

CARTA DEI SERVIZI

STUDIO RADIOLOGICO SPINACETO S.R. L.

P. IVA 01601841008 e C. F 06719560580

VIALE EROI DI CEFALONIA, N. 203

00128 ROMA




Titolare del Documento


STUDIO RADIOLOGICO SPINACETO S.r.l
 Sede Legale ed Operativa Viale Eroi di Cefalonia, n. 203
 Tel. 06/5073480 - Fax. 06/5087243
 E-mail: E-mail: studioradiologicospinaceto@gmail.com
 Sito Web: www.Studioradiologicospinaceto.it
 PEC: studioradiologicospinacetosrl@pec.it

Redatto in collaborazione con il Gruppo Ecosafety



Sistemi di Gestione Aziendale per la Sicurezza sul Lavoro,
 la Qualità e l'Ambiente.

Via di Tor Vergata, N.440/b - 00133 Roma
 Tel. 06.7900551 - 06.94288371 - Fax 06.94792248
 C.F e P.IVA 11316101002
www.gruppoecosafety.it

Rev. Ed	Motivazione	Data
1.2	Rimissione per nuova Edizione	11.04.2022
2.2	Rimissione per cambio R. Legale	30.06.2022
3.2	Aggiornamenti periodici	16.02.2023
4.2	Aggiornamenti	15.05.2024
5.2	Aggiornamenti	20.10.2025
5.2	Integrazioni	04.05.2026

Timbro e Firma del R. Legale

Firma del DT

Il presente documento contiene informazioni e dati dello Studio Radiologico Spinaceto Srl. Pertanto, documento e contenuti non sono divulgabili in nessuna forma senza esplicito consenso da parte del titolare.

PREMESSA	4
SEZIONE PRIMA	5
Presentazione della Struttura e Principi Fondamentali	5
La Struttura	5
l'Organizzazione	6
Principi Fondamentali	7
tranieri	Errore. Il segnalibro non è definito.
Obiettivi della Società	9
Vision , Mission	10
SEZIONE SECONDA	11
Informazioni sulla struttura ed i servizi erogati	11
Tipologia di prestazioni Erogate	12
Modalità di Prenotazione e Liste di Attesa	13
Accettazione	14
Pagamento delle prestazioni	15
Standard di qualità, impegni e programmi	16
Verifica degli impegni ed adeguamento organizzativi	16
SEZIONE QUARTA	17
Meccanismi di tutela e di verifica	17
Reclami	17
Organi di tutela dei pazienti	17

PREMESSA

Gentile utente,

La Carta dei Servizi è lo strumento di Comunicazione tra il Paziente ed il Centro, in quanto ha l'intento di far conoscere le attività ed i servizi messi a disposizione dal Centro e le modalità per accedervi. La Carta dei servizi rappresenta anche l'impegno ad assistere, con competenza, professionalità ed efficienza, coloro che si rivolgono al nostro Centro per offrire un'informativa completa e dettagliata sulle prestazioni erogate.

Il Centro attraverso la Carta dei Servizi vuole rispondere alle raccomandazioni dettate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari", nonché dal Decreto del Commissario ad Acta del 6 ottobre 2014, n. U00311 "Linee guida per l'elaborazione della Carta dei Servizi Sanitari delle Aziende e Strutture Sanitarie della Regione Lazio" con l'intento di fornire al Paziente un valido strumento per ottenere un efficace intervento assistenziale e garantire il rispetto di impegni precisi relativamente alla qualità ed alla quantità dei servizi erogati dal Centro.

L'attenzione alla cura del paziente è prioritaria nel definire le scelte organizzative, tecnologiche e strutturali del Centro, nella convinzione che si possano migliorare ancora tali aspetti grazie alla partecipazione ed alla collaborazione di quanti, leggendo questo documento, vorranno segnalarci difficoltà oggettive percepite.

Questa Carta dei Servizi sarà periodicamente aggiornata anche con i suggerimenti, proposte, modifiche ed integrazioni che Lei e gli altri utenti siete invitati a presentare in qualunque momento.

