CARTA DEI SERVIZI

APULIA GENETICS S.R.L.

Via Brindisi, s.n.c. Mesagne (BR) 72023

Tel: 800 894100

email: info@apuliagenetics.com | www.apuliadiagnostic.com

Ed. 0 – Rev.1 del 22.12.2021

INDICE

1. PRESENTAZIONE E PRINCIPI FONDAMENTALI 4

1.1. INTRODUZIONE 4
1.2. COS'E' LA CARTA DEI SERVIZI 5
1.3. FONTI NORMATIVE 5
1.4. I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA CARTA DEI SERVIZI 6
1.5. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA 7
1.6. POLITICA DELLA QUALITA' 7

2. INFORMAZIONE E SERVIZI OFFERTI 10

2.1. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI 10
2.2. IL PERSONALE 11
2.3. ORGANIGRAMMA 12
2.4. COME SI RAGGIUNGE 13
2.5. STRUTTURA 13
2.6. ORARI AL PUBBLICO 14
2.7. MODALITA' DI PRENOTAZIONE E ACCESSO AI SERVIZI 14
2.7.1. PRENOTAZIONI DELLE PRESTAZIONI IN REGIME PRIVATO E IN CONVENZIONE 15
2.7.1.1. ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA – (IN CASO DI CONVENZIONE CON IL SSR) 16
2.7.1.2. PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI URGENTI 16
2.7.1.3. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA – IN CASO DI CONVENZIONE CON IL SSR17
2.7.2. FASE DI ACCETTAZIONE 18
2.7.3. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI 18
2.7.4. MODALITÀ DI RITIRO DEI REFERTI 18
2.7.5. PAGAMENTO PER LE PRESTAZIONI EROGATE 19
2.7.6. RELAZIONI CON IL PUBBLICO 19
2.7.6.1. CARTELLE CLINICHE E CERTIFICATI 19
2.7.6.2. SUPPORTO AMMINISTRATIVO 20
2.7.6.3. PARTECIPAZIONE E IL COINVOLGIMENTO DEGLI UTENTI AI PROCESSI DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 20
2.7.7. INFORMAZIONI UTILI PER PAZIENTE E VISITATORI 20

3. STANDARD DI QUALITA' IMPEGNI E PROGRAMMI 24

3.1. DEFINIZIONE DEGLI STANDARD 24
3.2. STANDARD GENERALI E SPECIFICI SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI E STRUMENTI DI VERIFICA 25
3.3. IMPEGNI PROGRAMMATICI SULLA QUALITÀ DEL SERVIZIO 26

4. MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA 27

4.1. MODALITÀ DI PRESENTAZION DEI RECLAMI 27
4.2. VERIFICA DEGLI IMPEGNI ED ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO 27
4.2.1. RELAZIONE SULLO STATO DEGLI STANDARD 27
4.2.2. INDAGINE SUL GRADIMENTO DEGLI UTENTI 28
4.2.3. PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ 28

5. DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI 29

6. ALLEGATO I – ELENCO ESAMI 30

7. ALLEGATO II - TARIFFARIO 34

8. ALLEGATO III - ISTRUZIONI DI PREPARAZIONE AGLI ESAMI 36

9. ALLEGATO IV - ISTRUZIONE PER IL CORRETTO TRASPORTO DEL CAMPIONE 38

1. PRESENTAZIONE E PRINCIPI FONDAMENTALI

1.1. INTRODUZIONE

Questa Carta dei servizi sanitari è, innanzi tutto, una presentazione della nostra Organizzazione, con le sue caratteristiche, le sue attività, i servizi e le prestazioni che è in grado di fornire, la sua ispirazione ideale. Ma è una presentazione che non vuole essere fine a se stessa, ma porsi come un momento di accoglienza e di reciproca conoscenza con tutti coloro che si rivolgono alla nostra struttura, fiduciosi di trovarvi un aiuto nelle difficoltà da cui sono afflitti.

Chi viene allo APULIA GENETICS S.R.L. deve superare ogni sensazione di estraneità, di soggezione di fronte ad un ambiente sconosciuto e sentirsi subito circondato da uno spirito di affettuosa ospitalità e calore umano. Potrà così ottenere le prestazioni più appropriate ed adeguate alla sua situazione, sentirsi partecipe di quanto viene fatto nei suoi confronti, avere migliore consapevolezza dei propri diritti. Potrà anche contribuire, attraverso le sue segnalazioni e, quando occorra, i suoi giusti reclami, a colmare le deficienze che inevitabilmente si verificheranno e mettere in condizione il nostro Centro di fornire un servizio sempre più qualificato e rispondente alle esigenze di ciascuno.

La Direzione

1.2. COS'E' LA CARTA DEI SERVIZI

- un adempimento fondato su una serie di norme e quindi obbligatorio;
- uno dei requisiti per l'ottenimento dell'autorizzazione sanitaria;
- uno strumento soft di approccio alla qualità, nel quale è proposta una particolare procedura per l'individuazione di dimensioni, fattori, indicatori e standard di qualità;
- uno strumento dinamico, soggetto a continue verifiche ed integrazioni;
- uno strumento disponibile nella struttura contenente le informazioni sui percorsi da effettuare da parte dell'utente per usufruire delle prestazioni erogate.

Non si tratta tuttavia di una tutela intesa come mero riconoscimento formale delle garanzie del cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati.
La carta dei servizi assegna, dunque, un ruolo forte sia agli enti erogatori dei servizi, sia ai cittadini nell'orientare l'attività dei servizi verso il loro compito: fornire un servizio di buona qualità ai cittadini-utenti.
La Carta prevede inoltre le modalità attraverso le quali gli stessi cittadini possono facilmente accedere alle procedure di reclamo circa la violazione dei principi sanciti dai medesimi.

1.3. FONTI NORMATIVE

Le norme di riferimento fondamentali per la "carta dei servizi" sono:

- **la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994,** recante -"*Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"*- che vengono in tale contesto definiti come - *volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati,* primo tra tutti quello alla salute, anche quando tali servizi siano "svolti in regime di concessione o mediante convenzione";
- il **DPCM 19 maggio 1995,** concernente lo - *Schema generale di riferimento della carta dei servizi pubblici sanitari"-;* provvedimento in cui viene ribadito che a tale adempimento devono ottemperare i -"*soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari anche in regime di concessione o mediante convenzione"*- e che tali soggetti sono tenuti a dare "*adeguata pubblicità agli utenti" della propria "carta";*
- **le linee guida del Ministero della Sanità** (SCPS) **N. 2/95** relative all'"*Attuazione della carta dei servizi nel servizio sanitario nazionale",* documento di indirizzo in cui sono ribaditi i principi informatori della "carta" ed illustrati suggerimenti di struttura e contenuto.
- **La legge 502/92** che ha riorganizzato *l'Assistenza Sanitaria*, ha con l'articolo 14 "**diritti del cittadino**" introdotto una serie di strumenti finalizzati a garantire la buona qualità dell'assistenza. In particolare si è cercato di introdurre una serie di -"*indicatori"*-relativi alla *personalizzazione, umanizzazione, informazione, confort e prevenzione* per valutare la qualità delle prestazioni erogate. Gli indicatori che rientrano nell'ambito dell'Art.14 della 502/92 "*diritti dei cittadini"* riguardano il punto di vista e le aspettative dei cittadini. Essi

possono essere definiti come indicatori del grado di soddisfazione degli utenti e sono ricollegabili all'adeguatezza, alla accessibilità, all'equità, al rapporto operatore/paziente *"umanizzazione*", al confort, alla privacy. Questo tipo di atteggiamento ha riguardato non solo la sanità ma tutti gli aspetti dei servizi pubblici. Il tutto si è concretizzato nella pubblicazione di un documento "d'indirizzo". Il documento di riferimento è "La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari" predisposta dal Dipartimento della Funzione pubblica, d'intesa con il Ministero della Sanità e pubblicata con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 Maggio 1995 sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica n°125 del 31.05.1995. La Carta è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti.

1.4. I PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA CARTA DEI SERVIZI

L'erogazione dei Servizi avviene nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

EGUAGLIANZA: le prestazioni sono erogate senza distinzione di sesso, razza, lingua, ceto sociale, religione ed opinioni politiche
IMPARZIALITA': le prestazioni sono erogate attraverso comportamenti obiettivi, equi, trasparenti ed imparziali
CONTINUITA': Il Centro garantisce l' attuazione del programma in modo continuativo e senza interruzioni nell'ambito delle modalità di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali e regionali
DIRITTO DI SCELTA : Il Centro garantisce l' attuazione del diritto di scelta dell' utente e garantisce l' informazione tecnica all' utente che per le caratteristiche non rientra nei criteri di erogazione dei programmi riabilitativi
APPROPRIATEZZA: le prestazioni sono "appropriate" quando sono al tempo stesso pertinenti rispetto alle persone, circostanze e luoghi, valide da un punto di vista tecnico-scientifico e accettabili
sia per i clienti che per gli operatori
PARTECIPAZIONE : Il Centro garantisce la partecipazione degli utenti e delle famiglie attraverso le seguenti modalità:

1. incontri con utenti e familiari
2. attivazione di un efficace sistema d'informazione sulle prestazioni erogate e le relative modalità di accesso
3. periodiche rilevazioni del grado di soddisfazione da parte dell'utenza delle prestazioni erogate e della qualità dei servizi, attraverso un questionario predisposto

EFFICIENZA ED EFFICACIA: Il Centro è costantemente impegnato a garantire che le prestazioni erogate corrispondano ai criteri di efficienza ed efficacia
EGUAGLIANZA DEI DIRITTI: i servizi sono erogati secondo regole uguali per tutti, inoltre va garantito il diritto alla differenza, rimovendo ogni possibile causa di discriminazione e

promovendo trattamenti che tengono conto delle specificità derivanti dall'età, dal sesso, dalla nazionalità, dalla cultura e dalla religione
RISPETTO DEI DIRITTI DELLA DIGNITA' e DELLA RISERVATEZZA: in nessun modo le esigenze terapeutiche organizzative debbano compromettere il rispetto della persona malata.

