



CARTA DEI SERVIZI

Rev.02 del 08.07.2025

CARTA DEI SERVIZI

CAN.BI.AS. LABORATORIO ANALISI CLINICHE CARAVAGGIO SRL

Sede Operativa:

NAMUSA - VIA AUFIDIO NAMUSA 144/150 – 00169 - ROMA

CAN.BI.AS.
LABOR. ANALISI CLINICHE CARAVAGGIO S.r.l.
Sede Legale: Via Accademia degli Agiati, 65 - 00147 Roma
Sede Operativa: Via Aufidio Namusa, 150 - 00169 Roma
C.F. 02067430593 - P. IVA 01028301008

INDICE

COSA È LA CARTA DEI SERVIZI.....	3
SEZIONE I	3
PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA	3
DIRETTORE TECNICO	4
ACCESSO ALLE PRESTAZIONI	4
SEZIONE II	6
COME RAGGIUNGERCI	6
SEZIONE III	6
VISIONE, MISSIONE ED OBIETTIVI	6
SEZIONE IV	9
STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI ANNUALI	9
MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA	11
RECLAMI	11
DIRITTI E DOVERI	11
RIFERIMENTI	13

Nell'accogliervi La Le presentiamo la nostra Carta dei Servizi Sanitari. Le permetterà di conoscere la nostra struttura, le prestazioni, i servizi disponibili e Le fornirà tutte le informazioni utili per accedere.

La invitiamo a presentarci idee e suggerimenti che contribuiranno al miglioramento continuo della nostra Struttura.

COSA È LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è una dichiarazione che espone in maniera chiara gli impegni programmatici ed operativi assunti dal Laboratorio nei confronti dei Cittadini, per una migliore qualità dei servizi medico/sanitari.

Esponendo i principi che sono alla base dell'attività del **Laboratorio**, la Carta dei Servizi diventa una sorta di progetto contrattuale necessario ad informare i possibili Utenti di quelle che sono le proposte e, quindi, i possibili servizi di cui si può usufruire.

SEZIONE I

PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

Il **Laboratorio Can.Bi.As. Srl** sede di Namusa Via Aufidio Namusa 144/150 00169 Roma ha ottenuto l'Autorizzazione e l'Accreditamento definitivo DCA U00139/2012 per l'attività di Laboratorio di Analisi di base con la denominazione di Namusa Analisi Srl.

Con Deliberazione Giunta n. 216 del 12/04/2024, il Laboratorio è stato oggetto di fusione con Can.bi.as Laboratorio Analisi Cliniche Caravaggio S.r.l.

Il principio di autorizzazione sanitaria e di accreditamento, fondato sulla verifica dell'idoneità strutturale, tecnologica e organizzativa, ha rappresentato il punto di partenza di una evoluzione della struttura che si è posta come obiettivo di primaria importanza la massima soddisfazione dell'Utente attraverso il perseguimento di livelli di qualità in termini di cortesia, affidabilità e disponibilità.

Il **Laboratorio**, per gestire i requisiti minimi per l'autorizzazione regionale all'esercizio e ai requisiti di accreditamento secondo il nuovo DCA 469/2017 ha adottato un sistema di gestione interno della qualità in riferimento alla norma UNI EN ISO 9001.

Il Laboratorio fa parte della Rete dei Laboratori Bianalisi nel Lazio, pertanto, la fase analitica viene effettuata dal laboratorio capofila con sede in Via Accademia degli Agiati Roma.

DESCRIZIONE DELLA STRUTTURA

Il Laboratorio, si sviluppa al piano terra di un edificio in muratura.

La maggior parte dei locali è dotata di ampie finestre in grado di assicurare una sufficiente aerazione naturale. Si compone di una sala d'attesa ampia e confortevole, un desk per l'accettazione, due sale

prelievi, un bagno per il personale e un bagno per i pazienti/disabili ed un locale dedicato all'attività di preparazione dei campioni.

RESPONSABILITA'

Il Legale Rappresentante è il Dott. Giuliano Caslini.

La responsabilità del **Laboratorio** è del Direttore Tecnico ma tutti gli operatori sono tenuti a svolgere al meglio le mansioni a loro affidate.

Il **Laboratorio** ha come obiettivo principale la completa soddisfazione dei propri Utenti.

