

2014



INSIEME VERSO LA SALUTE

CARTA DEI SERVIZI



IRCCS
Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino
IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro



In collaborazione con:



INDICE

SEZIONE PRIMA

- Normativa di riferimento
- Principi fondamentali
- Presentazione dell'istituto
- Dipartimenti e unità operative
- Dmt disease management team

SEZIONE SECONDA

- Mappa
- Accedere all'istituto
- Servizio di trasporto interno
- Punti di informazione
- URP - ufficio relazioni con il pubblico
- Attività dell'istituto
- Prestazioni ambulatoriali
- Documentazione per prenotare
- Modalità di pagamento ticket
- Per i cittadini stranieri
- Ricovero ospedaliero
- Orari visita per parenti ed amici
- Visita degli amici a quattro zampe
- Ricovero ordinario
- Attuazione del ricovero
- Cosa portarsi
- Ricovero d'urgenza e di emergenza
- Dimissioni
- Cartelle cliniche
- Day service ambulatoriale
- Day surgery e cure intermedie
- Hospice "Maria Chighine"
- La libera professione intramoenia
- La casa di salute
- Camere mortuarie
- Servizio di assistenza sanitaria
- Servizi per i degenti
- Servizio di assistenza religiosa
- Servizio ristoro, edicole,
comunicare telefonicamente, posta,
banca e deposito valori, posto di polizia,
ispettorato
- Ulteriori informazioni per i degenti
- Ulteriori informazioni per i visitatori

- pag. 7
- pag. 9
- pag. 10
- pag. 13
- pag. 14
- pag. 15

pag. 23

- pag. 24
- pag. 25
- pag. 26
- pag. 27
- pag. 27
- pag. 27
- pag. 28
- pag. 28
- pag. 29
- pag. 31
- pag. 32
- pag. 32
- pag. 32
- pag. 33
- pag. 33
- pag. 33
- pag. 35
- pag. 35
- pag. 36
- pag. 36
- pag. 37
- pag. 38
- pag. 38
- pag. 39
- pag. 39
- pag. 40
- pag. 41
- pag. 41
- pag. 42
- pag. 42

- pag. 44
- pag. 44

SEZIONE TERZA

- Gestione del rischio clinico, qualità,
accreditamento ed urp
- Il percorso assistenziale
- DMT disease management team

- pag. 45
- pag. 46

- pag. 47
- pag. 56

SEZIONE QUARTA

- Meccanismi di tutela e verifica
- Regolamento di pubblica tutela
- Associazioni di volontariato
- Associazioni di tutela dei diritti dei pazienti
- Comitato misto consultivo
- Ufficio relazioni con il pubblico

- pag. 69
- pag. 70
- pag. 70
- pag. 77
- pag. 78

ALLEGATI

- Allegato 1
- Conoscere i propri diritti
- pag. 81
- Allegato 2
- Mod. 603
- pag. 82
- Allegato 3
- Linee guida per l'applicazione
 della legge sulla privacy
- pag. 83
- Il consenso al trattamento
- pag. 88
- La sicurezza dei dati personali
- pag. 91
- Riferimenti ed abbreviazioni
- pag. 93
- Responsabilità giuridica
- pag. 94
- Modalità di gestione
- pag. 96
- Il contatto con il pubblico
- pag. 102
- Allegato 4
- Regolamento per il rimborso
 delle prestazioni sanitarie
- pag. 105

NUMERI DI PARTICOLARE INTERESSE

- pag. 107

Sono trascorsi ormai tre anni da quando abbiamo realizzato l'integrazione strutturale del San Martino e dell'IST. Questo percorso si è rivelato molto impegnativo e, forse anche per questo, molto interessante per tutti, compresi voi cittadini che quotidianamente vi rivolgete alle nostre cure.

Abbiamo dovuto inventare nuove modalità organizzative e mettere a fattor comune risorse professionali, tecnologiche e strutturali con la finalità di garantire a voi e alle nostre comunità percorsi di cura integri e integrati, la possibilità di accedere a protocolli sperimentali sicuri e la garanzia di ottenere cure nuove frutto di una ricerca rigorosa ed etica.

Per traguardare questi obiettivi ci siamo confrontati con una struttura ospedaliera antica, nata nei primi anni del 1900, sviluppatasi nel periodo pre e post bellico con esigenze di edilizia sanitaria ben diverse da quelle attuali. Da questo confronto è sorta l'esigenza di abbandonare gli antichi padiglioni universitari esterni alla cinta muraria, ormai completamente inadatti ad accogliere le attuali attività di diagnosi e cura, sempre più articolate e complesse e densamente frequentate da tecnologie sofisticate. La riorganizzazione che ne è nata ha quattro capisaldi:

- La costituzione dei cosiddetti DMT (Disease Management Team Gruppi di gestione di malattia) come strumento di realizzazione della multidisciplinarietà nella gestione delle principali condizioni morbose. Si tratta di gruppi di professionisti delle diverse discipline che discutono dei casi clinici al fine di condividere collegialmente la migliore prassi clinica possibile. Fino a qualche tempo fa le sorti dei pazienti erano nelle mani di un bravo medico che, da solo, proponeva il migliore (per lui) percorso di cura. Oggi, grazie all'introduzione dei DMT, l'ospedale mette a disposizione un sistema intero, fatto di molteplici competenze e tecnologie, per garantire le migliori cure che le conoscenze disponibili mettono a disposizione. Tale approccio, avviato a partire dall'area oncologica, consente di mettere a disposizione un sistema integrato di molteplici competenze e tecnologie per garantire le migliori e più moderne cure.
- La definizione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) è frutto della multidisciplinarietà e della multi professionalità che di necessità e per virtù il nuovo Istituto ha avuto in dote. Questi percorsi rappresentano la sistematizzazione delle migliori cure che nascono dal confronto tra professionisti di diverse discipline e di diverse professioni. Tutti i professionisti coinvolti nella cura di un paziente affetto da una determinata malattia condividono nel PDTA il

percorso che dalla diagnosi, attraverso la stadiazione, la terapia per arrivare al monitoraggio del decorso, viene offerto a chi è portatore della condizione morbosa.

- La presa in carico del paziente è la condizione necessaria e sufficiente per rendere efficaci i PDTA; il paziente deve essere sempre accompagnato nel percorso di cura da un medico o da un infermiere che garantiscano un accompagnamento e un supporto per tutte le decisioni che durante il percorso stesso il paziente dovrà assumere.
- La ricollocazione fisica delle strutture cliniche è avvenuta secondo il principio della centralità del paziente che si traduce nel modello dell'ospedale organizzato per livelli omogenei di intensità di cure: non si muove più il paziente all'interno dell'ospedale ma, viceversa, l'ospedale si muove intorno al paziente secondo quanto definito nei PDTA.

Ad ulteriore prova di quanto questo sforzo di miglioramento sia diffuso occorre citare l'importante attività di audit clinico che si è iniziata in ambito oncologico. I nostri team multidisciplinari hanno deciso concordemente di verificare la loro prassi clinica quotidiana con le migliori evidenze che la letteratura scientifica mette a disposizione per malattie come il tumore del retto, il tumore del pancreas e il tumore della mammella.

Obiettivo di questi audit è offrire i migliori percorsi di cura disponibili.

La nuova revisione della Carta dei Servizi evidenzia bene questi cambiamenti, particolarmente nei passaggi relativi ai DMT ed ai percorsi di cura. Infatti, oltre ai percorsi tipicamente affrontati in funzione dell'accesso alla struttura (es: Pronto Soccorso, Day Hospital, Day Surgery, Day Service, Ambulatorio), sono riportati i diagrammi di flusso delle principali malattie oncologiche che vengono affrontate nel nostro Istituto. Queste rappresentazioni grafiche costituiscono la sintesi di un importante confronto sul piano tecnico e su quello organizzativo che si è svolto (e tutt'ora si svolge) nei 9 DMT oncologici e che ha come obiettivi prioritari la standardizzazione, l'omogeneizzazione e l'aderenza alle linee guida internazionali nell'affrontare le principali patologie oncologiche.

Sarà sicuramente più facile vincere la sfida che questo cambiamento ha imposto al nostro Istituto se continueremo a percorrere questo cammino insieme, con i vostri suggerimenti, i vostri incoraggiamenti e le vostre critiche.

*Il Direttore Generale
Mauro Barabino*

Il San Martino - IST ha avuto il riconoscimento di Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico in concomitanza con l'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e dell'Istituto Nazionale per la ricerca sul Cancro (IST). La disciplina per cui si è ottenuto il riconoscimento è l'Oncologia, tuttavia è opinione diffusa a livello nazionale che il San Martino-IST, come altri grandi ospedali italiani, in particolare quelli ospitanti sedi universitarie, abbia raggiunto eccellenze di ricerca e cura in molti dei campi in cui opera.

La domanda che spesso il paziente o i suoi familiari si pongono è: quale vantaggio mi porta essere curato in un IRCCS? Questa domanda spesso sottende una certa diffidenza, costituita dall'infondato sospetto di essere usato per innovativi, quanto insicuri esperimenti. Su questo è importante sgombrare il campo da ogni equivoco: i controlli per garantire la sicurezza della ricerca sul malato sono tali e a così numerosi livelli (Comitato Etico Regionale, Dipartimenti, Direzioni di Struttura, Direzione Sanitaria, Direzione Scientifica) che l'evenienza di ricerche pericolose e arbitrarie è inesistente.

Peraltro, il vantaggio che proviene al paziente dall'essere trattato in un IRCCS si concretizza in diversi aspetti, per spiegare i quali dobbiamo procedere a una breve descrizione sui tipi di ricerca che si conducono in un IRCCS:

- **ricerca clinica**

In questi studi vengono confrontate modalità terapeutiche esistenti e collaudate con nuove terapie, rappresentate da nuovi farmaci o nuove combinazioni di farmaci. I pazienti vengono suddivisi in due gruppi, uno dei quali avrà i nuovi farmaci e l'altro i farmaci convenzionali. Al termine della sperimentazione si confronteranno i vantaggi ottenibili con le nuove terapie rispetto alle tradizionali. È chiaro che i protocolli terapeutici con i nuovi farmaci, che vengono messi in sperimentazione, sono precedentemente sottoposti al vaglio di studi che garantiscono una buona efficienza terapeutica, assicurando in questo modo un notevole livello di sicurezza per il paziente.

Questo tipo di ricerca clinica può essere svolto anche in altri ambiti, ad esempio confrontando l'efficienza di due metodiche radiologiche oppure di due tests di laboratorio.