A tal fine La invitiamo a compilare, in modo anonimo, il questionario sul "Grado di soddisfazione dell'Utente" che Le verrà periodicamente consegnato dagli addetti alla segreteria. Potrà così esprimere il suo giudizio e proporre le Sue osservazioni sui servizi offerti. Ogni Sua indicazione sarà presa in esame per venire incontro, nel modo più completo possibile, alle Sue attese ed esigenze.

Inoltre, per segnalarci disfunzioni o reclami può rivolgersi al personale in servizio identificabile dal cartellino di riconoscimento.

Copia della Carta dei Servizi può essere trasmessa ad associazioni che rappresentano i Cittadini Pazienti che operano nel territorio.

Cordialmente La Direzione

SEZIONE PRIMA**Presentazione della Struttura e Principi Fondamentali**

Lo Studio Radiologico Spinaceto è attivo dal 1984 ed è accreditato con DCA n.° UOO242 del 09/11/2012 dalla Regione Lazio.

La Rappresentante Legale, del "Centro", da ottobre 2025 è la sig.ra Roberta Bizzaglia.

Il Direttore Tecnico è il Dott. Saverio Caruso

La Direzione ha anche adottato un Sistema della Qualità e si impone un rigoroso rispetto di tutta la normativa cogente che interessa le attività del Centro.

La Struttura

La struttura è ubicata in Viale degli Eroi di Cefalonia, n. 203 al piano terra di un edificio sito in Roma nel quartiere mezzocamino/spinaceto. Ospita su una superficie di circa 180 m² servizi igienici adeguati alle attività svolte e la sala di accettazione/attesa è predisposta per un picco massimo di 14 persone. Il numero medio di prestazioni giornaliere è di circa 23 esami al giorno.

Nella struttura le barriere architettoniche esistenti sono state superate, la porta di accesso non presenta ostacoli, e sono presenti servizi per disabili.

Nella sede sono disponibili stanze per la diagnostica e refertazione, una reception con sala di aspetto, un ufficio per la direzione.

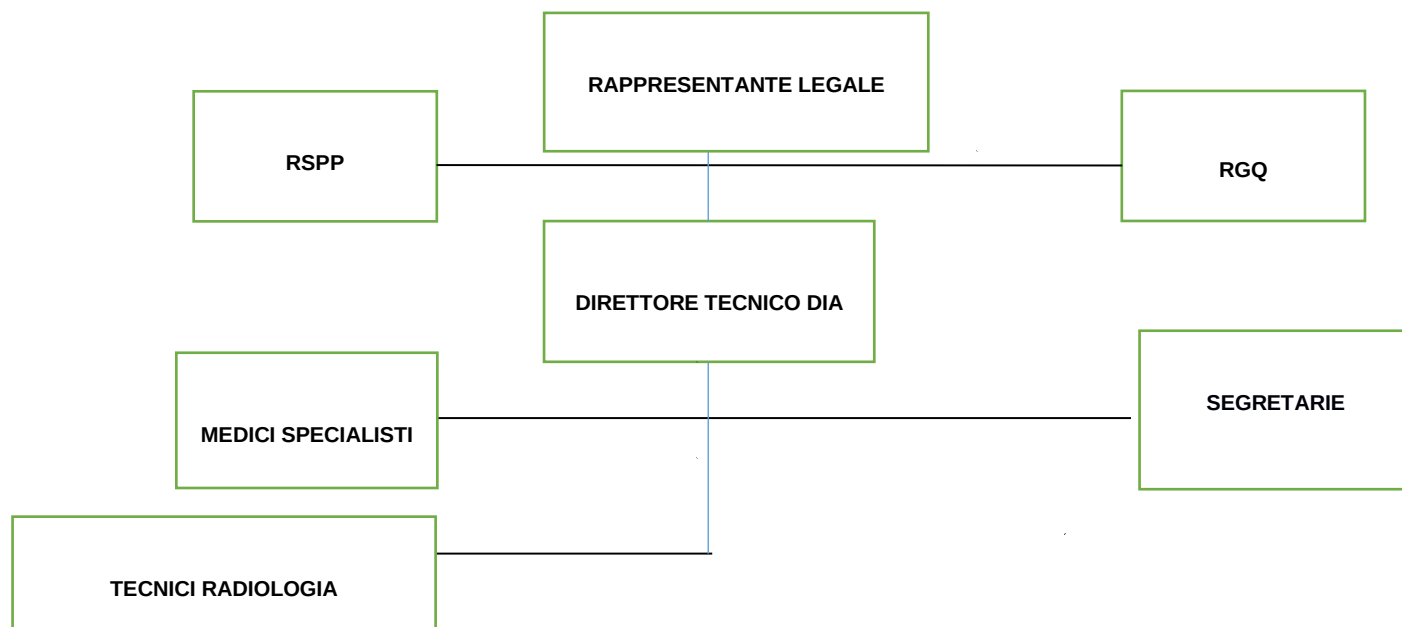
Il Presidio soddisfa inoltre i requisiti strutturali previsti dalle norme vigenti per ciò che riguarda la messa a norma degli impianti elettrici, la piena applicazione della Legge 81/08 e successive modifiche, l'abbattimento delle barriere architettoniche, lo smaltimento dei rifiuti speciali, la pulizia ed il comfort dei locali.

