



Studio Radiologico

Dr. TIRELLI srl

Via Rodi, 43 - Tel. 080/3113411 - Altamura (BA)

DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

(ai sensi del REGOLAMENTO REGIONALE n. 16/2019 e s.m.i.)

Rev.	Data	Descrizione		Preparazione	Approvazione
0	30/12/2007	1 ^a Emissione	Ente/Nome	Tirelli Giuseppe	
			Firma		
1	30/08/2010	Ampliamento prestazioni e personale (DEXA)	Ente/Nome	Tirelli Giuseppe	
			Firma		
2	03/01/2013	Ampliamento prestazioni (RM Artoscan)	Ente/Nome	Tirelli Antonio	
			Firma		
3	14/03/2016	Ampliamento prestazioni e personale (Mammografia)	Ente/Nome	Tirelli Antonio	
			Firma		
4	20/01/2020 <i>(attuale)</i>	Variazioni apparecchiature e personale	Ente/Nome	Tirelli Antonio	
			Firma		
5			Ente/Nome		
			Firma		
6			Ente/Nome		
			Firma		



Il presente Documento di Organizzazione Aziendale (DOA) ha il precipuo obiettivo di indicare, per ciascun aspetto organizzativo richiesto dal Regolamento Regionale n.16 del 23/07/2019, nonché dalla Sezione “A” del Regolamento Regionale n.3/2005, così come successivamente modificato ed integrato dal Regolamento Regionale n.3/2010, i REQUISITI GENERALI posseduti dalla Struttura Sanitaria denominata “Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. TIRELLI S.r.l., con sede legale in Altamura (BA), alla Via Rodi n°43, per il mantenimento dell’accreditamento istituzionale ai sensi del Capo III della L.R. n.8/2004 e sue successive modifiche integrative.

Esso indica i REQUISITI GENERALI relativi ai seguenti aspetti, così suddivisi:

A.01 REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

A.01.01 POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITÀ;

A.01.02 STRUTTURA ORGANIZZATIVA;

A.01.03 GESTIONE DELLE RISORSE UMANE;

A.01.04 GESTIONE DELLE RISORSE STRUTTURALI;

A.01.05 GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE;

A.01.06 GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ, LINEE GUIDA E REGOLAMENTI INTERNI DELLE RISORSE TECNOLOGICHE;

A.01.07 SISTEMA INFORMATIVO;

A.01.08 DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL’UTENZA E CARTA DEI SERVIZI SANITARI;

A.02 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

~



A.01 REQUISITI ORGANIZZATIVI GENERALI

A.01.01 POLITICA, OBIETTIVI ED ATTIVITA'

01 Responsabilità della Direzione.

La Struttura “Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli Srl” con cadenza annuale e subordinatamente:

- all'applicazione da parte dell'amministrazione sanitaria regionale dei criteri e delle modalità di applicazione per l'erogazione del tetto di spesa ad ogni singola struttura istituzionalmente accreditata a livello regionale (cfr. DGR n.2990/2011- DIEF);
- alla effettiva ripartizione annuale da parte del Direttore Generale della ASI del fondo unico regionale da destinare alla remunerazione per le prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale dalla strutture istituzionalmente accreditate nell'ambito territoriale della Asl-BA per la Branca di Radiodiagnostica e Medicina Nucleare;
- alla sottoscrizione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8 *quinques* del D.Lgs n.502/1992;

provvede:

- nell'ambito del *budget* riconosciute o tetto massimo di remunerazione delle prestazioni specialistiche contrattualizzate, alla definizione e programmazione del piano annuale delle prestazioni da erogarsi verso i residenti della Puglia garantendo: la regolare e continua erogazione delle prestazioni per ogni mese dell'anno, l'accesso alle prestazioni ad ogni cittadino, il rispetto integrale della disciplina di gestione delle liste d'attesa con il collegamento del proprio sistema informativo con quello regionale ed aziendale (ASL) e con il collegamento al Centro Unico di Prenotazioni regionale ed aziendale (CUP), la utilizzazione del tetto annuale di spesa riconosciute suddiviso per dodicesimi e per gli scostamenti non superiori al 10% l'adeguamento della propria produzione nei due mesi successivi, con riallineamento alla scadenza dei quadrimestri;
- al di fuori del *budget* riconosciute o tetto massimo di remunerazione delle prestazioni specialistiche contrattualizzate, alla definizione e programmazione del piano annuale delle prestazioni da erogarsi verso persone residenti in altre regioni d'Italia e/o in Paesi della Unione Europea e/o Extracomunitario le quali, saranno contabilizzate con l'applicazione delle tariffe vigenti nella Regione Puglia, nel rispetto del testo unico per la regolazione tra le Regioni delle prestazioni di natura sanitaria o delle disposizioni Comunitarie e/o dei Trattati regolanti la materia;
- al di fuori del *budget* contrattualizzato le prestazioni da erogare nei confronti dei soggetti solventi (in ragione della loro esiguità numerica), verranno effettuate in aggiunta a quelle programmate con le Agende CUP.



02 Documentazione della Organizzazione.

La Struttura “Studio Radiologico e Fisioterapico DR. Tirelli Srl” ha elaborato la “**Carta dei Servizi**” (cfr. allegato 1), cui si rimanda considerandolo parte integrante del presente documento, che esplicita, tra l’altro, l’organizzazione interna generale, con particolare riferimento a:

1. Presentazione dell’azienda e principi fondamentali - “Mission”

- **Cenni storici**
- **Fini istituzionali e principi fondamentali**

2. Informazioni sulla struttura e sui servizi offerti

- **Attività ed orari**
- **Informazioni legali e Certificazioni**
- **Prestazioni**
- **Personale**
- **Organigramma Funzionale e Nominativo**
- **Struttura, Ubicazione ed Accessibilità**
- **Modalità di accesso ai servizi**
 - Prenotazione**
 - Accettazione - Accesso alla Sala del Magnete**
 - Pagamento del ticket - Esenzioni**
 - Ritiro dei referti diagnostici**
 - Disdetta appuntamenti**
 - Per i cittadini stranieri**
 - Reclami**
- **Consenso ai trattamenti**
 - Il “consenso informato”**
 - Privacy**
 - Esami invasivi e/o utilizzo di m.d.c**
 - Gravidanza**
- **Attrezzature**

3. Qualità dei servizi - Indicatori

- **Informazione agli utenti**
- **Accoglienza**
- **Umanizzazione**
- **Prenotazioni e Tempi di attesa**
- **Soddisfazione della clientela e Gestione reclami-disservizi**
- **Relazione annuale sullo stato degli standard**

4. Ascolto, tutela e cooperazione dei cittadini

- **Diritti dei pazienti**
- **Doveri dei Pazienti**
- **Strumenti di ascolto**

5. Tariffario delle prestazioni

Le prestazioni sono eseguite tutte direttamente all’interno dello Studio e non è prevista alcuna cessione a terzi.



