



CAN.BIAS. Laboratorio Analisi Cliniche
CARAVAGGIO S.r.l.
Sede di Roma - Via Accademia degli Agiati

CARTA DEI SERVIZI

Rev.10 del 23.12.2024

CAN.BIAS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO Srl
Sede Operativa:
Via Accademia degli agiati 65 – ROMA

**Redazione
RGQ**

**Controllo
RGQ**

**Approvazione
DG**

INDICE DELLE SEZIONI DELLA CARTA DEI SERVIZI

Sezione Prima

PREMESSA

1. PRINCIPI DELLA C.d.S.
2. POLITICA PER LA QUALITÀ
3. PRESENTAZIONE DEL CAN.BIAS LABORATORIO ANALISI CLINICHE
4. COME RAGGIUNGERCI
5. COME CONTATTARCI

Sezione Seconda

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

Sezione Terza

1. STANDARD DI QUALITÀ
2. STRUMENTI DI VERIFICA PER IL RISPETTO DEGLI STANDARD
3. 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



CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche
CARAVAGGIO S.r.l.
Sede di Roma - Via Accademia degli Agiati

CARTA DEI SERVIZI

Rev.10 del 23.12.2024

Gent. le Signora/e,

Vi presentiamo la Carta dei Servizi del CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche "CARAVAGGIO", 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 del "percorso" 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.

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

L'introduzione dei nuovi modelli organizzativi rappresenta il risultato di un processo di revisione effettuata con l'ausilio di un Sistema di Gestione per la Qualità conforme ai requisiti degli Standard UNI EN ISO 9000:2015 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.

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.

La presente Carta dei Servizi ed i principi in essa enunciati è stata redatta con il contributo di tutte le componenti aziendali (dipendenti, liberi professionisti, proprietà), approvata dalla Direzione e dai rappresentanti degli operatori ad ogni livello aziendale.

La revisione della Carta dei Servizi viene valutata annualmente in sede di "Riesame della Direzione" alla presenza dei rappresentanti degli operatori ad ogni livello aziendale

***I nostri migliori auguri
La Direzione***

RIFERIMENTI NORMATIVI (per la Carta dei Servizi)

- DPCM del 27/1/94 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"
- DPCM del 19/5/95
- Decreto legislativo 502/92
- Raccomandazioni nazionali e internazionali di autorità sanitarie
- Format Carta dei Servizi segnalata dall'ANISAP Associazione Nazionale Italiana Strutture Ambulatoriali Private
- Carta Europea dei Diritti del Malato (Bruxelles 2002)
- DCA U00311 del 06/10/2014 "Linee guida per l'Elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio"

RIFERIMENTI NORMATIVI**Normative di applicazione volontaria**

- UNI EN ISO 9000: 2015 (15) Sistemi di Gestione per la Qualità - Fondamenti e Terminologia.
- UNI EN ISO 9001: 2015 (15) Sistemi di Gestione per la Qualità - Requisiti
- UNI EN ISO 9004: 2018 (18) Sistemi di gestione per la Qualità – Linee Guida per il Miglioramento delle Prestazioni.
- UNI EN ISO 19011 (18) Linee Guida per gli audit di sistemi di gestione qualità e/o sistemi di gestione ambientale
- RT 04 – Rev. 03 del 05.04.2004 Prescrizioni per l'accreditamento degli Organismi operanti la valutazione e certificazione dei sistemi di gestione per la qualità nel settore EA 38 "Sanità e altri servizi sociali"

Normative cogenti

- N.833 del 23.12.78 Legge di riforma sanitaria
- DPR 502/92 Riordino della disciplina in materia sanitaria
- DPR 517/93 Riordino della Disciplina in materia sanitaria
- L.R. 70/79 "Norme per la funzionalità dei servizi di laboratorio per la diagnostica medica"
- D.P.C.M. 10.02.1984 "Indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti minimi di strutturazione, dotazione strumentale e di qualificazione funzionale del personale dei presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio"
- DLG 46/97 – attuazione Direttiva 43/92/CEE concernente i dispositivi medici e succ. modifiche (DLG 95/98)
- D.Lgs. 81/08; TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO – Sicurezza
- DLGS 229/99: Norme per la razionalizzazione del SSN
- DLGS 229/99, art 16 bis: Formazione Continua in medicina
- L.R. 03/03/2003 n° 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali"

- D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196: codice in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche Così come modificato dal Regolamento (UE) 2016/679 – anno 2018.
- D.G.R. 14.07.2006, n. 424. Legge regionale 3 marzo 2003 n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie.
- REGOLAMENTO REGIONALE 26 gennaio 2007, n.2. Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lettera b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni.
- D.G.R. 03.08.2007 n° 636 "Requisiti ulteriori, parte generale per l'accreditamento nella Regione Lazio"
- Decreto del Commissario ad acta n° 54 del 09.07.2010 dal titolo: "Ulteriori adempimenti per il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale pubblica e privata".
- Decreto del Commissario ad acta n° 90 del 10.11.2010 dal titolo: "Approvazione di: "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (All. 1), "Requisiti ulteriori per l'accreditamento" (All. 2), "Sistema Informativo per le Autorizzazioni e gli Accredimenti delle Strutture Sanitarie (SAAS) – Manuale d'uso" (All. 3). Adozione dei provvedimenti finalizzati alla cessazione degli accreditamenti provvisori e avvio del procedimento di accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3".
- D.C.A n°08/2011 modifica ed integra il DCA 90/2010
- D.C.A. n°13/2011 procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti
- D.C.A. n°359/2016 Revoca DCA 127/2015. Modifica al DCA 08/2011 in materia di requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie.
- D.C.A. 21 aprile 2017, n. U00115 Attuazione del Programma Operativo Regionale 2016-2018. Revoca del DCA n. 270 del 26 giugno 2015 concernente l'approvazione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate di diagnostica di laboratorio". Approvazione delle nuove direttive e dell'Allegato "Modalità organizzative della medicina di laboratorio nel settore privato accreditato".
- D.C.A. 469/2017 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012.
- R.R. numero 20 del 6.11.2019 – regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione, di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale di strutture sanitarie e socio sanitarie in attuazione dell'art. 5, comma 1, lett. (b) e dell'art. 13, comma 3, della L.R. 3/4/2003 n°4 e ss.mm. Abrogazione del RR. 2/2007 in materia di autorizzazione all'esercizio e del RR. 13/2007 in materia di accreditamento istituzionale.

Sezione Prima

PREMESSA

La Carta è articolata secondo lo Schema di riferimento per le carte dei servizi pubblici sanitari contenuto nel DPCM del 19/5/95 e DCA U00311 del 06/10/2014, quindi, in quattro sezioni dedicate rispettivamente a:

- I presentazione della azienda sanitaria e principi fondamentali;
- II informazioni sulle strutture e sui servizi forniti;
- III standard di qualità, impegni e programmi;
- IV meccanismi di tutela e verifica.

Per favorire la lettura del documento sembra utile richiamare alcune nozioni di ordine generale sulle Carte dei servizi.

La politica delle Carte dei servizi si riferisce ad esperienze maturate in Gran Bretagna, Francia, Spagna e Stati Uniti fra il 1991 e il 1993 con lo scopo di migliorare i rapporti fra enti, erogatori dei servizi e pubblico. Esse vengono considerate un patto preventivo con gli utenti in merito alle modalità di svolgimento delle prestazioni e al comportamento che le aziende intendono adottare nel caso di mancato rispetto degli impegni assunti. Al centro delle Carte, quindi, c'è la definizione degli standard di qualità del servizio. In Italia tale politica è stata avviata dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 22/2/94, integrata con la legge 273/95, nella quale stabilisce che le aziende e gli enti che erogano servizi pubblici nei campi della sanità, della assistenza e previdenza, della istruzione, dei trasporti e comunicazioni, della energia elettrica, dell'acqua e del gas sono tenute ad elaborare la propria Carta dei servizi. Per le aziende private e per gli enti attivi in ambiti di servizio diversi da quelli citati (come gli enti locali) l'adozione delle Carte non è obbligatoria, ma è fortemente raccomandata.

La nostra Carta dei Servizi vuole in qualche modo far trasparire i principi ispiratori della gestione del Centro: umanità ed efficienza, accostandoli ai principi sanciti dalla Carta Europea dei Diritti del malato (Bruxelles 2002) che ribadisce nel settore della sanità i dettami della Carta dei Diritti di Nizza (2000) sui diritti dei cittadini della Comunità europea.

1 - Principi della Carta dei Servizi

I DIRITTI DEL PAZIENTE

La natura privata non impedisce al CARAVAGGIO di condividere la cultura che considera la salute come un diritto costituzionale e universale e di uniformare a questo principio la organizzazione della propria attività accogliendo le raccomandazioni formulate dalla Organizzazione mondiale della Sanità, della Unione Europea e da altri enti rappresentativi.

I principi fondamentali che sovrintendono alle decisioni di tipo organizzativo, gestionale e di programmazione del CARAVAGGIO sono:

EGUAGLIANZA. L'accesso alla struttura e il trattamento dei clienti non sono condizionati da distinzioni di sesso, età, religione, opinioni politiche e razza.

IMPARZIALITÀ. Il comportamento nei confronti dei clienti è informato ai criteri di obiettività e di pertinenza delle prestazioni; il pagamento individuale e l'acquisizione di prestazioni integrative non costituiscono motivo di alterazione degli ordini di precedenza acquisiti e della attività già programmata.

CONTINUITÀ. La struttura garantisce lo svolgimento regolare e completo delle prestazioni concordate evitando interruzioni e sospensioni non motivate da cause di forza maggiore.

EFFICIENZA ED EFFICACIA. L'organizzazione del lavoro è mirata a garantire la massima qualità possibile dei servizi ed è informata al criterio del miglioramento continuo.

PARTECIPAZIONE. I clienti e le organizzazioni dei cittadini devono poter verificare costantemente la correttezza dei comportamenti, la qualità dei servizi e l'osservanza delle norme di legge. In particolare:

- è garantito l'accesso alla documentazione comprovante l'autorizzazione ad operare, il rispetto dei requisiti stabiliti dalle leggi e delle norme sulla sicurezza individuale e collettiva;
- viene garantita la risposta tempestiva e pertinente ai reclami, alle segnalazioni e alle osservazioni dei clienti

Per la redazione della Carta dei servizi si è fatto riferimento alle indicazioni dei "Principi per la erogazione dei servizi pubblici" emanati dal Consiglio dei ministri, allo "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari" ed alla Carta Europea dei Diritti del Malato (Bruxelles 2002) i cui 14 elementi di diritto vengono esposti di seguito. La proclamazione di quattordici diritti dei pazienti ha lo scopo di rendere i diritti fondamentali richiamati sopra concreti, applicabili e appropriati alla attuale fase di transizione dei servizi sanitari. Tutti questi diritti mirano a garantire un "alto livello di protezione della salute umana" (articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali) assicurando l'alta qualità dei servizi erogati dai diversi sistemi sanitari nazionali. Essi devono essere protetti in tutto il territorio della Unione europea.

1. Diritto a misure preventive

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

I servizi sanitari hanno il dovere di perseguire questo fine incrementando la consapevolezza delle persone, garantendo procedure sanitarie a intervalli regolari e libere da costi per i diversi gruppi di popolazione a rischio, e rendendo disponibili per tutti i risultati della ricerca scientifica e della innovazione tecnologica.