È per tale motivo che lo standard di qualità delle prestazioni sanitarie viene raggiunto:

- ✓ Ottimizzando i rapporti organizzativi
- ✓ Aumentando il coinvolgimento, le motivazioni e l'aggiornamento di tutto il personale e fornendo trasparenza ai processi aziendali.

I dati che fanno della nostra Organizzazione un'entità ben distinta e qualificata nella zona sono:

- Un patrimonio strumentale rigorosamente adeguato all'evoluzione tecnico-scientifica
- Personale altamente qualificato.

Alla luce di ciò, l'obiettivo fondamentale che l'Organizzazione si propone di perseguire continuamente nell'erogazione dei propri servizi, è la soddisfazione dell'Utente coerentemente alla politica aziendale per la qualità.

DIRETTORE TECNICO

Direttore tecnico responsabile del Laboratorio è il **Dott.ssa Anna Antonini**: Biologo, spec. PAT. CLINICA. Iscrizione ordine nazionale Biologi n. 61888 sez. A.

ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Il Laboratorio è attivo a Terracina in Via Sicilia, 81.

Orario di apertura:	Dal Lunedì al Venerdì	Mattino ore 07,00 - 13,00
		Pomeriggio ore 15,30 - 17,00
	Sabato	Mattino ore 07,00 - 12,00

I prelievi si eseguono dal Lunedì al Sabato dalle ore 7,00 alle ore 10,00

Il ritiro dei referti è possibile negli orari di apertura del centro, preferibilmente dopo le 10.30.

Per ogni tipo di informazione i clienti possono contattare al numero 06 2315739 oppure in loco direttamente.

Il laboratorio ha un sito web: www.bianalisi.it e una E-mail: info.namusa@bianalisi.it.

Per alcune patologie e per particolari esigenze dei pazienti (Curva da Carico di Glucosio, Breath test, pap-test ecc) è possibile una prenotazione concordata telefonicamente contattando l'accettazione al numero più sopra indicato.

Per le prestazioni convenzionate, gli utenti devono produrre la richiesta del medico curante e provvedere al pagamento del ticket ove dovuto, direttamente all'accettazione, viene contemporaneamente rilasciata regolare fattura.

Si può pagare in contanti, con bancomat, carta di credito o con assegno bancario.

Si assicura assistenza medica ai pazienti in difficoltà dopo il prelievo o durante lo stesso.

Esiste separazione tra la zona di accoglienza e quella operativa.

Le risposte (i referti) sono consegnate normalmente dal giorno stesso fino a diversi giorni dopo secondo il tipo di analisi effettuata. È disponibile un vademecum per i tempi di risposta alle analisi. Viene sempre rilasciato al paziente il foglio di ritiro con i tempi e la delega.

Le risposte urgenti vengono consegnate in giornata compatibilmente con i tempi tecnici previsti per l'esecuzione.

Vengono effettuati, su richiesta, prelievi a domicilio.