03 Documentazione del coordinamento.

E' adottato un documento sintetico del coordinamento delle attività amministrative e professionali presenti nella struttura, con definizione delle relative Agende di Attività (CUP) per il coordinamento con il livelli istituzionale ASL : **“Quadro Sinottico Attività”** (cfr. allegato 2).

04 Documentazione della Verifica.

In considerazione delle dimensioni della struttura e delle sua subordinazione al *budget* di attività imposto contrattualmente dalle Amministrazioni Sanitarie del territorio (Regione Puglia- ASL), il Responsabile Sanitario, con cadenza mensile riunisce il personale Sanitario ed Amministrativo per analizzare il raggiungimento del *budget* mensile, individuare eventuali azioni correttive per una più efficiente modulazione delle prestazioni nella proiezione mensile di ciascuna agenda - **“Agende Mensili”** (cfr. allegato 3).

La direzione della Struttura prevede riunioni annuali nelle quali illustra a dipendenti e collaboratori l'andamento aziendale.

Sono presi in considerazione i seguenti documenti e dati:

- analisi del livello di soddisfazione della clientela;
- analisi di reclami e non conformità registrate;
- risultato di azioni preventive/correttive;
- andamento degli obiettivi aziendali e della politica della qualità;
- modifiche da attuare (in relazione a nuove tecnologie, disposizioni legislative, esigenze economiche);
- opportunità di miglioramento.

Se necessario sono fissati nuovi obiettivi ed i criteri adottati dallo Studio per il loro conseguimento con elaborazione della relativa documentazione - **“Relazione Annuale Soddisfazione clientela e Gestione reclami-disservizi ed eventi avversi”** (cfr. allegato 4). Vedi anche al punto A.01.06.

05 Piano di lavoro della Direzione.

La tipologia ed il volume di attività previste sono definite con provvedimento dalla Direzione Generale ASL, in seguito alla distribuzione del tetto massimo di remunerazione delle prestazioni per la specifica branca di Radiodiagnostica, nonché in seguito alla sottoscrizione degli accordi contrattuali.

La Direzione della struttura definisce il piano di lavoro che comprende la tipologia e il volume di attività previste, corrispondenti al *budget* assegnato, e la relativa organizzazione per le singole prestazioni - **“Piano Organizzativo Prestazioni”** (cfr. allegato 5), comprensivo di dettagliata distribuzione delle prestazioni previste per le diverse Sale Diagnostiche e le relative Equipe.



La Direzione predispone materiale informativo a disposizione dell'utenza, che specifichi tipologia delle prestazioni erogate, operatori responsabili delle prestazioni, orari, costi, ecc. (vedi A.01.08)

A tal fine lo Studio ha elaborato la “Carta dei Servizi”, anche in versione sintetica sotto forma di piccolo opuscolo pieghevole di rapida consultazione, in distribuzione gratuita presso la Segreteria, le sedi CUP territoriali, gli studi di Medicina Generale e di Pediatria, le Farmacie - “**Sintesi Carta Servizi**” (cfr. allegato 6).

A.01.02 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

01 Definizione della struttura organizzativa.

La struttura “Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli s.r.l.”, eroga prestazioni di prevenzione e diagnosi in campo Radiologico, Ecografico, Densitometria e Risonanza Magnetica Settoriale e Senologia.

Le prestazioni di Radiologia sono svolte dal Medico specialista in Radiologia e dal Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM);

Le prestazioni di Ecografia dal Medico specialista in Radiologia o dal Medico specialista in Ginecologia o dal Medico Specialista in Chirurgia Vascolare;

Le prestazioni di Densitometria, di Risonanza Magnetica Articolare e Senologia (Mammografia) sono svolte dal Medico specialista in Radiologia e dal Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM);

L'Amministratore remunera le suddette figure professionali secondo i relativi contratti conformi alle normative vigenti.

02 Accreditamento delle metodiche.

Tutte le attività cliniche dello Studio sono caratterizzate da un approccio professionale che assuma le valenze positive della *Evidence Based Medicine* (EBM), trasferendo in modo critico nella realtà dello Studio il contenuto di linee guida e *standard* nazionali e internazionali, come ad esempio quelle emanate dalla **Società Italiana di Radiologia Medica** (SIRM), oltre che da protocolli e linee guida interne elaborate e aggiornate costantemente dalla Direzione e condivise da tutti gli operatori (cfr. Protocolli e Linee Guida, al punto A.01.06).

03 Accesso.

La Direzione della Struttura ha adottato le procedure per l'accesso alle prestazioni, riportate anche nella “**Carta Servizi**” (cfr. allegato 1).

In particolare sono specificate le modalità di:

- Prenotazione alla prima data disponibile nella relativa Agenda
- presso la Segreteria della nostra sede



- telefonicamente, da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 12.00
 - tramite il CUP della ASL-BA
 - prenotazioni on-line sul ns. sito (www.studioradiologicotirelli.it)
- Accettazione
 - Pagamento del ticket - Esenzioni
 - Ritiro dei referti diagnostici
 - Disdetta appuntamenti
 - Modalità per i cittadini stranieri

04 Continuità.

La struttura “Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli s.r.l.”, eroga prestazioni ambulatoriali durante l’apertura al pubblico dal Lunedì al Sabato, nelle ore antimeridiane e pomeridiane.

E’ assicurata la continuità e regolarità delle prestazioni fornite dagli operatori, senza interruzioni nello spazio e nel tempo.

