

CARTA DEI SERVIZI

LABORATORIO ANALISI CLINICHE TIBURTINO

Roma in Viale Fernando Santi, 38
Tel. 06/40.64.606 - 06/40.72.144

Ed. 01 del 20 01 26

Sommario

PRESENTAZIONE	4
1. PARTE PRIMA: I FINI ISTITUZIONALI, I VALORI, I RAPPORTI CON LA COMUNITÀ	7
1.1 LABORATORIO ANALISI CLINICHE TIBURTINO: CENNI STORICI	7
1.2 DOVE SIAMO	9
1.3 ORIENTAMENTO AGLI UTENTI	9
2. PARTE SECONDA: INFORMAZIONI SULLA STRUTTURA E SERVIZI	13
2.1 ORGANIZZAZIONE	13
2.2 PRESTAZIONI	15
2.2.1 TIPOLOGIA	15
2.2.2 REGOLE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI	16
2.2.3 CONSENSI	16
2.2.3 PREPARAZIONE PER GLI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	19
MODALITÀ DI RACCOLTA	27
2.2.4 ORARI: STRUTTURA, PRELIEVI, RITIRO REFERTI	29
2.2.5 I NOSTRI TEMPI DI RISPOSTA	29
2.2.6 PAGAMENTO DELLA PRESTAZIONE SPECIALISTICA O DIAGNOSTICA O DEL RELATIVO TICKET	30
2.2.7 RILASCIO DEL REFERTO	30
3 PARTE TERZA: QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI	31
3.3 ORGANIZZAZIONE E STRUMENTI DELLA QUALITÀ	31
3.4 STANDARD, IMPEGNI E PROGRAMMI	32
4 PARTE QUARTA: INFORMAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE	35
4.3 RELAZIONI CON IL PUBBLICO	35
4.4 GESTIONE RECLAMI	35
4.5 MONITORAGGIO SODDISFAZIONE UTENTE	36
4.6 PARTECIPAZIONE E TUTELA	37
4.7 VERIFICA	38
4.8 BARRIERE ARCHITETTONICHE E ACCESSIBILITÀ	40
4.9 ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	40

Indice analitico

A

Associazioni di volontariato.....37

B

Barriere architettoniche e accessibilità'37

C

CARTA EUROPEA DEI DIRITTI DEL MALATO.....10

Consensi15

O

Orari: struttura, prelievi, ritiro referti.....26

Organizzazione13

Organizzazione e strumenti della Qualità.....28

P

Partecipazione e Tutela34

Preparazione per gli esami di laboratorio.....17

Prestazioni14

R

Reclami32

Referto27

Regole di accesso alle prestazioni.....15

Relazioni con il pubblico32

S

Soddisfazione utente33

Standard, Impegni e Programmi29

T

Tempi di risposta.....26

V

Verifica.....35

Presentazione

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici", individua i principi cui debbono uniformarsi le amministrazioni che erogano i servizi di pubblica utilità, e i relativi strumenti: adozione di standard, semplificazione delle procedure, informazioni agli utenti, rapporti con gli utenti, dovere di valutazione della qualità dei servizi, reclami.

Complessivamente, l'insieme di questi strumenti disegna un vero e proprio sistema di garanzia di qualità del servizio, che è attuato con la partecipazione e sotto il controllo dei cittadini.

L'attenzione al dialogo con gli utenti nasce dal fatto che la sanità, e non solo in Italia, soffre di un fenomeno patologico chiamato "autoreferenzialità", del quale vuole liberarsi: essa è sostanzialmente indifferente alle esigenze degli utenti, non dialoga con chi utilizza i propri servizi. Si tratta di un fenomeno che danneggia la base fiduciaria delle relazioni tra il cittadino e le istituzioni e che induce tensioni e costi pesantissimi a carico della collettività.

La Carta dei Servizi come patto vuole essere la risposta alla cultura dell'indifferenza ai bisogni, anche informativi, degli utenti: cultura che ancora troppo diffusamente caratterizza il modo di essere della sanità. La Carta si inserisce, sotto questo profilo, in un contesto normativo e istituzionale (Art. 14 del D.Lgs. 502/92) che già da qualche anno sta mettendo in luce la necessità che la sanità riporti i cittadini realmente al centro del funzionamento dei servizi.

La Carta dei Servizi è stata redatta in conformità al DPCM 19 maggio 1995, contenenti i principi e i criteri di redazione della carta stessa e aggiornata rispetto alle direttive emanate dalla Regione e dagli enti istituzionali di riferimento. Inoltre le informazioni di primo interesse sono state riportate in un documento di sintesi definito come "Guida ai servizi"

La Carta dei Servizi (unitamente al documento "Guida ai servizi" è:

- elaborata dalla Direzione con il supporto e il coinvolgimento del Personale;
- condivisa con tutto il personale prima della sua emissione nel corso di apposita riunione;
- riesaminata in occasione del Riesame del Sistema Qualità al fine di garantirne
- l'aggiornamento e la continua adeguatezza.

In particolare la Carta dei Servizi:

- contiene i principi ispiratori dell'attività dell'Azienda
- informa i cittadini sulle prestazioni disponibili e le relative modalità di accesso (elenco e sede servizi con numeri telefonici, orari e modalità di accesso, prestazioni erogabili, tempi di attesa e oneri a carico dell'utente). Tali informazioni sono definite e formalizzate nel Data Base del Sistema Informatico dedicato alla gestione pazienti.
- dichiara indicatori e fattori di qualità

- afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso su eventuali disservizi e possibili suggerimenti per migliorare la qualità
- esplicita i criteri e le modalità di verifica in merito al rispetto degli standard adottati ed il grado di soddisfazione degli utenti
- prevede specifiche forme di tutela e di risarcimento nei casi in cui gli standard non siano rispettati
- impegna l'azienda a rilevare ed analizzare i segnali di disservizio ed individua le figure responsabili dell'adozione delle misure necessarie per rimuovere i disservizi stessi
- assicura la consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni di tutela dei diritti sull'organizzazione dei servizi e sulla verifica della qualità;
- viene revisionata con cadenza annuale e riemessa.

Mission

L'Organizzazione fornisce servizi diagnostici rispondenti alle esigenze dei pazienti e dei medici curanti. La Qualità dei servizi forniti viene garantita da un modello tecnico/organizzativo che prevede un costante monitoraggio delle prestazioni, un accurato sistema di controllo di qualità ed un efficiente trasferimento alla pratica diagnostica delle metodiche definite dalla ricerca clinica e di base.

L'Organizzazione identifica nella Qualità la strategia per il futuro, il mezzo per erogare prestazioni in grado di soddisfare le esigenze dei clienti, il terreno sul quale confrontarsi con le strutture concorrenti.

Vision

L'Organizzazione ha attivato un programma di miglioramento della qualità che consente di sviluppare una serie di regole comportamentali scritte ed una cultura proiettata alla prevenzione degli errori, tale da consentire la certificazione della Radiologia a fronte della norma UNI EN ISO 9001:2008. Questo programma si realizza attraverso la definizione di una serie di obiettivi da raggiungere e l'identificazione dei mezzi e delle risorse da assegnare, il tutto nel rispetto del quadro legislativo, normativo, ambientale e nel rispetto dell'etica professionale.

Politica della Qualità

L'obiettivo che il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino srl intende perseguire e garantire nel tempo è il miglioramento della Soddisfazione del Cliente.

A tale scopo il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino srl si propone di assicurare competenza, continuità, diligenza, qualità e livello adeguato dei servizi forniti nel rispetto delle esigenze dei Clienti e nell'ottica del miglioramento continuativo del Sistema di Gestione per la Qualità. .

Presupposto di tale obiettivo è il coinvolgimento e la partecipazione sia del personale che dei fornitori che collaborano con il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino srl.