La struttura è dotata di moderne attrezzature per l'erogazione delle prestazioni, persegue una politica di costante miglioramento delle stesse, di adattamento a tutte le più moderne tecnologie nonché al controllo di efficienza e a tutte le revisioni periodiche previste per legge e/o consigliate dalle ditte costruttrici.

Il personale impiegato è addestrato all'utilizzo delle apparecchiature presenti in struttura e partecipa a corsi interni di aggiornamento ogni qualvolta l'acquisizione di nuove apparecchiature tecnologicamente più avanzate lo richieda.

I'Organizzazione

La nostra Organizzazione è così rappresentata¹:



¹Per l'elenco completo del personale in servizio vedere l'allegato 1 a questo documento.

La Rappresentante Legale del Centro vigila sulla gestione dell'attività svolta dal Direttore Tecnico. Suo compito è quello di: effettuare monitoraggi e misurazioni di processo; determinare le strategie e le politiche commerciali, determinare gli obiettivi ed i requisiti delle offerte, stabilire il budget di investimento, supervisionare gli affari generali e finanziari, definire i requisiti del servizio offerto; sovrintendere e gestire l'area Amministrazione/Segreteria. E' inoltre preposto alla gestione rapporti con gli Enti ed alla gestione del **personale dei settori amministrativi e di segreteria**.

Il Direttore Tecnico vigila sulle attività sanitarie della struttura, il controllo dei dipendenti e/o collaboratori del settore sanitario affinché seguano le indicazioni terapeutiche, individua e propone corsi di formazione e nuove tecnologie da inserire nei processi lavorativi; sovrintende alla ricerca di personale tecnico e medico.

Il **personale sanitario, medico e non**, in base al proprio profilo professionale, è responsabile della attuazione delle prestazioni affidategli, questi utilizzano gli stessi protocolli, linee guida e schede tecniche al fine di standardizzare i processi e garantire, oltre ad un trattamento personalizzato anche uno standard qualitativo che rientri nei requisiti del SSN/R, nelle norme cogenti e negli standard di qualità che il Centro persegue.

Principi Fondamentali

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

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

Imparzialità ed obiettività: ogni persona che presta un servizio all'interno del Centro opera con imparzialità, obiettività, giustizia al fine di garantire un'adequata assistenza.

Continuità: l'organizzazione assicura la continuità del servizio mediante la predisposizione di turni di lavoro che garantiscano adeguati livelli di assistenza nell'arco delle ore per cui è in funzione il Centro. Eventuali interruzioni sono espressamente regolate dalla normativa di settore per arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

Diritto di scelta: ogni persona, qualunque sia la propria condizione di salute, ha diritto di vedere riconosciuta e promossa la propria autonomia. Il paziente ha il diritto di scelta della struttura che ritiene possa soddisfare al meglio le proprie esigenze secondo le normative vigenti.

Partecipazione: Il Centro garantisce al paziente una corretta, chiara e completa informazione relativamente alla partecipazione alle prestazioni del servizio; il Paziente può rendersi partecipe del miglioramento continuo del Centro, compilando, ad esempio, il modulo "Valutazione soddisfazione del Cliente", che viene sottoposto ai Pazienti, per poi essere consegnato, compilato, in Accettazione.

