

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 1 di 20</p>
--	----------------------------	---

Carta dei servizi

Gruppo Ippocrate



REDATTA IN CONFORMITA' AL DPCM 19/05/1995 E DGR n 636 del 3 Agosto 2007 E CON LA CONSULTAZIONE DELLE CATEGORIE PROFESSIONALI E ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO RAPPRESENTATIVE DEL COLLETTIVO DELL'UTENZA

Edizione : 0	Firma Emittente	Verifica RSI (firma)	Approvazione DIR
Revisione	Data	Oggetto	
0	26.06.2012	PRIMA EMISSIONE	
1	03.01.2013	MODIFICHE PER SOSTITUZIONE PERSONALE	
2	03.10.2013	MODIFICHE PER SOSTITUZIONE SERVICE	
3	15.09.2014	MODIFICATI NOMINATIVI RESPONSABILI E ORARI DEL LABORATORIO	
4	23.02.2015	MODIFICHE PER CAMBIO SEDE E INTEGRAZIONE IOPS 7.5.1-1	
5	03.10.2016	MODIFICHE PER SOSTITUZIONE PERSONALE	
6	07.08.2018	MODIFICHE PER SOSTITUZIONE PERSONALE	
7	11.07.2019	MODIFICHE ED INTEGRAZIONI	
8	09.02.2021	MODIFICHE ED INTEGRAZIONI	
9	31.03.2022	MODIFICHE ED INTEGRAZIONI	
10	09.03.2023	MODIFICHE PER SOSTITUZIONE PERSONALE	
11	19.01.2024	MODIFICHE ED INTEGRAZIONI	
12	10.01.2025	MODIFICHE NUOVO TARIFFARIO SSN 2025	

FIGURE RESPONSABILI

RAPPRESENTANTE LEGALE: Belfi Alessandro

COORDINATORE SANITARIO: Dott.SSA MARCELLINI ANNA MARIA

RESPONSABILE DELLA QUALITA': DOTT. GIOVANNI PANDOLFO

**AUTORIZZAZIONE REGIONALE N°U00025 DEL 22 GENNAIO 2015
ACCREDITAMENTO N° 109 518001**

Approvata lì, 10.01.25

Il Legale Rappresentante

GRUPPO IPPOCRATE S.r.l.
Via F. Petrarca, 50C
01030 Civita Castellana (VT)
P.IVA 02076400561

INDICE DELLE SEZIONI DELLA CARTA DEI SERVIZI

Presentazione

Sezione Prima

1. POLITICA PER LA QUALITÀ
2. PRESENTAZIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI
3. PRESENTAZIONE LABORATORIO “GRUPPO IPOCRATE SRL”
4. COME RAGGIUNGERCI
5. COME CONTATTARCI
6. MODALITÀ DI ACCESSO AL LABORATORIO
7. PROTOCOLLO DIAGNOSTICO PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE
8. PRINCIPI FONDAMENTALI

Sezione Seconda

1. RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE
2. ACCESSO AI SERVIZI
3. SERVIZI ACCESSORI E COMFORT

Sezione Terza

1. STANDARD DI QUALITÀ GENERALI
2. STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI
3. STRUMENTI DI VERIFICA PER IL RISPETTO DEGLI STANDARD
4. IMPEGNI E PROGRAMMI PER LA QUALITÀ

Sezione Quarta

1. MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA
2. INDAGINE SULLA SODDISFAZIONE DEI CLIENTI/ASSISTITI
3. SCHEDA SODDISFAZIONE CLIENTE
4. SCHEDA RECLAMI

G.le Signora/e,

Vi presentiamo la Carta dei Servizi del Nostro Laboratorio, che vuole rappresentare trasparenza e qualità in favore del Vostro diritto alla salute. Infatti la Carta dei Servizi Vi porta a conoscenza di tutti i settori della nostra Struttura Sanitaria con tutti i servizi offerti e dei "percorsi" di qualità che seguiamo per assicurare il miglior benessere assistenziale.

Non è quindi un semplice libretto informativo, ma uno strumento attraverso il quale si vuole instaurare un colloquio costruttivo e sempre rivolto al miglioramento di quanto è ancora perfezionabile.

È stata elaborata con l'apporto di tutto il personale medico e tecnico, ponendo grande attenzione ai suggerimenti dei nostri clienti/assistiti.

La nostra Carta dei Servizi vuole in qualche modo far trasparire i principi ispiratori della gestione del Laboratorio: umanità ed efficienza.

L'introduzione dei nuovi modelli organizzativi rappresenta il risultato di un processo di revisione che ha promosso l'adozione di nuove modalità d'intervento ed i criteri di revisione di tutte le attività che vengono svolte nella Struttura al fine di renderle sempre più aderenti ai bisogni ed alle aspettative dei Clienti/assistiti.

