Ambulatorio

"MADONNA DELLA FIDUCIA"

di ***Namur S.r.l.***

CARTA DEI SERVIZI

Redazione	Controllo	Approvazione
RGQ	DS	PCA
_____	_____	_____

INDICE DELLE SEZIONI DELLA CARTA DEI SERVIZI

Presentazione

Sezione Prima

1. POLITICA DELLA QUALITÀ'
2. PRESENTAZIONE DELLA CASA DI CURA
3. COME RAGGIUNGERCI
4. COME CONTATTARCI
5. PRINCIPI FONDAMENTALI

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

Allegati alla Carta dei Servizi

ALL-01-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI LABORATORIO"
ALL-02-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI TC"
ALL-03-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI RISONANZA MAGNETICA"
ALL-04-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI CARDIOLOGICHE"
ALL-05-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI CARDIOLOGIA NUCLEARE"
ALL-06-CdS-Namur" ELENCO PRESTAZIONI MEDICINA NUCLEARE"
ALL-07-CdS-Namur "ELENCO PRESTAZIONI RADIOLOGIA"
ALL-08-CdS-Namur" SCHEDA VALUTAZIONE SODDISFAZIONE CLIENTE"
ALL-09-CdS-Namur" SCHEDA RECLAMI"
ALL-10-CdS-Namur "DIETE E PREPARAZIONI"
ALL-11-Cds-Namur" DIETA E PREPARAZIONE COLONSCOPIA VIRTUALE"
ALL-12-Cds-Namur" CARTA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE"
ALL-13-Cds-Namur" PIANO DI UMANIZZAZIONE"

G.le Signora/e,

Vi presentiamo la Carta dei Servizi dell'Ambulatorio Polispecialistico "Madonna della Fiducia "di Namur S.r.l., 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 reparti della nostra Struttura Sanitaria con tutti i servizi offerti e dei "percorsi" di qualità che seguiamo per assicurare il miglior benessere assistenziale.

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

È stata elaborata con l'apporto di tutto il personale medico e paramedico, ponendo grande attenzione ai suggerimenti dei nostri pazienti.

La nostra Carta dei Servizi vuole in qualche modo far trasparire i principi ispiratori della gestione di Madonna della Fiducia: 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 del nostro Centro.

I nostri migliori auguri
La Direzione

Sezione Prima

1 - Politica della Qualità

La Direzione Generale, gli Amministratori, lo staff medico-sanitario e tutte le risorse coinvolte, nel rinforzare i principi che hanno ispirato la Casa di Cura e il Poliambulatorio Madonna della Fiducia in questi anni, hanno individuato nelle metodologie del miglioramento continuo il mezzo per sviluppare ulteriormente la cultura della Qualità.

Le attività mediche sono garantite da competenze e disponibilità che hanno consentito, alla Casa di Cura ed al Poliambulatorio, di diventare una struttura di riferimento nell'ambito del settore diagnostico terapeutico.

L'evoluzione delle metodologie gestionali, l'applicazione dei principi di miglioramento continuo della qualità e la continua ricerca della soddisfazione degli assistiti, assicurano caratteristiche di servizio più solide ed evidenti, realizzando attraverso la Certificazione, un riscontro oggettivo della qualità dei servizi erogati in conformità allo standard UNI EN ISO 9001:2015.

La valutazione di un servizio implica la necessità di selezionare criteri e metodi appropriati per rispondere adeguatamente ad un principio di utilità per gli utenti, per gli operatori, e 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 Casa di Cura e dal Poliambulatorio in relazione a norme ed etica, ponendo particolare attenzione ai requisiti sociali degli stessi.

- L'obiettivo fondamentale della Casa di Cura e del Poliambulatorio 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. E' 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 della 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. E' nostra volontà quindi assicurare l'informazione, la formazione e l'addestramento delle nostre risorse.

- E' 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 della Qualità.

L'efficace realizzazione della Politica della Qualità, è perseguita mediante l'applicazione di una corretta conduzione aziendale:

1. L'applicazione dell'approccio per processi nell'ambito della Struttura 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 alla 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 della Qualità e nelle corrispondenti verifiche con il mandato specifico di redigere regolarmente una relazione sui risultati registrati.

L'organizzazione del Sistema Qualità, sarà oggetto di riesame da parte della Direzione con cadenza almeno annuale. Durante i riesami della direzione saranno individuati, misurati e stabiliti gli ambiti di miglioramento degli indicatori di performance di processo e di prodotto necessari al monitoraggio continuo del sistema di gestione per la qualità.

2 - Presentazione del Poliambulatorio

L'Ambulatorio Madonna della Fiducia di Namur Srl fu fondato nel 1975 per opera delle Suore della Carità di Namur, già celebri per la loro attività sanitaria in Belgio, che vollero portare anche a Roma la loro dedizione ed umanità in un settore così importante per tutti.

Il connubio tra la professionalità di un personale medico e tecnico di comprovata esperienza ed i principi religiosi che ispirano il Centro, rende più concreti gli obiettivi , che fondamentalmente sono:

- mantenere sempre alti gli standard di "qualità" delle prestazioni e dei servizi offerti;
- mantenere sempre attivo e presente lo spirito di umanità che ispirò la fondazione dello stesso.

Per quanto riguarda la metodologia seguita dal Centro, tutto il nostro interesse è rivolto al Paziente, al suo benessere all'interno della struttura, ed ogni intervento è pensato in sua funzione.

Tutte le risorse che operano nella nostra struttura svolgono le loro funzioni in costante collaborazione e interdipendenza, per assicurare al Paziente il massimo della qualità nel erogazione delle prestazioni.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, la struttura si è dotata di personale altamente specializzato:

- medici;
- biologi,
- infermieri professionali;
- operatori tecnici;

i quali formano, con la collaborazione della congregazione delle Suore della Carità di Namur, uno staff di spiccata professionalità e di provata esperienza, con attenzione dedicata alla comprensione degli aspetti emotivi legati alla percezione del rapporto salute/malattia.

L'ambulatorio ha il suo accesso su Via Giuseppe Mantellini 3 ed è strutturato come riportato di seguito:

Piano terra ingresso principale:

- Segreteria accettazione;
- Sale d'attesa;
- Sala Prelievi;
- Laboratorio analisi;
- Medicina Nucleare.
- Cardiologia Nucleare

Piano terra distaccato:

- Segreteria accettazione;
- Sala d'attesa;
- Radiologia digitale, TAC, Risonanza Magnetica Nucleare

Piano primo distaccato:

- Sala d'attesa;
- Cardiologia;

Unità distaccata situata nella adiacente Via Latina n° 97:

- Centro Dialisi.
-

Prenotazione ed Accettazione Amministrativa

Per gli esami di laboratorio non è necessaria la prenotazione, eccezion fatta per i seguenti tests: spermiogramma, test, curve da stimolo (es. al TRH, SYNACTEN).