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino srl intende perseguire i seguenti obiettivi di miglioramento:

1. **Certificazione di Qualità in conformità alla Norma di riferimento UNI EN ISO 9001:2015.** Al fine di garantire tale obiettivo il personale è chiamato a lavorare in autocontrollo verificando la congruenza e la conformità delle attività svolte.
- 1 **Assicurare un'efficace gestione delle Sistema Qualità.** Al fine di garantire tale obiettivo il personale è chiamato a lavorare in autocontrollo verificando la congruenza e la conformità delle attività svolte.
2. **Incrementare il Fatturato garantendo sempre un elevato livello nelle prestazioni sanitarie.**
- 2 **Individuare eventuali Gap tra la Qualità Prestata e la Qualità Percepita/Attesa, al fine di rilevare opportunità di miglioramento** attraverso la sistematica raccolta e somministrazione dei questionari di soddisfazione e la formalizzazione di reclami/lamentele/suggerimenti formulate da parte degli Utenti
- 3 **Assicurare un' efficace gestione dei reclami da parte degli Utenti/Clienti, rilevando reclami/segnalazioni anche verbali**
- 4 **Incrementare l'efficace gestione delle attività afferenti al processo di Accettazione degli Utenti, del Processo Analitico, del processo di Refertazione processo di Scelta dei Metodi Analitici.** Al tal fine il personale deve prestare la massima assistenza all'utente in termini di informazione e comunicazione delle modalità di accesso al servizio e successivamente eseguire le attività nel rispetto delle procedure implementate
- 5 **Incrementare l'efficace gestione delle attività afferenti al Poliambulatorio.** Al tal fine il personale deve prestare la massima assistenza all'utente in termini di informazione e comunicazione delle modalità di accesso al servizio e successivamente eseguire le attività nel rispetto delle procedure implementate
- 6 **Incrementare l'efficace/efficiente gestione delle attività afferenti al Processo di gestione approvvigionamenti e un'efficace gestione del parco fornitori e uno standard qualitativo elevato delle Forniture.** Al fine di conseguire tale obiettivo tutti gli approvvigionamenti effettuati mediante ordini formalmente documentati devono essere verifica in termini di rispondenza rispetto ai requisiti espressi per la fornitura. Inoltre gli approvvigionamenti devono essere effettuati presso fornitori opportunamente qualificati.
- 7 **Incrementare l'efficace/efficiente gestione delle attività afferenti alla gestione macchinari/attrezzature,** attraverso la documentazione degli interventi da effettuare ed effettuati.
- 8 **Assicurare un'efficace gestione delle Risorse, in termini di abilità competenza, partecipazione costruttiva al miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità implementato,** garantendo un'adeguata formazione e una corrispondente verifica di efficacia.

La Direzione

1. PARTE PRIMA: i fini istituzionali, i valori, i rapporti con la comunità

1.1 Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino: Cenni storici

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino srl è una struttura nata nel 1977 nel quartiere dove attualmente opera espandendo nel tempo e in modo progressivo le proprie prestazioni a vantaggio degli Utenti. L'integrazione di un Servizio di Ecografia multidisciplinare e di un Poliambulatorio hanno consentito l'utilizzazione della Struttura in modo più completo e funzionale, raggiungendo il risultato di fornire prestazioni di servizi diagnostici mirati alla cura e al benessere del paziente considerato come il centro ed unica ragione del proprio lavoro.

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino realizza tale enunciato attraverso la fornitura di servizi diagnostici rispondenti alle esigenze dei pazienti e dei medici curanti. La Qualità dei servizi forniti viene garantita da un modello tecnico/organizzativo che prevede un costante monitoraggio delle prestazioni, un accurato sistema di controllo di qualità ed un efficiente trasferimento alla pratica diagnostica delle metodiche definite dalla ricerca clinica e di base.

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino ha identificato nella Qualità la strategia per il futuro, il mezzo per erogare prestazioni in grado di soddisfare le esigenze dei clienti, il terreno sul quale confrontarsi con le strutture concorrenti.

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino ha attivato un programma di miglioramento della qualità che consente di sviluppare una serie di regole comportamentali scritte ed una cultura proiettata alla prevenzione degli errori, tale da consentire la certificazione del Laboratorio a fronte della norma UNI EN ISO 9001. Questo programma si realizza attraverso la definizione di una serie di obiettivi da raggiungere e l'identificazione dei mezzi e delle risorse da assegnare, il tutto nel rispetto del quadro legislativo, normativo, ambientale e nel rispetto dell'etica professionale.

L'obiettivo centrale del Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino è la soddisfazione delle esigenze degli Utenti, a questo proposito viene posta molta attenzione alle opportunità di miglioramento dei servizi offerti, quali la riduzione dei tempi di attesa, l'incremento di linee analitiche, le modalità di consegna dei referti, l'assistenza ai clienti telefonica e presso la Struttura.

Il miglioramento dell'efficienza ed efficacia del Laboratorio di analisi è un altro obiettivo che si intende perseguire sia attraverso un Sistema Qualità "dinamico", sempre attento ad identificare i suoi punti deboli e ad aggiornarsi in funzione di nuove leggi, norme e

variazioni organizzative interne, sia attraverso un'attenta ed oculata gestione dei costi e delle spese.

La valorizzazione delle risorse e la motivazione del proprio personale sono altri obiettivi che si intende perseguire attraverso un programma di formazione ed addestramento sia sulle tematiche della Qualità che su aspetti tecnici, clinici e gestionali.

La Direzione del Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino definisce gli obiettivi strategici di miglioramento da raggiungere mentre i singoli operatori di Settore identificano gli obiettivi specifici di miglioramento per le attività di propria competenza. Tali obiettivi e, la verifica dello stato dei lavori per raggiungerli, sono oggetto di Verifiche Ispettive Interne ed Esterne e di analisi in specifiche e periodiche riunioni.

Al fine di garantire e favorire un'efficace conseguimento degli obiettivi pianificati sono state definite e rese note le funzioni e le interrelazioni, nonché le relative responsabilità e autorità, la struttura e l'organizzazione generale del Laboratorio analisi Cliniche Tiburtino.

Dal 2013 è stato attivato un servizio di referti via web al fine di soddisfare al meglio le esigenze dell'utenza e rendere più fruibile il ritiro del referto stesso.

1.2 Dove siamo

Il Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino si trova a Roma in Viale Fernando Santi, 38 (Roma).

Metro Linea B: fermata S. Maria del Soccorso

Fermata ATAC adiacente al Laboratorio Analisi Cliniche Tiburtino Linea 309

Servizio informazioni all'utenza: ore 07.00 -12.30 e 16.00 - 19.00

sito internet: [//www.analisitiburtino.it](http://www.analisitiburtino.it)

Tel.06/40.64.606 - 06/40.72.144

1.3 Orientamento agli Utenti

La Struttura ha provveduto ad apporre la segnaletica necessaria ai fini della prevenzione/protezione secondo i requisiti del D. Lgs 81/2008 e del D. Lgs. 196/2003. Inoltre vengono apposti appositi avvisi e comunicazioni volti a facilitare l'accesso alle prestazioni, anche per gli utenti che non abbiano adeguata padronanza della lingua italiana.

La struttura provvede altresì ad assicurare che vengano rispettati i valori e il credo dell'Utente e che gli vengano fornite le prestazioni nel rispetto delle sue convinzioni religiose.

Il comportamento di tutti gli operatori si attiene al massimo rispetto del codice deontologico attraverso l'adesione ai fondamentali canoni del rispetto dei diritti universali dell'uomo, la più completa conoscenza di problemi del rapporto tra strutture sanitarie e pazienti.

In conformità alle prescrizioni normative vigenti l'Organizzazione promuove e garantisce nella pianificazione, attuazione e controllo dei Servizi prestati il rispetto dei seguenti principi e nel rispetto dei diritti contenuti nella Carta Europea dei Diritti del Malato:

I) Eguaglianza

Il principio dell'eguaglianza comporta che le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e

l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

Va garantita la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree

geografiche di utenza, anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse

categorie o fasce di utenti.

L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali. In particolare, l'Organizzazione è tenuta ad adottare le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

II) Imparzialità

Gli operatori sanitari e amministrativi hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

III) Continuità

L'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa deve essere continua, regolare e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio

devono essere espressamente regolati dalla normativa di settore. In tali casi, i soggetti erogatori devono adottare misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

Diritto di scelta: ove sia consentito dalla legislazione vigente, l'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio.

IV) Partecipazione

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita, sia

per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto

erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.mei.

V) Efficienza ed efficacia

Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire l'efficacia e l'efficienza; con efficacia si intende corrispondenza fra il servizio erogato e i bisogni espressi, con efficienza si intende il raggiungimento.

Carta Europea dei diritti del malato

Redatta da Cittadina attiva e presentata a Roma nel 2004

1. Diritto a misure preventive

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.

