



# CARTA DEI SERVIZI

Anno 2010





L'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini rappresenta un polo ospedaliero di alta specialità e di emergenza nella Regione Lazio nonché il principale punto di riferimento per i cittadini residenti nei municipi circostanti.

I valori che ispirano l'azione dell'Azienda sono:

- la **tutela della salute** quale bene collettivo ed individuale,
- l'**equità nell' accesso** dei cittadini alle prestazioni sanitarie,
- la **sicurezza** degli utenti e degli operatori,
- l'**appropriatezza** degli interventi nel corso del processo diagnostico-terapeutico,
- il **coinvolgimento dei cittadini** nella valutazione del servizio reso.

L'Azienda opera secondo un modello di programmazione integrata con la Azienda Sanitaria Locale Rm/D per rispondere alle esigenze della popolazione residente in tale territorio, evitando inutili duplicazioni di servizi.

Sul versante dell'alta specialità invece è previsto lo sviluppo di analoga integrazione

con le altre Aziende Ospedaliere presenti a Roma.

Alla Carta dei servizi si affiancano la guida informativa *l'ospedale in tasca* e un *foglio di accoglienza* per ciascuna Unità Operativa. Sul sito aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) sono presenti le suddette pubblicazioni; queste, nel loro insieme, costituiscono lo strumento di informazione sull'organizzazione dell'Azienda, sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso ai servizi, sugli standard di qualità negoziati sia con i cittadini e con le loro Associazioni sia con gli operatori e assunti come impegni dall'Azienda ospedaliera. E' inoltre indicato il modo per presentare ogni eventuale segnalazione all'Azienda.

L'Azienda s'impegna ad aggiornare la Carta dei servizi annualmente dandone ampia diffusione agli organi competenti.

**DR. LUIGI MACCHITELLA**  
**DIRETTORE GENERALE**

## ***Presentazione dell'Azienda***

**DIRETTORE GENERALE**

**Dr. Luigi Macchitella**

**DIRETTORE SANITARIO**

**Dr. Diamante Pacchiarini**

**DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

**Dr. Antonino Giliberto**

## **I DIPARTIMENTI SANITARI DELL'AZIENDA**

- Dipartimento Medicina Interna
- Dipartimento di Medicina Specialistica
- Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica
- Dipartimento Emergenza-Accettazione (DEA)
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Cardioscienze
- Dipartimento Neuroscienze Testa Collo
- Dipartimento Malattie Polmonari
- Dipartimento Servizi
- Dipartimento Interaziendale di Chirurgia dei Trapianti - Centro Silvio Natoli
- Dipartimento interaziendale territoriale di Medicina Trasfusionale (DMT) "Lazio Ovest"
- Dipartimento dell'assistenza Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Ostetrica.

## ***Introduzione***

L'Azienda persegue i propri obiettivi esercitando pienamente, nell'ambito della personalità giuridica di diritto pubblico, l'autonomia imprenditoriale sulla base dell'art. 3, comma 1-bis, del D. Lgs. n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a norma dell'articolo 1 della Legge 30.11.98 n.419".

I principi-guida ai quali l'Azienda ispira l'azione gestionale sono:

1. *nei confronti dei cittadini:*

- la centralità della persona nella consapevolezza che ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale;
- il rispetto della dignità umana,
- la qualità clinico - assistenziale;
- l'educazione alla salute intesa come promozione di stili di vita ispirati alla prevenzione delle malattie senza indulgere al consumismo farmacologico e sanitario;

2. *nei confronti degli operatori:*

- l'etica professionale;
- il coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;

3. *nei confronti della gestione:*

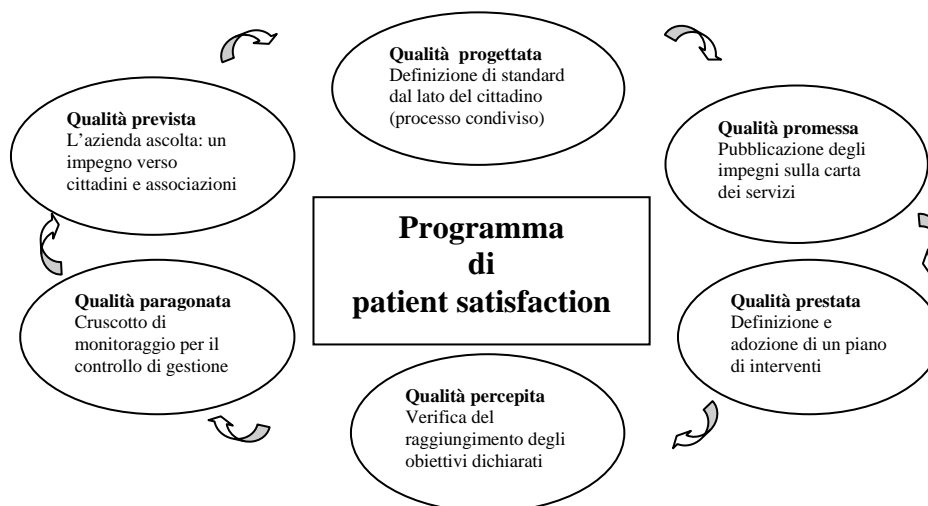
la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Lazio. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la programmazione delle risorse disponibili, secondo criteri di appropriatezza e di costo-efficacia, sulla base di evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