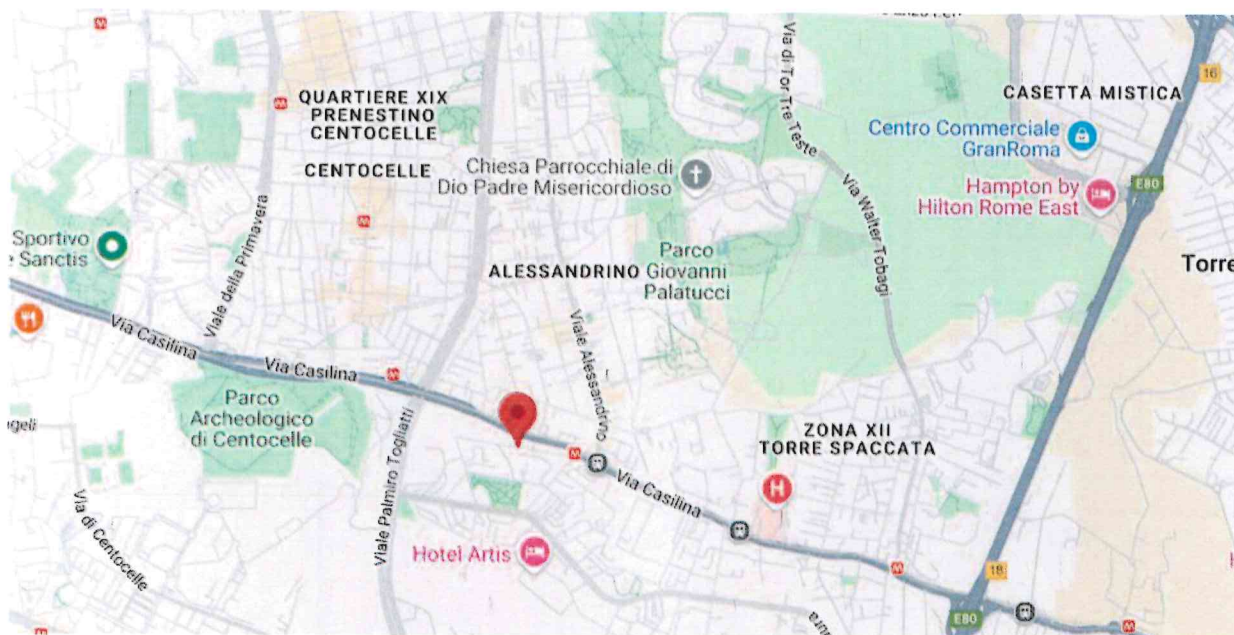
Accettazione – Documenti Necessari

Al momento dell'accettazione il paziente viene informato anche tramite cartelli affissi, ai sensi del RUE 679/2016, circa il trattamento dei dati sensibili. Il personale amministrativo è a disposizione per qualsiasi informazione inerente le disposizioni legislative sulla privacy. Per qualsiasi inconveniente documentabile si prega di rivolgersi al personale di segreteria che potrà predisporre un appuntamento con il responsabile del settore di competenza.

LA STRUTTURA METTE A DISPOSIZIONE DEL PAZIENTE I FOGLI INFORMATIVI SULLA PREPARAZIONE ED ESECUZIONE DI ALCUNI ESAMI. IL PERSONALE IN ACCETTAZIONE È DISPONIBILE PER QUALUNQUE ULTERIORE CHIARIMENTO.

SEZIONE II

COME RAGGIUNGERCI



In macchina si raggiunge con facilità dall'uscita Casilina n.18 del GRA da cui dista circa 2 km.

Con i mezzi pubblici è possibile raggiungere la struttura con la METRO C fermata ALESSANDRINO che dista 650 m.

SEZIONE III

VISIONE, MISSIONE ED OBIETTIVI

LA VISIONE

La nostra strategia è fare del **Laboratorio** un riferimento nel proprio bacino di Utenza, per l'offerta dei servizi di Laboratorio.

La realizzazione di tale strategia si persegue attraverso i seguenti punti:

- ❖ realizzare utile da reinvestire nelle risorse tecnologiche e nelle persone;
- ❖ raggiungere e mantenere alta la qualità delle prestazioni tecniche;
- ❖ eccellere nell'erogazione dei servizi.

LA MISSIONE

Il **Laboratorio**, sulla base di una gestione fondata sull'approccio per processi ed in vista della piena soddisfazione delle parti interessate si pone i seguenti principi guida:

1. Contribuire a migliorare la salute dei Pazienti

2. Assicurare la centralità della persona, il rispetto della dignità umana, l'equità e l'etica professionale
3. Assicurare una buona pratica professionale ed un comportamento coerente
4. Operare secondo le best practice, adottando procedure operative standard riconosciute
5. Promozione della crescita professionale e della motivazione dei propri collaboratori
6. Operare in ambiente adeguato
7. Operare nel rispetto delle esigenze dei Pazienti e misurarne il livello di soddisfazione tramite ottenimento di informazioni di ritorno
8. Garantire il segreto professionale
9. Disponibilità a fornire informazioni /assistenza
10. Utilizzo di tecnologie e metodi organizzativi appropriati.

Tali principi trovano applicazione nei seguenti standard, che perseguiamo per il nostro personale e per i nostri Pazienti:

Prestazioni Tecnico Professionali

Effettuare un controllo sui processi che assicuri ai nostri Pazienti l'appropriatezza del risultato.

Prestazioni di Servizio

Migliorare le prestazioni percepibili dai Pazienti e familiari

Risorse Tecnologiche

Rinnovare la strumentazione per il miglioramento continuo delle prestazioni.

Persone

Assicurare il continuo mantenimento delle competenze del Personale attraverso corsi di formazione ECM per offrire un servizio professionalmente adeguato.