Vi preghiamo ed invitiamo, al fine di mantenere sempre vivi i nostri principi/obiettivi, di compilare il questionario ed i moduli allegati per esprimerci le Vostre opinioni ed i Vostri suggerimenti.

Quanto è stato fatto è dovuto non solo alla volontà di operare in una prospettiva di qualità e di miglioramento continuo, ma anche di perseguire con maggiore impegno i valori deontologici ed etici che caratterizzano da sempre l'attività dell'Organizzazione.

**I nostri migliori auguri
La Direzione**

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 5 di 20</p>
---	----------------------------	---

Sezione Prima

1 - Politica per la Qualità

LA POLITICA PER LA QUALITÀ È RIPORTATA IN ALLEGATO, AL PRESENTE DOCUMENTO ED ESPOSTA AL PUBBLICO PRESSO GLI AMBIENTI DEL CENTRO, PER GARANTIRE LA COMUNICAZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI RELATIVI ALLA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI.

2 - Presentazione della Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi, introdotta con la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 Gennaio 1994 e resa vincolante dalla legge 273/95, rappresenta uno strumento fondamentale per garantire al cittadino la tutela e la partecipazione attiva al processo di miglioramento dell'assistenza, il diritto all'informazione ed il mantenimento degli standard di qualità; tale strumento rappresenta un significativo cambiamento dalla cultura amministrativa a quella aziendale e la capacità di attivare meccanismi di misurazione del servizio e del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La Carta dei servizi rappresenta il "patto" tra il soggetto erogatore del servizio e il cittadino, assume la funzione di strumento di miglioramento della qualità del servizio offerto e della comunicazione, pertanto definisce gli obiettivi, gli impegni assunti per il raggiungimento di questi ultimi da parte dell'amministrazione che l'adotta, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente.

Su queste basi il Laboratorio "Gruppo Ippocrate", che è sempre stato vicino ai bisogni dei cittadini ed in particolare ai pazienti, si pone la prospettiva di fornire servizi sempre più rispondenti alle esigenze reali della "domanda" attraverso tale Carta dei Servizi.

Avere la Carta dei Servizi rappresenta un obbligo di trasparenza verso i cittadini, una garanzia di chiarezza circa quello che si è in grado di offrire e una corretta informazione su tutta l'organizzazione.

Il presente documento rappresenta la sintesi e la fotografia di ciò che oggi siamo in grado di offrire, ma il nostro impegno è quello di operare per il continuo miglioramento dei nostri servizi. Pertanto la Carta dei Servizi è uno strumento dinamico e suscettibile di continue verifiche e aggiornamenti.

3 - Presentazione del Centro “Gruppo Ippocrate s.r.l.” ed i servizi offerti

Il Laboratorio si occupa di medicina di laboratorio e per caratterizzare con esattezza il nostro campo di attività possiamo riferirci al D.P.R. 14 Gennaio 1997, che all'articolo 37 dà una precisa definizione per i servizi di Medicina di laboratorio: “L'attività di medicina di laboratorio fornisce informazioni ottenute con metodi chimici, fisici o biologici su tessuti o liquidi di origine umana o su materiali connessi alla patologia umana, ai fini della prevenzione, della diagnosi, del monitoraggio della terapia e del decorso della malattia e ai fini della ricerca”

Offre Servizi Sanitari in Medicina di Laboratorio e nello specifico analisi

- Immunometriche
- Ematochimiche
- Coagulazione
- Microbiologia

4 - Come Raggiungerci

Ci troviamo a Via Francesco Petrarca snc, Civita Castellana (VT) - all'interno della cittadella della Salute.

In automobile:

Il Laboratorio è facilmente raggiungibile uscita Magliano Sabina autostrada Roma-Firenze direzione Nord e Sud.

Con i mezzi pubblici:

Il laboratorio è situato davanti alla fermata della linea Co.tra.I. direttrice Civita Castellana Viterbo.

5 - Come Contattarci

Per informazioni sui servizi e sulle prestazioni erogate dalla Struttura, nonché per qualsiasi segnalazione che riterrà opportuno farci, potrà contattarci nei seguenti modi:

Gruppo Ippocrate srl - Laboratorio

UFFICIO INFORMAZIONI:	TEL:	0761/514328
	FAX:	0761/514328
	E-mail:	info@gruppoippocrate.it gruppoippocratesrl@hotmail.it

SITO WEB: www.gruppoippocrate.it

WHATSAPP: 347 6702359

6 – Modalità di accesso al Centro

Presso il nostro Laboratorio possono accedere tutti i cittadini che devono richiedere analisi cliniche, preventivamente prescritte dal medico di base, se si tratta di prestazioni in convenzione, o da medici specialisti se si tratta di prestazioni private.