- **ricerca traslazionale**

Questa ricerca si propone di chiarire i meccanismi cellulari e molecolari che portano a una determinata malattia e ha ovvie ricadute applicative (traslazionali); ad esempio, possiamo determinare quali lesioni geniche siano coinvolte nella origine di un determinato tumore e tentare di ideare metodi per correggere le lesioni stesse, riportando le cellule a una più regolare modalità di crescita.

La scoperta di lesioni di questo tipo può aiutare anche la diagnosi o la classificazione delle malattie neoplastiche. In passato la ricerca traslazionale veniva per lo più condotta su modelli animali di malattia mentre nei tempi più recenti, con l'avvento di micrometodi, questa ricerca può venir condotta sul sangue prelevato nel corso di esami clinici (diciamo così che si utilizzano “gli avanzi” dei prelievi a scopo diagnostico) o sui pezzi anatomici prelevati in corso di interventi chirurgici. Anche in questo caso il paziente che viene inserito in questi studi viene sottoposto a una più accurata assistenza/sorveglianza da parte non solo dei medici che lo hanno in carico, ma anche da quelli dell'equipe di ricerca. Inoltre, la partecipazione a queste ricerche è fondamentale per garantire l'aggiornamento tecnologico culturale dei medici dell'IRCCS.

Pertanto i vantaggi di avere sperimentazioni terapeutiche in Istituto sono molteplici:

- il cittadino può usufruire di farmaci innovativi ben prima che questi siano reperibili in commercio e di percorsi di cura innovativi, che traggono i loro fondamenti da un'attenta e rigorosa attività di ricerca
- l'inserimento in uno studio garantisce un'assistenza articolata in molti più livelli (non solo dai curanti, ma anche dai coordinatori della sperimentazione, monitors, etc.)
- la partecipazione a questi studi permette un continuo aggiornamento al personale sanitario (medici, infermieri)
- vi è infine un vantaggio economico per il sistema sanitario, il quale riceve gratuitamente i farmaci, e può utilizzare i fondi così risparmiati nel migliorare l'assistenza stessa.

Essere quindi riconosciuti come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) rappresenta un valore aggiunto per l'intera comunità ligure, è motivo di impegno costante per tutti i nostri ricercatori e rappresenta per il nostro Sistema Sanitario Regionale garanzia di attualità e aggiornamento per tutte le strutture sanitarie impegnate nella cura dei nostri cittadini.

*Il Direttore Scientifico
Manlio Ferrarini*

PRIMA SEZIONE

INTRODUZIONE ALLA CARTA DEI SERVIZI

Nella consapevolezza che il miglioramento della qualità del servizio è un processo continuo e dinamico, che riguarda tutta la struttura dell'Istituto, impegnato ad operare per fornire un servizio sempre più adeguato alle esigenze di una società in continuo mutamento, l'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino" – IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro pubblica la nuova revisione della Carta dei Servizi.

La Carta dei Servizi rappresenta un prezioso supporto per l'utenza, elemento di conoscenza della complessa realtà dell'Istituto; si configura come uno strumento attraverso il quale si intende instaurare un filo diretto con gli utenti, allo scopo di promuovere la comunicazione e l'informazione, di garantire una scelta consapevole e costituisce un importante mezzo di controllo da parte del cittadino sull'offerta delle prestazioni sanitarie, sulle modalità di utilizzo dei servizi, sugli standard di qualità e sulla completezza dell'informazione.

Sono stati rivisti ed integrati tutti gli aspetti dei servizi forniti, migliorati quando possibile gli standard offerti e semplificate le procedure con l'obiettivo di offrire un'assistenza mirata alle esigenze dei pazienti per accrescerne il livello di soddisfazione.

Tale obiettivo è pertanto costantemente monitorato al fine di individuare i punti critici e finalizzare gli sforzi per migliorare la nostra professionalità, attraverso il rilevamento sistematico della qualità percepita.

I contenuti del presente documento sono integralmente disponibili sul sito dell'IRCCS A.O.U San Martino - IST.



NORMATIVA DI RIFERIMENTO



La realizzazione della Carta dei Servizi, quale strumento di tutela dei cittadini che in essa trovano le informazioni utili per fruire in maniera agevole delle Prestazioni Sanitarie offerte e dei Servizi Sanitari erogati, è redatta secondo le disposizioni della normativa di riferimento:

- “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi” Legge 7 agosto 1990, n° 241
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384 “Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina concernente il personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, di cui all’art. 6 del Decreto del Presidente della Repubblica 5 marzo 1986, n° 68, Gazzetta ufficiale n° 295, Parte I, Capo II
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”. L’articolo 14 del sopracitato decreto prevede che venga attivato nei presidi del SSN un sistema di informazione completo su servizi e prestazioni offerti
- Direttiva del presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, “Principi sull’erogazione dei Servizi Pubblici” Gazzetta Ufficiale n° 43 del 22 febbraio 1994
- Direttiva del presidente del Consiglio dei Ministri dell’11 ottobre 1994 “Principi per l’istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico” Gazzetta Ufficiale n° 261 dell’8 novembre 1994
- “Adozione da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici di proprie Carte dei Servizi” decreto legge 12/05/95 n° 163 convertito in Legge l’11/07/95 n° 273
- “Schema di riferimento per il settore sanitario della Carta dei Servizi” D.P.C.M. in data 19/05/95
- “Attuazione della Carta dei Servizi nel Servizio Sanitario Nazionale” linee guida n° 2/95 del 31/08/95 supplemento ord. della Gazzetta Ufficiale n° 108 del 31/08/95
- “Adozione della Carta dei Servizi Sanitari” Circolare del ministero della Sanità prot. n° 100/SCPS/21.12833 del 30/09/95
- Decreto Ministro della Sanità 15.10.1996 “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l’umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”

PRINCIPI FONDAMENTALI



L'erogazione dei servizi viene effettuata nel rispetto dei principi di seguito elencati.

EGUAGLIANZA DEI DIRITTI DEGLI UTENTI

L'Istituto si impegna ad erogare servizi, assistenza e cure nel pieno rispetto della dignità umana, senza distinzione di età, sesso, nazionalità, religione, condizioni economiche e sociali nei confronti di tutti coloro che richiedono le sue prestazioni.

L'Istituto considera l'individuo come "persona", cui prodigare le cure di cui necessita, consapevole di svolgere essenzialmente un servizio fortemente permeato di carattere solidaristico, che come tale deve essere prestato a tutti, senza discriminazione di alcun genere.

IMPARZIALITÀ DEI SOGGETTI EROGATORI

Questo principio rappresenta la naturale integrazione del precedente e viene garantito in vari modi:

- attraverso l'erogazione delle prestazioni esclusivamente sulla base della gravità del caso, dell'emergenza e dell'adozione delle liste di prenotazione per i casi non urgenti
- con l'obbligo di astensione, da parte di tutti i dipendenti dell'Istituto, da atti e da fatti che abbiano il carattere della parzialità o dell'interesse privato
- con la più stretta osservanza, da parte dei dipendenti dell'Istituto, dei doveri d'ufficio e deontologici, nell'espletamento della propria attività lavorativa

- con il divieto da parte del personale di accettare somme in denaro, da chiunque e a qualunque titolo elargite, nel rispetto del D.P.C.M. 28.11.2000 "Codice etico dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni".

CONTINUITÀ DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO E DELLE CURE

L'Istituto nei propri servizi sanitari è impegnato a garantire la caratteristica della continuità degli stessi, intesa sia come erogazione nel tempo delle prestazioni, sia come elemento di qualità tecnica delle stesse.

L'erogazione dei servizi è, pertanto, continua, regolare e senza interruzioni nello spazio e nel tempo. L'Istituto si impegna ad adottare misure volte ad arrecare il minor disagio possibile ai cittadini anche in casi di contingenti difficoltà operative nell'erogazione dei servizi.

DIRITTO DI SCELTA TRA PIÙ SOGGETTI EROGATORI

L'Istituto favorisce, nei limiti della propria organizzazione, il diritto di scelta dell'assistito, riferito tanto all'individuazione dell'équipe sanitaria preposta alla sua cura, quanto alle possibili alternative terapeutiche, che gli vengono presentate dal medico di reparto e dal personale di assistenza, nel rispetto del "Consenso Informato".

Il paziente/utente ha diritto ad essere informato

anche sulla possibilità di indagini e/o trattamenti alternativi, eventualmente eseguibili in altre strutture. Ove il paziente non sia in grado di determinarsi autonomamente, le stesse informazioni dovranno essere fornite ai familiari o a coloro che esercitano potestà tutoria e/o autorizzata.

Attraverso una capillare opera di informazione, l'Istituto fornisce ai cittadini non ricoverati ogni utile elemento di conoscenza delle tipologie, delle qualità, delle quantità delle prestazioni offerte, non soltanto di carattere sanitario, ma anche alberghiero, in modo da indirizzarne opportunamente e consapevolmente la scelta.

DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

L'Istituto garantisce agli assistiti il diritto alla riservatezza, nel trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli idonei a rivelare il proprio stato di salute, ed impronta alla più stretta osservanza dello stesso l'attività dei propri operatori ed i rapporti con gli Organismi esterni che, a vario titolo, operano all'interno dell'Istituto stesso.

L'informativa al paziente e la richiesta di esprimere il suo consenso all'utilizzazione dei propri dati personali è disciplinata in conformità alle disposizioni del D. Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") anche ai fini della ricerca scientifica.

DIRITTO DI PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI ALLA PRESTAZIONE DEL SERVIZIO ANCHE TRAMITE IL DIRITTO DI ACCESSO

L'Istituto individua nel principio della partecipazione alla sua guida e gestione da parte dei cittadini e di tutte le loro Associazioni, nonché da parte degli Organismi di Volontariato e di Tutela, un elemento insostituibile e, pertanto, lo favorisce e lo garantisce con ogni mezzo.

A tal fine, in armonia con i principi di trasparenza e di partecipazione, di cui alla legge n. 241/90, ribaditi con la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, si impegna ad attivare un sistema di iniziative atte a favorire l'interazione tra le proprie strutture e i cittadini.

Si impegna, in conformità a quanto indicato in materia di partecipazione al comma 7, art. 14 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni, a favorire all'interno della propria struttura organizzativa la presenza e l'attività degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini:

- mettendo a disposizione un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle relative modalità di accesso
- attivando con tali Organismi, senza oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della loro collaborazione

- riservando spazi preventivamente individuati, che consentano agli Organismi di volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini di poter partecipare a momenti istituzionali di indirizzo e di programmazione dell'attività propria dell'Istituto
- predisponendo progetti operativi per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini
- effettuando rilevazioni sistematiche di gradimento, da parte dei cittadini della prestazione sanitaria (customer satisfaction)

EFFICIENZA ED EFFICACIA DEL SERVIZIO

È obiettivo prioritario lo sviluppo inteso come incremento della qualità e della quantità dei livelli e della tipologia delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero, sanitarie in genere e alberghiere, rese da parte dell'Istituto a tutti i cittadini, avvalendosi anche della collaborazione degli Organismi di Volontariato e di Tutela dei Diritti dei cittadini.