In tutti questi casi l'appuntamento viene fissato direttamente dal Desk di Accettazione, che provvede alla registrazione sul planning di prenotazione, annotando nome e cognome dell'utente, recapito telefonico (possibilmente cellulare), orario dell'esecuzione dell'esame e apponendo la firma in calce.

Per l'accettazione dei campioni provenienti dal Servizio collegato di Emodialisi, il laboratorio analisi rimane a disposizione durante tutta la giornata lavorativa.

L'accettazione amministrativa viene effettuata attraverso il nostro software di accettazione , preventivamente all'esecuzione della prestazione,in base al numero di prenotazione che il paziente ritira all'arrivo in ambulatorio dalla macchina erogatrice.

Sono presenti in punti ben visibili 2 display che avvisano gli utenti del numero che si sta servendo.

Prelievi a domicilio

E' possibile prenotare di persona oppure telefonando al numero 0678462760 il servizio di prelievo a domicilio.

Il giorno precedente l'esame il paziente o un suo incaricato dovrà presentarsi munito di richiesta del medico presso il desk dell'ambulatorio per completare l'accettazione amministrativa.

Il laboratorio consegnerà al paziente una busta, con chiusura ermetica e riportante il simbolo di pericolo biologico, per il trasporto di campioni biologici contenente le provette necessarie all'esecuzione dei test accettati; tali provette riporteranno una etichetta con i dati anagrafici del paziente (nome, cognome, età, sesso, codice univoco identificativo, barcode, tipo di provetta da utilizzare, settore del laboratorio analisi per lo smistamento), inoltre su ogni provetta è evidenziato il livello di sangue da inserire.

Il prelevatore il giorno seguente dopo aver effettuato il prelievo utilizzerà le provette e la busta fornita dal paziente.

Verificata l'origine dell' etichetta si provvederà ad effettuare le dovute analisi. Qualunque altro tipo di etichetta che non sia quella rilasciata dal Laboratorio Analisi invaliderà il prelievo.

Consegna dei referti

I risultati delle indagini diagnostiche sono consegnati al paziente o ad un suo delegato presso il desk di accettazione del Poliambulatorio in Via Mantellini , 3 Roma nella data indicata nella fattura, consegnata al paziente all'atto dell'accettazione.

Il Delegato dovrà presentare, al momento del ritiro del referto, il proprio documento di riconoscimento, il modulo di delega compilato in ogni sua parte (disponibile presso il desk di accettazione) e un documento di riconoscimento del paziente.

Al momento del ritiro del referto è possibile richiedere l'assistenza di uno specialista per eventuali interpretazioni dei dati analitici.

Tale assistenza verrà effettuata in forma del tutto riservata.

Servizio di recapito a domicilio dei referti

Presso il Poliambulatorio è attivo un servizio di recapito dei referti a domicilio o tramite fax. Tutto ciò viene svolto garantendo la riservatezza sul contenuto delle analisi e una copertura assicurativa nel caso di smarrimento dei dati.

Sezione di Laboratorio Analisi

Il laboratorio di analisi cliniche degli ambulatori Namur è in grado di effettuare determinazioni analitiche nei seguenti settori specializzati:

- Chimica-clinica
- Ematologia
- Coagulazione
- Immunometria
- Microbiologia
- Sierologia

Le prestazioni diagnostiche eseguite sono costantemente sottoposte a controlli di qualità interno (CQI).

Il laboratorio partecipa inoltre, in collaborazione con DICOCARE, ad un Programma annuale di Valutazione Esterna della Qualità (VEQ).

Il Laboratorio di analisi rimane aperto tutti i giorni lavorativi dell'anno, senza eccezioni, compreso il periodo estivo.

ORARI LABORATORIO ANALISI			
GIORNI	***ORARIO DI APERTURA***	***ORARIO RITIRO REFERTI***	***ORARIO PRELIEVI***
LUN-VEN	07:00 - 19:30	11:00 - 19:30	7:00 - 11:00
SAB.	07:30 - 18:30	11:00 - 18:30	8:00 - 11:00

Accettazione esami urgenti

Il nostro Laboratorio è in grado di accettare richieste di determinazioni analitiche, con carattere di urgenza, effettuate durante o al di fuori degli orari di accettazione definiti

L'elenco degli esami eseguibili in urgenza è riportato nell'elenco prestazioni del laboratorio.

Gli esami urgenti, sono campioni lavorati in priorità e refertati entro max 2 ore dal prelievo.

Sezione Radiologia

Il settore della Diagnostica per immagini degli ambulatori Namur è una struttura all'avanguardia nella sanità romana .

Le apparecchiature diagnostiche sono costantemente aggiornate e rappresentano punti di eccellenza della struttura.

I reparti di Radiologia garantiscono la presenza quotidiana di un Radiologo durante gli orari di svolgimento delle attività diagnostiche.

La Struttura, già provvisoriamente accreditata con il SSR, garantisce l'erogazione e la refertazione delle prestazioni del reparto di RM fino ad un massimo di 14 ore giornaliere

La Diagnostica per immagini si articola in:

- Radiologia Tradizionale
- Risonanza Magnetica
- TC

ORARI RADIOLOGIA		
GIORNI	***ORARIO DI APERTURA***	**ORARIO *RITIRO REFERTI***
LUN-VEN	08:00 - 19:00	11:00 - 19:30
SAB.	08:00 - 18:30	11:00 - 18:30

Sezione Medicina Nucleare

La Medicina Nucleare permette di riconoscere, nei momenti iniziali, le alterazioni del funzionamento di diversi organi fornendo al medico informazioni utili per la definizione di terapie, per successivi controlli ed eventuali formulazione di prognosi.

La quantità di radiazioni, utilizzate negli esami scintigrafici è così modesta che, qualora sia necessario, possono essere ripetuti per seguire l'evoluzione della malattia ed essere eseguiti, con determinate avvertenze anche nei bambini.

Le sostanze impiegate sono inoltre prive di rischi tossici e generalmente non producono serie manifestazioni di tipo allergico.