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.

Un individuo che richieda un trattamento, ma non possa sostenerne i costi, ha il diritto di ricevere comunque il servizio.

Ogni individuo ha diritto a servizi adeguati, indipendentemente dal fatto che sia stato ammesso in un piccolo o grande ospedale o clinica. Ogni individuo, anche senza regolare permesso di soggiorno, ha il diritto alle cure urgenti ed essenziali, tanto in regime di ricovero che di assistenza esterna.

Un individuo che soffra di una malattia rara ha lo stesso diritto ai necessari trattamenti e medicazioni di chi soffre di una malattia più comune.

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.

I servizi sanitari, così come i fornitori e i professionisti devono assicurare una informazione ritagliata sul paziente, tenendo in particolare conto le sue specificità religiose, etniche o linguistiche.

I servizi sanitari hanno il dovere di rendere tutte le informazioni facilmente accessibili, rimuovendo gli ostacoli burocratici, educando i fornitori di assistenza sanitaria, preparando e distribuendo materiale informativo.

Un paziente ha il diritto di accedere direttamente alla sua cartella clinica e alla sua documentazione sanitaria, di fotocopiarle, di fare domande circa il loro contenuto e di ottenere la correzione di ogni errore esse potessero contenere.

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.

I fornitori e i professionisti dei servizi sanitari devono dare al paziente tutte le informazioni relative a un trattamento o a una operazione a cui deve sottoporsi.

Tale informazione deve comprendere i rischi e i disagi associati, gli effetti collaterali e le alternative. Questa informazione deve essere data con sufficiente anticipo (con un preavviso di almeno 24 ore) per mettere il paziente in condizione di partecipare attivamente alle scelte terapeutiche riguardanti il suo stato di salute.

I fornitori e i professionisti dei servizi sanitari devono usare un linguaggio noto al paziente e comunicare con esso in un modo che sia comprensibile anche per le persone sprovviste di una conoscenza tecnica.

In tutte le circostanze in cui è previsto che sia un legale rappresentante a dare il consenso informato, il paziente, che sia un minore o un adulto incapace di intendere e di volere, deve essere coinvolto quanto più possibile nelle decisioni che lo/la riguardano.

Il consenso informato di un paziente deve essere ottenuto su queste basi.

Un paziente ha il diritto di rifiutare un trattamento o un intervento medico e di cambiare idea durante il trattamento, rifiutando il suo proseguimento.

Il paziente ha il diritto di rifiutare di ricevere informazioni circa il suo stato di salute.

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.

Il paziente ha il diritto di decidere a quali esami diagnostici e terapie sottoporsi, nonché quali medici di famiglia, specialisti od ospedalieri utilizzare. I servizi sanitari hanno il dovere di garantire questo diritto, fornendo ai pazienti informazioni sui diversi centri e professionisti in grado di garantire un certo trattamento e sui risultati della loro attività. Essi devono rimuovere ogni tipo di ostacolo che limiti l'esercizio di questo diritto.

Un paziente che non ha fiducia nel suo medico ha il diritto di designare un altro.

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.

Tutti i dati e le informazioni relative allo stato di salute di un individuo, nonché ai trattamenti medici o chirurgici ai quali esso è sottoposto, devono essere considerati privati e, come tali, adeguatamente protetti.

La privacy delle persone deve essere rispettata, anche nel corso dei trattamenti medici e chirurgici (esami diagnostici, visite specialistiche, medicazioni, ecc.), i quali devono svolgersi in un ambiente adeguato e in presenza di coloro la cui presenza è assolutamente necessaria (a meno che il paziente non lo abbia esplicitamente consentito o richiesto).

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.

I servizi sanitari hanno il dovere di fissare tempi di attesa entro i quali determinati servizi devono essere erogati, sulla base di specifici standard e in relazione al grado di urgenza del caso.

l'armonizzazione e l'ampliamento delle potenzialità di tutte le risorse. È nostra volontà quindi assicurare l'informazione, la formazione e l'addestramento delle nostre risorse.

- *È necessario risolvere i problemi attraverso l'eliminazione delle cause che li hanno determinati e non attraverso la ricerca delle risorse fonte della devianza. Le risorse devono utilizzare tale opportunità quale occasione di miglioramento.*
- *Ogni nostra prestazione è il risultato di una serie logica e coerente di attività successive. Nella nostra organizzazione vengono gestiti contemporaneamente molti processi personalizzati al Cliente che devono essere tra loro allineati coordinati e continuamente misurati per renderli sempre più fruibili.*
- *Ogni nostra risorsa è il garante del Cliente Assistito ed è il responsabile dell'attuazione di quel complesso di attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi contenuti nella nostra Politica per la Qualità.*

L'efficace realizzazione della Politica per la Qualità non può quindi prescindere da alcuni interventi organizzativi che, al fine di una corretta conduzione aziendale della Qualità, devono essere necessariamente adottati:

1. *L'applicazione dell'approccio per processi nell'ambito del Centro per mantenere la necessaria continuità di controllo sui legami fra i singoli processi, come anche sulle loro combinazioni ed interazioni.*
2. *La definizione formale del quadro della struttura organizzativa adottata, l'attribuzione delle responsabilità assegnate non solo per le attività operative ordinarie, ma anche per la prevenzione, l'identificazione, la registrazione e la correzione di ogni e qualsiasi Non Conformità;*
3. *L'istituzione di una funzione dedicata all'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità: la risorsa individuata, è posta alle mie dirette dipendenze, e da me delegata a rappresentarmi nell'attuazione della Politica per la Qualità e nelle corrispondenti verifiche con il mandato specifico di redigere regolarmente una relazione sui risultati registrati.*

L'organizzazione del Sistema di Gestione Qualità sarà oggetto di riesame da parte della Direzione con regolare cadenza, almeno annuale in occasione del Riesame della Direzione.

3 - Presentazione dell'Azienda

CAN.BIAS Laboratorio analisi cliniche CARAVAGGIO

Dal 1973 ci occupiamo di sanità e 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".

Con Determinazione n° G17417 del 22/12/2023 e con Determinazione n°216 del 12.04.2027 è stata deliberata la voltura dei titoli di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento delle società aderenti la fusione, ovvero per le seguenti sedi:

- Viale Luigi Schiavonetti n. 290/b - 00173 Roma
- Via Massa San Giuliano n. 229 - 00132 Roma
- Viale della Vittoria, 150- 04019 Terracina (LT),
- Via Giovanni Giurati, 11 - 03039 Sora (FR),
- Via Sicilia n. 81 - 04019 Terracina (LT),
- Via Adige, 41 int. 3 - 03100 Frosinone (FR),
- Piazza Marianna Benti Bulgarelli n. 32/44 - 00139 Roma,
- Via Servilla, snc - Passo Corese - 02032 Fara in Sabina (RI),
- Via Quinto Sertorio, 27, int. 2 - 00174 Roma,
- Piazza Berardi n. 36 - 03023 Ceccano (FR),
- Via Aufidio Namusa, 150 - 00169 Roma
- Viale Matteucci n. 23 - 02100 Rieti,
- Via Monte Cervialto, 75 - 00139 Roma,

Il Centro CARAVAGGIO è un Laboratorio analisi cliniche con sezioni specializzate ed un ambulatorio specialistico, autorizzato e Accreditato con **DCAU00439/2014**.

Laboratorio Generale di Base con sezioni specializzate in:

- Biochimica clinica e Tossicologia,
- Ematologia e coagulazione,
- Batteriologia, virologia ed immunologia.

Responsabili della struttura sono il Direttore Generale Marco Balsamo in qualità di Procuratore Generale della struttura, il dott. Alfredo Valentini quale Direttore Sanitario ed il dott. Roberto Nemesio come Direttore Tecnico del Laboratorio Analisi.

Oltre ai responsabili (Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Tecnico), il CARAVAGGIO si avvale della collaborazione di altro personale per le singole sezioni aziendali (Laboratorio, Commerciale, Qualità, amministrazione, service di laboratorio) di impiegati al desk di accettazione, di medici ed infermieri addetti ai prelievi ematici, di Biologi e tecnici diplomati e di ausiliari.

La struttura ha il suo accesso su Via Accademia degli Agiati al numero 65.

L'attività di analisi cliniche esercitata dal CARAVAGGIO è "in convenzione" col Sistema Sanitario Nazionale (in regime di "accreditamento con il SSN") per il Laboratorio Analisi Cliniche e le branche specialistiche di

I servizi sanitari devono garantire a ogni individuo l'accesso ai servizi, assicurando la loro immediata iscrizione nel caso di liste di attesa.

Ogni individuo che lo richiede ha il diritto di consultare le liste di attesa, nei limiti del rispetto della privacy.

Nel caso in cui i servizi sanitari non siano in grado di fornire i servizi nel tempo massimo predeterminato, deve essere garantita la possibilità di usufruire di servizi alternativi di qualità comparabile e ogni costo da ciò derivante per il paziente deve essere rimborsato in un tempo ragionevole.

I medici devono dedicare un tempo adeguato ai loro pazienti, compreso il tempo dedicato a fornire informazioni.

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.

Il diritto a servizi sanitari di qualità richiede che le strutture sanitarie e i professionisti praticino livelli soddisfacenti di prestazioni tecniche, di comfort e di relazioni umane. Questo implica la specificazione e il rispetto di precisi standard di qualità, fissati per mezzo di una procedura di consultazione pubblica e rivisti e valutati periodicamente.

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.

Al fine di garantire questo diritto, gli ospedali e i servizi sanitari devono monitorare continuamente i fattori di rischio ed assicurare che i dispositivi sanitari elettronici siano mantenuti in buono stato e che gli operatori siano formati in modo appropriato.

Tutti i professionisti sanitari devono essere pienamente responsabili della sicurezza di ogni fase ed elemento di un trattamento medico.

I medici devono essere in grado di prevenire i rischi di errori attraverso il monitoraggio dei precedenti e la formazione continua.

I membri di staff sanitari che riferiscono la esistenza di rischi ai loro superiori e/o colleghi devono essere protetti da possibili conseguenze avverse.

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.

I servizi sanitari hanno il dovere di promuovere e sostenere la ricerca in campo biomedico, dedicando particolare attenzione alle malattie rare.

I risultati della ricerca devono essere adeguatamente disseminati.

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.

I servizi sanitari devono impegnarsi ad assumere tutte le misure utili a questo fine, come ad esempio fornendo cure palliative e semplificando l'accesso di pazienti a esse.

12. Diritto a un trattamento personalizzato

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

I servizi sanitari devono garantire, a questo fine, programmi flessibili, orientati quanto più possibile agli individui, assicurando che i criteri di sostenibilità economica non prevalgano sul diritto alle cure.

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.

I servizi sanitari devono garantire l'esercizio di questo diritto, assicurando (con l'aiuto di terze parti) ai pazienti informazioni circa i loro diritti, mettendoli in condizioni di riconoscere le violazioni e formalizzare il loro reclamo.

I reclami devono essere fatti tramite procedure standard e facilitati da istituzioni indipendenti e/o da organizzazioni dei cittadini e non possono pregiudicare il diritto dei pazienti ad avviare un'azione legale o a perseguire procedure di conciliazione.