## La Carta dei Servizi: un patto con i cittadini

La Carta dei Servizi è un importante strumento di governo dell'Azienda. Rappresenta un patto con i cittadini che impegna l'Azienda nel definire un percorso condiviso e partecipato della qualità secondo il metodo PDCA (Plan-Do-Check-Act). Tale processo circolare della qualità prevede le seguenti fasi (si veda fig.1): l'"ascolto dei cittadini" per individuare i bisogni e le aspettative che vanno *previste* nel sistema delle cure; la *progettazione* di un set di requisiti di qualità da tradurre in standard; la pubblicazione degli stessi nella Carta dei servizi come *impegni promessi* dall'Azienda; la traduzione degli stessi impegni in azioni attraverso la definizione di piani di intervento per migliorare la *qualità prestata*; la verifica del raggiungimento degli obiettivi dichiarati attraverso un programma aziendale di *qualità percepita*; l'adozione di un "cruscotto" di monitoraggio per misurare il grado di adesione agli standard dichiarati. Esso prevede l'attribuzione di un punteggio indice che consente di sviluppare un'azione interna di *benchmarking* utile al Controllo di Gestione per ridefinire /negoziare gli obiettivi di budget con ciascuna Unità Operativa.

Questo processo circolare di valutazione della qualità percepita, promosso dalla UOC URP, si completa con il ritorno ai cittadini e alle loro Associazioni sia per restituire un feedback dell'operato dell'Azienda, sia per negoziare nuovamente la "*qualità prevista*". Nell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini la Carta dei Servizi del 2008 è stata impostata con questa logica circolare della qualità; l'UOC URP ha curato la realizzazione della Rete della solidarietà con le oltre 30 Associazioni di volontariato presenti che hanno partecipato alla definizione dello start up e alla conclusione dell'intero ciclo. Attraverso un programma di ricerca sociologica, l'UOC URP ha potuto completare l'intero ciclo di valutazione degli impegni dichiarati nella Carta dei servizi 2008 e pubblicare la Carta dei Servizi 2009 con una lista di impegni che saranno valutati nel 2010 con un nuovo ciclo di misurazione della qualità percepita.

**La sistematicità della rilevazione** consente di monitorare l'evoluzione dei bisogni dei cittadini /utenti, di evidenziare la capacità di adattamento dell'azienda e infine, di controllare l'impatto degli interventi correttivi introdotti dalla Direzione aziendale.



## **Presentazione della Carta dei Servizi**

La nostra carta dei servizi è articolata in quattro blocchi tematici:

1. Presentazione dell'Azienda ospedaliera: mission e vision e principi ispiratori
2. Informazioni sulle strutture, i servizi e le attività: si consulti il sito aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it), la guida *l'ospedale in tasca* (edita a stampa e pubblicata sul sito) e il foglio accoglienza
3. Standard generali di qualità
4. Meccanismi di tutela e verifica.

### **1. Presentazione dell'Azienda Ospedaliera: mission e vision e principi ispiratori**

#### **Mission:**

L'Azienda soddisfa i bisogni di salute della popolazione attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema di cure, organizzando direttamente, le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente appropriato la domanda espressa dai cittadini.

L'Azienda nell'ambito delle scelte programmatiche, degli obiettivi e degli indirizzi regionali, può scegliere in piena autonomia, di indirizzare le risorse disponibili sulla **mission aziendale** e di adottare per le attività strumentali e di supporto, anche in via sperimentale, forme di esternalizzazione.

È compito dell'Azienda promuovere e garantire la partecipazione alla propria attività dei singoli cittadini e delle loro associazioni, nel rispetto delle norme vigenti, ricercando il coordinamento con gli altri soggetti del sistema sanità per accentuare l'efficacia degli interventi.

L'azione dell'Azienda si ispira a criteri di appropriatezza, di efficacia, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili. È vincolata al principio della trasparenza ed in tal senso rende visibili e certi gli impegni dell'organizzazione e le relative garanzie mediante l'impiego di strumenti adeguati.