Riconoscimento Istituzionale

Mantenere i requisiti autorizzativi e di accreditamento.

GLI OBIETTIVI

L'Organizzazione sviluppa il proprio impegno nel miglioramento continuo, attraverso piani ed azioni finalizzate al miglioramento dei servizi, processi e prestazioni, ed attraverso l'elaborazione di piani con obiettivi misurabili e il raggiungimento degli stessi, come descritto nel riesame della Direzione che la Struttura effettua annualmente.

Il Laboratorio è impegnato in un'azione di miglioramento continuo della qualità offerta ai pazienti che ad esso si rivolgono.

Il Laboratorio segue i seguenti criteri nella gestione delle attività necessarie per l'erogazione dei servizi.

a) Accoglienza

- Presenza all'ingresso della struttura di personale capace di fornire informazioni necessarie per la sua utilizzazione in chiave tecnica ed organizzativa

- Identificazione del personale tramite cartellini di riconoscimento
- Attesa in ambiente idoneo provvisto di posti a sedere
- Indicazione dei servizi igienici
- Presenza di personale cui compete la soluzione di problemi legati a controversie amministrative
- Percorso agevolato per disabili ed eliminazione di barriere architettoniche
- Pagamento al momento dell'accettazione o in casi particolari al ritiro dei referti
- La zona di accoglienza è separata da quella operativa (accettazione, sala prelievi, laboratorio)
- I pazienti accedono alla struttura senza distinzione di sesso, di razza e di religione.
- Le donne in evidente stato di gravidanza o gravidanza a rischio ed i bambini con la febbre hanno la precedenza per effettuare l'accettazione e per il prelievo.

b) Prenotazione

Ha la funzione di garantire l'accesso alle prestazioni in tempo utile alle necessità dell'utente con particolare attenzione ad individuare soluzioni agevolate per alcune patologie, orari idonei per tipologie particolari di analisi.

Per alcuni tipi di analisi (ad esempio il breath test, pap test e tamponi vaginali) è preferibile la prenotazione.

c) Esecuzione delle prestazioni

Le prestazioni sono effettuate con il rispetto delle norme deontologiche e nella riservatezza necessaria a salvaguardare la privacy del paziente.

d) Ritiro dei referti

Effettuata l'accettazione, al paziente viene rilasciata un foglio per il ritiro dove vi sono riportati: la data e l'ora del ritiro referto e spazio per eventuale delega.

E' possibile richiedere di poter visualizzare i referti online, facendone esplicita richiesta al momento dell'accettazione. In questo caso il personale di accettazione fornirà al paziente un foglio con username e password con il quale potrà consultare il proprio referto online (disponibile per 30 gg).

Il referto viene consegnato all'interessato o a persona autorizzata in possesso di delega.

e) Igiene ambientale

I locali e le attrezzature che sono a contatto con il pubblico sono disinfettati e sterilizzati ogni volta che ciò è necessario per prevenire danni ai pazienti e al personale.

La raccolta del cotone e siringhe dai tavoli di prelievo segue le regole relative all'asporto dei rifiuti ospedalieri.

Per i rifiuti non ospedalieri si effettua la raccolta differenziata.

I servizi igienici per il pubblico e per il personale sono separati e provvisti di quanto è necessario per una buona igiene: pertanto carta igienica, sapone liquido, asciugamani monouso, chiusura interna sono in dotazione dell'ambiente.

I locali ed i servizi igienici sono mantenuti costantemente in ottime condizioni di pulizia ed aerazione.

f) Sicurezza

Le condizioni di sicurezza sono garantite dall'applicazione del D.Lgs 81/08 da parte della società che ha in carico la commessa.

Il personale è informato dal responsabile della sicurezza RSPP, sui piani di sicurezza e di evacuazione, nonché sul corretto modo di comportamento nelle fasi analitiche.

Gli standard garantiti per la sicurezza sono:

- controllo impianto elettrico a cura del gestore dell'impianto elettrico;
- via di fuga agibile;
- segnaletica e istruzione secondo il D.Lgs 81/08
- accesso alla documentazione come prevede il rispetto del D.Lgs 81/08

g) Utenti e qualità tecnica

Gli utenti possono accedere dopo aver fatto richiesta al Direttore Tecnico della struttura, alla documentazione idonea a valutare la competenza del personale, la qualità tecnica e la manutenzione delle attrezzature.