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.

I servizi sanitari devono garantire un risarcimento, qualunque sia la gravità del danno e la sua causa (da un'attesa eccessiva a un caso di malpratica), anche quando la responsabilità ultima non può essere determinata con assoluta certezza.

2 - Politica per la Qualità

La Direzione, lo staff medico-sanitario e tutte le risorse coinvolte, nel rinforzare i principi che hanno caratterizzato la CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO S.r.l. in questi anni, ha individuato nelle metodologie del miglioramento continuo il mezzo per sviluppare ulteriormente la cultura della Qualità.

L'evoluzione delle metodologie gestionali e l'introduzione dei principi di miglioramento continuo della qualità e della soddisfazione degli assistiti, introducono una nuova fase, in cui il Centro può e deve assicurare, attraverso il rinnovo della Certificazione in conformità al nuovo standard internazionale UNI EN ISO 9001:2015, un riscontro oggettivo della qualità dei servizi erogati.

La valutazione di un servizio implica la necessità di selezionare criteri e metodi appropriati per rispondere adeguatamente ad un principio di utilità, che in ultima istanza è dato dal miglioramento della qualità, sia per gli utenti, sia per gli operatori, sia per il sistema socio-sanitario nel suo complesso.

Il nostro impegno quotidiano si manifesta mediante il coinvolgimento di tutte le risorse e la continua verifica di quali bisogni hanno le persone per le quali stiamo lavorando, per assicurare delle azioni e attività professionali dirette a soddisfare tali necessità in conformità ai seguenti principi:

- ☐ *Le Risorse a tutti i livelli devono avere una principale e fondamentale motivazione: "Fornire prestazioni che soddisfino pienamente le richieste dei Clienti assistiti nell'ambito delle relazioni contrattuali assunte dalla CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO S.r.l. in relazione a norme ed etica, ponendo particolare attenzione ai requisiti sociali degli stessi".*
- ☐ *Il processo fondamentale della CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO S.r.l. è il miglioramento continuo della qualità e quindi il miglioramento del livello di soddisfazione del Cliente. Tutte le risorse devono essere coinvolte in questo processo che va perseguito in modo continuo e senza limiti e, in particolare applicato ai Clienti portatori di bisogni speciali, fisici e patologici temporanei.*
- ☐ *La qualità ha bisogno di numeri, fatti e dati concreti per essere compresa e condivisa da tutti. È quindi necessario rilevare, misurare e diffondere i dati relativi alla qualità.*
- ☐ *Solo il continuo e sistematico miglioramento dei processi di erogazione delle prestazioni e il costante miglioramento delle risorse che ci lavorano può consentire il raggiungimento della qualità, il miglioramento delle prestazioni e la soddisfazione del Cliente.*
- ☐ *Le risorse che operano nella nostra organizzazione sono il nostro elemento caratterizzante che, attraverso il miglioramento, diventa fonte di creatività e di vantaggio competitivo, il quale si sente parte attiva di un sistema dinamico di conoscenze diretto all'eccellenza del nostro impegno professionale.*
- ☐ *La qualità può essere raggiunta solo se, tutte le risorse condividono i contenuti della nostra Politica per la Qualità, ed allineano ad essa la loro personale visione. Solo il lavoro di Gruppo, organizzato, consente*

Cardiologia e Ginecologia ed è altresì in rapporto diretto con molte Aziende/Enti pubblici e privati e con singoli Cittadini.

La Struttura vanta, ad oggi, la presenza media di circa 300 utenti al giorno.

Relativamente al Laboratorio analisi cliniche, il Cliente può contare su un vasto pannello di analisi cliniche. Si eseguono esami di chimica clinica, batteriologia, citologia, istologia, markers tumorali ed epatite, immunologia, biologia molecolare, ematologia, ormonali ed esami genetici. La maggioranza di queste analisi è eseguita all'interno della struttura, altre, quelle più ed inserite nel pannello, sono eseguite in Service con la struttura portante del gruppo Bionalisi, la BIANALISI S.p.a. di Carate Brianza.

Il CARAVAGGIO è altresì laboratorio di riferimento, ovvero "esercitante attività analitica" per la RETE BIANALISI NEL LAZIO", rete di laboratori analisi cliniche creata in ottemperanza al DCA 115/2017 al fine di aggregare le strutture con l'obiettivo di migliorarne l'efficienza e la gestione operativa.

L'Ambulatorio Specialistico è Centro polispecialistico che eroga prestazioni di:

- Visite specialistiche,
- Diagnostica strumentale,
- Check up
- Medicina del Lavoro

La CAN.BI.AS srl, come ambulatorio, eroga prestazioni in convenzione con il SSN per le branche di:

- ✓ **Cardiologia**
- ✓ **Ginecologia**

Il Poliambulatorio comprende le seguenti branche specialistiche:

- | | |
|--|--|
| ▪ Allergologia ed immunologia | ▪ Medicina legale |
| ▪ Angiologia | ▪ Medicina del Lavoro |
| ▪ Cardiologia (branca accreditata ed autorizzata) | ▪ Neurologia |
| ▪ Chirurgia generale | ▪ Oculistica |
| ▪ Chirurgia plastica | ▪ Odontoiatria |
| ▪ Chirurgia vascolare | ▪ Oncologia |
| ▪ Diabetologia | ▪ Otorinolaringoiatria |
| ▪ Diagnostica per immagini (limitatamente a ecografia e termografia) | ▪ Pediatria |
| ▪ Ginecologia (branca accreditata ed autorizzata) | ▪ Presidio di chirurgia ambulatoriale |
| ▪ Endocrinologia | ▪ Psicologia medica |
| ▪ Gastroenterologia | ▪ Scienza dell'alimentazione e dietetica |
| ▪ Medicina interna | ▪ Urologia |

Nell'ambulatorio operano stimati professionisti, specialisti in diverse branche della medicina, sotto la responsabilità del Direttore Generale e Procuratore Generale Marco Balsamo, e del dott. A. Valentini quale Direttore Sanitario.

È dal 1973 (la sede storica era in Via Ambrosini adiacente a Piazzale del Caravaggio, da cui il nome della struttura) che il CARAVAGGIO opera nell'ambito della medicina specialistica, cercando sempre di utilizzare metodiche e tecnologie operative aggiornate ed è stato perciò naturale nel corso degli anni ampliare le nostre esperienze in tutti i campi della medicina specialistica con il preciso scopo di proporre al Cliente, allo specialista ed al medico di base la migliore professionalità e tecnologia nell'esecuzione delle diverse indagini.

L'insieme delle attività in oggetto, si è evoluto in considerazione di un proposito oramai tradizionale della nostra Società, la quale, oltre al mantenimento di un sano equilibrio economico e finanziario, persegue l'obiettivo di fornire prestazioni sanitarie ad alto contenuto tecnico e professionale.

Il tutto, organizzato in un contesto volto a costruire rapporti fiduciosi e personalizzati col Cliente.

Ma la fiducia accordataci va supportata dai fatti, per questo CAN.BIAS Laboratorio analisi cliniche CARAVAGGIO S.r.l. ha destinato le proprie risorse all'innalzamento degli standard qualitativi, come obiettivo cardinale in un'ottica orientata alla completa soddisfazione dei propri Utenti.

La perfetta identificazione dei campioni, ottenuta attraverso l'etichettatura con codice a barre, l'acquisto degli strumenti più moderni la realizzazione di un nuovo e più efficiente sistema di software per una più veloce gestione del processo principale, il nuovo software di magazzino, la riduzione continua dei tempi per la consegna dei referti (le analisi più comuni sono effettuate in giornata ed in casi di richiesta d'urgenza, il cliente può avere i referti per le ore 13.00), sono solo alcuni esempi di come il CARAVAGGIO cerchi di impiegare al meglio le proprie risorse.

Non a caso il nostro personale, in particolare quello del desk di accettazione, ma anche tutto il personale tecnico coinvolto nel servizio, ha la direttiva di mantenere il massimo livello di cortesia, disponibilità e professionalità nei confronti della Clientela.

Il personale della struttura si compone di medici, amministrativi, dirigenti e altri operatori impegnati nella organizzazione che sono scelti soprattutto sulla base delle loro esperienze professionali e sulle loro qualità morali.

4 - Come Raggiungerci

Raggiungere la Struttura è semplice grazie anche alla sua posizione centrale e ben collegata.

Ci troviamo a Via Accademia degli Agiati, 65 – 00147 Roma

Zona: Fiera di Roma

In automobile:

Dal GRA:

Prendere il GRA e proseguire fino all'uscita "S.S. 146 Pontina" verso Roma Centro. Proseguire sulla Via C. Colombo fino all'altezza della Fiera di Roma, dopodiché svoltare sulla destra all'altezza di Via dei Georgofili e procedere fino a Via Caravaggio, svoltare a destra lungo la stessa e superata P.zza Caravaggio imboccare Via A. Ambrosini e svoltare alla prima traversa sulla destra Via Accademia degli Agiati. Il Centro è ubicato a circa 100 mt. sulla destra della sede stradale. Il Centro è facilmente identificabile dall'insegna "CARAVAGGIO" posta all'ingresso.

Dal Centro di Roma:

Prendere Via C. Colombo fino all'altezza della Fiera di Roma, dopodiché svoltare sulla destra all'altezza di Via dei Georgofili e procedere fino a Via Caravaggio, svoltare a destra lungo la stessa e superata P.zza Caravaggio imboccare Via A. Ambrosiani e svoltare alla prima traversa sulla destra Via Accademia degli

Agiati. Il Centro è ubicato a circa 100 mt. sulla destra della sede stradale. Il Centro è facilmente identificabile dall'insegna "CARAVAGGIO" posta all'ingresso

In metropolitana:

Dalla Stazione Termini prendere la metropolitana LINEA B in direzione Laurentina e scendere alla stazione BASILICA S. PAOLO. All'uscita del Metrò proseguire in autobus, Linee 766 e 769 fino a Via A Ambrosini.

In autobus:

Da Stazione Termini: Linea 93

Da zona Marconi: Linea 670 (fino a Via A. Ambrosini)

Da zona Appia: Linea 671 (fino a Via A. Ambrosini)

Da zona Ara Coeli: Linea 716 (fino a Via A. Ambrosini)

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:

CAN.BLAS Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio

UFFICIO INFORMAZIONI: TEL. 06/59.453. 1 (Centralino 15 LINEE) FAX: 06/59.453.333

e-mail: info.caravaggio@bianalisi.it

sito internet: www.caravaggio.it

L'orario di apertura al pubblico è:
dal lunedì al venerdì dalle ore 06.30 alle ore 20.00.
il sabato dalle ore 06.30 alle ore 12.30.
la domenica dalle ore 08.00 alle ore 11.00.

L'orario dei prelievi è: tutti i giorni dal lunedì al sabato dalle ore 06:30 alle 10:00
La domenica dalle ore 08:00 alle ore 10:00

L'orario di ritiro dei referti è:

- dalle ore 18.00 alle 19.30 del giorno indicato sulla ricevuta rilasciata al cliente
- nei giorni successivi dalle 11.00 alle 19.30, il sabato dalle 11.00 alle 12.00

Le prestazioni specialistiche di ambulatorio sono erogate previo appuntamento da condividere mediante passaggio diretto presso la struttura, telefonicamente ai numeri indicati, via e-mail richiedendo il contatto con un operatore, oppure direttamente dal sito internet: www.caravaggio.it, area clienti, mediante credenziali di registrazione.

