



CARTA DEI SERVIZI

Laboratorio Analisi Cliniche Iperione SRL

Convenzionato con il SSN & PRINCIPALI ASSICURAZIONI

VIA Amico Aspertini 109/111

C.A.P. 00133 , Roma

Tel/Fax: 062008889 - 062009260

Email iperionec@gmail.com

<https://www.labiperione.it>



Il presente documento costituisce proprietà esclusiva del Laboratorio Analisi Cliniche Iperione e non può essere riprodotto, parzialmente o integralmente senza l'autorizzazione preventiva della società.

INDICE

LA CARTA DEI SERVIZI.....	3
PRESENTAZIONE.....	3
DOVE SIAMO E COME RAGGIUNGERCI.....	6
LA NOSTRA MISSIONE.....	6
VALORI E PRINCIPI FONDAMENTALI A TUTELA DEL PAZIENTE.....	7
DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI.....	8
SERVIZI	10
MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO.....	11
ORARI E GIORNI DI APERTURA.....	14
PREPARAZIONE AL PRELIEVO.....	14
NUMERI UTILI.....	15
MECCANISMI, FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEL PAZIENTE.....	15
ALLEGATO 1 - NUMERI UTILI.....	28

LA CARTA DEI SERVIZI

La Carta dei Servizi è lo strumento di Comunicazione tra il Paziente ed il Laboratorio, in quanto ha l'intento di far conoscere le attività ed i servizi messi a disposizione dal Laboratorio 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 Laboratorio per offrire un'informativa completa e dettagliata sulle prestazioni erogate.

L'attenzione alla cura del paziente è prioritaria nel definire le scelte organizzative, tecnologiche e strutturali del Laboratorio, 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. Sarà nostro impegno valutare i suggerimenti pervenuti e da questi proseguire nel nostro percorso di miglioramento dei nostri livelli di qualità.

Il Laboratorio, 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" e dal Decreto del Commissario ad Acta del 7 novembre 2017 n° U00469, 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 Laboratorio.

La Direzione ha adottato tale Carta, con il supporto della Direzione Tecnica e della Segreteria, allo scopo di fornire tutte le informazioni relative alle attività svolte dal Laboratorio, al Paziente. La Carta dei Servizi può essere richiesta presso l'Accettazione.

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

PRESENTAZIONE

Il Laboratorio inizia la sua attività nel 1979 in Via Iperione 11, per poi trasferirsi in Via Amico Aspertini 109-111, nel quartiere di Tor Bella Monaca, dove è in grado di garantire assistenza di alta qualità nel settore delle analisi cliniche e delle visite specialistiche.



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

La Società nel perseguire un percorso di qualità ha ottenuto la Certificazione di Qualità ISO¹ 9001 rilasciata dall'Ente Svizzero SQS (Sistemi di Qualità Svizzeri), di valenza internazionale. L'attestato è visibile all'interno della nostra sala di attesa con il relativo riferimento all'ultima Visita Ispettiva Esterna effettuata dall'ente (Gennaio 2022).

Il Laboratorio, inoltre, è accreditato con il SSN della Regione Lazio ASL Roma 2, avendo ottenuto l'autorizzazione sanitaria n° 117 del 1/09/2000 rilasciata dal Comune di Roma, con accreditamento regionale definitivo DCA n° U00105 del 25/06/2012. Inoltre, il Laboratorio aderisce alla rete di aggregazione con il laboratorio Analisi Cliniche Trastevere di cui al DCA n° U00115/2017.

Negli ultimi anni, il Laboratorio è stato modernizzato a livello strutturale, tecnologico ed organizzativo garantendo un miglioramento qualitativo dei Servizi erogati e l'affidabilità della strumentazione clinica.



Peraltro, il 26/01/2015, la Direzione ha approvato ed adottato il Modello Organizzativo di cui al D.lgs. 231/2001, integrando quanto definito già nel Sistema della Qualità ed imponendo il rigoroso rispetto di tutta la normativa cogente che interessa le attività del Laboratorio. Ulteriore garanzia di tale osservanza, è comprovata dall'Ente Certificatore SQS, il quale effettua visite specifiche periodiche (chiamate di Terza Parte) supportate da Verifiche Ispettive esterne (chiamate di Seconda Parte), effettuate, su richiesta della Direzione, da Ispettori certificati, che verificano il livello di qualità, la validità degli standard adottati, gli obiettivi raggiunti ed i miglioramenti realizzati. A queste si aggiungono le Verifiche della ASL di appartenenza: Roma 2.

Il legale rappresentante della struttura è il Com.te Gherardo Cosolo, il Direttore Tecnico è la Dr.ssa Flora Nasta ed i prelevatori sono il dr. Gennaro Cigliano e la dr.ssa Gemma Cosentino.