Tale obiettivo è perseguito attraverso il miglioramento ed il rinnovamento degli aspetti professionali scientifici, tecnologici, organizzativi e gestionali dell'Istituto ed è indirizzato esclusivamente all'effettivo soddisfacimento del bisogno di salute.

È perciò impegno costante dell'Istituto la ricerca dei criteri e degli indicatori per l'analisi e la valutazione della soddisfazione dei pazienti.

La ricerca continua delle condizioni di economicità di lungo periodo dell'Istituto rappresenta l'obiettivo di tutta l'organizzazione che si realizza attraverso il monitoraggio e l'utilizzo dei seguenti indicatori:

- di efficienza, intesa come rapporto tra risorse impiegate e prestazioni prodotte
- di efficacia gestionale, intesa come rapporto tra obiettivi raggiunti e prestazioni prodotte
- di efficacia sociale, intesa come rapporto tra obiettivi raggiunti e grado di soddisfacimento del bisogno di salute

PRESENTAZIONE DELL' ISTITUTO



Con L.R. n. 2/2011 è stata disposta la costituzione dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino - IST - Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, a seguito dell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino e dell'Istituto Scientifico Tumori. Il nuovo IRCCS è stato costituito dal 1° settembre 2011, data di riconoscimento del carattere scientifico per la disciplina di Oncologia, con conseguente estinzione dei due pregressi Enti.

Il nuovo Istituto scientifico deve:

- perseguire, garantendone la complementarietà e l'integrazione, assistenza, formazione e ricerca, prevalentemente traslazionale;
- svolgere, per l'intera Regione Liguria, una funzione di riferimento in tema di oncologia;
- garantire, d'intesa con la Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche dell'Università di Genova, la formazione dei professionisti della sanità liguri;
- garantire l'implementazione delle innovazioni tecnologiche nel Sistema Sanitario Ligure attraverso la sperimentazione di nuove tecnologie e nuovi modelli organizzativi.

L'IRCCS è costituito da 6 Dipartimenti ad Attività Assistenziale Integrata:

- DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE SPECIALISTICA ED ONCOLOGICA
- DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI DI SENSO
- DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA GENERALE E SPECIALISTICA
- DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DIPARTIMENTO DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE INTEGRATE
- DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA, DELLA PATOLOGIA E DELLE CURE AD ALTA COMPLESSITA' TECNOLOGICA.

L'assetto organizzativo dell'IRCCS deve assicurare lo svolgimento complementare e integrato delle funzioni assistenziali, delle funzioni formative e scientifiche e di ricerca nella disciplina di Oncologia e in quelle complementari ed integrate. Per raggiungere questo obiettivo l'Istituto ha deciso di introdurre una innovazione organizzativa costituita dai Disease Management Teams (DMT).

I DMT sono articolazioni funzionali dell'Istituto che presiedono alla definizione dei percorsi per le patologie di competenza, assicurando l'applicazione ordinata agli stessi dei programmi e progetti di ricerca in corso.

Vengono costituiti per coordinare l'approccio multidisciplinare alla malattia con gli obiettivi di offrire ai pazienti percorsi assistenziali semplificati e trattamenti qualificati e di promuovere la ricerca clinica traslazionale.

Rappresentano inoltre il luogo fisico dove l'assistenza, la ricerca e la formazione si incontrano e trasferiscono competenza e innovazione alla pratica clinica quotidiana

Attualmente sono stati istituiti i DMT oncologici, fermo restando che la cultura della metodologia rappresentata dai DMT potrà essere estesa a tutto l'Istituto anche per le principali cronicità non oncologiche:

- DMT delle Neoplasie Mammarie
- DMT delle Neoplasie Pleuro-Polmonari
- DMT delle Neoplasie Gastro-Enteriche
- DMT delle Neoplasie Ginecologiche
- DMT delle Neoplasie Urologiche
- DMT del Melanoma e delle Neoplasie della cute
- DMT delle Neoplasie Cerebrali
- DMT delle Neoplasie Testa-Collo
- DMT delle Malattie Linfoproliferative.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE, SPECIALISTICA ED ONCOLOGICA

STRUTTURE COMPLESSE:

- Clinica Chirurgica 1
- Clinica Chirurgica 2
- Chirurgia 1
- Chirurgia 2 NON ATTIVA
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Clinica Urologica
- Clinica Ostetrica e ginecologica
- Ostetricia e ginecologia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia vascolare ed endovascolare
- Cardiochirurgia universitaria
- Neonatologia
- Clinica Ortopedica

STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE:

- Chirurgia EBP e dei trapianti di fegato
- Chirurgia dei trapianti di rene
- Chirurgia generale ad indirizzo oncologico
- Chirurgia senologica
- Chirurgia dei linfatici



DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE E ORGANI DI SENSO

STRUTTURE COMPLESSE:

- Neurologia
- Clinica Neurologica
- Riabilitazione e rieducazione funzionale
- Neurofisiopatologia
- Oculistica
- Clinica Oculistica
- Odontostomatologia e chirurgia maxillo-facciale
- Clinica Otorinolaringoiatrica
- Clinica Neurochirurgica e neurotraumatologica
- Clinica Psichiatrica



DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA GENERALE E SPECIALISTICA

STRUTTURE COMPLESSE:

- Clinica di Medicina Interna 1
- Clinica di Medicina Interna 2
- Clinica di Medicina interna e immunologia clinica
- Clinica Reumatologica
- Clinica Endocrinologica
- Clinica Dermatologica
- Clinica Malattie respiratorie e allergologia
- Pneumologia
- Gastroenterologia
- Clinica Gastroenterologica

- Clinica Nefrologica, dialisi e trapianto
- Cardiologia
- Clinica Malattie cardiovascolari
- Clinica delle Malattie infettive
- Clinica Geriatrica

STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE:

- Incarico di programma laboratorio di autoimmunologia e coordinamento con la clinica

Area attività ad integrazione con il territorio

STRUTTURE COMPLESSE:

- Allergologia
- Malattie del metabolismo e diabetologia

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Cure intermedie e reparto detenuti
- Alcolologia e patologie correlate
- Dietetica e nutrizione clinica
- Foniatria
- Fisiopatologia respiratoria

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

STRUTTURE COMPLESSE:

- Clinica Medicina d'Urgenza
- Medicina d'Urgenza 1
- Medicina d'Urgenza 2
- Ortopedia e Traumatologia d'urgenza
- Anestesia e Rianimazione
- Anestesia e Terapia intensiva
- Terapia Antalgica
- Servizio 118

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Chirurgia d'urgenza universitaria



DIPARTIMENTO DELLE TERAPIE ONCOLOGICHE INTEGRATE

STRUTTURE COMPLESSE:

- Ematologia 1
- Ematologia 2
- Clinica Ematologica
- Clinica di Medicina interna ad indirizzo oncologico
- Oncologia medica 1
- Oncologia medica 2
- Clinica di Oncologia medica
- Oncologia Radioterapica
- Incarico di programma Citogenetica

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Hospice e cure palliative

Area di oncologia ed ematologia traslazionale

STRUTTURE COMPLESSE:

- Epidemiologia clinica
- Immunologia
- Biologia cellulare
- Bioterapie
- Medicina rigenerativa

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Genetica dei tumori rari
- Oncologia molecolare e angiogenesi
- Regolazione dell'espressione genica

DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA, DELLA PATOLOGIA E DELLE CURE AD ALTA COMPLESSITA' TECNOLOGICA

Area dei laboratori medici e di ricerca

STRUTTURE COMPLESSE:

- Medicina di Laboratorio
- Anatomia Patologica
- Anatomia Patologica universitaria
- Genetica medica
- Centro Trasfusionale
- Mutagenesi

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Microbiologia
- Proteomica e biopolimeri
- Animal Facility

Area delle tecnologie radiologiche

STRUTTURE COMPLESSE:

- Medicina Nucleare
- Neuroradiologia
- Radiologia d'emergenza
- Radiologia Universitaria 1
- Radiologia interventistica
- Senologia diagnostica
- Radiologia 2 (congelata)
- Fisica medica e sanitaria

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Radiologia generale
- Diagnostica Mammografica

AREA DI STAFF E TECNICO-AMMINISTRATIVA

STRUTTURE COMPLESSE:

- Medicina del Lavoro
- Medicina Legale
- Psicologia clinica e psicoterapia
- Controllo di gestione
- Servizio Prevenzione e Protezione
- Sistemi informativi e ingegneria clinica
- Governo clinico e organizzazione ospedaliera
- Igiene
- Farmacia
- Gestione del rischio clinico, qualità, accreditamento ed URP
- Direzione e gestione delle professioni sanitarie
- Affari generali e legali
- Sviluppo risorse umane
- Gestione risorse umane
- Attività tecniche
- Attività economiche e di approvvigionamento
- Bilancio e programmazione finanziaria