Inoltre, per effettuare prestazioni in **regime di convenzione** con il Servizio Sanitario Regionale, il paziente deve presentare un documento di riconoscimento valido e idonea impegnativa contenente:

- nome, cognome, età del paziente, numero del libretto sanitario ed eventuale specifica del diritto di esenzione dal pagamento della prestazione;
- specificazione delle prestazioni richieste secondo il limite per impegnativa richiesto dalle attuali disposizioni;
- timbro e firma del medico e data della prescrizione.

Per **effettuare prestazioni privatamente**, invece, è sufficiente farne richiesta al personale in accettazione, o presentare la prescrizione di uno specialista, indicante le prestazioni che si intende svolgere, ed un valido documento di riconoscimento.

Le prestazioni sono erogate successivamente al pagamento del ticket, salvo i normali casi di esenzione documentati.

*A proposito di **auto**prescrizione desideriamo consigliare all'Utente di non confidare troppo sulla sua esperienza di paziente e di non auto prescrivere le analisi. Affidi invece questa responsabilità al medico, che, indubbiamente potrà consigliare le più adatte.*

"Rifletta: potrebbe fare cento analisi inutili e non l'unica giusta per fare la diagnosi!"

L'orario di apertura al pubblico e di erogazione di informazioni è quello riportato nel seguente prospetto riepilogativo.

GIORNI	<u>ORARIO DI FUNZIONAMENTO DEL LABORATORIO</u>	<u>ORARIO INFORMAZIONI TELEFONICHE</u>	<u>ORARIO RITIRO REFERTI</u>	<u>ORARIO PRELIEVI</u>
LUN.	8.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷14.00 15.30÷17.00	12.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷11.30
MAR.	8.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷14.00 15.30÷17.00	12.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷11.30
MER.	8.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷14.00 15.30÷17.00	12.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷11.30
GIOV.	8.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷14.00 15.30÷17.00	12.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷11.30
VEN.	8.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷14.00 15.30÷17.00	12.00÷14.00 15.30÷17.00	8.00÷11.30
SAB.	8.00÷12.30	8.00÷12.30	11.30÷12.30	8.00÷11.30

Durante il colloquio di accettazione, all'utente saranno fornite tutte le informazioni affinché l'impegnativa risulti compilata correttamente nonché tutte le informazioni tecniche per assicurare un'adequata preparazione al prelievo.

Sono disponibili moduli di istruzione specifiche per esami che richiedono modalità di esecuzione raccolta, conservazione e trasporto particolari.

Prima di accedere all'area prelievi/consegna campioni biologici, l'utente dovrà regolarizzare tutti gli aspetti burocratici e amministrativi presso la segreteria accettazione. Questi consistono in:

- Verifica di correttezza della ricetta.

- Pagamento del ticket o verifica dell'eventuale titolo di esenzione con firma della ricetta.
- Pagamento della prestazione in caso di prestazione non contemplata nel Tariffario S.S.N..
- Pagamento prestazione in caso di esame privato.

In caso di imprecisioni formali dei documenti sanitari, l'utente potrà comunque godere dei ns. servizi, evitando di ripetere la prenotazione, impegnandosi a presentare nel più breve tempo possibile, la documentazione idoneamente completata.

I risultati, dovranno essere obbligatoriamente ritirati entro i trenta giorni successivi alla data della refertazione per evitare, come previsto dalla legge, l'addebito dell'intero importo della prestazione erogata.

La Segreteria Accettazione è in grado di fornire tutte le informazioni specifiche e in particolare quelle relative al tempo necessario per il ritiro dei singoli esami o di esami urgenti, che vengono accettati in segreteria con apposita modalità urgente e comunicati al DT.

Le prestazioni possono essere pagate sia in contanti che con Bancomat/Carta di Credito

I referti non possono essere letti al telefono e possono essere ritirati dietro presentazione dell'apposito modulo di ritiro dal diretto interessato o da delegato.

E' attivo gratuitamente il servizio di ritiro dei REFERTI ONLINE.

Alcune analisi necessitano di una preparazione particolare indicata su apposita informativa che verrà fornita dall'operatore in Accettazione all'atto della prenotazione.

Il centro e' convenzionato con i principali enti assicurativi nel campo sanitario, come COOPSALUTE, GENERALI HEALTH, CUP SOLIDALE , PREVIMEDICAL e BLUE ASSISTANCE.