Lo Studio si impegna a rispettare gli orari di apertura portati a conoscenza del pubblico ed informare tempestivamente i pazienti prenotati nel caso che motivi di forza maggiore richiedano sospensioni temporanee dei servizi.

La presenza in organico di personale specializzato interscambiabile (3 Medici Radiologi, 2 Tecnici di Radiologia, 3 Medici Ecografisti) e di apparecchiature ridondanti (2 Ecografi, 3 Gruppi Radiologici) consente di affrontare eventi imprevisti organizzativi e/o tecnologici.

05 Procedure amministrative.

La Direzione della struttura osserva le procedure amministrative generali per il singolo presidio e per struttura organizzativa.

06 Procedure per la gestione delle informazioni sanitarie.

La Direzione della struttura definisce le procedure relative alla redazione dei documenti comprovanti l’attività sanitaria (referto).

I referti sono dattiloscritti su carta intestata e riportano timbro e firma dell’operatore principale e/o del Medico responsabile.

Essi vengono di norma consegnati nello stesso giorno di esecuzione delle singole prestazioni di Ecografia e Senologia (al massimo entro 1 ora). I referti degli esami che richiedono una successiva fase di elaborazione e stampa delle immagini (Radiologia, Densitometria e Risonanza Magnetica), vengono di norma messi a disposizione dopo 2-3 giorni lavorativi.



Dopo tale giorno è possibile ritirare i referti negli orari di apertura della Segreteria, personalmente o da soggetti muniti dell'apposita delega consegnata al momento dell'esame. Tali modalità di compilazione e consegna dei referti sono esplicitate anche nella "Carta dei Servizi".

La documentazione iconografica (lastre, pellicole fotografiche) viene consegnata integralmente al paziente, il quale in seguito al ritiro sottoscrive apposito registro (vedi anche al punto A.01.06.07), mentre copia del referto viene archiviata su supporto elettronico.

Per ciascun utente è compilata una cartella o scheda su supporto informatico, in cui sono riportati i dati anagrafici e quelli relativi alle attività cliniche effettuati nel corso del primo accesso e degli eventuali controlli successivi.

07 Riconoscibilità degli operatori.

Tutto il personale Medico, Paramedico e Amministrativo, indossa il camice bianco ed è munito di apposito cartellino di riconoscimento completo delle proprie generalità e qualifica posseduta (cfr. allegato 7).

A.01.03 GESTIONE RISORSE UMANE

01 Fabbisogno.

La Direzione della Struttura "Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli Srl", in rapporto al volume e alla tipologia delle prestazioni da erogare, così come definiti negli accordi contrattuali annuali con la Direzione Generale ASL, ha definito il fabbisogno di personale per garantire correttamente l'espletamento di ogni attività. Applicando i modelli di calcolo dei carichi di lavoro elaborati e pubblicati dalla Società Italiana di Radiologia Medica (SIRM), è possibile ricavare il dato di Produttività del singolo Medico e Tecnico, espressa in prestazioni/ora per ciascuna tipologia di prestazioni. Applicando a ritroso tale dato si è calcolato, essendo noto il numero di prestazioni previste per l'anno contrattualizzato, il numero di ore totali annue per ciascuna figura professionale coinvolta nel processo produttivo, necessario per svolgere quel dato volume di attività; ne discende che il fabbisogno di personale Medico e Paramedico è commisurato Volume di attività attribuito dalla Direzione ASL e viene rivalutato di regola annualmente, in rapporto al variare delle quantità prestazionali previste.

Allo stato attuale l'organico, congruo in rapporto al volume ed alla tipologia delle prestazioni, è dato da:

- n.1 Medico Specialista in Radiologia a tempo pieno nella posizione funzionale di Responsabile Sanitario della struttura;
- n.2 Medici Specialisti in Radiologia a tempo parziale nella posizione funzionale di Dirigenti Medici;
- n.2 Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - TSRM (1 a tempo pieno, 1 a tempo parziale);
- n.2 Consulenti ecografisti Specialisti in Chirurgia Vascolare e Senologia;
- n.1 Amministrativo Responsabile a tempo pieno;



- n.2 Amministrativo a tempo parziale;
- n.1 Infermiere Professionale a contratto a prestazione.

Si vedano in dettaglio l' "Elenco del Personale" e l' "Organigramma Funzionale e Nominativo" (cfr. allegati 8 a,b).

02 Qualificazione.

Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente per le relative prestazioni di competenza.

I medici responsabili dell'area radiologica sono in possesso della specifica Specializzazione in Radiologia e Diagnostica per Immagini.

Il personale Tecnico di Radiologia responsabile dell'esecuzione materiale dell'esame è in possesso del relativo titolo di Specialista in Tecniche Radiologiche.

I consulenti ecografisti sono in possesso della Specializzazione ciascuno per l'area di competenza in "Ginecologia ed Ostetricia" ed in "Chirurgia Vascolare".

L'infermiere è titolare di diploma di infermiere professionale.

Gli amministrativi sono in possesso di titolo di scuola media superiore.

Tutto il personale medico, paramedico ed amministrativo opera in regime di compatibilità non essendo alle dipendenze del S.S.N. e non sussistendo motivi di incompatibilità alcuna, secondo le normative vigenti (cfr. allegato 9 - "Dichiarazione di responsabilità del Personale").

03 Formazione-aggiornamento.

Il Direttore dello Studio è responsabile della formazione del personale. E' garantita per ciascuna categoria e qualifica una formazione coerente con gli specifici contenuti disciplinari e professionali.

Nel caso di acquisizione di nuove tecnologie e/o di introduzione di metodiche innovative viene svolto il preventivo aggiornamento rivolto al personale interessato al loro utilizzo/applicazione.

Tutto il personale sanitario Medico e Paramedico si adegua ai requisiti normativi per quanto riguarda l'aggiornamento professionale previsto nel programma di Educazione Continua in Medicina (ECM), con l'acquisizione dei punteggi richiesti nella disciplina di appartenenza (cfr. allegato 10 - "Piano di Formazione ECM").

Il personale amministrativo partecipa annualmente a corsi di formazione remunerati dalla stessa struttura.