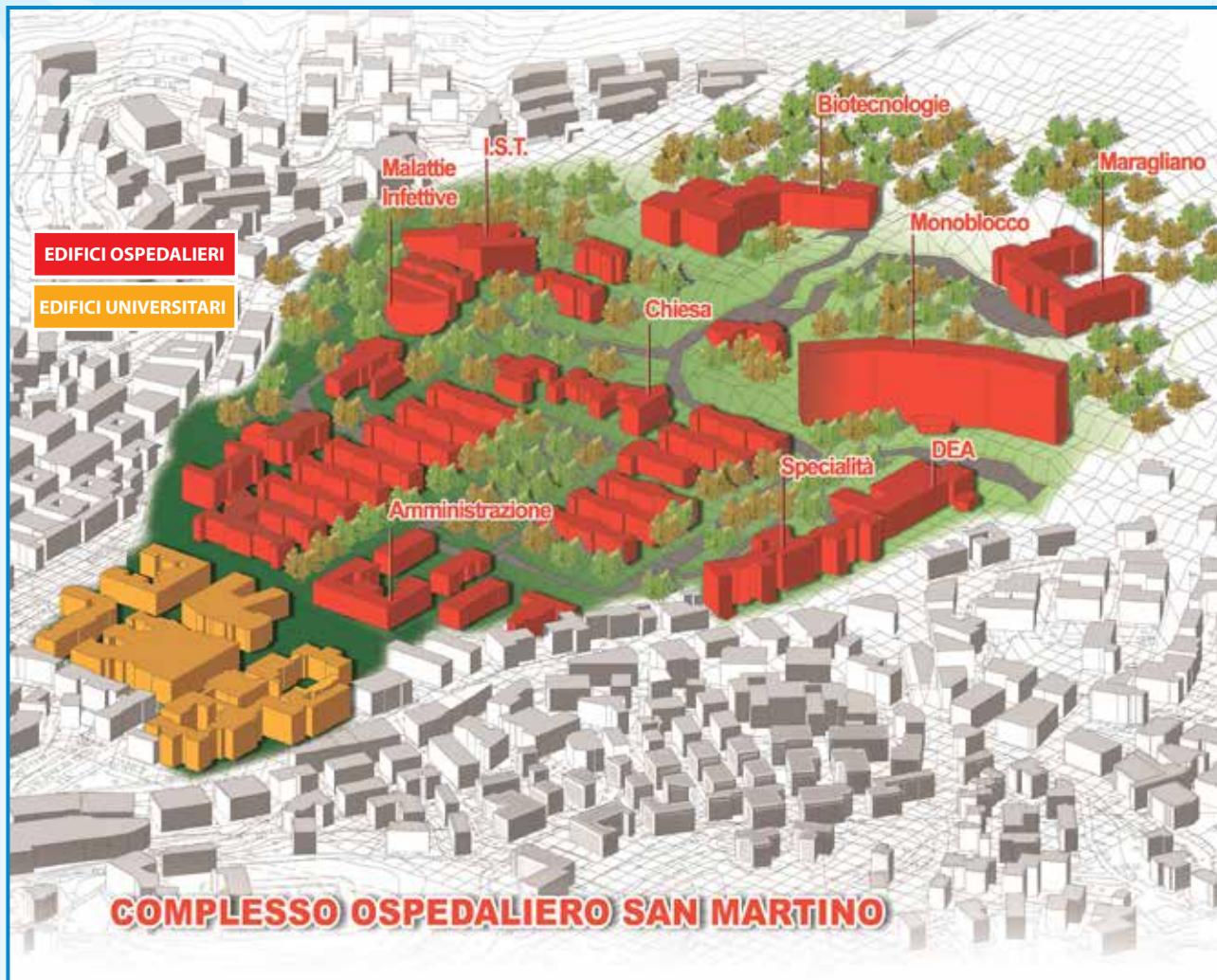
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI:

- Medicina legale e coordinamento trapianti
- Centro Alcológico Regionale
- Coordinamento Regionale Cure palliative



SECONDA SEZIONE

LA MAPPA



ACCEDERE ALL'ISTITUTO

L'ingresso principale dell'Istituto, sito in Largo R. Benzi 10, è raggiungibile con i mezzi pubblici:

- linea AMT 18/barrato – capolinea davanti all'entrata del DIMI
- linea AMT 43

Il Pronto Soccorso (D.E.A. 2° livello) e il Monoblocco sono raggiungibili mediante i mezzi pubblici:

- linea AMT 18 e 48 - capolinea davanti all'entrata del Pronto Soccorso
- linea AMT 17 e 17/(barrato) - transito per Corso Europa.

Auto

L'accesso con l'automobile nell'area interna dell'Istituto è regolamentato e la sosta è consentita esclusivamente nelle zone adibite a parcheggio. L'utente può accedere ritirando il ticket dagli appositi erogatori e parcheggiare l'auto nell'area indicata da apposita segnaletica.

Il biglietto ritirato in ingresso deve essere conservato, vidimato alle casse automatiche prima di recarsi all'uscita e inserito nelle colonnine poste ai varchi entro e non oltre 20 minuti dal pagamento.

L'accesso e la sosta gratuita, nei parcheggi individuati da apposita segnaletica orizzontale e verticale, sono riservati unicamente ai mezzi con portatori di handicap (con contrassegno di invalidità di colore arancione, rilasciato dal relativo Comune di resi-

denza e con presenza a bordo del portatore di handicap), ai donatori di sangue, ai dializzati.

È previsto l'accesso gratuito per coloro che si troveranno a transitare all'interno senza sostare più di 20 minuti.

Autostrada

Si consiglia di uscire al casello di Genova Nervi (A12) anche per le auto provenienti da A10 (Autostrada dei Fiori) e A7: uscendo dal casello di Genova Nervi scegliere la direzione Centro, imboccare Corso Europa e seguire le indicazioni per l'Ospedale San Martino.

Aereo

L'aeroporto Cristoforo Colombo di Genova dista circa 10 km dal centro di Genova, in direzione ponente. È collegato al centro cittadino con servizio Volabus, con capolinea alla Stazione di Genova Brignole.

Treno

La stazione più vicina è Genova Brignole, dista poco più di 1 km dall'ospedale.

Taxi

Parcheggi dei taxi si trovano davanti all'ingresso del DIMI e davanti al Monoblocco.

Il numero di telefono è 010 5966.

SERVIZIO DI TRASPORTO INTERNO

È presente un servizio di trasporto AMT gratuito, garantito da autobus elettrico - linea 518 - con capolinea davanti al Palazzo dell'Amministrazione lato interno che esegue le seguenti fermate:

- Capolinea - Palazzo Amministrazione ingresso principale
- Pronto soccorso
- Padiglioni dal 9 al 13 e 40
- Monoblocco
- Microbiologia - ex IST
- Guido Rossa - CBA
- Maragliano
- Guido Rossa
- Dermatologia
- Isolamento
- Disinfezione
- Padiglione 8
- Capolinea - Palazzo Amministrazione ingresso principale

L'orario di servizio valido dal 20.09.2014 al 13.6.2015 è seguente:

- feriale: dalle 6.00 alle 20.30
- festivo: dalle 12.00 alle 19.20.

Per eventuali informazioni o verifiche dell'orario consultare il sito: <http://www.amt.genova.it/>

È presente, inoltre, un servizio di trasporto gratuito attraverso un pullmino gestito da ditta esterna che dall'ingresso principale - di fronte al Palazzo dell'Amministrazione - porta al Padiglione ex IST, con unica fermata intermedia porta carraia Monoblocco.

Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì

- prima partenza dall'ingresso principale alle 7.45
 - ultima partenza 15.50
- (pausa dalle 13.40 alle 14.45).



PUNTI DI INFORMAZIONE



I punti di informazione dislocati nelle diverse strutture sono:

- Monoblocco - piano terra (h24)
- Pronto Soccorso - piano terra (h24)
- DIMI/DISEM Viale Benedetto XV - piano terra (h24) in corso di dismissione
- Padiglione ex IST - piano terra (h24)
- CBA - piano terra (h24)
- Padiglione Specialità - piano terra dalle 7.00 alle 14.00
- Padiglione Patologie Complesse - piano terra - dalle 7.00 alle 14.00
- Clinica Oculistica - piano terra dalle 7.00 alle 14.00

URP

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

Presso il Palazzo dell'Amministrazione - piano terra rialzato - st. 40

Dal lunedì al giovedì dalle 8.00 – 17.00

Il venerdì dalle 8.00 -13.30

Numeri telefonici

010 5554300

010 5554301

010 5554302

010 5552457

010 5552883

010 5553538

Nel periodo estivo e durante le festività gli orari possono essere soggetti a variazioni.

ATTIVITÀ DELL'ISTITUTO

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'Istituto ha organizzato l'attività ambulatoriale secondo criteri di elevata specializzazione professionale intendendo sempre più offrire elevati standard di qualità e quantità.

Tutte le attività avvengono per prenotazione ad eccezione delle attività del D.E.A. - Dipartimento di Emergenza ed Accettazione -2° livello.

DOCUMENTAZIONE PER PRENOTARE

Per effettuare la prenotazione è indispensabile la seguente documentazione:

- tessera sanitaria
- richiesta del medico del S.S.N. su ricettario del Servizio Sanitario Nazionale.

Il ticket deve essere pagato prima di ogni prestazione. Quando si prenota telefonicamente si consiglia di chiedere l'importo da pagare oltre al nominativo ed alla sede dell'ambulatorio in cui verrà eseguita la prestazione.

La prenotazione si effettua presso il Centro Unificato di Prenotazione (CUP), per alcune prestazioni è possibile prenotare presso il reparto. Il Laboratorio Centrale di Analisi effettua l'accettazione diretta (senza prenotazione) degli esami del sangue e delle urine dal lunedì al venerdì dalle ore 7.10 alle ore 10.10, al Monoblocco fondi.

SPORTELLO CUP all'interno dell'Istituto è ubicato nel Palazzo dell'Amministrazione piano terra ed è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.00; il sabato dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Da fuori regione si possono effettuare prenotazioni via fax al n. 010 5556766.

Attraverso il sistema CUP Liguria è possibile prenotare le prestazioni dell'IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria "San Martino" - IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro telefonicamente al n. 800 098 543 oppure 010 5383400 (da lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 18.00).

Nell'area metropolitana genovese si può prenotare:

- **Telefono**
(numero verde 800 098 543
oppure 010 5383400).
- **Farmacie**
- **Sportelli CUP**

MODALITÀ DI PAGAMENTO TICKET

Poste

Si possono pagare in posta le prestazioni prenotate tramite CUP specificando:

- nome dell'intestatario
- istituto che eroga la prestazione
- importo
- codice presente sulla ricetta.

Banca Carige

Si possono pagare in banca le prestazioni prenotate specificando:

- nome dell'intestatario
- istituto che eroga la prestazione
- importo
- codice presente sulla ricetta.

Casse automatiche

Il pagamento tramite casse automatiche è valido solo per gli appuntamenti fissati per le prestazioni erogate dall'IRCCS A.O.U. San Martino – IST. Le casse automatiche sono ubicate:

- 1) Palazzo dell'Amministrazione - Piano terra
- 2) Palazzo dell'Amministrazione - Sala di attesa CUP
- 3) Padiglione Monoblocco - Piani Terra e 1 Fondi
- 4) Padiglione Maragliano - Piano Terra
- 5) Padiglione Specialità - Piano Terra
- 6) Padiglione ex IST - Piano Terra
- 7) Padiglione 13 - Piano Terra
- 8) Clinica Oculistica - Piano Terra
- 9) DIMI - Piano Terra

È in previsione la sostituzione delle macchine obsolete e l'aumento delle macchine attualmente in attività.

Per eventuali problematiche legate al funzionamento delle casse automatiche è necessario rivolgersi alla segreteria CUP c/o Palazzo dell'Amministrazione - piano rialzato - stanza 30 - dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 15.00.

PAGAMENTO TICKET via WEB.