1.5. PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA

Apulia Genetics è una società di ricerca e sviluppo, giovane e dinamica,operante negli ambiti biomedico e farmaceutico, che offre servizi di diagnostica molecolare nel settore della genetica medica.
Innovazione tecnologica, aggiornamento continuo ed elevata specializzazione sono requisiti indispensabili per poter offrire servizi diagnostici all'altezza delle nuove sfide che la scienza medica oggi rende possibili.
Il nostro obbiettivo principale è infatti quello di valorizzare il più possibile le conquiste della genetica, e della ricerca biomedica in generale, per sviluppare metodi innovativi per la diagnosi precoce e la predizione del rischio di patologie, incluse quelle rare e quelle a eziogenesi complessa (malattie oncologiche, degenerative e infiammatorie).
Apulia Genetics ha, inoltre, come scopo istitutivo quello di dare un contributo allo stato di salute della popolazione del territorio di propria operatività. A tal fine è volta ad implementare percorsi diagnostici strettamente individuali guidati dai principi dell'appropriatezza, che rispondano quindi alla connotazione concettuale e pratica di "Medicina personalizzata".
Oltre, che su competenza professionale e innovazione tecnologica, l'operatività di Apulia Genetics si basa, sul rispetto della dignità e della privacy della persona, nella piena attuazione dei principi dell'Etica.
Il Laboratorio è autorizzato come Punto di prelievo.

1.6. POLITICA DELLA QUALITA'

VISION

Il laboratorio **Apulia Genetics Srl**, presente nella sede di Via Brindisi, s.n.c. Mesagne (BR) 72023 , opera con l'intenzione di fornire **prestazioni sanitarie di laboratorio di analisi genetico molecolari**, come meglio specificato nella CARTA DEI SERVIZI. L'organizzazione opera in regime privatistico con l'obiettivo di ottenere l'accreditamento istituzionale ed erogare prestazione in convenzione con il S.S.R.

MISSION

La missione dello **Apulia Genetics Srl**, nello svolgimento dell'attività sanitaria, è incentrata sul rispetto della dignità della persona umana, secondo i principi ispiratori della tutela della vita, della promozione della salute, del recupero delle risorse fisiche compromesse, della migliore assistenza al paziente e del miglior comfort possibile.
La Direzione definisce ed attua la **Politica della Qualità** dello **Apulia Genetics Srl** nell'ambito della strategia di sviluppo delle attività di **erogazione dei servizi di laboratorio di analisi genetico molecolari**, al fine:

- di soddisfare pienamente le aspettative degli utenti, attraverso l'erogazione di un servizio sanitario conforme ai requisiti di legge;
- di migliorare continuamente gli standard qualitativi offerti, tra i quali
    - miglioramento del livello di gradimento degli utenti,
    - miglioramento del clima interno fra i collaboratori,
    - la riduzione dei tempi di attesa,
    - Mantenimento delle condizioni di rischio clinico ottimali
    - Controllo dei near miss
    - Miglioramento della qualità nella fase di accettazione
    - Miglioramento della qualità nella fase di erogazione

Gli obiettivi strategici dell'Organizzazione per l'anno in corso sono:

- Rinnovo del parco macchine con sostituzione di quelle obsolete con macchine più performanti
- Utilizzo razionale delle risorse per migliorare le tempistiche fra prestazioni a regime di convenzione e private
- Rifacimento degli ambienti per un maggiore comfort con nuovi arredi, poltrone, tv monitor
- Formazione specialistica continua per tutte le figure sanitarie
- Diffondere la cultura della sicurezza delle prestazioni;
- Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Il programma strategico per il raggiungimento di tali obiettivi prevede:

- Monitoraggio della funzionalità delle macchine
- Miglioramento dell'organizzazione interna un fase di prenotazione e accettazione attraverso un monitoraggio maggiore delle prenotazioni
- progettazione e installazione di ambienti più confortevoli per gli utenti e i dipendenti
- aumentare la consapevolezza degli operatori ad una maggiore attenzione alla formazione continua

L'Organizzazione è dotata di un piano strategico aziendale che comprende una formulazione più completa e dettagliata.

La Direzione si prefigge di operare nel pieno rispetto:

- delle normative in vigore (locali, nazionali e comunitarie);
- delle esigenze del cliente, ponendosi i seguenti obiettivi di carattere generale:
    - ottenimento dei livelli di qualità sanitaria prefissati;
    - prevenzione degli inconvenienti e disservizi in tutti i settori;
    - igiene sanitaria in ogni attività e in ogni ambiente sanitario;
    - mantenimento degli standard minimi di accreditamento prefissato dagli organi Regionali e di controllo
    - sensibilizzazione, formazione ed aggiornamento continuo del personale a tutti i livelli;
    - salvaguardia della salute e della sicurezza sia del personale che dell'utente finale;
    - miglioramento continuo.

La Direzione, almeno una volta l'anno, in sede di Riesame del Sistema Qualità, specifica e quantifica gli obiettivi che intende raggiungere nel corso dell'anno, attribuendo specifici obiettivi ai pertinenti livelli dell'organizzazione. Tale attribuzione comporta la definizione per ciascun obiettivo:

- delle responsabilità e delle risorse necessarie al suo raggiungimento;

- degli opportuni indicatori per fissare il valore obiettivo e per poterne misurare il raggiungimento allo scadere dei termini previsti per la realizzazione;
- delle strategie e/o programmi, che per questo anno sono:
    - Monitoraggio della funzionalità delle apparecchiature / macchinari
    - Miglioramento dell'organizzazione interna un fase di prenotazione e accettazione attraverso un monitoraggio maggiore delle prenotazioni
    - progettazione e installazione di ambienti più confortevoli per gli utenti e i dipendenti
    - aumentare la consapevolezza degli operatori ad una maggiore attenzione alla formazione continua
    - implementazione sistema di prenotazione telefonica e sua manutenzione
    - aggiornamento della Carta dei Servizi
    - maggiore razionalizzazione delle risorse
    - Maggiore controllo dell'aderenza ai protocolli sanitari
    - maggiore ascolto delle richieste dei dipendenti
    - maggiore ascolto e analisi dei questionari di gradimento degli utenti
    - maggiore controllo dei fornitori
    - attuazione di indagini di mercato
    - attuare misure di controllo del processo di prenotazione
    - aumentare il marketing pubblicitario
    - maggiore attuazione delle misure di monitoraggio e controllo
    - ricerca di personale qualificato secondo le procedure

Almeno una volta l'anno, in sede di Riesame del Sistema Qualità, si provvede alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di breve periodo e alla definizione di ulteriori obiettivi in linea con la Politica della Qualità del **Studio Apulia Genetics Srl**. Gli obiettivi di lungo periodo sono verificati ed attualizzati ogni tre anni, o comunque quando se ne renda necessario.

Per l'attuazione della Politica della Qualità, la Direzione è impegnata nello sviluppo e nel mantenimento attivo di un Sistema di gestione per la Qualità, volto all'ottimizzazione dei processi di attività e alla prevenzione di eventuali carenze relativamente all'erogazione del servizio.

Il Sistema Qualità realizzato in accordo alle prescrizioni della NORMA UNI EN ISO 9001 ediz. 2015 e al RR *16/2019,* interessa tutte le attività aziendali collegate sia alla gestione del processo amministrativo che all'erogazione del servizio sanitario. Per assicurare l'attuazione della Politica di Qualità, La Direzione autorizza e delega il Responsabile Qualità affinché provveda a rendere operativo il Sistema di Gestione per la Qualità, ne coordini la relativa applicazione e lo adegui costantemente alle necessità aziendali, alle normative ed alla evoluzione della tecnologia medica. In conseguenza di ciò, gli viene delegata l'autorità e la responsabilità per compiere azioni ispettive, audit e verifiche, nel rispetto di quanto contenuto nelle Procedure e nel Manuale. Il Responsabile Qualità, è autorizzato a sospendere ogni attività che comprometta la corretta applicazione del Sistema di Gestione per la Qualità ed è responsabile di riferire alla Direzione Generale sull'andamento del Sistema. La Direzione richiede a tutto il personale di operare conformemente a quanto previsto nella Politica della Qualità, nel Manuale della Qualità (descrittivo delle linee generali del Sistema) e nelle Procedure. Solo attraverso il coinvolgimento di tutti sarà possibile un'efficace gestione del Sistema di Gestione per la Qualità, pertanto si richiede l'attuazione della Politica della Qualità a tutti i livelli dell'organizzazione, specificatamente sulla base degli obiettivi a ciascuno assegnati a seguito del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità. Dei risultati conseguiti, e dell'efficacia del Sistema di Gestione della Qualità sarà informato tutto il personale, almeno una volta l'anno a seguito del riesame del Sistema di Gestione per la Qualità.

Qualsiasi dubbio dovrà essere risolto rivolgendosi al Responsabile Qualità.