L'Azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuove forme di sperimentazioni gestionali mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico-privato, costituzione di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento convenzionale fra enti diversi e/o Fondazioni Onlus

#### **Vision:**

La vision dell'Azienda consiste nell'essere e voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della appropriatezza e della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione della tecnologia e delle conoscenze.

E' compito dell'Azienda raggiungere elevati livelli di qualità utilizzando al meglio le risorse assegnate, perseguire la soddisfazione dei reali bisogni delle comunità e dei singoli, creare un ambiente che favorisca l'espressione del potenziale professionale ed umano degli operatori.

L'assistenza sanitaria ospedaliera, con le sue articolazioni: emergenza, degenza ordinaria, diurna ed attività ambulatoriale, rappresenta la competenza fondamentale dell'Azienda che deve essere prestata con criteri di integrazione organizzativa e multidisciplinare.

La comprensione e il rispetto delle persone assistite e delle loro famiglie deve rappresentare il principio ispiratore dell'assistenza in ogni momento. La pratica professionale e clinica deve essere guidata dalle più aggiornate tecniche e procedure per le quali si disponga di provata evidenza per assicurare gli standard più elevati.

L'attenzione ai diritti del cittadino comprende la valutazione di tutti i bisogni fisici, psicologici, intellettuali e spirituali. L'assistenza deve essere offerta nel contesto più appropriato.

## **Principi ispiratori:**

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- qualificare l'offerta di azioni di carattere clinico-assistenziale, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;
- potenziare l'offerta clinico-assistenziale, secondo le priorità di salute della popolazione e compatibilmente con le risorse disponibili;
- innovare e differenziare l'offerta clinico-assistenziale, attivando livelli di specializzazione crescenti dello stesso servizio e allargando la gamma delle tipologie di servizio;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico, quale strumento per tradurre nella pratica clinica i temi dell'EBM, dell'appropriatezza e dell'efficacia;
- incrementare l'integrazione delle macro e delle micro-articolazioni organizzative, per affermare la logica e la pratica della continuità clinico-assistenziale, adottando soluzioni organizzativo-gestionali di processo;
- allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e interistituzionali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili, finalizzandole ai bisogni prioritari di salute.

L'Azienda, mediante i propri strumenti di programmazione di breve, di medio e di lungo periodo, si pone come obiettivo la piena valorizzazione dei soggetti esterni che operano all'interno del sistema sanitario secondo la pianificazione regionale e locale, in una logica strategica di integrazione tra i servizi offerti e di miglioramento reciproco.

## **La centralità del cittadino:**

Le linee strategiche della politica sanitaria che l'Azienda persegue hanno possibilità di essere sviluppate e trasformate in realizzazioni concrete solamente se il processo vede in ogni momento del suo evolvere il pieno coinvolgimento del cittadino, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più anche soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento.

Pertanto la centralità del cittadino assume valore strategico assoluto per l'Azienda ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, alla formazione ed alla partecipazione.

La personalizzazione delle prestazioni ha lo scopo di legare l'intervento dei servizi ad uno specifico piano diagnostico-terapeutico che tenga conto non solo delle evidenze scientifiche, dei protocolli e delle linee guida ma anche della realtà sociale e delle specificità individuali del cittadino cui le prestazioni sono rivolte superando per questa via i rischi di autoreferenzialità dei servizi, individuando il terreno concreto su cui realizzare

l'integrazione tra il sociale e il sanitario e acquisendo la capacità di misurare le risorse impiegate per ogni cittadino .

L'informazione, sistematica e tempestiva, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole del gioco.

La partecipazione rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato di risorse disponibili non illimitate.

### **La continuità dei percorsi diagnostico-terapeutici.**

L'Azienda assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità dei percorsi di cura ,nell'ambito del più complesso processo di integrazione con le ASL territoriali a partire dalla RM D in ossequio alle direttive regionali.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, la integrazione massima dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali e finanziarie. I vantaggi che se ne ricavano sono rilevanti innanzitutto per l'assistito perché viene notevolmente migliorata l'accessibilità ai servizi, nell'ambito di percorsi senza soluzione di continuità, nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati.

Altrettanto significativi sono i benefici per la struttura perché si creano le condizioni migliori per integrare le necessarie competenze multidisciplinari ed i diversi profili professionali, oltre che configurare la struttura organizzativa e funzionale più adeguata per permettere l'utilizzo ottimale dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso diversi momenti di integrazione: tra i servizi di guardia medica territoriale e la medicina generale, tra quest'ultima e l'assistenza domiciliare, nei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, nella stessa assistenza ospedaliera.

L'Azienda promuove, d'intesa con la ASL RM/D , lo sviluppo di strumenti operativi in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura sul territorio quali: i day service dell'assistenza specialistica ambulatoriale, i percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta.