È possibile pagare il ticket anche dal proprio computer collegandosi via Internet al sito: <http://ticket.liguriainformasalute.it>

Solo per gli appuntamenti prenotati per la **ASL3** il pagamento del ticket può essere effettuato presso i Punti CUP oppure i Punti Gialli - sportelli self-service della ASL 3 stessa.

Il pagamento del ticket delle prestazioni prenotate presso Centri Privati Accreditati dovrà essere effettuato esclusivamente presso il Centro Privato Accreditato sede di erogazione.

Tutti i risultati degli esami devono essere ritirati entro 30 giorni, pena un'ammenda pari al costo totale degli esami effettuati.



PER I CITTADINI STRANIERI

Cittadini dell'Unione Europea:

- Passaporto
- Modelli E111- E128 rilasciati dagli Uffici Sanitari dei rispettivi Paesi di provenienza o reperibili presso gli sportelli delle Aziende Sanitarie Locali Territoriali (ASL)

Cittadini extracomunitari residenti in Italia:

- Documento d'Identità
- Permesso di soggiorno

Cittadini extracomunitari senza permesso di soggiorno:

- Documento d'Identità
- Modello STP (Straniero Temporaneamente Presente) della durata di mesi sei, rinnovabile, rilasciato dall'Istituto alla prima richiesta di prestazione o ricovero

In Istituto è presente l'Ufficio Stranieri sito nel Palazzo dell'Amministrazione piano terra rialzato, aperto al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 14.00 (tel. 010 5552425).



RICOVERO OSPEDALIERO

Orari di visita per parenti ed amici

Giorni feriali:

dalle 13.00 alle 14.30 e dalle ore 18.00 alle 20.00

Giorni festivi:

dalle ore 12.00 alle ore 19.00

Tale orario può subire delle variazioni nei reparti con aree critiche.

Il Dipartimento Emergenza e Accettazione segue l'orario feriale anche nei giorni festivi.

Reparto di Ostetricia:

dalle 19.30 alle 20.30

Rianimazione del Pronto Soccorso:

dalle 13.30 alle 14.30; dalle 18.00 alle 19.00

Rianimazione Monoblocco 2° piano:

dalle 12.30 alle 14.30; dalle 18.00 alle 19.00

Rianimazione Centro Trapianti:

dalle 18.00 alle 19.00

Rianimazione Monoblocco 6° piano:

dalle 14.30 alle 15.30

Camere sterili DIMI 1° piano:

dalle 12.00 alle 15.00; dalle 18.00 alle 19.30.

Visita degli amici a quattro zampe

Gli effetti positivi del rapporto con gli animali domestici sono dimostrati da anni di ricerche: la sola presenza di un animale può migliorare la qualità della vita e le condizioni di salute dell'uomo. Gli animali ammessi sono cani, gatti e conigli.

Per l'accesso nei reparti ospedalieri:

- l'accompagnatore del cane deve possedere il libretto sanitario dell'animale, nel quale sia elencata la profilassi vaccinale cui è stato sottoposto; deve inoltre possedere la certificazione del veterinario che attesti la buona salute dell'animale, compresa l'assenza di parassiti. Tale certificazione non deve essere antecedente i 15 giorni l'accesso dell'animale.
- l'accompagnatore deve possedere la Scheda dell'Anagrafe canina, che identifica il numero seriale del microchip correlato ai dati del proprietario, oppure la presenza del tatuaggio identificativo.
- l'accompagnatore è pienamente responsabile del possesso di tutta la documentazione e degli accessori richiesti per l'accesso degli animali domestici.

Stanti queste premesse, il personale del reparto valuterà se autorizzare o meno l'ingresso.

Ricovero ordinario

Può essere predisposto dal medico ospedaliero, dal medico di famiglia, dal medico della guardia medica territoriale o da un medico specialista.

Nel caso in cui sia stata riconosciuta la necessità di ricovero, il paziente sarà inserito nella lista di attesa del reparto di competenza.

L'Istituto in ottemperanza al disposto della legge n. 724 del 23 dicembre 1994 (art.3, comma 8) e nel rispetto dei principi di uguaglianza e imparzialità ha predisposto un registro dei ricoveri ordinari” contenente l'elenco delle attività svolte e i tempi massimi di attesa per ciascun reparto e per le principali patologie. Il ricovero ordinario è utilizzato per tutte le patologie che richiedono un'assistenza medica continuativa ed è a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Nell'ambito del ricovero, la tutela dell'utente si manifesta, tra l'altro, attraverso la garanzia di ottenere informazioni relative allo stato di salute e all'iter diagnostico (diagnosi, terapia o intervento proposti, espressione del consenso, prognosi).

Attuazione del ricovero

Per effettuare la pratica amministrativa del ricovero è necessario essere in possesso di un documento di riconoscimento valido, della Tessera Sanitaria della propria ASL e del codice fiscale.

Tali documenti vanno presentati al coordinatore infermieristico il giorno del ricovero.

È importante portare con sé la richiesta e la relazione del medico curante e tutti gli esami e i referti delle visite specialistiche effettuati prima del ricovero.

Al momento del ricovero i pazienti sono accolti dal personale di reparto. Nel caso siano liberi più letti c'è la possibilità di chiedere al coordinatore infermieristico di averne uno diverso da quello assegnato, il letto ha un numero di riconoscimento.

Tutte le indicazioni relative al reparto sono contenute nel Documento Organizzativo di Reparto che è affisso ed è consultabile previa richiesta al coordinatore infermieristico.

Per le informazioni di tipo sanitario occorre rivolgersi ai medici o durante la visita oppure in appositi orari esposti ed indicati in reparto.

Ogni reparto ha una sua specifica organizzazione di orari per l'attività medica e infermieristica, diversa secondo la tipologia del reparto. Si dovrà essere al proprio letto durante l'orario della visita medica, nell'orario delle terapie e in quello della distribuzione dei pasti.

Per visite ed esami specialistici il paziente sarà tempestivamente avvisato ed accompagnato nelle aree oggetto della prestazione.

Per particolari attività cliniche e per gli interventi chirurgici è previsto il “consenso informato”.

Il consenso informato è l'espressione della volontà del paziente che autorizza gli operatori sanitari ad effettuare il trattamento diagnostico e/o terapeutico per il quale è stato informato tramite un modulo ad hoc.

Ogni paziente dovrà informare il medico circa i farmaci che sta assumendo e durante il ricovero dovrà attenersi alla terapia farmacologica prescritta.

Tutto il personale dedicato all'assistenza è riconoscibile mediante il cartellino identificativo. Le funzioni diverse del personale sono deducibili anche dalla diversità dei camici o divise.

Vengono distribuiti tre pasti al giorno:

- colazione dalle ore 07.30 alle ore 08.00
- pranzo dalle ore 12.00 alle ore 12.30
- cena verso le 19.00

Tali orari possono subire variazioni dovute alle esigenze terapeutiche dei singoli pazienti.

È in atto la prenotazione personale dei pasti.

Prima e dopo interventi od esami può essere necessario effettuare diete particolari. Ovviamente in questi periodi ci si deve attenere a quanto prescritto e non si deve integrare con cibi e bevande personali ed è vietato l'uso di alcolici.

Il pasto può essere consumato a letto o al tavolino di reparto.

La legge garantisce il diritto di assistenza ai pazienti non autosufficienti di età oltre i 75 anni e minori di anni 12 da parte dei familiari, anche in deroga agli orari di visita; ciò, comunque, previo permesso del Coordinatore infermieristico e con modalità compatibili con l'attività del reparto. Con gli stessi criteri, in casi particolari, è ammessa una persona la notte.

È possibile la fornitura di un contenitore per la protesi dentaria da richiedere al coordinatore infermieristico.

I visitatori sono tenuti ad uscire dalle camere di degenza su richiesta del personale medico o infermieristico.

Cosa portarsi

- Abbigliamento idoneo al ricovero (pigiamia, camicia, vestaglia, pantofole, ecc. con relativo cambio possibilmente in materiali naturali non sintetici (cotone, lana, ecc.)
- Materiale per l'igiene personale (sapone, dentifricio, spazzolino, asciugamano, pettine, ecc.)
- L'utilizzo di radio e televisione portatile purché dotati di cuffie, o di altre apparecchiature elettriche (es. rasoio) è subordinato all'autorizzazione del coordinatore infermieristico

È importante segnalare i farmaci che si stanno assumendo, l'eventuale utilizzo di protesi e la presenza di intolleranze alimentari e allergie.

È consigliabile non portare oggetti di valore e somme di denaro superiori ai piccoli eventuali bisogni quotidiani (per i giornali, caffè, ecc.), in casi particolari si può chiedere al coordinatore infermieristico di effettuare il deposito presso la Cassa Economale che rilascia una ricevuta.

Ricovero d'urgenza e di emergenza

L'Istituto, in quanto sede di DEA di 2° livello, garantisce, oltre agli interventi diagnostico terapeutici di urgenza, il primo accertamento diagnostico clinico, strumentale e di laboratorio, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e quindi il ricovero.

Il DEA di 2° livello, con Centrale Operativa del 118, assicura oltre alle funzioni di pronto soccorso anche gli interventi di emergenza, medico-chirurgici, nonché l'osservazione breve e l'assistenza cardiologica e rianimatoria. L'Istituto, in ottemperanza ai principi di uguaglianza, imparzialità e continuità, assicura sempre il ricovero d'urgenza riservando i posti letto necessari sulla base delle affluenze medie. Il ricovero d'urgenza è predisposto dal medico di guardia al Pronto Soccorso. In Pronto Soccorso viene eseguita l'identificazione anagrafica del paziente, salvo le eccezioni previste dalla legge. Se il paziente non ha con sé i documenti sanitari, potrà presentarli in un secondo momento. Le pratiche relative al ricovero d'urgenza sono svolte dal personale amministrativo. Nel caso che il ricovero non sia possibile o siano necessarie cure presso un altro istituto, l'IRCCS provvederà al trasferimento con i mezzi e l'assistenza adeguata.

L'emergenza e l'urgenza territoriale sono attivate chiamando il numero telefonico 118. In tutte le Unità Operative è attivo il servizio di traduzione multilingue che è operativo 24 ore su 24.

Dimissioni

La data di dimissione viene comunicata con anticipo utile; l'orario sarà concordato con il coordinatore infermieristico.

Al termine del ricovero viene consegnata una relazione per il medico curante; inoltre, a richiesta, potrà ottenere i seguenti documenti:

- Certificato di ricovero
- Copia cartella clinica
- Copia lastre RX

I certificati di ricovero vengono rilasciati, previa richiesta al Coordinatore infermieristico, dal reparto di degenza.