2. INFORMAZIONE E SERVIZI OFFERTI

2.1. TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni che si possono eseguire presso APULIA GENETICS S.R.L. sono:

- **Oncologia molecolare**: test genetici per la diagnosi precoce dei tumori e per la valutazione genetica di predisposizione ai tumori ereditari
- **Biopsia Liquida**: analisi mutazionale su DNA circolante di pannelli di geni drivers comuni a tutte le principali neoplasie e ricerca di specifiche mutazioni di resistenza, mediante Next Generation Sequencing
- **Esoma clinico**: sequenziamento delle porzioni del genoma che "codificano" le proteine
- **TumorMutation Burden** (**TMB**): carico mutazionale del tumore per trattamenti personalizzati e "medicina di precisione"
- **Farmacogenetica**: studio delle varianti genetiche che influenzano la risposta ai trattamenti farmacologici
- **Genetica molecolare**: test genetici, citogenetici e biochimici per valutare il rischio di alterazioni cromosomiche o malattie genetiche, cariotipo digitale.
- Genetica della riproduzione: analisi genetiche e management delle coppie infertili
- **Abortività ricorrente**: analisi genetiche e management delle coppie con anamnesi positiva per poliabortività
- **Diagnosi Genetica Preimpianto (PGD**): procedura innovativa che permette la diagnosi di malattie genetiche o cromosomiche negli embrioni prima dell'impianto
- **Diagnosi prenatale non invasiva (NIPT**): test genetici per le indagini sullo stato di salute del feto durante la gravidanza, mediante analisi del DNA fetale nel sangue materno; diagnosi di alterazioni cromosomiche numeriche o strutturali
- **Next Generation Sequencing**: screening genetici multipli per la diagnosi di malattie genetiche eterogenee mediante questa nuova tecnologia
- **Genetica cardiovascolare**: valutazione dei fattori di rischio e dei profili genetici predisponenti alle patologie cardiovascolari
- **Genetica forense**: analisi del DNA da tracce biologiche repertate sulla scena del crimine
- Indagini di paternità e consanguineità: sofisticati test genetici per risolvere casi di paternità e consanguineità controverse
- **Genetica preventiva**: analisi di polimorfismi genetici e valutazione del loro ruolo in medicina preventiva

- **BRCA1 e BRCA2** - test genetico che permette di valutare la predisposizione allo sviluppo del tumore della mammella e del tumore ovarico.
- **Infettivologia Molecolare** – test di diagnosi molecolare che mette in evidenza la presenza del genoma virale, nonché la certezza immediata dell'avvenuta infezione e i relativi effetti dell'eventuale terapia antivirale. Clamidia; Candida; Papillomavirus (HPV); Citomegalovirus (CMV) etc..
- **Abortività ricorrente** – test genetico della mappa cromosomica effettuato sia sulla donna che sull'uomo, per individuare eventuali incompatibilità attraverso l'esame del cariotipo numerico e strutturale.
- **Analisi Genetiche per coppie infertili** – test che rileva la presenza di alterazioni cromosomiche nel cariotipo di un individuo della coppia o sindromi dovute a mutazioni in specifici geni, coinvolti nella riproduzione e nel differenziamento sessuale.
- **Microbiota (NGS Test)** – test genetico non invasivo (campione di feci) che permette di fornire una mappa della popolazione batterica dell'intestino e della sua funzionalità, utile per indicazioni dietologiche e terapeutiche per adulti, anziani e bambini in età pediatrica.
- **Nutrigenetica** – test genetico che si occupa di individuare quelle piccole variazioni genetiche tipiche di ogni individuo che possono tradursi in risposte errate dell'organismo in seguito all'assunzione di determinati alimenti o sostanze.

Un elenco dettagliato delle prestazioni si trova al termine del presente documento.

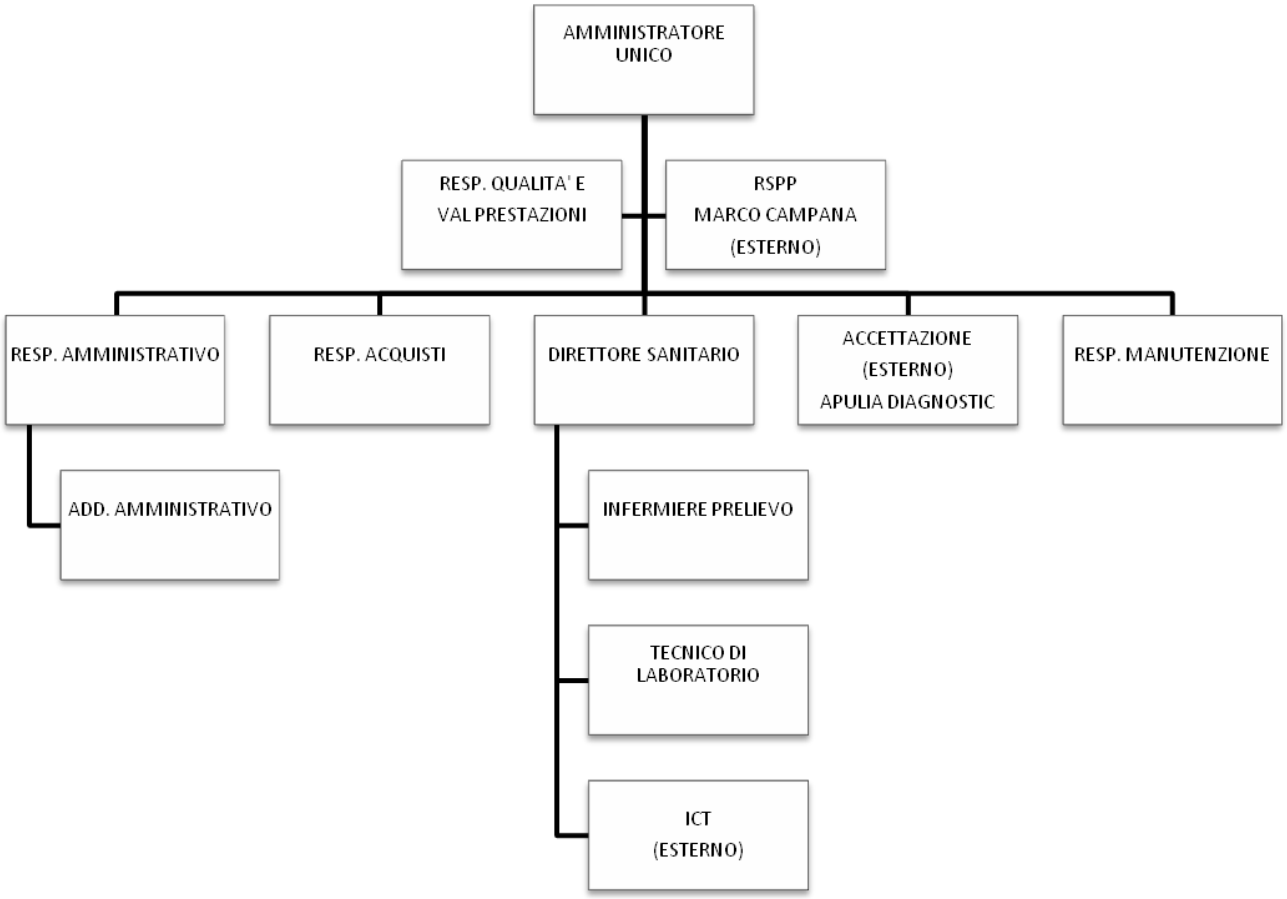
2.2. IL PERSONALE

Il Direttore responsabile del laboratorio, si avvale della collaborazione dell'équipe direttiva formata da tecnici e Specialisti professionalmente validi e altamente qualificati.
L'Organizzazione delprevede uno stretto rapporto interdisciplinare tra i vari membri dell'équipe direttiva e dell'équipe con tutto il personale che direttamente lavora con gli assistiti. Tali rapporti si concretizzano nel passaggio continuo di informazioni tramite comunicazioni verbali e con documenti scritti.

I collaboratori dell'Organizzazione è così composto:

- NR 1 DIRETTORE SANITARIO
- NR 1 INFERMIERE
- NR 1 TECNICO DI LABORATORIO
- SERVIZIO ACCETTAZIONE APULIA DIAGNOSTIC
- SERVIZIO OTA APULIA DIAGNOSTIC

2.3. ORGANIGRAMMA



2.4. COME SI RAGGIUNGE

In aereo:
Dall'aeroporto di Bari 138km - imboccare la tangenziale in direzione Brindisi-Lecce. Arrivati a Brindisi proseguire per Taranto SS7, uscita Mesagne EST.
Dall'aeroporto di Brindisi 20 Km – imboccare la S.S. 16 in direzione Brindisi Centro/Taranto/Mesagne. Arrivati a Brindisi proseguire per Taranto SS7, uscita Mesagne EST.

In auto:
Da Nord:Autostrada A14 (Bologna-Taranto), uscita Bari Nord. Proseguire su Tangenziale in direzione Brindisi-Lecce. Arrivati a Brindisi proseguire per Taranto SS7, uscita Mesagne Est.
Da Sud:Autostrada A3 uscita allo svincolo Sibari-Bari. Proseguire in direzione Taranto SS 106. A seguire direzione Brindisi SS7, uscita Mesagne Est.

In treno:
Il centro Apulia Diagnostic dista dalle stazioni ferroviarie di Mesagne 2 km, di Brindisi 14 km, di Lecce 51 km, di Taranto 55km, di Bari 123 km.

2.5. STRUTTURA

Il Centro **Apulia Genetics** è allocato in un edificio costruito tra maggio 2018 e aprile 2019 all'ingresso della Città di Mesagne, in provincia di Brindisi.
La struttura risponde ai più aggiornati criteri di edilizia sanitaria ed è articolata su due piani.
Al piano terra:

- l'Accettazione all'entrata con 4 postazioni
- il Laboratorio Analisi e il Laboratorio di Genetica sono allocati sul braccio destro rispetto all'ingresso
- sul braccio sinistro, lo Studio di Odontoiatria e, in successione, i locali dedicati al Laboratorio di Diagnostica per Immagini e il Laboratorio di Endoscopia Digestiva.

Al primo piano:

- sul braccio a destra dell'ascensore e della scala, i locali, sei in totale, dedicati a Ambulatori, Studi, Centri, Servizi di diverse Specializzazioni, l'Ambulatorio Chirurgico, affiancato da una Stanza di osservazione e l'Area Amministrativa.
- sul braccio a sinistra la Sala Conferenze.

2.6. ORARI AL PUBBLICO

PRENOTAZIONE

GIORNO	ORARIO
da lunedì a venerdì	dalle ore 8:00 alle ore 20:00
il sabato	dalle ore 8:00 alle ore 13:00

PRELIEVO E CONSEGNA CAMPIONI

GIORNO	ORARIO
da lunedì a venerdì	dalle ore 8:30 alle ore 11:00

RITIRO REFERTI

GIORNO	ORARIO
da lunedì a venerdì	dalle ore 08:00 alle ore 20:00
il sabato	dalle ore 08:00 alle ore 13:00

2.7. MODALITA' DI PRENOTAZIONE E ACCESSO AI SERVIZI

Attualmente **APULIA GENETICS** eroga prestazioni in regime privato a tariffe libero-professionali**. Non e' possibile attualmente prenotare in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale. Non appena la struttura sarà convenzionata sarà reso pubblico tramite gli opportuni canali mediatici e la presente carta dei servizi.**

La Struttura è aperta e operativa tutto l'anno, tranne che nei giorni festivi, con gli orari descritti nel par. 2.5

Le prestazioni cliniche e strumentali vengono effettuate sulla base di un calendario concordato con Specialisti e Operatori e stabilito dal Responsabile Sanitario.

