 giorni dall'ultimo giorno dell'audit, a meno che Bureau Veritas Certification e il cliente non concordino un periodo di tempo più lungo.**

La revisione delle non conformità viene effettuata attraverso la revisione desktop. Tuttavia, a seconda della gravità dei risultati, il nostro auditor può eseguire una visita di follow-up per confermare le azioni intraprese, valutarne l'efficacia e determinare se la certificazione può essere mantenuta o aggiornata.

Per una non conformità minore, l'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttiva devono essere approvati dal Team Leader e la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese deve essere eseguita durante l'audit successivo.

Si raccomanda al Cliente di fornire risposte tempestive per avere il tempo di effettuare ulteriori controlli, se necessario.

Per la ricertificazione, i termini per affrontare le non conformità saranno definiti dal team leader al fine di implementarli prima della scadenza della certificazione.

Eventuali risposte alle non conformità sollevate possono essere in formato cartaceo o elettronico utilizzando il presente documento di riferimento (preferibile) e inoltrate all'ufficio di certificazione Bureau Veritas.

Contenuto della risposta di azione correttiva (b)

La risposta del cliente all'NC deve essere esaminata dal lead auditor in tre parti; analisi delle cause, correzione e azioni correttive.

Nell'esame di terza parte, il revisore cerca un piano e l'evidenza che il piano venga implementato.

Analisi delle cause principali

1. L'analisi non è semplicemente la ripetizione della risultanza, né la causa diretta del problema.
2. Un'analisi ben ponderata per determinare la vera causa principale: ad esempio, qualcuno non ha seguito un processo porterebbe alla vera causa principale.
3. L'affermazione della causa principale deve concentrarsi su un singolo problema senza che rimangano domande evidenti sul perché.
4. Se si può ragionevolmente porre una domanda sul perché sull'analisi della causa principale, ciò indica che l'analisi non è stata approfondita.
5. Assicurarsi che la causa principale risponda alla domanda "Cosa nel sistema non è riuscito in modo tale da causare il problema?"
6. Incolpare il dipendente non sarà accettato come l'unica causa principale.
7. Risolvere i problemi con il processo e quale sistema di rilevamento non è riuscito.

Correzione

1. L'entità della non conformità è stata determinata (l'NC è stata corretta e il cliente ha esaminato il sistema per vedere se ci sono altri esempi che devono essere corretti). Assicurarsi che la correzione risponda alla domanda "Questo è un caso isolato o no?" in altre parole "C'è il rischio che ciò possa ripetersi nell'altro sito/reparto?"
2. Se la correzione non può essere immediata; un piano per correggere l'NC può essere appropriato (responsabile e data).
3. Evidenza che l'azione è stata apportata o prova che il piano è in fase di attuazione.

Azione correttiva

1. L'azione correttiva o il piano d'azione correttivo affronta le cause principali determinate nell'analisi delle cause principali. Se non è stata definita la vera causa principale, non è possibile impedire che il problema si ripeta.
2. Ai fini dell'accettazione del piano, esso deve includere:
 - azioni per affrontare le cause
 - l'individuazione dei soggetti responsabili delle azioni e
 - un programma (date) per l'attuazione.
 - Includi sempre una "modifica" al tuo sistema. La formazione e/o la pubblicazione di una newsletter non sono generalmente modifiche al tuo sistema.
3. Al fine di accettare la prova dell'attuazione:
 - a. Vengono fornite prove sufficienti per dimostrare che il piano venga attuato come indicato nella risposta (e nei tempi previsti).
 - b. Nota: non sono necessarie prove complete per chiudere l'NC; Alcune prove potrebbero essere esaminate durante un audit futuro durante la verifica delle azioni correttive.

PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT

Obiettivi dell'audit

1. confermare che il sistema di gestione sia conforme a tutti i requisiti della norma di riferimento;
2. confermare che l'organizzazione abbia effettivamente realizzato le disposizioni prese;
3. confermare che il sistema di gestione sia in grado di soddisfare le politiche e gli obiettivi dell'organizzazione e valutare la capacità del sistema di gestione di garantire che l'organizzazione cliente soddisfi i requisiti applicabili di natura legale, regolamentare e contrattuale;
4. per quanto applicabile, identificare le aree per il potenziale miglioramento del sistema di gestione
5. confermare che il sistema di gestione certificato sia conforme a tutti i requisiti della norma, includendo, ma non limitandosi a:
 - a) gli audit interni e i riesami da parte della direzione
 - b) un riesame delle azioni intraprese a seguito delle non conformità identificate durante il precedente audit
 - c) il trattamento dei reclami
 - d) l'efficacia del sistema di gestione nel conseguimento degli obiettivi del cliente certificato
 - e) l'avanzamento delle attività pianificate, finalizzate al miglioramento continuo
 - f) la continua tenuta sotto controllo delle attività
 - g) il riesame di ogni modifica, e
 - h) l'utilizzo di marchi e/o di ogni altro riferimento alla certificazione

Requisiti generali e di conformità legale

DELIBERA REGIONE CALABRIA 339 DEL MAGGIO 2004: ISTITUZIONE BANCA DEL CORDONE
D.LGS N° 191 DEL 6 NOVEMBRE 2007
D. LGS N° 16 DEL 25-01-2010
DECRETO MINISTRO DELLA SALUTE DEL 02-11-2015
DVR AZIENDALE E DEL CTMO DELIBERA 655 DEL 15-10-2021
DVR BANCA DEL CORDONE DELIBERA 477 DEL 04-07-2022
PIANO GENERALE EMERGENZA ED EVACUAZIONE AZIENDALE DEL 2021
DOCUMENTO SICUREZZA DATI PERSONALI AZIENDALE DEL 20-12-2018
ACCREDITAMENTO DELIBERA 344 DEL 1999
AUTORIZZAZIONE REGIONALE BANCA DEL CORDONE BOLLETTINO REGIONE CALABRIA DEL 16-07-2004
DCA PER TERAPIA CAR-T AGOSTO 2019
RINNOVO ACCREDITAMENTO GIMTO CNT QUANTITATIVO E QUALITATIVO PER ANNO 2024
CERTIFICAZIONE DEL CNS PROGRAMMA TRAPIANTO CSE DEL 25-06-2024
CERTIFICAZIONE JACIE N° 836 DEL 24/25 giugno 2024

Team Leader:	ANGELO GIUSEPPE NAPOLI - ANL
Team members:	

Nome del sito	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO MORELLI		
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
08/10/25	1° Giorno dell'audit		
07:00	Riunione di apertura		ANL
07:30	GESTIONE ATTIVITA' DI RACCOLTA, PROCESSAZIONE, STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE CELLULE STAMINALI	7.5, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7	ANL
09:00	Fine del 1° giorno di audit		

Nome del sito	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO RIUNITI		
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
08/10/25	1° Giorno dell'audit		
09:00	GESTIONE ATTIVITA' DI RACCOLTA, PROCESSAZIONE, STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE CELLULE STAMINALI	7.5, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7	ANL
11:00	Fine del 1° giorno di audit		

Nome del sito	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI		
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
08/10/25	1° Giorno dell'audit		

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI			
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
12:00	RESPONSABILITA' DIREZIONE	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3	ANL
13:00	Pausa		ANL
14:00	EROGAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI FINALIZZATI AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE, MANAGEMENT TERAPEUTICO DEL PAZIENTE PRE E POST TRAPIANTO	7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, 7.5.3.1.1, 7.5.3.1.2, 7.5.3.2.1, 7.5.3.2.2, 7.5.3.2.3, 7.5.3.2.4, 7.5.3.2.5, 7.5.3.2.6, 7.5.3.2.7, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7	ANL
16:00	GESTIONE RISORSE STRUTTURALI E TECNICHE	7.1, 7.1.1, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.5	ANL
17:00	Fine del 1° giorno di audit		

GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI			
Data	Processo - Attività	Punti norma	Auditor
		9K	
09/10/25	2° Giorno dell'audit		
07:00	REQUISITI UTENTE	7.5, 8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.3.1, 8.2.3.2, 8.2.4	ANL
08:00	SODDISFAZIONE UTENTE	7.5, 9.1, 9.1.1, 9.1.2	ANL
09:00	MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO	7.5, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 10.1, 10.2, 10.3, Uso di marchi e/o riferimenti alla certificazione	ANL
10:00	Preparazione per la riunione di chiusura		ANL
10:30	Riunione di chiusura		ANL
11:00	Fine del 2° giorno di audit		