ORARI MEDICINA NUCLEARE

GIORNI	*ORARIO DI APERTURA*	*ORARIO RITIRO REFERTI*
LUN-VEN	*07:30 - 14:30*	*11:00 - 19:30*
SAB.	*08:30 - 13:30*	*11:00 - 18:30*

Sezione Cardiologia Nucleare

Nella Sezione di **Cardiologia Nucleare** vengono eseguite indagini scintigrafiche finalizzate a valutare la **perfusione e funzione miocardica**. La quasi totalità delle Scintigrafie Miocardiche vengono eseguite con **tecnica GATED-SPECT**, diffusamente riconosciuta come una metodica ad elevata sensibilità, specificità ed accuratezza diagnostica, con un ottimo rapporto costo/efficacia; infatti, il ricorso a tale tecnica consente di ottenere simultaneamente, cioè con un singolo esame ed una singola iniezione di tracciante, immagini sia della perfusione miocardica che della funzione del ventricolo sinistro; i vantaggi reali di uno studio GATED-SPECT consistono in più complete informazioni sulla vitalità e sulla funzione distrettuale del ventricolo sinistro; la GATED-SPECT permette inoltre una riduzione del numero di artefatti ed un conseguente aumento dell'accuratezza dell'esame in toto.

ORARI CARDIOLOGIA NUCLEARE

GIORNI	*ORARIO DI APERTURA-PRENOTAZIONI*	ORARIO
LUN-VEN	09:00 - 17:30	11:00 - 19:30
SAB		11:00 - 18:30

Sezione Cardiologia

Il Poliambulatorio si avvale della professionalità di un gruppo di cardiologi che eseguono le seguenti prestazioni:

- **Valutazione cardiologia**: si tratta di una visita finalizzata alla valutazione dell'apparato cardiovascolare;
- **Elettrocardiogramma**: rappresentazione grafica dell'attività elettrica del cuore registrata mediante elettrodi applicati sulla superficie del corpo. Il grafico può evidenziare patologie delle coronarie, alterazioni del ritmo cardiaco, variazioni del volume cardiaco e della conduzione dell'impulso elettrico.

ORARI CARDIOLOGIA

GIORNI	*ORARIO DI APERTURA*	ORARIO PRENOTAZIONI
LUNEDI	15:00 - 18:30	07:30 - 20:00
MARTEDI	07:30-11:00 16:00-18:00	
MERCOLEDI	08 :00-10 :30	
GIOVEDI	07:30-11:00 14 :00-18 :00	
VENERDI	----------	
SABATO	----------	07:30 - 19:00

Sezione prestazioni visite specialistiche

L'Ambulatorio Namur offre ai propri clienti un'ampia gamma di visite specialistiche che consente di ricevere, per qualsiasi branca medica, un esame e un consulto effettuato da una équipe di professionisti di riconosciuto livello.

Si effettuano visite specialistiche per le seguenti specialità:

ORTOPEDIA
CHIRURGIA GENERALE
MEDICINA INTERNA
GASTROENTEROLOGIA
DERMATOLOGIA
UROLOGIA
ANGIOLOGIA
GINECOLOGIA
DIETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA

La visita viene effettuata su prenotazione del paziente. La tariffa per una delle seguenti visite è di € 70,00

ORARI PRESTAZIONI VISITE SPECIALISTICHE

GIORNI	*ORARIO DI APERTURA*	ORARIO PRENOTAZIONI
LUN-VEN	Su prenotazione	07:30 - 20:00
SAB.		07:30 - 19:00

Sezione Dialisi

Il Centro dispone di **n. 24 posti letto** .

Il trattamento dialitico viene applicato a Pazienti che hanno perso totalmente ed irreversibilmente la funzionalità renale.

Il paziente nefropatico, fin dal primo riconoscimento della sua nefropatia, ha bisogno della continuità terapeutica, il che significa essere seguito da una Struttura Nefrologica durante tutta la storia naturale della malattia.

Il paziente in dialisi è un malato cronico e complesso in cui, a seguito della compromissione della funzionalità renale e del trattamento dialitico, molti organi possono subire dei danni che si aggravano nel tempo, in particolare a carico del sistema cardiovascolare, nervoso, osseo ed endocrino.

Il Paziente in dialisi (e la sua Famiglia), ha bisogno di un adeguato supporto psicologico che lo aiuti ad accettare e convivere con il suo stato di Malato Cronico e nel contempo lo sostenga nello sforzo di conseguire la migliore riabilitazione e il miglior reinserimento sociale possibile.

Nell'ambito di un Programma di dialisi sono considerati obiettivi preminenti del Centro dare agli Utenti tutto il sostegno possibile per riuscire ad ottenere il trapianto di rene.

ORARI LABORATORIO DIALISI

GIORNI	***ORARIO DI APERTURA***
LUN-SAB	05:30 - 23:30

3 - Come Raggiungerci

Raggiungere l'Ambulatorio Polispecialistico è semplice, grazie anche alla sua posizione centrale e ben collegata.

In automobile:

Roma Nord:

Tangenziale uscita Castrense, Re di Roma, Via Albalonga, via Acqui, Via Baccarini, P.za Papi, via G. Mantellini.

Roma Sud:

Appia, via C. Baronio, P.za Papi, via G. Mantellini.

Colombo, via Cilicia, P.za Zama, via Latina, via Correnti, P.za Papi, via G. Mantellini.

Fuori Roma:

GRA Uscita 23 (Appia), direzione centro, via C.Baronio, p.za Papi, via G. Mantellini.

In metropolitana:

A 200 metri dalla Linea A, fermata Furio Camillo.

In autobus:

Linea 87

Parcheggio

E' a disposizione dei Clienti un parcheggio a pagamento per sosta auto in Via Baccarini, 54 sono anche presenti 2 posti riservati agli invalidi.

In tutta la struttura è stata eliminata ogni sorta di barriera architettonica.

4 - Come Contattarci

Per le informazioni e prenotazioni delle prestazioni erogate dagli Ambulatori Namur S.r.l. il paziente può contattare il Call center al numero telefonico 06784621.

lunedì - venerdì	dalle ore 07:30 alle ore 20:00
sabato	dalle ore 07:30 alle ore 19:00

5 - Principi Fondamentali

Rispetto del cittadino come soggetto del diritto inalienabile alla salute.