Efficacia ed efficienza: sono garantite dall'implementazione del Sistema della Qualità orientato a determinare un rapporto ottimale tra le risorse impiegate, le attività svolte ed i risultati ottenuti.

Informazione: l'assistenza al Paziente viene esplicitata tramite: le informazioni verbali e cartacee trasmesse dal Personale di Accettazione, dal Direttore Tecnico, dai medici e dai tecnici di Radiologia; la consegna di documentazione d'informativa specialistica; il sito Internet ed i cartelli pubblicitari.

Accoglienza: l'Accesso alla struttura è favorito dalla disponibilità del Personale in Accoglienza, sempre presente in struttura, dalla Sala di attesa provvista degli spazi necessari per garantire il rispetto della Privacy e dei bisogni del Paziente.

Tutela: la Tutela dei Diritti del Paziente è garantita dal rispetto delle Procedure, delle Istruzioni Operative e dei Regolamenti definiti nel Sistema della Qualità, nonché dai rispettivi meccanismi di controllo e supervisione messi in atto, ponendo particolare attenzione alla sicurezza del paziente, attraverso la prevenzione del rischio clinico ed alle procedure relative alla Privacy.

Standard di Qualità: La Qualità dei servizi erogati dal Centro è assicurata dalla definizione di standard qualitativi contenuti nella ISO 9001, normativa a cui si conforma l'attività del Centro, nonché dai requisiti stabiliti dal Commissario ad Acta, relativamente all'ottenimento dell'accreditamento al SSN/SSR. La garanzia del rispetto di tali standard scaturisce dagli audit a cui il Centro è sottoposto.

La Direzione del **CENTRO** si è impegnata ad adottare la “**Carta dei Diritti del Paziente Internazionale**” di seguito riportata in sintesi.

Diritto alla vita Ogni persona deve ricevere la tempestiva, necessaria, appropriata assistenza per il soddisfacimento dei bisogni fondamentali per la vita (alimentazione, idratazione, ventilazione, igiene, protezione ambientale, movimento, evacuazione, riposo, sonno, ecc.).

Diritto di cura ed assistenza Ogni persona deve essere curata in scienza e coscienza e nel rispetto delle sue volontà.

Diritto di difesa Ogni persona in condizioni psico-fisiche di svantaggio, deve essere difesa da speculazioni e/o raggiri e danni derivanti dall'ambiente circostante.

Diritto di prevenzione Ad ogni persona devono essere assicurati, quanto possibile, attività, strumenti, presidi sanitari, informazione atti a prevenire peggioramenti e/o danni alla salute e alla sua autonomia.

Diritto di parola e di ascolto Ogni persona deve essere ascoltata e le sue richieste devono venire accolte nel limite del possibile.

Diritto di informazione Ogni persona deve essere informata circa le procedure e le motivazioni che sostengono gli interventi di cui è oggetto.

Diritto di partecipazione Ogni persona deve poter partecipare alle prese di decisione che riguardano se stesso (in base alle proprie capacità cognitive).

Diritto alla critica Ogni persona può esprimere liberamente il suo pensiero e la sua critica inerente le attività e le disposizioni che la riguardano.

Diritto al rispetto e al pudore Ogni persona deve essere chiamata con il proprio nome e cognome e deve essere rispettata la sua riservatezza e il concetto di pudore.

Diritto di pensiero e di religione Ogni persona deve poter esplicitare le sue ideologie filosofiche, sociali e politiche nonché praticare la propria confessione religiosa.

Diritti dei Pazienti

L'organizzazione assicura:

- **Il Diritto All'informazione-Consenso Informato:** Il Paziente ha diritto ad essere informato sull'iter diagnostico da seguire, esprimendo la propria volontà ad essere informato, attraverso la sottoscrizione del modulo "Consenso informato". Il paziente ha diritto all'informazione-Consenso Informato, come da articolo 1 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219, contenente "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", afferma il diritto di ogni persona "di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato ed a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi". La nostra struttura adotta anche le indicazioni della Regione Lazio diffuse con la Determina n°G00642 del 25/01/2022 riguardante "documento di indirizzo al consenso informato". Quindi il Paziente ha diritto ad essere informato sull'iter terapeutico da perseguire, esprimendo la propria volontà ad essere informato, attraverso la sottoscrizione del modulo "Consenso informato, inoltre, il paziente ha il diritto di ricevere tutti i chiarimenti che ritiene opportuni, da parte dei medici competenti e dei tecnici.
- **Il Diritto Alla Riservatezza:** In fase di Accettazione, viene richiesto il consenso al trattamento dei dati sensibili secondo quanto disposto dal RUE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali". E' garantito il segreto professionale relativamente a tutte le informazioni di carattere privato e personale che emergono durante l'erogazione della prestazione. In nessun caso, vengono fornite informazioni telefoniche. I medici sono autorizzati ad informare solo i referenti autorizzati dal Paziente e dotati di Documento d'Identità.