Data di preparazione del piano di audit	24/09/2025
---	------------

Riunioni

Riunione di apertura (Partecipanti)		
Designazione	Nome	Ruolo
Gruppo di Audit	ANGELO GIUSEPPE NAPOLI	Team Leader
Contatto cliente	D.ssa Utano Giovanna	Responsabile Qualità
Contatto cliente	Giulia Pucci	Rappresentante amministrativo
Riunione di chiusura (Partecipanti)		
Designazione	Nome	Ruolo
Gruppo di Audit	ANGELO GIUSEPPE NAPOLI	Team Leader
Contatto cliente	Giulia Pucci	Rappresentante amministrativo
Contatto cliente	Utano Giovanna	Responsabile Qualità

PROGRAMMA DI AUDIT

Processo	Sorveglianze		
	1	2	Ricertificazione
Sito	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI		
RESPONSABILITA' DIREZIONE	x	x	x
EROGAZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI FINALIZZATI AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE, MANAGEMENT TERAPEUTICO DEL PAZIENTE PRE E POST TRAPIANTO	x	x	x
REQUISITI UTENTE	x		x
SODDISFAZIONE UTENTE	x	x	x
RISORSE UMANE		x	x
GESTIONE RISORSE STRUTTURALI E TECNICHE	x		x
GESTIONE APPROVVIGIONAMENTO		x	x
MISURAZIONE, ANALISI E MIGLIORAMENTO	x	x	x
GESTIONE EMERGENZE			x
Sito	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO RIUNITI		
GESTIONE ATTIVITA' DI RACCOLTA, PROCESSAZIONE, STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE CELLULE STAMINALI	x	x	x
Sito	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO MORELLI		
GESTIONE ATTIVITA' DI RACCOLTA, PROCESSAZIONE, STOCCAGGIO E DISTRIBUZIONE CELLULE STAMINALI	x	x	x

Siti	Audits			
	Initial	Main	Surv1	Surv2
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI	0,5	1,5	1	1
UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO MORELLI	0	0,25	0,25	0,25
UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO RIUNITI	0	0,25	0,25	0,25
Giorni di audit	0,5	2	1,5	1,5

Creato / Modificato da: ANGELO GIUSEPPE NAPOLI

Data: 09/10/2025

Eventuali problemi che influiscono sul programma di audit:

/////

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO

ISO 9001:2015 - ACCREDIA - Italiano

Sede Principale	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI
Indirizzo	Viale Europa , REGGIO CALABRIA, 89133, RC, Italy
Scopo Globale	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" DI REGGIO CALABRIA: Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali. UOC C.T.M.O. Centro Unico Regionale Trapianto di Cellule Staminali e Terapie Cellulari "A. Neri":Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari. UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE: Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali

Nome del Sito	Indirizzo	Scopo	Lingua
GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" UOC C.T.M.O. - PRESIDIO MORELLI	Viale Europa , REGGIO CALABRIA, 89133, RC, Italy	GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO "BIANCHI MELACRINO MORELLI" DI REGGIO CALABRIA: Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali. UOC C.T.M.O. Centro Unico Regionale Trapianto di Cellule Staminali e Terapie Cellulari "A. Neri":Erogazione di percorsi diagnostico terapeutici finalizzati al trapianto di cellule staminali emopoietiche , management terapeutico del Paziente pre e post trapianto. Gestione delle attività di raccolta delle cellule staminali periferiche e midollari. UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE: Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali	Italiano
UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO MORELLI	Viale Europa , REGGIO CALABRIA, 89133, RC, Italy	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE: Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche, midollari e cordonali	Italiano
UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE - PRESIDIO RIUNITI	Via G. Melacrino, 21 , REGGIO CALABRIA, 89124, RC, Italy	UOSD BANCA DEL SANGUE CORDONALE: Gestione delle attività di raccolta, processazione, stoccaggio e distribuzione delle cellule staminali periferiche e midollari	Italiano