L'assistito che si rivolge alla Struttura viene visto nella triplice veste di:

- **Paziente**, in quanto portatore di un bisogno diagnostico/terapeutico;
- **Utente**, in quanto fruitore di un servizio pubblico organizzato mediante il Servizio Sanitario Nazionale;
- **Cliente**, in quanto ha riposto la sua fiducia nel Ns. Struttura.

L'AMBULATORIO NAMUR s'ispira, per la tutela dell'assistito, ai principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994 e del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 2005, relativi a:

✓ **EGUAGLIANZA:**

A tutti i cittadini sono erogati uguali servizi, a prescindere dall'età, sesso, razza, lingua, nazionalità, religione, opinioni politiche, condizioni fisiche, condizioni psichiche, condizioni economiche, struttura della personalità.

✓ **IMPARZIALITÀ:**

A tutti gli Utenti è assicurato un comportamento obiettivo ed equanime da parte di chiunque operi, a vario titolo, nell'Ambulatorio.

✓ **CONTINUITÀ:**

Agli Utenti è assicurata la continuità quantitativa, qualitativa e la regolarità dei servizi.

✓ **DIRITTO DI SCELTA:**

A tutti gli Utenti è riconosciuto il diritto di poter operare, per la propria salute, le scelte che le vigenti normative e orientamenti etici consentono loro di effettuare.

✓ **FLUIDITA' DELL'INFORMAZIONE:**

L'Utente ha diritto di ottenere, attraverso i suoi operatori, informazioni riguardanti le prestazioni erogate, le modalità di accesso e le relative competenze. Lo stesso ha il diritto di poter identificare immediatamente le persone che lo hanno in cura, ha diritto ad essere puntualmente informato, dal personale qualificato, sull'interpretazione dei risultati, su eventuali indirizzi per il proseguimento dell'iter diagnostico. All'Utente viene richiesto il proprio Consenso Informato per tutte le cure alle quali verrà sottoposto nonché per l'inserimento, eventualmente, in sperimentazioni scientifiche; le suddette informazioni devono riguardare anche i possibili rischi o disagi conseguenti al trattamento.

✓ **EFFICIENZA E EFFICACIA**,

nell'espletamento delle prestazioni e nel raggiungimento degli obiettivi attraverso la messa in atto di metodologie di lavoro scientificamente valide ed aggiornate e l'applicazione di una buona pratica quotidiana in collaborazione sia con l'assistito che con la famiglia.

In particolare, l'Efficienza della struttura e l'Efficacia delle prestazioni offerte sono garantiti dall'applicazione di:

piani di miglioramento della qualità del servizio

iniziative terapeutiche necessarie a raggiungere l'esito desiderato con l'applicazione della buona pratica professionale quotidiana e la collaborazione sia del Cliente/assistito nell'osservare le prescrizioni assegnategli, sia della famiglia nell'integrare le raccomandazioni di assistenza post terapeutica.

✓ **RISPETTO DELL'UTENTE:**

Il rispetto dell'Utente, nel suo valore di individuo e di cittadino, e l'educazione formale rappresentano il criterio informatore dei comportamenti e degli atteggiamenti del personale medico, sanitario, tecnico ed amministrativo che opera all'interno dell'Ambulatorio.

✓ **RISPETTO DELLA PRIVACY**:

Ai pazienti che si rivolgono al Centro vengono fornite informazioni sul loro stato di salute, garantendo la massima riservatezza, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in tema di privacy. L'Utente, al momento dell'accettazione, dopo aver letto l'Informativa sulla Privacy, compila il Modulo Privacy per il trattamento dei dati personali e sensibili. Tutto il personale è tenuto al segreto professionale su cui vigila la Direzione. Il Centro garantisce l'utilizzo dei dati anagrafici ai soli fini previsti e consentiti dalla Legge. La copia dei dati clinici o di referti può essere richiesta solo da parte del diretto interessato o da un suo delegato ed avviene dopo compilazione di apposito modulo.

✓ **DIRITTO ALLA SICUREZZA FISICA:**

Il Centro presta particolare attenzione alla sicurezza fisica degli Utenti, dei visitatori e del personale, con l'approntamento di adeguate dotazioni tecnologiche e impiantistiche e con l'attuazione di corrette misure preventive. Inoltre, è data rigorosa applicazione alle leggi in materia di sicurezza, della quale si riconoscono il valore prioritario e pregiudiziale per un favorevole svolgimento delle pratiche sanitarie.

✓ **DOVERI DELL'UTENTE:**

All'Utente che chiede di essere assistito o di giovarsi delle prestazioni erogate dal Centro corre l'obbligo di adeguarsi, con buona disponibilità, alle regole ed alle disposizioni vigenti nell'Ambulatorio, al fine di rendere più confortevole e più ordinata la permanenza sua e delle altre persone che condividono la sua stessa esperienza di paziente assistito, rendendo più efficace l'attività del personale addetto alla sua cura.

✓ **GESTIONE DEL RECLAMO**

Attraverso l'introduzione dei principi del marketing interattivo viene data la possibilità a tutti i Clienti-Utenti di segnalare mediante la "scheda reclamo" eventuali discrepanze oppure, può formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio o esprimere la propria opinione e valutazione sui servizi erogati mediante **"la scheda di valutazione del grado di soddisfazione cliente**", analizzata periodicamente dal RGQ.

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
MANAGEMENT AZIENDALE	*PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE* *DIR. GENERALE*	PROF. MARIO D'AMBROSIO
AMMINISTRAZIONE	*DIR. AMMINISTRATIVO*	PROF. MARIO D'AMBROSIO
SANITARIA	*DIR. SANITARIA*	DOTT. SSA PIERA SPADA
QUALITÀ	*GESTIONE QUALITÀ*	DOTT.SSA ANNARITA BARTOLONI
SICUREZZA	*RESP. SICUREZZA*	ARCH. VINCENZO RIGOLI
LABORATORIO	*RESP. DI SETTORE*	DOTT. ALESSANDRO VINCIGUERRA
RADIOLOGIA	*RESP. DI SETTORE*	DOTT. GIACOMO SUMA
MEDICINA NUCLEARE	*RESP. DI SETTORE*	DOTT.SSA ANNA PAOLA IURILLI
CARDIOLOGIA NUCLEARE	*RESP. DI SETTORE*	DOTT. FRANCESCO NUDI
CARDIOLOGIA	*RESP. DI SETTORE*	DOTT. BRUNO BONFIGLI
DIALISI	*RESP. DI SETTORE*	DOTT. ROCCO MARINELLI

2 – Accesso ai servizi

Tutte le prestazioni erogate dal Poliambulatorio Namur nei settori di **Medicina Nucleare, Cardiologia Nucleare Radiologia e Cardiologia** devono essere precedentemente prenotate chiamando il CALL CENTER al numero telefonico **06784621** nei seguenti giorni ed orari:

Lunedì al **Venerdì** dalle ore **07:30** alle **20:00**

Sabato dalle ore **07:30** alle **13:30**

I Clienti che accedono di persona al Poliambulatorio hanno a disposizione un telefono con linea diretta con il Call Center, che permette loro di effettuare la prenotazione.