E' pertanto predisposto un piano di formazione-aggiornamento del personale a valenza annuale.

04 Incentivazione.

Gli obiettivi per il miglioramento della qualità sono individuati nella "Carta dei Servizi" (vedi in A.01.06 al punto n. 4) e si intendono integralmente richiamati.

La subordinazione ad un *budget* annuale (variabile) della Struttura impone che i medici



specialisti siano retribuiti con il sistema della “consulenza” che di per sé è un meccanismo di incentivazione.

Difatti solo i professionisti che garantiscano il raggiungimento degli obiettivi di miglioramento della qualità percepita dall’utente finale, possono ambire a vedere confermate od aumentate il numero delle consulenze da eseguire all’interno della struttura, con evidente beneficio economico.

Anche il personale dipendente è coinvolto nel raggiungimento degli obiettivi di qualità, e sono riconosciuti gli incentivi economici previsti dal CCNL di riferimento.

Vengono eseguite rilevazioni periodiche della soddisfazioni degli operatori (cfr. allegato 11 **“Questionario di Soddisfazione interno”**).

La Direzione adotta una elaborata **“Scheda di Valutazione”** (cfr. allegato 12) per il monitoraggio di ogni aspetto riguardante le attività professionali di ciascun operatore sanitario.

A.01.04 GESTIONE RISORSE STRUTTURALI

01 Piano per la manutenzione delle opere civili e impiantistiche.

E’ adottato un piano di manutenzione programmata della struttura e delle opere impiantistiche, comprese degli impianti di sicurezza, il cui responsabile è il Rappresentante legale (cfr. allegato 13 **“Piano Manutenzione Opere civili e Impiantistiche”**).

Tale piano è elaborato in maniera da descrivere l’intervento di manutenzione da attuare, la periodicità dello stesso, le date di esecuzione ed il soggetto intervenuto, il relativo costo ed eventuali note.

A.01.05 GESTIONE RISORSE TECNOLOGICHE

01 Programmazione degli acquisti delle apparecchiature e dei dispositivi biomedici

In considerazione della primaria e semplice organizzazione della Struttura, le apparecchiature biomediche ed i dispositivi medici sono costantemente monitorate nel loro stato di efficienza e di aggiornamento tecnologico dalla direzione che ne programma la loro eventuale sostituzione in rapporto al grado di obsolescenza o in riferimento alla disponibilità sul mercato di nuove tecnologie, oltre che in rapporto alle disponibilità e riserve economiche.

Il personale tecnico ed amministrativo addetto provvede alla verifica delle scorte del materiale di consumo delle apparecchiature e ne programma l’approvvigionamento in maniera tale che tutte le attività possano essere eseguite senza mai riceverne nocumento o ritardo alcuno.

02 Procedure d'acquisto delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici.

Sono soggette ad acquisto quelle apparecchiature biomediche e quei dispositivi medici che possono essere utilizzate anche in regime di accreditamento, mentre sono programmati a



lungo termine eventuali acquisti di apparecchiature che per dimensioni e costi sono soggette a normativa più restrittiva anche per quanto attiene il regime di autorizzazione (si vedano le “Grandi macchine” TAC/RM total body che nel territorio della Puglia sono a numero chiuso).

03 Inventario delle apparecchiature biomediche.

E' predisposto l'inventario delle apparecchiature in dotazione, completo per ogni apparecchio di informazioni relative a:

- Marca, Modello, Tipologia, Produttore, Anno di costruzione, Data e Valore di acquisto, Numero di Matricola, Marchio CE, Codice CIVAB, Stato d'Uso, Manutenzione (cfr. allegato 14 “**Inventario Apparecchiature Specifiche**”);

Per ciascun apparecchio biomedico in dotazione sono effettuate le Verifiche di Sicurezza Elettrica delle Apparecchiature Elettromedicali previste dalla norma EN 62353 (CEI - 62-148);

Ogni apparecchio è dotato del manuale d'uso e della manutenzione in formato cartaceo o elettronico.

04 Piano di manutenzione delle apparecchiature biomediche.

La Struttura ha predisposto un piano di manutenzione (ordinaria e straordinaria) di tutte le apparecchiature biomediche (cfr. allegato 15 - “**Piano Manutenzione apparecchiature**”), secondo le seguenti modalità:

- Manutenzione ordinaria (preventiva): uso, gestione ordinaria e quotidiana, regole base di sicurezza, pulizia, conservazione in efficienza, revisione periodica e programmata, sostituzione periodica e prevista di dispositivi o parti di essi, verifiche elettriche, ecc;
- Manutenzione straordinaria (correttiva): gestione di situazioni imprevedibili o non programmabili, al fine di rendere realmente operativo in modo rapido e sicuro il servizio

05 Documentazione interventi di manutenzione straordinaria e Verifiche periodiche.

I manuali delle apparecchiature sono conservati in luogo idoneo e accessibile al personale preposto al suo utilizzo.

Per ciascun apparecchio è prevista una “**Scheda di Pianificazione Manutenzioni**” (cfr. allegato 16a), su cui sono descritti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria previsti.

A tal fine è redatto apposito documento di registrazione degli interventi di manutenzioni per ciascuna apparecchiatura (cfr. allegati 16 b,c - “**Scheda di registrazione della manutenzione ordinaria e straordinaria**”).

Inoltre gli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti sono sottoposti periodicamente alle Verifiche da parte dell'Esperto qualificato della Radioprotezione, ai sensi della normativa di cui al D.lgs. 230/95, nonché ai Controlli di Qualità annuali: di tali procedure è prodotta specifica documentazione.



Verifiche periodiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi (impianto di terra) sono condotte e documentate secondo le modalità previste ed indicate dalle norme CEI 64-4 e 64-8 da un organismo notificato, con redazione dei relativi verbali che fanno parte integrante del documento di valutazione dei rischi aziendale.

06 Programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo delle apparecchiature biomediche.

Deve essere documentato un programma di aggiornamento del personale medico e non medico sull'utilizzo sicuro ed appropriato delle apparecchiature biomediche. Tale programma di aggiornamento deve fare riferimento sia a singole apparecchiature installate che a problematiche di carattere generale nel campo delle tecnologie biomediche. Il programma di aggiornamento deve essere funzionalmente integrato con il normale addestramento all'uso di nuove apparecchiature.

