





CARTA DEI SERVIZI

LABORATORIO DIAGNOSTICA BIOMOLECOLARE
SAN MODESTINO S.r.l.
Sede: Via Manfra snc (loc. Valle) – 83100 – Avellino
Tel 0825.782138 – Fax 0825.786900 sito web: www.laboratoriosanmodestino.it/
P.I.00524560646

VERIFICATA	APPROVATA
Responsabile Qualità	Legale Rappresentante
	

GENTILE UTENTE,

Nell'accoglierla nel nostro Laboratorio di Analisi le porgiamo un cordiale benvenuto anche a nome di tutti gli operatori.

Il nostro principale obiettivo è quello di fornire un'assistenza di qualità e ciò può avvenire soltanto in un adeguato contesto ambientale ed umano. Il rispetto dei valori della vita e della dignità della persona è sicuramente il passaporto su cui deve poggiare la nostra attività di assistenza.

In questa ottica riteniamo un nostro dovere fornire tutte le informazioni utili affinché si possa usufruire al meglio dei servizi sanitari offerti dalla nostra struttura.

La Carta dei Servizi è una guida per coloro che desiderano usufruire delle prestazioni offerte, uno strumento per la regolamentazione del rapporto tra il paziente e la struttura, con la quale si dichiarano pubblicamente i fini istituzionali, i servizi offerti, la loro qualità, la trasparenza dei propri obiettivi. Può essere considerata, inoltre, come uno strumento a tutela del diritto alla salute, in quanto attribuisce al Cittadino-Utente la possibilità di un controllo effettivo sui servizi erogati e sulla loro qualità.

Il Laboratorio adotta standard di qualità del servizio secondo le norme internazionali il suo obiettivo è quello di soddisfare le richieste del paziente, di cui gli operatori della struttura si fanno carico con umanità e professionalità. Con la diffusione di questa Carta, si impegna a svolgere la propria attività in modo da garantire ad ogni persona di effettuare le proprie scelte e ad offrire la massima disponibilità ed accessibilità alle informazioni sui servizi offerti.

Essa è stata redatta dal responsabile della Qualità con il contributo della Direzione Tecnica e con la collaborazione del personale del Laboratorio, è soggetta a momenti di verifica, miglioramenti ed integrazioni, ciò non soltanto per il modificarsi delle situazioni, ma anche per il perseguimento dei vari obiettivi di miglioramento prefissati dal Laboratorio stesso.

Nell'ottica di offrire un servizio sempre più attento alla persona e alle sue esigenze, Le saremo grati se, al termine della prestazione sanitaria, ci farà conoscere le Sue osservazioni, compilando il questionario di gradimento messo a Sua disposizione dagli operatori di accettazione.

Nella convinzione che i Suoi suggerimenti rappresenteranno per noi un'opportunità per l'inizio di un dialogo costruttivo e un importante stimolo per il miglioramento dei servizi offerti La ringraziamo per la sua gentile collaborazione e per la franchezza dei giudizi che vorrà esprimere.

Il DIRETTORE Tecnico Sanitario



La presente Carta dei Servizi, redatta ed aggiornata ai sensi del Regolamento Regionale DCA 51/2019 e DGRC 166/2022 e s.m.i. è stata sottoposta a verifica e valutazione da parte dell'associazione di categoria professionale CONFCOMMERCIO SALUTE E SANITÀ e condivisa con L'ORGANIZZAZIONE fraternita di MISERICORDIA di Avellino.

Sommario

1.	LA CARTA DEI SERVIZI: CHE COSA È ED A CHE COSA SERVE	4
2.	PRINCIPI FONDAMENTALI	4
3.	LA NOSTRA STORIA	6
4.	LA NOSTRA SEDE	8
5.	LA NOSTRA ORGANIZZAZIONE	8
6.	INFORMAZIONI ED ORARI	9
7.	PREPARAZIONE AGLI ESAMI	15
8.	LA CAPACITÀ OPERATIVA STRUTTURALE	18
9.	LOCALIZZAZIONE	18
10.	I NOSTRI PUNTI DI FORZA	19
11.	DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI	22
12.	OBIETTIVI GENERALI	24
13.	I NOSTRI IMPEGNI PER LA QUALITÀ DEL SERVIZIO. STANDARD DI QUALITÀ: IMPEGNI E PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO	24
14.	RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E GESTIONE DEI RECLAMI DA LORO PROPOSTI ..	25
15.	QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DEL GRADIMENTO	25
16.	POLITICA PER LA QUALITÀ	26
17.	COSTI DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA	27
18.	PIANO DELLE ATTIVITA'	31
19.	LA SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO	32
20.	DIVIETO DI FUMO	32
21.	TUTELA DELLA PRIVACY	32
22.	CONDIVISIONE E COLLABORAZIONI	35

1. LA CARTA DEI SERVIZI: CHE COSA È ED A CHE COSA SERVE

L'Istituto della carta dei servizi nasce dall'esigenza di instaurare tra enti erogatori di servizi ed utenti, una relazione sempre più costruttiva e qualificata, dando agli stessi informazioni precise ed una chiara visione dei propri diritti e consentendogli di contribuire incisivamente ad un continuo miglioramento.

La carta è uno strumento di tutela e di informazioni per l'utenza: si intende con essa attribuire al cittadino la facoltà di controllare realmente e direttamente la qualità dei servizi erogati.

Ottemperando alle disposizioni di Legge, volendo intraprendere con i cittadini un rapporto di cordialità e trasparenza per una gestione sempre più efficiente, proponiamo di seguito la nostra **carta**.

La carta, per sua natura è soggetta costantemente a momenti di verifica, per renderla maggiormente esauriente con continui aggiornamenti. Con essa intendiamo fornire, agli utenti ed ai colleghi del settore Sanitario, complete informazioni sui servizi da noi offerti, sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni nonché sugli standard di qualità.

La Direzione considera la carta dei servizi non esclusivamente una risposta obbligatoria ad uno specifico dispositivo di legge, bensì il risultato della naturale e attesa evoluzione delle interrelazioni tra gli attori del contesto già menzionato.

2. PRINCIPI FONDAMENTALI

Il decreto legge 12 maggio 1995 n 163 convertito dalla legge 11 luglio 1995 n 273 prevede l'adozione, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici, di proprie "Carte dei servizi". Lo 'schema generale di riferimento', per il settore sanitario, è stato adottato con successivo DPCM del 19 maggio 1995, normativa integrata dal decreto legislativo 150/2009 in particolare art. 28.

Gli Enti erogatori di servizi sanitari pubblici e privati devono, pertanto, dotarsi della Carta dei Servizi Sanitari in coerenza con le disposizioni normative realizzando un documento da interpretare in chiave dinamica, caratterizzato da elementi di personalizzazione rispetto alle singole realtà erogatrici, soggetto a continui momenti di verifica, miglioramenti e integrazioni.

La Regione Campania con deliberazione n 2100 del 31.12.2008, che istituisce l'Osservatorio per la promozione della Carta dei Servizi, identifica la Carta stessa come sistema di garanzia e di qualità del servizio, che vede come momento essenziale la partecipazione ed il controllo da parte del cittadino. Con successivo Decreto n 39 del 4.3.2009 è stato istituito un Comitato regionale con funzione di sostenere e promuovere l'attività dell'Osservatorio.

Costituiscono obiettivi delle presenti linee guida lo sviluppo di un processo informativo che porti i contenuti della carta a conoscenza di tutti i soggetti interessati.

La Carta dei servizi configurandosi come "patto" tra il soggetto erogatore del servizio e il cittadino, assume la funzione di strumento di miglioramento della qualità del servizio

offerto e della comunicazione, pertanto definisce gli obiettivi, gli impegni assunti per il raggiungimento di questi ultimi da parte dell'amministrazione che l'adotta, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente.

Sulla base dei principi sanciti dalla Direttiva del Consiglio dei Ministri del 19 Maggio 1995 e s.m. viene impostata l'attività del **Laboratorio SAN MODESTINO** e vengono fissati gli obiettivi di miglioramento qualitativo, di cui la presente carta dei servizi costituisce il presupposto.

Eguaglianza: il principio dell'uguaglianza comporta che le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e le possibilità di accesso agli stessi, devono essere uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione e opinioni politiche. Va garantito uguale trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche, anche quando le stesse non siano facilmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti. L'uguaglianza va intesa come il divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali.

Imparzialità: gli operatori sanitari e amministrativi del Laboratorio SAN MODESTINO hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

Continuità: l'erogazione dei servizi offerti dal Laboratorio SAN MODESTINO è regolare, continua e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio sono regolati dalla normativa di settore. In tali casi, il Laboratorio SAN MODESTINO adotta misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

Diritto di scelta: l'utente ha il diritto di scegliere il soggetto erogatore del servizio.

Partecipazione: all'utente è garantita la partecipazione alla prestazione del servizio pubblico e il diritto di accesso alle informazioni in possesso del Laboratorio SAN MODESTINO che lo riguardano. L'utente può produrre memorie e documenti, prospettare osservazioni e formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. Il Laboratorio SAN MODESTINO dà immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate secondo le modalità indicate nella sezione "reclami" della presente carta dei servizi.