Viene inoltre consegnata al paziente la terapia (sacchetto sigillato) per la prosecuzione del primo ciclo terapeutico. Secondo la DGR n. 133/2007 per "primo ciclo terapeutico completo" si intende la copertura farmaceutica per il completamento del trattamento farmacologico avviato in ospedale in regime di ricovero e in quantità sufficiente al raggiungimento della successiva visita di controllo. Per quanto riguarda la tipologia di farmaco erogato: la dispensazione riguarda solamente i farmaci presenti in PTO in classe di rimborsabilità A e quindi esclusi quelli in fascia H e C che sono automaticamente resi indisponibili dal sistema di richiesta.

Secondo la DGR n.759 del 5/7/2011 il quantitativo di farmaco distribuito in dimissione non deve superare il periodo massimo di 30 giorni di terapia. La dispensazione del primo ciclo terapeutico in dimissione potrà essere richiesta solo per i pazienti liguri.

Cartelle cliniche

La copia della cartella clinica viene rilasciata, previo pagamento, su richiesta diretta o di persona delegata all'Ufficio Cartelle Cliniche. L'ufficio è situato presso il Palazzo dell'Amministrazione piano terra rialzato, lato levante e segue il seguente orario:

- Dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 14.00
- Durante il mese di agosto dal lunedì al venerdì dalle 08.00 alle 12.00
- Per informazioni telefoniche dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 14.00
(Tel. 010 5553072 - fax 010 5556625).

La richiesta con la ricevuta di effettuato pagamento può essere effettuata anche tramite fax: 010 5556625.

L'Istituto ha attivato un servizio gratuito che consente di accedere alla cartella clinica on line.

Per avere una copia delle lastre radiografiche effettuate durante il ricovero occorre la richiesta del medico di famiglia, con la quale ci si può presentare presso il Servizio di Radiologia che ha effettuato gli esami diagnostici. È previsto il rilascio, previo pagamento, della copia dei radiogrammi eseguiti.

Day service ambulatoriale

Il Day Service Ambulatoriale (DSA) è un percorso per gli esami di specialistica ambulatoriale programmabili, che comportino l'attivazione di interventi articolati e interdisciplinari, in genere con lo scopo di arrivare ad una diagnosi (in alcuni casi per terapia). È una delle principali modalità di assistenza sanitaria alternative al ricovero ospedaliero (Ordinario o di Day Hospital), già utilizzata in altre regioni. Costituisce un modello di attività specialistica ambulatoriale utile nella gestione di situazioni cliniche che richiedono una presa in carico del paziente da parte dello specialista, per le quali il ricovero risulta inappropriato.

Rappresenta un sistema facilitato e semplificato di accesso dell'utente alle strutture sanitarie ospedaliere per problemi che richiedono l'esecuzione di più prestazioni specialistiche.

Come si accede al Day Service Ambulatoriale:

- Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta quando lo ritengono opportuno compilano una richiesta di visita specialistica su ricettario regionale con indicazione del quesito diagnostico.
- Il cittadino deve recarsi al CUP per la prenotazione della visita specialistica.
- Il medico specialista, in base alle risultanze dell'anamnesi e della visita medica, indirizzerà il paziente verso il percorso di Day Service adeguato, prescrivendo su ricettario regionale le prestazioni ritenute necessarie.
- Tale medico è il riferimento per il paziente (case manager per il Day Service), compila l'apposita scheda di Day Service e prenota le prestazioni.
- Il paziente, se non è esente, è tenuto al pagamento del ticket. Una ricetta può contenere fino ad 8 prestazioni della stessa branca specialistica.
- Al termine del Day Service Ambulatoriale dovrà essere redatta dal medico di riferimento (case manager) la relazione conclusiva che riporti i risultati degli esami effettuati, la sintesi clinica e la formulazione della diagnosi e le eventuali proposte terapeutiche.
- Questa relazione viene consegnata al paziente entro 30 giorni dal primo accesso in caso di percorso diagnostico ed entro 90 giorni in caso di percorso terapeutico.

Poi il paziente potrà sottoporla al proprio medico curante.

Unitamente alla relazione vanno consegnati al paziente i referti in originale degli accertamenti effettuati.

Day surgery e cure intermedie

L'assistenza a ciclo diurno consiste in un ricovero o cicli di ricoveri programmato/i, ciascuno di durata inferiore ad una giornata con erogazione di prestazioni multiprofessionali e plurispecialistiche. Si può avere sia il Day Surgery nel caso del ricovero chirurgico sia il Day Hospital nel caso del ricovero medico. Nel caso delle Cure intermedie il ricovero ha uno scopo riabilitativo, volto al recupero funzionale e psichico dopo una malattia acuta ed un ruolo di integrazione con i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali, volto a favorire il rientro dei pazienti a domicilio o verso strutture residenziali, in modo da prevenire ricoveri impropri e ripetuti.

Hospice "Maria Chighine"

L'Hospice "Maria Chighine" è un centro residenziale che accoglie pazienti con malattie in fase avanzata o terminale che necessitano di cure palliative di livello specialistico e che non possono essere seguiti a domicilio.

La struttura è organizzata in modo da garantire il benessere psicologico e relazionale del malato e dei suoi familiari, il comfort ambientale, la sicurezza nell'utilizzo degli spazi e la tutela della privacy. Il mantenimento della miglior qualità della vita possibile per il malato e i suoi familiari è l'obiettivo costantemente perseguito all'interno di questa struttura.

L'Hospice dispone di dodici camere singole, tutte dotate delle attrezzature necessarie all'assistenza e di arredi adatti a riprodurre un confortevole ambiente familiare, con possibilità di pernottamento per i parenti.

L'equipe multidisciplinare, composta da medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, volontari, è specificamente formata e dedicata. Gli infermieri e gli operatori di supporto sono presenti 24 ore sia nei giorni feriali sia nei giorni festivi. Medici sono presenti o comunque reperibili sulle 24 ore. Lo psicologo, su indicazione dell'equipe di cura, è disponibile per colloqui individuali con pazienti e familiari.

L'equipe condivide le informazioni ed elabora un piano di assistenza personalizzato, che viene sottoposto al consenso del paziente e rivisto ogni giorno. L'Hospice fa parte della Rete Metropolitana Genovese di Cure Palliative ed è integrato con tutti i reparti e i servizi dell'Istituto.

LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

La **Libera Professione Intramuraria** consente ai cittadini un'opzione ulteriore e alternativa alla libera professione esterna. Nell'esercizio della libera professione intramuraria o intramoenia, il medico può utilizzare le strutture ospedaliere. In via transitoria, i professionisti possono essere autorizzati anche ad effettuare visite e prestazioni sanitarie negli studi privati e nelle strutture convenzionate.

Le tariffe delle prestazioni, **a totale carico del paziente**, sono approvate dall'Istituto.

Come si prenotano le visite e le prestazioni in regime di libera professione intramuraria:

- per i medici che svolgono attività libero professionale intramuraria presso il Padiglione 40 piano fondi all'interno dell'Istituto, è possibile prenotare telefonicamente dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 19.00 al numero dedicato 010 5554580 oppure dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 14.45 al numero 010 5552177.
- Presso le strutture convenzionate
- Contattando direttamente il medico per le visite effettuate presso gli studi privati autorizzati.
- Informazioni sulle modalità possono essere richieste all'Ufficio Relazioni con il Pubblico, tel.: **010 5554300** o all'U.O. Risorse Umane Ufficio Libera Professione telefono **010 5552395 - 010 5552102 - 010 5553896**.

CASA DI SALUTE

La Casa di Salute, intitolata alla benefattrice Rosina Casagrande, è la struttura di ricovero in cui vengono svolte prestazioni sanitarie in regime di libera professione.

La Casa di Salute è aperta agli iscritti dei circuiti assicurativi convenzionati ed ai paganti in proprio. Nella Casa di Salute, sita al 5° piano dell'edificio IST sud, vengono erogate prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero ordinario o day hospital, previste dal Servizio Sanitario Nazionale, incluse prestazioni di chirurgia plastica ed estetica.

È possibile avere informazioni sui medici che effettuano la libera professione intramuraria attraverso la consultazione dell'elenco medici e relative tariffe.

Le tariffe delle singole prestazioni cliniche, che sono a totale carico del paziente, vengono preventivamente approvate dall'Istituto.

Camere mortuarie

Le camere mortuarie si trovano in P.le Marsano, 10 e sono aperte tutti i giorni (festivi compresi):
dalle ore 7.00 alle ore 11.30
e dalle ore 14.00 alle ore 21.00.

Per informazioni è possibile contattare il numero 010 5552629 attivo tutti i giorni dalle ore 7.00 alle ore 18.30.



SERVIZI PER I PAZIENTI

SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA

L'Assistente sanitario/assistente sociale nell'Istituto cura l'aspetto sanitario e sociale relativo all'accoglienza, alla degenza e alla dimissione protetta del malato. Offre supporto informativo ed organizzativo svolgendo un ruolo di rete tra malato, medico di reparto, medico di famiglia e strutture territoriali. Programma ed attiva, in relazione ai bisogni, i servizi territoriali nell'ottica di una dimissione protetta concordandola, possibilmente, con il paziente e la famiglia. Alcune delle prestazioni che l'assistente sanitario/sociale offre sono:

- Segnalazione del paziente all'Unità di Valutazione Geriatrica interna all'Istituto per eventuale inserimento in lista d'attesa per RSA riabilitativa post acuzie, di sollievo, prosecuzione cure, terminale e/o strutture residenziali e semiresidenziali convenzionate con la ASL.
- Segnalazione del paziente al distretto socio sanitario per richiesta cure domiciliari di media e alta intensità.
- Segnalazione ai servizi territoriali (ATS - ambito territoriale sociale) per nuclei familiari fragili.
- Informazioni per l'avvio della pratica per l'accertamento dell'invalidità civile/cecità civile/persona handicappata (legge 104) da effettuarsi tramite medico di famiglia.
- Indicazioni per la prescrizione di presidi/ausili/protesi.
- Segnalazione ai servizi territoriali sanitari (servizio salute mentale/Sert/U.O. disabili/consultorio ecc.)
- Dichiarazioni di nascita ed invio all'ufficio di Stato Civile del Comune di competenza, consegna attestazione di nascita, gestione dell'archivio.

Servizi per i degenti

- Supporto informativo al paziente affetto da TBC ed ai suoi familiari
- Informazioni e/o avvio ricorso presso il Tribunale di Genova per la nomina di Amministratore di Sostegno
- Informazioni per delega riscossioni pensioni.