2. Diritto all'accesso

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi

sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

3. Diritto alla informazione

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili.

4. Diritto al consenso

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

5. Diritto alla libera scelta

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

6. Diritto alla privacy e alla confidenzialità

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

7. Diritto al rispetto del tempo dei pazienti

Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.

8. Diritto al rispetto di standard di qualità

Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.

9. Diritto alla sicurezza

Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. Diritto alla innovazione

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

11. Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

12. Diritto a un trattamento personalizzato

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

13. Diritto al reclamo

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

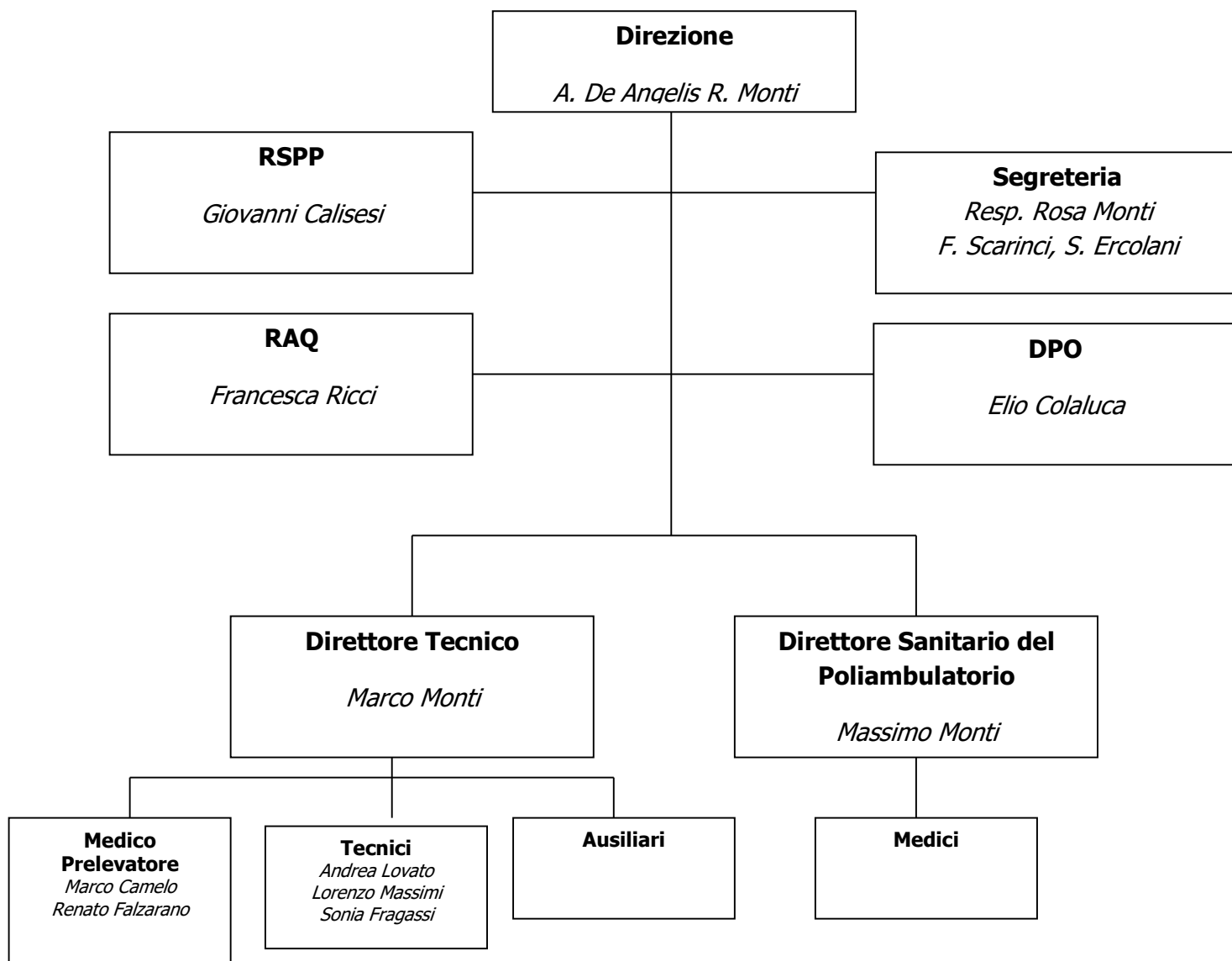
14. Diritto al risarcimento

Ogni individuo ha il diritto di ricevere un sufficiente risarcimento in un tempo ragionevolmente breve ogni qual volta abbia sofferto un danno fisico ovvero morale e psicologico causato da un trattamento di un servizio sanitario.

2. PARTE SECONDA: informazioni sulla struttura e servizi

2.1 Organizzazione

La struttura Organizzativa si articola come di seguito descritto:



Nell'Organigramma sono identificati nominativamente i responsabili di Area, e in caso di assenza programmata/non programmata il criterio di sostituzione è che i compiti e le mansioni del Responsabile sono svolte come facente funzione dal Laureato più Anziano del Settore o in mancanza da persona specificatamente incaricata dalla Direzione. In ogni caso presso la struttura è disponibile un elenco del personale riportante la qualifica. Tale elenco è affisso in punti visibili presso la struttura e ogni dipendente/collaboratore è identificato e identificabile mediante apposito cartellino riportante il nome e la qualifica.

2.2 Prestazioni

2.2.1 Tipologia

La struttura eroga i seguenti servizi diagnostici in regime privatistico o in convenzione:

Diagnostica di Laboratorio

- biochimica clinica e tossicologia
- ematologia ed emocoagulazione
- immunoematologia
- microbiologia
- sieroimmunologia
- Harmony test

Ecografia

MOC

Cardiologia

ORL

Dermatologia

Ambulatori Specialistici

L'elenco analitico di tutte le prestazioni effettuate effettuabili è formalizzato in apposito "Registro delle Prestazioni Diagnostiche" contenuto nel DB del Sistema Informativo.

La Segreteria può ricevere richieste di assistenza relativamente alle prescrizioni che il paziente deve osservare prima di eseguire la prestazione.

Le informazioni richieste vengono fornite anche per via telefonica e sulla base del contenuto del "Registro delle Prestazioni Diagnostiche"

Le analisi contraddistinte da asterisco sono effettuate in Service.

A seconda della tipologia di informazioni può essere necessario l'intervento della Direzione Tecnica.

Per il Laboratorio analisi tutti gli esami sono eseguiti senza bisogno di effettuare una prenotazione, ad eccezione dello spermogramma..

La prenotazione è necessaria per accedere alle prestazioni ecografiche, MOC, Poliambulatorio.

In tali casi la struttura provvede a:

- garantire la prenotazione anche telefonica (presso la segreteria) sia di mattina che di pomeriggio;
- formalizzare la prenotazione nel SW dedicato per la gestione pazienti secondo un criterio temporale di precedenza di chiamata, ad eccezione di urgenze di carattere sanitario oggettive.

Infatti solo in caso di richiesta urgente motivata per iscritto dal medico richiedente è possibile gestire la prenotazione con un criterio di priorità rispetto alle altre.

2.2.2 Regole di accesso alle prestazioni

Al fine di poter accedere alle prestazioni l'Utente deve presentare all'atto della richiesta:

- Impegnativa o altra richiesta del curante
- Eventuale titolo di esenzione
- Codice fiscale o N° di codice regionale
- Possono essere accettate anche richieste verbale per le prestazioni da noi erogate
- Documento personale di riconoscimento valido

Eventuali campioni ematici, devono essere raccolti e conservati come raccomandato nel Registro delle Prestazioni Diagnostiche.

Le attività svolte durante il processo di accettazione sono state descritte nella procedura PO 01 e PO 07.

Solo in costanza dell'emergenza sanitaria si applicano le misure di sicurezza previste nel protocollo COVID (Regolamentazione accessi, controllo dello stato di salute per assenza di sintomi covid compatibili etc)

2.2.3 Consensi

Consenso al trattamento dei dati

All'atto della accettazione della richiesta di prestazioni medico-diagnostiche il personale dell'accettazione ha cura di informare gli utenti sulle finalità del trattamento dei dati personali mediante consegna di specifica informativa e provvede ad acquisire il consenso del paziente mediante apposito modulo conforme al "Consenso al trattamento dei dati personali", ai sensi della normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali (rif. PO 01).