Efficienza ed efficacia: il servizio del Laboratorio SAN MODESTINO viene erogato in modo da garantire l'efficacia e l'efficienza; con efficacia si intende la corrispondenza fra il servizio erogato e i bisogni espressi, con efficienza si intende il raggiungimento di un risultato gestionale ottimale nel rapporto fra costi delle prestazioni e benefici ottenuti dai cittadini. Il Laboratorio, denominato "DIAGNOSTICA BIOMOLECOLARE San Modestino S.r.l." nasce come Laboratorio di Analisi nel 1960 nel territorio dell'A.S.L. di Avellino, con sede operativa sino a Novembre 2005 in via Carlo del Balzo – Avellino, nell'intento di fornire un ulteriore servizio sanitario di diagnostica per gli utenti ed un valido supporto per i medici

3. LA NOSTRA STORIA

Il Laboratorio di Patologia Clinica “DIAGNOSTICA BIOMOLECOLARE San Modestino S.r.l.” nasce come Laboratorio di Analisi nel 1960 nel territorio dell’A.S.L. di Avellino, con sede operativa sino a Novembre 2005 in via Carlo del Balzo – Avellino, nell’intento di fornire un ulteriore servizio sanitario di diagnostica per gli utenti ed un valido supporto per i medici.

Trasferitosi nei nuovi locali di via Manfra – Avellino, persegue l’obiettivo di essere un importante punto di integrazione tra il cittadino utente, il territorio e le strutture pubbliche; in grado di differenziare la sua attività in base alle diverse richieste e di fornire una pronta risposta alle esigenze di prestazioni diagnostiche contribuendo al miglioramento dell’efficienza e della produttività delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale riducendone il carico di lavoro ed esaltandone gli aspetti di loro più esclusiva competenza in uno spirito di collaborazione ed integrazione.

La struttura è classificata come Laboratorio Generale di Base con settori specializzati a.1 Chimica Clinica ed a.2 Microbiologia e Sieroimmunologia con metodica PCR e ricopre una superficie di circa 315 mq.

Il Laboratorio si è evoluto per gradi seguendo e spesso anticipando i tempi e aumentando anche la sua capacità operativa. Le apparecchiature, nel corso degli anni, sono state sostituite da strumentazioni sempre più avanzate in grado di rispondere all’espansione della richiesta (sia per quantità che per varietà di esami), al fine di offrire all’utenza le tecniche di analisi più moderne ed all’avanguardia.

Il personale che attualmente compone l’organizzazione è coordinato da un direttore Biologo ed è costituito da un medico, due biologi, due tecnici sanitari di laboratorio biomedico e tre amministrativi.

L’evoluzione non ha riguardato esclusivamente la capacità ricettiva, l’aumento numerico del personale, l’acquisto di strumentazioni sempre più avanzate ma anche la politica della qualità del lavoro che viene svolto. A partire dal controllo della fase analitica, attraverso l’implementazione di un sistematico Controllo qualità interno (CQI) e una frequente Verifica Esterna di Qualità (VEQ), si è passati al controllo dell’intero processo anche delle fasi pre e post-analitiche; dalla richiesta degli esami (appropriatezza) e dalla corretta identificazione del paziente fino alla produzione di un referto nel quale i risultati sono “trasformati” in informazioni utili nella gestione del paziente.

La gestione di questo percorso ha coinvolto progressivamente tutto il personale alla costruzione di una nuova cultura, orientata alla prevenzione, alla responsabilizzazione individuale, all’analisi e risoluzione dei problemi, alla gestione del rischio clinico e alla prevenzione degli eventi avversi.

La struttura opera in conformità con le vigenti leggi nazionali e direttive europee che regolamentano i requisiti minimi strutturali ed organizzativi.

Il Laboratorio è in grado di effettuare le seguenti tipologie di analisi cliniche:

- Chimica clinica e immunometria
 - Ematologia;
 - Coagulazione;
 - Microbiologia e sieroinmunologia;
 - Urine;
 - Biologia Molecolare;

La pubblicazione di questa ultima edizione della "Carta dei Servizi" e la sua applicazione rappresentano un concreto atto di questa sfida ed un passo ulteriore verso il mondo della qualità per la soddisfazione di:

a) Efficacia tecnica:

- a.1. Struttura: assenza di barriere architettoniche;
- a.2. Accessibilità al servizio: orari di apertura, personale presente nella fasce orarie;
- a.3. Archivi e database

b) Efficacia Psicologica:

- b.1. Soddisfazione dell'Utente;
- b.2. Soddisfazione dell'operatore

c) Tutela e rispetto dell'utente, anche attraverso procedure di verifica e risoluzione di reclami e disservizi

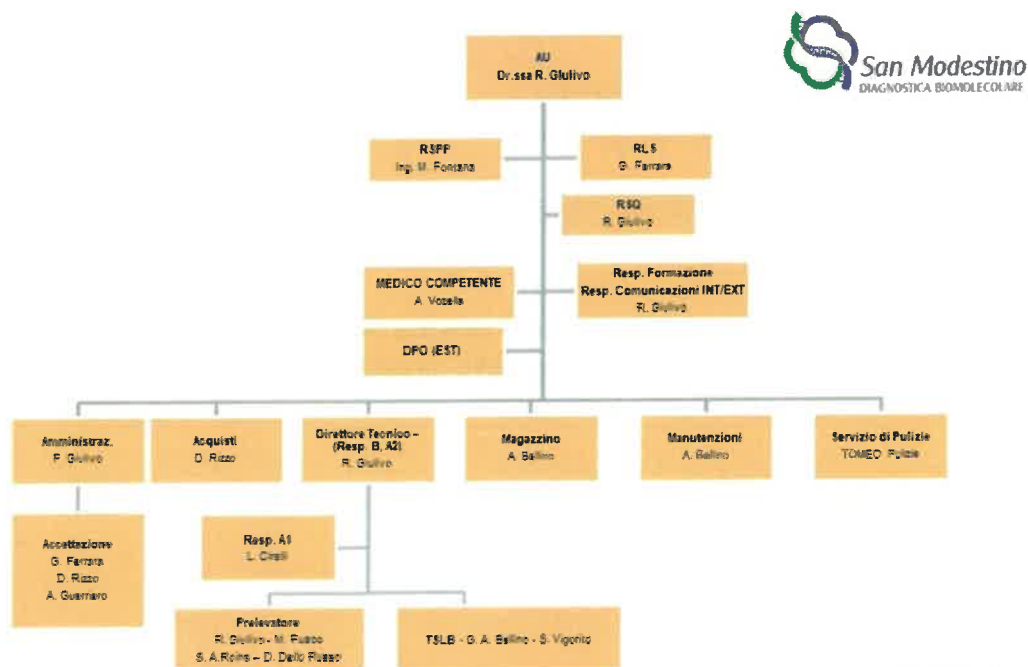
Di recente si è ottimizzato anche il servizio Sicurezza ricorrendo allo stesso modello sistemico adottato per l'erogazione delle prestazioni: non può esserci Qualità senza Sicurezza.

4. LA NOSTRA SEDE

Il Laboratorio “Diagnostica Biomolecolare San Modestino S.r.l.” è situato ad Avellino, in loc. Valle, via Manfra 1/G, a 5 minuti dall’uscita dell’autostrada A16 NA-BA di Avellino Ovest, non lontano dalla Caserma Militare “Berardi” e in una posizione tranquilla, senza problemi di traffico e parcheggio. E’ possibile raggiungerla mediante autobus di **linea (n.6)**. Alla struttura si accede attraverso un unico ingresso a pian terreno senza barriere architettoniche in riferimento alle disabilità motorie.

5. LA NOSTRA ORGANIZZAZIONE

Il Laboratorio perfeziona continuamente la propria organizzazione interna per consentire all’utenza una sempre più agevole fruizione delle prestazioni che la struttura eroga e di garantire effettivamente l’alto livello di qualità dichiarato.



Avellino, 30/05/2024

6. INFORMAZIONI ED ORARI



ORARIO APERTURA

da Lunedì al Venerdì dalle ore 7.30 alle 18.30

Sabato dalle ore 7.30 alle 13.00

Chiusura sabato pomeriggio

ORARIO PRELIEVI E CONSEGNA CAMPIONI BIOLOGICI

da Lunedì al Venerdì dalle ore 7.30 alle 15.30

Sabato dalle ore 7.30 alle 13.00

Chiusura sabato pomeriggio

ORARIO RITIRO REFERTI (per coloro che lo richiedono CARTACEO)

da Lunedì al Venerdì dalle ore 10.30 alle 18.30

Sabato dalle ore 10.30 alle 13.00

Chiusura sabato pomeriggio

Il laboratorio promuove la consegna DIGITALE dei referti diagnostici mediante pubblicazione in area riservata accessibile dal sito istituzionale del laboratorio (WWW.LABORATORIOSANMODESTINO.IT). All'atto dell'accettazione, unitamente alla ricevuta di accettazione, vengono consegnate le credenziali di accesso personalizzabili al primo accesso.

MODALITÀ DI ACCESSO

L'accesso principale all'immobile è consentito da un unico ingresso fronte strada su Via Manfra 1/G - Avellino (AV). L'accesso è possibile a tutti essendo il Laboratorio ubicato a pian terreno. In accettazione è possibile richiedere tutta l'assistenza del caso.

I pazienti accedono al servizio con o senza prenotazione, ad eccezione delle indagini dinamico-funzionali che devono essere prenotate telefonicamente al n. 0825 782138 o mediante invio di email a amministrazione@laboratoriosanmodestino.it

SERVIZIO DI PRENOTAZIONE ON LINE.

È possibile effettuare la prenotazione on line per accedere alla struttura ed effettuare prelievi di sangue, consegnare materiale biologico, effettuare tamponi attraverso il sito istituzionale www.laboratoriosanmodestino.it o mediante l'APP Laboratorio San Modestino (scaricabile da google play store).