Prelievi domiciliari

Se il paziente è immobilizzato per un problema di salute, deve fissare un appuntamento per il prelievo che verrà effettuato presso il suo domicilio. Non sono effettuati prelievi domiciliari per altri motivi.

Requisiti dell'impegnativa

Con ogni impegnativa possono essere richiesti al massimo 8 esami.

Se le prestazioni fossero solo in parte esenti dal pagamento del ticket devono essere richieste con 2 impegnative distinte, una per le prestazioni esenti e una per quelle su cui grava la quota ticket.

Il medico di base è tenuto a trascrivere sulla ricetta: nome, cognome ed età dell'assistito; numero della tessera sanitaria con l'indicazione di eventuali diritti di esenzione dal pagamento nonché il motivo e/o numero dell'esenzione; l'indicazione terapeutica; gli esami richiesti; data, timbro e firma del medico stesso.

Ogni richiesta dovrebbe evidenziare la diagnosi o il sospetto clinico, in particolare:

- a) Prima settimana di gestazione
- b) Nome commerciale e posologia del farmaco somministrato
- c) Diagnosi o quesito diagnostico
- d) Notizie anamnestiche
- e) Per gli esami di batteriologia:
 1. Tipologia del campione ed esami da eseguire;
 2. Se non specificato il tipo di esame sarà eseguito l'esame colturale per germi comuni;
 3. Verrà effettuato l'esame colturale per germi comuni anche quando richiesto il batteriologico.

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 9 di 20</p>
---	----------------------------	---

Consegna Campioni

I Campioni biologici possono essere consegnati negli orari di accettazione. I campioni reputati non idonei saranno respinti dal personale di accettazione e sarà richiesto un nuovo campione biologico. È a disposizione della clientela nel desk accettazione apposita procedura per trasporto e conservazione dei campioni biologici (IOPS 7.5.1-6)

Organi di tutela dei pazienti

La Direzione informa i gentili utenti, dell'esistenza di organi di tutela dei pazienti a cui rivolgersi per qualsiasi violazione dei propri diritti si ritenga aver subito presso la nostra o altrui Struttura sanitaria.

Il Tribunale per i diritti del malato (TDM) è un'iniziativa di Cittadinanzattiva, nata nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale. Il TDM è

Cittadinanzattiva onlus
Via Cereate, N. 6 - 00183 Roma

Tel. 06.3671.81

Fax 06.3671.8333

Per saperne di più su Cittadinanzattiva, sulle sue attività e sulle sedi presenti sul territorio

mail@cittadinanzattiva.it

Per informazioni sulle attività del Tribunale per i diritti del malato (NON PER LE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI) tdm@cittadinanzattiva.it

Per informazioni sulle attività del Coordinamento Nazionale delle Associazioni di Malati Cronici cnamc@cittadinanzattiva.it

Per informazioni sulle attività dei Procuratori dei cittadini (NON PER LE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI) procuratori@cittadinanzattiva.it

Per informazioni sulle attività di Giustizia per i diritti (NON PER LE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI) giustizia@cittadinanzattiva.it

7 - Protocollo Diagnostico per la tutela della maternità responsabile

**Decreto 10/09/1998 (G.U. n. 245 del 20.10.1998) aggiornamento del D.M. 06/03/95
in vigore dal 4/11/1998**

EPOCA PRECONCEZIONALE

Prestazioni per la donna

- Anamnesi e valutazioni, definite brevi: consulenza ginecologica preconcezionale
- Anticorpi anti eritrociti (Test di Coombs indiretto): in caso di rischio di isoimmunizzazione
- Virus rosolia anticorpi (IgG, IgM)
- Toxoplasma anticorpi (E.I.A.) (IgG, IgM)
- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Resistenza osmotica eritrocitaria (Test di Simmel): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alter.morf.eritrociti
- Hb-Emoglobine anomale (HbS,HbD,HbH,ecc.): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morf. Eritrociti
- Esame citologico cervico vaginale (PAP TEST)

Prestazioni per l'uomo

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.: in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- Resistenza osmotica eritrocitaria (Test di Simmel): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- Hb-Emoglobine anomale (HbS,HbD,HbH,ecc.): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie

Prestazioni per la coppia

- Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- Gruppo sanguigno ABO e RH (D)
- Treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantit. Mediante emoagglutin. Passiva) (TPHA)
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (Flocculazione) (VDRL) (RPR)

In caso di abortività ripetuta o pregressa, patologie della gravidanza con morte perinatale e su prescrizione dello Specialista (¹)

- Ecografia transvaginale
- Isteroscopia Escluso: biopsia con dilatazione del canale cervicale
- Biopsia del corpo uterino: biopsia endoscopica (isteroscopia) dell'endometrio
- Anticoagulante Lupus-Like (LAC)
- Anticorpi anti cardiolipina (IgG,IgA,IgM)
- Anticorpi anti microsomi (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)
- Anticorpi anti tireoglobulina (AbTg)
- Cariotipo da metafasi linfocitarie 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande): alla coppia

¹ operante presso strutture specialistiche accreditate pubbliche/private e consultori familiari.