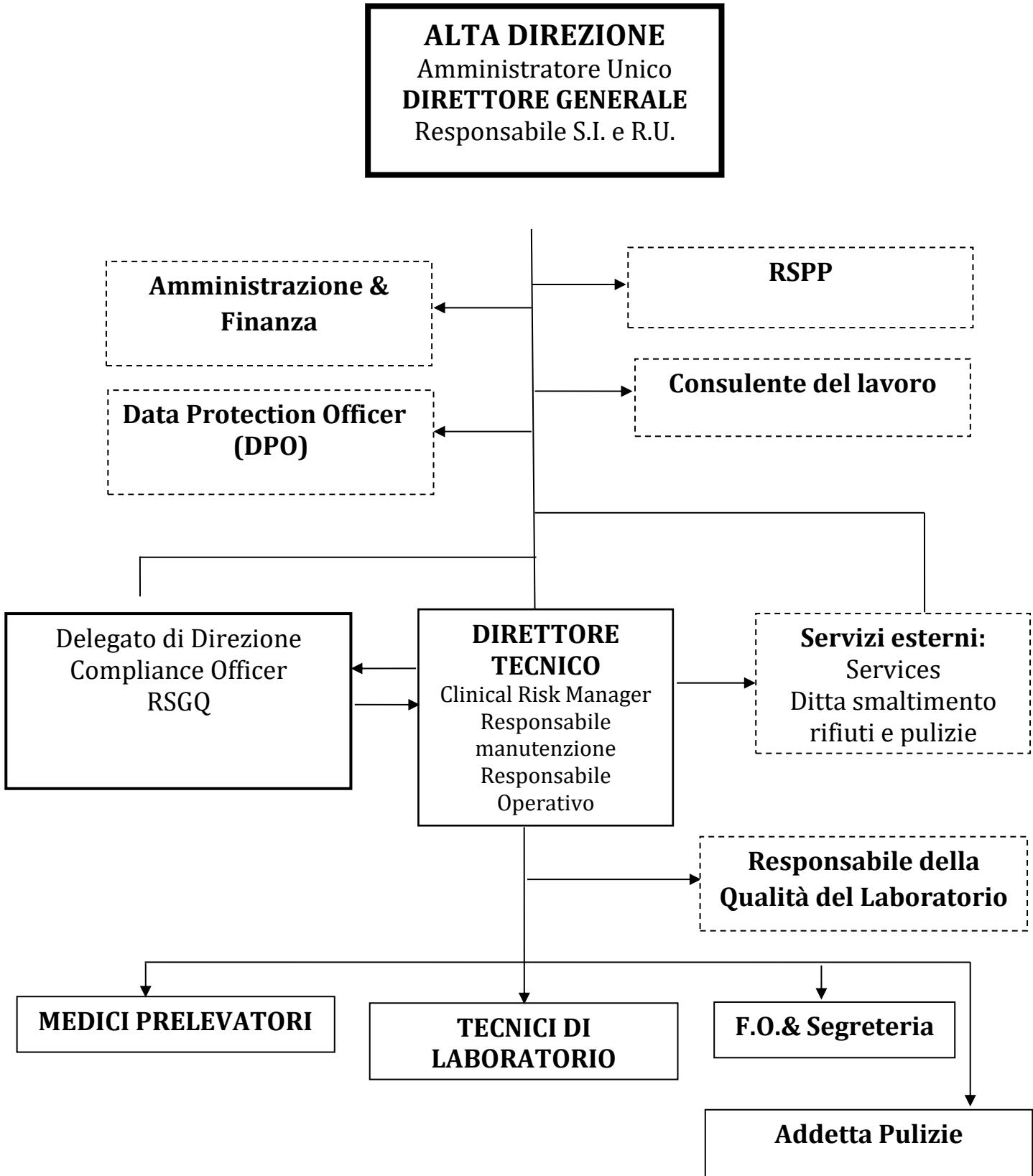
LA STRUTTURA

Il Laboratorio è strutturato su due piani. Il piano terra in cui è presente la sala di attesa, la sala prelievi, la stanza dell'amministrazione, il corridoio di accesso agli studi, di servizi per diversamente abili e di altri servizi igienici; nel seminterrato è presente il Laboratorio.

¹ ISO = International Standard Organization. Sistema normativo internazionale residente in Svizzera.



L'ORGANIGRAMMA



DOVE SIAMO E COME RAGGIUNGERCI

La struttura è ubicata in:

Via Amico Aspertini, 109 – 111 - Tor Bella Monaca 00133, ROMA

In autobus: Linea Bus N°057, N°058 e N°059 fermata Aspertini/Anderloni. Linea Bus N°20 express fermata Anderloni.

Utilizzando l'automobile: Dal G.R.A. uscita 17 "Torre angela/Tor Bella Monaca", prendere direzione sudest su via Tor Bella Monaca e proseguire per c.a. 1,8 Km, quindi prendere lo svincolo Via A. Aspertini, proseguire per c.a. 100 mt, il nostro laboratorio si trova sulla sinistra al civico 109/111. Dalla Casilina prendere viale D. Cambellotti, percorrere c.a. 750 mt, al terzo incrocio svoltare a destra in via M. Buonori, alla prima a sinistra svoltare su via F. Conti, quindi svoltando nuovamente a sinistra al primo incrocio, prendere via A. Aspertini, il nostro laboratorio si trova al numero 111.

LA NOSTRA MISSIONE

La nostra missione consiste nel *"Fornire servizi analitici e diagnostici che, attraverso il Referto di Analisi, siano di supporto alle decisioni finalizzate a migliorare la Salute e la Qualità della Vita dei pazienti"*.

Per realizzare tale missione, la Direzione ha adottato il Sistema della Qualità in cui vengono definiti standard organizzativi, tecnici, gestionali e qualitativi che tendono tutti verso un unico obiettivo: la salute ed il benessere del paziente.

L'attenzione al comfort degli ambienti, accompagnata alla professionalità del personale, nonché all'utilizzo di tecnologie di ultima generazione, sono gli strumenti attraverso i quali il Laboratorio è riconosciuto sul mercato concorrenziale.

Il nostro **credo aziendale** si fonda su 3 parole cardine che ispirano tutta l'attività svolta dalle risorse umane che collaborano con il Laboratorio:

- **CURA**: perché crediamo nella passione e attenzione alla persona e al nostro lavoro;
- **UMANITA'**: perché crediamo alla unicità e diversità della persona e dei suoi bisogni;
- **FIDUCIA**: perché crediamo alla fedeltà e lealtà verso la persona e la sua dignità.

VALORI E PRINCIPI FONDAMENTALI A TUTELA DELL'PAZIENTE

La Carta dei Servizi, essendo uno strumento fondamentale di comunicazione tra il Paziente ed il Laboratorio, deve identificare e descrivere i valori ed i principi che l'Organizzazione persegue, ossia:

EGUAGLIANZA

Tutti i pazienti hanno diritto a ricevere cure mediche appropriate, senza discriminazione di lingua, razza, sesso, religione, idee politiche e condizioni socio economiche. A tal proposito, il Laboratorio ha elaborato il consenso al trattamento dati in lingua inglese ed ha provveduto a reclutare personale di segreteria che conosca almeno la lingua inglese.

IMPARZIALITÀ

I comportamenti degli operatori sanitari verso il paziente sono basati su criteri di obiettività, imparzialità e giustizia garantiti dalle procedure standard ed alla formazione fornita al personale del Laboratorio.

CONTINUITÀ

La Struttura garantisce la continuità delle cure, e, nel caso d'impedimenti o d'interruzione del servizio, mette in atto tutte le misure possibili per ridurre il disagio procurato.

DIRITTO DI SCELTA

Il paziente ha il diritto di scelta della struttura che ritiene possa soddisfare al meglio le proprie esigenze secondo le normative vigenti.

PARTECIPAZIONE

Il Laboratorio 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 Laboratorio, compilando, ad esempio, il modulo "Soddisfazione del Paziente", che viene sottoposto ai Pazienti dal Front Office, per poi essere inserito, una volta compilato, nel box presente in Accettazione.

EFFICIENZA ED EFFICACIA

L'efficienza e l'efficacia delle prestazioni erogate 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 e dal Responsabile della Qualità del Laboratorio; 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

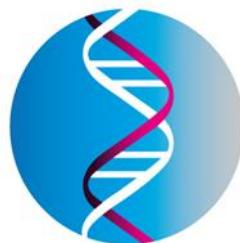
La Qualità dei servizi erogati dal Laboratorio è assicurata dalla definizione di standard qualitativi contenuti nella ISO 9001, normativa ottemperata dal Laboratorio, nonché dai requisiti stabiliti dal Commissario ad Acta, relativamente all'ottenimento dell'accreditamento al SSN/SSR. La garanzia del rispetto di tali standard scaturisce dalle visite ispettive interne ed esterne cui il Laboratorio è sottoposto.

DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI

La Carta dei Servizi vuole essere anche un memorandum relativo ai diritti ed ai doveri dei pazienti. Tra i diritti, l'organizzazione assicura:

- **IL DIRITTO ALL'INFORMAZIONE-CONSENSO INFORMATO.** Il Paziente ha diritto ad essere informato sull'iter clinico da perseguiere, e di ricevere tutti i chiarimenti che ritiene opportuni, da parte del personale predisposto;

- **IL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA.** In fase di Accettazione, viene richiesto il consenso al trattamento dei dati sensibili secondo quanto disposto dal GDPR e dal Dlgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali". E' garantito il segreto professionale



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

relativamente a tutte le informazioni di carattere privato e personale che emergono durante la degenza, la diagnosi e la terapia. 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.

La qualità del Servizio dipende anche dai comportamenti del Paziente nei confronti del Laboratorio. È altresì essenziale che i Pazienti rispettino le comuni norme di comportamento, di igiene e di educazione. In particolare, ogni Paziente ha:

- **IL DOVERE** di collaborare con il personale del Laboratorio;
- **IL DOVERE** di fornire le informazioni richieste in modo corretto e completo;
- **IL DOVERE** di porre tutte le domande necessarie, qualora le informazioni fornite dalla Struttura non risultino chiare;
- **IL DOVERE** di rispettare le regole del Laboratorio, con particolare riguardo agli ambienti, agli attrezzi ed alle apparecchiature che la struttura mette a disposizione;
- **IL DOVERE** di fornire il consenso informato ed il consenso al trattamento dei dati al momento dell'Accettazione;
- **IL DOVERE** di attendere il proprio turno, in sala di attesa, prima della linea gialla di cortesia, mantenendo una distanza adeguata dal Paziente in fase di accettazione, al fine di garantire la sua privacy;
- **IL DOVERE** di rispettare gli orari del Laboratorio;

A tali doveri si aggiungono alcune INFORMAZIONI importanti per i Pazienti:

- tutto il personale di struttura è tenuto ad assistere il paziente, e, conseguentemente, nessun dipendente del Laboratorio e nessun operatore sanitario, può accettare mance o regali; eventuali comportamenti difformi devono essere segnalati al Responsabile Operativo o all'Organismo di Vigilanza.

La carta dei diritti e dei doveri del paziente è disponibile presso il Front Office ed è affissa negli spazi comuni.

Inoltre, il Sistema della Qualità adottato dal Laboratorio, risponde anche ai requisiti indicati nella Carta Europea del Malato/Paziente che sono sintetizzati nei seguenti diritti:



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

- **Accesso;**
- **Informazione;**
- **Consenso;**
- **Libera Scelta;**
- **Privacy e Confidenzialità;**
- **Rispetto Del Tempo Del Paziente;**
- **Rispetto Di Standard Di Qualità;**
- **Sicurezza;**
- **Innovazione;**
- **Trattamento Personalizzato- Urgenze;**
- **Reclamo;**
- **Soddisfazione Del Cliente**

SERVIZI

I servizi che vengono offerti sono:

- Biochimica Clinica
- Ematologia
- Coagulazione
- Dosaggi Ormonali
- Markers Tumorali
- Markers Epatite
- HIV (1+2) ab/p24 ag – IV Generazione
- Batteriologia
- Test di Intolleranze Alimentari

In caso di esigenze particolari che richiedono un'indagine più approfondita o tipologie di analisi non sviluppate al proprio interno, si avvale della collaborazione di consulenti specialistici e/o di Laboratori in Service, quali: Bios San Giovanni S.p.A., Eurofins Genoma Group srl, Analisi Cliniche Luisa Roma. Per quanto riguarda l'elenco degli esami effettuati internamente ed in service, in convenzione o in regime privato, si rimanda al tariffario presente in accettazione.

Inoltre, su prenotazione, vengono effettuati prelievi a domicilio.



MODALITA' DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L'accesso al servizio non prevede prenotazione e non è prevista una lista di attesa

L'utente si può presentare all' accettazione con:

- richiesta su ricettario regionale;
- richiesta sul ricettario del medico;
- senza prescrizione medica (in questo caso sottoporre alla valutazione e assistenza del laureato in servizio). Il paziente viene informato preventivamente dell'eventuale costo della prestazione con tariffa privata o di eventuali altre procedure o sedi dove poter effettuare l'esame.

E' possibile accettare richiesta di esami aggiuntivi sullo stesso campione di siero primario, entro 3 giorni dalla data del prelievo, facendo riferimento al Biologo di turno.

Nella seguente tabella è possibile visionare la partecipazione alla spesa sanitaria da parte dell'utente.

Classificazione Utente	Costo delle prestazioni	Obbligo della ricetta del Medico curante	Pagamento del Ticket
Non esente	Impegnativa di costo inferiore a € 36,15 (tariffario del SSN)	Sì	Applicazione del tariffario del SSN fino a € 36,15
Non esente	Impegnativa di costo superiore a € 36,15 (tariffario del SSN)	Sì	La quota eccedente a € 36,15 è posta a carico del SSN
Esenzione parziale	Qualsiasi importo riferito al codice di esenzione	Sì	Il Paziente non paga le prestazioni richieste, escluse le analisi non erogate dal SSN
Esenzione totale	Qualsiasi importo riferito al codice di esenzione	Sì	Come sopra

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

Classificazione Utente	Costo delle prestazioni	Obbligo della ricetta del Medico curante	Pagamento del Ticket
Esenzione in gravidanza	Qualsiasi importo riferito al codice di esenzione	Sì	Come sopra

Si precisa che sono esenti:

- I Cittadini di età inferiore ai 6 anni o superiore ai 65 anni con reddito familiare inferiore a 36.151,98 euro (ex art. 8, comma 16 della L.537/1993 e succ. modifiche e integrazioni).
- I Cittadini attualmente disoccupati - e loro familiari a carico - con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico.
- Titolari di assegno (ex pensione) sociale - e loro familiari a carico - (art. 8 comma 16 della L. 537/1993 e succ. modifiche e integrazioni)
- Titolari di pensione al minimo, con più di 60 anni - e loro familiari a carico - -con reddito familiare inferiore a 8.263,31 euro incrementato a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516 euro per ogni figlio a carico.