L'utente visualizza il calendario e può controllare la disponibilità della struttura in tempo reale; prenota l'appuntamento semplicemente selezionando giorno, orario ed inserendo i suoi dati, quindi riceve una mail con un codice che sarà quello con il quale verrà chiamato in Laboratorio all'orario prescelto.

Il sistema organizza in ordine progressivo sia le prenotazioni on line sia i ticket presi al totem presso il laboratorio e indica lo sportello libero al quale accedere.

SISTEMA GESTIONE ATTESE

Il sistema gestione attese prevede che preso il ticket dal totem touchscreen oppure attraverso il servizio di prenotazione on line Booking, il cliente attenda all'esterno la

rispettiva chiamata. Una volta conclusa l'attività presso lo sportello accettazione, l'utente dovrà attendere l'avviso di chiamata a recarsi in uno dei due box prelievi. L'avviso è visualizzato sul MONITOR presente in sala d'attesa.

Gli operatori di sportello visualizzeranno sui propri PC gli utenti in coda e non dovranno fare altro che chiamare per ordine d'arrivo o in base alle policy prestabilite.

Gli operatori dei box prelievi, invece, effettueranno le chiamate attraverso i display touchscreen di cui sono dotati i box.

La direzione potrà effettuare una serie di analisi dal portale statistiche in modo da migliorare l'efficienza dell'area interessata.

SPORTELLO INFO

Per snellire l'attesa e le procedure di accettazione è stato attivato un terzo sportello con una duplice funzionalità. Presso tale desk, con sistema di prenotazione dedicato mediante totem touch screen, è possibile richiedere ogni tipo di informazione riguardante le prestazioni sanitarie erogabili. Eccezionalmente, in momenti di grande affluenza (anche legati all'istituzione dei tetti di spesa regionali), tale desk può convertirsi in altro sportello accettazione per lo smaltimento delle code.

INFORMAZIONI GENERALI

I prelievi venosi si eseguono come sopra indicato nel rispetto delle necessarie modalità di preparazione all'esame da parte dei pazienti. I pazienti con richiesta di urgenza o con richieste specifiche possono accedere al prelievo oltre l'orario indicato, previa valutazione di praticabilità da parte del personale tecnico.

Le donne in gravidanza, i disabili e i bambini fino a 10 anni hanno la precedenza sia in accettazione che nelle sale prelievi.

Curve da carico orale di glucosio, prelievi seriati per prolattina, aldosterone, renina clino e ortostatismo, prelievi microbiologici speciali e seminologia vengono effettuati su appuntamento dal lunedì al sabato.

Nell'orario di ritiro referti è assicurata la consulenza relativa alle analisi effettuate e, quando necessario, l'interpretazione dei risultati da parte dei professionisti del Centro (Dr.ssa Rosaria Giulivo – Resp. Comunicazione Esterna).

Alcuni test dinamici come OGTT, test per HIV, dosaggio sostanze d'abuso, ecc... sono eseguiti solo dopo che il soggetto, o il suo tutore legale, ha dato consenso informato sottoscrivendo apposito modulo.

Allegato alla presente carta dei servizi è riportato il prontuario completo delle prestazioni erogate in regime convenzionato e non. Tale elenco è disponibile presso i locali di accettazione. È possibile richiedere al personale amministrativo ogni chiarimento in merito agli aspetti amministrativi di tali prestazioni.

Il centro eroga prestazioni in regime di SERVICE (c/o laboratori specializzati) come identificati nello specifico ELENCO PRESTAZIONI IN SERVICE E TALI ESITI SONO EVIDENZIATI IN REFERTO.

Il Personale di segreteria è costituito da tre unità nel ruolo amministrativo dislocate nelle relative postazioni di accettazione ubicate in sala d'attesa. Il Personale di segreteria provvede al ritiro delle richieste di prestazione e prepara, tramite terminale, la scheda accettazione con tutti i dati dell'utente (ricevuta di accettazione/ritiro referti), riportante l'indicazione degli esami richiesti ed il giorno in cui il referto sarà completamente disponibile. Tale "ricevuta ritiro referti" viene consegnata all'utente da esibire in caso di ritiro dei risultati al desk.

Allo scopo di contenere l'errore preanalitico, le etichette con codice a barre, che saranno apposte sulle provette/contenitori di prelievo, vengono anch'esse consegnate all'utente che le presenterà al prelevatore.

L'organizzazione del laboratorio permette altresì di comunicare con tempestività in poche ore l'esito di molti esami di laboratorio e di effettuare su richiesta prelievi a domicilio per pazienti di tutte le età, compresi i bambini. La segreteria è in grado di gestire tutte le informazioni e gli appuntamenti per prelievi a domicilio.

Per ritirare il referto (all DESK) è necessario esibire l'apposita ricevuta di ritiro. Il referto può essere consegnato solo al paziente che ha eseguito le prestazioni. In caso di impedimento è possibile delegare al ritiro compilando la parte inferiore della "ricevuta ritiro referto". Il referto può essere consegnato con il servizio "Referti WEB", che permette di consultare e scaricare i propri referti direttamente nell'area dedicata sul sito web del Laboratorio.

In caso di necessità l'utente può rilasciare il consenso e richiedere che i referti gli vengano inviati per fax o a mezzo email.

Il mancato ritiro dei referti entro 30 giorni dalla refertazione comporta l'addebito dell'intero costo delle prestazioni effettuate.

Nel caso il campione non sia risultato idoneo in fase di valutazione preanalitica all'analisi richiesta, l'utente ne sarà tempestivamente informato telefonicamente per concordare la raccolta di un nuovo campione.

I pazienti una volta effettuata l'accettazione accedono alle sale prelievi. (2)

MODALITÀ DI PRELIEVO

PRELIEVO VENOSO

Una standardizzazione inadeguata di molti processi preanalitici può determinare una dispersione di risorse nella sfida volta al miglioramento della qualità globale.

Tra i maggiori problemi preanalitici, le procedure di raccolta, trasporto, trattamento e conservazione del campione rappresentano le maggiori opportunità per incertezza ed errori.

Per limitare gli errori preanalitici di seguito sono riportate alcune indicazioni pratiche sui più comuni prelievi di materiale biologico su cui eseguire esami di laboratorio.

Il prelievo venoso risulta essere una fase importantissima del percorso preanalitico degli esami di laboratorio. Attraverso di esso viene raccolto il materiale biologico indispensabile per la gran parte degli accertamenti di Laboratorio.

Dalla qualità del prelievo (assenza di emolisi e assenza di coaguli) e dalla sua quantità (per esempio rapporto ottimale tra sangue e anticoagulanti) ne consegue anche la qualità del risultato analitico.

Il prelievo è eseguito in genere con il paziente in posizione seduta, è tuttavia possibile porre il paziente in posizione supina, in tutti i casi in cui lo si ritenga opportuno o su esplicita richiesta del paziente stesso.

Nella maggior parte dei casi il campione di sangue viene prelevato dalle vene superficiali dell'avambraccio o dalla piega del gomito: in particolare dalla vena mediana o dalla vena cubitale profonda, anche se talvolta si opera sulla basilica, sulla cefalica superiore o su altri vasi superficiali.

In caso di necessità si può effettuare il prelievo da una vena del dorso della mano, eventualmente dopo averla scaldata per immersione in acqua calda. Evitare di eseguire il prelievo utilizzando accessi venosi già in uso (cateteri, infusione endovenose). Se ciò non fosse possibile, fare attenzione a non inquinare il prelievo con il liquido di infusione scartando almeno i primi 3 ml di sangue.

Se ciò non fosse possibile segnalarlo al Laboratorio.

Nella scelta dell'accesso inoltre:

- escludere le vene già trombizzate (si presentano arrossate ed indurite);
- escludere le zone interessate da lesioni cutanee - stati flogistici – ematomi;
- verificare l'adeguatezza del calibro della vena rispetto alla quantità di sangue da prelevare.

Localizzare il vaso con la palpazione digitale ricercando la consistenza elastica comprovata da una netta sensazione di rimbalzo alla palpazione.

In teoria, per prevenire fenomeni di emoconcentrazione occorrerebbe evitare completamente la stasi venosa da apposizione di laccio emostatico, che comunque se dura meno di un minuto ha scarse conseguenze. In pratica, è quasi sempre necessario usare un laccio che deve essere allentato se il tempo di prelievo si prolunga oltre i 90 secondi.

Preferibilmente utilizzare l'ago in dotazione 21G. Soltanto in caso di vene sottili (mano e avambraccio) e/o fragili o per prelievi su piccoli bambini è raccomandato l'uso di aghi a farfalla (disponibili in due calibri: 21G, 23G).

Assicurarsi che tutto sia a portata di mano: cotone, laccio, sistema per provette sottovuoto (aghi, camicie, provette), contenitori per l'eliminazione del materiale usato per il prelievo, supporti per provette.

Identificare il paziente ed informare circa la procedura. Controllare gli esami da eseguire e predisporre le provette adatte.

Effettuare lavaggio delle mani e quindi indossare i guanti monouso.

Predisporre, in modo funzionale, il materiale occorrente. Far assumere al paziente una posizione confortevole, supina o seduta, e fornire uno stabile sostegno per l'arto.

Posizionare il laccio emostatico 8-10 cm sopra la sede della puntura, per aumentare la pressione intravenosa e rendere più agevole l'individuazione della vena.

Identificare la vena. Eseguire l'antisepsi della sede di puntura, lasciare asciugare il disinfettante per evitare l'inquinamento del sangue (possibile causa di emolisi).