### **Il Governo clinico:**

L'Azienda adotta come strategici i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza inteso come "la continua e attiva ricerca, a tutti i livelli dell'azienda, da parte dei professionisti sanitari della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, in quanto possibili sulla base delle risorse disponibili".

Il decreto 229 del 1999 pone l'appropriatezza tra i principi fondanti il SSN e all'art. 1, comma 6 bis recita: " sono esclusi dai livelli assistenziali erogati dal SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- Non soddisfano il principio dell'efficienza e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondano alle indicazioni raccomandate.
- In presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non



garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza”

In generale l'appropriatezza può essere definita come la capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, e cioè capaci di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa individuale, familiare e sociale.

Dal punto di vista dell'assistenza erogata sono appropriate le prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative, ecc.) che sono di efficacia comprovata, che vengono prescritte per le indicazioni cliniche per le quali sono state indicate e i cui benefici sono superiori ai rischi.

Il governo clinico basato sull'appropriatezza permette di coniugare nella pratica professionale la responsabilità di elevati livelli di efficacia delle prestazioni, con la responsabilità di un consumo di risorse appropriato di risorse con la finalità di :

- Orientare i comportamenti professionali all'utenza;
- Focalizzare l'attenzione sulla produzione, ovvero sulle prestazioni erogate;
- Dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità;
- Contenere l'incertezza tecnico-professionale;
- Orientare i comportamenti professionali ad appropriatezza contrastando la variabilità in medicina e nell'assistenza;
- Orientare i professionisti sanitari e le organizzazioni sanitarie alla ricerca e neutralizzazione degli sprechi e degli errori.

Tra gli strumenti del governo clinico, figurano:

l'EBM, il Miglioramento continuo della Qualità, le linee guida, i protocolli, le procedure, i profili di cura o percorsi diagnostico terapeutici, il disease management, l'accreditamento, il technology assesment, i sistemi di indicatori, l'aggiornamento, la revisione tra pari, il risk management.

Il governo clinico presuppone la costituzione di contesti che favoriscano la responsabilizzazione dei singoli professionisti, e delle comunità professionali cui essi appartengono, rispetto all'adozione di comportamenti professionali orientati all'appropriatezza e basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

Il Direttore Sanitario è complessivamente responsabile , a livello aziendale, del governo clinico e della costituzione dell'Azienda quale contesto che ne favorisca lo sviluppo.

Il Direttore medico di presidio ospedaliero, è complessivamente responsabile, a livello d'ospedale del governo clinico e della costituzione del presidio ospedaliero quale contesto che ne favorisca lo sviluppo.

Il dipartimento, le aree funzionali di coordinamento, le UUOO rappresentano i livelli di responsabilità per la diffusione e la concreta applicazione delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico che hanno la comune finalità del contenimento della variabilità e dell'incertezza tecnica in medicina e nell'assistenza.

L'Azienda assume la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione...) il governo clinico, finalizzato alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse gestite dai professionisti sanitari, con gli strumenti sinora adottati nella generalità delle aziende sanitarie e finalizzati al risparmio delle risorse attraverso il miglioramento dell'efficienza e il contenimento dei costi.

Con i **Percorsi all'eccellenza** si vuole favorire una scelta consapevole, da parte dei cittadini-utenti e dei loro medici curanti, dei trattamenti e dei Reparti che li attuano con particolare competenza, fornendo loro informazioni documentate attraverso lo Standard di Servizio (StS) che ne rappresenta la certificazione.

Gli Standard di Servizio, elaborati da Reparti e Ambulatori dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, possono essere visualizzati sul sito aziendale nel Portale del Governo clinico, cliccando sul link Elenco attività o sul link Indice (entrambi i link sono presenti anche nel menu di sinistra).

Per un'introduzione più estesa ai Percorsi all'Eccellenza e agli Standard di Servizio, si consulti sul sito: Presentazione Governo Clinico.

*Fonte Direttore: Dott.ssa Caterina Elisabetta Amoddeo - 9 Settembre 2008*

## **2. Informazioni sulle strutture, i servizi e le attività**

Si consulti il sito aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) e la guida *l'ospedale in tasca* (in formato stampa e pubblicata sul sito)

### **I numeri dell'Azienda alla data del 1.07.'09:**

**56 Unità Operative** di degenza di cui 8 dotate anche di posti letto di terapia intensiva e subintensiva

9 Unità Operative di terapia intensiva e subintensiva

**963 posti letto** ordinari di cui:

- 836 per degenza normale
- 64 di terapia intensiva
- 47 di terapia subintensiva
- 16 di intramoenia
- 20 di riabilitazione motoria