La struttura ha dunque provveduto a formalizzare template di consenso, modalità e criteri di somministrazione all'interno di apposita procedura (PO 01). I dati personali servono per il raggiungimento delle finalità istituzionali della struttura ed il loro trattamento avviene in modo corretto, secondo criteri di necessità e nel rispetto della normativa vigente.

I dati raccolti saranno utilizzati e custoditi in modo idoneo, salvaguardando la riservatezza ed i diritti del cittadino.

La struttura tutela la riservatezza dei dati personali in conformità del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Consenso al trattamento medico/diagnostico

Uno dei beni costituzionalmente garantiti è il bene salute (art. 32 Cost.) inteso come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Tale precetto costituzionale statuisce che non può esservi un obbligo a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario (anche di carattere diagnostico) se non per una specifica disposizione di legge (ad esempio vaccinazioni obbligatorie) che tuteli l'interesse della collettività.

Essa, quindi, rappresenta la valorizzazione della libertà inviolabile di scelta del singolo cittadino secondo un modello di beneficiarietà inteso come alleanza terapeutica tra medico e paziente.

In quest'ottica quindi il consenso alle prestazioni sanitarie rappresenta l'ultima tappa, formale, di un "percorso" dialettico medico paziente attraverso cui i sanitari forniscono al paziente stesso tutte le informazioni necessarie affinché egli acquisisca una piena e completa conoscenza del proprio stato di malattia, delle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie, delle eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche, degli esiti prevedibili di ciascuna scelta. Conoscenze necessarie affinché il paziente sia posto nelle condizioni di scegliere ciò che ritiene più adatto alla sua condizione e nel rispetto della propria libertà di principi e autonomia.

Poiché la scelta del trattamento terapeutico e/o dell'esame diagnostico inerisce la sfera personale del bene salute è valido solo il consenso del paziente che deve sottoporsi al trattamento, non avendo alcuna rilevanza il parere espresso dai prossimi congiunti.

Ciò vale per pazienti adulti, in grado di intendere e di volere; nel caso di minorenni o di persone interdette, invece, il consenso al trattamento sarà espresso dai genitori o dal tutore legale.

In generale non esiste nel nostro ordinamento una disposizione di legge che dia indicazioni circa il modo formale in cui debba essere acquisito il consenso del paziente, se non nei casi di emotrasfusione, esecuzione di esami per accertamento di una condizione di sieropositività per HIV e partecipazione a protocolli terapeutici sperimentali, esami di genetica medica.

In questi casi in conformità alla Legge 135 5 Giugno 1990 Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS l'utente viene sottoposto al test per HIV solo dopo aver ricevuto le necessarie informazioni (informazioni in merito al test e all'HIV, modalità di trasmissione dell'infezione, "periodo finestra", specificità/sensibilità del test).

Consenso per test genetici

Per quanto concerne i test di genetica medica s'intendono comunemente le analisi di specifici geni, del loro prodotto o della loro funzione, nonché ogni altro tipo d'indagine a scopo clinico di DNA, RNA, cromosomi, proteine, metaboliti o altri prodotti genici finalizzata ad individuare o ad escludere alterazioni (mutazioni) associate a patologie genetiche. Questi test possono anche essere utilizzati per definire la variabilità interindividuale, per risolvere quesiti medico-legali e per valutare la sensibilità/suscettibilità e le resistenze individuali a specifiche terapie.

Rispetto ad altri esami di laboratorio, i test genetici presentano alcune peculiarità poiché i loro risultati coinvolgono l'identità biologica non solo della singola persona ma anche della sua famiglia (ascendenti e discendenti).

I test genetici, pur essendo estremamente specifici e ad elevato contenuto di innovazione tecnologica, presentano comunque limiti tecnici che possono comportare la mancata identificazione dell'alterazione. Questo può dipendere da vari fattori: ad esempio, la mancata identificazione di una alterazione può essere dovuta all'esistenza di modificazioni non identificabili con i metodi di analisi utilizzati o alla presenza di mutazioni in regioni del genoma non indagate con l'analisi eseguita. Sussiste perciò la possibilità, seppure in una limitata percentuale di casi, di non riuscire ad evidenziare con la metodologia utilizzata alcun difetto genetico, anche in presenza di evidente stato clinico di patologia.

Nel rispetto delle linee-guida nazionali ed internazionali, i test genetici sono preceduti da un colloquio con personale specializzato finalizzato a chiarire il significato, i limiti, l'attendibilità, la specificità del test genetico, acquisire dati sull'albero genealogico, ottenere il consenso all'esecuzione del test da parte del paziente.

Harmony test

Presso il laboratorio è possibile effettuare l'Harmony test, che è un esame non invasivo e privo di rischi eseguito su sangue materno, che analizza il rischio di trisomie fetali più comuni e aneuploidie X e Y in gravidanze dalla decima settimana in poi. Per eseguire il test è sufficiente un normale prelievo di sangue materno, sul quale viene eseguita un'analisi diretta del DNA fetale, circolante durante la gravidanza nel sangue della madre. Il prelievo viene successivamente inviato in service (al Laboratorio responsabile della processazione e refertazione per cui si fa rinvio alle procedure di pertinenza. In ogni caso per l'esecuzione dell'esame viene utilizzata la seguente documentazione:

- Mod. 847 Informativa Harmony prenatal test

- Consenso informato Harmony prenatal test
- Presentazione Harmony_ITA
- Procedure Service_Harmony

Sars-CoV-2

L'esecuzione dell'indagine avviene previa presa visione dell'informativa riportante l'accuratezza dell'indagine e la gestione dei dati/campione.

2.2.3 Preparazione per gli accertamenti diagnostici

Per qualunque indagine sul sangue è necessario il digiuno da almeno otto ore con l'assunzione di un pasto leggero la sera precedente

Per alcuni esami (esempio ecografie o comunque anche esami di laboratorio) è prevista una preparazione particolare ovvero si devono osservare alcune precauzioni

Per tutte le delucidazioni o chiarimenti in merito alle diverse tipologie di esami, il personale dell'accettazione è a disposizione del cliente per fornire tutte le spiegazioni necessarie, comunque formalizzate nel Registro delle Prestazioni Diagnostiche.

In ogni caso a seguire è riportata una sintesi delle principali preparazioni:

1. PRELIEVO DI SANGUE

1.1 PREPARAZIONE AL PRELIEVO DI SANGUE

PER EFFETTUARE IL PRELIEVO DEL SANGUE IN CONDIZIONI IDEALI RICORDATEVI CHE:

- È necessario essere a digiuno da almeno otto ore
- È necessario la sera precedente alimentarsi con una dieta leggera e non assumere nessun cibo dopo le ore 23.00
- È consentita solo l'assunzione di 1-2 bicchieri d'acqua
- È necessario evitare qualsiasi esercizio fisico intenso nei giorni immediatamente precedenti il prelievo
- Salvo indicazioni precise del medico curante è da evitare l'assunzione di farmaci la mattina del prelievo.

1.2 CURVA GLICEMICA:

Curva glicemica classica per pazienti adulti (donne non in gravidanza), in assenza di altra indicazione da parte del medico negli intervalli di tempo e carico di glucosio.

Preparazione: il paziente deve essere a digiuno

Il test prevede prelievi multipli secondo intervalli prescritti dal MMG/Specialista.

Qualora non specificato il test si esegue su procedura standard con intervalli :

0 – primo prelievo

Carico di glucosio (effettuato secondo standard a 50-75-100 g)

Ogni 30' fino a 180'

1.3 GLICEMIA POSTPRANDIALE

È normalmente eseguita da pazienti già diabetici. Può essere utilizzata anche quando il medico chiede di fare un prelievo a digiuno e il secondo dopo colazione/pranzo.

Esecuzione :

- si esegue il 1° prelievo a digiuno la mattina.
- si esegue il 2° prelievo dopo 1 o 2 ore dal pranzo/colazione.

2. MODALITÀ GENERALI DI RACCOLTA URINE

2.1 ESAME URINE COMPLETO

Modalità di raccolta:

- Raccogliere preferibilmente le prime urine del mattino.
- Urinare direttamente nel contenitore fornito. E' sufficiente riempire fino a metà il contenitore.
- Tappare con molta cura il contenitore, per evitare di versare l'urina nel trasporto.
- Consegnare il campione entro 2 ore all'accettazione del Laboratorio entro le ore 10:30.
- la raccolta può essere fatta nel contenitore sterile reperibile in farmacia oppure nella provetta fornita gratuitamente e distribuita all'accettazione.