Effettuare la puntura. Raccordare una dopo l'altra le provette previste (il sangue defluirà automaticamente). Allentare il laccio.

Sganciare l'ultima provetta utilizzata.

Rimuovere l'ago, comprimere con tampone asciutto per qualche minuto, si raccomanda di esercitare un'adeguata pressione, con il cotone, sulla sede del prelievo e senza piegare il braccio. Applicare il cerotto. Eliminare l'ago nell'apposito contenitore, **senza reincappuciarlo** (manovra ad elevato rischio).

Evitare assolutamente il travaso di materiale biologico da una provetta all'altra. Nel caso si rilevasse la comparsa di ematoma apporre impacchi di ghiaccio.

Si raccomanda la seguente sequenza: a) provetta per siero gialla/rossa con gel (sangue intero), b) provetta tappo celeste con citrato per coagulazione (plasma), c) provette con EDTA per emocromo (plasma), d) eventuali altre provette. Viene raccomandato questo ordine per l'attendibilità del risultato analitico.

Se si preleva con butterfly in sistema sotto vuoto, per le provette di coagulazione, se il tubicino del butterfly non è pieno di sangue, si rischia di sbagliare il rapporto di diluizione sangue/soluzione di citrato.

Quando il sangue è raccolto in provette contenenti anticoagulanti è necessario agitare più volte, ma sempre dolcemente, il contenitore per ottenere un mescolamento adeguato.

TIPOLOGIE DI PROVETTE DA UTILIZZARE

Tutti i prelievi di sangue vanno effettuati con provette del sistema "vacutainer". Le provette da utilizzare in base agli esami da eseguire sono quelle indicate sul prontuario delle prestazioni, allegato alla *Guida* ai Servizi del Laboratorio e vengono di seguito brevemente elencate per raggruppamento di esami omogenei di settore operativo.

Provetta con tappo viola (K3-edta):

Emocromo+PLT+FL+; Emogruppo, Reticolociti, dosaggio emoglobine, ciclosporina, eritropoietina.

Provetta con tappo celeste:

PT; PTT; Fibrinogeno; Antitrombina III; D-Dimero.

Provetta con tappo giallo (con gel):

Gruppo Chimica-clinica (azotemia, glicemia, SGOT/Ast, SGPT/Ast, Sideremia. Ecc.); Elettroforesi Proteica; Dosaggio Proteine (Ig, C3, C4, ecc.); Reumatologia (TAS, PCR, RF, ecc.); Gruppo Ormoni tiroidei - Ormoni Fertilità; Autoimmunità; Marcatori tumorali; Marcatori Epatiti; Complesso Torch; RA-ST/PRIST; Sierologia: (WW, Monotest, VDRL ecc.)

Provetta con tappo verde:

Troponin I, Mioglobina, CK massa.

Provetta con tappo nero:

VES

Provetta con tappo grigio:

Glicemia (con inibitori glicolisi se il campione deve essere conservato a lungo)

EVENTI AVVERSI

È possibile, e relativamente frequente, che la manovra di prelievo provochi lipotimia da riflesso vaso-vagale. In tal caso, il personale del laboratorio è preparato ad affrontare l'emergenza. L'operatore deve:

- porre nel più breve tempo possibile il paziente in clinostatismo (eventualmente anche terra);
- sollevare gli arti inferiori favorire una corretta respirazione;
- controllare la frequenza del polso e la pressione arteriosa.

Normalmente queste manovre sono sufficienti a ristabilire le condizioni del paziente. L'operatore poi verifica che la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa siano tornate nella norma e prima di invitare il paziente ad assumere postura verticale invitandolo in prima istanza a sedersi prima dell'allontanamento dal laboratorio.

Se persistono sintomi quali sudorazione profusa, debolezza, vista annebbiata, confusione, nausea, verrà prontamente richiesto l'intervento del Servizio 118 al fine di instaurare le idonee terapie mediche eventualmente necessarie.

7. PREPARAZIONE AGLI ESAMI

Digiuno

In condizioni standard il paziente deve essere a digiuno da almeno 12 ore prima del prelievo. La composizione del pasto che precede il digiuno deve essere quella abituale, evitando eccessi e restrizioni particolari.

Postura

Normalmente il prelievo viene effettuato da seduti o in casi particolari (paura del prelievo) in posizione clinostatica. Prima dell'accesso venoso, in entrambi i casi, è necessario permanere in posizione di riposo per qualche minuto.

Stasi venosa

L'applicazione del laccio emostatico andrà effettuata pochi secondi prima del prelievo e la tensione dovrà essere tale da bloccare il flusso venoso, ma non quello arterioso. Il laccio emostatico andrà tolto nel momento in cui inizia il deflusso del sangue in provetta.

Farmaci

Concordare con il medico curante la necessità di sospensione dei farmaci prima del prelievo in funzione del pannello analitico prescritto.

PSEUDOPIASTRINOPENIE

In caso di richiesta diagnostica di PIASTRINOPENIE, si attiveranno specifiche tecniche di prelievo.

Il paziente già a conoscenza di bassi livelli di piastrine correlati all'utilizzo di anticoagulanti dovrebbe comunicarlo al prelevatore al fine di attivare una specifica modalità di prelievo.

AMMONIEMIA

Il paziente deve essere a digiuno dalla sera precedente e non deve aver fumato nelle 6 ore precedenti all'esame. Una volta effettuato il prelievo esso deve essere tempestivamente riportato in contenitori refrigerati

CURVA DA CARICO DI GLUCOSIO VEDI ISTRUZIONI DEDICATE ALLEGATE (IO OGTT-S Revisione 02 e IO OGTT-G Revisione 02).

GLICEMIA POST-PRANDIALE

Il paziente deve presentarsi in laboratorio due ore dopo l'inizio del pasto o secondo istruzioni del clinico referente con il quale andrebbe anche concordato il regime dietetico prossimo all'esame.

ESAMI SU URINE DEL MATTINO

L'esame delle urine standard, Bence-Jones e Microalbuminuria vanno eseguiti su campioni di urine fresche raccolti preferibilmente di prima mattina. Il campione andrà raccolto esclusivamente in recipienti di plastica a bocca larga con tappo a tenuta, etichettati con i dati anagrafici del paziente. Recipienti gocciolanti e/o contaminati esternamente saranno respinti.

PROTEINURIA DI BENICE-JONES

Per questo esame è necessario fornire un campione di **urina fresca del mattino**, poiché la degradazione di alcuni tipi di proteine da parte dei batteri è molto rapida, specie per le catene leggere di cui è costituita la proteina di Bence-Jones. È inoltre necessario indicare nella richiesta se tale esame è propedeutico ad indagini radiologiche con mezzo di contrasto o per Gammapatie Monoclonali, diversi saranno infatti i metodi analitici da utilizzare.

MICROALBUMINURIA

Questo esame, la cui alterazione è un importante indice di precoce danno renale, può dare false positività, poiché vi sono diverse condizioni fisiologiche che possono determinare una microalbuminuria transitoria.

È importante, quindi, che al momento della raccolta delle urine non siano in atto flogosi delle vie urinarie o malattie febbrili, che il paziente non abbia assunto farmaci nefrotossici (analgesici o FANS) e che, evenienza frequente, il paziente non si sia sottoposto a sforzi fisici anche nel giorno precedente all'esame.

CRIOGLOBULINE

Per la determinazione delle crioglobuline il sangue raccolto in provette senza anticoagulante e gel andrà immediatamente trasferito al Settore Analitico e mantenuto in termostato a 37 °C fino al momento del trattamento del campione.

ESAMI SU URINE DELLE 24 ORE

I seguenti esami vanno effettuati su raccolta delle urine delle 24 ore:

Proteinuria, Amilasuria, Azoturia, Uricosuria, Sodiuria, Potassiuria. Calciuria. Fosfaturia.

CONTENITORI PER LA CLEARANCE DELLA CREATININA E DELL'UREA

Per la raccolta dell'urina utilizzare preferibilmente recipienti di plastica con bocca larga e della capienza di 2-3 litri. Conservare sempre tale recipiente in frigorifero a 4 - 8 °C per ridurre al minimo la crescita batterica che determina una trasformazione dei componenti dell'urina causa di probabili falsi risultati analitici.

Brevi note per la raccolta delle 24 ore:

- Svuotare completamente la vescica di primo mattino;
- Iniziare la raccolta di tutta la successiva urina prodotta raccolta preferibilmente alle 8,00 del mattino in modo da terminarla (dopo 24 h) in nelle successive 24 ore compresa quella di svuotamento vescica del mattino successivo.
- Consegnare, preferibilmente, l'intera raccolta al laboratorio.

CLEARANCE DELLA CREATININA

Per la clearance della creatinina oltre al campione di urine delle 24 ore è necessario anche un prelievo di sangue venoso eseguito al termine della raccolta.

ESAMI SU FECI

Per esame Chimico-Fisico, Esame Parassitologico per Ricerca Uova, Parassiti, Virus, Antigeni, ecc... raccogliere un campione di feci della grandezza di una noce in un contenitore sterile per coprocultura.

RACCOMANDAZIONI GENERALI PER IL CAMPIONAMENTO DI MATERIALI BIOLOGICI PER ESAMI MICROBIOLOGICI

Raccogliere il campione prima di iniziare o modificare la terapia antibiotica. Se quest'ultima è in corso, ed è comunque indispensabile eseguire l'esame microbiologico a giudizio del clinico referente, eseguire il campionamento immediatamente prima della somministrazione o applicazione locale del farmaco.