SEZIONE IV

STANDARD DI QUALITÀ, IMPEGNI E PROGRAMMI ANNUALI

Standard di Qualità

Il **Laboratorio** assicura che i bisogni e la domanda di salute dei Pazienti siano al centro dell'attenzione, attenzione che guida ed orienta tutta l'attività quotidiana.

Pertanto, è fondamentale l'impegno affinché le risposte alle aspettative dell'Utente siano le più appropriate ed efficaci e siano, inoltre, accolte e curate nel rispetto della dignità delle opinioni personali e della riservatezza.

L'Organizzazione:

- ◆ Assicura la presenza di personale qualificato
- ◆ Utilizza il numero e la tipologia dei reclami come indicatori del livello di servizio e i dati dei programmi di controllo di qualità interni come indicatori della qualità analitica raggiunta.

Impegni e programmi di attività e qualità

L'Organizzazione si impegna a migliorare l'efficienza del servizio tramite:

- Audit periodici
- Maggior ascolto dell'Utente tramite predisposizioni di moduli di reclamo disponibile in accettazione
- Continua formazione ed aggiornamento del nostro personale

- Verifica sistematica da parte del Responsabile Qualità dell'esecuzione dei controlli pianificati e della soluzione dei reclami ricevuti
- Collaborazione e disponibilità di tutto il personale medico
- Ambienti puliti, sani ed accoglienti

STANDARD CHE DEFINISCONO LA STRUTTURA NELLA SUA ATTIVITÀ COMPLESSIVA			
AREA IN ESAME	FATTORE DI QUALITÀ	INDICATORE	STANDARD DI QUALITÀ
Accesso	Rispetto tempi di attesa	Tempo di attesa in accettazione	Da 10 a 15 minuti
Accesso	Informazioni chiare e semplici	Presenza di personale qualificato. Presenza di adeguata segnaletica	Percezione della Qualità > 90% tramite questionario
Accesso	Abbattimento delle barriere architettoniche	Abbattimento di tutte le barriere architettoniche ed attuazione di percorsi facilitati.	Reclami ≤ 1
Relazioni con gli Utenti	Facile riconoscibilità del Personale	Tutto il Personale è dotato di un cartellino di riconoscimento.	Non conformità ≤ 1
Segnalazione disservizi	Possibilità di presentazione di osservazioni e/o reclami	Modulistica in accettazione.	Reclami ≤ 3
Segnalazione disservizi	Risposte alle osservazioni e/o reclami	Tempi di risposta ai reclami	Entro 15 giorni
Soddisfazione Utenti	Livello di gradimento dei servizi offerti	Questionario presente in accettazione	Percezione complessiva della Qualità > 90% tramite questionario

Rispetto della privacy	Applicazione della legislazione sulla tutela dati Personali	Richiesta consenso al trattamento dati.	Consensi secondo nuovo RUE 2016/679
Fase preanalitica	Informazione preventive	Consegna opuscolo informativo preparazione esami	Opuscoli sempre aggiornati
Fase post analitica	Rispetto tempi di refertazione	Tempo di attesa per la refertazione	Rispetto tempistica indicata nel foglio ritiro

MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

RECLAMI

La Struttura garantisce la funzione di tutela nei confronti dell'Utente anche attraverso la possibilità, per quest'ultimo, di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la funzionalità delle prestazioni.

Il reclamo può essere inoltrato:

- ❖ compilando l'apposito modulo disponibile presso l'accettazione,
- ❖ verbalmente,
- ❖ tramite lettera,
- ❖ mediante segnalazione telefonica, via fax o posta elettronica.

Il Legale Rappresentante provvederà a risolvere le problematiche sollevate nel più breve tempo possibile, informandone il Paziente qualora il reclamo sia stato presentato in forma non anonima. Nei casi di non immediata soluzione, il Legale Rappresentante predisporrà l'attività istruttoria ed il Paziente riceverà risposta scritta entro un massimo di 15 giorni dall'inoltro del reclamo.

Il referente, per qualsiasi reclamo dovesse essere presentato, è il Direttore Tecnico.