LISTE DI ATTESA

LISTA DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DEL LABORATORIO ANALISI CLINICHE

Non sono previste Liste di attesa per il Laboratorio Analisi Cliniche, le prestazioni possono essere eseguite senza prenotazione, i pazienti possono recarsi presso la struttura per i prelievi, negli orari dedicati, come riportato nel presente documento e sul sito aziendale.

LISTA DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DELL'AMBULATORIO SPECIALISTICO

La Struttura garantisce la prenotazione della prestazione in base alla CLASSE DI PRIORITA' della prescrizione definita sulla richiesta di "PRIMO ACCESSO" dal Medico prescrittore, così come definito dal PNGLA Regionale, compatibilmente con la disponibilità del budget sottoscritto dalla Struttura con la Regione Lazio.

Caravaggio procede giornalmente all'inserimento degli appuntamenti seguendo un criterio cronologico progressivo per data, occupando per le prestazioni della singola branca e per il singolo medico specialista, (a meno di richieste specifiche da parte dei singoli pazienti) il primo posto disponibile in agenda.

In caso di prescrizione con URGENZA di esecuzione, la struttura si impegna comunque, anche in caso in cui siano occupati tutti gli spazi temporali del periodo previsto, ad eseguire l'esame richiesto, nei tempi previsti, previa verifica con la Direzione Sanitaria e lo specialista.

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
DIREZIONE	DIREZIONE GENERALE	MARCO BALSAMO
SANITARIA	DIREZIONE SANITARIA	ALFREDO VALENTINI
LABORATORIO	DIREZIONE TECNICA	ROBERTO NEMESIO
QUALITÀ	GESTIONE QUALITÀ	ANGELA SCAFFEO
SICUREZZA	RESP. SICUREZZA	DANILO DI TERLIZZI
COMMERCIALE	RESP. COMMERCIALE	LUIGI SARNATARO
PRELIEVI	RESP. SALA PRELIEVI	ALFREDO VALENTINI

2 - Accesso ai servizi

Per le prestazioni che possono essere erogate nella struttura, è attivo un TOTEM eliminacode all'ingresso del Centro, che gestisce le diverse richieste dei pazienti e specificatamente:

- Attesa per il prelievo
- Attesa per la prestazione specialistica
- Attesa per informazioni
- Attesa per ritiro referto di analisi cliniche
- Attesa per la consegna di soli campioni biologici (senza prelievo)
- Attesa per persone che hanno diritto ad un percorso agevolato e prioritario

lo sportello di Prenotazione ed accettazione amministrativa, composto di 6 postazioni nel bancone principale e di una separata e adatta per le accettazioni con priorità, ubicato all'ingresso del Centro, è operativo:

Lunedì al venerdì dalle ore 06.30 alle ore 20.00.

Sabato dalle ore 06.30 alle ore 12.30.

Domenica ore 08.00 alle ore 10.00.

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

Inoltre, il Centro è dotato di aree di attesa adeguatamente attrezzate e sufficienti a soddisfare a pieno le esigenze dei Ns. clienti.

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.

Inoltre, il Centro è dotato di aree di attesa adeguatamente attrezzate e sufficienti a soddisfare a pieno le esigenze dei Ns. clienti.

Sezione Terza

STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI, PROGRAMMI

INTRODUZIONE

Questa sezione consente di definire il livello di qualità delle prestazioni che viene garantito agli utenti; si descrivono a grandi linee le nostre procedure e si propongono i nostri standards rispetto a quelli generici definiti con l'analisi delle Carte dei Servizi di altre Aziende prese in considerazione o consultate. Immaginando un "percorso teorico" del cliente si individuano diverse fasi:

1. L'ACCOGLIENZA;
2. L'ACCETTAZIONE E L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI;
3. IL RITIRO DEGLI ESITI;
4. L'ASSISTENZA ED I RECLAMI DEL CLIENTE;

Gli altri standards possono essere riferiti più direttamente a standards tecnici e qualitativi della struttura e riguardano:

5. L'IGIENE;
6. LA SICUREZZA;
7. IL SISTEMA QUALITA' AZIENDALE

Affinché il Cliente del CAN.BIAS Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO srl possa avere una cognizione immediata della qualità dei servizi offerti, è stato esposto di seguito uno svolgimento "ideale" della sezione III.

Per quanto concerne i fattori di qualità legati al percorso del cliente, sono state riassunte, in un testo descrittivo tutte le situazioni che si dovrebbero verificare per lo svolgimento ottimale dell'operazione considerata, in più, per avere una percezione immediata dei modelli proposti, le sottosezioni presentano delle tabelle che riassumono gli standards, il loro valore consigliato e quello presente nella struttura. Per gli aspetti maggiormente legati alla qualità tecnica si è invece posta l'attenzione su come esplicitare e coordinare principi e requisiti già definiti dalla legislazione o comunque indispensabili per una buona conduzione tecnica della struttura.

Tale operazione permette, da una parte, di comunicare e garantire al pubblico che la struttura conosce e rispetta le norme vigenti, dall'altra di identificare quale documentazione possa convenientemente essere messa a disposizione del pubblico stesso per rendere verificabile il rispetto delle norme. In generale, lo schema consente alla struttura di "dimostrare" la propria qualità tecnica.

ISTRUTTORIA SUI FATTORI DI QUALITA' E PROCEDURE

1. ACCOGLIENZA

Definizione del fattore:

All'ingresso della struttura è sempre presente del personale in grado di dare le necessarie informazioni sui servizi e sul funzionamento generale del laboratorio.

Tutto il personale del desk che entra in contatto con il cliente è identificabile tramite il cartellino di riconoscimento ed ha la responsabilità di favorire la migliore fruizione dei servizi.

L'attesa avviene in ambienti idonei, dotati di un numero sufficiente di posti a sedere e di un dispositivo per la distribuzione dei numeri di ordine di arrivo (eliminacode).

I servizi igienici a disposizione del pubblico sono distinti da quelli riservati al personale, il loro numero è adeguato all'afflusso ed almeno uno di essi è attrezzato per accogliere i disabili.

In caso di necessità, su richiesta e a pagamento del cliente, i prelievi sono effettuati a domicilio.

1a. ACCESSIBILITA'

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Barriere architettoniche	Assenti in tutti i locali aperti al pubblico	Presente
Servizio igienico per disabili	Presente	Presente
Prelievi a domicilio	Su appuntamento e a pagamento	Presente
Apertura al pubblico	Dal lunedì al sabato	Presente; la struttura è aperta anche sabato e la domenica (fino alle ore 10.00).

1b. COMFORT

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Locale di attesa	Dotato di posti a sedere	Sono garantiti circa 35 posti a sedere per i Clienti in attesa.
Servizi igienici	Divisi per pubblico e personale con accesso per i disabili	Presente; n. 6 servizi per il pubblico e per il personale (di cui 1 per i disabili).
Possibilità di diverse forme di pagamento (Bancomat/carte di credito)	Almeno 1 POS	Presenti n° 1 POS per ogni postazione del desk accettazione

1c. INFORMAZIONE

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Presenza di personale addetto all'accoglienza all'ingresso	Presente	Desk informazioni presente con 8 postazioni
Segnaletica di orientamento	Presente	Presente ed in fase di ulteriore ampliamento

Targa esterna di identificazione	All'esterno e in tutti i locali aperti al pubblico	Vetrofania all'esterno e sono presenti le definizioni identificative sui locali interni
----------------------------------	--	---

1c. INFORMAZIONE

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Sito web	Presente	Sito web presente ed aggiornato periodicamente
Promozioni ed offerte	Presenti	Presenti sul sito ed in formato brochures e locandine in azienda

1d. TEMPESTIVITA'

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Servizi di prenotazione	Presente	La prestazione di laboratorio analisi viene fornita senza prenotazione, con soddisfazione della domanda il giorno stesso della richiesta secondo gli orari prestabiliti La prestazione di specialistica ambulatoriale viene soddisfatta nel minor tempo possibile secondo agenda
Liste di attesa laboratorio analisi SSN	Presenti	Prestazioni garantite quotidianamente senza liste di attesa
Liste di attesa ambulatorio specialistico SSN	Presenti	La Struttura garantisce la prenotazione della prestazione in base alla CLASSE DI PRIORITA' della prescrizione definita sulla richiesta di "PRIMO ACCESSO" dal Medico prescrittore, così come definito dal PNGLA Regionale, compatibilmente con la disponibilità del budget sottoscritto dalla Struttura con la Regione Lazio

2. ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

All'ingresso della struttura è attivo un TOTEM eliminacode, che gestisce le diverse richieste dei pazienti e specificatamente:

- Attesa per il prelievo - LABORATORIO
- Attesa per la prestazione specialistica - AMBULATORIO
- Attesa per informazioni
- Attesa per ritiro referto di analisi cliniche - LABORATORIO
- Attesa per la consegna di soli campioni biologici (senza prelievo) - LABORATORIO
- Attesa per persone che hanno diritto ad un percorso agevolato e prioritario

Il Cliente entrando nella struttura per usufruire delle prestazioni preleva il suo numero progressivo e attende la chiamata dal display generale affisso su schermi di grandi dimensioni che indicano il progressivo (del paziente) ed il numero dello sportello dedicato a cui rivolgersi.

Tale attività riguarda tutte le prestazioni erogabili nel centro, cambia solo il codice ed il numero di accettazione che è diverso per le singole esigenze.

Il sistema di chiamata è automatizzato ma al mattino (orari di massima affluenza per il laboratorio analisi) vi sono sportelli dedicati alle diverse attività.

Per il Laboratorio analisi non è prevista alcuna prenotazione per le prestazioni, il paziente dovrà solo munirsi di numero progressivo ed attendere la chiamata per le pratiche amministrative.

Il numero prelevato rappresenta l'ordine progressivo di accettazione del Cliente e sarà utilizzato per chiamare il paziente per il prelievo ematico.

Limitatamente al caso di prelievo di campioni biologici in ritardo è prevista inoltre la possibilità di accettazione "fuori-orario" nei soli casi di estrema urgenza e sotto l'eventuale responsabilità del Direttore Tecnico (DT) o suo delegato.

Riguardo la specialistica ambulatoriale il paziente, deve aver precedentemente prenotato la prestazione quindi essersi munito di progressivo di attesa generato dall'apposito distributore situato all'entrata, per poi rivolgersi al desk accettazione.

Le attività delle aziende sono dirette a quattro diverse tipologie di Clienti:

- Privati Cittadini;
- Cittadini/assistiti provenienti dal SSN;
- Aziende pubbliche e private convenzionate;
- Assicurazioni convenzionate.