**170 posti letto di day hospital** dei quali 4 di riabilitazione motoria

inoltre nel 1° semestre 2009 sono state effettuate **818.532 prestazioni ambulatoriali**  
*Fonte Bollettino del Servizio informativo Aziendale Direttore: Dr. Bruno Notargiacomo*

Nel 1° semestre 2009 il 90% delle segnalazioni ha ricevuto una risposta esaustiva entro 30 giorni

*Fonte UOC URP*

## CONTATTI UTILI

### *Ufficio*

Centralino	06 58701
Ufficio Informazioni San Camillo	06 58703019
Ufficio Informazioni Forlanini	06 58702494
UOC URP (Unità Operativa Complessa Ufficio Relazioni con il Pubblico)	06 58703011/16
RECUP (Centro Unico Prenotazioni Regionale)	800986868 / 803333
Ufficio Intramoenia	06 58702308

### *Telefono*

### **Archivio Clinico**

Direzione Sanitaria San Camillo	06 58704371
Direzione Sanitaria Forlanini	06 58702510
Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo ed Ostetrico (D.I.T.R.O.)	06 58703142
Posto di Polizia	06 58703222
Segreteria Corso di Laurea in Infermieristica (San Camillo)	06 58702652/6
Segreteria Corso di Laurea in Infermieristica (Forlanini)	06 58702618
Segreteria Corso di Laurea in Fisioterapia	06 58702666
Segreteria Corso di Laurea in Tecniche di laboratorio biomedico	06 58702508
Segreteria Corso di Laurea in Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia	06 58702440
Segreteria Corso di Laurea in Dietistica	06 58702618
Segreteria Scuola di formazione per operatore socio-sanitario	06 58702618
Cappellani	06 58704679 / 4278
Camera Mortuaria San Camillo	06 58704287
Centro Prelievi	0658703575 / 71

## **ACCESSO ALLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

L'attività ambulatoriale comprende le visite, le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio richieste dal medico di base o da altro specialista sul ricettario regionale (foglio rosa).

Al termine di ogni prestazione viene rilasciato all'utente il relativo referto o gli viene comunicata la data nella quale lo potrà ritirare.

Laddove si verificchi, in sede di visita o di altra prestazione, la necessità di ulteriori accertamenti, la loro prescrizione sarà effettuata direttamente sul ricettario regionale.

## **PRENOTAZIONE TELEFONICA - RECUP**

Le prestazioni ambulatoriali si prenotano telefonicamente al RECUP.

**RECUP** (Centro Unico Prenotazione Regionale)

*numero verde* 800986868 - 803333

*Orari:* dal Lunedì al Venerdì dalle 7,30 alle 19,30 ed il sabato dalle 7,30 alle 13,00.

Al momento della telefonata al RECUP sono richiesti: nome e cognome, luogo e data di nascita, ASL di appartenenza, luogo di residenza, recapito e dati contenuti nella richiesta del medico curante. L'operatore RECUP fissa il primo appuntamento utile sul territorio regionale (è comunque possibile richiedere l'appuntamento per una specifica struttura sanitaria) e fornisce un numero di riferimento **da esibire al CUP aziendale per regolarizzare la prenotazione prima di effettuare la prestazione**. Il pagamento del ticket può essere effettuato in contanti o con assegno. Il CUP rilascia il foglio della prenotazione con l'indicazione dell'Unità Operativa dove recarsi.

In caso di impedimento, il cittadino è invitato a disdire la prenotazione con il massimo anticipo possibile.

**CUP** (Centro Unico Prenotazione) **Forlanini**

*Ingresso:* via Folchi n. 15

*Orari:* dal Lunedì al Venerdì dalle 7,30 alle 12,45.

**CUP San Camillo**

*ingresso :* Padiglione Busi (lato circonvallazione Gianicolense)

*Orari:* dal Lunedì al Venerdì dalle 7,30 alle 17,00;

il Sabato dalle 7,30 alle 12,30 limitatamente alle visite/prestazioni erogate in giornata

Per i prelievi ematici e per la consegna di campioni biologici (urine, espettorato, feci, ecc) non è prevista la prenotazione: basta presentarsi al Centro Prelievi, ubicato presso il padiglione Malpighi, nei giorni feriali dalle 7,00 alle 10,30.

Il ticket deve essere pagato prima di accedere alla prestazione.

La ricevuta di pagamento è utilizzabile per la detrazione a fini fiscali.