Il programma di aggiornamento deve essere reso noto a tutti i livelli operativi e deve essere strutturato per soddisfare i bisogni di tutte le figure professionali operanti con le apparecchiature biomediche.

07 Esistenza di un responsabile per l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

La Direzione deve provvedere a nominare un responsabile, affinché in ogni presidio, anche non dotato di un Servizio di Ingegneria Clinica, sia garantito l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche. A tale responsabile deve essere assegnato il compito di sovrintendere a tutte le attività connesse alla gestione delle apparecchiature biomediche.

La manutenzione delle apparecchiature può essere demandata ad un servizio esterno.

08 Organizzazione e gestione della sicurezza.

La Struttura opera in conformità a quelle che sono le leggi e le disposizioni cogenti in materia di sicurezza ed igiene sul lavoro ed è sempre pronta a recepire dal personale interessato suggerimenti per migliorare l'ambiente di lavoro in modo che fattori umani e fisici possano armonizzarsi al meglio.

Sono state definite disposizioni interne, istruzioni e procedure che garantiscano:

- Le condizioni necessarie per una corretta erogazione della prestazione
- L'igiene degli ambienti
- Le condizioni di sicurezza degli operatori
- Le condizioni di sicurezza dei pazienti
- La protezione dalle radiazioni ionizzanti
- Condizioni adeguate dell'ambiente in relazione a rumore, temperatura, inquinamento
 - formazione e informazione dei dipendenti su sicurezza, prevenzione infortuni e sull'impiego dei dispositivi personali di protezione;



- coinvolgimento di tutto il personale affinché sia consapevole della rilevanza delle proprie attività e del proprio contributo per il raggiungimento degli obiettivi

Il direttore garantisce l'uso sicuro, appropriato ed economico delle apparecchiature biomediche.

Prima di eseguire l'indagine diagnostica richiesta, il medico specialista ne valuta la sua giustificazione e l'appropriatezza (D.L. 230/95, art .111).

Per una più dettagliata conoscenza della organizzazione e gestione della sicurezza si rimanda al "**Documento di Valutazione dei Rischi**", redatto ai sensi D.Lgs 81/08.

09 Servizio tecnico.

Le strutture ospedaliere e le case di cura private che erogano prestazioni in regime di ricovero devono dotarsi di un Servizio Tecnico interno o esterno alla struttura.

10 Dotazioni minime.

Deve essere garantita la presenza, il funzionamento e l'utilizzazione degli apparecchi vitali (definiti come quelli al cui funzionamento è affidata la vita del paziente e indicati in apposito elenco in riferimento al livello organizzativo dell'azienda) anche in caso di guasto prolungato, mediante sostituzione con altro apparecchio o analoga procedura.

11 Verifiche periodiche.

Lo stato di sicurezza delle apparecchiature secondo le norme in vigore deve essere documentato e reso noto ai diversi livelli operativi attraverso l'esito delle verifiche periodiche di sicurezza e gli eventuali adeguamenti effettuati. Dell'eventuale procedura deve essere prodotta una specifica documentazione.

Devono essere periodicamente eseguite e documentate prove strumentali sul funzionamento dei principali apparecchi biomedici utilizzati in condizioni critiche (ad esempio: ventilatori polmonari, apparecchi di anestesia, pompe d'infusione, defibrillatori, elettrobisturi, ecc.) e degli apparecchi che erogano radiazioni ionizzanti e che sono impiegati per la rilevazione di radiazioni ionizzanti al fine di verificarne la taratura delle principali funzioni.

12 Collaudo di sicurezza.

Deve essere effettuato il collaudo tecnico di sicurezza ad ogni nuova acquisizione di apparecchi biomedici.

13 Verifiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi.



Deve essere predisposto un piano per le verifiche periodiche di sicurezza degli impianti elettrici fissi a servizio delle strutture. Dette verifiche devono essere condotte e documentate secondo le modalità previste ed indicate dalle norme CEI 64-4 e 64-8 con l'obbligo di redazione e mantenimento dei relativi registri che dovranno essere tenuti a disposizione per le attività ispettive da parte degli organi competenti.

14 Prevenzione dei rischi biologici.

E' garantita la prevenzione dei rischi biologici:

- oltre l'applicazione delle disposizioni di cui al D. Lgs. 626/94 e norme successive in ogni struttura sanitaria deve essere istituita una procedura scritta per la notifica e la sorveglianza delle esposizioni professionali a materiale biologico che possano essere fonte di infezioni, allergie e intossicazioni, anche per quanto riguarda incidenti che si verificassero nelle ore notturne e nei giorni festivi, con particolare riferimento alla esposizione di fattori di rischio di cui ai gruppi 3 e 4 dell'Allegato 12 del D. Lgs. 626/94;
- al personale sanitario e al personale esposto ad agenti biologici sono proposte e somministrate gratuitamente le vaccinazioni utili alla prevenzione delle patologie trasmissibili con modalità' legate alla attività professionale;
- devono essere previsti appositi protocolli di isolamento modulari per i pazienti con patologie contagiose o potenzialmente tali;
- le procedure per la protezione dagli incidenti per esposizione a materiali biologici devono essere previste anche per coloro che partecipano a vario titolo alla effettuazione di attività' assistenziali o di supporto alla attività assistenziale (accompagnatori al parto, assistenza in ricovero pediatrico, trattamento in dialisi domiciliare, dialisi, ospedalizzazione a domicilio).

15 Prevenzione degli altri rischi.

Saranno altresì descritti e rispettati i protocolli di sicurezza contro i rischi di tipo diverso (elettrico, radiazioni, urti, tagli eccetera).

16 Controllo delle infezioni ospedaliere.

E' attivata la sorveglianza ed il controllo delle infezioni ospedaliere con la individuazione delle figure professionali responsabili e l'adozione di protocolli tecnici di sorveglianza e di controllo; l'attività di sorveglianza e di controllo è documentata con rapporti semestrali oggettivati mediante la formulazione e la rilevazione di indicatori specifici da redigersi da parte delle figure professionali responsabili.

