

Carta dei Servizi

Accertamenti Radiologici

Via MonteCervialto 54 – Roma

Rev. 03 / 2019

Sommario

1.	INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE.....	3
2.	UBICAZIONE.....	3
3.	SERVIZI FORNITI.....	3
4.	PRINCIPI.....	4
5.	Il codice etico.....	4
6.	Accettazione.....	4
7.	Prestazioni.....	5
8.	Tutela dei dati personali.....	5
9.	Organizzazione Interna.....	5
10.	Risorse umane.....	6
11.	Risorse tecnologiche.....	6
12.	Sicurezza sul lavoro.....	6
13.	La comunicazione.....	7
14.	La soddisfazione del Cliente.....	7
15.	Reclami.....	8
16.	Controlli di qualità.....	8
17.	Le verifiche ispettive.....	8
18.	Sistema di gestione della qualità.....	9

1. INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE

Direttore Sanitario: Dott. Lucernari Paolo
Direttore Amministrativo: Dott. Pizzoni Fabio
Convenzionati con il S.S.N.
I costi degli esami privati sono elencati più avanti

ORARI STRUTTURA:

Lun-Ven dalle 8.00 alle 19.30
Sab. dalle 8.00 alle 13.00

2. UBICAZIONE

Il laboratorio è sito al piano terra di Via Monte Cervialto 56, con ingresso sulla strada al civico 54. Si accede direttamente nella sala d'attesa in cui è sistemato il desk di accettazione sul fronte; dalla sala di attesa si accede ai reparti di radiologia in cui sono situati anche i servizi igienici di cui uno anche per gli utenti disabili. Esistono altri due locali che assolvono a compiti tecnici.

Principali recapiti telefonici

Tel. 06.8177266 - Fax 06.87198354

Numero Verde

800168749

Indirizzo e-mail

info@montecervialtomedicalgroup.it

Ubicazione e mezzi di trasporto

La Montecervialto Radiologia si trova in zona *Montesacro-Nuovo Salario*, dista circa 8 Km dalla stazione centrale (Piazza della Repubblica) e circa 3 Km dal Grande Raccordo Anulare.

3. SERVIZI FORNITI

Il Montecervialto Medical Group è costituito dal solo laboratorio radiologico "Montecervialto Radiologia s.r.l.", operante nel settore della sanità, e più precisamente effettua:

- *Esami radiografici convenzionali*
- *Tomografia Assiale Computerizzata*
- *Risonanza Magnetica*
- *Mammografia Low Dose (Digitale)*
- *Mineralometria Ossea Computerizzata*

- *Ortopanoramica Dentaria (Digitale)*
- *Studio Cefalometrico del Cranio (Digitale)*
- *Dentascan*

4. Principi

Nella realizzazione del servizio scopo primario dell'azione della Società è la soddisfazione del cliente perseguita attraverso una gestione sicura ed efficiente, ispirata da principi di *UGUAGLIANZA*

Deve essere rispettata in qualsiasi occasione la dignità della persona, senza distinzioni di sesso, razza, nazionalità, religione, lingua e opinioni politiche
IMPARZIALITA'

Devono essere evitati atteggiamenti di parzialità ed ingiustizia
CONTINUITA'

Il servizio deve essere assicurato in maniera regolare e continuativa; le interruzioni che rientrano negli aspetti organizzativi del servizio devono essere adeguatamente annunciate
DIRITTO DI SCELTA

Si deve rispettare il diritto dell'utente di scegliere la struttura cui desidera accedere
PARTECIPAZIONE

Deve essere assicurata la comunicazione con il cliente traendo da questa spunti per una personalizzazione del servizio in funzione delle necessità dell'utenza
EFFICACIA ED EFFICIENZA

L'organizzazione del servizio deve ispirarsi a criteri di efficacia ed efficienza, garantendo lo sviluppo ed il benessere della proprietà e dei lavoratori.