EPOCA CONCEZIONALE

ALL'INIZIO DELLA GRAVIDANZA entro la 13^a sett. (possibilmente, e comunque al primo controllo)

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Gruppo sanguigno ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- Aspartato aminotransferasi (AST) (GOT) (S)
- Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) (S/U)
- Virus rosolia anticorpi: in caso di IgG negative ripetere entro la 17^a settimana
- Toxoplasma anticorpi (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto
- Treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantit. Mediante emoagglutin. Passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (Flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- Glucosio (S/P/U/dU/La)
- Urine esame chimico fisico e microscopico
- Ecografia ostetrica
- Anticorpi anti eritrociti (Test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO, il test deve essere ripetuto alla 34^a-36^a settimana

Tra la 14^a e la 18^a sett.

- Urine: esame chimico fisico e microscopico

Tra la 19^a e la 23^a sett.

- Urine: esame chimico fisico e microscopico
- Ecografia ostetrica

Tra la 24^a e la 27^a sett.

- Glucosio (S/P/U/dU/La)
- Urine: esame chimico fisico e microscopico

Tra la 28^a e la 32^a sett.

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Ferritina (P/(Sg)Er): in caso di riduzione del volume globulare medio
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Ecografia ostetrica

Tra la 33^a e la 37^a sett.

- Virus epatite B (HBV) ANTIGENE HbsAg
- Virus epatite C (HCV) ANTICORPI
- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi in caso di rischio anamnestico

Tra la 38^a e la 40^a sett.

- Urine: esame chimico fisico e microscopico

Dalla 41^a sett.

- Su prescrizione dello Specialista (*)
- Ecografia ostetrica
- Cardiotocografia: (se necessario monitorare fino al parto)

In caso di batteriuria significativa

- Esame colturale (URINOCOLTURA) ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica

N.B.: GRAVIDANZA A RISCHIO

sono esenti tutti gli esami purché lo Specialista (²) indichi:

a) "gravidanza a rischio"

diagnosi o sospetto diagnostico

² operante presso strutture specialistiche accreditate pubbliche/private e consultori familiari.

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 12 di 20</p>
---	----------------------------	--

8 - Principi Fondamentali

Nell'espletamento delle varie attività, l'Organizzazione si è sempre impegnata al rispetto del cittadino come soggetto del diritto inalienabile alla salute ed ha considerato ogni persona che si rivolge alla Struttura nella triplice veste di:

paziente, in quanto portatore di un bisogno diagnostico/terapeutico.

utente, in quanto fruitore di un servizio pubblico.

cliente, in quanto ha riposto la sua fiducia nella Struttura.

Per perseguire tali obiettivi, l'Organizzazione ha come punti di riferimento i seguenti principi:

- salvaguardare il diritto di scelta verso tutti i pazienti;
- salvaguardare i principi di **eguaglianza** e di **imparzialità** verso tutti i pazienti;
- assicurare **trasparenza** e **semplicità** dei percorsi amministrativi;
- raggiungere **efficienza** organizzativa attraverso l'attenta rilevazione dei suggerimenti dei pazienti;
- mantenere **efficacia** tecnica seguendo costantemente l'evoluzione scientifica del settore;
- attivare una **formazione continua** ed una partecipazione di tutto il personale, operante presso l'Organizzazione per crescere insieme e migliorare ogni giorno le nostre offerte di servizi e prestazioni.

Il Cliente/assistito ha il **diritto a partecipare**, attivamente, all'erogazione del servizio presentando reclami e istanze riguardo a servizi erogati non in conformità ai principi da Noi enunciati; può produrre documenti, formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio ed ha a disposizione come strumento per esprimere la propria opinione e la valutazione sui servizi erogati **"la scheda di valutazione del grado di soddisfazione cliente"**. I dati raccolti sono analizzati periodicamente ad opera della Direzione e discussi con tutti gli operatori.

Efficienza e Efficacia, nell'espletamento delle prestazioni e nel raggiungimento degli obiettivi attraverso la messa in atto di metodologie di lavoro scientificamente, valide ed aggiornate, e l'applicazione della buona pratica professionale in stretta collaborazione con il Cliente/assistito. In particolare, l'Efficienza della struttura e l'Efficacia delle prestazioni offerte sono garantiti dall'applicazione di:

- piani di miglioramento continuo della qualità del servizio offerto;
- continuo aggiornamento tecnico-scientifico del personale operante presso la Struttura;
- iniziative necessarie a raggiungere l'esito desiderato con l'applicazione della buona pratica professionale quotidiana e la collaborazione col Cliente/assistito.