2.7.1. PRENOTAZIONI DELLE PRESTAZIONI IN REGIME PRIVATO E IN CONVENZIONE

Le prestazioni possono essere prenotate:

- **Recandosi fisicamente presso l'Accettazione della Struttura:**

  dalle ore 8:00 alle ore 20:00, da lunedì al venerdì

  dalle ore 8:00 alle ore 13:00, il sabato
- **per telefono al numero 08311970111 o al Numero Verde 800894100**

  dalle ore 8:00 alle ore 20.00 da lunedì al venerdì

  dalle ore 8:00 alle ore 13.00 il sabato
- **attraverso il sito web**: www.apuliadiagnostic.com, registrandosi al sito è possibile creare la propria area personale, dalla quale prenotare visite ed esami
- **attraverso l'app "Apulia Diagnostic".** Registrandosi o accedendo con le stesse credenziali del sito è possibile creare la propria area personale, dalla quale prenotare visite ed esami
- **con cellulare**: sarà possibile prenotare tramite messaggio Whatsapp al numero 3917964746 scrivendo nome, cognome e tipo di prestazione richiesta: un nostro addetto risponderà il prima possibile.

Quando sarà attiva la convenzione con il SSR, l'utente può prenotare i servizi rivolgendosi al CUP della Regione Puglia.

- Con prenotazione telefonica al numero verde **Tel. 800.426.060**
- Direttamente allo sportello CUP dell'ASL o presso le farmacie convenzionate

I servizi diagnostici prenotabili attraverso il CUP saranno riportati in allegato alla presente Carta dei Servizi e saranno aggiornati costantemente in funzione delle richieste dell'ASL.

Eventuale disdetta degli appuntamenti può essere effettuata con le stesse modalità (mezzi e orari) indicate per le prenotazioni.

La disdetta deve avvenire non più tardi di 72 ore dalla data di prenotazione.

Superate le 72 ore, è necessario un contatto diretto (personale o telefonico) con il Personale dell'Accettazione.

Eventuale ritardo rispetto all'orario dell'appuntamento va tempestivamente comunicato al Personale dell'Accettazione, che è preposto alla verifica di possibili spostamenti.

Non può essere **assicurata** l'effettuazione della prestazione prenotata, se non viene dato tempestivo preavviso del ritardo.

2.7.1.1. ISTRUZIONI PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA RICHIESTA – (IN CASO DI CONVENZIONE CON IL SSR)

La prescrizione presentata deve essere compilata in modo completo, in particolare:

- non deve contenere oltre otto esami singoli, indicanti il tipo di campione primario e/o sede anatomica di origine;
- deve essere compilata in tutte le parti con i dati anagrafici (data di nascita, sesso) del Cliente, indirizzo, codice fiscale e diagnosi;
- in caso di eventuali esenzioni deve essere compilata l'apposita casella
- deve essere presente il timbro e la firma del medico.

2.7.1.2. PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI URGENTI

Per le prestazioni di Genetica molecolare le richieste di prenotazioni urgente vengono gestite indifferentemente verificando le condizioni di preparazione per svolgere l'esame.

Tali tipologia di prestazione segue una via preferenziale di erogazione del servizio ed è affrontata in maniera prioritaria rispetto ad altre prestazioni non urgenti da erogare nel corso della giornata. In tale fase l'Utente che presenta una qualunque condizione di emergenza derivante anche dalla richiesta da parte di altre strutture sanitarie o dal Medico di Famiglia segue una via preferenziale e tale prenotazioni deve essere gestita direttamente dalla **Postazione Accoglienza/Reception** che inserirà l'appuntamento prima possibile e indicando nel campo note del gestionale la lettera "U" di urgente.

In caso di situazioni di sovraccarico lavorativo di diverse prestazioni urgenti sono comunque eseguite in maniera progressiva rispetto all'ingresso all'interno della struttura sanitaria.
Le modalità di gestione successiva del paziente sono comuni a quelle previste per la erogazione di prestazioni non in condizione di urgenza.

2.7.1.3. MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA – IN CASO DI CONVENZIONE CON IL SSR

Il **LABORATORIO, in seguito ad accreditamento,** garantirà al cittadino, nei limiti delle tipologie di prestazioni di cui al budget assegnato annualmente dalla Regione Puglia tramite la ASL di competenza, l'erogazione delle prestazioni in convenzione con il S.S.R. esonerandolo, integralmente o in parte, dal pagamento delle stesse.
Affinché il Cliente possa accedere al regime di convenzione alle prestazioni offerte, è necessario che la richiesta sia accompagnata da apposita ricetta del S.S.N. rilasciata dal Medico di famiglia o specialista, la quale indica, qualora previste, le tipologie di esenzione applicabili al caso specifico.
In particolare, in base alle normative vigenti, possono accedere alle prestazioni in convenzione con il S.S.R. i soggetti iscritti al SSN con le seguenti modalità di pagamento:

A. i CITTADINI NELLA FASCIA DI ETA' COMPRESA TRA I 6 ED I 65 ANNI, che non beneficiano di esenzioni (per motivi economici, patologie, invalidità, ecc.) pagano le prestazioni per intero secondo il tariffario concordato con il S.S.R. fino all'importo massimo di € 46,15 per ciascuna ricetta rilasciata dal Medico (c.d. "ticket"). Ogni richiesta non può contenere più di otto prestazioni;
B. i BAMBINI SOTTO I 6 ANNI e gli ANZIANI SOPRA I 65 ANNI sono esonerati dal pagamento del ticket solo se il reddito familiare non supera € 36.151,98 annui lordi. In tali casi, la ricetta medica dovrà riportare il codice di esenzione E01;
C. i DISOCCUPATI e i loro FAMIGLIARI A CARICO con reddito lordo familiare inferiore a € 8.263,31 (nucleo di una persona sola) o inferiore a € 11.362,05 lordi (se con coniuge a carico ed incrementato di € 516,46 lordi per ciascuno figlio a carico), hanno diritto all'esenzione. In tal caso, la ricetta medica dovrà riportare il codice di esenzione E02;
D. i TITOLARI DI PENSIONE SOCIALE e i loro FAMIGLIARI A CARICO sono esenti dal pagamento delle prestazioni di Laboratorio. In tal caso, la ricetta rilasciata dal medico deve indicare il codice di esenzione E03;
E. i TITOLALI DI PENSIONI AL MINIMO DI ETA' SUPERIORE A 60 ANNI e il loro FAMIGLIARI A CARICO con reddito lordo familiare inferiore a € 8.263,31 (nucleo di una persona sola) o inferiore a € 11.362,05 lordi (se con coniuge a carico ed incrementato di € 516,46 lordi per ciascuno figlio a carico), hanno diritto all'esenzione. In tal caso, la ricetta medica dovrà riportare il codice di esenzione E04.

Infine, hanno diritto all'esenzione i portatori di malattie croniche ed invalidanti, secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale 329/199 e dal Decreto Ministeriale 296/2001. Per approfondimenti in tema, si rimanda alle succitate norme e ai correlati regolamenti regionali.

2.7.2. FASE DI ACCETTAZIONE

Il **processo di accettazione** e **gestione dell'utente** nella struttura si articola nel seguente modo:

1) L'utente si presenta al box accettazione il giorno delle prenotazione ed effettua l'accettazione presso lo sportello abilitato consegnando l'impegnativa del medico curante, la tessera sanitaria.
2) per adempiere alla normativa sulla privacy, dopo aver inserito tutti i dati, gli viene assegnato un numero che servirà per l'attesa e per il ritiro dei referti
   Il mancato consenso al trattamento dei dati personali comporta l'impossibilità ad eseguire le prestazioni richieste.
3) Adempie all'eventuale pagamento
4) L'utente si accomoda nella sala di attesa
5) Il personale infermieristico effettua l'avanzamento e la chiamata del paziente successivo, chiamando il numero progressivo;

2.7.3. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il metodo di lavoro seguito è quello consolidatosi nel tempo:

- elaborazione di una prima analisi dell'Utente;
- esecuzione del prelievo;
- trasporto del campione al laboratorio;
- analisi del campione con le apparecchiature nuove ed avanzate;
- Elaborazione del referto e consegna all'utente

Lo Studio si impegna a riqualificare e/o ad aggiornare il personale operante nella struttura, sui vari tipi e metodi di intervento necessari al fine di adeguarli alla difficoltà dei casi che ospita.

2.7.4. MODALITÀ DI RITIRO DEI REFERTI

La consegna dei referti relativi alle prestazioni avviene:

- da parte dello Specialista che ha effettuato la prestazione
- da parte del Personale dell'Accettazione

negli orari descritti nel par 2.5

2.7.5. PAGAMENTO PER LE PRESTAZIONI EROGATE

Il pagamento può essere effettuato con diverse modalità:

- in contanti,
- con bancomat,
- con assegno bancario,
- attraverso PayPal e carta di credito se si acquistano i servizi direttamente da Sito e App.

2.7.6. RELAZIONI CON IL PUBBLICO

I rapporti con gli utenti sono tenuti dal Responsabile Accettazione. Agli utenti che si avvicinano a questo servizio viene offerta, oltre alle informazioni, la possibilità di esprimere il proprio giudizio con questionari di gradimento, e formulare suggerimenti e inoltrare reclami.
Inoltre Il Direttore Sanitario è sempre disponibile ad incontri esplicativi e di consulenza con gli utenti e suoi familiari sia in fase di prelievo che di consegna del referto.

2.7.6.1. CARTELLE CLINICHE E CERTIFICATI

Ogni certificazione può essere richiesta presso l'ufficio Accettazione. All'atto della esecuzione dell'indagine diagnostica (o successivamente) può essere richiesta presso lo stesso ufficio copia del referto o di altra documentazione.