5. Il codice etico

L'ambito della Sanità in cui opera la Società ha indotto la Direzione ad adottare un codice di comportamento, di cui la Mission esposta nella Carta Servizi costituisce preciso impegno e testimonianza, che concili le esigenze di impresa con i diritti e le legittime aspettative dell'utente-paziente, anche considerato il suo strutturale stato di debolezza nel momento in cui si sottopone ad accertamenti diagnostici e/o a cure.

La Società si impegna dunque a favorire l'accesso alle prestazioni fornite, anche adottando particolari iniziative e mantenendo profili tariffari confacenti allo spirito su esposto.

Nella stessa ottica vanno particolari iniziative che destinano parte degli utili al sovvenzionamento di politiche di solidarietà, sempre in ambito sanitario.

Parte integrante del comportamento secondo codice etico è la presenza durante tutto l'orario di apertura al pubblico del Direttore che è impegnato in questo modo non solo a sovrintendere alla realizzazione del servizio ma alla cura della persona che accede alla struttura.

6. Accettazione

L'accettazione dei clienti avviene per la diagnostica di radiologia previa prenotazione negli orari

specificati.

Gli esami radiologici sono in convenzione con il SSN; la prestazione viene accettata dietro presentazione della regolare impegnativa o ricetta bianca del medico curante e del documento di identità, codice fiscale, attestazione di esenzione del paziente.

Un software di gestione permette di seguire l'intero processo produttivo, dalla accettazione, alla produzione degli stampati richiesti per il laboratorio, refertazione, fatturazione, deleghe per ritiro.

7. Prestazioni

Si eseguono tutte le metodiche previste nell'ambito della nostra organizzazione di laboratorio, e più specificatamente:

- *Esami radiografici convenzionali*
- *Tomografia Assiale Computerizzata*
- *Risonanza Magnetica*
- *Mammografia Low Dose (Digitale)*
- *Mineralometria Ossea Computerizzata*
- *Ortopanoramica Dentaria (Digitale)*
- *Studio Cefalometrico del Cranio (Digitale)*
- *Dentascan*

Gli esami sono eseguiti internamente alla struttura con macchinari di avanguardia; alcune prestazioni, per la loro particolarità, vengono eseguite con mezzi di contrasto e sotto il controllo medico.

8. Tutela dei dati personali

Sono regolarmente attribuite le responsabilità come prescritto dalla L.196/03 "Legge sulla Privacy".

Il Documento programmatico sulla Sicurezza dei Dati è distribuito a tutto il personale.

Il personale viene addestrato con corsi interni che si ripetono almeno una volta l'anno al rispetto dei dettami della Legge sulla Privacy.

Il DPS viene revisionato ogni anno.

9. Organizzazione Interna

La Direzione ha dotato la struttura delle risorse adeguate al completamento del processo produttivo nel rispetto degli standard di qualità prefissati.

Le risorse disponibili sono costantemente aggiornate in funzione di mutate condizioni al contorno, di nuove necessità, di nuovi requisiti, di nuove disponibilità tecnologiche.

Le risorse di cui dispone l'organizzazione sono fondamentalmente:

- *Risorse umane*
- *Risorse tecnologiche*
- *Infrastrutture*

10. Risorse umane

Le risorse umane vengono selezionate sulla base dei pre-requisiti di cui alle norme cogenti applicabili, e secondo la tabella dei requisiti minimi di questa struttura inserita nella sez. 3 ed in conformità a quanto richiesto nell'area 4 D.G.R. 636/07. Allo scopo di programmare e verificare la formazione delle risorse umane è stato individuato il responsabile della formazione.

Tutte le risorse devono essere adeguatamente addestrate alla conoscenza dei processi e norme interne tipiche della struttura

Le norme interne sono formalmente distribuite a tutti gli operatori attraverso le "Istruzioni operative", la cui raccolta è distribuita agli operatori interessati.