Sezione Seconda

1 - Responsabilità del personale

La struttura organizzativa è schematizzata nella tabella che segue, in cui vengono indicate le principali responsabilità del personale.

AREA	FUNZIONE	RESPONSABILE
DIREZIONALE	AMMINISTRATORE UNICO	BELFI ALESSANDRO
SANITARIA	DIRETTORE LABORATORIO	DOTT. MARCELLINI ANNA MARIA
QUALITA'	RGQ	DOTT.GIOVANNI PANDOLFO
SICUREZZA	R.S.P.P.	ING. PAOLA PIEGARI
AMMINISTRATIVA	RESP. AMMINISTRATIVO	BELFI ALESSANDRO
GESTIONE CLIENTI	ADDETTO ACCETTAZIONE	BASILI SERENA
	ADDETTO ACCETTAZIONE	MARTOCCIA MARIANNA
	ADDETTO ACCETTAZIONE	VIVAN MARTA
	ADDETTO ACCETTAZIONE	COSTANTINI STEFANIA
LABORATORIO	DIREZIONE TECNICA	DOTT. MARCELLINI ANNA MARIA
	RESP. MICROBIOLOGIA	DOTT. MARCELLINI ANNA MARIA
	TECNICO DI LABORATORIO	DOTT.MOMETTI SILVIA
	BIOLOGO	DOTT. SACRIPANTI GIUSEPPE DOTT. RUSSO ELISA
PRELIEVI	INFERMIERA	DOTT.SSA ALESSANDRINI SARA
	INFERMIERE	DOTT:SSA QUATRINI ANGELA
	INFERMIERE	DOTT.SSA GUASTAFIERRO ANNA TERESA
APPROVVIG.	ADDETTO ACQUISTI	BASILI SERENA
PULIZIE		CORRADINI LETIZIA
MEDICO COLLABORATORE		DOTT. BRUZZICHES ROBERTO DOTT.SSA EVANGELISTI MELANIA

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 14 di 20</p>
---	----------------------------	--

2 – Accesso ai servizi

Per le prestazioni di Medicina di Laboratorio, lo sportello di Prenotazione ed accettazione amministrativa, ubicato all'ingresso del Centro, è operativo nei giorni e negli orari indicati precedentemente.

3 - Servizi accessori e comfort

All'ingresso e nei corridoi di tutta la Struttura sono state predisposte indicazioni dei settori e dei servizi, per favorire l'orientamento di quanti accedano alla struttura.

Il Laboratorio è situato al piano terra del complesso denominato "Cittadella della Salute" pertanto facilmente raggiungibile da tutte le tipologie di clientela, portatori di handicap compresi.

Le strade antistanti permettono di poter facilmente parcheggiare anche grazie ad un parcheggio interrato facente parte del complesso stesso.

Sezione Terza

1 - Standard di Qualità

La Direzione Aziendale definisce i fattori di qualità del servizio, gli indicatori e gli standard che devono essere perseguiti nell'esecuzione delle prestazioni.

Nella presente Carta dei Servizi sono esplicitati gli impegni che il nostro Laboratorio assume nei confronti degli utenti in conformità alla vigente normativa nazionale e regionale, sono dunque adottati i 14 diritti dei pazienti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. prevenzione
2. accesso garantito per tutti
3. informazione
4. consenso informato
5. libera scelta tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari
6. privacy e confidenzialità
7. rispetto del tempo del paziente
8. individuazione di standard di qualità
9. sicurezza dei trattamenti sanitari
10. innovazione e costante adeguamento
11. iniziative organizzative e procedurali volte ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari
12. personalizzazione del trattamento
13. sistema del reclamo
14. procedure di risarcimento adeguato ed in tempi ragionevolmente brevi.

Alla luce di tali principi vengono individuati i seguenti fattori di qualità per la realizzazione di un sistematico monitoraggio e per ognuno dei quali vanno individuati gli indicatori e fissati gli standard.

2 - Standard di Qualità, Impegni e Programmi

L'Amministrazione del Laboratorio è costantemente impegnata a raggiungere, nell'espletamento dell'attività e nell'erogazione delle prestazioni, alti livelli qualitativi per gli utenti.

La Direzione ha definito e documentato, attraverso il Piano delle Attività ed attraverso le procedure e i protocolli aziendali, la propria "politica per la qualità" con i relativi obiettivi ed i conseguenti piani di miglioramento.