Le prestazioni del Laboratorio analisi cliniche non vanno prenotate ad eccezione dei test da stimolo e gli spermiogrammi.

Per evitare code disagevoli e vivere in maniera serena l'attesa, al momento dell'arrivo in Ambulatorio l'assistito deve munirsi del tagliando distribuito dalla macchina elimina code presente in sala di attesa con il quale verrà chiamato dalla segreteria dell'accettazione.

Donne in gravidanza e portatori di handicap verranno agevolati al fine di ridurre loro il tempo di attesa.

Servizi Offerti

Gli esami effettuati dal nostro Centro sono riportati negli allegati alla Carta dei Servizi, e per il laboratorio, sono specificati anche gli esami effettuati in service.

Modalità d'accesso all'ambulatorio NAMUR

Al centro possono accedere tutti i cittadini che richiedono prestazioni diagnostiche preventivamente prescritte dal medico di base, se si tratta di prestazioni in convenzione, o da medici specialisti se si tratta di prestazioni private.

Inoltre, per effettuare prestazioni in **regime di convenzione** con il Servizio Sanitario Regionale, il paziente dovrà presentarsi al Desk d'accettazione munito di:

- Tessera sanitaria
- ricetta compilata sul mod. ASL dal Medico di famiglia. In ogni ricetta non possono essere richieste più di otto analisi.
- documento di identità.

Il pagamento delle prestazioni avverrà secondo le seguenti norme:

1. Per gli esami in convenzione gli assistiti non esenti dovranno pagare il ticket previsto dalla normativa regionale vigente;
2. Per gli esami non in convenzione sarà applicata la tariffa prevista dal listino di Namur

Per tutte le informazioni riguardanti il pagamento delle prestazioni e le eventuali esenzioni, il Personale della segreteria è a disposizione del Cliente.

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

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

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

➢ Requisiti dell'impegnativa

Con ogni impegnativa possono essere richiesti al massimo 8 esami.

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

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

➢ Costi di partecipazione alla spesa e relative modalità di pagamento

Il pagamento delle prestazioni avviene presso il Desk d'accettazione ed è possibile effettuarlo anche con assegni, Carta di Credito (escluso American Express) e Bancomat.

Per le **prestazioni effettuate a carico del SSR il costo del Ticket è di euro 4 di tassa regionale + euro 10 di tassa statale+ il valore delle prestazioni effettuate fino ad un massimo di € 36,15.**

Per gli esami svolti privatamente vige il tariffario allegato alla presente Carta dei Servizi.

TABELLA DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

SOGGETTI	ANALISI ED ESAMI STRUMENTALI
Soggetti in età intermedia	a pagamento fino a 36,15 € a ricetta + euro 4 di tassa regionale + euro 10 di tassa
Bambini fino a 6 anni ed anziani oltre 65 anni con reddito familiare complessivo inferiore a 36.151,98	Gratuite
Donne in gravidanza	le prestazioni riportate nello schema "Protocollo diagnostico per la tutela della maternita' responsabile" e in convenzione presso le strutture private-accreditate sono gratuite
Esenti per patologia ed invalidi parziali (Invalidi per servizio cat.6-8, invalidi per lavoro con invalidità inferiori a 2/3, infortunati INAIL)	gratuite solo per le prestazioni correlate alla patologia o invalidità e in convenzione presso le strutture private-accreditate
Invalidi di guerra titolari di pensione diretta vitalizia Invalidi servizio per cat.1 Invalidi del lavoro cat.1 Invalidi civili al 100%	le prestazioni in convenzione presso le strutture private-accreditate sono gratuite
Pensionati sociali, portatori di patologie neoplastiche maligne ed altri invalidi con esenzione generale (Invalidi per servizio cat. 2-5, invalidi civili e per lavoro con invalidità dal 67 al 99%, ciechi parziali e sordomuti)	le prestazioni in convenzione presso le strutture private-accreditate sono gratuite
Pensionati al minimo (mensili – 381,61 €) di età superiore ai 60 anni e Disoccupati(con reddito familiare complessivo inferiore a 16 milioni di lire (8263,31€) , 22 milioni di lire (11.362,05€) con coniuge e 1 milione (516,46€) in più per ogni figlio a carico)	le prestazioni in convenzione presso le strutture private-accreditate sono gratuite

PROTOCOLLO DIAGNOSTICO PER LA TUTELA DELLA MATERNITÀ RESPONSABILE

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

EPOCA PRECONCEZIONALE

Prestazioni per la donna

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

Prestazioni per l'uomo

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

Prestazioni per la coppia

- Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- Gruppo sanguigno AB0 e RH (D)
- Treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantit. Mediante emoagglutin. Passiva) (TPHA)
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipitina (Flocculazione) (VDRL) (RPR)

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

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

EPOCA CONCEZIONALE

ALL'INIZIO DELLA GRAVIDANZA

possibilmente entro la 13^ sett., e comunque al primo controllo

- Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F.L.
- Gruppo sanguigno ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- Aspartato aminotransferasi (AST) (GOT) (S)
- Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) (S/U)
- Virus rosolia anticorpi: in caso di IgG negative ripetere entro la 17^ settimana
- Toxoplasma anticorpi (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 giorni fino al parto
- Treponema pallidum anticorpi (Ricerca quantit. Mediante emoagglutin. Passiva) (TPHA):qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- Treponema pallidum anticorpi anti cardiolipina (Flocculazione) (VDRL) (RPR):qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- Virus immunodef. acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- Glucosio (S/P/U/dU/La)
- Urine esame chimico fisico e microscopico
- Ecografia ostetrica
- Anticorpi anti eritrociti (Test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità AB0, il test deve essere ripetuto alla 34^-36^ settimana

Tra la 14^ e la 18^ sett. - Urine: esame chimico fisico e microscopico

Tra la 19^ e la 23^ sett. Urine: esame chimico fisico e microscopico Ecografia ostetrica

Tra la 24^ e la 27^ sett. - Glucosio (S/P/U/dU/La) Urine: esame chimico fisico e microscopico

Tra la 28^ e la 32^ sett.