Gli assistenti sanitari assicurano il servizio presso le seguenti sedi:

- D.E.A. sportello sito al Pronto Soccorso, nei giorni feriali dalle 7.30/8.00 alle 19.00, nei giorni prefestivi e festivi dalle ore 8.00 alle 14.00 (tel. 010 5552030 / 2327/2421 fax 010 5556644).
- Pad 7 piano 2° dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 10.00 e dalle ore 13.00 alle ore 15.00 (tel. 010 5553176/3178/3179/2311 fax 010 5556668)
- Pad. 15 (ex IST) piano 0 lato ponente, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 10.00 (tel. 010 5600375/399)
- Pad 2 piano terra per le pratiche alla dichiarazione di nascita e alla consegna dell'attestazione di nascita, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 11.00 (tel. 010 5553639).

SERVIZIO DI ASSISTENZA RELIGIOSA

Religione Cattolica

Al centro dell'area nosocomiale circondata dal verde dei viali, si trova la Chiesa centrale dell'Istituto. Inoltre, in numerosi Padiglioni sono presenti delle Cappelle. Il personale di assistenza religiosa visita quotidianamente i reparti di degenza e resta comunque a disposizione 24 ore su 24 per eventuali richieste inerenti il loro servizio. Per poter rispondere efficacemente ai bisogni morali e spirituali, attuando le indicazioni della CEI, è stata costituita la "Cappellania Ospedaliera, a cui, in collaborazione con i Cappellani, possono aderire, in qualità di Volontari, religiosi e laici. In Istituto questo gruppo è denominato "Servizio di Animazione Spirituale" (S.A.S.).

Punti di riferimento per eventuali contatti:

- Sede Cappellani: Tel. 010 5552225/2628 -
 Fax. 010 5556814
- Monoblocco p.t.: Tel. 335 6577928
 Tel. / Fax. 010 5555076
- D.L.M.I. p.t.: Tel. 335 7022886
- Sede Esterna: Tel. e Fax. 010 587851

SERVIZIO RISTORO

All'interno dell'Istituto sono presenti due bar:

- Monoblocco (piano terra)
- Pad. B (vicino all'entrata principale)

In alcuni padiglioni sono presenti distributori automatici a monete, di acqua, bevande, caffè e snack vari.

È possibile per i parenti dei pazienti ricoverati usufruire del servizio mensa previa richiesta al Coordinatore Infermieristico.

EDICOLA

All'interno dell'Istituto c'è un'edicola ubicata al piano terra del padiglione Monoblocco, aperta anche la mattina dei giorni festivi. Riviste e quotidiani sono distribuiti anche nei reparti.

COMUNICARE TELEFONICAMENTE

Negli spazi comuni di accesso ai reparti vi sono telefoni pubblici. In quasi tutti i reparti vi sono telefoni a carrello per le persone che non si possono muovere. In casi eccezionali è possibile farsi contattare sul numero telefonico del reparto.

POSTA

Per spedire la posta c'è una buca per le lettere all'ingresso centrale dell'Istituto. Per ricevere posta dovrà essere indicato, sulla busta, oltre al suo nome e cognome, il reparto di degenza ed il numero del letto.

BANCA E DEPOSITO VALORI

Attraversato l'ingresso principale, sulla destra, c'è una filiale della Banca Carige, che effettua servizio per il pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 08.20 alle ore 13.20 e dalle ore 14.30 alle ore 16.00.

Ci sono, inoltre, sportelli Bancomat nell'atrio del Monoblocco e del Palazzo dell'Amministrazione.

Se necessario si possono richiedere al coordinatore infermieristico informazioni per il deposito valori presso la Cassa Economale.

POSTO DI PUBBLICA SICUREZZA

Al Pronto Soccorso sono presenti un Militare dell'Arma dei Carabinieri o un Agente di Pubblica Sicurezza e un Agente di Polizia Municipale. Il Posto di Pubblica Sicurezza si occupa, tra l'altro, della ricezione dei referti medici per i pazienti ricoverati nelle Salette di Primo Intervento del Dea di 2° livello.

Il Posto di Pubblica Sicurezza risponde al numero telefonico 010 5552229.

ISPETTORATO

Nel Palazzo dell'Amministrazione al piano terra è presente l'ufficio Ispettorato che svolge funzioni di controllo diurno e notturno in tutto l'Istituto. Vigila sulla disciplina ed il comportamento degli utenti, si occupa del servizio oggetti rinvenuti all'interno dell'istituto stesso.

Il Servizio è garantito tutti i giorni 24 ore su 24.

L'ispettorato risponde ai numeri 010 555 2231 - 2715 - 3604.

ULTERIORI INFORMAZIONI PER I DEGENTI

Presso il nostro IRCCS esiste un servizio di Emergenza sempre attivo nelle 24 ore. Per attivarlo basta chiamare 010 5557999 e fornire le seguenti informazioni:

- Mi chiamo.....
- Il mio numero è.....
- Segnalo che presso il Padiglione..... piano.....lato..... (ponente, levante, nord, sud)
- Spiegare tipologia dell'evento per il quale si intende attivare l'Emergenza: (incendio, crollo, allagamento, ecc.)
- Ci sono persone in pericolo..... o ferite..... (specificare)

In questo modo sarà possibile garantire un intervento rapido del personale preposto in grado di consentire l'adeguata sicurezza per tutti.

Nell'ambiente ospedaliero al fine di garantire la massima sicurezza è necessario osservare poche ma importanti regole:

- è assolutamente vietato fumare in tutto l'IRCCS: il divieto è relativo sia ai locali di degenza che accessori;
- è vietato usare qualunque fiamma libera: accendini, fiammiferi

- tutti gli indumenti (pigiami, vestaglie, biancheria, ecc.) e gli asciugamani devono essere rigorosamente confezionati in fibra naturale (cotone, lino, lana), mai in materiale facilmente infiammabile e in grado di determinare correnti elettrostatiche
- la detenzione di apparecchi elettrici (televisori, radio, rasoi, caricatori di telefoni cellulari ecc.) deve essere autorizzata dalla direzione del reparto
- è vietata la detenzione di liquidi infiammabili (es. alcol)
- in caso di pericolo occorre:
 - avvertire subito il personale
 - mantenere la calma e seguire le indicazioni del personale
 - non rimuovere per alcun motivo il bracciale messo al polso al momento del ricovero

ULTERIORI INFORMAZIONI PER I VISITATORI

Nell'ambiente ospedaliero al fine di garantire la massima sicurezza è necessario osservare poche, ma importanti regole:

- è assolutamente vietato fumare sia nei locali di degenza che nei locali accessori
- se vedete situazioni che ritenete possano generare pericolo, avvertite subito il personale
- in caso di emergenza mantenete sempre la calma e seguite le indicazioni del personale.

TERZA SEZIONE

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO ED URP

È ben chiaro a tutti noi come gli ospedali siano luoghi ad elevata rischiosità: il nostro impegno è stato da sempre quello di contenere nei limiti del tollerabile questa rischiosità e contenere conseguentemente gli eventi avversi che la pratica clinica quotidiana genera.

Avendo altresì la certezza che l'azzeramento di questi eventi avversi sia un obiettivo velleitario, abbiamo da diversi anni intrapreso la strada di provare a crescere professionalmente, a imparare anche dagli errori che il sistema produce. Questi, nella grande maggioranza dei casi, si realizzano perché il sistema ospedale nel suo complesso non ha messo in atto tutte le misure necessarie a prevenire comportamenti potenzialmente dannosi, a prevenire con attenzione e scrupolo gli errori generati dalle innumerevoli procedure ad elevata rischiosità. L'analisi meticolosa di tutti gli eventi avversi e dei quasi eventi (quelli che avrebbero potuto verificarsi) che rileviamo, con il conseguente confronto con i professionisti coinvolti, rappresentano uno dei cardini per il miglioramento continuo della qualità delle nostre procedure.

Un altro importante elemento che contribuisce a garantire la sicurezza del nostro ospedale è costituito dal nostro Ufficio per le Relazioni con il Pubblico che quotidianamente ci offre, attraverso lodi, reclami e suggerimenti stimoli costanti per migliorare la nostra attività.

Infine, attraverso una continua attività di monitoraggio dei principali percorsi di cura, i nostri professionisti sono spinti a ricercare quotidianamente le modalità migliori per realizzare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali più appropriati e basati sulle prove di efficacia che la letteratura scientifica mette a disposizione.

Queste modalità di lavoro si possono realizzare solamente grazie alla rete della Qualità, costituita da professionisti particolarmente orientati alla cura della qualità dei processi e presente in tutto l'Istituto, (è infatti rappresentata in tutte le UUOO) che da anni svolgono il compito di diffondere le migliori pratiche cliniche che nascono dalle prassi descritte.

La forza di questa rete è costituita dalla grande passione che li anima e dalla volontà di offrire ai nostri utenti la certezza di poter fruire di un ospedale sicuro, moderno e innovativo.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Prestazioni erogate in regime d'urgenza - 1

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
RICHIESTA DI PRESTAZIONE	Facile accesso prestazione	Accesso diretto al DEA di 2° livello per le richieste di ricovero urgente	Rilevazione del numero di accessi e tipologia dei ricoveri del Sistema Informativo Aziendale	Mensile
	Verifica della necessità di prestazione	Accesso diretto alle prestazioni specialistiche urgenti	Rilevazioni del numero di accessi e tipologia delle prestazioni urgenti del Sistema Informativo Aziendale	Mensile
		Triage all'ingresso in Pronto Soccorso	Rilevazione tipologia codici di gravità assegnati attraverso il Sistema Informativo DEA di 2° livello	Mensile
EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE URGENTE	Erogazione immediata in urgenza	Corretto riconoscimento delle condizioni di emergenza	Verifica delle tempistiche	Continua
	Disponibilità di tutte le branche specialistiche all'interno del DEA di 2° livello	Disponibilità specialisti adeguati alla prestazione	Orari di Servizio delle UU.OO. e servizi diagnostici	Continua
	Adeguatezza della prestazione fornita	Possibilità di usufruire di osservazione temporanea presso il DEA di 2° livello (O.B.I.)	Numero pazienti in osservazione temporanea al DEA di 2° livello	Mensile
		Possibilità di usufruire di letti monitorizzati	Numero di pazienti ricoverati e monitorizzati presso il DEA di 2° livello	Mensile
		Possibilità di ricovero immediato se necessario	Numero ricoveri suddivisi per unità operativa	Continua