Nel caso di emissione di nuove procedure che richiedano uno specifico addestramento delle risorse, questo viene condotto prima della applicazione operativa della nuova istruzione.

La Direzione garantisce il rispetto da parte di tutto il personale del regolare svolgimento dei corsi di aggiornamento sanitario previsti dalla normativa vigente (ECM).

Per ogni operatore viene valutata la mansione operativa e si dà evidenza del curriculum esterno ed interno alla struttura attraverso apposita modulistica.

11. Risorse tecnologiche

Le risorse tecnologiche sono quelle richieste per il completamento dei servizi offerti, nel rispetto delle attese del cliente, della sicurezza del personale interessato e delle norme cogenti applicabili. Le risorse tecnologiche vengono adeguate nel caso che nuove normative lo impongano e nel caso si voglia implementare i servizi offerti.

Nel caso di nuove acquisizioni viene previsto un adeguato periodo di addestramento per il personale preposto.

La struttura ha sviluppato ed adotta un Programma di Manutenzione per garantire sempre la perfetta efficienza delle apparecchiature nonché il loro sicuro utilizzo da parte degli operatori.

La gestione delle risorse tecnologiche prevede la puntuale applicazione delle indicazioni contenute nei manuali d'uso delle apparecchiature conservati in area tecnica, e la evidenza delle manutenzioni ordinarie, preventive e straordinarie attraverso i moduli conservati in amministrazione, A questi sono allegati i verbali di intervento dell'assistenza.

Durante il processo produttivo le risorse tecnologiche entrano in un sistema composto da: operatore e apparecchiature, che sono giornalmente testati attraverso le calibrazioni ed i controlli di qualità.

12. Sicurezza sul lavoro

L'addestramento del personale e la regolare manutenzione degli impianti garantiscono lo svolgimento sicuro di tutte le attività lavorative, nel rispetto dei dettami del Dlg 626/94 e successive modifiche/integrazioni.

Sono regolarmente attribuite le responsabilità nell'ambito del Servizio di Protezione e Prevenzione.

La valutazione dello Stato del Rischio è distribuita a tutto il personale per opportuna conoscenza/valutazioni.

Parimenti, il Piano per l'Emergenza è distribuito a tutti i lavoratori; sono previsti addestramenti ricorrenti sulle pratiche specifiche legate alla gestione dell'emergenza.

La struttura si è dotata del Manuale di valutazione dei rischi che viene periodicamente aggiornato.

Il personale partecipa, almeno 2 volte l'anno, ai corsi di formazione sul contenimento dei rischi, regolarmente verbalizzati.

13. La comunicazione

La Struttura pone particolare attenzione alla comunicazione con la clientela, in un'ottica di reciproco interesse, poiché il cliente informato acquisisce la necessaria consapevolezza ed effettua le scelte migliori per la propria soddisfazione, mentre la Struttura, che apprende dal Cliente le sue necessità e le sue aspettative, adegua conseguentemente l'offerta.

La comunicazione viene garantita attraverso forme diverse, quali il sito web, la posta elettronica, le brochure illustrative e la cartellonistica sempre presente in sede.

La comunicazione si estrinseca con documenti cartacei e/o informatici a disposizione nella sala d'attesa:

- *Nomenclatore Tariffario Regione Lazio*
- *Nomenclatore Tariffario Regime Privatistico*
- *Registro delle prestazioni, tempi di refertazione della diagnostica per immagini*
- *Schede di preparazione all'esame*
- *Guida ai servizi della struttura*
- *Elenco dei referenti*

Il personale addetto alla segreteria è formato all'attenzione e all'accoglienza del cliente.

La Montecervialto Medical Group pone particolare attenzione alla comunicazione perché è il momento in cui il cliente coglie dal servizio la "qualità percepita".

14. La soddisfazione del Cliente

La soddisfazione della clientela viene monitorata attraverso la distribuzione di "Schede di soddisfazione" che i clienti possono compilare anche in maniera anonima.