Obiettivi della Società

Gli obiettivi prefissati nel Riesame della Direzione sono perseguiti mediante i servizi di Diagnostica per Immagini (DIA).

Tali obiettivi vengono monitorati attraverso gli strumenti informatici di acquisizione dei dati (programma gestionale "DOC RIS PRO) e grazie alla partecipazione e collaborazione degli utenti e di tutto il personale del Centro.

Vision- Mission**La Visione**

La nostra strategia è fare del Centro un riferimento nel proprio bacino di utenza per l'offerta dei servizi di Diagnostica per Immagini.

La realizzazione di tale strategia si persegue attraverso i punti sotto citati:

- realizzare utile da reinvestire nelle risorse tecnologiche e umane
- raggiungere e mantenere alta la qualità delle prestazioni tecniche
- soddisfare tutte le richieste del cittadino- utente in riferimento alla realtà di Roma, coprendo tutti i tipi di servizi ipotizzabili, attuali e in prospettiva
- eccellere nell'erogazione dei servizi

La Missione

La missione dell'organizzazione trova applicazione nei seguenti standard che perseguiamo per il nostro personale e per i nostri pazienti:

Prestazioni professionali

Un controllo sui processi che assicuri ai nostri pazienti l'appropriatezza del risultato.

Prestazioni di Servizio all'utente

Assicurare gli standard previsti nella Carta dei Servizi e migliorare le prestazioni percepibili dall'utenza in generale.

Risorse Tecnologiche

Rinnovamento della strumentazione per un miglioramento continuo delle prestazioni fisioterapiche.

Risorse Umane

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

Riconoscimento Istituzionale

Mantenere l'autorizzazione e l'accreditamento all'interno del Servizio Sanitario Nazionale

L'Organizzazione sviluppa il proprio impegno nel miglioramento continuo attraverso piani e azioni finalizzate al miglioramento dei servizi, processi e prestazioni attraverso il raggiungimento degli obiettivi misurabili che la struttura si pone ogni anno durante il Riesame della Direzione.

SEZIONE SECONDA

Informazioni sulla struttura ed i servizi erogati

Dove siamo e come raggiungerci

Il **CENTRO** si trova in Viale degli Eroi di Cefalonia, n. 203, a Roma, nel quartiere Mezzocamino/Spinaceto.

Parcheggio: libero antistante la struttura

Apertura al pubblico per esami radiografici: dal lunedì al venerdì 08,30 - 12,30 e 16,00– 19,00

Ritiro Referti: lunedì- mercoledì- venerdì ore 17,00-19,00

Casi Urgenti: in accordo con personale della struttura, può effettuarsi in qualsiasi momento.