Con il DCA (Decreto Commissario ad Acta della Regione Lazio) n. U00158/2014 sono stati introdotti nuovi codici di esenzione che riguardano:

- A) i minori di 18 anni collocati fuori dalle famiglie di origine a seguito di provvedimento dell'Autorità Giudiziaria;
- B) Cittadini di stati non appartenenti all'Unione Europea, richiedenti protezione internazionale, in possesso di permesso di soggiorno o cedolino o modulo CE nominativo, rilasciato dalla Questura;
- C) Cittadini comunitari non iscritti né scrivibili al SSR privi di copertura sanitaria, in possesso del tesserino ENI, aventi meno di 6 o più di 65 anni;
- D) Cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in possesso di tesserino STP con meno di 6 o più di 65 anni.

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

Presso l'accettazione è possibile consultare il VADEMECUM.

La richiesta su ricettario regionale deve essere correttamente compilata secondo le norme vigenti:

- Cognome e Nome, indirizzo di residenza, codice fiscale, eventuale codice esenzione, sigla asl di appartenenza e data.

Le impegnative hanno la validità di 6 mesi dalla data del rilascio e non possono contenere più di 8 esami per richiesta. Se la prescrizione contiene non conformità che ne precludono l'accettabilità, previa autorizzazione della direzione o del laureato in servizio, il paziente può in casi urgenti essere accettato in deroga con l'invito a farsi riformulare in maniera corretta la prescrizione dal proprio medico e a riportare la stessa nella data di erogazione del servizio.

L'ufficio accettazione per tutto l'orario di servizio è disponibile telefonicamente per fornire informazioni. In caso di richiesta di informazioni relative al prezzo ed alle tempistiche, la segreteria richiede al paziente di poter visionare la prescrizione al fine di poter fornire informazioni puntuali e dettagliate. Altresì i pagamenti possono essere effettuati sia di mattina che di pomeriggio tramite contanti, bancomat, carta di credito o assegno.

Pazienti in condizioni psicofisiche di fragilità (in gravidanza, disabili, soggetti anziani e accompagnati, minori ecc.) vengono gestiti con precedenza e con particolare attenzione nelle fasi di erogazione del servizio.

I referti, per gli esami di routine, vengono consegnati entro il giorno successivo al prelievo.

Gli esami che non possono essere refertati entro il giorno successivo al prelievo sono: esami culturali, esami di immunometria ed esami inviati al service (di cui al Vademecum disponibile in accettazione).

Per gli esami urgenti, quali: emocromo e tempi di coagulazione (entro le 13 del giorno stesso) e, su richiesta, gli esami di chimica clinica che vengono referti e consegnati in giornata.

Nel caso di esami alterati che raggiungano valori di allarme, il Direttore Tecnico, o suo delegato, provvedono ad avvertire il paziente o il medico curante.



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

DOCUMENTI NECESSARI

Per accedere ai servizi ed alle prestazioni erogate dal Laboratorio, è necessario che il Paziente si presenti in struttura con la seguente documentazione:

- Documento d'Identità;
- Tessera Sanitaria.

ORARI E GIORNI DI APERTURA DEL LABORATORIO

Il Laboratorio è operativo **tutti i giorni**, con il seguente orario:



APERTURA LABORATORIO:

LUN - VEN: 07.00 - 19.00

SABATO: 07.00 - 13.00

DOMENICA: 08.00 - 09.30

PRELIEVI E CONSEGNA CAMPIONI:

LUN - SAB: 07.00 - 10.30

DOMENICA: 08.00 - 09.30

RITIRO REFERTI:

LUN - VEN: 11.00 - 19.00

SABATO: 11.00 - 13.00

PREPARAZIONE AL PRELIEVO

E' consigliabile che il paziente osservi un **digiuno di almeno 12 ore**, prima di sottoporsi ad accertamenti clinici, evitando, per quanto è possibile, una cena abbondante e/o ricca di grassi. Si può bere acqua.

Consegna di campioni biologici: la raccolta deve avvenire in **contenitori sterili** idonei al campionamento:

- Urine;
- Urinocoltura;

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

- Urina 24 ore;
- Feci;
- Liquido seminale.

Le modalità di raccolta dei campioni sono illustrate nella **guida rapida**, sul sito internet della struttura o possono essere richieste in segreteria.

COLLEGAMENTO CON ALTRE STRUTTURE DEL TERRITORIO

La Società è collegata con altre strutture del territorio al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria:

- Delta RX- <https://www.deltarx.it>
- C.AME.S - <https://www.fisioterapiacames.it/>
- Associazione disabili "Noi e gli altri"- <http://www.associazionehandicapnoieglialtri.it/>
- Nuova SAIR- <https://www.nuovasair.it>

NUMERI UTILI

Le organizzazioni di volontariato, qualora abbiano bisogno dei servizi della nostra struttura per i loro assistiti si possono rivolgere al bisogno direttamente al Direttore Tecnico.

In caso di necessità, valutata di volta in volta dal DT, viene assicurato l'intervento dei servizi sociali di cui sono a disposizione i numeri telefonici. Inoltre, allegata alla Carta dei Servizi (allegato 1), vengono indicati anche i numeri di consultori, di organi di tutela dei pazienti, assistenza domiciliare, servizio tossicodipendenza, ecc.

MECCANISMI, FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEL PAZIENTE

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 e possono essere richieste in Accettazione.

In caso di Reclamo, i Pazienti possono compilare la rispettiva scheda, richiedere un colloquio con il DT e/o inviare una nota scritta cui si provvederà a rispondere entro 15gg dal ricevimento della richiesta.



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

ACCOGLENZA ED UMANIZZAZIONE

La Direzione ha definito e formalizzato specifici requisiti riguardanti il confort delle aree dedicate al personale e delle aree di attesa per i pazienti e gli accompagnatori, tenendo conto delle differenti esigenze degli utenti relative all'età, al genere e a particolari condizioni di salute e fragilità fisica e psicologica, tenendo conto delle specificità religiose, etniche e linguistiche, nel rispetto della dignità degli utenti.

In merito al comfort degli utenti il Laboratorio ha inserito quadri in sala d'attesa, installato l'impianto di musica condivisa, inserito uno schermo TV in sala d'attesa e nella sala prelievi.

In merito all'umanizzazione rivolta ai collaboratori del Laboratorio, è stata creata un'area relax.

Per il rispetto dei requisiti di riservatezza è stato inserito il vetro volto a canalizzare l'acustica, la linea di distanza ed il cartello privacy; il personale di segreteria prende in considerazione la segnalazione di utenti fragili. In particolare, consente alle donne in stato di gravidanza, ai disabili e agli esenti in particolare stato di disagio di poter usufruire del servizio con una priorità dedicata, come indicato nel cartello affisso in sala d'attesa.