Le metodologie per la definizione delle offerte, dei termini contrattuali e delle attività di riesame delle prestazioni sono indicate nella seguente tabella:

Categoria	Termini contrattuali	Tipologia documenti
Privati Cittadini	Fattibilità diagnostica terapeutica Costo prestazione Condizioni di pagamento Modalità consegna referti	Carta dei Servizi MO aziendale Fattura Fiscale Documentazione sanitaria Consenso al trattamento dei dati
Cittadini/assistiti provenienti dal SSN	Fattibilità diagnostica terapeutica Tipologia di utente: ▪ esenti ▪ non esenti Quota compartecipazione spesa sanitaria (ticket) Condizioni di pagamento Modalità consegna referti	Impegnativa SSN Carta dei Servizi MO aziendale Documentazione sanitaria Consenso al trattamento dei dati Ricevuta Fiscale
Aziende/Assicurazioni convenzionate	Contratto di Convenzione Fattibilità diagnostica terapeutica Condizioni di pagamento Modalità consegna referti	Carta dei Servizi MO aziendale Fattura Fiscale Documentazione sanitaria Consenso al trattamento dei dati

Il cliente/utente deve essere accolto e servito nel più breve tempo possibile, con la massima gentilezza, e gli devono essere fornite tutte le informazioni necessarie ad una corretta esecuzione delle indagini richieste, sia per ciò che riguarda la corretta raccolta dei campioni, sia per la determinazione dei contributi economici a suo carico.

Il Paziente deve essere sempre munito di documento di riconoscimento e codice fiscale.

Se il Cliente accede nella struttura per la prima volta e presenta la propria Tessera Sanitaria, i dati, da inserire dall'operatore nel sistema, richiesti dalla maschera di accettazione sul computer sono:

Nome e Cognome, Data e luogo di nascita, sesso, Indirizzo, Città, Telefono, Documento di riconoscimento, Medico Curante, ASL di appartenenza, listino prezzi da applicare, Circoscrizione, ed eventuale Codice esenzione patologia

Il codice fiscale viene ricavato dalla Tessera Sanitaria del paziente, in modo che sia possibile l'identificazione univoca del paziente e sia data la possibilità di verificare l'andamento clinico dei dati di laboratorio di pazienti eventualmente già eseguiti in passato.

Se il Cliente non è al suo primo accesso nella struttura, tramite la Tessera Sanitaria, si avrà automaticamente in accettazione il nome e cognome ed il CF del paziente, consentendo all'operatore di risalire ai suoi dati nell'archivio e, una volta verificata l'esattezza dei dati chiedendo conferma circa la data di nascita, proseguire con la procedura di accettazione.

Ricordiamo che per poter eseguire una corretta registrazione della prestazione il paziente dovrà comunque avere con sé un documento di identificazione in corso di validità e la Tessera Sanitaria; tale documentazione è indispensabile anche per i minori e per chi li accompagna.

L'inserimento dei dati poi varia a seconda del tipo di Cliente che l'operatore si trova davanti, ed è riassunto come segue:

INQUADRAMENTO CLIENTE

Dopo aver scelto l'inquadramento tariffario del Cliente, l'operatore inserisce le analisi richieste. Inoltre, la procedura nel caso di Clienti afferenti al SSN verifica il numero identificativo delle impegnative ed il codice regionale del medico prescrittore.

L'identificazione del medico curante, con il codice regionale, è anch'essa obbligatoria per legge, ma è anche estremamente utile per il laboratorio, perché, laddove possibile ottenere il recapito telefonico, consente di avere un riferimento per necessità di ordine clinico.

Per quanto riguarda i Clienti che usufruiscono del SSN si distinguono i seguenti casi:

Cliente di età compresa tra i 6 ed i 65 anni:

l'importo per impegnativa non supera il tetto di 36.15 €: il Cliente non firma il retro dell'impegnativa, paga l'importo dovuto e riceve la fattura;

l'importo per impegnativa supera il tetto di 36.15 €: il Cliente firma il retro dell'impegnativa, il Cliente paga l'importo e riceve la fattura;

Gli importi descritti sono al netto di eventuali ticket imposti dalla Regione Lazio.

Clienti esenti dal ticket:

Invece, i pazienti esenti assistiti del S.S.N. sono suddivisi in più categorie rientranti nei seguenti macrogruppi:

Codice	Descrizione
Cat. E	Esenti per disoccupazione del titolare e/o familiari a carico o ultrasessantenni con pensione minima e/o familiari a carico Utenti con età superiore ai 65 anni o età inferiore ai 6 anni, con reddito inferiore ai 36152,00 euro annui
Cat. Oxx Cat. R Cat. N	Esenti per PATOLOGIA
Cat. C Cat. G Cat. S Cat. L Cat. V	Esenti per invalidità da lavoro, servizio, civile, di guerra e terrorismo
Cat. M	Gravide con esami esenti secondo il protocollo di legge
Cat. F	detenuti ed internati
Cat. B	Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV
Cat. T	Prestazioni diagnostiche correlate ad attività di donazione
Cat. I	Accertamenti di idoneità
Cat. P	Prevenzione (casi)
Cat. D	Diagnosi precoce

La distinzione di queste categorie, al fine pratico del pagamento da parte del paziente di un corrispettivo alla struttura accreditata, non comporta alcuna differenza, poiché, indipendentemente dalla categoria d'appartenenza, questi pazienti non devono pagare alcun contributo. La differenziazione è tuttavia importante ai fini della contabilità A.S.L. perché, in questo modo, è possibile monitorare il livello di prestazioni fruite dalle diverse fasce di popolazione a fini epidemiologici e di controllo della spesa sanitaria. Le esenzioni di cui sopra devono essere riconosciute e riportate sui documenti prescrittivi cartacei o elettronici. L'assenza di tale attestazione da parte del medico non consente l'applicazione dell'esenzione. Caso a parte è quello dell'esenzione per reddito, che l'utente dichiara direttamente alle autorità competenti. Le prestazioni di laboratorio in regime di SSN sono riportate sul sito aziendale e sul vademecum.

GESTIONE CLIENTE

L'Azienda prevede che alcuni pazienti abbiano diritto ad una corsia preferenziale (es. gravidanze, handicap, assicurati...) distribuisce una numerazione ad hoc per facilitare il loro deflusso e prevede una specifica postazione di accettazione.

LABORATORIO ANALISI

Per i test fuori convenzione l'operatore dell'accettazione avverte il Cliente esente comunicandogli l'importo; se questi accetta, l'addetto provvede all'inserimento, alla stampa della fattura e all'incasso.

Successivamente all'inserimento nel sistema informativo aziendale di accettazione di tutti i dati richiesti, questo calcolerà automaticamente, l'importo del corrispettivo da pagare e la data di ritiro del referto in ottemperanza a quanto indicato nel calendario di esecuzione degli esami.

Terminata questa fase, per i Clienti convenzionati con il SSN, il computer genera una maschera che indica: l'importo totale, distinto in tariffa secondo listino SSN e privato (per eventuali esami fuori convenzione), l'importo di ogni singola impegnativa ed i tempi di consegna del referto, che saranno stampati sulla fattura che il Cliente ritirerà.

Per i Clienti privati, il computer genera una maschera che indica: l'importo totale ed i tempi di consegna del referto che saranno stampati sulla fattura che il Cliente ritirerà.

In entrambi i casi l'importo da pagare e la data del ritiro vengono comunque comunicati al Cliente prima della fine dell'accettazione in caso di eventuali richieste di modifica o ripensamenti.

Con la chiusura dell'accettazione il computer provvede automaticamente alla stampa della fattura.

Terminata la fase amministrativa il paziente sarà poi chiamato direttamente in sala prelievi per il prelievo ematico.

Gli addetti al prelievo provvedono alla stampa delle etichette e le posizionano sulle provette indicate direttamente dalla dicitura delle etichette, al fine di garantire idoneità e rintracciabilità.

I campioni biologici (urine, feci, ecc...) consegnati dal Cliente al quale non deve essere eseguito il prelievo, sono accettati direttamente dal personale addetto al prelievo, che ne verifica direttamente la corrispondenza anagrafica, l'idoneità e la congruità rispetto ai tests da eseguire.

Tutti i campioni saranno successivamente trasportati dagli operatori di laboratorio nel luogo destinato all'analisi.

A fine accettazione si procede al controllo amministrativo delle singole accettazioni, effettuato dagli operatori e da un supervisore.

A questo punto, dopo stampa della fattura con relativo pagamento, il contratto con il Cliente è stipulato e si procede con la fase successiva: il prelievo.

Il medico prelevatore chiama il Cliente con il numero distribuito all'entrata nel Centro.

Il primo compito che deve svolgere è assicurarsi della corrispondenza tra il Cliente chiamato ed il dato anagrafico presente sul sistema informativo aziendale che ha generato le etichette.

Subito prima della fase di prelievo è necessario che il medico verifichi ulteriormente la situazione di idoneità (sia fisica, che dei campioni consegnati) del Cliente all'esecuzione delle prestazioni; inoltre è importante anche informarsi di eventuali terapie in corso e dei motivi degli esami richiesti; queste informazioni e altre, ritenute utili ai fini diagnostici, devono essere inserite, ove si ritenga necessario, sulla nota del prelievo nel sistema informativo aziendale e costituiscono una registrazione di processo.

Qualora il paziente debba essere sottoposto a terapie invasive il Prelevatore ha l'obbligo di informarlo esaurientemente su ogni fase del trattamento, per esempio, nel caso di curve da stimolo il medico deve accertarsi che lo stimolo non risulti pericoloso per il Cliente cui deve far firmare il modulo del consenso informato.

In particolare, per le curve glicemiche è necessario che il Cliente, il giorno dell'esame, faccia un prelievo basale di glicemia per verificarne il valore; il limite considerato sicuro per somministrare il glucosio è di 126 mg/dl.

Per prelievi vaginali (pap-test, batterioscopici, colture) si utilizzano solo materiali monouso.

In caso di prelievi vaginali su bambine, il genitore viene invitato a presenziare all'esecuzione del prelievo e a compilare il modulo del consenso informato.

AMBULATORIO SPECIALISTICO

Il paziente dopo aver atteso il proprio turno effettua l'accettazione amministrativa che può essere in convenzione con il SSN per le prestazioni seguenti:

BRANCA DI CARDIOLOGIA

- ecodopplergrafia cardiaca a riposo
- ecocolor Dopplergrafia cardiaca (ecocardiogramma color Doppler) a riposo

- ecocolordoppler tronchi sovraortici a riposo
- eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa
- eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, venosa
- visita cardiologica
- elettrocardiogramma

BRANCA DI GINECOLOGIA

- visita ginecologica
- eco ostetrica 3 trimestre
- ecografia ginecologica

Le modalità di gestione dell'accettazione amministrativa per la specialistica in SSN sono identiche a quella prevista per il laboratorio analisi, salvo qualche differenza tecnica riportata sul manuale di accettazione.

Il paziente può optare anche per il regime privatistico per le branche di cardiologia e ginecologia e per tutte le altre branche autorizzate.

Le prestazioni vengono rese con il massimo rispetto delle norme deontologiche. Il comportamento del personale e l'organizzazione dei locali tutelano il diritto alla riservatezza. L'organizzazione degli orari e delle prestazioni evita inutili sprechi di tempo.

A questo punto, ultimata la fase di prelievo, il Cliente dovrà tornare nei tempi stabiliti per il ritiro del referto, come descritto dal documento che gli viene consegnato al termine dell'accettazione.