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

Tra la 33^ e la 37^ sett.

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

Tra la 38^ e la 40^ sett. -Urine: esame chimico fisico e microscopico

Dalla 41^ sett. Su prescrizione dello Specialista (*) Ecografia ostetrica
Cardiotocografia: (se necessario monitorare fino al parto)

In caso di batteriuria significativa Esame colturale (URINOCOLTURA) ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica

N.B.: GRAVIDANZA A RISCHIO sono esenti tutti gli esami purché lo Specialista (*) indichi:a)
"gravidanza a rischio " b) diagnosi o sospetto diagnostico

(*) operante presso strutture specialistiche accreditate pubbliche/private e consultori familiari.

Convenzioni

L'Ambulatorio Namur è convenzionato oltre al S.S.R. con le seguenti compagnie assicurative:

- *AP SOLUTION*
- *ALLIANZ SPA*
- *AWC INTERNATIONAL*
- *AON*
- *ASSIRETE.*
- *AXA CARING*
- *AXA INTERNAZIONALE*
- *BLUE ASSISTANCE (In Salute Servizi – Fondo integrativo Intesa San Paolo)*
- *CASPIE – CASPIE ETS – CASPIE SERVIZI*
- *CIGNA*
- *FASCHIM*
- *F.A.S.D.A.C.*
- *F.A.S.I. - FASI OPEN- FASI ASSIDAI – IWS*
- *FIMIV – INSIEME SALUTE*
- *FISDE*
- *GENERALI WELION*
- *HEALTH ASSISTANCE (MBA)*
- *IPAZIA*
- *MY ASSISTANCE*
- *MY RETE*
- *NOBIS*
- *PWS – POSTE VITA FONDO SALUTE – POSTE ASSICURA COLLETTIVE ED INDIVIDUALI - POSTE IN SALUTE*
- *PREVIMEDICAL*
- *QUAS*
- *SOLUZIONI ASSICURATIVE SANITARIE*
- *UNISALUTE – SI SALUTE*

3 - Servizi accessori e comfort

All'ingresso e nei corridoi di tutto il Centro sono state predisposte indicazioni dei reparti e dei servizi, per favorire l'orientamento di quanti accedono 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

1 - Standard di Qualità, impegni e programmi

Il Centro è costantemente impegnato a raggiungere, nell'espletamento dell'attività e nell'erogazione delle prestazioni, alti livelli qualitativi per gli utenti.

La Direzione ha definito e documentato, attraverso il Manuale Qualità e le procedure aziendali, la propria "politica della qualità" con i relativi obiettivi ed i conseguenti piani di miglioramento.

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

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

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

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

Standard di qualità generali

Sono gli impegni riferiti a tutte le prestazioni offerte dal Centro

Standard per l'orientamento, l'accoglienza, l'erogazione delle prestazioni e l'informazione sui servizi

- **Disponibilità di una segnaletica interna**

Il Centro dispone di una segnaletica chiara e comprensibile, per orientare gli utenti all'interno della struttura che ospita i servizi, ed adotta una procedura per la mobilizzazione attiva e passiva degli utenti.

- **Disponibilità di informazioni scritte sui requisiti di accesso e documenti necessari**

Al momento del primo accesso, all'utente viene richiesto il consenso al trattamento dei dati personali attraverso apposito modulo, previa lettura dell'informativa prevista dal D. Lgs 196/2003. Dopo l'accettazione sanitaria, in caso di parere favorevole alla presa in carico, all'utente è richiesto il consenso informato.

Per fornire ragguagli immediati riguardanti le modalità e gli orari di accesso alla struttura - sia per l'erogazione delle prestazioni che per il ritiro dei referti - il Centro mette a disposizione degli utenti l'Opuscolo informativo, riportante, tra l'altro, tutti i riferimenti utili per richiesta d'informazioni e prenotazioni, anche telefoniche.

Per informazioni attinenti alle prestazioni erogate, all'utente è messo a disposizione l'elenco delle prestazioni, che informa circa le prestazioni erogate dal Centro in convenzione o in regime privato, le metodiche utilizzate e le tariffe applicate.

- **Tempo di risposta al reclamo**

Il Centro essendosi dotato di schede per il reclamo e per la rilevazione della soddisfazione degli utenti, prende in carico tutti i suggerimenti per il miglioramento del proprio servizio e riporta gli eventuali reclami in un apposito registro, prevedendo azioni correttive, atte a risolvere la non conformità rilevata. In caso di reclamo, il Centro provvede a rispondere entro 30 giorni dal momento del ricevimento.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIBVO DEFINITO PERIODO
Standard per l'orientamento, l'accoglienza, l'erogazione delle prestazioni e l'informazione sui servizi	Disponibilità di una segnaletica interna	**80% delle aree provviste di segnaletica interna**	**90% delle aree provviste di segnaletica interna**
	Disponibilità di informazioni scritte sui requisiti di accesso e documenti necessari	**80% disponibilità della CDS o opuscoli informativi**	**90%**
	Tempo di risposta al reclamo	**30 giorni**	**25 giorni**

Standard per la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento

- **Rispetto della normativa della privacy**

Il Centro, nello svolgimento delle proprie attività, garantisce il rispetto del diritto alla riservatezza del cittadino ai sensi del D.Lgs. n.196 del 30.06.2003

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIBVO DEFINITO PERIODO
Umanizzazione delle prestazioni e tutela dei diritti	Predisposizione di locali e ambienti idonei al rispetto della privacy	La Struttura dispone di aree accettazione e sanitarie rispondenti ai requisiti della privacy	
	Assenza di Barriere Architettoniche	Abbattimento totale nella struttura di barriere architettoniche	
	Riservatezza dei dati sensibili	Sono sempre assicurate le modalità per la riservatezza delle informazioni sanitarie	

Standard per le relazioni col personale

- **Riconoscibilità degli operatori**

Il Centro assicura l'identificazione del personale mediante tesserino di riconoscimento posto in maniera facilmente visibile.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIVO DEFINITO PERIODO
Relazioni con il Personale	riconoscimento del personale della Struttura mediante esposizione del tesserino di riconoscimento	Personale desk 100% Personale medico 70% Personale infermieristico 90% Personale ausiliario 70%	Personale desk 100% Personale medico 80% Personale infermieristico 100% Personale ausiliario 80%

Standard per la completezza e chiarezza dell'informazione sanitaria

- **Consenso informato ed informazioni mediche**

Il paziente, all'atto dell'accettazione, è chiamato a compilare un modulo per il consenso informato, nel caso in cui la prestazione che si appresta a ricevere possa provocare possibili rischi per la salute.