Ogni paziente può rivolgersi al personale preposto negli orari indicati per presentare richieste di informazioni, reclami o suggerimenti relativi ai servizi erogati dal Laboratorio.

Il personale è preparato per svolgere le funzioni di accoglienza, informazione e favorire la tutela e la partecipazione del paziente nel suo percorso all'interno della struttura.

I suoi compiti specifici sono:

- accogliere, informare e illustrare le attività della struttura e il suo funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi, elevandone la conoscenza;
- promuovere conoscenze su temi di rilevante interesse;
- favorire processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli strumenti organizzativi, nonché la conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi;
- promuovere l'immagine della amministrazione, conferendo conoscenza e visibilità ai Servizi;
- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso e di partecipazione di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni;
- rendere agevole l'utilizzazione dei servizi, delle disposizioni normative e amministrative della struttura, attraverso l'ausilio di materiale cartaceo o con l'utilizzo dei mezzi informatici;



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

- promuovere l'adozione di sistemi di interconnessione telematica e coordinamento con altri servizi, utili alla risoluzione di problematiche esterne ed interne;
- attuare mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- Recepire reclami e situazioni di disservizio.

È pertanto il luogo di incontro, anche virtuale, della struttura con l'utente che ha necessità o è interessato a conoscere i servizi erogati dal laboratorio, informarsi, segnalare o semplicemente voler dialogare. L'attività è legata soprattutto alla particolare attenzione agli aspetti di "umanizzazione" e dignità del paziente ed in particolare del bambino malato, del disabile e dei suoi familiari.

Le iniziative orientate a migliorare l'accoglienza e l'accessibilità dell'utente consistono nel mettere a disposizione in accettazione dei seguenti documenti:

- Carta dei servizi;
- Guida ai servizi tradotta in inglese;
- Carta dei diritti del malato;
- Politica della Qualità;
- Organigramma.



STANDARD DI QUALITÀ E VERIFICA DEI RISULTATI

Il Laboratorio si impegna ad adottare e mantenere i seguenti standard di qualità del servizio erogato, verificandone l'attuazione e sottponendoli a riesame periodico.

La verifica degli impegni assunti è garantita dal monitoraggio sistematico dei dati, dall'elaborazione dei questionari e delle segnalazioni/reclami (Customer Satisfaction), dalla

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

gestione delle Non Conformità e dalla conduzione di Audit interni, previsti dal Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ).

L'obiettivo principale del Laboratorio è quello di fornire Referti Affidabili con una elevata garanzia di qualità dei dati analitici a tale scopo i Sistemi Informatici svolgono un ruolo essenziale in quanto consentono di ridurre notevolmente errori d'inserimento ed errori di omissione si citano due esempi importanti:

1. l'inserimento dei dati storici del Paziente nel foglio di lavoro
2. l'inserimento automatico dei dati di analisi/paziente nel data base del sistema.

Ciò è possibile in quanto la strumentazione di analisi è in sete con il SW di gestione; programmi consentono l'invio e l'inserimento automatico dei dati di analisi nel DB del S.I. con una drastica riduzione di errori d'inserimento/omissione aumentando l'affidabilità del Referto.

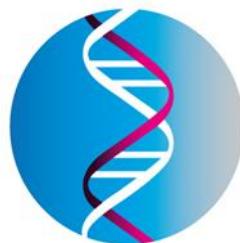
L'Organizzazione sviluppa anche le seguenti attività che contribuiscono ad aumentare l'Affidabilità dei dati e del referto:

_ **Circuito di Interlaboratorio Ufficiale (VEQ)** (sono analisi effettuati con Società esterne che consentono di verificare, attraverso campioni forniti da dette Società, la qualità del Sistema di Analisi adottato dal Laboratorio e di confrontarlo con altri Laboratori che partecipano alla stessa verifica); tali verifiche avvengono con periodicità ed i risultati sono disponibili dopo circa 3 mesi dalla sua esecuzione.

_ **Circuito d'Interlaboratorio Interno (CQI)**; il Laboratorio ha selezionato nel tempo sia le Società in Service che altri Laboratori Certificati Iso che hanno dimostrato di avere un Sistema Qualità affidabile ed ha definito una procedura interna che consente, su richiesta del Direttore Tecnico o del Responsabile del Sistema della Qualità del Laboratorio, di effettuare delle verifiche in doppio in tempo reale inviando/ricevendo Campioni/Aliquote che consentono di verificare l'affidabilità delle attività analitiche e non del Laboratorio. Tale procedura consente verifiche affidabili ed immediate e, in caso di Non Conformità interventi rapidi e precisi.

_ **Verifiche (Audit) di Seconda Parte**, sono quei controlli che il Laboratorio effettua almeno 1 volta all'anno (di norma 2 volte all'anno) sul Sistema Qualità adottando verificando tramite una check-list tutti i punti relativi alla normativa vigente relativa alla Qualità; i risultati di tale verifica sono discussi con la Direzione e con tutto il Personale. Tale verifica rappresenta uno strumento di miglioramento continuo per l'Organizzazione.

_ **Verifiche di Terza Parte**, sono le Ispezioni che l'**Ente Certificatore** (nel nostro caso è la Società Svizzera SQS riconosciuta dal Sincert e appartenente al Qnet internazionale) effettua annualmente per convalidare la certificazione ISO 9001; esso effettua le sue verifiche in



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

considerazione dell'affidabilità dimostrata dal Laboratorio nel tempo ed in base ai risultati di Audit di seconda Parte.

_ **Qualità percepita da Parte dei Clienti/Pazienti**, è il risultato delle valutazioni che i Clienti/Pazienti e Medici effettuano sul nostro Laboratorio; esso contiene oltre alle valutazioni una serie di informazioni/osservazioni/suggerimenti/reclami che consentono al Laboratorio di migliorare i propri servizi e Prestazioni. Tale strumento viene periodicamente aggiornato/modificato in modo da fornire reale rappresentatività della "Voce" dei Pazienti.

_ **Presenza in sede del DT o di un suo sostituto**, il Direttore Tecnico esamina in tempo reale le Non Conformità che possono avere una rilevanza sul dato analitico ed i Reclami dei Clienti/Pazienti;

_ **Audit Clinico**, annualmente, il DT ed RSQL, verificano i dati relativi ai Controlli di Laboratorio e le Non Conformità. Tali elaborazioni consentono alla Direzione di avere degli Indicatori Quantitativi che permettono di verificare, nel corso dell'anno, l'andamento del Laboratorio sia sotto l'aspetto qualitativo sia gestionale sia economico al fine di poter fornire sempre un servizio con Rapporti Qualità/Costi superiori alla media e di ricavare anche gli Standard di Qualità Interni e di migliorarli. Esempi di Standard di Qualità sono:

- _ Rispetto TAT e miglioramento
- _ Non Conformità
- _ Analisi ripetute
- _ Risultati Interlaboratorio Ufficiale
- _ Risultati Interlaboratorio Interno
- _ Tempi di attesa
- _ Qualità Percepita.