2.2 URINOCOLTURA

Modalità di raccolta:

- La raccolta deve essere fatta in un contenitore sterile reperibile in farmacia.

- Per la buona riuscita dell'esame, non si possono accettare contenitori disinfettati o sterilizzati in casa.

Per l'esecuzione richiedere in Segreteria i documenti di consultazione di riferimento.

2.3 URINE DELLE 24 ORE.

Modalità di raccolta :

- la raccolta deve essere fatta in un contenitore acquistato in farmacia.
- Scartare la prima urina del mattino e raccogliere nel contenitore tutte le successive urine compresa quella del mattino seguente, terminando così la raccolta.
- Durante la raccolta evitare di esporre il contenitore alla luce diretta e a temperature elevate, possibilmente mantenere il contenitore in un luogo fresco e asciutto.
- Consegnare il contenitore all'accettazione entro le ore 10:30.
- Importante: per la buona riuscita dell'esame è indispensabile che pervenga in Laboratorio tutta la quantità di urine emesse nelle 24 ore.

2.3 Citologia urinaria

L'esame citologico urinario è volto alla ricerca di cellule anomale o tumorali provenienti dalle vie urinarie.

- Per "arricchire" il campione di urine di cellule da studiare bisogna prepararle in tal modo:
- Gettare le prime urine della mattina, fare colazione e fare moto. Una breve passeggiata o qualche scalinata sulla base delle proprie possibilità fisiche.
- Dopo una mezz'ora recarsi al bagno e "sforzandosi" di dovrebbe riuscire a raccogliere un dito di urina nel contenitore sterile da acquistare in farmacia. Chiudere bene il contenitore e portarlo in laboratorio.
- Secondo le indicazioni del medico questo test si può eseguire su tre campioni emessi a giorni consecutivi o alterni.

3. ESAMI SU URINE CON PREPARAZIONI PARTICOLARI**3.1 ACIDO 5 IDROSSINDOLACETICO*****Dieta preparatoria***

Durante i 3 giorni prima e per il periodo della raccolta delle urine, si devono evitare i seguenti farmaci: aspirina, fenacetina, acetanilide, clorpromazina, reserpina, L-fenotiazina e derivati.

Inoltre per lo stesso periodo, bisogna eliminare dalla dieta le banane.

Modalità di raccolta

Sempre proseguendo la dieta, la raccolta deve essere effettuata in un contenitore con 10 mL di Acido Cloridrico 6 N . Per l'esecuzione della raccolta vedere raccolta urine 24 ore (2.3).

N.B. = Tra una minzione e l'altra mantenere il contenitore in frigorifero.

ATTENZIONE

Il contenitore contiene Acido Cloridrico. Non ingerire, non lasciare il contenitore alla portata dei bambini. In caso di ingestione accidentale rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso. In caso di contatto con la pelle lavare abbondantemente con acqua, se il contatto avviene con gli occhi

3.2 ACIDO VANILMANDELICO***Dieta preparatoria***

Nei 3 giorni precedenti e durante la raccolta bisogna evitare i seguenti alimenti: cioccolata, caffè, banane ed agrumi, noci, uva, prugne, pomodori.

Bisogna inoltre evitare di assumere acido acetilsalicilico (aspirina, ecc.).

Modalità di raccolta

Sempre proseguendo la dieta, la raccolta deve essere effettuata in un contenitore con 10 mL di Acido Cloridrico 6 N (disponibile presso Settore di

Chimica Analitica fine). Per l'esecuzione della raccolta vedere raccolta urine 24 ore (2.3) .

N.B. = Tra una minzione e l'altra mantenere il contenitore in frigorifero.

ATTENZIONE

Il contenitore contiene Acido Cloridrico. Non ingerire, non lasciare il contenitore alla portata dei bambini. In caso di ingestione accidentale rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso. In caso di contatto con la pelle lavare abbondantemente con acqua, se il contatto avviene con gli occhi lavare abbondantemente con acqua e rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso.

3.3 ACIDO 5 OH INDOLACETICO, CATECOLAMINE, SEROTONINA

Dieta Preparatoria

Nei 3 giorni precedenti e durante la raccolta bisogna evitare i seguenti alimenti: banane, cioccolato, The e dolci alla vaniglia.

Modalità di raccolta

La raccolta deve essere effettuata in un contenitore con 10 mL di Acido Cloridrico 6 N (disponibile presso Settore di Chimica Analitica fine). Per l'esecuzione della raccolta vedere raccolta urine 24 ore (2.3).

Attenzione

Mantenere il contenitore delle urine al riparo dalla luce, ricoprendolo con della carta stagnola per tutta la durata della raccolta e una minzione e l'altra mantenere il contenitore in frigorifero.

Il contenitore contiene Acido Cloridrico. Non ingerire, non lasciare il contenitore alla portata dei bambini. In caso di ingestione accidentale rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso. In caso di contatto con la pelle lavare abbondantemente con acqua, se il contatto avviene con gli occhi lavare abbondantemente con acqua e rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso.

3.4 Creatinina Clearance

Modalità di raccolta: Vedere raccolta urine delle 24 ore (2.3).

È necessario eseguire il giorno stesso della consegna della raccolta delle urine anche il prelievo per dosaggio della creatinina sierica , quindi presentarsi all'accettazione a digiuno.

3.5 TEST DI NORDIN

Valutazione del rapporto calciuria/creatinuria e idrossiprolinuria/creatininuria nelle seconde urine del mattino, il test deve essere eseguito a digiuno.

Preparazione

Per eseguire questo esame occorre osservare una **DIETA PER TRE GIORNI CONSECUTIVI:**

- **Il primo, il secondo e il terzo giorno NON MANGIARE** latte e suoi derivati (burro, formaggi, yogurt ecc.)
- **Solamente il terzo giorno NON MANGIARE** carne e **MANGIARE SOLO** farinacei e verdure
- **Il quarto giorno** è quello della raccolta delle urine, che deve essere effettuata nel seguente modo:
 - Dopo il riposo notturno e a digiuno:
 1. svuotare la vescica
 2. bere ¼ di litro di acqua distillata
 - Dopo due ore e sempre a digiuno:
 1. raccogliere le urine nell'apposito contenitore e portarle in Laboratorio.

N.B. L'Acqua distillata e il contenitore per la raccolta delle urine possono essere acquistati in farmacia.

4. MODALITÀ DI RACCOLTA FECI

4.1 FECI RACCOLTA PER:

4.1.1 SANGUE OCCULTO (solo un campione)

Modalità di raccolta

- Predisporre un contenitore pulito in cui raccogliere le feci acquistato in farmacia.
- Con l'apposita palettina prelevare una modesta quantità di feci paragonabile ad una piccola noce e porla nel contenitore sterile.
- Chiudere bene il contenitore.
- Il campione prelevato, deve essere consegnato all'accettazione al più presto, o comunque **entro 24 ore dalla raccolta** e deve essere conservato in frigorifero.
- Ogni campione deve essere accompagnato dalla richiesta medica. Sul contenitore deve essere indicato nome cognome data e ora di raccolta.
- **I campioni devono pervenire all'accettazione entro e non oltre le ore 10:30.**

4.1.2 RICERCA DELL'ANTIGENE DELL'*Helicobacter pylori*

Il paziente non deve aver assunto Antibiotici specifici contro l'*H.Pylori* da almeno 10 giorni e le feci non devono essere diarroiche.

Modalità di raccolta

- Predisporre un contenitore pulito in cui raccogliere le feci preferibilmente acquistato in farmacia.
- Con l'apposita palettina prelevare una modesta quantità di feci paragonabile ad una piccola noce e porla nel contenitore sterile.
- Chiudere bene il contenitore.
- Il campione prelevato, deve essere consegnato all'accettazione al più presto, o comunque **entro 48 ore dalla raccolta**.

5. MODALITA' DI ESECUZIONE ESAMI PARTICOLARI

5.1 ISTRUZIONI PER L'ESECUZIONE DEL BREATH TEST (infezione da *Helicobacter Pylori*)

- Il giorno del test il paziente deve essere a digiuno da almeno sei ore e, se fumatore **NON DEVE AVER FUMATO** da almeno due ore
- **NON DEVE AVERE ASSUNTO:** antibiotici da almeno quattro settimane, farmaci gastroprotettori (lansoprazolo, omeprazolo, pantoprazolo, ecc.) da almeno due settimane.