Servizio informazioni: Tel. 06/5073480

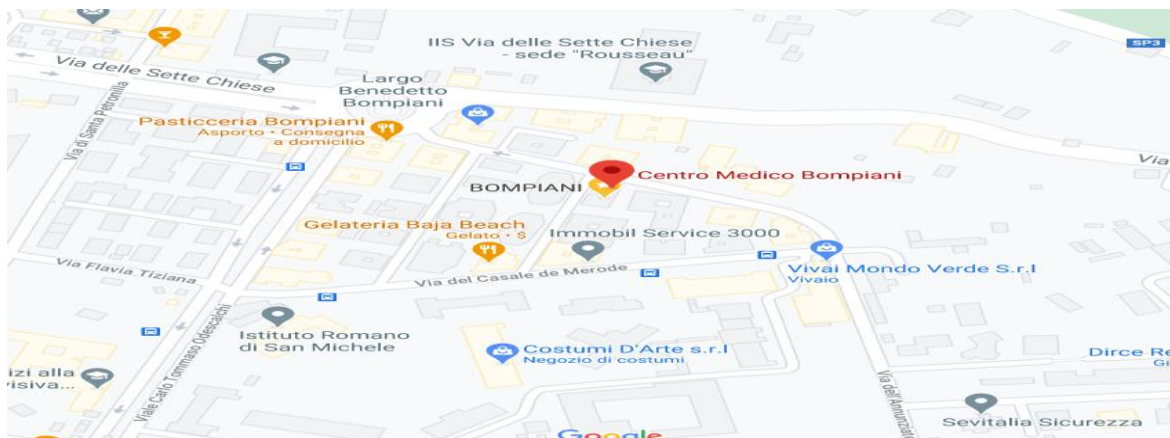
Servizio prenotazioni prestazioni private: Numero Whatsapp business 06.5087243

E-mail: studioradiologicospinaceto@gmail.com

Sito Web: www.studioradiologicospinaceto.it

Pec: studioradiologicospinacetpsrl@pec.it

Cartelli e personale bilingue potranno indirizzare l'utenza straniera all'utilizzo dei nostri servizi.



COME RAGGIUNGERCI

Il **CENTRO** è comodamente raggiungibile con mezzi propri e con mezzi pubblici, con fermate adiacenti al nostro Centro:

Mezzi Pubblici: dalla stazione MB di Eur Fermi prendere bus n.705.

Mezzi privati: per chi proviene da Ostia Via Cristoforo Colombo uscita Mezzocamino o da chi proviene da Roma uscita Pontina/Tor de' Cenci Nord.

Tipologia di prestazioni Erogate

La struttura diretta dal Dott. Saverio Caruso, specialista in Radiologia eroga le seguenti prestazioni diagnostiche in regime di accreditamento e privato (*):

- Mammografia*
- Ecografia*
- MOC
- Radiologia tradizionale
- CONE BEAM apparato Maxillo- facciale/ortodontico*

ed accreditato per le prestazioni di Radiologia, in specifico:

RX TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA DEL CAPO E DEL COLLO
 RX ORTOPANORAMICA
 RX CRANIO, SENI PARANASALI
 RX COLONNA CERVICALE
 RX COLONNA DORSALE
 RX COLONNA LOMBO-SACRALE
 RX COSTE, STERNO E CLAVICOLA
 RX TORACE
 RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE
 RX GASTROINTESTINALE SUPERIORE
 RX ESOFAGO CON CONTRASTO
 RX TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE

RX APPARATO URINARIO
RX DIRETTA ADDOME
RX SPALLA E ARTO SUPERIORE
RX GOMITO E AVAMBRACCIO
RX POLSO E MANO
RX PELVI E ANCA
RX FEMORE, GINOCCHIO, GAMBA
RX PIEDE E CAVIGLIA
RX PIEDI SOTTO CARICO
RX GINOCCHIA SOTTO CARICO
RX COLONNA VERTEBRALE SOTTO CARICO
RX ASSIALE DELLA ROTULA
RX MAMMOGRAFIA
RX TELECRANIO
RX COLONNA VERTEBRALE IN 2 PR STANDARD
RX BACINO SOTTO CARICO
RX ETA' OSSEA
RX STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI
RX SACRO- COCCIGE
RX PROIEZIONI DINAMICHE DELLA COLONNA
RX MORFOMETRIA DELLA COLONNA
RX PROIEZIONI OBLIQUE DELLA COLONNA

* Tariffario a richiesta in accettazione.

Il paziente giunto alla reception può seguire 2 percorsi, se necessita di esame radiologico in accreditamento, esibisce l'impegnativa con la richiesta dello specialista o del medico di base (ricetta rosa o dematerializzata), sarà cura dell'addetto all'accettazione registrare i dati, verificarne l'esattezza e concordare con il paziente l'appuntamento in base alle disponibilità e le esigenze dello stesso, alternativamente per le altre prestazioni private, vengono illustrate quelle disponibili, le date ed i costi relativi, provvedendo in questo caso ad effettuare solo l'appuntamento e post ponendo la fatturazione al momento dell'esecuzione della prestazione richiesta.