17 Piani per le maxiemergenze catastrofiche.

In presenza di un Piano di intervento sanitario per le catastrofi, nel quale sia previsto uno specifico ruolo della struttura, deve esistere un documento che specifichi, in quel contesto, le



competenze della struttura e delle sue articolazioni nonché le modalità operative con cui essa assolve ai compiti indicati nel Piano di intervento.

Tali Piani, eventualmente predisposti dagli Enti competenti, devono essere approvati dalla Regione e da questa trasmessi alle strutture interessate per i conseguenti adempimenti.

A.01.06 GESTIONE, VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

01 Requisiti.

La Struttura “Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli Srl” individua nel miglioramento della qualità del servizio e del grado di soddisfazione della clientela un processo continuo che riguarda tutta la struttura e, tramite il monitoraggio sistematico dei principali fattori di qualità adottati, orienta le scelte operate per rispondere in modo sempre più adeguato alle attese dell’utenza.

Tali aspetti sono esplicitati nella sezione terza della “**Carta dei Servizi**” (cfr. allegato 1):

Lo Studio elabora annualmente il documento parametri ed indicatori della qualità che individua gli elementi da tenere sotto controllo nella erogazione del servizio. Annualmente ne sono elaborati i dati per verificare gli scostamenti dagli obiettivi previsti. Vedi anche A.01.01.04 (cfr. allegato 4).

02 Programmi di Valutazione e Miglioramento delle Attività.

Nella struttura vengono erogate prestazioni a livello ambulatoriale per questo sono attivati i seguenti programmi di valutazione e di miglioramento delle attività:

Qualità dei servizi - Indicatori

1. Informazione agli utenti
2. Accoglienza
3. Umanizzazione
4. Prenotazioni e Tempi di attesa
5. Ritiro Referti
6. Soddisfazione della clientela e Gestione reclami

1. Fattore di Qualità: Informazione agli utenti

Obiettivo Garantire all’utente un’informazione comprensibile, chiara e completa sulle prestazioni offerte

Indicatori

- presenza di una carta dei servizi aggiornata, disponibile on-line e a stampa presso la struttura
- distribuzione gratuita della carta dei servizi in versione sintetica, sotto forma di piccolo opuscolo pieghevole di rapida consultazione
- diffusione e divulgazione della carta dei servizi presso i medici prescrittori
- sito internet aziendale (www.studioradiologicotirelli.it) con percorsi orientati all’utenza per accedere ad informazioni sull’organizzazione, sui servizi e sulle attività
- esistenza di procedure specifiche e, ove necessario specifica modulistica, per il consenso informato



- completezza delle informazioni mediche e della documentazione fornita al paziente.
- esistenza di procedure per il monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza e per la gestione di segnalazioni e reclami
- esistenza di procedure atte a garantire la tutela dei dati personali e sensibili

2. Fattore di Qualità: Accoglienza

Obiettivo Facilitare l'utente nell'accesso alla struttura

Indicatori

- presenza di segnaletica per guidare l'utente sino ai singoli servizi
- presenza di cartellonistica indicante gli orari di apertura al pubblico e delle prenotazioni
- presenza di personale identificabile tramite cartellino di riconoscimento riportante nome, cognome e qualifica
- presenza di sale di attesa adeguatamente arredate e dimensionate all'affluenza media giornaliera
- disponibilità di servizi igienici adeguati
- presenza di servizio igienico per disabili
- procedure a garanzia di pulizia e sanificazione degli ambienti
- presenza di punto di accoglienza (banco reception in sala d'attesa)

3. Fattore di Qualità: Umanizzazione

Obiettivo Facilitare il percorso diagnostico-terapeutico del paziente nel rispetto della dignità della persona

Indicatori

- procedure di personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico gestito da un medico di riferimento
- relazioni con i pazienti ed i familiari improntate a riservatezza, cortesia, disponibilità e partecipazione
- misure atte a ridurre i disagi fisici e psicologici connessi alla necessità di cura
- interventi atti ad evitare sofferenza e dolore non necessari

4. Fattore di Qualità: Prenotazioni e Tempi di attesa

Obiettivo Facilitare l'accesso alle prestazioni con riduzione dei tempi di attesa

Indicatori

- accesso alla prenotazione telefonica, anche attraverso il CUP della ASL-BA
- contenimento tempi di attesa per le procedure di prenotazione ed accettazione
- contenimento tempi di attesa per l'erogazione del servizio

5. Fattore di Qualità: Ritiro referti

Obiettivo Chiarezza delle informazioni e funzionalità del ritiro

Indicatori

- contenimento tempi di consegna dei referti
- possibilità di ritiro da parte di persone delegate, tramite compilazione di apposito modulo
- esistenza di procedure a garanzia della privacy
- tenuta di apposito registro per l'annotazione dell'avvenuta consegna
- possibilità di ottenere copie di referti e documentazione iconografica, tramite compilazione di apposito modulo

6. Fattore di Qualità: Soddisfazione della clientela e Gestione reclami-disservizi ed eventi avversi

Obiettivo Garantire il monitoraggio della soddisfazione della clientela e gestire eventuali reclami

Indicatori



- rilevazione periodica della soddisfazione dei pazienti attraverso specifici questionari, anche in forma anonima, consegnati ad un campione significativo di pazienti (circa il 10% dell'utenza)
- sistema informatico di registrazione, analisi e monitoraggio della soddisfazione della clientela
- sistema informatico di registrazione, analisi e monitoraggio dei reclami dei pazienti
- analisi delle non conformità o disservizi rilevati durante l'effettuazione delle attività e loro gestione in contraddittorio con l'utente
- pubblicazione semestrale/annuale dei risultati dell'indagine di soddisfazione della clientela a cura dell'URP

03 Struttura Organizzativa.

Il Responsabile sanitario presiede alle attività di valutazione e miglioramento della qualità.

04 Attività di Valutazione e Verifica.

Almeno una volta all'anno il direttore esegue una verifica ed una valutazione secondo checklist redatte "ad hoc" ed elabora un piano degli obiettivi per il miglioramento della qualità, sintetizzando tali aspetti in un documento con periodicità annuale "**Politica per la Qualità**" (cfr. allegato 17).