N.B. se il test è effettuato di pomeriggio si raccomanda una colazione leggera (the, pane tostato) e digiuno fino all'esecuzione del test.

5.2 MODALITA' DI RACCOLTA DEL LIQUIDO SEMINALE – SPERMIOGRAMMA

- Osservare un periodo di astinenza sessuale non inferiore a 3 giorni e non superiore a 5 giorni
- Osservare una accurata igiene dei genitali prima di raccogliere il liquido
- Raccogliere **TUTTO** il liquido emesso
- Raccogliere il liquido direttamente in un recipiente sterile, il recipiente non deve essere aperto prima dell'uso
- Consegnare il recipiente al Laboratorio **entro 60 minuti dalla raccolta**, il campione non dovrà subire escursioni termiche durante il trasporto, a tal fine è utile avvolgere il contenitore nell'ovatta.

N.B. E' assolutamente necessario attenersi alle istruzioni, la non osservanza può infatti alterare in maniera notevole i risultati dell'esame.

6. PREPARAZIONE PER ESAMI ECOGRAFICI

6.2 ECOGRAFIA PELVICA – PROSTATICA – VESCICALE – VIE URINARIE

- Non urinare da tre ore
- Bere un litro d'acqua non gassata un'ora prima dell'esame

6.3 ECOGRAFIA EPATICA – PANCREATICA – SPLENICA – RENALE – ADDOME SUPERIORE

- Digiuno da almeno 9 ore
- Il giorno prima dell'esame non mangiare frutta, verdura e formaggi; non bere bevande gassate e caffè

6.4 ECOGRAFIA IN GRAVIDANZA

- NEI PRIMI TRE MESI DI GESTAZIONE: non urinare da tre ore e bere un litro d'acqua non gassata un'ora prima
- DAL QUARTO MESE DI GESTAZIONE: nessuna preparazione

6.5 ECOGRAFIA TRANSRETTALE

- Effettuare un clistere (tipo sorbiclis) un'ora prima dell'esame
- Bere un litro d'acqua non gassata un'ora prima dell'esame
- E' opportuno portare in visione, al momento dell'esame, le risposte dei seguenti dosaggi ematici: PSA, PSA FREE, PAP.

2.2.4 Orari: struttura, prelievi, ritiro referti

STRUTTURA

			mattino	pomeriggio
Da	Lunedì - Venerdì	►	7.00 – 12.30	16.00 – 19.00
	Sabato	►	7.00 – 12.00	chiuso

PRELIEVI

Senza appuntamento da Lunedì al Sabato dalle ore: 7.00 alle 10.30. Tempo medio di attesa dall'accettazione 15'/20'.

RITIRO REFERTI

I referti possono essere ritirati da Lunedì al Venerdì dalle ore: 16.00 - 18.00.

I referti possono essere ritirati secondo la data di ritiro indicata sull'apposito FOGLIO DI RITIRO che sarà consegnato al termine del espletamento dell'accettazione.

Il referto verrà consegnato esclusivamente all'interessato munito del foglio di ritiro insieme ad un documento di identità, o ad un suo delegato munito del foglio di ritiro con la delega per il ritiro debitamente compilata nell'area dedicata alla delega e munito di fotocopia del documento di identità del delegante, ad eccezione del referto per il test HIV in quanto in conformità alle prescrizioni di legge tale referto può essere ritirato solo di persona dal diretto interessato.

REFERTI via WEB

Qualora il paziente chieda il ritiro del referto via WEB gli viene consegnata l'informativa, per prestare il consenso alla consegna via web. Il servizio di consegna referti via web è attuato come previsto dalla normativa vigente (D. Lgs. 196/2003 e Linee Guida in tema di referti online del 19 novembre 2009).

2.2.5 I nostri Tempi di risposta

Per i tempi di risposta:

- esami di chimica clinica: 1 giorno
- esami di chimica clinica con elettroforesi: 2 giorni
- esami di immunometria in media 4 giorni
- emocromocitometria: in giornata

- esami colturali: dopo 48 ore
- esami culturali con antibiogramma: dopo 72 ore
- esami di coagulazione (PT, PTT, ANTITROMBINA III, FIBRINOGENO,): in giornata.
- Ecografie risposta immediata
- MOC in media 3 giorni

Per esigenze di carattere urgente o particolari in accordo con la Direzione Tecnica, possono essere accolte richieste per tempi di consegne diversi.

2.2.6 Pagamento della prestazione specialistica o diagnostica o del relativo ticket

Il versamento delle somme prescritte, a tariffa intera, ridotta o fissa, per le prestazioni diagnostiche deve avvenire comunque prima dell'effettuazione della prestazione (mediante contanti o per mezzo di bancomat), presentando e consegnando al sanitario una copia della ricevuta del pagamento.

Luogo e orari di riscossione delle tariffe coincidono con quelli di accettazione e (quando richiesto) di prenotazione delle prestazioni.

L'utente, in caso di impedimento a presentarsi all'accertamento diagnostico deve comunicare la propria assenza tempestivamente anche a mezzo telefono alla Segreteria (solo in caso di prenotazione).

Eventuali impedimenti della struttura alla effettuazione nel giorno o nell'ora stabiliti nella prenotazione saranno tempestivamente comunicati all'utente, con l'impegno a riprogrammare, d'intesa con quest'ultimo, la nuova prestazione.

2.2.7 Rilascio del Referto

Il referto viene rilasciato secondo le tempistiche indicate nel foglio di ritiro; su richiesta il referto può essere direttamente spedito, a proprie spese, al domicilio dell'interessato previo rilascio di esplicita e formale richiesta da parte del diretto interessato, con indicazione dei riferimenti a cui inviare il referto.

L'Utente può richiedere copia dei referti pregressi (massimo 10 anni dall'emissione) che viene rilasciata gratuitamente e immediatamente.

3 PARTE TERZA: qualità, impegni e programmi

3.3 Organizzazione e strumenti della Qualità

In un sistema sanitario in continua trasformazione come quello del nostro Paese risulta sempre più chiara e pressante la necessità di trovare strumenti, internazionalmente riconosciuti, tali da garantire la qualità delle prestazioni erogate dalle differenti strutture sanitarie, sia pubbliche che private.

Nella riorganizzazione del sistema sanitario nazionale il paziente/utente diventa l'elemento centrale di ogni attività sanitaria mentre i vari professionisti devono riacquistare la centralità sulla organizzazione dei servizi erogati.

In questa fase di transizione è emerso come dichiarare degli impegni e doverli poi giustamente garantire rappresenti uno scoglio quasi insormontabile da superare se all'interno delle attuali organizzazioni non si introducono regole nuove per lavorare in regime di garanzia di qualità.

Tali regole non possono prescindere dalla definizione di un modello di gestione che assicuri l'erogazione di servizi ad un livello qualitativo costante, attraverso la gestione completa del processo di fornitura di ciascun servizio.

La scelta strategica della Direzione è stata quella di adottare un Sistema di Gestione per la Qualità per raggiungere gli scopi sotto indicati:

- Coinvolgimento degli operatori nel cambiamento;
- Predisposizione di percorsi formativi specifici per tutti gli operatori;
- Orientamento ed uniformità dei comportamenti; sviluppo del senso di appartenenza all'azienda;
- Miglioramento della comunicazione tra operatori all'interno dell'azienda e tra azienda e ambiente esterno;
- Aumento dell'efficienza e dell'efficacia;
- Definizione degli obiettivi dell'organizzazione
- Miglioramento della gestione dei processi ed esiti
- Acquisizione degli elementi per scegliere la politica della qualità sulla base di una attenta analisi dei punti critici del sistema

- Miglioramento della percezione della qualità

La politica della qualità dell'Azienda viene formalizzata in uno specifico documento fornito a tutto il personale e agli utenti, per garantire la sua diffusione e comprensione a tutti i livelli gerarchici.