## **REQUISITI PER L' ESENZIONE DAL TICKET**

- reddito (Leggi n. 537/93 e n. 724/94 );
- patologie croniche o invalidanti (DM 329/99 e DM 296/01)
- malattie rare (DM 279/01)
- invalidità di guerra, servizio, lavoro, civile, (DM 01/02/1991)
- obiettori di coscienza in servizio civile (Legge 230/98)
- gravidanza e maternità (DM 10 settembre 1998)
- rischio HIV, donatori, vittime del terrorismo e della criminalità organizzata,
- prevenzione, diagnosi precoce (campagne di screening), danneggiati da complicanze irreversibili a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni, somministrazione di emoderivati (D. Lgs.vo 124/98)
- accertamenti di idoneità (DPCM 28/11/2003)
- diagnosi precoce tumori (Legge 388/00)
- detenuti e internati (D. Lgs.vo 230/99)

Per non pagare il ticket è necessario esibire la tessera di esenzione che viene rilasciata, sia per patologia che per reddito, dalla ASL di appartenenza.

Per ulteriori informazioni consultare il sito [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

## **ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA**

### **UFFICIO INTRAMOENIA**

*Orari:* dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 13.00 e dalle 14,00 alle 16,00

Tel. 803333 – 06/58702308

### **3. Fattori generali di qualità e standard garantiti dall'Azienda**

L'Azienda si impegna ad assicurare i seguenti requisiti e standard di qualità:

- La garanzia di ricevere un'accoglienza premurosa ed informazioni complete relative all'organizzazione delle attività dell'Unità Operativa;
- L'informazione e l'orientamento ai servizi e alle prestazioni attraverso gli Uffici Informazioni, la guida *l'ospedale in tasca*, il sito aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it);
- L'assicurazione di ottenere dall'èquipe medica, con modalità di comunicazione empatica, informazioni complete e comprensibili in merito alla diagnosi della malattia, alla terapia proposta e alla prognosi nonché alle possibili alternative (anche se eseguibili in altre strutture), i potenziali rischi o disagi legati al trattamento e alle conseguenze di un eventuale rifiuto;
- La garanzia di ricevere assistenza medica e infermieristica di qualità adeguata alla gravità della malattia e di essere assistito nel rispetto della dignità e delle convinzioni etiche, culturali e religiose;
- La garanzia di condizioni di comfort e pulizia dei locali adeguate
- Il rispetto dell'orario dei pasti per i degenti fissati in tre fasce orarie: colazione 7.30 - 8.30 pranzo 12.00 - 13.00 cena 18.00 -19.00;
- La fornitura di pasti caldi, gradevoli, variati e adeguati alle specifiche condizioni di salute dei ricoverati;
- La presenza di appositi cartelli indicanti il divieto di fumare nei locali dedicati al pubblico con l'indicazione del nome dell'operatore responsabile del rispetto del requisito;
- Durante l'esecuzione di una qualunque prestazione ad un minore, la garanzia della presenza di uno dei genitori o di un loro sostituto;
- Il rispetto della riservatezza durante il ricovero;
- La garanzia di mantenere l'anonimato al momento del parto e in caso di interruzione volontaria di gravidanza (L. n. 194/1978);
- La consegna a ciascun degente, a fine ricovero, della lettera di dimissione completa e redatta a stampa e della cartella clinica completa;
- La garanzia di adottare il metodo della qualità percepita per misurare il gradimento delle cure;
- La possibilità di prenotare telefonicamente visite e prestazioni ambulatoriali tramite il RECUP;
- La consegna del referto, redatto a stampa, di una visita o di una prestazione ambulatoriale a conclusione della prestazione stessa. In caso contrario sarà indicato il giorno in cui si potrà ritirare il referto;
- Laddove si verifichi, in sede di visita o prestazione ambulatoriale, la necessità di effettuare eventuali ulteriori visite o accertamenti diagnostici, la loro prescrizione sarà effettuata sul ricettario regionale;
- La garanzia di essere tutelato rispetto alla privacy, con apposita procedura, sulle condizioni di salute, (DLgs n.196 del 2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali), nonché rispetto alla dignità, all'intimità e alla riservatezza durante tutto il ricovero. Le notizie sullo stato di salute e sulle cure sono riservate e sono sotto il vincolo del segreto professionale: il personale garantirà la tutela di tutte le informazioni sanitarie che verranno date solo al diretto interessato o ad altra persona da questi indicata al momento del ricovero;