Ulteriori informazioni ed opuscoli (anche in lingua inglese) che illustrano i servizi erogati sono disponibili presso l'Accettazione del Centro.

Modalità di Prenotazione e Liste di Attesa

La prenotazione delle prestazioni è sempre necessaria sia per le prestazioni accreditate che private; bisogna recarsi al Centro, presso la segreteria. Le liste di attesa arrivano ad 1 mese per il regime accreditato e massimo 48 ore per il privato; i casi Post operatori, Post traumatici e di Neurologie gravi hanno l'urgenza rispetto agli altri casi.

Documenti Necessari

Per accedere ai servizi ed alle prestazioni erogate dal Centro, è necessario che il Paziente

si presenti in struttura con la seguente documentazione:

- Documento d'Identità in corso di validità;
- Tessera Sanitaria.

Al momento del primo accesso, il paziente, oltre a rilasciare per iscritto il consenso alla Privacy, viene informato anche tramite cartelli affissi, ai sensi del RUE 2016/679, circa il trattamento dei dati sensibili. Il personale amministrativo è comunque a disposizione per qualsiasi informazione inerente le disposizioni legislative sulla privacy.

In base alla tipologia di prestazioni, dovrà presentare:

A. PRESTAZIONI ACCREDITATE

- Prescrizione medica o impegnativa (dematerializzata) validità 6 mesi.

La prescrizione del medico deve contenere le seguenti indicazioni:

- Nome, cognome
- Numero di Tessera sanitaria, con la specificazione di eventuali diritti di esenzione dal pagamento della prestazione.
- Codice Fiscale paziente
- Tipo della prestazione richiesta
- Timbro e firma del medico
- Data
- ICD 9 CM e diagnosi

B. PRESTAZIONI PRIVATE

- Prescrizione su foglio bianco con i dati del medico prescrittore.

Per tutte le prestazioni, il Desk Accettazione fornirà tutte le informazioni necessarie al Paziente, al fine di rispondere al meglio alle sue esigenze (es. preparazioni al trattamento). Siamo nelle agende del RECUP

Flusso Operativo - Presa in Carico del Paziente

Accettazione

Chiamata in ordine di arrivo al desk di accettazione; consegna dei documenti da parte del paziente; verifica degli stessi da parte della segreteria, inserimento dei dati nel Sistema informatico del Centro "DOC RIS PRO", consegna ricevuta dell'accettazione.

Erogazione Prestazione

Chiamata da parte dell'operatore del paziente tramite orario di prenotazione; Preparazione delle apparecchiature; breve anamnesi con visione documenti portati dal paziente, esecuzione dell'esame, controllo dei risultati ottenuti; congedo del paziente.

Medico Specialista

Inserimento dei risultati su sistema informatico; stampa e firma del referto completo da parte del Direttore Tecnico, consegna referti nei tempi indicati nella ricevuta.

Il referto da consegnare al paziente viene stampato dalle segretarie e successivamente disposto in ordine alfabetico in un idoneo raccoglitore chiuso.

Pagamento delle prestazioni

I pagamenti vanno effettuati prima dell'esecuzione delle prestazioni.

I pagamenti possono avvenire tramite: contanti e bancomat/carte di credito

I cittadini non esenti sono tenuti al pagamento secondo le tariffe vigenti, fino alla concorrenza dell'importo previsto dalla normativa in atto.

Il personale amministrativo è a disposizione per ogni chiarimento.

Apertura al pubblico per esami radiografici: dal lunedì al venerdì 08,30 - 12,30 e 16,00– 19,00

Ritiro Referti: lunedì- mercoledì- venerdì ore 17,00-19,00

Casi Urgenti: in accordo con personale della struttura, può effettuarsi in qualsiasi momento.

Consegna della Documentazione Sanitaria

I referti vengono consegnati direttamente all'interessato, dietro presentazione della fattura o della distinta ritiro della quale vengono in possesso al momento dell'accettazione, o a persona delegata, in tal caso la fattura o la distinta di esame dovrà portare in calce l'autorizzazione alla delega opportunamente firmata.

I pazienti vengono invitati a ritirare obbligatoriamente le radiografie entro il termine massimo di giorni 30 (legge 407 del 29/02/90), pena la formale comunicazione alla ASL per referto non ritirato.