_ **Riesame della Direzione**, viene effettuato almeno una volta all'anno, di norma, dopo ogni Audit di Seconda e Terza Parte. Esso interessa tutte le componenti dell'Organizzazione ed è finalizzata a verificare tutti i Fattori che influenzano gli Obiettivi Annuali e la "Missione" Aziendale. Rappresenta il momento più importante per l'Azienda in quanto esamina in modo critico e costruttivo il proprio operato in relazione ai risultati raggiunti ed al contesto. In tale occasione la Direzione pone le basi strategiche ed operative per pianificare il nuovo anno.

Di seguito le Tabelle relativa agli Standard di Qualità considerati dall'Organizzazione.



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

TUTELA E ASCOLTO DELL'UTENTE

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Risposta al reclamo	N. gg di attesa dalla presentazione del reclamo alla risposta	Entro 15 gg	Elaborazione annuale Da parte del RGQ e Direzione	0 reclami
Indagini di soddisfazione	Su campione di 100 domande analizzate nel 2021	> al 90 %	Elaborazione annuale da parte del RGQ e Direzione	Il 99 % dei pazienti risulta soddisfatto del Laboratorio

ACCOGLIENZA, ORIENTAMENTO E UMANIZZAZIONE

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Brochure informativa: Guida ai servizi	Presenza di una guida ai servizi informativa visionabile dai pazienti	Disponibile in accettazione	Customer Satisfaction SGQ	Nessun Reclamo
Organigramma	Presenza dell'organigramma visionabile dall'utente	Nella bacheca dell'accettazione	Customer Satisfaction SGQ	Organigramma affisso in bacheca



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Identificazione operatori	Tutto il personale del laboratorio è munito di cartellino identificativo	Cartellino di riconoscimento	Customer Satisfaction SGQ	Gli operatori hanno tutti il cartellino identificativo

COMPLETEZZA, CHIAREZZA E TRASPARENZA DELLE INFORMAZIONI

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Accettazione e prenotazione e pratiche amministrative	Tempi di attesa per accettazione e pratiche amministrative	Tempi < di 10' almeno per il 90% delle accettazioni	Customer Satisfaction SGQ	Nessun Reclamo

CONTROLLO DEI PROCESSI E MIGLIORAMENTO CONTINUO

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Controllo dei processi e miglioramento continuo	Esito positivo audit interno	Esito positivo audit interno	Audit interni e Riesame della Direzione	Esiti positivi



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

GESTIONE RISORSE UMANE

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Formazione del personale - competenza	N° di corsi effettuati in un anno/n° corsi programmati	> 90% corsi effettuati	Elaborazioni prodotte da RGQ sulla base delle informazioni reperite dagli attestati e dai verbali di partecipazione	5/6 Esito raggiunto

EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Fattore di qualità	Indicatore misurato e caratteristica del servizio	Standard di qualità	Strumenti di verifica	Risultati anno 2023
Efficienza manutenzione	N° giorni di fermo macchina dovuti a manutenzione straordinaria per guasti	max 3 ferimi ad apparecchiatura in un anno	Modulistica registrazione e rapporti di intervento manutenzione	3 ferimi macchina in un anno
Gestione acquisti – precisione	N° di ordini errati/incompleti	< di 5 NC	NC	0

Altri strumenti a tutela del Paziente sono gli standard di qualità e gli **impegni definiti dalla Direzione del Laboratorio** secondo la seguente tabella:

PIANO ANNUALE DELLA QUALITÀ 2023



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

SCOPO ORGANIZZATIVO	OBIETTIVI DI ATTIVITA'	OBIETTIVI DI QUALITA'	MACROFATTORE	INDICATORI	VALORI TRAGUA RDO	ESITO RISULTATI
1. Eccellenza nella qualità del dato	1. Ottimizzare le procedure di passaggio del campione dal F.O. al Laboratorio	Migliorare la qualità del dato	Clinico Normativo	NC relative al N° Campioni Non Conformi riscontrati in fase PREanalitica/Tot. Campioni [indicatore 42]	< o= a 4	4/19.593 Esito raggiunto
	2. Riduzione NC in fase analitica	Migliorare la qualità del dato in fase analitica	Clinico Normativo	NC riscontrate in fase analitica [Indicatore n° 47]	< 3	1 Esito raggiunto
	3. Riduzione discrepanza nei parametri condivisi nelle VEQ	Migliorare la qualità del dato (controlli Esterni di qualità - VEQ)	Clinico Culturale	Parametri fuori scala/ Tot. Analisi [Indicatore n°43]	< 5%	11/275=0.04 % Esito raggiunto
	4. Controllare la seduta giornaliera	Migliorare la qualità del dato (controlli Interni di qualità CQI)	Clinico Culturale	N° di controlli che superano la prima deviazione standard /Tot Controlli [Indicatore n° 45]	limite10 volte di seguito	0. Esito raggiunto
	5. Sviluppare il servizio riducendo i reclami ed i disservizi	Migliorare il processo di servizio al paziente	Competitivo Normativo Sociale Di mercato	N° di Reclami/ Disservizi su accessibilità ai servizi e processi di comunicazione/ Tot. Pazienti [Indicatore 10]	< di 4	2 reclami verbali/19.59 3 pazienti. Esito raggiunto



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

2.Qualità organizzativa che possa sostenere l'eccellenza della qualità del dato	6.Migliorare le procedure organizzative di servizio al paziente	Migliorare la credibilità dell'organizzazione	Competitivo Di mercato Culturale Sociale	Rispetto Tempi di Rilascio Risposte Previste da Carta dei Servizi/sito web (NC tempi refertazione/Tot . Pazienti) [Indicatore 12]	< di 4	Si sono verificati 2 ritardi di consegna su 19.593 pazienti. Esito raggiunto
	7. Ridurre le NC relative alle attività di F.O.	Migliorare il servizio	Competitivo Di mercato Culturale Sociale Normativo	N° NC relative alla fase di accettazione registrate anno precedente rispetto alle n° NC relative alla fase di accettazione registrate anno in corso [Indicatore 23]	< di 5	Sono state registrate 7 N.C. Esito non raggiunto
	8. Limitare i fermi macchina	Migliorare il processo produttivo, migliorando l'approvvigionamento e l'automazione	Tecnologico Di mercato Economico Competitivo	Massimo 3 fermi macchina ad apparecchiatura in 1 anno [Indicatore 24]	< o = di 3	3. Esito raggiunto
	9. Migliorare l'organizzazione interna	Ottimizzare il livello di conoscenza e soddisfazione dei collaboratori interni	Culturale Sociale Normativo Economico	N° questionari di Valutazione clima interno aziendale con esito negativo/Totale questionari raccolti [Indicatore n° 32]	< 2% sul tot. Dei questionari raccolti	0/189. Esito raggiunto