I tempi di emissione del referto e/o di una copia dello stesso sono:

Tipo prestazione	**Tempi refertazione**		
	Routine	Urgenza	Duplicato
	(gg)	**(gg)**	**(gg)**
Cariotipo da colture di linfociti	20	20	5
Cariotipo da colture di sangue midollare / periferico	10	10	5
Diagnosi prenatali	15	15	5
SNPs di suscettibilità	30	30	5
Ricerca di mutazione specifica	20	20	5
Analisi mediante NGS			
• <10 geni	60	60	5
• da 10 a 50 geni	120	120	5
• >50 geni	180	180	5

2.7.6.2. SUPPORTO AMMINISTRATIVO

A disposizione dell'utente è presente, oltre alla segreteria della struttura, personale predisposto.

2.7.6.3. PARTECIPAZIONE E IL COINVOLGIMENTO DEGLI UTENTI AI PROCESSI DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La Direzione nell'esecuzione della valutazione del rischio clinico prende in considerazione il coinvolgimento di utenti e associazioni di volontariato.
Il termine "coinvolgimento" viene inteso come la sequenza integrata di azioni finalizzate:

- a rendere le persone consapevoli:
  - del loro ruolo potenziale rispetto al fenomeno "rischio clinico";
  - delle loro responsabilità rispetto allo stesso, alla sua prevenzione e gestione;
  - delle azioni da intraprendere e del loro impatto;
- ad intervenire rispetto al rischio, in termini di prevenzione o gestione

Modalità di coinvolgimento sono:

- revisione ed analisi dei reclami che i pazienti possono presentare all'accettazione
- revisione ed analisi dei questionari di gradimento somministrati agli utenti
- coinvolgimento delle associazioni di utenti nella valutazione del rischio clinico
- diffusione della presente Carta dei Servizi e brochure aziendali al fine della comunicazione degli intenti della Direzione e delle modalità di gestione della struttura;
- diffusione di istruzioni preparatorie agli esami diagnostici e istruzioni generali sui rischi della struttura.

2.7.7. INFORMAZIONI UTILI PER PAZIENTE E VISITATORI

2.7.7.1. ACCORTEZZE PER LA SICUREZZA E LA PREVENZIONE DI INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Premesso che questa struttura che eroga prestazioni di analisi genetico molecolari in regime ambulatoriale i rischi relativi alle infezioni sono bassi/nulli.
È opportuno comunque osservare delle regole.

Collabora alla elaborazione di una adeguata anamnesi: riferisci tutte le **informazioni sanitarie** che ritieni possano essere utili in merito alla tua **storia clinica**, riferendo le principali patologie che hai avuto fin dalla nascita e nel tempo a seguire, (es malattie esantematiche, cardiopatie, diabete,

patologie pressorie, malattie croniche, infezioni, ecc.). Riferisci con attenzione tutti i farmaci che assumi, costantemente e al bisogno compresi i prodotti omeopatici o erboristici ed eventuali integratori. Riferisci eventuali allergie e intolleranze accertate e sospette e verifica che vengano riportate in cartella clinica. Prima di assumere qualsiasi farmaco parlane con i medici. In taluni casi l'interazione tra farmaci potrebbe non garantire gli effetti desiderati.

Partecipa in modo attivo ad ogni decisione sanitaria che attiene al tuo caso. Hai diritto di essere sempre informato sulle prestazioni che ti verranno offerte, sottoponiti solo se sei veramente convinto e consenziente. **Fai domande e riferisci sempre eventuali problematiche** che hai riscontrato o informazioni utili ai sanitari per le tue cure; se necessario, consultati anche con il tuo medico di famiglia o con i tuoi familiari. **Non aver paura nel riferire sintomi o a far notare a medici ed infermieri notazioni su procedure assistenziali (ad es. già fatte o che ti hanno dato fastidio)**.

Richiedi informazioni complete e comprensibili sulle **diagnosi che ti riguardano**, nonché sulle **modalità per prepararti o essere preparato per effettuare particolari prestazioni sanitarie**. Se il linguaggio usato è troppo tecnico o di difficile comprensione, non esitare a fare domande e a chiedere chiarimenti.

Utilizza in maniera appropriata e con rispetto gli ambienti e la struttura: **osserva la segnaletica esistente**, accedi **solo negli ambienti consentiti (es. usa solo i bagni dei reparti e non quelli dedicati alle personale, usa solo gli ascensori dedicati ai visitatori, ecc.).** Non **usare presidi, materiale o apparecchi se non sei autorizzato** e se non ne conosci adeguatamente il funzionamento. Per ogni dubbio rivolgiti al personale della struttura.

Cura l'igiene più del solito per evitare le infezioni: **lavati spesso le mani** (se il sapone manca chiedilo al personale oppure utilizza le soluzioni a base alcolica che vengono proposte nell'ospedale). **Ricordalo anche ai tuoi cari e visitatori. Lavarsi le mani può prevenire la diffusione di germi.** Pretendi che anche gli operatori si siano lavate le mani prima di visitarti o prima di un contatto per qualsiasi tipo di assistenza. Ricorda al medico/infermiere di lavarsi le mani chiedi loro di farlo. **L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.**

Prima di venire in struttura per l'effettuazione di ogni prestazione, provvedi a lavarti e detergerti con attenzione, se possibile effettua una accurata doccia. Questa banale operazione contribuirà ad allontanare eventuali microrganismi dalla cute, facendo diminuire il rischio di infezione.

Chiedi se i materiali utilizzati, particolarmente quelli invasivi, **sono monouso o se sono sterilizzati.** es. siringhe, aghi, etc.).

Chiedi al medico o infermiere che tipo di accortezze avere prima di sottoporti ad una prestazione (es. effettuare adeguata pulizia del colon; assumere terapia antibiotica preventiva mirata; particolari istruzioni igieniche ecc.)**.**

Chiedi i possibili sintomi che potrebbero presentarsi dopo una prestazione e cosa segnalare al medico perché è un possibile campanello di allarme.

Attenzione a non esporre la ferita chirurgica a possibili rischi: es evita di bagnarla, proteggila da urti, non assumere particolari posizioni, ecc. **Controlla con attenzione la ferita chirurgica e l'igiene delle medicazioni.** Se rilevi medicazioni sporche o malodoranti o se noti sulla ferita chirurgica secrezioni, rigonfiamenti, cambiamento di colore e cattivo odore, segnalalo tempestivamente agli operatori sanitari.

Segnala eventuali situazioni che potrebbero favorire l'insorgenza o il diffondersi di infezioni come eventuali carenze igieniche degli ambienti, comportamenti inadeguati del personale sanitario e non, di pazienti e visitatori.

2.7.7.2. REQUISITI RELATIVI AL COMFORT DELLE AREE DI ACCETTAZIONE E PRELIEVO, DELLE AREE DEDICATE AL PERSONALE E DELLE AREE DI ATTESA PER ACCOMPAGNATORI E VISITATORI

L'organizzazione è dotata di almeno i seguenti comfort:

- **Area attesa accompagnatori e visitatori**
  - Area di attesa dotata di servizi igienici dedicati all'utenza
  - Numero di posti a sedere adeguato all'affluenza di picco di frequenza degli accessi
  - Locale per il prelievo che permette la privacy dell'utente
  - Aria condizionata
  - Riscaldamento centralizzato

- **Area Laboratorio e Area dedicata al personale**
  - Locale per attività amministrative e di archivio
  - Locale per l'esecuzione delle analisi
  - Servizi igienici distinti per il personale
  - Sedute ergonomiche
  - Illuminazione naturale e artificiale adeguate
  - Spogliatoi
  - Aria condizionata
  - Riscaldamento centralizzato

Nelle immediate vicinanze è presente un punto ristoro / bar con tavolini interni e poltrone esterne, utilizzabile sia dagli utenti che dal personale.

3. STANDARD DI QUALITA' IMPEGNI E PROGRAMMI

Gli standard di qualità della Carta dei servizi rappresentano l'impegno al miglioramento continuo dell'Organizzazione.
Si tratta degli obiettivi che costituiscono, per il nostro Utente, forme di garanzia sul tema del servizio.

Apulia Genetics considera obiettivo primario il conseguimento di una qualità ottimale del servizio fornito agli utenti, obiettivo che lo impegna ad adeguare il proprio sistema organizzativo ai reali bisogni espressi dagli utenti stessi. Per perseguire tale obiettivo Apulia Genetics ispira il proprio Sistema Qualità alle Norme ISO 9001:2015, che impone, tra l'altro:

- il coinvolgimento di tutto il personale,
- la piena collaborazione con i clinici,
- la garanzia di identificazione dei campioni biologici in tutte le fasi del processo,
- l'utilizzo di Controlli di Qualità Interni,
- l'utilizzo di verifiche di qualità esterne;
- l'allineamento con le tecnologie più innovative e sicure,
- la formazione continua del personale mediante corsi di aggiornamento e perfezionamento.

3.1. DEFINIZIONE DEGLI STANDARD

Nel formulare i nostri standard siamo partiti dagli aspetti rilevanti (fattori di qualità) per la percezione della qualità del servizio da parte del nostro Utente.
A ciascun aspetto abbiamo associato parametri qualitativi o variabili quantitative ritenuti indicativi di un fattore di qualità (indicatore).
Infine abbiamo formulato, per la variabili quantitative, opportuni standard che consentono la verifica dell'indicatore posto. Infatti il "valore atteso" è il valore dello standard che ci siamo prefissati di raggiungere e superare, mentre il "valore misurato" è il valore dello standard che andremo a monitorare periodicamente. Se il "valore misurato" sarà uguale o maggiore allo Standard di qualità (valore atteso) allora l'obiettivo di mantenimento / miglioramento della qualità sarà raggiunto.
I nostri standard sono periodicamente rivisti e valutati in occasione del Riesame annuale da parte della direzione. In tale sede sono anche intraprese le opportune azioni per il miglioramento dei nostri servizi al fine di rispondere sempre di più alle esigenze dei nostri Utenti.