La data di ritiro dei referti è specificata al momento dell'accettazione e comunque il termine massimo per la consegna dei referti in base alla complessità delle indagini è variabile dai 2 a 4 giorni lavorativi.

SEZIONE TERZA**Standard di qualità, impegni e programmi****Fattori e standard di qualità**

L'utente che fa esperienza concreta di un particolare servizio e/o prestazione è in grado di percepire la qualità del servizio offerto attraverso alcuni aspetti (fattori di qualità).

La direzione considera per i propri servizi i seguenti fattori di qualità:

1. Orari e modalità di esecuzione della prestazione
2. Informazioni date al paziente dal personale sanitario od amministrativo

La Direzione, inoltre, ha stabilito degli obiettivi da realizzare (Standard di qualità) importanti per l'utenza:

Indicatori di processo	Standard di qualità fissato
Tempo di attesa in prenotazione/accettazione	max 7 giorni/Da 2 a 6 minuti
Questionario di soddisfazione del Cliente	Percezione della Qualità > 90%
Rispetto privacy	0 reclami
Confort struttura e umanizzazione	0 reclami
Chiarezza, correttezza, completezza documentazione sanitaria	0 reclami

Verifica degli impegni ed adeguamento organizzativi

Il **CENTRO** garantisce la verifica di attuazione degli impegni di miglioramento degli standard di qualità attraverso una Riesame Annuale che tiene conto dei risultati conseguiti, sia di quelli non raggiunti, analizzando le cause che non ne hanno permesso il raggiungimento.

Il Riesame, condotto dalla Direzione, con la presenza dei Responsabili di funzione, sarà reso noto al personale. Scopo di questo è verificare l'andamento dell'attività del Centro ed il costante miglioramento della stessa.

Annualmente il Centro si impegna ad effettuare, nell'ambito del Riesame:

- un Piano di Miglioramento aziendale in cui, la R. legale sottolinea i criteri specifici che ispirano gli operatori e definisce gli obiettivi da perseguire, conseguenti alla analisi delle richieste. Il Piano di Miglioramento viene monitorato annualmente.

- L'analisi dei reclami e dei questionari soddisfazione per rilevare la qualità percepita dagli utenti.

SEZIONE QUARTA

Meccanismi di tutela e di verifica

Al fine di rendere effettiva la tutela dell'utente, la Direzione ha individuato le procedure da osservare per l'accoglimento e la definizione dei reclami – in qualunque forma essi siano presentati.

Reclami

Nel garantire la funzione di tutela la Direzione offre all'utente la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbiano negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

I Pazienti hanno la possibilità di esprimere la loro valutazione sui diversi aspetti del Servizio, inserire Osservazioni, effettuare Reclami o proporre Suggerimenti, sulla scheda relativa alla Qualità Percepita e/o sulla scheda reclamo; tali schede sono disponibili presso la sala di attesa.

I reclami sono indirizzati al Responsabile della struttura e/o Responsabile della Qualità (Arianna Bevilacqua) attraverso la segreteria negli orari di apertura del Centro, compilando l'apposito modulo presente in sala di attesa.

In caso di Reclamo scritto si provvederà a rispondere entro 15gg dal ricevimento della richiesta.

Organi di tutela dei pazienti

La Direzione informa i gentili utenti, dell'esistenza di organi di tutela dei pazienti a cui rivolgersi per qualsiasi violazione dei propri diritti si ritenga aver subito presso la nostra o altrui Struttura sanitaria.

Il Tribunale per i diritti del malato (TDM) è un'iniziativa di Cittadinanzattiva, nata nel 1980 per tutelare e promuovere i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali e per contribuire ad una più umana, efficace e razionale organizzazione del servizio sanitario nazionale.

Lazio

Sede: via Ariosto 3 00185 Roma

Tel. 06/86797475

E-mail: cittadinanzattiva.lazio@gmail.com -Sito web: <https://lazio.cittadinanzattiva.it/>

Segnalazioni: <https://segnalazionilazio.cittadinanzattiva.it/>

Allegati: ALL. 1 – Elenco personale in Servizio

Tariffario a richiesta in accettazione.