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

3. Performance e Sostenibilità economica	10. Limitare il rischio Radon/legione nella	Migliorare la messa in sicurezza dell'ambiente	Normativo Culturale	N° campioni ammessi positivi/ Tot. Campionamenti effettuati [Indicatore n° 15]	= 0	2/2 negativi legionella Dosimetri Radon (4) installati Esito raggiunto
	11. Limitare il rischio di contaminazione ambientale	Migliorare la messa in sicurezza dell'ambiente	Normativo Culturale	N° tamponi positivi/ Tot. Tamponi effettuati [Indicatore n° 14]	< 0,5	0/11 Esito raggiunto
	12. Ridurre i rischi connessi alla compliance	Migliorare i processi organizzativi interni relativi alla compliance	Normativo Culturale	N° azioni correttive effettuate nell'anno in corso/evidenze emerse negli audit esterni [Indicatore n° 21]	= 1	3/3 Esito raggiunto
	13. Aumento degli esami erogati	Corrispondere il fabbisogno assistenziale dei Pazienti	Competitivo Di mercato Economico Sociale	N° esami erogati anno precedente /N° esami erogati anno in corso [Indicatore n° 2]	> di 5.000	190.009/197.485 Esito raggiunto
	14. Qualificare i processi della fase pre-analitica, analitica e post analitica	Migliorare la soddisfazione del paziente	Sociale Di mercato Competitivo	Totale questionari soddisfazione clienti con valutazione positiva/ Totale questionari somministrati [Indicatore n° 11]	> del 90%	99/100. Esito raggiunto



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

	15. Ottimizzare il processo di formazione	Migliorare la prestazione individuale e di squadra	Culturale Organizzativo Sociale Competitivo Economico	N° corsi effettuati/ N° corsi programmati nel piano di formazione [Indicatore n° 30]	90% dei corsi effettuati su quelli programmati	5/6 Esito raggiunto
	16. Sviluppare le competenze del personale e connetterle alle strategie di sviluppo aziendale	Migliorare la qualità della performance	Culturale Competitivo Di mercato Economico (Innovazione)	ECM effettuati durante l'anno [Indicatore 48]	50 ECM annuali	Esito raggiunto
	17. Rafforzare il concetto di ambivalenza del privato	Migliorare la sostenibilità creando margini	Economico Competitività Di mercato Sociale	Fatturato anno precedente/Fatturato anno in corso [Indicatore n° 1]	>del 5%	Esito raggiunto
	4. Eccellenza nella comunicazione interna ed esterna Comunicazione	18. Sviluppare la comunicazione esterna	Migliorare il processo comunicativo esterno	Sociale Culturale Competitivo Economico	N° di pazienti inviati dai medici dell'anno precedente rispetto all'anno in corso [Indicatore n° 46]	> di 1000 18.330 /19.545 Esito raggiunto



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

	19. Migliorare la comunicazione interna	Migliorare il processo comunicativo interno	Sociale Culturale Organizzativo Economico	N° di Comunicazioni Inefficaci/Disattese Tot. Comunicazioni (Circolari) [Indicatore n°37]	1	0 Esito raggiunto
--	--	---	--	--	---	---------------------------------

ALLEGATO 1- NUMERI UTILI

SERVIZI SOCIALI

I servizi Sociali del Municipio 06
 recapito telefonico 0620630711
 Via Natale Balbiani SNC

CONSULTORI DI ZONA

Consultorio Familiare
Viale Duilio Cambellotti 7
ASL Roma 2 Consultorio Familiare
Via delle Canapiglie ,88
Telefono 0641436121

UFFICIO INVALIDI CIVILI

Associazione Nazionale Mutilati Invalidi Civili
Via Salemi 113
Telefono 062054733

NUMERI UTILI PER L'ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

Alcolisti Anonimi Tel: 800632000
Amnesty International Tel: 064990210
Anlaids Sezione Laziale Tel: 064746031
Drogatel Tel: 800016600
Pronto Intervento Sociale Tel: 06.77.20.02.00
Telefono Amico Tossicodipendenti Tel: 06.88.40.884
Telefono Azzurro Tel: 19696
Telefono Rosa Tel: 0637518261-62-82
Voce Amica [Tel: 06.44.64.904](tel:06.44.64.904)

CAD - Assistenza Domiciliare – Via Giacomo Bresadola 56. Telefono 0641434837

SERD – Via Casilina 1368, Roma. Telefono 0641436181

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

CENTRO SALUTE MENTALE

Via degli EUCALIPTI ,20

Telefono 0641436241

CASA DELLA SALUTE

Via della Tenuta di TORRENOVA,138

Tel. 06.41434768

NUMERI DI TELEFONO DEI VARI OSPEDALI CHE EFFETTUANO PRONTO SOCCORSO

POLICLINICO TOR VERGATA Tel: 06.20.90.00.76

POLICLINICO CASILINO Tel: 06.23.18.81

POLICLINICO UMBERTO I Tel: 06.49.971

SAN CAMILLO FORLANINI (Circonv. Gianicolense) Tel: 06.58.701

SAN CAMILLO FORLANINI PEDIATRICO (Circonv. Gianicolense) Tel: 06.58.70.30.19

SANT'EUGENIO C.T.O. (Eur) Tel: 06.51.001

SAN FILIPPO NERI (Trionfale) Tel: 06.33.061

SAN GIOVANNI (Via Amba Aradam) Tel: 06.77.051

SANTO SPIRITO (Vaticano) Tel: 06.60.10.32.41

SAN PIETRO FATEBENEFRATELLI (Via Cassia) Tel: 06.33.581

AURELIA HOSPITAL (Aurelio) Tel: 06.66.49.21

BAMBINO GESU' (Gianicolo) Tel: 06.68.591

ISOLA TIBERINA – GEMELLI ISOLA (Isola Tiberina) Tel: 06.68.371

GEMELLI (Pineta Sacchetti) Tel: 06.30.151

GEMELLI PEDIATRICO (Pineta Sacchetti) Tel: 06.30.15.40.34

GRASSI (Lido di Ostia) Tel: 06.56.481

GUARDIA MEDICA ROMA Tel: 06.58.52.68.11 / 06.58201030

NUMERI DI TELEFONO CITTADINANZA ATTIVA

Cittadinanzattiva onlus Via Imera 2 – 00183 Roma

Tel: 06.3671.81 - Fax 06.3671.8333

Informazioni generiche (il seguente indirizzo è stato predisposto per tutti coloro che vogliono saperne di più su Cittadinanzattiva, sulle sue attività e sulle sedi presenti sul territorio):