2a. RISERVATEZZA

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Effettuazione della fase amministrativa con distanza di cortesia	Sempre	Presente
Effettuazione del prelievo in locale non esposto al pubblico con porta chiusa	Sempre	Presente

2b. CONSERVAZIONE CAMPIONE

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Il Caravaggio conserva i campioni del paziente relativi alle analisi cliniche per eventuali ripetizioni ed aggiunte di tests	3 giorni	8 giorni

2c. RISERVATEZZA

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Tutela della privacy	Referto consegnato al cliente o su delega scritta dello stesso	Il ritiro deve essere effettuato dal cliente presentando il foglio ritiro o da delegato autorizzato mediante delega scritta (Dlgs 196/03 e GDPR 2018 sulla tutela della privacy).

2d. INFORMATIVA E CONSENSO PRIVACY

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Tutela della privacy	Informativa privacy e consenso	L'informativa privacy è presente ed esposta nella struttura, quindi consegnata al paziente in fase di accettazione per il consenso (GDPR 2018 sulla tutela della privacy).

2e. INFORMATIVE E CONSENSI INFORMATI

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Consenso informato	Informativa e consenso informato	L'Azienda promuove l'adozione di appositi Consensi Informati per le prestazioni definite delle LLGG internazionali.

2f. PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Informazioni per la corretta esecuzione degli esami	Informazioni sulla preparazione del paziente alle prestazioni sanitarie	Le preparazioni che il paziente deve seguire per poter essere idoneo all'esecuzione dell'esame (diete e comportamenti, farmaci, ecc.) sono presenti nel sistema informativo aziendale per ogni prestazione che ne comprenda l'uso. Quindi vengono comunicate ai pazienti prima del loro ingresso nella struttura.

3. RITIRO DEGLI ESITI

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

I referti sono consegnati con standard garantiti e possono essere ritirati secondo orari definiti.

È possibile per i casi dichiaratamente urgenti e comunque richiesti in fase di accettazione la consegna del referto per telefono o fax.

La procedura di comunicazione via telefono o fax degli esiti è particolarmente delicata e prevede l'identificazione del cliente, da parte del personale addetto, tramite dettatura del codice accettazione stampato sul foglio di ritiro in suo possesso. Sul referto inviato devono essere cancellati tutti i dati personali del paziente affinché non sia possibile collegamento dei dati sensibili.

I referti vengono controllati e firmati digitalmente dal Direttore Tecnico o da persona da lui delegata. I referti sono stampati direttamente all'arrivo dei pazienti.

E' prevista la consegna di un referto parziale/urgente, che deve essere sempre autorizzata dal DT.

3a. TEMPI DI ATTESA DEI REFERTI

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Tempi di consegna del referto	Tempi definiti	Il tempo di consegna è segnalato sul documento rilasciato ed è comunque dichiarato al Cliente prima della chiusura dell'accettazione onde permettere eventuali richieste di referto parziale o altro eventuale riesame.

Il personale di accettazione può fornire tutte le informazioni richieste in relazione a tempi di refertazione, anche preliminarmente rispetto alla stessa accettazione.

3b. ACCESSIBILITA'

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Orario di ritiro dei referti	Orari definiti	dalle ore 18.00 alle 19.30 del giorno indicato sul foglio del ritiro, oppure dalle ore 11.00 nei giorni successivi a quello previsto.
Consegna a domicilio	A richiesta	Presente. Il costo del servizio varia per destinazione e peso del plico ed è definito all'atto della richiesta.
Consegna referto parziale/urgente	A richiesta	Prevista
Pubblicazione referto on-line	A richiesta, rispettando la normativa sulla tutela della privacy	Registrazione del paziente sul sito www.caravaggio.it Richiesta in fase di accettazione di poter avere la pubblicazione on-line del referto. Erogazione in accettazione delle credenziali
Consegna referto urgente per telefono/fax/email	A richiesta, rispettando la normativa sulla tutela della privacy	La consegna del referto a mezzo tel/fax è considerata rischiosa in ottica privacy e pertanto sconsigliata; in caso di assoluta necessità ed urgenza dopo aver accertato identità (tramite la richiesta del codice univoco ID stampato sul foglio ritiro) può essere inviato il referto con i dati personali cancellati.

4. ASSISTENZA e RECLAMI DEL CLIENTE

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Per Assistenza post-vendita ai Clienti, La CAN.BIAS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO srl intende tutte le attività inerenti le fasi successive alla fruizione di un servizio sanitario fornito. Nel caso specifico, la presa d'atto di un risultato analitico oppure l'ulteriore contatto con personale autorizzato per dubbi su un referto da parte del Cliente.

L'assistenza è gratuita e viene erogata presso la sede del Laboratorio da personale qualificato e con le competenze previste da questo tipo di attività.

Per le problematiche inerenti alla parte sanitaria generale e dell'ambulatorio specialistico, interlocutore è sempre il Direttore Sanitario; per problematiche riguardanti il laboratorio analisi cliniche il referente è il Direttore tecnico di laboratorio.

Il Laboratorio assicura assistenza, da parte del personale qualificato durante il turno di servizio, a tutti i Clienti che richiedano maggiori informazioni riguardo il referto di analisi cliniche loro consegnate.

In caso di problemi o dubbi sulla validità degli esami il Direttore Tecnico della struttura o un suo delegato che fornisce assistenza può anche decidere per la ripetizione gratuita di uno o più test.

4a. ASSISTENZA POST- VENDITA

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Assistenza al Cliente	Definita	Il desk accettazione (in relazione alle pratiche amministrative) ed il DT o suo delegato (per la parte tecnica) possono fornire assistenza ai Clienti che necessitano di chiarimenti o vogliano esprimere esigenze ulteriori. Sono previsti iter differenti, che vanno dalla semplice informazione breve, fino alla eventuale possibilità di ripetizione del test e anche alla restituzione del denaro corrisposto dal Cliente. Il servizio assistenza è operativo durante l'orario di apertura del Centro.

Per le prestazioni che richiedono lunghi tempi di permanenza (es. curve da carico di glucosio, test con somministrazione di farmaci, ecc), i clienti ricevono, prima dell'inizio una informazione completa e dettagliata sul presumibile decorso e sui servizi disponibili, sono invitati a segnalare al personale sanitario gli eventuali problemi di incompatibilità con i trattamenti previsti e danno il proprio consenso all'esecuzione compilando un apposito modello.

Il personale sanitario assiste il Cliente e/o aggiorna periodicamente i loro accompagnatori sul decorso della prestazione.

4b. ASSISTENZA PER PRESTAZIONI CON LUNGI TEMPI DI PERMANENZA

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Locale di attesa dotato di riviste/locandine/brochure dei servizi	Almeno uno nella struttura	Presente

Nell'eventualità si presenti un'anomalia nel servizio prestato il Cliente viene invitato a compilare il modulo di reclamo (allegato alla C.d.S.).

La raccolta delle segnalazioni e dei reclami per problemi legati a difettosità del prodotto/servizio sanitario fornito dei clienti è una attività indispensabile per il mantenimento degli standard e degli impegni.

Durante tutto l'orario di apertura del laboratorio il personale del desk accettazione, debitamente formato ed informato, provvede a gestire le eventuali richieste del pubblico e di registrare (anche qualora i pazienti non lo vogliano fare) le segnalazioni, compresi i reclami da inviare successivamente alla Direzione per le azioni del caso.

L'operatore che provvede a raccogliere i reclami, provvede a gestire immediatamente, quando possibile, le disfunzioni segnalate e nel caso di fare in modo che le segnalazioni siano trasmesse ai Responsabili designati alla gestione (DS o DT in caso di reclamo di carattere tecnico e DG nel caso di reclamo in ambito amministrativo) in maniera tempestiva al fine di rispondere al paziente nei tempi massimi definiti (gestione dei reclami).

La procedura per la gestione dei reclami è disciplinata nella sezione IV della Carta dei Servizi.

4c. GESTIONE DEI RECLAMI

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Presenza di personale addetto alle relazioni con il pubblico	Fin dall'orario di apertura	Presente
Gestione di segnalazioni/reclami	Presente	Il desk accettazione distribuisce e ritira il

		modulo "Reclami del Cliente".
Gestione di segnalazioni/reclami	Presente	Il personale di accettazione può, se lo ritiene opportuno, segnalare usando comunque il modello dei Reclami le problematiche emerse, anche se il paziente desiste, al fine di migliorare il servizio.
Informazioni/Relazioni con il Pubblico	Postazione dedicata	La postazione del desk è in grado di dare assistenza ed informazioni ai pazienti nonché a distribuire/ricevere gli appositi moduli di segnalazione/reclamo da sottoporre al personale direttivo per la gestione.

5. IGIENE

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

I locali e le attrezzature sono sanificati e puliti secondo una apposita istruzione operativa e disinfettati e sterilizzati ogni volta che ciò è necessario per prevenire danni ai clienti e al personale.

I flussi di raccolta e di distribuzione garantiscono la costante separazione fra i materiali sporchi e quelli puliti.

Locali e servizi igienici sono mantenuti costantemente in ottime condizioni di pulizia.

I servizi igienici sono dotati di tutti gli accessori necessari.

Standard garantiti	Valore consigliato	Valore vigente
Pulizia dei locali	Pulizia dei locali almeno una volta al giorno	La struttura ha personale ausiliario per la pulizia dei locali durante il giorno
Pulizia dei locali	Pulizia dei locali almeno una volta al giorno	La struttura si affida ad una specifica ditta di pulizie per la pulizia quotidiana
Tempo max. di rimozione dei rifiuti e degli imbrattamenti nei locali e nei servizi igienici	30 minuti	E' sempre presente un ausiliario per le necessità quotidiane di pulizia
Locali deposito materiali puliti	Una volta al giorno	Presente
Locali deposito materiali sporchi	Una volta al giorno	Presente
Dotazione servizi igienici	Per ogni servizio: tavoletta copriwater; scopino; carta igienica; specchio; chiusura interna; sapone liquido; asciugamani elettrico	Presente

6. SICUREZZA

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Le condizioni di sicurezza sono garantite dallo scrupoloso rispetto delle norme regionali e nazionali, con particolare riferimento al d.l.vo 626/94, al D.lgs 81/01 e succ. modifiche.

Tutto il personale è informato in merito al contenuto dei piani di sicurezza e di evacuazione nonché dei relativi aggiornamenti. Appositi cartelloni segnalano chiaramente i rischi, i divieti e le vie di fuga, in ogni locale di attesa è presente un cartello informativo riportante le istruzioni essenziali del piano di evacuazione ed i nominativi del responsabile della sicurezza, del servizio di pronto soccorso e di quello antincendio.

Le porte e le vie di fuga sono mantenute libere da ogni tipo di impedimento. Nella struttura è presente un gruppo di continuità che garantisce la persistenza delle prestazioni anche in caso di sospensione della fornitura di energia elettrica.

Il Centro, inoltre, è dotato di un impianto di allarme antincendio che segnala la presenza di fumo in qualsiasi locale della struttura tramite un avvisatore acustico e visivo dislocato nel desk di accettazione.

A richiesta i clienti possono consultare la documentazione relativa alla sicurezza (piani, documentazione sui controlli, verbali di sopralluogo, ecc.).