L'obiettivo primario è la completa soddisfazione delle esigenze ed aspettative del cliente e quindi di garantire in ogni circostanza l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni erogate.

L'impegno profuso dalla nostra azienda e dalla sua organizzazione, al fine di perseguire tale obiettivo, è assicurato attraverso:

- Una chiara definizione dei compiti e delle responsabilità a tutti i livelli;
- La fattiva partecipazione di tutti i collaboratori;
- La piena consapevolezza di tutti i collaboratori di essere parte integrante e attiva dell'azienda;
- La definizione di adeguate e dettagliate procedure, indicanti le metodiche di attuazione dei processi gestionali ed operativi;
- La formazione continua a tutti i livelli;
- Il monitoraggio costante della qualità del servizio erogato, ai fini del continuo miglioramento delle prestazioni;
- L'attuazione di adeguate Azioni Preventive e Correttive per anticipare, individuare e risolvere eventuali problemi legati ai disservizi.

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

La Struttura ha individuato i seguenti indicatori per fornire servizi di alta qualità.

FATTORI DI QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
TEMPESTIVITÀ, PUNTUALITÀ E REGOLARITÀ DEL SERVIZIO		
TEMPI DI ACCETTAZIONE ED EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE RICHIESTA	Regolarità nell'accettazione delle prestazioni da erogare	N° 15 minuti
	Tempo di attesa medio fra l'accettazione e l'esecuzione del prelievo	N° 10 minuti
	Tempo di attesa per la risoluzione dei reclami	Per il 100% dei reclami presentati sono rispettati i tempi previste per la risoluzione
	Disponibilità di numeri telefonici dedicati	Recapito telefonico 0761/514328 Vedasi tabella pag. 7
SEMPLICITÀ DELLE PROCEDURE		
PRESENTAZIONE DEI RECLAMI	Esistenza di moduli reclami e soddisfazione Clienti	I moduli sono disponibili nel 100% dei casi
	Esistenza personale addetto a ricevere i reclami dei Clienti	La Segreteria accettazione è disponibile nel 100% dei casi per tali esigenze
EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	Esistenza personale addetto all'accettazione	La Segreteria accettazione è disponibile nel 100% dei casi a tale scopo
ORIENTAMENTO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE SUI SERVIZI		
SERVIZI OFFERTI E INDAGINI DI SODDISFAZIONE	Disponibilità presso l'accettazione di materiali informativi comprensivi di scheda soddisfazione cliente, prestazioni erogate dal Centro e modalità di accesso ai vari servizi e settori	Nel 100% dei casi sono disponibili le informazioni necessarie oltre ai questionari per verificare il grado di soddisfazione
RELAZIONI CON IL PERSONALE	Visibilità del tesserino di riconoscimento	Il 100% delle risorse umane del centro indossa il tesserino
SEGNALETICA	Disponibilità di Cartelli e degli indicatori di percorsi da seguire	Il 100% della struttura contiene indicatori segnaletici
COMPLETEZZA E CHIAREZZA DELL'INFORMAZIONE SANITARIA		
INFORMAZIONI SUI SERVIZI SANITARI EROGATI	Esistenza di personale medico/Biologo preposto all'erogazione di informazioni per una corretta interpretazione della documentazione sanitaria	Nel 100% dei casi è presente personale sanitario in grado di svolgere tali attività

FATTORI DI QUALITÀ	INDICATORI DI QUALITÀ	STANDARD DI QUALITÀ
COMFORT, PULIZIA E CONDIZIONI DI ATTESA		
COMFORT DELLA SALA DI ATTESA	Esistenza di una sala di attesa con servizi	Posti a sedere in numero adeguato, Servizi igienici adiacenti e dotati dei comfort e del grado di pulizia necessari e privi di barriere architettoniche
PERSONALIZZAZIONE ED UMANIZZAZIONE		
UMANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TUTELA DEI DIRITTI	Esistenza di zone predisposte per il rispetto della privacy	La Struttura dispone di aree specifiche
	Esistenza di risorse disponibili per l'assistenza alle persone	Il 100% della presenza delle risorse
	Assenza di Barriere Architettoniche	Il 100% della struttura non presenta barriere architettoniche
	Riservatezza dei dati sensibili	Modalità atte ad assicurare la riservatezza delle informazioni sanitarie
TUTELA E VERIFICA		
FORMAZIONE DEL PERSONALE	Scelta del piano di formazione per singolo operatore in coerenza con la branca	Almeno l'80% della formazione va attuata
MANUTENZIONE CONTINUA DELLE ATTREZZATURE	Registrazioni manutenzione per ogni strumentazione	L'80% del piano di manutenzione preventivo va attuato nell'anno
	Piano di previsione di acquisto attrezzature	L'80% del piano di previsione va verificato nella sua attuazione annuale
DIBATTITI E APPROFONDIMENTO SULLE VERIFICHE DI QUALITÀ	Verbali degli approfondimenti sulla qualità della VEQ tenuta durante gli incontri mensili	Almeno l'80% delle eventuali difformità devono trovare risoluzioni nei 2 mesi