3.2. STANDARD GENERALI E SPECIFICI SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI E STRUMENTI DI VERIFICA

Nella tabella che segue vengono illustrati gli obiettivi per la qualità, con i relativi standard che l'Organizzazione si impegna a perseguire, rispettare e verificare costantemente, allo scopo di migliorare il livello qualitativo del Servizio.
Riportiamo di seguito:
1. indicatori, verificabili tramite standard, rispetto a specifici aspetti del servizio.
2. impegni che esprimono una garanzia rispetto a specifici aspetti del servizio.
3. Strumenti di verifica per il rispetto degli standard
Non si riportano i valori misurati per l'anno 2020 in quanto l'Organizzazione ha iniziato da settembre il percorso di adeguamento alla ISO 9001.

obiettivi di qualità	**Indicatore di qualità**	**Standard di qualità Anno: 2021**		**Strumenti verifica**	**Cadenza rilevazione**
		Valore atteso	**Valore misurato**		
1. Semplicità di prenotazione	Esistenza di un numero telefonico di prenotazione attivo Esistenza di una mail di prenotazione	1 1	1 1	verifica documentale	Annuale
2. Informazione e orientamento	Nr di Carta Servizio o regolamenti interni rilasciati agli utenti che lo richiedono	99%	100%	verifica documentale	Annuale
3. Gradimento del servizio	Media dei questionari di gradimento distribuiti agli utenti	3	4	*questionario*	Annuale
	% dei questionari con risposte positive (≥3)	>80%	90%	*questionario*	Annuale
4. Soddisfazione degli operatori	Media dei questionari di gradimento distribuiti agli operatori	3	4	*questionario*	Annuale
	% dei questionari con risposte positive (≥3)	>80%	90%	*questionario*	Annuale
5. Gestione reclami servizio	Nr reclami pervenuti annualmente da parte di utenti e servizi	5	0	verifica documentale	Annuale
6. Mantenimento delle condizioni di rischio clinico ottimali	Nr di eventi avversi / Nr totale di prestazioni	<1%	0%	verifica documentale	Annuale
7. Controllo dei near miss	Nr di Near miss / Nr totale di prestazioni	<1%	0%	verifica documentale	Annuale
8. Miglioramento della qualità delle prestazioni di laboratorio dall'accettazione all'erogazione del servizio	Nr di disservizi / nr prestazioni totali	<1%	0%	verifica documentale	Annuale
9. Miglioramento della fase pre-analitica	Tempo medio (in gg) per eseguire l'esame (tempo dal momento della prenotazione al momento dell'esecuzione dell'esame)	10	5	verifica documentale	Annuale

obiettivi di qualità	Indicatore di qualità	Standard di qualità Anno: 2021		Strumenti verifica	Cadenza rilevazione
		Valore atteso	Valore misurato		
10. Miglioramento della fase pre-analitica	NR utenti che non hanno eseguite correttamente le preparazioni / Nr di prestazioni che richiedono la preparazione	2%	1%	verifica documentale	Annuale
11. Miglioramento della fase pre-analitica	N. di campioni con irregolarità/ Nr totale di prestazioni	2%	1%	verifica documentale	Annuale
12. Miglioramento della fase analitica - CQI	N. di risultati non accettabili nel CQI/ Nr totale di prestazioni	2%	1%	verifica documentale	Annuale
13. Miglioramento della fase analitica - VEQ	N. di prestazioni non accettabili segnalate nella VEQ per anno/N. totale di prestazioni di VEQ per anno	2%	1%	verifica documentale	Annuale
14. Miglioramento della fase post analitica – tempi di consegna	NR DI PRESTAZIONI REFERTATE IN RITARDO / NR PRESTAZIONI TOTALI.		1%	verifica documentale	Annuale
15. Miglioramento della fase post analitica – tempi di consegna	N. di chiarimenti richiesti per incomprensioni del referto / N di prestazioni totali	2%	1%	verifica documentale	Annuale
16. Miglioramento gestione dei reagenti e delle apparecchiature	Nr di reagenti – prodotti scaduti / N di controlli scadenze su reagenti	1%	0%	verifica documentale	Annuale
17. Miglioramento gestione dei reagenti e delle apparecchiature	N manutenzioni eseguite sulle apparecchiature / N manutenzioni programmate totali	100%	100%	verifica documentale	Annuale

3.3. IMPEGNI PROGRAMMATICI SULLA QUALITÀ DEL SERVIZIO

L'Organizzazione si impegna a rispettare la **politica della qualità** riportata al punto 1.6 e garantisce a tutti gli utenti

- elevata semplicità di prenotazione
- un'alta Informazione e orientamento dell'utente
- una riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni
- Mantenimento delle condizioni di rischio clinico ottimali
- Controllo dei near miss
- Miglioramento della qualità nella fase di accettazione
- Miglioramento della qualità nella fase di erogazione
- un aumento del Gradimento del servizio
- un aumento del grado di Soddisfazione degli operatori
- una costante formazione degli operatori
- una pronta gestione reclami servizio

- un'elevata Professionalità degli operatori

Inoltre l'Organizzazione impegna ad attivare la prenotazione online ed attivare ulteriori prestazioni specialistiche.

4. MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

4.1. MODALITÀ DI PRESENTAZION DEI RECLAMI

La struttura garantisce la tutela nei confronti dell'utente anche attraverso la possibilità per quest'ultimo, di sporge reclamo a seguito del disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.
L'utente, a seguito di disservizi, o di mancata fruizione dei servizi per negligenza e/o responsabilità del personale in servizio, od anche per carenze strutturali, potrà sporgere osservazioni, o reclamo scritto tramite il Responsabile Accettazione della struttura, utilizzando l'apposito modulo "segnalazione e reclami" allegato alla presente CARTA DEI SERVIZI o distribuito alla reception o direttamente sul modulo online del sito ufficiale dell'Organizzazione. Non saranno esaminate le segnalazioni anonime. In caso di segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione l'Operatore in Accettazione può fornire immediata risposta all'utente, altrimenti comunica la segnalazione al Direttore Sanitario della struttura. Insieme provvederanno a fornire lettera di risposta all'utente, dopo aver provveduto alle opportune ricerche informative. Il Direttore Sanitario si incontra, inoltre, con gli utenti, su richiesta degli stessi, per avere tutte le informazioni che attengono ai principi di ordine legislativo o mediche.

4.2. VERIFICA DEGLI IMPEGNI ED ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO

4.2.1. RELAZIONE SULLO STATO DEGLI STANDARD

Al termine dell'anno solare, la Direzione provvede con apposita relazione alla Direzione Generale, a sottolineare gli obiettivi raggiunti e le disfunzioni verificate. Nella medesima relazione l'Organizzazione provvede a rendere pubblica la verifica dell'attuazione degli standard dei risultati conseguiti tramite gli strumenti di verifica attraverso la revisione del presente paragrafo della Carta dei Servizi che sarà disponibile agli utenti. In questa relazione vengono parimenti specificati gli interventi e le azioni che si intendono intraprendere per il miglioramento della qualità in relazione ai risultati ottenuti. Utenti e operatori possono

interfacciarsi con i dirigenti per chiedere chiarimenti e approfondimenti, in una sorta di partecipazione con la funzione di un passaggio bilaterale delle informazioni e di consultazione circa la percezione del servizio reso alla cittadinanza.
Al momento le attività sono in fase di monitoraggio e la valutazione sarà eseguita al termine dell'anno precedente.

4.2.2. INDAGINE SUL GRADIMENTO DEGLI UTENTI

La struttura riconosce come suo impegno la verifica delle prestazioni offerte ed il miglioramento dei livelli qualitativi delle stesse, avvalendosi anche della collaborazione degli utenti, attraverso la periodica rilevazione con il "questionario di gradimento dei servizi" allegato alla presente Carta dei Servizi e/o distribuito nelle sale di attesa e alla reception. I risultati saranno resi noti annualmente nella relazione sullo stato degli standard e nella carta dei servizi, nel paragrafo Standard generali e specifici sulla qualità dei servizi.

4.2.3. PROGRAMMI PER L'UMANIZZAZIONE E LA PERSONALIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ

In un'ottica di miglioramento dell'accessibilità e dell'accoglienza, l'Organizzazione ha definito le seguenti spunti di miglioramento per le attività assistenziali e organizzative:

- presenza di idonea indicazione all'esterno e all'interno, tale da favorire l'accessibilità dell'utenza e l'individuazione dei percorsi, in particolare la segnaletica è leggibile anche a distanza, di facile comprensione e protetta da manomissioni.
- Predisposizione di percorsi interni per gli utenti con segnaletica e rampe di accesso per disabili.
- Rilascio di esami strumentali su supporto digitale;
- Possibilità di accedere ad una sezione personale del sito web dal quale scaricare il referto e le immagini;
- Predisposizione di sale di attesa con tutti i confort, come distruttore di bibite, accesso ai bagni sempre puliti e climatizzazione;

La presente Carta dei Servizi è disponibile nelle sale di attesa della struttura e viene consegnata in copia agli utenti che ne fanno richiesta, agli operatori della struttura. Questa carta dei servizi sarà condivisa con associazioni di utenti del territorio ai fini di una compartecipazione degli stessi.

5. DIRITTI E DOVERI DEI PAZIENTI

IL PAZIENTE HA DIRITTO:

- essere assistito e curato con attenzione e premura nel rispetto della dignità umana e dei propri diritti e convinzioni etico-religiose;
- essere sempre individuato con il proprio nome e cognome;
- avere una informazione completa riguardo allo stato di salute, agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti terapeutici a cui sarà sottoposto;
- essere informato sulla possibilità di indagini e trattamenti alternativi anche se eseguibili solo in altre strutture;
- ricevere informazioni complete e comprensibili che gli permettano di esprimere un consenso effettivamente informato prima di essere sottoposto ad indagini diagnostiche o trattamenti terapeutici;
- ottenere che i dati relativi alla propria malattia e ad ogni altra circostanza che lo riguardi rimangano riservati e pertanto comunicati solo a parenti, amici o medici da lui identificati;
- esprimere la propria opinione sulla qualità dei servizi e delle prestazioni, segnalando eventuali disfunzioni per contribuire al miglioramento del servizio, e ad avere un riscontro delle segnalazioni.