3.4 Standard, Impegni e Programmi

Con cadenza annuale la Direzione declina nella Politica della Qualità e nel Piano di Miglioramento gli obiettivi specifici e quelli relativi al monitoraggio di performance dei processi. Il raggiungimento di tali obiettivi è misurato e misurabile attraverso specifici indicatori e del relativo valore traguardo atteso. Tali Indicatori e relativo target è definito dalla Direzione nel Piano di Miglioramento allegato alla presente carta dei Servizi. Con cadenza annuale tali obiettivi sono riesaminati dalla Direzione e l'esito del riesame (anch'esso allegato alla presente carta dei Servizi) è formalmente definito e divulgato alle risorse facenti parte dell'organizzazione (vedi PG 01).

Di seguito sono riportati in modo sintetico gli standard di qualità, gli impegni e i programmi. In un sistema sanitario in continua trasformazione come quello del nostro Paese risulta sempre più chiara e pressante la necessità di trovare strumenti, internazionalmente riconosciuti, tali da garantire la qualità delle prestazioni erogate dalle differenti strutture sanitarie, sia pubbliche che private.

STANDARD CHE DEFINISCONO LA STRUTTURA NELLA SUA ATTIVITÀ COMPLESSIVA		
AREA IN ESAME	FATTORE DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
Accesso alla struttura	Possibilità di fornire informazioni chiare e semplici	Presenza di un punto informazione. Presenza di adeguata segnaletica.
Abbattimento delle barriere architettoniche	Possibilità di far accedere i disabili in tutta la struttura	Abbattimento di tutte le barriere architettoniche ed attuazione di percorsi facilitati.
Rispetto del divieto di fumo	Applicazione della legislazione antifumo	Indicazioni di divieto di fumo
Relazioni con gli utenti	Facile riconoscibilità del personale	Tutto il personale è dotato di un cartellino di riconoscimento.
Segnalazione disservizi	Possibilità di presentazione di osservazioni e/o reclami	Raccoglitori per osservazioni e/o reclami presso i punti di accesso dell'utenza o adeguata formazione del personale a raccogliarli
Verifica soddisfazione utenti	Livello di gradimento dei servizi offerti	Diffusione questionario agli utenti per rilevazione del livello di qualità percepita.
Rispetto della privacy	Applicazione della legislazione sulla tutela dati personali	Richiesta consenso informato alla gestione dei dati personali all'atto dell'accettazione
Informazione corretta e chiara	Informazione preventive	Consegna Carta dei Servizi o della Guida ai Servizi
Rapporti con il personale	Disponibilità personale medico al colloquio con utenti e familiari.	Livello di soddisfazione dei pazienti

Impegno: Certificazione di Qualità in conformità alla Norma di riferimento UNI EN ISO 9001

Per il raggiungimento di tale obiettivo ogni Funzione ha la responsabilità di implementare e applicare il Sistema di Gestione per la Qualità e di svolgere le proprie mansioni in ottemperanza ai requisiti per la Qualità prescritti dai Processi Operativi/Gestionali implementati.

Impegno: Monitorare il Livello di soddisfazione degli Utenti e gestire in modo efficace i reclami

L'Organizzazione intende monitorare eventuali gap tra la Qualità Prestata e la Qualità Percepita/Attesa e migliorare con continuità la Qualità dei propri servizi al fine di rispondere con efficacia alle esigenze dei propri Utenti e rilevare opportunità di miglioramento

Pertanto la Direzione si impegna mediante la gestione per la qualità a promuovere la consapevolezza dei requisiti degli Utenti nell'ambito di tutta l'organizzazione e la partecipazione del personale al miglioramento costruttivo delle attività, mediante l'attivazione di adeguati flussi di comunicazione e scambio di informazioni (riunioni, comunicazioni).

A tale scopo la Direzione si propone di garantire l'adeguatezza della Carta dei Servizi e il monitoraggio della soddisfazione dell'utente mediante la somministrazione di appositi Questionari e la gestione dei reclami.

Impegno: Assicurare un'efficace gestione delle Risorse in termini di abilità, competenza e partecipazione al miglioramento continuo

La Direzione assicura che siano disponibili le competenze necessarie al buon funzionamento dell'Organizzazione. Allo scopo si propone di:

- Sensibilizzare le funzioni allo scambio di informazioni
- Valutare le competenze necessarie, presenti e future sulla base di quelle esistenti, esigenze future, collegate ai piani e agli obiettivi strategici e operativi, esigenze di turn-over del personale, aggiornamento delle infrastrutture, competenza dei singoli ad eseguire determinate attività.
- Attivare nella quotidianità del lavoro la comunicazione e i buoni rapporti relazionali ad essa propedeutici.
- Attivare le competenze di ciascun operatore nella visione della buona gestione dell'impresa tenendo conto di implementazioni future, aggiornamento tout cour dell'azienda, requisiti di tipo cogente e norme di riferimento/cogenti all'attività aziendale

Impegni: Garantire l'efficace gestione dei processi

Ogni Reparto/Servizio deve migliorare con continuità la qualità dei propri servizi per rispondere alle esigenze dei propri Pazienti/Utenti, promuovendo la consapevolezza delle

loro necessità anche con l'attivazione di adeguati flussi di comunicazione tra le sue funzioni.

Al fine di migliorare la qualità dei propri servizi, la Direzione:

- favorisce il continuo interscambio di informazioni tra i settori del reparto per rendere note eventuali problematiche
- richiede alle funzioni di operare in conformità alle procedure di riferimento al fine di monitorare l'efficace gestione delle attività e del sistema Qualità implementato nel rispetto degli standard di sicurezza previsti dal Manuale di Prevenzione e Protezione.

Programmi

In questi mesi la struttura ha iniziato il nuovo cammino previsto dalla Regione Lazio per l'Autorizzazione e l'Accreditamento delle strutture sanitarie.

Più che come obbligo istituzionale, tali adempimenti sono vissuti dal centro come opportunità per proseguire in cammino del "percorso qualità" ormai in essere da alcuni mesi.

Dal punto di vista organizzativo la Direzione sta rivedendo i livelli di responsabilità, la ridefinizione delle piante organiche, le politiche di formazione del personale, tutte le procedure organizzative anche in relazione ad eventi eccezionali.

Prosegue il lavoro di coinvolgimento delle Associazioni di tutela degli utenti che delle associazioni di volontariato e di categoria per poter offrire servizi che siano sempre più in sintonia con i bisogni dei cittadini/utenti.

4 PARTE QUARTA: informazione, accoglienza, tutela e partecipazione

4.3 Relazioni con il pubblico

La Segreteria:

- fornisce le informazioni relative ai servizi che si svolgono all'interno della struttura e le modalità per usufruirne;
- informa sugli orari di apertura al pubblico dei vari ambulatori e/o uffici
- prepara e diffonde materiale informativo e divulgativo
- accoglie l'utente
- collabora con le associazioni di Volontariato e Tutela del malato
- fornisce informazioni relative alla presentazione dei reclami e li accoglie.

4.4 Gestione Reclami

Quando un Utente presenta un reclamo, il Laboratorio provvede a gestire il reclamo mediante analisi e valutazione delle cause che hanno determinato la non conformità del Servizio Prestato e/o l'insoddisfazione dell'Utente.

Inoltre definisce le azioni correttive e/o preventive per risolvere le problematiche e per evitare che queste si ripresentino.

Tale attività ha come obiettivo la soddisfazione delle esigenze dell'Utente nell'ottica del Miglioramento Continuo.

In particolare al ricevimento del reclamo, che può pervenire via telefono, di persona, fax, lettera, posta elettronica, il ricevente ha la responsabilità di registrarlo presso la Segreteria Refertazione sul DR 01/PG 05 "Reclamo Utente" comunicarlo immediatamente al Responsabile Assicurazione Qualità; **è prevista anche una scheda di segnalazione compilabile direttamente dall'utente e disponibile sul sito internet in AT.**

Il Responsabile Assicurazione Qualità provvede a :

- attribuire al reclamo un codice progressivo annuo e a aggiornare il DR 02 PG 05 "Registro Reclami Utente".
- informare immediatamente la Direzione, che provvede, con il supporto delle funzioni interessate, a valutare le cause che lo hanno determinato.

Definite ed identificate le cause del reclamo la Direzione/Responsabili di Settore, con il supporto del Responsabile Assicurazione Qualità, decide le Azioni Correttive immediate da attuare per la risoluzione del problema, trascrivendole sull'apposito sul DR 01 PG 05 "Reclamo Utente" e decide, se possibile, le azioni preventive per evitare il ripetersi della non conformità.