Si raccomanda di consegnare i campioni al Laboratorio nel minor tempo possibile garantendo idonee temperature di conservazione in sede di trasporto.

ESPETTORATO

Materiale per la raccolta:

Recipiente sterile trasparente in polistirolo, a bocca larga, con tappo a vite. (es. recipiente per Urinocoltura).

Modalità di raccolta:

Al mattino a digiuno. Evitare di raccogliere l'espettorato con più attacchi di tosse nell'arco delle 24 ore.

Effettuare una pulizia adeguata del cavo orale con sciacqui e gargarismi con acqua distillata sterile.

Raccogliere l'espettorato dopo un colpo di tosse; esso deve provenire dalle basse vie aeree e non essere contaminato da saliva. È opportuno che il paziente sia assistito nella raccolta da personale qualificato.

Se il paziente ha difficoltà ad espettorare si può ricorrere alla induzione aerosolica: far inspirare al paziente, lentamente e profondamente, un aerosol di soluzione salina tiepida per una decina di volte espettorando successivamente nel contenitore.

URINOCOLTURA

Materiale per la raccolta:

Contenitori sterili a bocca larga dotati di tappo a tenuta, specifici per urinocoltura.

Per pazienti in età pediatrica: sacchetto di plastica adesivo sterile.

Modalità di raccolta:

Per pazienti adulti utilizzare il metodo di raccolta del mitto intermedio.

Lavare accuratamente le mani ed i genitali esterni con acqua e sapone; sciacquare abbondantemente con acqua corrente.

Urinare scartando il primo getto (circa 30 ml) e raccogliere direttamente nel contenitore il mitto intermedio.

Riempire non oltre la metà il contenitore (70 ml circa) ponendo attenzione a non contaminare, con le mani e/o i genitali, i bordi o l'interno del recipiente.

Richiudere bene il contenitore ed etichettare con i dati anagrafici.

Per pazienti in età pediatrica detergere accuratamente la regione sovrapubica perineale ed i genitali esterni con soluzione saponosa, risciacquare a lungo ed asciugare. Applicare il sacchetto facendolo aderire alla cute. Appena avvenuta la minzione, rimuovere il sacchetto e dopo averlo richiuso accuratamente inviarlo in Laboratorio. Non lasciare "in situ" per più di 60 minuti il sacchetto; se necessario procedere alla sostituzione dopo aver ripetuto la detersione.

LIQUIDO SEMINALE

Materiale per la raccolta

Contenitore sterile a bocca larga con tappo a vite tipo urinocoltura.

Modalità di raccolta

- Rispettare astinenza sessuale per 2/7 gg
- Urinare prima della raccolta;
- Eseguire pulizia dei genitali esterni e delle mani;
- Raccogliere tutto il liquido seminale per masturbazione nell'apposito contenitore evitando di toccare l'interno ed i bordi del contenitore stesso;
- Richiudere con tappo a vite senza inquinare il contenuto;
- consegnare al Laboratorio entro 30' avendo cura di conservarlo durante il trasporto a temperatura corporea (37° C)

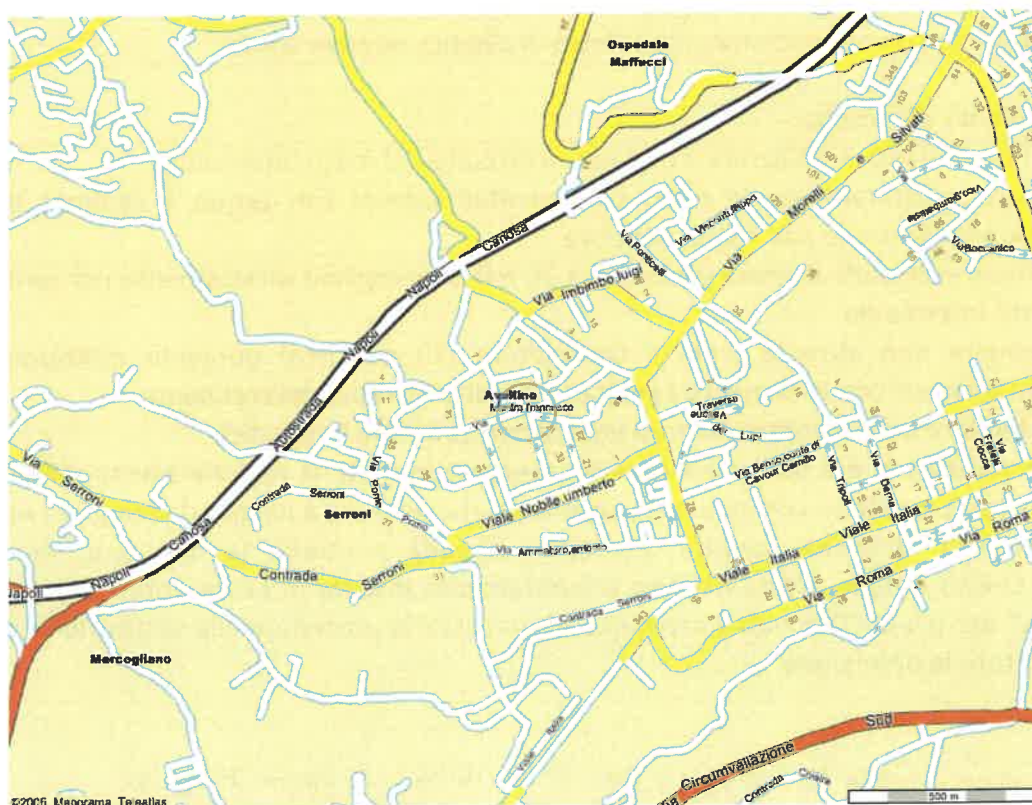
8. LA CAPACITÀ OPERATIVA STRUTTURALE

I rapporti del Laboratorio con il Sistema Sanitario Regionale sono regolati da:

1. apposito decreto di apertura e funzionamento, rilasciato dal Comune di Avellino;
2. atto di accreditamento istituzionale regionale;
3. contratto di servizio con l'ASL di appartenenza

La capacità operativa della struttura è determinata in funzione della pianta organica e del livello tecnologico implementato. Attualmente il Laboratorio è classificato come Laboratorio generale di base (B) con settori specialistici annessi di Chimica Clinica (A1) Sieroimmunologia e Microbiologia (A2) con metodica PCR con Capacità Operativa Massima (COM) di ALTA AUTOMAZIONE III con coefficiente di correzione 2.0 pari a 1.578.960 prestazioni annuali.

9. LOCALIZZAZIONE



10. I NOSTRI PUNTI DI FORZA

Alta qualità delle prestazioni sanitarie, impiego di tecnologie d'avanguardia, accurate verifiche sul funzionamento delle apparecchiature e procedure di controllo nell'esecuzione dei trattamenti, garantiscono il massimo della sicurezza e della qualità.

La qualità dei dati forniti dal Laboratorio di Analisi è garantita dalla esecuzione di procedure quotidiane di Controllo Interno di Qualità e dalla partecipazione a numerosi programmi di Verifica Esterna di Qualità. La continua e periodica partecipazione ai programmi di Verifica Esterna di Qualità garantiscono il monitoraggio, il mantenimento ed il progresso della qualità. I risultati di tutti i programmi di VEQ sono archiviati e disponibili su richiesta al Direttore del Laboratorio.

Personale specializzato per offrire assistenza completa, continuità delle cure e attività di controllo.

Procedono ai contatti con le strutture territoriali cooperando con le stesse alla programmazione e all'attuazione dei progetti di rete e personalizzati.

Riduzione al minimo dei tempi di attesa in linea con le indicazioni del Piano Regionale, disponibilità a fornire chiare informazioni sui servizi e ad accogliere suggerimenti e reclami. Il giorno di ritiro dei referti è indicato nella ricevuta consegnata al paziente nel momento dell'accettazione amministrativa. Qualora il referto fosse necessario prima della data indicata, il paziente può concordare con la Segreteria una delle seguenti modalità alternative:

- ritirare un referto parziale,
- telefonare personalmente per conoscere la data precisa delle disponibilità del referto (che, nei casi in cui l'esame sia eseguito a cadenza settimanale o più lunga, può anticipare quella segnata sul foglio di ritiro).

Dalle rilevazioni effettuate con i questionari di qualità percepita (customer satisfaction) non risultano segnalazioni relative ai tempi di attesa, dal momento di arrivo al momento del prelievo, che mediamente si aggirano tra i 10 e 20 minuti.

Tutela della privacy del paziente.

Resp. Rosaria Giulivo

Data Protection Officer (DPO): Massimo Palumbo

Personalizzazione dell'assistenza.

Struttura rispondente alle normative vigenti e adeguata alla sicurezza nei termini di Legge. In particolare, la struttura è composta su un unico livello una sala di attesa e di accettazione, 2 sale prelievi e 2 locali WC, di cui uno accessibile ai portatori di Handicap.