IL PAZIENTE HA IL DOVERE:

- collaborare con i medici e il personale di assistenza, fornendo informazioni chiare e precise sulla propria salute, sui precedenti ricoveri e sulle terapie eseguite;
- informare il personale nel caso desideri allontanarsi dal Studio;
- dimostrare rispetto per il lavoro di tutto il personale di assistenza attenendosi alle prescrizioni e utilizzando in maniera appropriata ambienti, attrezzature e arredi della struttura;
- rispettare gli orari di visita per permettere lo svolgimento della normale attività;
- evitare qualsiasi comportamento che possa creare situazioni di disturbo o disagio agli altri pazienti;
- rispettare la normativa relativa al fumo;
- rispettare le regole istituzionali.

6. ALLEGATO I – ELENCO ESAMI

ESAME	TIPO CAMPIONE	VOL – U.M.	METODO UTILIZZATO	PRECAUZIONI	INTERVALLO RIFERIMENTO	INT/EST SERVICE
BRCA 1/2 Screening	SANGUE	2 TUBI SANGUE EDTA (6ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO / SERVICE
BrCA 1/2 Mutazione nota	SANGUE	2 TUBI SANGUE EDTA (6ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
Ricerca mutazione nota	SANGUE	2 TUBI SANGUE EDTA (6ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
NIPT 1° livello Varelli	SANGUE	2 TUBO STRECK (20 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
NIPT 2° livello Varelli	SANGUE	2 TUBO STRECK (20 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
NIPT 3° livello Varelli	SANGUE	2 TUBO STRECK (20 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
NIPT 2° livello Genoma	SANGUE	1 TUBO STRECK (10 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Cariotipo post natale	SANGUE	2 TUBI EPARINA (6ML)	CGH Array	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Fibrosi Cistica	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Fibrosi Cistica (intero gene)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
HPV ricerca	TAMPONE VAGINALE/ANALE/BUCCALE	Thin prep (20 ml)o Papillocheck Sample tube (5ml)	TERMOCICLATORI	ALL 3.1 – 3.2 – 3.3	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
HPV genotipizzazione	TAMPONE VAGINALE/ANALE/BUCCALE	Thin prep (20 ml)o Papillocheck Sample tube (5ml)	REALTIME	ALL 3.1 – 3.2 – 3.3	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
PATOLOGIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI	TAMPONE VAGINALE/ANALE/BUCCALE	Thin prep (20 ml)o Papillocheck Sample tube (5ml)	REALTIME	ALL 3.1 – 3.2 – 3.3	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
VAGINOSI BATTERICHE	TAMPONE VAGINALE/ANALE/BUCCALE	Thin prep (20 ml)o Papillocheck Sample tube (5ml)	REALTIME	ALL 3.1 – 3.2 – 3.3	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO / SERVICE
MUTAZIONI ASSOCIATE AL MYCOPLASMA GENITALIS	TAMPONE VAGINALE/ANALE/BUCCALE	Thin prep (20 ml)o Papillocheck Sample tube (5ml)	REALTIME	ALL 3.1 – 3.2 – 3.3	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO / SERVICE
TROMBOFILIA/ABORTIVITA' RICORRENTE	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
BIOPSIA LIQUIDA mutazione T790M EGFR polmone	SANGUE	2 TUBO STRECK (20 ml)	REALTIME	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
INSTABILITA' MICROSATELLITI DEL COLON	TESSUTO IN PARAFFINA	TESSUTO IN PAREFFINA SU VETRINO	SANGER	TESSUTO IN PARAFFINA	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLE FLUOROPIRIMIDINE	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA AI DERIVATI DEL PLATINO	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALL'IRINOTECANO	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA AI TAXANI	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE screening	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE mutazione nota	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLE STATINE	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO

ESAME	TIPO CAMPIONE	VOL – U.M.	METODO UTILIZZATO	PRECAUZIONI	INTERVALLO RIFERIMENTO	INT/EST SERVICE
MICRODELEZIONE CROMOSOMA Y infertilità maschile	SANGUE	1 TUBO EDTA (3 ml)	REALTIME/REVERSE DOT BLOT	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO / SERVICE
CONSANGUINEITA'	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	2 TUBI EDTA (6 ml) o eSwab Amies Copan	REALTIME	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
MICROBIOTA	FECI	1 contenitore sterile per analisi coprologiche	NGS	FECI	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO / SERVICE
PREDISPOSIZIONE ALLA CELIACHIA	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME /REVERSE DOT BLOT	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SUSCETTIBILITA' ALL'INTOLLERANZA AL LATTOSIO	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME / SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMO DI SENSIBILITA' AL FRUTTOSIO	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AL SALE	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLA CAFFEINA	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALL'ALCOOL	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLE TOSSINE DI COTTURA	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AI CARBOIDRATI	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AI GRASSI	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DEL COLESTEROLO	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DELL'OMOCISTEINA	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DELLA VITAMINA D	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI CORRELATI AGLI ANTIOSSIDANTI/STRESS OSSIDATIVO	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
POLIMORFISMI CORRELATI ALL'INFIAMMAZIONE SISTEMICA	SANGUE O TAMPONE BUCCALE	1 TUBO EDTA (3 ml) O 1 TAMPONE BUCCALE	REALTIME/SANGER	ALL 3.1 – 3.4	PRESENTE / ASSENTE	INTERNO
Food Screen Alimenti	SANGUE	2 TUBI SIERO (12ml)		ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
AutismScreen®	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Distrofia muscolare DMB/DMD (Duchenne-Becker)	SANGUE	LIQUIDO AMNIOTICO O VILLI CORIALI	MULTIPLEX PCR	ALL 3	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Distrofia Muscolare Duchenne/Becker - MLPA Carrier test	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	MLPA	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Pannello Alzheimer	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Malattia di Alzheimer a esordio precoce	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Malattia di Alzheimer (pannello esteso)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Rene Policistico Autosomico Recessivo	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE

ESAME	TIPO CAMPIONE	VOL – U.M.	METODO UTILIZZATO	PRECAUZIONI	INTERVALLO RIFERIMENTO	INT/EST SERVICE
(ARPKD)						
Rene Policistico	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
X Fragile FRAXA	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
FMR1 (FRAXA) Long-range PCR	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	LONG-RANGE PCR	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sordità congenita - Principali mutazioni - gene GJB2 (CX26)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sordità congenita - Intera Regione Codificante - gene GJB2 (CX26)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sordità congenita - Intera Regione Codificante - gene CX30	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sordità Congenite e Sindromiche	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Farmaci antinfiammatori non steroidei	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Pannello risposta ai Farmaci Antidolorifici	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Screening infettivologico di agenti patogeni coinvolti in Parodontite	TAMPONE BUCCALE	TAMPONI BUCCALI	REALTIME/NGS	ALL 3.1	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Ipercolesterolemia Familiare	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Malattia di Parkinson	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Parkinson pannello esteso	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
ONCONEXT TISSUETM 50 geni	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Nutrinext - Risposta Infiammatoria	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	REALTIME/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Atassia di Friedreich	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Colestasi (pannello)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
PNPLA3 - Analisi singola mutazione	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
A1216 - Charcot-Marie-Tooth Disease, Demyelinating, Type 1a; CMT1A	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	MICRO ARRAY CGH	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
A1294 - Charcot Marie Tooth Disease (pannello)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sindrome di KAllmann ed Ipogonadismo ipogonadotropo	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Kallmann Sindrome di (microdelezione Xp22.31)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	MICRO ARRAY CGH	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sensibilità ai SOLFITI	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Esostosi Multipla tipo 1 e 2	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Distrofia dei Coni e dei Bastoncelli	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Cheratoderma Palmoplantare (Pannello)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Sindrome di Behcet	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Trombofila 15	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
SMN1 – ATROFIA	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE /	SERVICE

ESAME	TIPO CAMPIONE	VOL – U.M.	METODO UTILIZZATO	PRECAUZIONI	INTERVALLO RIFERIMENTO	INT/EST SERVICE
MUSCOLO SPINALE					ASSENTE	
RET	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
GJB2 (SORDITA' NEUROSENSORIALE NON SINDROMICA)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Emoglobinopatia -ANEMIA FALCIFORME	SANGUE	3 TUBI EDTA (6 ml)	Cromatografia	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Emoglobinopatia- BETA THALASSEMIA	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	Cromatografia	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Ritardo Mentale (X-Linked)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Ritardo Mentale Non Sindromico (Autosomico Recessivo)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Alex Allergy Explorer	SANGUE	2 TUBI SIERO (12 ml)	DOSAGGIO IG4	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Ematomacrosi	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
HLA B27 Tipizzazione	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
CGH sangue periferico	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	CGH Array	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Tipizzazione Linfocitaria	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	CITOMETRIA A FLUSSO	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Favismo G6PDH	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
HLA I classe (HLA-A, -B, -C)	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
HLA II classe	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS/SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Test di frammentazione DNA liquido seminale	CAMPIONE LIQ. SEM.	LIQUIDO SEMINALE	TEST TUNEL	ALL 3.5	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Emofilia A	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Emofilia B	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Biopsia liquida – tumore polmonare	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
JAK 2 singola mutazione	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
JAK 2 intero esone	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
DEFICIT CYP 21 IDROSSILASI	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	SANGER	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
SINDROME DI GILBERT UGT1A1	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE
Neurofibromatosi	SANGUE	2 TUBI EDTA (6 ml)	NGS	ALL 3.4	PRESENTE / ASSENTE	SERVICE