In qualunque momento l'utente può richiedere un colloquio con il personale sanitario o con il Direttore Tecnico, per ricevere ulteriori informazioni riguardanti i risultati delle indagini diagnostiche o per un consulto personalizzato, facendone richiesta in accettazione.

- **Continuità delle cure**

In concomitanza con la consegna del referto, il Direttore del centro o un suo delegato può suggerire la necessità di interpellare il proprio medico di base per più approfondite indagini diagnostiche.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIVO DEFINITO PERIODO
Standard per la completezza e chiarezza dell'informazione sanitaria	Acquisizione consenso informato	Tutte le attività sanitarie con possibile rischio per la salute sono effettuate previo acquisizione del consenso informato alla prestazione	
	Esistenza di personale medico preposto all'erogazione di informazioni per una corretta interpretazione delle indagini diagnostiche	Nella struttura è sempre presente personale medico per consulenze di approfondimento	
	Continuità delle cure	Il personale medico valuta per tutti i pazienti l'appropriatezza e le eventuali indagini di approfondimento	

Standard per la professionalità degli operatori

- **Rispetto dei requisiti previsti dalle leggi**

Il Centro garantisce che il personale in servizio sia in possesso dei requisiti culturali e professionali richiesti per lo svolgimento delle proprie funzioni.

- **Formazione continua degli operatori**

Il Centro assicura la formazione professionale e l'aggiornamento dei propri operatori, predisponendo un piano formativo annuale, che tenga altresì conto del raggiungimento del numero di crediti ECM obbligatori.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIVO DEFINITO PERIODO
Standard per la professionalità degli operatori	Valutazione del personale	Tutto il personale è in possesso dei requisiti professionali formativi richiesti per la mansione svolta	
	Formazione continua	Acquisizione di crediti formativi da parte del Personale Sanitario Medici 80% Biologi 80% Tecnici Sanitari 75% Personale Infermieristico 75%	Medici 90% Biologi 90% Tecnici Sanitari 85% Personale Infermieristico 85%

Comfort e pulizia delle strutture

- **Comfort**

Il Centro e dotato di spazi accoglienti e comodi: sale di attesa, servizi igienici adeguati, accessi facilitati per i disabili.

- **Igiene degli ambienti**

La pulizia delle stanze, dei servizi igienici e dei luoghi di soggiorno è assicurata mediante procedura di sanificazione, consegnata agli addetti alle pulizie e revisionata periodicamente.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIVO DEFINITO PERIODO
Comfort e pulizia delle strutture	Confort aree di attesa	Posti a sedere in numero adeguato, Servizi igienici adiacenti e dotati dei comfort e del grado di pulizia necessari e privi di barriere architettoniche, punto di ristoro	
	Igiene degli ambienti	È assicurata mediante l'applicazione della procedura di sanificazione ; costantemente monitorata	

Standard di qualità specifici

- **Tempo di attesa**

Il Centro gestisce le prenotazioni per le indagini diagnostiche da effettuare mediante liste di attesa; per ciascuna branca diagnostica sono misurati i tempi medi di attesa per l'accettazione, per l'erogazione della prestazione e per la consegna dei referti.

- **Assistenza sanitaria**

Per l'intero orario di apertura del Centro viene garantita dal personale tecnico abilitato un'adeguata assistenza sanitaria.

- **Comunicazione risultati**

I risultati delle indagini diagnostiche sono consegnati al paziente nella data indicata nel documento di ritiro, consegnato al paziente all'atto dell'accettazione. Il Direttore Tecnico ed i Responsabili di Settore sono a disposizione dell'utente per l'interpretazione dei risultati.

- **Preparazione del paziente all'indagine diagnostica**

Il Centro ha definito dei protocolli riguardanti la preparazione dei pazienti all'indagine diagnostica. Il personale addetto è costantemente formato sulla gestione di eventuali eventi avversi connessi all'esecuzione delle attività sanitarie. In accettazione il Centro dispone di opuscoli informativi riguardanti la preparazione del paziente all'esame, che sono consegnati al paziente all'atto dell'accettazione e forniscono indicazioni riguardanti le eventuali precauzioni che l'utente deve prendere in maniera preventiva (es: astensione da farmaci, digiuno, ecc.)

- **Disponibilità del personale a fornire informazioni alle famiglie sui risultati delle indagini effettuate**

E' diritto fondamentale dei pazienti e dei loro familiari chiedere ragguagli circa i risultati delle indagini diagnostiche effettuate per l'assistito, pertanto il Direttore Sanitario ed i Responsabili di Settore sono disponibili a fornire tutti i chiarimenti necessari, previo appuntamento da concordare, anche telefonicamente, con la segreteria. E' inoltre obbligo del Direttore interpellare l'assistito o un suo familiare in caso di incertezza nei risultati ottenuti o nell'eventualità di sospetto dell'insorgenza di nuova patologia, al fine di ripetere l'esame o suggerire la consultazione del medico di base o dello specialista.

- **Disponibilità del referto**

All'atto dell'emissione o successivamente, può essere richiesta alla Direzione Sanitaria, mediante richiesta scritta, copia del referto.

- **Pulizia sala prelievi, sale di attesa**

La pulizia degli ambulatori, della sala prelievi e delle sale di attesa viene assicurata quotidianamente. La pulizia dei servizi igienici destinati ai pazienti è assicurata più volte nella stessa giornata.

- **Pulizia materiale, lettini**

Il cambio del lenzuolo che ricopre il lettino degli ambulatori è assicurato ad ogni paziente. Il materiale per l'effettuazione delle prestazioni diagnostiche è tutto in confezioni monouso.