05 Formazione.

Il personale viene periodicamente informato e coinvolto nelle attività orientate al miglioramento della qualità del servizio e delle prestazioni. Viene condiviso con tutto il personale medico e paramedico un documento in cui sono sintetizzati i "**Protocolli e le Linee Guida**" (cfr. allegato 18) adottate di comune accordo ed aggiornate periodicamente, almeno ogni anno ed ogni qualvolta si verifichi introduzione di nuovo Personale o di nuove Metodiche.

06 Attività di controllo particolari.

La Struttura "Studio Radiologico e Fisioterapico Dr. Tirelli Srl": applica le valenze positive della Evidence Based Medicine (EBM), trasferendo in modo critico nella realtà dello Studio il contenuto di linee guida e standard nazionali e internazionali, come ad esempio quelle emanate dalla Società italiana di Radiologia Medica (SIRM);

- coinvolge il personale informandolo sull'esistenza di Protocolli e Linee guida interni;
- attua un monitoraggio continuo della qualità delle prestazioni con particolare riferimento agli aspetti di "giustificazione ed appropriatezza" delle indagini;

Le Linee Guida ed i Protocolli adottati ed i regolamenti interni predisposti, sono utilizzati, in relazione alle specifiche condizioni organizzative, per la gestione delle evenienze cliniche più frequenti e per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti.

E' predisposto un documento di raccolta di regolamenti interni, linee guida, aggiornato di regola annualmente ed approvato da tutto il personale; tale Elenco Protocolli (cfr. allegato 18, pag.1) ed i documenti ad esso collegati rimangono nella disponibilità del Personale, facilmente accessibili per la consultazione.



Per la verifica sul grado di adesione alle Linee Guida e Protocolli di assistenza sono predisposte apposite schede per la rilevazione dell'approvazione degli operatori (cfr. allegato 18, pag.2), e questionari per la raccolta di informazioni e opinioni da parte del personale coinvolto (cfr. allegato 12 - "Questionario soddisfazione interno").

07 Documentazione delle attività di supporto.

Sono predisposti documenti per lo svolgimento e la registrazione delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- registro di accesso dell'utente (n° archivio, accogliamento e registrazione, prestazione effettuata, ritiro referto, tecnico esecutore, pellicole, ecc.) (cfr. allegato 19 "**Registro Esami**")
- modalità di lavaggio, disinfezione, pulizia e sanificazione degli ambienti con registrazione "**Piano Pulizia e Sanificazione**" e relative "**Schede Registrazione**" (cfr. allegati 20 a,b)
- Registrazione "**Fax**" per ordine materiali o "**Monitoraggio giacenza Magazzino**" (cfr. allegati 21 a,b)

A.01.07 SISTEMA INFORMATIVO

01 Finalità

La Struttura è dotata di un sistema informativo finalizzato alla raccolta, elaborazione ed archiviazione dei dati di struttura, processo ed esito, con gli obiettivi di:

- Gestire, predisporre ed inviare alla Regione e/o ai competenti Ministeri, gli specifici flussi informativi richiesti ovvero previsti da norme e regolamenti
- Sostanziare e ridefinire le politiche e gli obiettivi del presidio e dell'azienda;
- Fornire il ritorno informativo alle strutture organizzative, necessario per le valutazioni di loro competenza, con particolare riferimento all'elaborazione dei dati necessari alla produzione degli indicatori previsti per le attività di verifica e miglioramento della qualità;
- rispondere al debito informativo nei confronti dei livelli sovraordinati, in particolare:
 - rilevare e trasmettere alla Regione, secondo standard e modalità definite con appositi provvedimenti, i dati di base necessari alla costruzione degli indicatori previsti da norme e regolamenti;
 - identificare le prestazioni effettuate con i corrispondenti codici dei relativi tariffari regionali;
 - disporre di un sistema di gestione ed archiviazione dati che possa integrarsi, attraverso sistemi di cooperazione applicativa, con i Sistemi Informativi di cui al Piano di Sanità Elettronica secondo standard, modalità e tempistiche definite dalla stessa Regione.

Sono definite le procedure di accesso agli archivi condivisi con il Sistema Informativo Sanitario Regionale (collegamento a CupNet, Edotto, SistemaTS, ecc).

Sono attuati sistemi di cooperazione applicativa per l'utilizzo dell'anagrafe degli assistiti del-



la Regione Puglia nonché dei sistemi di anonimizzazione e pseudonimizzazione dei dati messi a disposizione dalla Regione nonché di altri Sistemi.

02 Sistema di comunicazione interna ed esterna

E' definita la procedura per la Gestione delle Comunicazioni Interne/Esterne, che descrive il sistema di comunicazione interna ed esterna adottato, su supporto cartaceo e/o elettronico; esso garantisce la qualità e la riservatezza delle informazioni, anche ai fini della tutela dei dati personali.

La Direzione assicura:

- l'individuazione dei bisogni informativi;
- la struttura del sistema informativo;
- le modalità di raccolta;
- la diffusione ed utilizzo delle informazioni;
- la valutazione della qualità del dato;
- l'integrazione delle informazioni prodotte nelle attività correnti delle singole sezioni, diagnostiche, uffici, ecc.

Vengono effettuate riunioni con cadenza mensile, documentate attraverso un apposito Registro che raccoglie i Verbali di Riunione redatti a cura della funzione designata per la verbalizzazione, riportanti gli argomenti trattati nell'ordine del giorno (eventuali criticità emerse nell'effettuazione delle specifiche attività, opportunità di miglioramento, ecc), nonché le eventuali decisioni assunte (azioni correttive/preventive da porre in essere). (cfr. allegati 22 a,b - “**Convocazione e Verbale di Riunione**” e “**Registro delle Riunioni**”)

La Struttura adegua la propria organizzazione al “Documento di Indirizzo sul Sistema di Informazione e Comunicazione in Sanità” approvato dalla Regione Puglia.

03 Responsabile delle Procedure.

E' individuato nella figura del Responsabile Sanitario il referente del sistema informativo Responsabile delle Procedure di raccolta e verifica della qualità (riproducibilità, accuratezza, completezza) e diffusione dei dati, ferme restando le responsabilità specifiche previste da norme nazionali.