La Carta dei Servizi del Centro adotta e considera propri i 14 diritti enunciati nella Carta Europea dei diritti del malato:

1. prevenzione (definizione dalla Carta Europea dei diritti del malato: incrementare la consapevolezza delle persone)
2. accesso garantito per tutti (definizione: Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.)
3. informazione definizione: Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e la innovazione tecnologica rendono disponibili.
4. consenso informato definizione: Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.
5. libera scelta tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari definizione: Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.
6. privacy e confidenzialità definizione: Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.
7. rispetto del tempo del paziente definizione: Ogni individuo ha diritto a ricevere i necessari trattamenti sanitari in un periodo di tempo veloce e predeterminato. Questo diritto si applica a ogni fase del trattamento.
8. individuazione di standard di qualità definizione: Ogni individuo ha il diritto di accedere a servizi sanitari di alta qualità, sulla base della definizione e del rispetto di precisi standard.
9. sicurezza dei trattamenti sanitari definizione: Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalla

malpractice e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

10. **innovazione e costante adeguamento definizione:** Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.
11. **iniziative organizzative e procedurali volte ad evitare le sofferenze e il dolore non necessari definizione:** Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.
12. **personalizzazione del trattamento definizione:** Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.
13. **sistema del reclamo definizione:** Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qual volta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.
14. **procedure di risarcimento adeguato ed in tempi ragionevolmente brevi definizione:** 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.

Alla luce di tali principi vengono individuati i seguenti fattori di qualità per la realizzazione di un sistematico monitoraggio e per ognuno dei quali vanno individuati gli indicatori e fissati gli standard. Gli indicatori e gli standard, qualora non siano già desumibili da altri atti regolamentari nazionali o regionali - esempio tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali - saranno fissati da un successivo atto regionale:

- accoglienza e orientamento
- comprensibilità e completezza delle informazioni
- accessibilità alle prestazioni e alle strutture
- regolarità , puntualità, tempestività
- tutela dei diritti
- umanizzazione e valorizzazione delle relazioni sociali e umane
- personalizzazione e riservatezza
- partecipazione
- confort

1.1. DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI

Al paziente che si rivolge al Laboratorio SAN MODESTINO sono riconosciuti i seguenti diritti:

Art. 1 – Nel Laboratorio ai sensi dell’art. 14 comma 5 del D.L. 502/92 modificato dal D.L. 517/93 è attivato presso la Direzione Tecnico-Sanitaria l’ufficio reclami a cui sono attribuite le seguenti funzioni:

1. Ricevere osservazioni, opposizioni o reclami in via amministrativa, presentate dai soggetti di cui all’art. 2 del presente regolamento;
2. Provvedere a dare tempestiva risposta al reclamante su delega della Direzione Amministrativa;
3. Fornire al reclamante tutte le informazioni e quant’altro necessario per garantire la tutela dei diritti riconosciuti dalla normativa vigente in materia;
4. Predisporre, quando non avesse potuto eliminare la causa del reclamo, la risposta firmata dal legale rappresentante del Laboratorio in cui si dichiara che le anzidette conclusioni non impediscono la proposizione in via giurisdizionale ai sensi dell’art. 14 comma 5 del D.L. 502/92 modificato dal D.L. 517/93.



Art. 2 – Sono soggetti legittimati agli atti di cui al comma a del precedente art. 1 tutti gli utenti, parenti o affini nonché i responsabili degli Organismi di Volontariato e Tutela, accreditati presso la Regione Campania.

Art. 3 – I soggetti individuati all’art. 2 possono esercitare il proprio diritto, presentando osservazioni, opposizioni o reclami, entro 15 gg, dal momento in cui l’interessato abbia avuto conoscenza dell’atto o comportamento
contro cui voglia opporsi, in uno dei seguenti modi:

- Lettere in carta semplice, indirizzata e inviata alla Direzione e consegnata alla Direzione Tecnico-Sanitaria;
- Colloquio con il Direttore Tecnico-Sanitario o suo delegato.

Art. 4 – La Direzione Tecnico-Sanitaria provvede a comunicare per vie brevi, al personale coinvolto, i contenuti dei ricorsi affinché adottino le misure necessarie per rimuovere i disservizi verificatisi. In caso positivo dà la diretta risposta agli interessati.

Art. 5 – Nel caso in cui l’intervento opposto ad osservazioni o reclami non sia stato risolutivo, il ricorso debitamente istruito e con un progetto di risposta, viene trasmesso

alla Direzione, che dovrà provvedere alla comunicazione della decisione adottata. Qualora il reclamante non si considerasse soddisfatto della decisione, potrà entro 15 gg. Produrre una nuova istanza.

Art. 6 – La Direzione Tecnico-Sanitaria dovrà curare:

- L'invio della risposta firmata dalla Direzione Amministrativa all'utente e contestualmente ai Responsabili dei Servizi interessati dal ricorso;
- L'invio alla Direzione dell'opposizione alla decisione sul ricorso affinché essa venga riesaminata adottando, entro 15 gg. dal ricevimento, il provvedimento definitivo, sentito il Direttore Tecnico-Sanitario

Doveri

L'Utente che chiede di essere assistito dal personale della struttura deve:

1. Adeguarsi alle regole ed alle disposizioni vigenti nella struttura al fine di rendere più efficace l'attività del personale addetto alla sua cura e rendere più confortevole la sua permanenza insieme a tutti coloro che condividono la sua esperienza di Utente;
2. Rispettare il divieto di fumare, disciplinato da apposita legge e condiviso da tutti gli operatori del Centro;
3. Osservare gli orari previsti dalla struttura in ogni circostanza.

Tutto ciò, può essere fatto in piena garanzia di anonimato attraverso colloqui, comunicazioni telefoniche, lettere, fax, compilazione dei questionari o dei moduli redatti dai ns. uffici e messi a disposizione dell'utenza. Tutte le comunicazioni pervenute saranno vagliate dai responsabili del centro che una volta esperita un istruttoria che verifichi le responsabilità, informerà il paziente dell'esito del reclamo entro 2 - 10 giorni dalla data dell'inoltro dello stesso.

Responsabili relazioni esterne: Rosaria Giulivo (AU/Direzione Tecnica)

12. OBIETTIVI GENERALI

Gli obiettivi generali della Carta dei Servizi sono:

- garantire la centralità del cittadino rispetto alla organizzazione dei servizi;
- favorire la partecipazione del cittadino in forma organizzata alla progettazione e monitoraggio delle attività;
- migliorare la comunicazione per favorire l'accesso e l'utilizzo dei servizi sanitari;
- verificare concretamente la qualità dei servizi erogati attraverso il controllo del rispetto degli standards che l'azienda si impegna a perseguire;
- favorire la conoscenza dell'organizzazione aziendale ed il coinvolgimento degli operatori;
- garantire la funzione di tutela dei diritti dei cittadini, attraverso la partecipazione degli stessi all'attività dell'Azienda e attraverso la gestione dei reclami.

In particolare la Carta dei servizi:

- a) Adotta gli standard di qualità del servizio;
- b) verifica impegni assunti
- c) Formazione del personale
- d) rilevazione della soddisfazione degli utenti e gestione dei reclami da loro proposti
- e) Questionario di rilevazione del gradimento

13. I NOSTRI IMPEGNI PER LA QUALITÀ DEL SERVIZIO. STANDARD DI QUALITÀ: IMPEGNI E PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO

A. GLI STANDARD DI QUALITÀ

- Accesso garantito anche alle persone disabili grazie all'assenza di barriere architettoniche
- Tempo massimo di attesa prima del prelievo di circa 10 minuti
- Diritto alla Privacy garantito dalla riservatezza del personale sia medico che amministrativo
- Operatori in accettazione disponibili ad ogni chiarimento riguardante l'iter burocratico da seguire per l'accesso al servizio diagnostico: dotarsi di documento di identità, prescrizione medica dello specialista o prevista dal S.S.N.
- Sala d'attesa climatizzata dotata di 15 posti a sedere
- Tempo medio di refertazione per esami comuni nelle 24H
- Tempo massimo di refertazione pari a 3 giorni (per gli esami complessi), salvo in caso di esami per i quali occorre più tempo per motivi tecnici.
- Controlli di qualità interni effettuati su quasi tutti gli analiti ogni settimana
- I controlli di qualità esterni eseguiti con frequenza mensile/trimestrale

B. VERIFICA DEGLI IMPEGNI ASSUNTI

Il Laboratorio garantisce la verifica dell'attuazione degli standard attraverso l'attività di Riesame del Sistema Qualità condotta dalla Direzione Generale. In tale sede sono esaminati:

- obiettivi della politica della qualità,
- risultati delle verifiche ispettive interne sul Sistema Qualità,
- risultati delle verifiche ispettive da parte dell'ente di certificazione,
- rapporti di non conformità,
- stato delle azioni correttive e preventive,
- strumenti di monitoraggio degli standard di qualità
- informazioni di ritorno da parte degli utenti (questionari e reclami)
- prestazioni dei processi

In tale sede è analizzato lo stato dell'arte e sono definiti opportuni obiettivi di miglioramento e linee guida da seguire per ciascuno degli standard individuati.

C. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Particolare attenzione è dedicata alla formazione continua del:

- **personale sanitario e del personale tecnico** - con corsi di formazione e l'aggiornamento delle procedure per l'utilizzo delle apparecchiature, delle metodiche analitiche, del miglioramento delle performance analitiche, della gestione della clinical governance
- **personale amministrativo** - attraverso l'aggiornamento normativo, legislativo, relazionale, tecnico e professionale nel settore di riferimento.

14. RILEVAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI E GESTIONE DEI RECLAMI DA LORO PROPOSTI

Il Centro garantisce la funzione di tutela nei confronti del cittadino dando a quest'ultimo la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

Presso l'accettazione è situata una "Cassetta Reclami" adibita alla raccolta delle segnalazioni suddette su apposito modulo "Reclami".