DIRITTI E DOVERI

L'Utente ha diritto di:

- ✓ ricevere il miglior servizio possibile con l'utilizzo delle più adeguate tecnologie e conoscenze scientifiche
- ✓ usufruire di un'assistenza prestata in maniera professionale e personalizzata
- ✓ ricevere un'informazione completa riguardo alle prestazioni erogate
- ✓ ottenere informazioni relative alle prestazioni fornite, alle modalità di accesso a queste ed alle rispettive competenze
- ✓ ricevere personalmente le notizie che gli permettano di essere effettivamente informato

- ✓ essere informato su tutte le possibilità di accertamenti e trattamenti alternativi, anche se da effettuarsi presso altre strutture
- ✓ riservatezza di tutti i dati della sua malattia e alla riservatezza di tutte le circostanze inerenti alla medesima
- ✓ formulare reclami che debbono essere raccolti ed esaminati ed il cui esito deve obbligatoriamente essergli comunicato.

L'Utente ha il dovere di:

- ✓ mantenere sempre un comportamento responsabile, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri utenti: è opportuno che l'utente collabori con il personale medico, infermieristico, tecnico;
- ✓ collaborare con i medici ed il personale, fornendo informazioni chiare e precise;
- ✓ rispettare gli ambienti, le attrezzature e gli arredi che vi si trovano come se fossero propri;
- ✓ evitare comportamenti che arrechino disturbo o disagio ad altre persone;
- ✓ rispettare il divieto di fumare;
- ✓ segnalare eventuali disfunzioni riscontrate al fine di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi.

PRINCIPI FONDAMENTALI - VALORI

La presente Carta dei Servizi, in riferimento alle linee guida ministeriali n.2/95, si ispira ai seguenti principi fondamentali-valori:

Uguaglianza e Rispetto: l'erogazione del servizio è ispirata ad un'eguale considerazione per ogni singola Persona. Questo non significa uniformità degli interventi ma, viceversa, che ogni attività è personalizzata considerando l'unicità di ciascuno. Ogni intervento è gestito con rispetto per la dignità della Persona e delle specificità individuali, senza distinzioni d'etnia, sesso, religione, lingua, condizioni economiche, opinioni politiche, costumi, condizioni fisiche, condizioni psichiche, condizioni economiche, struttura della personalità.

Imparzialità ed Obiettività: ogni Persona che presta servizio opera con imparzialità, obiettività, giustizia al fine di garantire un'adeguata assistenza.

Continuità: l'Organizzazione assicura la continuità quantitativa, qualitativa e la regolarità dei servizi. In caso di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio l'Organizzazione è in grado di provvedere ad una effettiva continuità dei servizi tramite la collaborazione con strutture esterne, controllate e certificate.

Diritto di scelta: ogni Persona, ove sia consentito dalle normative vigenti, può esercitare il diritto di “libera scelta” rivolgendosi direttamente alla Struttura prescelta.

Il Paziente ha il diritto di prendere liberamente decisioni riguardo alle cure proposte dai Sanitari.

Partecipazione: è garantito il diritto della Persona a collaborare, con osservazioni e suggerimenti, alla correlata erogazione della prestazione ed al miglioramento del servizio prestato dalla Struttura.

L'Utente può prospettare osservazioni; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. La Struttura acquisisce periodicamente la valutazione dell'Utente circa la qualità del servizio reso attraverso la somministrazione di un questionario per esprimere la propria opinione e valutazione sui servizi erogati e fornisce. La struttura, inoltre, dispone di una bacheca riservata alle Associazioni.

Efficienza ed efficacia

Il servizio è erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia; la Struttura adotta le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi:

- raggiungere **efficienza** organizzativa attraverso l'attenta rilevazione dei suggerimenti dei Pazienti;
- mantenere **efficacia** tecnica seguendo costantemente l'evoluzione delle scienze.

Formazione Continua

La Struttura attiva una formazione continua ed una partecipazione di tutto il Personale, per crescere insieme e migliorare ogni giorno le offerte di servizi e prestazioni.

RIFERIMENTI

Norma UNI EN ISO 9001

DPCM del 19/05/1995 “Guida generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari”

DPCM del 27/01/1994 “Principi fondamentali dell'erogazione dei servizi”

DCA U00311 del 06/10/2014 “Linee guida per l'Elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio

D.L. 517/93 “Controllo di qualità delle prestazioni erogate”

Circolare MS n.5443 del 22.02.2020

Relazioni del ISS e Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri

Circolari della Regione Lazio

Timbro e Firma Direzione Tecnica:
Dott.ssa Anna Antonini