Il Responsabile Assicurazione Qualità/Segreteria refertazione, sentita la Direzione, comunica all'Utente le azioni correttive intraprese e i tempi di risoluzione. In ogni caso la Struttura si impegna a rispondere entro 10gg lavorativi.

Ad avvenuta chiusura del reclamo il Responsabile Assicurazione Qualità provvede a registrarne l'esito sul DR 02 PG 05 "Registro Reclami Utente".

4.5 Monitoraggio Soddisfazione utente

La Direzione, con il supporto del Responsabile Assicurazione Qualità provvede a monitorare la Soddisfazione degli Utenti al fine di valutare la Qualità del Servizio percepita, in relazione al Servizio Prestato.

Tale valutazione ha lo scopo di :

- Misurare il livello di qualità percepito dall'Utente
- Risolvere eventuali insoddisfazioni dell'Utente
- Rilevare opportunità di Miglioramento
- Verificare eventuali scostamenti tra la qualità progettata/prestata e la qualità percepita/attesa

Il monitoraggio della Soddisfazione dell'Utente viene effettuato utilizzando apposito "Questionario di Soddisfazione" (DR 03 PG 05) che viene messo a disposizione degli Utenti presso la Sala "Accettazione Amministrativa".

Tale questionario, definito dalla Direzione, con il supporto del Responsabile Assicurazione Qualità, permette di acquisire informazioni di carattere generale riguardanti l'utente (Sesso, età, motivazioni riguardanti la scelta del laboratorio) e di misurare il livello di soddisfazione relativamente ai seguenti parametri:

- accoglienza Sala Prelievi
- tempo di attesa per l'Accettazione Amministrativa
- tempo per effettuare il prelievo
- tempo impiegato per l'operazione complessiva
- organizzazione Sala Prelievi
- disponibilità del personale della Accettazione Amministrativa e della Sala Prelievi
- professionalità degli Operatori

I dati rilevati sulla base dei parametri sopradescritti vengono inseriti all'interno di un Foglio di calcolo (Analisi QSU.xls), appositamente predisposto, che permette di:

Ottenere il Punteggio complessivamente attribuito da ogni Utente in funzione dei parametri precedentemente descritti.

Rappresentare graficamente i dati ottenuti attraverso delle rappresentazioni grafiche (diagrammi a torta, istogramma).

In fase di Riesame del Sistema Qualità la Direzione provvede a:

- analizzare i dati risultanti dal Questionario di Soddisfazione
- valutare i parametri utilizzati per il monitoraggio al fine di assicurare la significatività dei dati e per garantirne l'adeguatezza e l'aggiornamento rispetto alle attività da tenere sotto controllo.

4.6 Partecipazione e Tutela

La funzione di partecipazione viene realizzata, oltre che con l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e relative modalità di accesso, anche attraverso:

- informazioni in merito alle associazioni di volontariato;
- rilevazione del gradimento, da parte dell'utenza, della prestazione sanitaria prendendo in esame, in particolare, la qualità dei rapporti con il personale, la puntualità dell'esecuzione della prestazione, il comfort offerto.

L'organizzazione ha provveduto a indicare nella Carta dei Servizi le Organizzazioni di volontariato e le modalità/criteri di accesso ai servizi sociali, al fine di garantire un'adeguata comunicazione in merito agli strumenti di tutela per gli utenti che si trovino in situazioni di fragilità, anche temporanea.

Sono identificati come soggetti fragili:

- soggetti con rischio di mortalità in eccesso rispetto ai soggetti della stessa età
- soggetti non in grado di svolgere in modo autonomo le attività quotidiane
- soggetti affetti da patologie o affezioni temporanee che determinano una riduzione della capacità fisica e cognitiva
- soggetti che per motivi di età o condizione sociale non sono in grado di esercitare scientemente e in piena coscienza diritti/assumere obblighi

In questi casi il soggetto è supportato e assistito dagli operatori della struttura, che si assicurano che nelle sue scelte sia adeguatamente supportato dal tutore o dall'accompagnatore.

La struttura garantisce la funzione di tutela nei confronti del cittadino attraverso la possibilità di sporgere reclamo a seguito di un disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità del servizio offerto.

Le segnalazioni saranno molto utili per conoscere e capire problemi esistenti e prevedere possibili interventi per migliorare il servizio al cittadino.

Altri soggetti verso cui esperire azioni a tutela dei propri diritti possono essere:

- Difensore civico regionale;
- Ordini professionali. Il cittadino, qualora lamenti il comportamento scorretto di un operatore professionale, può informare i rispettivi ordini professionali, ai quali può rivolgersi anche per la verifica del possesso dei titoli necessari all'esercizio della professione;

- Tribunale dei diritti del malato.

4.7 Verifica

Con cadenza periodica vengono effettuate le verifiche ispettive interne e le verifiche da parte dell'ente di certificazione. Inoltre con cadenza annuale la Direzione provvede a effettuare il Riesame del Sistema Qualità.

Secondo quanto descritto nella pG 01, il Sistema Qualità deve essere sottoposto a riesame da parte della Direzione almeno una volta all'anno in modo da verificarne l'idoneità, l'adeguatezza e l'efficacia e definire il piano di miglioramento dello stesso.

Il Riesame consiste nel verificare in primo luogo il conseguimento degli obiettivi di Qualità prefissati, valutando in modo approfondito e globale i risultati delle verifiche interne e gli Indicatori della Qualità.

A tale scopo il Responsabile Assicurazione Qualità ha la responsabilità di fornire alla Direzione una raccolta di dati relativa al Sistema Qualità che consenta un efficace Riesame dello stato del Sistema.

Gli elementi in ingresso per il Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità sono:

- Verifica della Politica della Qualità e del Piano di Miglioramento precedente;
- Verifica Efficacia Indicatori/Parametri di Misurazione e Monitoraggio dei processi
- Verifica delle Azioni derivanti dal precedente Riesame
- Risultati delle Verifiche Ispettive
- Analisi Non Conformità, Reclami, Azioni Preventive e Correttive
- Valutazioni in merito all'efficacia dei Piani di Formazione/Addestramento
- Modifiche al Sistema di Gestione per la Qualità

Sulla base dell'analisi di tali parametri la Direzione individua e analizza le opportunità per il Miglioramento e le esigenze di modifica del sistema di Gestione per la Qualità definendo in particolare decisioni che intenda intraprendere in merito a :

- Miglioramento dell'efficacia del Sistema di Gestione per la Qualità e dei suoi Processi
- Miglioramento del Servizio in rapporto alle informazioni di ritorno da parte degli Utenti
- Esigenza di Risorse

Al termine del Riesame viene redatto un verbale (DR 05 PG 01) completo delle attività svolte con l'indicazione dei documenti utilizzati e di quanto convenuto in sede di Riesame.

Il verbale viene firmato dalla Direzione.

Sulla base delle considerazioni effettuate si potranno:

- proporre le Azioni Correttive o migliorative opportune;
- rivedere o aggiornare i Piani di Miglioramento;
- definire modifiche o implementazioni della Documentazione.

Le Azioni di Miglioramento sul Sistema Qualità potranno anche riguardare l'adeguatezza agli obiettivi dichiarati di:

- livelli di efficienza e formazione e qualifica del Personale
- attrezzature
- forniture esterne
- documenti del Sistema Qualità

Sistema di Gestione per la Qualità stesso

4.8 Barriere architettoniche e accessibilità

Le aree destinate all'utenza sono facilmente raggiungibili tramite percorsi facilitati o ascensori modificati per disabili.

4.9 Associazioni di Volontariato

Presso la Segreteria è possibile ricevere informazioni sulle associazioni di volontariato che operano sul territorio. Tali informazioni sono reperite e reperibili mediante l'accesso al sito www.volontariato.lazio.it.

Inoltre le associazioni di volontariato riconosciute e con scopi coerenti con la mission della struttura possono presentare domanda scritta di collaborazione indicando le finalità e allegando lo statuto associativo.

La Direzione valuta le domande e, quando necessario propone una riunione con i rappresentanti dell'associazione. Per l'avvio della collaborazione è necessario soddisfare i seguenti punti:

1. formalizzazione di un protocollo di intesa
2. elenco dei volontari ammessi alla struttura
3. definizione delle polizze assicurative
4. predisposizione della documentazione relativa alle normative per la "sicurezza" e per la "privacy"
5. predisposizione dei cartellini di riconoscimento