INDICATORE DI QUALITÀ	FASE	STANDARD ATTUALE	OBIETTIVO DEFINITO PERIODO
Standard di qualità specifici	**Tempo di attesa**		
	Laboratorio		
	o Accettazione	20 minuti	15 minuti
	o Prelievo	15 minuti	10 minuti
	o Tempi di risposta	Routine in giornata	Routine entro le 17:00
	Radiologia tradizionale		
	o Lista d'attesa	3 giorni	2 giorni
	o Accettazione	15 minuti	10 minuti
	o Esecuzione indagine	5/15 minuti	5/10 minuti
	o Tempi di risposta	3 giorni	2 giorni
	Risonanza Magnetica		
	o Lista d'attesa	15 giorni	10 giorni
	o Accettazione	15 minuti	10 minuti
	o Esecuzione indagine	15/20 minuti	---------
	o Tempi di risposta	5 giorni	3 giorni
	TC		
	o Lista d'attesa	2 giorni	1 giorni
	o Accettazione	15 minuti	10 minuti
	o Esecuzione indagine	15/20 minuti	15/20 minuti
	o Tempi di risposta	2 giorni	1 giorno
	Medicina Nucleare		
	o Lista d'attesa	15 giorni	12 giorni
	o Accettazione	20 minuti	15 minuti
	o Esecuzione indagine	30 minuti	25 minuti
	o Tempi di risposta	7 giorni	5 giorni
	Cardiologia Nucleare		
	o Lista d'attesa	15 giorni	12 giorni
	o Accettazione	20 minuti	15 minuti
	o Esecuzione indagine	30 minuti	25 minuti
	o Tempi di risposta	7 giorni	5 giorni
	Cardiologia		
	o Lista d'attesa	7 giorni	5 giorni
	o Accettazione	20 minuti	15 minuti
	o Esecuzione indagine	15 minuti	10 minuti
	Dialisi		
	o Tempo di attesa al trattamento	Da 5 a 15 minuti	Da 5 a 10 minuti
	Assistenza sanitaria	Presenza costante personale sanitario	
	Comunicazione risultati	Rispetto tempi di consegna dei referti. Il 95% dei referti è consegnato nei tempi definiti	Il 96% dei referti consegnato nei tempi definiti
	Preparazione del paziente all'indagine diagnostica Disponibilità presso l'accettazione di materiali informativi alla preparazione all'indagine	Nel 90% dei casi sono disponibili le informazioni necessarie alla preparazione all'indagine	95% dei casi siano disponibili le informazioni necessarie alla preparazione all'indagine
	Disponibilità del personale a fornire informazioni alle famiglie sui risultati delle indagini effettuate	Nella struttura è sempre presente personale medico per fornire informazioni ai pazienti e ai loro familiari	
	Disponibilità del referto	E' possibile ottenere copia del referto entro le 24 h	E' possibile ottenere copia del referto entro le 12 h
	Pulizia sala prelievi, sale di attesa e servizi igienici	E' sempre assicurata la corretta pulizia dei locali	
	Pulizia materiale, lettini	Utilizzo di soli presidi monouso	

2 - Strumenti di Verifica per il rispetto degli standard

Gli standard sopra elencati vengono verificati e quindi aggiornati annualmente.

Il Responsabile Gestione Qualità, analizza i dati raccolti, al fine di individuare eventuali spostamenti rispetto agli standard prefissati e, di concerto con la Direzione, mettere in atto le opportune azioni correttive.

I risultati relativi alla soddisfazione degli utenti sono diffusi e condivisi con gli utenti (compresi i medici prescrittori)

3 - Impegni e programmi per la Qualità

Il Centro garantisce a tutti i cittadini che usufruiscono delle prestazioni erogate:

- Adeguata informazione sul trattamento dei dati personali mediante l'informativa e la dichiarazione di consenso;
- Riservatezza e rispetto del Cliente nelle prestazioni sanitarie;
- Personalizzazione dell'assistenza per tutte le prestazioni erogate.

Il Centro si impegna a migliorare l'accoglienza e i servizi erogati 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

1 - Meccanismi di Tutela e Verifica

In linea con la politica e gli obiettivi strategici dell'azienda, la Direzione del Centro valuta l'efficacia e l'efficienza dei propri processi mediante indicatori, stabiliti su basi di fatto e intraprende le possibili azioni di miglioramento.

Strumenti di indirizzo e di verifica degli obietti prefissati sono:

- Audit della Qualità a carattere Sanitario e Gestionale
- Monitoraggio dei reclami
- Monitoraggio dei questionari di soddisfazione clienti
- Monitoraggio dei tempi di attesa
- Il Piano di formazione annuale
- Analisi dei controlli qualità interni ed esterni

Il Centro garantisce la funzione di tutela nei confronti dell'utente attraverso la possibilità di sporgere reclami su disservizi insorti prima, durante e dopo l'erogazione del servizio; le segnalazioni saranno utili per conoscere e capire problemi esistenti e prevedere possibili interventi di miglioramento del servizio erogato.

L'utente/cliente può presentare reclamo attraverso le seguenti modalità:

- compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo disponibile in accettazione;
- lettera in carta semplice indirizzata e inviata alla Direzione o consegnata a mano in accettazione;
- presentandosi direttamente in Direzione, fornendo verbalmente le proprie osservazioni;
- segnalazione telefonica o fax firmato indirizzato alla Direzione.

La Direzione provvede a dare risposta immediata a quelle segnalazioni che necessitano di subitanea risoluzione; negli altri casi, avvia un'indagine con i responsabili dei servizi interessati e fornisce al reclamante una risposta entro 30 giorni.

Inoltre il Centro ha individuato come fattori fondamentali della qualità dei servizi erogati il *monitoraggio del livello di soddisfazione* dei propri utenti e delle loro famiglie e *del livello di soddisfazione degli operatori* nello svolgere il loro lavoro (in particolare del personale in rapporto quotidiano con gli utenti) per evidenziare gli aspetti critici dei servizi offerti, in modo da avviare tempestivamente le necessarie azioni di garanzia della qualità.

Il Centro sottopone agli utenti e alle loro famiglie un questionario per la valutazione dei servizi offerti ed agli operatori un questionario per la rilevazione del clima interno all'organizzazione.

Sulla base delle risposte, la Direzione s'impegna ad apportare correzioni alle eventuali fonti di insoddisfazione degli utenti.

La Direzione generale, per facilitare la comunicazione tra i Clienti e la Direzione stessa, ha istituito un Ufficio Relazioni con il Pubblico, gestito dal Responsabile Gestione Qualità del Poliambulatorio "Madonna della Fiducia di Namur Srl, disponibile dal Lunedì al Venerdì dalle ore 10:00 alle 12:00, oppure telefonando al numero: 06.78462811.

2 - Indagine sulla Soddisfazione dei Clienti/assistiti

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

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