I reclami saranno inoltrati alla direzione generale, e, per quanto di competenza, all'ufficio amministrativo, il quale provvederà:

- ad inviare all'utente, entro il termine di 15 giorni, previsto dalla normativa, una risposta conclusiva, nel caso si tratti di problematiche di pronta e veloce risoluzione
- a fornire all'utente una prima risposta interlocutoria in attesa di ulteriori verifiche e/o informazioni.

Al termine degli opportuni accertamenti, sarà inviata all'utente una risposta motivata.

15. QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DEL GRADIMENTO

Il Centro ha voluto avviare un'iniziativa di rilevazione diretta della soddisfazione dei singoli utenti proponendo un questionario appositamente predisposto.

Detto questionario va compilato in sala d'attesa e rimane anonimo (a meno che l'estensore non ritenga di sottoscriverlo per sottolineare le proprie osservazioni o sollecitare personalmente provvedimenti di cambiamento).

16. POLITICA PER LA QUALITÀ

Il Laboratorio SAN MODESTINO ha ormai intrapreso il cammino per la qualità da svariati anni.

Tale percorso è stato fortemente voluto dalla Direzione del Laboratorio, consapevole da tempo che un sistema qualità ben strutturato ed implementato, fosse il punto di partenza per il miglioramento continuo e l'ottimizzazione di risorse e costi, nonché uno strumento per la creazione di un vantaggio competitivo nei confronti del mercato concorrente sempre più vario e mutevole a causa della spinta legislativa e sociale.

La direzione è consapevole che il mantenimento di tale sistema e degli obiettivi che esso si pone di raggiungere è possibile solo grazie al coinvolgimento del personale tutto.

Lo scopo della nostra organizzazione è quello di contribuire al miglioramento della qualità della vita di quanti a noi si rivolgeranno per ricevere prestazioni sanitarie e di fornire strumenti e conoscenze concrete a tutti gli operatori del nostro settore che vorranno fare della propria professione uno strumento al servizio del benessere della comunità.

L'esperienza di questi anni ha consentito di maturare la consapevolezza che il sistema qualità aziendale è un valore irrinunciabile nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie. Il nostro Cliente percepisce la qualità non solo nel momento in cui gli è erogata la prestazione, ma anche durante le fasi che lo precedono (informazioni, disponibilità, cortesia del personale di front-office) e lo seguono (informazioni e consigli dei professionisti).

L'evoluzione del Laboratorio non ha riguardato esclusivamente la capacità ricettiva, l'aumento numerico del personale, l'acquisto di strumentazioni sempre più avanzate ma anche la politica della qualità del lavoro che viene svolto.

Infatti nell'ottica di fornire risposte personalizzate e congruenti con una domanda sempre più complessa durante questi anni oltre al controllo della fase analitica, attraverso l'implementazione di un sistematico Controllo qualità interno (CQI) e una frequente Verifica Esterna di Qualità (VEQ), si è migliorato il controllo dell'intero processo delle fasi pre e post-analitiche dalla richiesta degli esami (appropriatezza) e dalla corretta identificazione del paziente fino alla produzione di un referto nel quale i risultati sono "trasformati" in informazioni utili nella gestione del paziente.

Consapevoli della necessità di un controllo della qualità totale del percorso diagnostico è stata posta una particolare attenzione ai processi e alla centralità dell'utente, che sono stati monitorati periodicamente tramite l'analisi delle non conformità, dei reclami /suggerimenti e degli altri indicatori e alla puntuale attenzione di eventuali disservizi, volta alla risoluzione in tempo reale di eventuali non conformità.

La gestione di questo percorso ha coinvolto progressivamente tutto il personale alla costruzione di una nuova cultura, orientata alla prevenzione, alla responsabilizzazione individuale, all'analisi e risoluzione dei problemi, alla gestione del rischio clinico e alla prevenzione degli eventi avversi.

CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
tutti i codici M tutti i codici M + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 5,00	importo totale da pagare = € 5,00	1/5 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
tutti i codici N tutti i codici N + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 5,00	importo totale da pagare = € 5,00	1/1 Patenti in possesso di possesso in base alla L. n. 216 del 28/02/1992 - Determinazione del pagamento di una provvisoria a carico di accertamento, accertamento e sanzionazione di accertamento - art. 1 comma 5 del D.Lgs. 134/97
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
MALATTIA CRONICA "O23" MALATTIE CRONICHE DA "D. E FINO A 065"	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
MALATTIE CRONICHE DA "D. E FINO A 065" E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
tutti i codici P tutti i codici P + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
PATOL RARE (da R Aann a R Qann)	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
PATOL RARE (da R Aann a R Qann) + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
"R23" PATOL RARE "R23" PATOL RARE + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
tutti i codici S tutti i codici S + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
"T01" "T01" + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
"V01" "V01" + E10/E11/E12/E13	NO	importo da pagare = € 0,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare = € 0,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza
CODICI	TICKET S/INO	Onco aggiuntiva L. Finanziaria 4726/11	Onco aggiuntiva Regionale modificata DCA n. 14/1/14	Totale da pagare	SOGGETTI AVENTI DIRITTO
"V01" e "V02" relazioni attestanti lo stato patologico	SI	importo da pagare = € 18,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare: Ticket = € 18,00	1/1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 10/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 09/08/1995 - in attesa di riconoscimento di D. G. n. 1/1 Spese per cura di gravidanza per D.M. del 02/09/94 - in gravidanza

relazioni da presentare in sede di commissione ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile	SI	importo da pagare = € 18,00	importo da pagare = € 0,00	importo totale da pagare: Ticket = € 18,00	nessun costo aggiuntivo
--	----	-----------------------------	----------------------------	--	-------------------------

Esenzione_{in} Gravidanza

● Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante i protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità." (pubblicato in G.U. 20 ottobre 1998, n. 245)

IL MINISTRO DELLA SANITA decreta:

Art. 1. 1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1. comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente decreto e dagli allegati A, B e C, che ne formano parte integrante, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

Art. 1. 2. La prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dall'art. 2 e degli allegati A, B e C.

Art. 2. 1. In funzione preconcezionale sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici, prescritte dallo specialista alla coppia, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto.

Art. 2. 2. Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.

Art. 2. 3. Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale, nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato C, prescritte dallo specialista tra quelle incluse nel decreto ministeriale 22 luglio 1996 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, supplemento ordinario n. 150, del 14 settembre 1996. Le regioni individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.

Art. 2. 4. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

Art. 3. 1. Il presente decreto sostituisce integralmente il decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995. Allegato A PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER LA TUTELA DELLA MATERNITA' RESPONSABILE, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO, IN FUNZIONE PRECONCEZIONALE 1. Prestazioni specialistiche per la donna 89.01 - ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI: Consulenza ginecologica preconcezionale 90.49.3 - ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]: in caso di rischio di isoimmunizzazione 91.26.4 - VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Ig G, Ig M) 91.09.4 - TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) (Ig G, Ig M) 90.62.2 - EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. 90.74.3 - RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel): in caso di riduzione dei volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti 90.66.5 - Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di riduzione dei volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti 91.38.5 - ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test] 2. Prestazioni specialistiche per l'uomo 90.62.2 - EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.: in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie 90.74.3 - RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie 90.66.5 - Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie 3. Prestazioni specialistiche per la coppia 91.22.4 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI H - 90.65.3 - GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D) 91.10.5 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. Mediante emoagglutin. Passiva) [TPHA] 91.11.1 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR] 4. In caso di abortività ripetuta o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale e su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista: 89.01 - ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI: Consulenza genetica 88.79.7 - ECOGRAFIA TRANSVAGINALE 68.12.1 - ISTEROSCOPIA Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale 68.16.1 - BIOPSIA DEL CORPO UTERINO: Biopsia endoscopica (isteroscopia) dell'endometrio 90.46.5 - ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC) 90.47.5 - ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM) 90.51.4 - ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO) 90.54.4 - ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg) 91.31.2 - CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande): alla coppia Nota: Sono riportate le prestazioni come definite dal D.M. 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni. La lettera "H" indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti. Allegato B PRESTAZIONI SPECIALISTICHE PER IL CONTROLLO DELLA GRAVIDANZA FISIOLGICA, ESCLUSE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO. All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13ª settimana, e comunque al primo controllo: 90.62.2 - EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. H - 90.65.3 - GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale 90.09.2 - ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S] 90.04.5 - ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U] 91.26.4 - VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, entro la 17ª settimana 91.09.4 - TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto 91.10.5 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI, (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]: qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner 91.11.1 - TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]: qualora non eseguito in funzione preconcezionale esteso al partner 91.22.4 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI 90.27.1 - GLUCOSIO [S/P/U/dU/La] 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA 90.49.3 - ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]: in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO, il test deve essere ripetuto alla 34ª-36ª settimana. Tra la 14ª e la 18ª settimana: 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) Tra la 19ª e la 23ª settimana: 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA Tra la 24ª e 27ª settimana: 90.27.1 - GLUCOSIO [S/P/U/dU/La] 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) Tra la 28ª e la 32ª settimana: 90.62.2 - EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. 90.22.3 - FERRITINA [P/(Sg)Er]: in caso di riduzione dei volume globulare medio 90.44. 3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA Tra la 33ª e la 37ª settimana 91.18.5 - VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg 91.19.5 - VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI 90.62.2 - EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) 91.22.4 - VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI in caso di rischio anamnestico Tra la 38ª e la 40ª settimana 90.44.3 - URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*) Dalla 41ª settimana 88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA: su specifica richiesta dello specialista 75.34.1 - CARDIOTOCOGRAFIA: su specifica richiesta dello specialista; se necessario, monitorare fino al parto (*) In caso di batteriuria significativa 90.94.2 - ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. IN CASO DI MINACCIA DI ABORTO SONO DA INCLUDERE TUTTE LE PRESTAZIONI