7. ALLEGATO II - TARIFFARIO

ELENCO DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME PRIVATO

Cod Reg,	Esame	Costo (*)
	BRCA 1/2 Screening	390
	BrCA 1/2 Mutazione nota	100
	NIPT	450/650/800/2000
	HPV ricerca	60
	HPV genotipizzazione	140
	PATOLOGIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI	150
	VAGINOSI BATTERICHE	40
	TROMBOFILIA/ABORTIVITA' RICORRENTE	110
	BIOPSIA LIQUIDA mutazione T790m EGFR polmone	280
	INSTABILITA' MICROSATELLITI DEL COLON	130
	POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLE FLUOROPIRIMIDINE	130
	POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA AI DERIVATI DEL PLATINO	130
	POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALL'IRINOTECANO	130
	POLIMORFISMI PREDITTIVI DI RISPOSTA AI TAXANI	130
	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE screening	550
	IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE mutazione nota	150
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLE STATINE	750
	MICRODELEZIONE CROMOSOMA Y infertilità maschile	140
	CONSANGUINEITA'	150
	MICROBIOTA	300
	PREDISPOSIZIONE ALLA CELIACHIA	105
	POLIMORFISMI DI SUSCETTIBILITA' ALL'INTOLLERANZA AL LATTOSIO	105
	POLIMORFISMO DI SENSIBILITA' AL FRUTTOSIO	105
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AL SALE	105
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLA CAFFEINA	105
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALL'ALCOOL	105
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' ALLE TOSSINE DI COTTURA	110
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AI CARBOIDRATI	110
	POLIMORFISMI DI SENSIBILITA' AI GRASSI	110
	POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DEL COLESTEROLO	110
	POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DELL'OMOCISTEINA	110

	POLIMORFISMI CORRELATI AL METABOLISMO DELLA VITAMINA D	110
	POLIMORFISMI CORRELATI AGLI ANTIOSSIDANTI/STRESS OSSIDATIVO	130
	POLIMORFISMI CORRELATI ALL'INFIAMMAZIONE SISTEMICA	130
	POLIMORFISMI DI SUSCETTIBILITA' ALLA RADIOTERAPIA	80
	SPERMIOCOLTURA	10
	SPERMIOCOLTURA CON ANTIBIOGRAMMA	20

(*) Per il paziente il costo della prestazione è pari alla tariffa libero-professionale

ELENCO DELLE PRESTAZIONI PRENOTABILI TRAMITE CUP

Cod Reg,	Nome Prestazione prenotabili tramite CUP	Note
//	//	//

8. ALLEGATO III - ISTRUZIONI DI PREPARAZIONE AGLI ESAMI

ALL 3.1 - Tampone buccale
Per effettuare correttamente la procedura di raccolta del DNA mediante tampone buccale, è importante ricordare al paziente di:

- Non mangiare
- Non bere
- Non fumare
- Non masticare gomme
- Non lavare i denti

durante l'ora precedente alla raccolta.
Può essere utile un breve risciacquo con acqua naturale a temperatura ambiente prima di procedere allo strofinamento con il tampone. Le modalità di prelievo prevedono di:

- Estrarre il tampone dalla confezione evitando sempre di toccare con le mani la parte in cotone del tampone per evitare contaminazioni
- Strofinare il tampone sulla superficie interna di entrambe le guance per almeno 60 secondi
- Reinserire il tampone all'interno della propria confezione richiudendo accuratamente.
- Il campione così prelevato potrà essere trasportato a temperatura ambiente

ALL 3.2 Tampone vaginale, vulvare, cervicale
Per eseguire correttamente il prelievo si raccomanda di:

- Effettuare il prelievo in periodo non mestruale.
- Astenersi da rapporti sessuali nelle 24 ore che precedono il prelievo.
- Evitare dalla sera precedente l'utilizzo di prodotti per l'igiene intima .
- Sospendere, se possibile, le terapie antibiotiche almeno quattro giorni prima del prelievo.
- Lavare accuratamente i genitali esterni con acqua e sapone.

ALL 3.3 Tampone balano – prepuziale, uretrale
Per eseguire correttamente il prelievo si raccomanda di:
Assicurarsi che il paziente non abbia eseguito una terapia antibiotica nella settimana precedente l'esame o nelle ultime 4 settimane.
Eseguire il tampone almeno due-tre ore dopo l'ultima minzione, anche se sarebbe preferibile effettuarlo al mattino prima della minzione.

ALL 3.4 Prelievo venoso
Il prelievo di sangue per analisi genetiche solitamente non prevede particolari indicazioni quali il digiuno, l'astensione dal caffè o dal fumo eccetto particolari eccezioni.

ALL 3.5. PROCEDURA PER LA RACCOLTA DEL LIQUIDO SEMINALE

- prima della raccolta, si procede con un'accurata toilette e pulizia delle mani, del pene e dei genitali con detergenti specifici che vengono poi asciugati con carta assorbente pulita;
- si deve utilizzare un contenitore con apertura ampia e con sicuro coperchio di chiusura;
- mai toccare l'interno del contenitore e del coperchio con le mani o la punta del pene;
- la raccolta deve essere fatta in ambiente pulito e decoroso senza l'utilizzo di creme o lubrificanti vari;
- tutto il liquido seminale prodotto deve essere attentamente e accuratamente raccolto e subito consegnato alla struttura;
- se sono stati assunti antibiotici, antimicotici o batteriostatici, l'esame deve essere rinviato di 10-15 giorni dalla fine della terapia;
- come per lo spermiogramma bene mantenere un'astinenza sessuale di almeno tre-cinque giorni ed evitare di urinare nelle tre ore che precedono la raccolta.

9. ALLEGATO IV - ISTRUZIONE PER IL CORRETTO TRASPORTO DEL CAMPIONE

Il presente documento descrive la corretta procedura di raccolta/conservazione/trasporto dei campioni biologici dai pazienti alla struttura.
Il paziente deve usate i contenitori adatti per il tipo dimateriale richiesto per l'analisi, come segue nella tabella:

Materiale	**Tipologia di contenitore**
Feci	1 contenitore sterile per analisi coprologiche
Sangue Venoso	Tubi con tappo viola contenente EDTA o Tubi Streck
Tessuto	Vetrini e/o blocchi di tessuto in paraffina
Swab	Tampone buccale con involucro

La struttura può fornire il materiale di raccolta del campione biologico ove necessario.
Istruzione per la raccolta delle feci

1. Non permettere che le feci vengano a contatto con acqua, urine o sangue
2. Aprire il contenitore con paletta per il prelievo delle feci
3. Inserire e raccogliere con la paletta in 3-4 punti diversi delle feci
4. Chiudere il bastoncino nel contenitore, assicurarsi che non vi sia perdita di materiale
5. Inserire il contenitore in una busta di plastica e proteggerlo da eventuali urti
6. Conservare il campione al fresco 4°C-10°C (borsa termica con piastra eutettica) fino alla consegna in struttura

Si consiglia:

- Di prelevare il campione di feci alla prima evacuazione della giornata.
- Svuoti la vescica e tiri lo sciacquone

Istruzioni per la raccolta di sangue
Il prelievo di sangue può essere effettuato in qualsiasi momento della giornata, ma deve giungere in struttura entro 2 ore dal prelievo e deve essere conservato ad una temperatura di 4°C, quindi trasportato in una borsa termica con piastra eutettica.
Istruzioni della raccolta DNA tramite tampone buccale
Procedura di raccolta:

1. Effettuare il lavaggio delle mani prima di utilizzare il tampone, se è possibile indossare un paio di guanti. Non maneggiare campioni di altri soggetti per evitare di contaminarli
2. Estrarre il tampone dal suo involucro tenendolo per il tappo. Il tampone è sigillato, occorre esercitare la forza necessaria per aprire il sigillo adesivo ruotando ed estraendo, quindi sfilarlo dal tubo di plastica.
3. Attenzione! Non toccare la parte in cotone del tampone per evitare la contaminazione!

4. Strofinare il tampone su entrambe le guance, tra guancia e gengiva superiore destra e sinistra ed inferiore destra e sinistra per circa 1 minuto.
5. Alla fine della raccolta maneggiare il tampone accuratamente evitando di toccare con le mani la parte in cotone del tampone, contenente ora il campione da analizzare, per evitare la contaminazione.
6. Inserire il bastoncino nel tubo di plastica, facendo attenzione a non toccare il campione.
7. Chiudere accuratamente il tubo di plastica
8. Scrivere sull'etichetta dell'involucro contenete il tampone i propri dati (nome,cognome, data di nascita e sesso) e la data prelievo
9. Il DNA così raccolto si spedisce a temperatura ambiente.

Si consiglia:

- un breve risciacquo con acqua naturale a temperatura ambiente prima di procedere allo strofinamento con il tampone

ATTENZIONE!
Per effettuare correttamente la procedura di raccolta non invasiva del DNA, mediante tampone buccale, è importante ricordare al paziente di:

- Non mangiare
- Non bere
- Non fumare
- Non masticare gomme
- Non lavare i denti

durante 60 MINUTI precedenti alla raccolta.

Istruzione trasporto tessuto in paraffina

- alloggiare i vetrini all'interno di un contenitore
- assicurarsi che il contenitore primario siaetichettato e ben identificato

Responsabilità della gestione del prelievo

La responsabilità di tutte le fasi operative del processo di gestione dei campioni biologiciconsegnati alla struttura (prelievo/raccolta, conservazione, trasporto e consegna: ovverotutta la fase pre-analitica) è esclusivamente del paziente che ha effettuato ilprelievo/raccolta dei medesimi.

Orario di accettazione del materiale biologico da parte del laboratorio

Il materiale biologico potrà essere accettato con relativo consenso dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 17:00

Criteri di rifiuto del campione biologico da parte del laboratorio

Il Laboratorio potrà non accettare e richiedere la ripetizione del prelievo o della consegna del materiale nei
seguenti casi:

- Campioni visibilmente sporchi, imbrattati di sangue/feci.

- Campioni raccolti in contenitori e/o anticoagulanti non idonei all'analisi.
- Campioni con alterato rapporto sangue/anticoagulante.
- Campioni con materiale in quantità insufficiente per l'analisi.
- Campioni fortemente emolizzati e/o lipemici.
- Campioni non identificati o correttamente etichettati o dubbi.
- Campioni non conformi alle norme di sicurezza.
- Campioni con tempo/temperatura di trasporto/conservazione non idoneo all'esame richiesto.