A.01.08 DIRITTI DEI CITTADINI, INFORMAZIONE ALL'UTENZA

01 Finalità

La Direzione ha messo a disposizione dell'utenza le informative relative alla tutela della privacy dei loro dati (vedasi “**Documento Programmatico Sicurezza - Codice Privacy**”), nonché la “**Carta dei Servizi**” in cui sono definite politiche e strategie volte a garantire il rispetto dei diritti dei cittadini, e la cura ed il rispetto dell'utenza.

02 Accessibilità degli utenti.

Le segnaletiche all'interno e all'esterno degli ambienti sono ben evidenti e leggibili. Ogni qualvolta se ne rende necessario sono sostituite per garantirne l'integrità e la leggibilità.

**03 Esplicitazione dei servizi disponibili e delle modalità di accesso ai servizi.**

La Struttura, come ogni erogatore che fornisce prestazioni diagnostiche e specialistiche è collegata con il Centro Unico di Prenotazione-CUP dell'Azienda ASL-BA (CupNet):

- è individuato un Responsabile addetto ai rapporti con il pubblico (informazioni e accettazione reclami, segnalazioni e suggerimenti);
- è predisposta, aggiornata periodicamente e pubblicizzata la Carta dei Servizi che fornisce informazioni relative a:
 - prestazioni erogabili con indicazione della spesa a carico dell'utente e delle modalità di pagamento;
 - organizzazione interna ed operatori responsabili delle prestazioni;
 - orari delle attività ambulatoriali, modalità di prenotazione e tempi di attesa;
 - procedure relative all'accesso (con particolare attenzione all'indicazione dell'eventuale preparazione per l'esecuzione delle indagini diagnostiche, della documentazione da presentare all'accesso da parte degli utenti, ecc.);
 - modalità di comunicazione all'utente delle informazioni che lo riguardano anche ai fini della acquisizione del necessario consenso in ordine ai trattamenti sanitari;
 - modalità di consegna dei referti anche ai fini della tutela dei dati personali;
 - modalità per la presentazione di eventuali reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti.
- è garantita la tutela dei cittadini definendo le modalità di presentazione e gestione dei reclami, segnalazioni e suggerimenti da parte degli utenti e delle associazioni rappresentative di tutela e volontariato. I reclami devono essere accolti e trattati dalla struttura aziendale a cui sono rivolti;
- vengono effettuate indagini sulla soddisfazione degli utenti;
- vengono favoriti progetti di umanizzazione dell'assistenza, in particolare nei confronti delle categorie più deboli di utenti

Nelle strutture che erogano prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in rapporto alle specifiche funzioni svolte, vengono definite:

- Procedure per la effettiva distribuzione del materiale informativo sulla Struttura e sui regolamenti che interessano gli utenti (distribuzione gratuita della "Sintesi Carta dei Servizi").
- Procedure per l'acquisizione di notizie cliniche da parte del paziente o dei familiari (per es.: "**Questionario Anamnestico DEXA**", "**Questionario Anamnestico ARTOSCAN**", "**Questionario Anamnestico MAMMO**"(cfr. allegati 23 a,b,c);
- Procedure per l'acquisizione del consenso informato ("**Modulo di Consenso-Privacy**", "**Dichiarazione Gravidanza**", "**Scheda di Accesso all'esame RM**" (cfr. allegati 24 a,b,c);
- Procedure per la consegna della documentazione sanitaria, anche ai fini della tutela dei dati personali ("**Modulo Appuntamento con Preparazione agli esami**", "**Modulo Ritiro Referto con Delega**" (cfr. allegati 25 a,b).

04 Programma di attuazione della Carta dei Servizi.

La Carta dei Servizi è predisposta da parte della Direzione ed aggiornata periodicamente con cadenza di regola annuale o ad ogni necessità di variazione e/o integrazione.



A.02 REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI GENERALI

La Struttura è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di:

- protezione antisismica;
- protezione antincendio;
- protezione acustica;
- sicurezza elettrica e continuità elettrica;
- sicurezza antinfortunistica;
- igiene dei luoghi di lavoro;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti;
- eliminazione delle barriere architettoniche;
- smaltimento dei rifiuti;
- condizioni microclimatiche;
- impianti di distribuzione dei gas;
- materiali esplosivi.

Si rimanda al “**Documento di Valutazione dei Rischi**”, redatto ai sensi D.Lgs 81/08



ELENCO ALLEGATI

- 1. Carta dei Servizi**
- 2. Quadro Sinottico Attività**
- 3. Agende Mensili**
- 4. Relazione Annuale Soddisfazione clientela e reclami**
- 5. Piano Organizzativo Prestazioni**
- 6. Sintesi Carta Servizi**
- 7. Cartellini di riconoscimento**
- 8. a. Elenco del Personale
b. Organigramma Funzionale e Nominativo**
- 9. Dichiarazione di responsabilità del Personale**
- 10. Piano di Formazione ECM**
- 11. Questionario di Soddisfazione interno**
- 12. Scheda di Valutazione**
- 13. Piano Manutenzione Opere civili e Impiantistiche**
- 14. Inventario Apparecchiature Specifiche**
- 15. Piano Manutenzione apparecchiature**
- 16. a. Scheda Pianificazione Manutenzioni
b. Scheda di registrazione della manutenzione Ordinaria
c. Scheda di registrazione della manutenzione Straordinaria**
- 17. Politica per la Qualità**
- 18. Protocolli e le Linee Guida**
- 19. Registro Esami**
- 20. a. Piano Pulizia e Sanificazione
b. Schede Registrazione**
- 21. a. Registrazione Fax
b. Monitoraggio giacenza Magazzino**
- 22. a. Convocazione e Verbale delle Riunioni
c. Registro delle Riunioni**
- 23. a. Questionario Anamnestico DEXA
b. Questionario Anamnestico ARTOSCAN
c. Questionario Anamnestico MAMMOGRAFIA**
- 24. a. Modulo di Consenso-Privacy
b. Dichiarazione Gravidanza
c. Scheda di Accesso all'esame RM**
- 25. a. Modulo Appuntamento con Preparazione agli esami
b. Modulo Ritiro Referto con Delega**