SPECIALISTICHE NECESSARIE PER IL MONITORAGGIO DELL' EVOLUZIONE DELLA GRAVIDANZA. Nota: Sono riportate le prestazioni come definite dal D.M. 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni. La lettera "H" indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti. Allegato C INDICAZIONI ALLA DIAGNOSI PRE NATALE (desunte dalle "Linee Guida per i test genetici" approvate dal Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri) Le indicazioni per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie: 1. presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori: età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche; 2. presenza di un rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologia genetica. Le indicazioni per le indagini citogenetiche per anomalie cromosomiche fetali sono: età materna avanzata (=o > 35 aa.) genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato ad effetto fenotipico genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità anomalie malformative evidenziate ecograficamente probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole Regioni e sottoposti a verifica continua della qualità. Il Ministro della sanità BINDI

18. PIANO DELLE ATTIVITA'

La Direzione ha identificato la tipologia ed il volume di attività erogabili, in rapporto alle risorse strutturali tecnologiche ed umane presenti nella struttura ed ai limiti di spesa fissati a livello regionale e locale. I responsabili per l'attuazione degli obiettivi fissati; Quindi, periodicamente in sede di Riesame della Direzione gli obiettivi sono:

- misurati, essere articolati nel tempo;
- stimate le modalità di erogazione del servizio;
- le specifiche procedure documentate o le istruzioni da applicare;
- il metodo, le scadenze e gli strumenti, indicatori, per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici; eventuali nuove iniziative previste per conseguire gli obiettivi specifici.

Il documento della struttura deve essere datato, firmato dalla direzione e riesaminato dalla stessa intervalli prestabiliti, almeno ogni quattro anni, in modo da assicurarne la continua adeguatezza alle linee di indirizzo dei livelli sovraordinati ovvero coordinati, l'efficacia a generare eventuali cambiamenti strutturali ovvero organizzativi, la idoneità in riferimento alle risorse specificamente assegnate.

Ad oggi, i principali impegni nei confronti dei nostri interlocutori (Clienti interni, esterni, fornitori, ecc.) sono:

- Rispetto dei requisiti cogenti
- Rispetto dei requisiti posti dal sistema e miglioramento continuativo dell'efficacia dello stesso

A fronte degli impegni assunti e del quadro definito si perseguono, attraverso l'attuazione del sistema di gestione per la qualità, i seguenti obiettivi:

1. soddisfazione del Cliente
2. ampliamento del portafoglio cliente
3. efficacia nei processi di erogazione dei servizi, di miglioramento delle performance analitiche
4. bisogni dell'utenza in termini di trattamenti erogati in assenza di barriere architettoniche, di agevole mobilità, di umanizzazione, di tenuta sotto controllo delle liste di attesa, di rispetto per la privacy.

Gli obiettivi della qualità sono tradotti, ove possibile, in indicatori misurabili, basati su criteri di efficienza ed efficacia, e di appropriatezza economica inoltre:

- delle caratteristiche dell'obiettivo prefissato
- del particolare tipo di servizio e area di attività al quale si intende associarli individuando, qualora necessario, altri eventuali indicatori di processo finalizzati a dimostrare la conformità del servizio e l'efficienza dei processi.

La documentazione del sistema di gestione per la qualità consente la raccolta di dati durante lo svolgimento delle attività al fine di elaborarli e riassumerli in grandezze che danno una misura del grado di raggiungimento dell'obiettivo.

La Direzione si impegna a ad attuare e sostenere la presente politica della qualità, a riesaminarla periodicamente per accertarne la sua idoneità, a divulgarla a tutti i livelli dell'organizzazione nei confronti della quale sono sempre tenuti in conto suggerimenti e indicazioni per il raggiungimento del comune obiettivo.

19. LA SICUREZZA E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

Le disposizioni di cui al D.lgs 81/08 (e successivo aggiornamento D.Lgs 106/09) hanno richiesto alle direzioni di aziende ed enti un notevole impegno di verifiche e controlli, di adeguamenti organizzativi, di informazione al personale, di gestione del controllo sanitario e di attribuzione di competenze e responsabilità a vari livelli per ridurre i rischi di incidenti e danni alla salute nei luoghi di lavoro.

L'ottemperanza a tali normative ha richiesto un attivo lavoro di analisi e valutazione dei rischi da parte della dirigenza e dei tecnici, ed una conseguente opera di coinvolgimento, di sensibilizzazione e formazione sul campo di tutti gli operatori, stimolandoli a riconoscere e prevenire le situazioni di pericolo e danno, sicché un programma di sicurezza per i lavoratori è diventato anche un'opportunità di miglioramento della qualità del lavoro e della sicurezza dell'utenza.

20. DIVIETO DI FUMO

Viste le disposizioni dell'art. 51 del comma 5 della legge del 16/01/2003, n°3 e nel rispetto della salute di tutti gli Ospiti e degli operatori in tutta la Residenza Sanitaria è proibito fumare.

Il personale sanitario, infermieristico e assistenziale è stato formalmente incaricato di verificare che tale disposizione sia rispettata.

In tutta la struttura sono stati appesi cartelli in merito alla normativa in vigore e le sanzioni per i contravventori.

21. TUTELA DELLA PRIVACY

La Struttura ottempera ai requisiti come da **GDPR (General Data Protection Regulation) approvato con Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016**

All'atto dell'inserimento in trattamento l'utente firma un modulo che autorizza il Centro al trattamento dei dati personali esclusivamente per fini istituzionali.

Gentile Utente

in virtù di quanto previsto dall'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di protezione dei dati ed in relazione ai dati personali che la riguardano e di cui Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" srl entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati e base giuridica:

I dati che Le saranno richiesti sono:

dati personali

dati sensibili inerenti le condizioni di salute, patologie, dati genetici

Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione del contratto di assistenza sanitaria, diagnosi del paziente e gestione amministrativa da Lei stipulato con Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" srl erogato presso la nostra struttura in via Manfra 1, Avellino

Titolare del trattamento dei dati è Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" nella persona di Rosaria Giulivo laboratoriosanmodestino@gigapec.it srl via Manfra 1, Avellino

2. Modalità del trattamento dei dati:

Le operazioni di trattamento possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati che consentano la memorizzazione, la gestione e la trasmissione degli stessi, ma sempre configurati, in modo da garantire la riservatezza e la tutela dei dati.

Il trattamento è svolto indifferentemente dal titolare e da parti terze quali soggetti autorizzati al trattamento

3. Conferimento dei dati: Il conferimento di dati personali è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività previste dal contratto.

L'eventuale rifiuto da parte comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1 ed in generale gli incarichi e/o le prestazioni professionali richieste – oltre che la prosecuzione di quelli/e in corso – potranno non essere accettati e/o continuati e, dunque, espletati.

5. Comunicazione dei dati: I dati personali forniti alla nostra struttura possono essere comunicati, in Italia, nella Comunità europea ed al di fuori, per le finalità di cui al punto 1 a:

- Enti Pubblici (ad es. ASL)
- Consulenti esterni nello svolgimento del servizio assistenziale (Medici, farmacisti)
- Laboratori esterni che eseguono analisi per nostro conto in service
- Amministratore di sistema della piattaforma gestionale
- Competenti Autorità Giudiziarie.

6. Durata del trattamento: I dati e la documentazione necessari e pertinenti agli incarichi in corso, da instaurare o cessati, verranno conservati per il periodo previsto dalla normativa vigente, mentre i dati trattati attraverso strumenti automatizzati saranno cancellati all'esaurimento dell'incarico conferito.

7. Diritti dell'interessato:

Sui dati che Lei ci ha fornito, il Regolamento Europeo 2016/679 Le consente di esercitare i seguenti diritti:

- 1) accesso ai dati
- 2) la rettificazione e l'integrazione dei dati,
- 3) la cancellazione,
- 4) la limitazione al trattamento,
- 5) l'opposizione al trattamento.
- 6) portabilità dei dati ad altro titolare di trattamento intesa quale diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad altro titolare del trattamento senza impedimenti
- 7) revoca del consenso senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso fornito prima della revoca
- 8) diritto di reclamo all'autorità competente

Tali diritti possono essere esercitati mediante comunicazione con lettera raccomandata alla sede di Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" srl, via Manfra 1, 83100 Avellino

Il Titolare del trattamento dei dati

Dott.ssa Rosaria Giulivo

CONSENSO

Il sottoscritto _____, dichiara di aver ricevuto completa lettura dell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del GDPR 2016/679, ed esprime il suo libero e spontaneo consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali conferiti a Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" srl nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data, _____

Firma (utente o familiare autorizzato)

CONSENSO PER MINORI

Il sottoscritto _____ in qualità di genitore del minore _____ nato a il _____, dichiara di aver ricevuto completa lettura dell'informativa ai sensi dell'art. 13 e 14 del GDPR 2016/679, ed esprime il suo libero e spontaneo consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali del minore conferiti a Diagnostica Biomolecolare "San Modestino" srl nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data, _____ Firma Genitore _____

22. CONDIVISIONE E COLLABORAZIONI

La presente Carta dei Servizi è stata condivisa dai sindacati di categoria aziendali e dall'organizzazione Fraternita di Misericordia ed alla stesura della stessa hanno collaborato tutte le figure preposte all'assistenza dei pazienti sia il personale amministrativo che il personale sanitario.