<i>Standard garantiti</i>	<i>Valore consigliato</i>	<i>Valore vigente</i>
Gruppo di continuità	Manutenzione programmata	Presente
Verifica degli impianti elettrici	Verifica biennale	Presente
Agibilità delle vie di fuga	Costante	Presente
Segnaletica di sicurezza	Tutti i luoghi a rischio	Presente
Segnalazione di vie di fuga	Tutti i locali	Presente
Cartello riportante le istruzioni del piano di evacuazione e il nome del responsabile della Sicurezza	Tutti i locali di attesa	Presente
Accesso alla documentazione comprovante il rispetto delle norme di sicurezza	Responsabile del servizio, e rappresentante per la sicurezza oppure servizio antincendio i cui nomi sono esposti	Presente

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. Periodicamente, il Responsabile Gestione Qualità, analizza le Schede compilate, al fine di individuare eventuali spostamenti rispetto agli standard prefissati. I dati raccolti verranno analizzati statisticamente e presentati all'alta Direzione in sede di Riesame da parte della Direzione.

Impegni e programmi per la Qualità

L'Organizzazione 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 nell'erogazione di prestazioni sanitarie;
- Personalizzazione dell'assistenza per tutte le prestazioni erogate.

Nei prossimi mesi, l'Organizzazione 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 della clientela 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;
- Raccogliere ed analizzare le Schede di valutazione al fine di orientare l'organizzazione in funzione dei bisogni dei Clienti

SEZIONE QUARTA

MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

INTRODUZIONE

Questa sezione ha lo scopo di definire quali sono i provvedimenti che la struttura assume per mantenere gli impegni e gli standard dichiarati nella Carta dei Servizi e quali strumenti possono utilizzare i Clienti per fare valere gli impegni stessi quando essi non vengono rispettati.

Secondo le indicazioni del DPCM del 19/5/95 e nel DCA U00311 del 06/10/2014 la Carta dei servizi prevede azioni di varia natura che possono essere ricondotte a tre temi principali:

- l'informazione alla Clientela sui contenuti nella Carta dei Servizi e istituzione dell'ufficio per le relazioni con il pubblico
- la definizione di strumenti per il monitoraggio dei servizi
- la definizione di procedure per la gestione del contenzioso

SCHEMI OPERATIVI

INFORMAZIONI ALLA CLIENTELA

Il Cliente che volesse prendere visione della Carta dei Servizi può farne richiesta al desk accettazione dove il personale autorizzato ne rilascerà copia in visione.

È disponibile anche una versione condensata della Carta che il Cliente può trattenere.

CAN.BI.AS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO srl ha sempre posto la massima attenzione affinché i propri Clienti fossero sempre ampiamente soddisfatti dai servizi prestati, ma qualora si presentassero difformità o disservizi la Struttura si impegna a risolverli in modo rapido e soddisfacente per il proponente.

D'altra parte, è evidente che una buona impostazione dei meccanismi di tutela e di verifica può essere determinante ai fini del miglioramento dei rapporti con il pubblico, ed è proprio questa la motivazione per la quale il Centro si è impegnato a destinare una postazione del desk accettazione in grado di soddisfare qualsivoglia esigenza del Cliente, dalla semplice richiesta di informazioni generali, all'assistenza da parte di personale tecnico qualificato.

STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO DEI SERVIZI PRESTATI

La distribuzione programmata e periodica dei questionari di customer satisfaction rappresenta l'output informativo di supporto alla Direzione per una potenziale valutazione di strategie per il miglioramento dell'assistenza, dell'umanizzazione e per lo sviluppo della Politica della Qualità della struttura, oltre che come prezioso input esterno per eventuali analisi e/o rianalisi di rischi ed opportunità.

Il numero di questionari rilevati è importante per avere un campione rappresentativo per l'analisi ed è pertanto necessario continuare in una strategia di aumento della raccolta, con la continua sensibilizzazione del personale sull'importanza di tale feedback; a tal fine, oltre alla distribuzione in fase di accettazione amministrativa, si è voluto procedere anche alla libera compilazione dei questionari, lasciando nei pressi delle urne modelli vuoti per favorire l'espressione dei pazienti.

E' inoltre necessario in fase di Riesame annuale della Direzione analizzare ed esaminare i dati relativi a reclami o altri eventi che possano dare significative indicazioni sulla qualità percepita dagli utenti e anche in questo caso, su potenziali rischi/opportunità.

Il questionario, che si riporta in allegato (allegato 3 alla CdS) è composto da domande specifiche a risposta chiusa e da 13 items di valutazione a risposta multipla cui segue uno spazio per eventuali critiche/apprezzamenti e per suggerimenti per migliorare il servizio.

Viene consegnato dai pazienti invitandoli ad inserirlo, una volta compilato in forma completamente anonima, in apposite cassette in plexiglass trasparente chiuse a chiave posizionate in sala d'attesa.

Il questionario permette di fornire alla Direzione una valutazione del grado di soddisfazione del Cliente relativamente agli aspetti generali, alla professionalità e disponibilità del proprio personale sanitario ed amministrativo, al comfort, al servizio di accettazione, al ritiro del referto e all'eventuale assistenza prestata, con specifiche riferite ai tempi di attesa; inoltre il Cliente ha la facoltà di poter esprimere sul questionario la sua opinione sulle eventuali varianti che la struttura dovrebbe apportare per una migliore fruizione dei servizi.

La valutazione che scaturisce dall'analisi di detti moduli permette di evidenziare eventuali problemi e di individuare possibili interventi volti a migliorare l'efficienza e la Qualità dei servizi offerti al Cliente, nonché di valutare e migliorare gli standard qualitativi offerti dalla struttura.

LE PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI RECLAMI

I Clienti di questa struttura, nonché i propri familiari (parenti o affini), le organizzazioni di volontariato o di tutela dei diritti accreditate presso la Regione Lazio possono presentare nei modi e nei tempi appresso specificati, osservazioni, opposizioni, denunce o reclami contro gli atti o i comportamenti, posti in essere dalla struttura, che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni sanitarie, infrangendo i principi costituzionali già elencati nella premessa a questa Carta.

Il personale direttivo del Centro provvederà a gestire nel più breve tempo possibile il quesito o la problematica proposta, dialogando con le associazioni per la tutela dei pazienti, con i rappresentanti delegati dai pazienti e i propri familiari.

CAN.BIAS. Laboratorio Analisi Cliniche CARAVAGGIO srl mette a disposizione tutto il proprio personale per la risoluzione immediata dei problemi per cui gli operatori hanno la competenza, ma qualora si presenti la temporanea impossibilità di una rapida soluzione sarà predisposta la procedura istruttoria per quei problemi che richiedano un approfondimento.

I reclami e le segnalazioni di disservizio possono essere presentati tramite:

- Lettera in carta semplice indirizzata alla Direzione, spedita o consegnata a mano.
- Compilazione dell'apposito Modulo in distribuzione presso il desk accettazione.
- Segnalazione telefonica (da confermare comunque con lettera), via fax o posta elettronica, indirizzata alla Direzione
- Colloquio personale

La presentazione di un reclamo può essere effettuata entro e non oltre quindici giorni dal momento in cui è stato perpetrato l'atto od il comportamento lesivo degli interessi o dei diritti del Cliente.

Non esiste alcuna scadenza temporale relativamente a reclami per disservizi e a proposte di miglioramento.

La Direzione deve decidere sulla controversia entro quindici giorni dal ricevimento del reclamo e la sua decisione deve essere comunicata agli Interessati nel termine tassativo di quindici giorni, attraverso segnalazione telefonica (da confermare comunque con lettera), via fax o posta elettronica indirizzata al Cliente, oppure mediante colloquio personale.

La presentazione dei reclami alla struttura non impedisce o preclude la proposizione di impugnative in sede giurisdizionale.

ASCOLTO DEI PAZIENTI E DEI FAMILIARI

Il Centro prevede procedure attive che facilitino l'ascolto dei propri pazienti o dei loro familiari relativamente al percorso terapeutico all'interno della struttura, al rapporto con i medici specialisti, e per garantire gli standard della struttura al livello atteso.

I Clienti di questa struttura, nonché i propri familiari (parenti o affini), possono in ogni caso richiedere un appuntamento con la Direzione Sanitaria per migliorare il rapporto con la struttura e per avere chiarimenti in merito al percorso terapeutico in atto.

La struttura esamina periodicamente le criticità emerse dalla gestione sanitaria, mediante analisi del rischio clinico e di tutte le altre evidenze registrate nella vita aziendale come, ad esempio:

- Le Non Conformità di processo
- La registrazione di eventi avversi e/o near miss
- I reclami di competenza del settore sanitario
- Le semplici segnalazioni per il miglioramento riportate nei modelli per la rilevazione della soddisfazione dei pazienti

Tale analisi ed i risultati ottenuti saranno utilizzati al fine di migliorare il servizio e con esso la soddisfazione dei pazienti.



CAN.BIAS. Laboratorio Analisi Cliniche
CARAVAGGIO S.r.l.
Sede di Roma - Via Accademia degli Agiati