mail@cittadinanzattiva.it

Pec: cittadinanzattiva@pec.it

TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO - REGIONE LAZIO

• **SEZIONE DI ROMA:**

- **c/o Ospedale San Camillo**

Circonvallazione Gianicolense, 87

00152 Roma

Tel. 06 58704579

Resp. Gigliola De Santis

Martedì, Mercoledì, Giovedì 10.00 - 13.00

- **c/o Laboratorio Oftalmico**

Piazzale degli Eroi, 11

00136 Roma

Tel. 06 68352622, 06 39738607

Resp. Iolanda Quinti

Giovedì 10.30 - 12.30

- **c/o Ospedale Sandro Pertini**

Via dei Monti Tiburtini, 385

00157 Roma

Tel. 06 41433372

Resp. Silvana Ferrari

Mercoledì, Venerdì 9.30 - 12.00

- **c/o Ospedale San Filippo Neri - I piano**

Via Martinotti, 20

00135 Roma

Tel. 06 33062422

Giovedì 10.00 - 12.00

- **c/o Ospedale Forlanini - Atrio I**

Via Portuense, 332

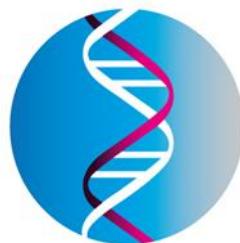
00149 Roma

Tel. 06 55181, 06 55182415

Martedì, Giovedì 10.30 - 12.30

- **c/o Policlinico Umberto I**

Viale del Policlinico



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

00161 Roma

Tel. 06 49970286

Coord. Giorgio Chinigò

Lunedì, Martedì, Giovedì 10.00 - 12.00

- c/o Sant'Eugenio

Piazzale dell'Umanesimo, 10

00144 Roma

Tel. 06 5912802, 065912802

Resp. Gina Silvestri

Martedì, Giovedì 10.00 - 12.00

- c/o San Giovanni

Via Amba Aradam, 2

00184 Roma

Tel. 06 77055237, 06 77055921, 06 77055280, 06 70474579

Resp. Fulvio Paglia

Lunedì, Venerdì 16.00 - 18.00

Martedì, Giovedì 10.00 - 12.00

- c/o Ospedale Santo Spirito

Lungotevere in Sassia, 1

00193 Roma

Tel. 06 6875264, 06 6875264

Martedì, Giovedì 9,30-12

- c/o Poliambulatorio Mirti

Piazza dei Mirti, 45

00171 Roma

Tel. 06 41601880

Resp. Romano Balducci

Lunedì, Mercoledì, Venerdì 10.00 - 12.00

- Poliambulatorio Boccea

Via Cossombrato, 34

00166 Roma

Tel. 06 68354553, 06 61565142

E-mail andreibott@tiscalinet.it

Sede Comitato di quartiere: via Morsasco, 9



I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

Tel./Fax 06 61565142

Mercoledì 10.00 - 12.00

- Villa San Pietro

Via Cassia, 600

00189 Roma

Tel. 06 3312354

Resp. Luciano Montebello

Martedì 10.00 - 12.00

Mercoledì, Venerdì 15-17

- c/o Poliambulatorio Bresadola

Via G. Bresadola, 56

00171 Roma

Tel. 06 41434811, 06 21800930

Martedì, Giovedì, Venerdì 16.00 - 18.00

- c/o Villa Betania

00100 Roma

Tel. 06 39900210

Mercoledì 10.00 - 12.00

- c/o Ospedale Spallanzani

Via Portuense, 292

00149 Roma

Tel. 06 58704579 (S.Camillo)

Resp. Gigliola De Santis

Martedì, Giovedì 10.00 - 13.00

Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata

Viale Oxford 81 – 00133 Roma

Tel. 06.20900076

(Cittadinanzattiva)

ASSOCIAZIONI CONSUMATORI

Di seguito riportiamo i link delle principali associazioni di consumatori italiane. Forniscono assistenza, difesa dei diritti, tutela e informazioni ai consumatori e agli utenti:

ADICONSUM: www.adiconsumlazio.it

Via Baldo degli Ubaldi, 378 – 00167 Roma

I.O. 03.01_CARTA DEI SERVIZI

Tel. 06/3967-4548-4229 Fax 06.39380448

mail: consulenza@adiconsumlazio.it

CODACONS: www.codacons.it

Viale Mazzini, 73 - 00195 Roma

Numero unico 892007

CITTADINANZA ATTIVA LAZIO: www.cittadinanzattiva.it

Via Domenico Silveri, 10 - 00165 Roma

Tel. 06/6373281 - Cell. 345/6173435 Fax 06/6385881

Martedì e Giovedì dalle 10:00 alle 13:00

Mail: pitroma.ca@gmail.com

CONFCONSUMATORI: www.confconsumatori.it

Via Spalato 11 – 00198 Roma

Tel.: 06.86326449

Dal lunedì al venerdì ore h 10.00 – 13.00 / 14.30 – 19.30

Confconsumatori.roma@gmail.com

ALTROCONSUMO: www.altroconsumo.it

Tel.: 026961500

Dal lunedì al venerdì 09.00 – 13.00 / 14.00 – 17.00

ALTRI NUMERI DI TELEFONO

Numero Unico di emergenza

Tel. 112

Croce Rossa Italiana

Tel. 06 5510 / 06 47591

Laboratorio Antiveleni

Policlinico Umberto I di Roma 06 49978000

Policlinico Gemelli 06 3054343

Servizio informazioni disabilità

Numero verde 800 810810

Regione Lazio - URP Regione Lazio

Numero verde 800 012283

Via R. Raimondi Garibaldi 7 - 00145 ROMA

Apertura al pubblico: lunedì-venerdì 8.30-13.00 / 14.30-17.00

e-mail: urp@regione.lazio.it

Tel. 800 01 22 83 (24 h / tutti i giorni)

Fax 06 51683840

ReCup - Numero verde 80 3333 (link)

Comune di Roma - URP Comune di Roma

Chiamaroma 060606

Protezione Civile – Comune di Roma

Tel. 06.6710920

Polizia Municipale – Comune di Roma

Tel. 06.67691

Provincia di Roma - URP Provincia di Roma

Via IV Novembre, 102/C

Apertura al pubblico: lunedì-martedì-giovedì-venerdì 8.30-13.30/ 14.30-17.00

e-mail: info@provincia.roma.it

Tel. 06 67667324

06 67667325

06 67667326 Fax 06 67667328