Dal questionario si ricavano i dati relativi raggruppati per tre principali aree di interfaccia con il Cliente, ovvero:

- *Area accoglienza/Segreteria*
- *Area Professionale*
- *Area Organizzativa*

La misurazione del gradimento da parte del Cliente diventa l'indice della qualità percepita.

15. Reclami

Sono disponibili dei "Moduli di reclamo" per le segnalazioni con carattere di vera e propria contestazione

La Direzione si impegna ad analizzare immediatamente le eventuali contestazioni provenienti da Clienti, indipendentemente dalla loro frequenza e ripetitività.

La Direzione si impegna inoltre a fornire con tempestività riscontro formale al Cliente che abbia inoltrato un reclamo, fornendo le pertinenti considerazioni.

Al Cliente verranno contestualmente fornite, laddove applicabile, le motivazioni che hanno portato al disservizio e le conseguenti azioni correttive adottate per scongiurarne il ripetersi.

16. Controlli di qualità

Vengono effettuati regolari controlli di qualità sia interni che esterni secondo quanto previsto dalla vigente normativa

Records con le registrazioni dei controlli effettuati sono tenuti aggiornati e conservati presso la struttura.

Il controllo di qualità interno (CQI) è necessario all'accettazione della seduta analitica essendo parametro di soddisfacente funzionamento del sistema.

Il Reports del CQI vengono fascicolati e tenuti per un anno.

17. Le verifiche ispettive

Il gruppo Montecervialto Medical Group esegue e documenta delle Verifiche Ispettive Interne programmate al fine di determinare se il Sistema di Gestione per la Qualità:

- *è conforme a quanto pianificato, ai requisiti della norma di riferimento e a quelli stabiliti dalla Azienda;*
- *è stato efficacemente attuato e mantenuto aggiornato.*

Il programma delle Verifiche Ispettive Interne viene definito tenendo conto:

- *dello stato e dell'importanza dei processi e delle aree oggetto di verifica,*
- *dei risultati delle precedenti Verifiche Ispettive Interne.*

La frequenza sarà maggiore per le aree e processi per le quali, nelle precedenti verifiche, sono state evidenziate delle carenze o quelle per le quali si paventano criticità in relazione agli impegni previsti. In aggiunta alle verifiche programmate, si possono eseguire Verifiche Ispettive Interne ogniqualvolta si evidenzino condizioni tali da pregiudicare la qualità e l'affidabilità del prodotto e/o del Sistema di Gestione per la Qualità quali:

- *modifiche della struttura organizzativa,*

- *modifiche significative del ciclo realizzativo del prodotto,*
- *presenza di Non Conformità significative o ripetitive.*

18. Sistema di gestione della qualità

Il sistema di gestione della qualità è formalizzato attraverso il manuale della qualità e tenuto sotto controllo attraverso la modulistica per l'evidenza; affronta diversi temi di cui alcuni sono di seguito riportati:

Sezione 1: si occupa della formulazione dei documenti impostazione, redazione, responsabilità di redazione e revisione; distribuzione, collocazione, ritiro e archiviazione dei documenti obsoleti. Sezione 2: responsabilità della Direzione, requisiti minimi per le mansioni nel Montecervialto Medical Group e tabella delle responsabilità, riesame della Direzione. Obiettivi e piano di miglioramento. Sezione 3: miglioramento, analisi e monitoraggio del sistema gestione qualità. Attività: è prevista la segnalazione di ogni non conformità emersa durante il processo produttivo, durante visita ispettiva interna, da reclamo del cliente e/o da segnalazione nei test di gradimento.

Le Non Conformità vengono gestite e possono generare azioni correttive/preventive e/o piani della qualità. Questi contemplano azioni da intraprendere, responsabilità e tempi di attuazione. Tutta la modulistica di evidenza è rimessa al responsabile della Qualità che la produce al momento del riesame per la Direzione.