- Il rispetto di 2 giorni, come tempo massimo per il ritiro degli *esami di laboratorio di routine effettuati ambulatoriamente*; per esami specialistici (virologici, ormonali o di particolare rilevanza) sarà indicato a stampa sulla ricevuta, la data indicativa del ritiro (comunque non superiore a 30 giorni);
- Presenza del Comitato per il buon uso del sangue;
- Presenza di una procedura di monitoraggio e controllo delle infezioni ospedaliere da alert organism;
- Presenza di una procedura di monitoraggio e controllo delle acque per la prevenzione delle infezioni ospedaliere da legionella;
- Presenza di linee guida e/o protocolli per il controllo del dolore;
- Presenza di strutture erogatrici di Cure Palliative per il dolore cronico neoplastico;
- Presenza di un piano di emergenza per il massiccio afflusso di feriti (PEIMAF);
- Presenza di un punto di accettazione per la registrazione della dichiarazione di volontà per il prelievo d'organi;
- Presenza del documento di valutazione dei rischi;
- Presenza del Comitato etico aziendale;
- Presenza del bilancio sociale;
- Possibilità di un intervento religioso su chiamata per non cattolici;
- L'indicazione degli standard generali di qualità e dei meccanismi di tutela attraverso questa Carta dei servizi e degli impegni;
- Presenza dell'UOC URP che assicura, tra l'altro, un sistema di rilevazione della qualità percepita;
- Il diritto di presentare segnalazioni e reclami all'Unità Operativa Complessa URP ed essere informato sull'esito delle indagini interne secondo una procedura descritta nella sottostante sez.4 "Meccanismi di tutela e verifica";
- Tempo di attesa per ricevere una risposta esaustiva all'80% dei reclami: 30 giorni;
- Presenza della Rete della solidarietà, coordinata dalla UOC URP, costituita da oltre 30 Associazioni di volontariato organismo corrente di consultazione nella forma del *Comitato Consultivo*, in particolare per la negoziazione e la verifica degli standard di qualità pubblicati sulla Carta dei Servizi, nonché nella forma della *Commissione Mista Conciliativa* per la gestione partecipata delle controversie in via extragiudiziale con i focus group;
- Presenza di un Servizio di mediazione culturale face to face e di uno telefonico h24 coordinato dalla UOC URP.



#### **4. Meccanismi di tutela e verifica.**

##### *Procedura di gestione delle segnalazioni*

In considerazione dell'importanza di assicurare ai cittadini il diritto alla tutela attraverso un percorso esplicito e trasparente, l'UOC URP dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha adottato una procedura per la gestione delle segnalazioni secondo una prassi consolidata che si esplica nei seguenti passi:

- Ricezione delle segnalazioni (reclami/lamentele, elogi, suggerimenti, richieste di risarcimento, richieste d'aiuto) da parte di un operatore di front line su apposito modulo con l'indicazione dei dati relativi al soggetto che fa la segnalazione, al paziente per conto del quale eventualmente è fatta la segnalazione, all'oggetto della segnalazione. Le osservazioni, le opposizioni, le denunce e i reclami dovranno essere presentati, di norma, entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti.

Compatibilmente con le norme stabilite dal Decreto Legislativo n.196 del 30.06.2003 (codice in materia di protezione dei dati personali), l'UOC URP risponde immediatamente per i casi di più agevole definizione. I reclami presentati che non trovino immediata soluzione, seguono la seguente procedura:

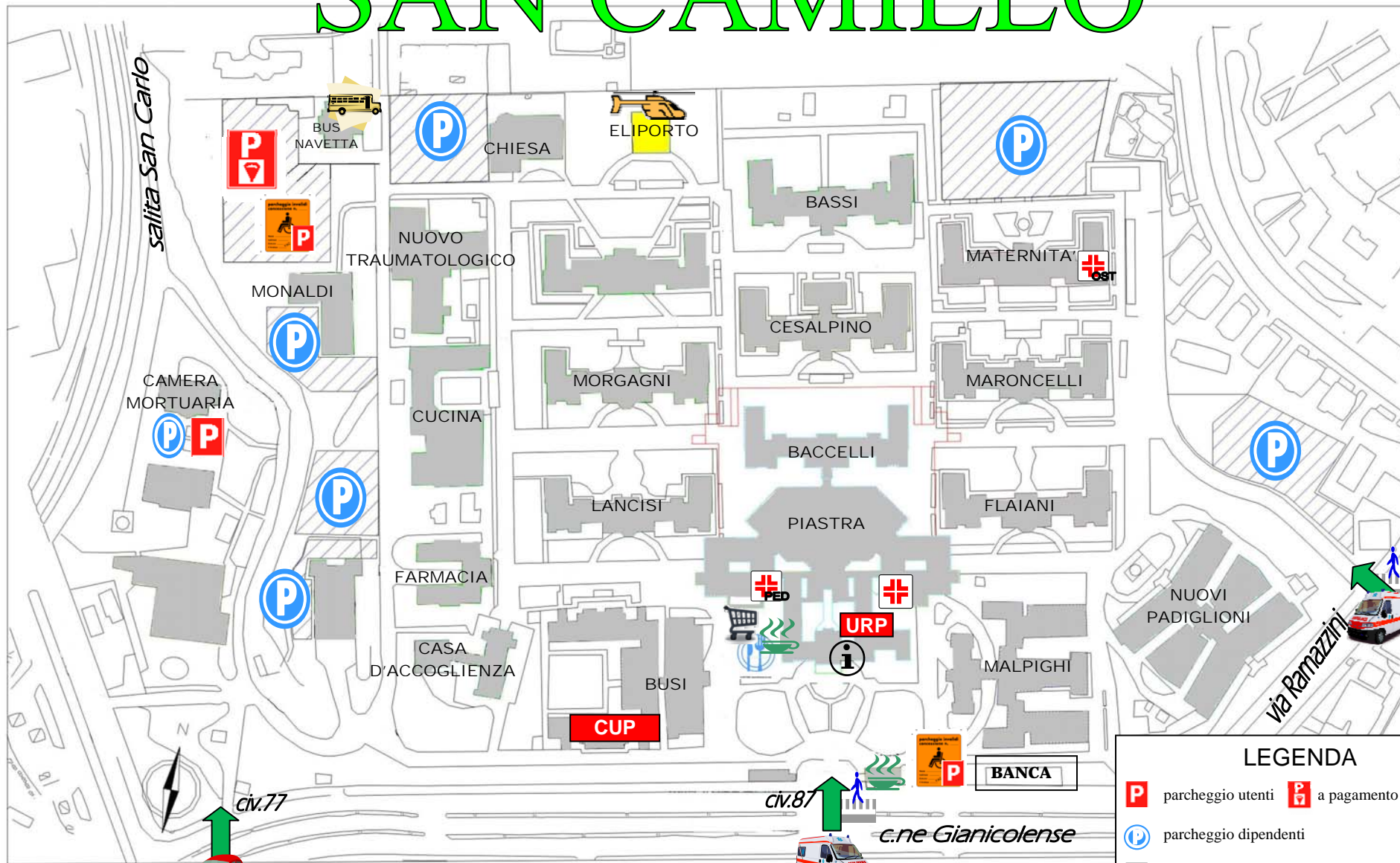
- registrazione sul modulo stesso delle dimensioni e settori di qualità oggetto di segnalazione;
- formalizzazione con protocollo;
- risposta interlocutoria entro 30 giorni dalla presentazione;
- istruttoria preventiva/telefonica per approfondire gli aspetti di non chiara definizione;
- istruttoria scritta (predisposizione di lettera interlocutoria per l'utente, per informarlo dell'avvio dell'istruttoria trasmissione della segnalazione al Direttore e/o al Coordinatore Infermieristico dell'Unità Operativa in cui si è verificata la criticità per richiedere gli elementi e le soluzioni adottate; lettera a doppia firma Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore UOC Relazioni con il Pubblico; eventuale sollecito in caso di mancanza di risposta);
- analisi e approfondimento dei contenuti della criticità;

- valutazione circa l'opportunità di convocare il focus group (F.G.) di 1° livello che coinvolge le Unità Operative, i cittadini e/o le loro associazioni rappresentative (es. Centro dei Diritti del Malato), per affrontare le controversie nei casi in cui sia possibile individuare un' immediata soluzione;
- se opportuno, convocazione del focus group di 1° livello per la soluzione della problematica;
- valutazione circa l'opportunità di convocare il focus group di 2° livello per risolvere in via extragiudiziale una controversia di evidente complessità, passibile di un'azione contro l'Azienda, con costi e conseguenze non sempre prevedibili. In tal caso i criteri di valutazione riguardano la complessità, la gravità o la rilevanza della segnalazione in funzione della dimensione di qualità cui la stessa si riferisce. In particolare se la rimostranza implica responsabilità professionali, è necessaria la valutazione medico legale.
- se opportuno, convocazione del focus group di 2° livello con tutte le parti interessate: cittadini, Unità Operative, strutture trasversali come Direzione Sanitaria, UOSD Medicina Legale (quest'ultima se la problematica riguarda la dimensione di qualità tecnica), Dipartimento Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo, Ostetrico; eventualmente Cittadinanzattiva, Centro dei Diritti del Malato;
- conclusione/risoluzione della segnalazione;
- registrazione dell'intero percorso della segnalazione su supporto informatico;
- archiviazione della documentazione;
- redazione del report periodico;

Gestione delle criticità ricorrenti: nel caso in cui alcune problematiche si ripropongano in più segnalazioni e si ripetano nel tempo si provvederà a evidenziarle come "criticità ricorrenti" e sottoporle all'attenzione della Direzione strategica, insieme alle proposte di miglioramento avanzate dai cittadini.



# SAN CAMILLO



**LEGENDA**

- parcheggio utenti a pagamento
- parcheggio dipendenti
- pronto soccorso
- bar
- tavola calda
- negozi