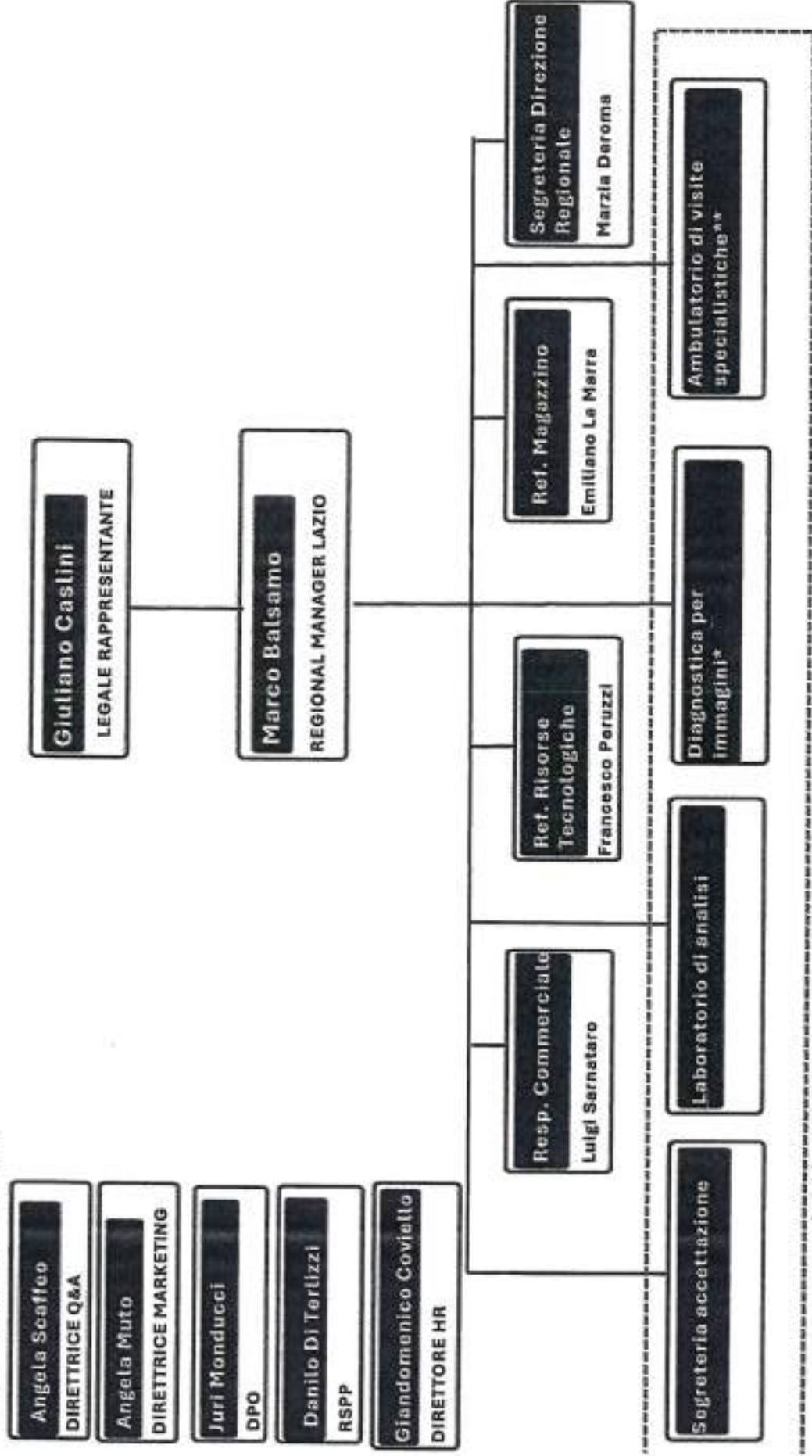
CARTA DEI SERVIZI

Rev.10 del 23.12.2024

ALLEGATI ALLA CARTA DEI SERVIZI

CODICE DOCUMENTO	TITOLO
ALL - MDS 01	<i>POLITICA PER LA QUALITÀ</i>
ALL - MDS 02	<i>ORGANIGRAMMA</i>
ALL - 03 CDS	<i>MODULO RILEVAZIONE SODDISFAZIONE PAZIENTI</i>
ALL - 04 CDS	<i>MODULO RECLAMO</i>
ALL - 05 CDS	<i>ELENCO PRESTAZIONI SSN SPECIALISTICA AMBULATORIALE</i>
ALL - 06 CDS	<i>ELENCO COMPLETO PRESTAZIONI LABORATORIO (VADEMECUM)</i>

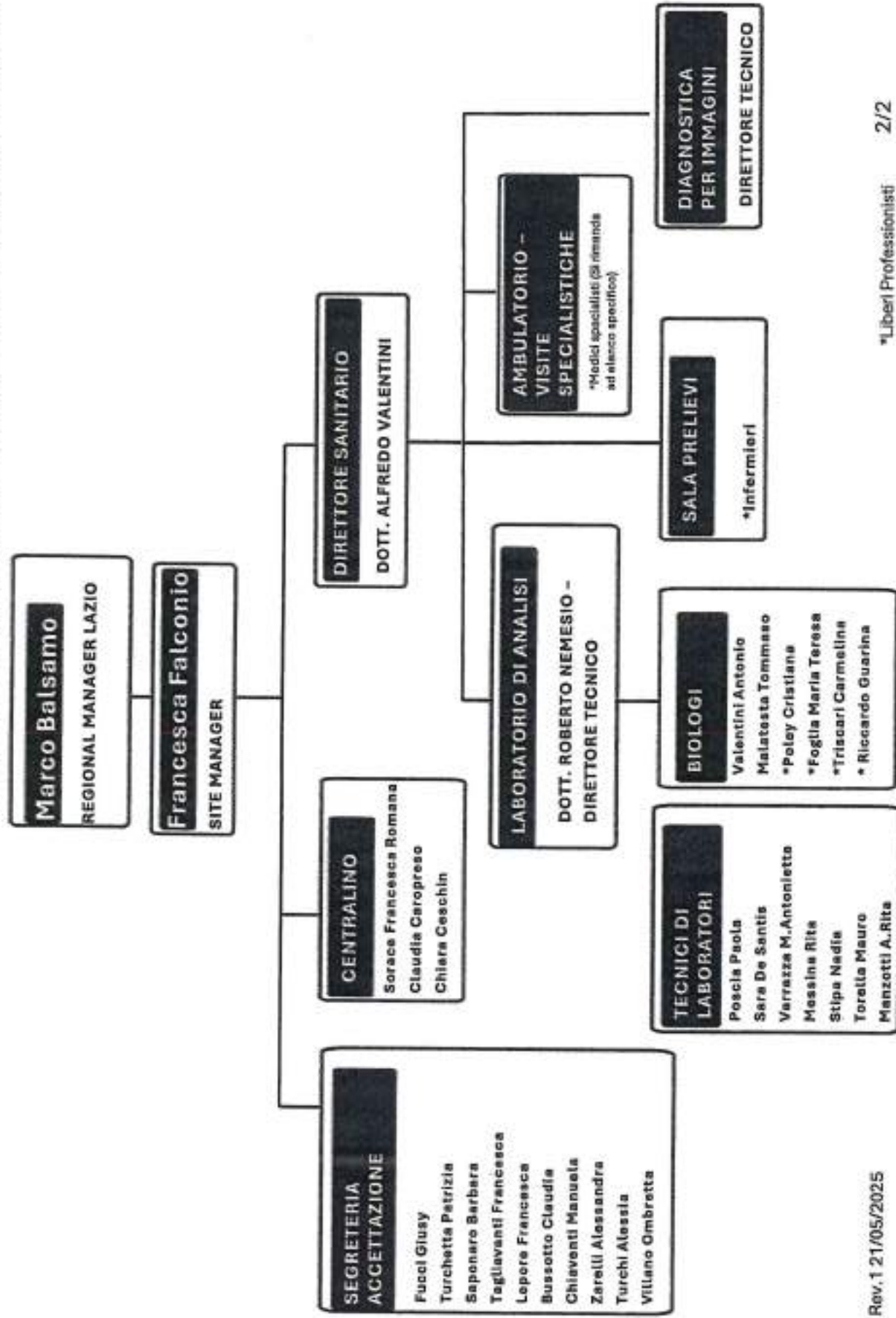
FUNZIONI DI STAFF



Attività operative sedi

Rev.1 21/05/2025

* Per la sede di Gesian e Caravaggio.
 ** Per la sedi di Artemedica, Di Giorgi, Caravaggio, Gesian, Labomedica e Biosystem.



POLITICA PER LA QUALITÀ

Il Procuratore Generale, in rappresentanza dell'Amministratore Unico, lo staff medico-sanitario e tutte le risorse coinvolte, nel rinforzare i principi che hanno caratterizzato la Can.Bi.as. Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio Srl, come parte del Gruppo Bianalisi, ha individuato nelle metodologie del miglioramento continuo il mezzo per sviluppare ulteriormente la cultura della Qualità.

L'evoluzione delle metodologie gestionali e l'introduzione dei principi di miglioramento continuo della qualità e della soddisfazione degli assistiti, introducono una nuova fase, in cui il Centro può e deve assicurare, attraverso il rinnovo della Certificazione in conformità al nuovo standard Internazionale UNI EN ISO 9001:2015, un riscontro oggettivo della qualità dei servizi erogati.

La valutazione di un servizio implica la necessità di selezionare criteri e metodi appropriati per rispondere adeguatamente ad un principio di utilità, che in ultima istanza è dato dal miglioramento della qualità, sia per gli utenti, sia per gli operatori, sia per il sistema socio-sanitario nel suo complesso.

Il nostro impegno quotidiano si manifesta mediante il coinvolgimento di tutte le risorse e la continua verifica di quali bisogni hanno le persone per le quali stiamo lavorando, per assicurare delle azioni e attività professionali dirette a soddisfare tali necessità in conformità ai seguenti principi:

- ❑ Le Risorse a tutti i livelli devono avere una principale e fondamentale motivazione: "Fornire prestazioni che soddisfino pienamente le richieste dei Clienti assistiti nell'ambito delle relazioni contrattuali assunte dalla Can.Bi.as. Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio Srl in relazione a norme ed etica, ponendo particolare attenzione ai requisiti sociali degli stessi".
- ❑ Il processo fondamentale della Can.Bi.as. Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio Srl è il miglioramento continuo della qualità e quindi il miglioramento del livello di soddisfazione del Cliente. Tutte le risorse devono essere coinvolte in questo processo che va perseguito in modo continuo e senza limiti e, in particolare applicato ai Clienti portatori di bisogni speciali, fisici e patologici temporanei.
- ❑ La qualità ha bisogno di numeri, fatti e dati concreti per essere compresa e condivisa da tutti. È quindi necessario rilevare, misurare e diffondere i dati relativi alla qualità.
- ❑ Solo il continuo e sistematico miglioramento dei processi di erogazione delle prestazioni e il costante miglioramento delle risorse che ci lavorano può consentire il raggiungimento della qualità, il miglioramento delle prestazioni e la soddisfazione del Cliente.
- ❑ Le risorse che operano nella nostra organizzazione sono il nostro elemento caratterizzante che, attraverso il miglioramento, diventa fonte di creatività e di vantaggio competitivo, il quale si sente parte attiva di un sistema dinamico di conoscenze diretto all'eccellenza del nostro impegno professionale.
- ❑ La qualità può essere raggiunta solo se, tutte le risorse condividono i contenuti della nostra Politica per la Qualità, ed allineano ad essa la loro personale visione. Solo il lavoro di Gruppo, organizzato, consente l'armonizzazione e l'ampliamento delle potenzialità di tutte le risorse. È nostra volontà quindi assicurare l'informazione, la formazione e l'addestramento delle nostre risorse.
- ❑ È necessario risolvere i problemi attraverso l'eliminazione delle cause che li hanno determinati e non attraverso la ricerca delle risorse fonte della devianza. L'analisi dei rischi introdotta con la nuova norma UNI EN ISO 9001:2015 ci aiuta nel percorso. Le risorse devono utilizzare tale opportunità quale occasione di miglioramento.
- ❑ Ogni nostra prestazione è il risultato di una serie logica e coerente di attività successive. Nella nostra organizzazione vengono gestiti contemporaneamente molti processi personalizzati al Cliente che devono essere tra loro allineati coordinati e continuamente misurati per renderli sempre più fruibili.
- ❑ Ogni nostra risorsa è il garante del Cliente Assistito ed è il responsabile dell'attuazione di quel complesso di attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi contenuti nella nostra Politica per la Qualità.

L'efficace realizzazione della Politica per la Qualità non può quindi prescindere da alcuni interventi organizzativi che, al fine di una corretta conduzione aziendale della Qualità, devono essere necessariamente adottati:

1. L'applicazione dell'approccio per processi nell'ambito della Can.Bi.as. Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio Srl per mantenere la necessaria continuità di controllo sui legami fra i singoli processi, come anche sulle loro combinazioni ed interazioni.
2. L'analisi dei rischi prevista come percorso di miglioramento della performance aziendale e come punto di partenza per valutare i bisogni e la soddisfazione dei pazienti.
3. La definizione formale del quadro della struttura organizzativa adottata, l'attribuzione delle responsabilità assegnate non solo per le attività operative ordinarie, ma anche per la prevenzione, l'identificazione, la registrazione e la correzione di ogni e qualsiasi Non Conformità.
4. L'istituzione di una funzione dedicata all'attuazione del Sistema di Gestione per la Qualità: la risorsa individuata, è posta alle mie dirette dipendenze, e da me delegata a rappresentarmi nell'attuazione della Politica per la Qualità e nelle corrispondenti verifiche con il mandato specifico di redigere regolarmente una relazione sui risultati registrati.

L'organizzazione del Sistema di Gestione Qualità della Can.Bi.as. Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio Srl sarà oggetto di riesame da parte della Direzione con regolare cadenza almeno annuale.