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 18 di 20</p>
---	----------------------------	--

3 - Strumenti di Verifica per il rispetto degli standard

Gli standard sopra elencati vengono verificati e quindi aggiornati attraverso l'utilizzo delle Schede valutazione del grado soddisfazione cliente. Semestralmente, il Responsabile Gestione Qualità, analizza le Schede compilate, al fine di individuare eventuali spostamenti rispetto agli standard prefissati. I dati raccolti verranno analizzati statisticamente in sede di Riesame da parte della Direzione ed utilizzati per introdurre eventuali correttivi.

4 - Impegni e programmi per la Qualità

La Struttura garantisce a tutti i cittadini che usufruiscono delle prestazioni erogate:

- Completezza dell'informazione sul trattamento dei dati attraverso la relativa informativa e dichiarazione di consenso;
- Riservatezza e rispetto del Cliente/assistito nell'erogazione di prestazioni sanitarie;
- Personalizzazione dell'assistenza per tutte le prestazioni erogate.

Nei prossimi 12 mesi, la struttura si impegna a migliorare il servizio relativo all'accuratezza dei servizi erogati ed all'accoglienza mediante le seguenti azioni:

- Stabilire procedure il più possibile vicino alle esigenze dell'utenza relative alla gestione dell'accettazione;
- Aggiornare la formazione del personale non solo relativamente alla buona prassi professionale ma anche al miglioramento relazionale con i Clienti/assistiti;
- Raccogliere ed analizzare le Schede di valutazione al fine di orientare l'organizzazione in funzione dei bisogni dei Clienti/assistiti.

	<h1>Carta dei servizi</h1>	<p>Rev.0.12 del 10/01/2025 Pag. 19 di 20</p>
---	----------------------------	--

Sezione Quarta

1 - Meccanismi di Tutela e Verifica

In caso di limitazione e/o esclusione dalla fruizione di prestazioni erogate e in generale per la segnalazione di disservizi il Cliente/assistito può utilizzare il modulo Reclamo messo a disposizione presso tutti i punti di accettazione.

Quest'ultimo, compilato in ogni sua parte, deve essere consegnato all'accettazione.

La Direzione mensilmente analizza i Reclami; in quanto responsabile della gestione di questi ultimi.

La Direzione, insieme con la Direzione Tecnica, hanno stabilito in 30 giorni (dalla presentazione del reclamo) il tempo massimo per l'eliminazione del disservizio.

Nel caso in cui tale scadenza non dovesse essere rispettata sarà compito del Responsabile Accettazione informare il Cliente/assistito, che ha sollevato il reclamo, dei motivi che hanno portato alla non risoluzione del problema entro i tempi prima indicati.

Altri ambiti in cui il Laboratorio esercita la tutela e verifica sono:

- la formazione continua del personale che, organizzata dalla Direzione all'inizio dell'anno viene verificata ogni trimestre nella sua attuazione;
- la gestione delle attrezzature che viene verificata mensilmente in particolare nella parte manutenzione;
- verifica dei controlli di qualità che viene eseguita mensilmente e discussa nel corso delle riunioni (verbali);
- controllo dell'aspetto dei luoghi di lavoro che vengono controllati in maniera continua al momento delle firme (ausiliario – ditta);
- periodicamente vengono controllati tempi e qualità delle nostre forniture allo scopo di valutare che sia mantenuto costante il livello qualitativo dei fornitori.

2 - Indagine sulla Soddisfazione dei Clienti/assistiti

Semestralmente il Responsabile Gestione Qualità raccoglie le Schede Soddisfazione Cliente e le analizza attraverso l'uso di tecniche statistiche.

Con la collaborazione dei Responsabili delle aree risultate inefficienti dopo i sondaggi, vengono programmate le Azioni Correttive finalizzate all'eliminazione delle cause delle Non Conformità evidenziate.

In sede di Riesame da parte della Direzione verranno stabilite le Azioni Correttive e/o Preventive necessarie all'eliminazione dei disservizi.

L'attività di consegna del modulo di soddisfazione è effettuata direttamente attraverso il collegamento al sito della struttura che invita alla compilazione del questionario in fase di consegna del referto per via informatica.

Carta dei servizi