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

Prestazioni erogate in regime d'urgenza - 2

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PERFORMANCE ASSISTENZIALE 	Misura della qualità dell'assistenza	Rilevazione della Qualità Percepita	Somministrazione sistemica dei questionari secondo Progetto Aziendale	Annuale
		Rilevazione informatica dei suggerimenti, reclami ed elogi (Mod. 603)	Gestione dei suggerimenti, reclami ed elogi attraverso Azioni Correttive	Continua
		Indicatori di processo e di esito della cura, utilizzo di linee guida (E.B.M.)	Obiettivi nella scheda di Budget Audit interno Percorsi diagnostico - terapeutici	Annuale
		Corsi di aggiornamento E.C.M. per il personale	Piano della formazione e soggiorno continuo Registrazioni	Annuale
		Gestione del Rischio Clinico	Registrazione eventi sentinella Audit clinico e organizzativo	Continua

Degenza, day hospital, day surgery e cure intermedie - 1

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PRENOTAZIONE DEL RICOVERO	Disponibilità di informazioni preventive sul ricovero	Informazioni scritte sulle prestazioni erogate Carta dei Servizi, Documento organizzativo di Reparto Vademecum del paziente Informazioni utili	Revisione periodica	Annuale
		Possibilità di avere informazioni telefoniche	Orario prolungato apertura Ufficio Relazioni con il Pubblico	Continua
	Rispetto delle modalità di accesso	Possibilità di consultare i registri di prenotazione	Verifica periodica dei registri da parte della Direzione Sanitaria	Semestrale
	Misura della soddisfazione del paziente	Somministrazione questionari	Rilevazioni periodiche governate da Progetto Aziendale per ogni area	Annuale
ACCETTAZIONE DEL RICOVERO	Reparto strutturato per l'accoglienza	Presenza di personale identificabile	Strutturazione turni di servizio; controlli su cartellini di riconoscimento	Periodica
		Presenza di telefoni funzionanti	Manutenzione apparecchi	Continua
	Disponibilità di informazioni scritte sul ricovero	Segnaletica di facile lettura e aggiornata	Aggiornamenti in base alle variazioni	Annuale
		Documento organizzativo esposto in reparto, Vademecum del paziente consegnato al momento della accoglienza Informazioni Utili disponibili presso le portinerie principali		

Degenza, day hospital, day surgery e cure intermedie - 2

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
RICOVERO IN REPARTO ASSISTENZA SANITARIA	Disponibilità di personale adeguato per numero e qualifica	Rilevazione della Qualità Percepita	Turni di servizio del personale	Mensili
	Regolarità dell'assistenza medica	Servizio diurno 8/20 Guardia notturna 20/8 Guardia festiva 24 ore	Turni di servizio del personale	Mensili
	Adeguatezza riposta all'Urgenza	Continuità assistenziale sulle 24 ore per 365 giorni all'anno	Turni di servizio del personale	Mensili
		Guardia interdiv. medica e chirurg. notturna 20/8 e festiva 24 ore	Turni di servizio del personale	Mensili
RELAZIONI TRA PERSONALE PAZIENTI E LORO FAMILIARI O CONOSCENTI	Informazioni sullo stato di salute	Informazioni continue su stato di salute Accertamenti diagnostici terapia	Verifica della soddisfazione dell'utente tramite Customer Satisfaction	Annuale
		Orari di colloquio con i medici ben definiti	Orari esposti in modo visibile	Continua
	Rispetto della privacy	Carta dei Servizi con linea guida sulla privacy	Verifica mediante questionari Audit Interni ed Esterni	Annuale
		Informazioni ai parenti nel rispetto legge privacy	Verifica mediante questionari Procedure per il consenso informato	Continua
		Camere con adeguato numero di letti	Ristrutturazioni spazi	In corso

Degenza, day hospital, day surgery e cure intermedie - 3

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PRESTAZIONI ALBERGHIERE	Camere di degenza confortevoli	Presenza di arredi adeguati	Ristrutturazione spazi	In corso
			Costante ricambio degli armadi sanitari	Continua
	Regolare cambio della biancheria	Disponibilità adeguata di biancheria perfettamente pulita	Disponibilità di protocolli e verifica con check list	Continua
		Regolarità dei cambi o in caso di bisogno	Rispetto dei protocolli Rispetto delle conseguenze	Continua
	Verifica di pulizia e di sanificazione degli ambienti	Verifica dello standard	Verifica della soddisfazione dell'utente tramite Customer Satisfaction	Annuale
		Disponibilità e rispetto delle procedure	Presenza di protocolli Rispetto dei protocolli e verifica con check list	Mensile
	Disponibilità di adeguati servizi igienici	Numero di servizi adeguato al numero di utenti	Ristrutturazione spazi	In corso
		Puntuale manutenzione	Rispetto dei protocolli e verifica con check list	Mensile
		Presenza di materiale di consumo adeguato	Controllo consumi dei prodotti	Semestrale

Degenza, day hospital, day surgery e cure intermedie - 4

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PRESTAZIONI ALBERGHIERE	Qualità dei pasti	Pasti di buona qualità	Protocolli disponibili per procedure di cucina (HACCP)	Continua
		Dieta personalizzata (Servizio Nutrizione e Dietetica Clinica)	Verifica della soddisfazione dell'utente tramite Customer Satisfaction	Annuale
		Pasti somministrati in quantità adeguata al quadro clinico del paziente	Verifica della soddisfazione dell'utente tramite Customer Satisfaction	Annuale
		Modalità di somministrazione che garantiscano l'igiene	Protocolli di somministrazione Presenza di vassoi termici individuali	Annuale
		Orari di distribuzione dei pasti simili alla vita quotidiana	Rilevazione dello standard	Annuale
DIMISSIONI DAL REPARTO	Informazioni chiare alla dimissione	Consegna relazione sanitaria al paziente	Audit interni per Accredimento Istituzionale Accreditamento all'Eccellenza Risk Management	Annuali
	Rapido rilascio su richiesta di copia cartella clinica	Consegna copia entro 10/15 gg dalla richiesta	Monitoraggio dei reclami (Mod. 603)	Continua
	Rilascio copia referti RX	Consegna copia entro 10/15 gg dalla richiesta	Monitoraggio dei reclami (Mod. 603)	Continua

Degenza, day hospital, day surgery e cure intermedie - 5

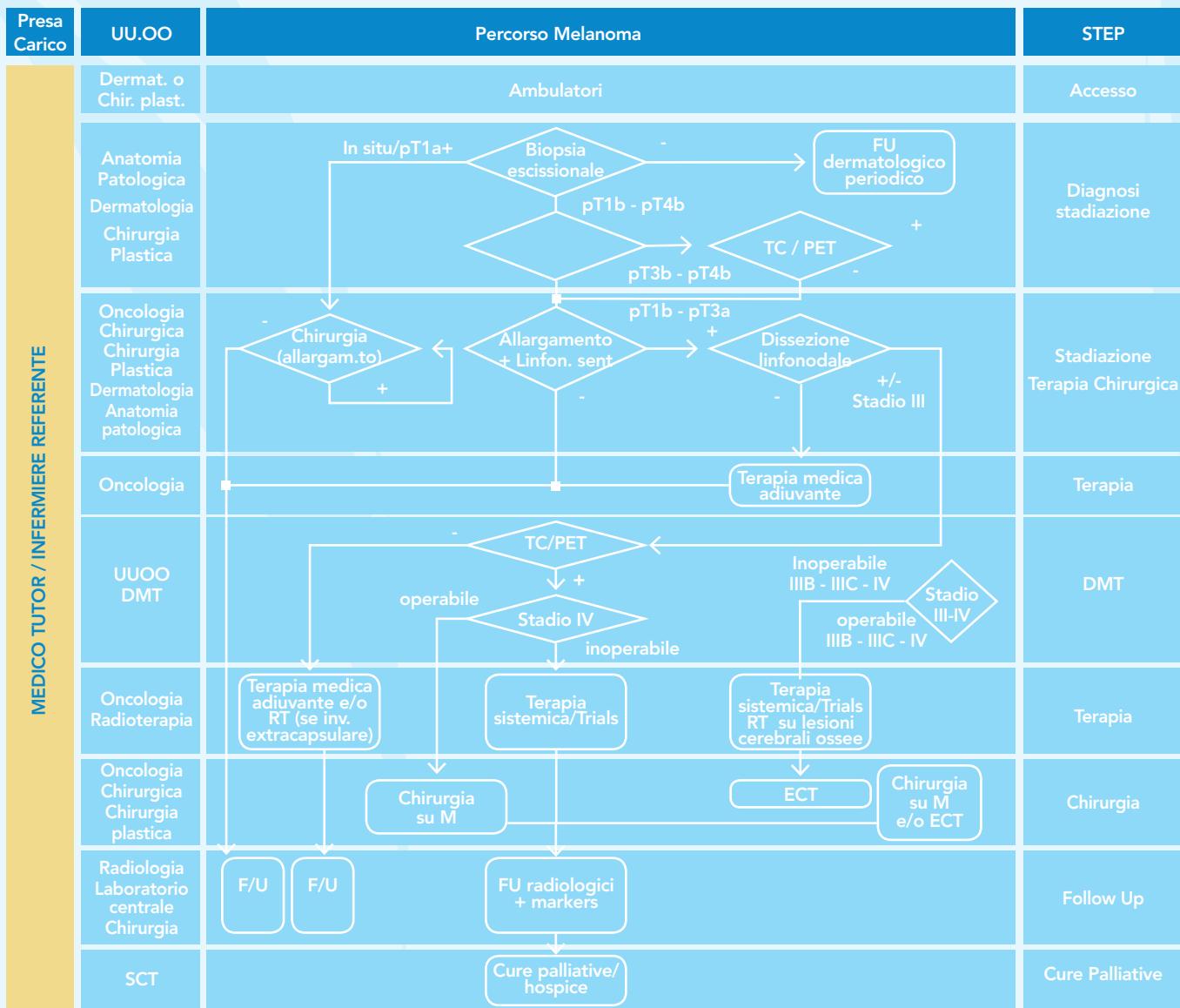
FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PERFORMANCE ASSISTENZIALE 	Misure della qualità dell'assistenza	Rilevazione della Qualità Percepita	Somministrazione sistemica di questionari secondo Progetto Aziendale	Annuale
		Rilevazione dei suggerimenti reclami ed elogi (Mod. 603)	Gestione dei suggerimenti, reclami ed elogi	Continuo
		Indicatori di processo e di esito della cura, utilizzo di linee guida (E.B.M)	Obiettivi nella scheda di Budget Audit interno Percorsi diagnostico - terapeutici	Annuale
		Corsi di aggiornamento E.C.M. per il personale	Piano della formazione e aggiornamento continuo Registrazioni	Annuale
		Gestione del Rischio Clinico	Registrazione eventi sentinella Audit clinico e organizzativo su supporto informatico dedicato	Continua

SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DAY SERVICE AMBULATORIALE

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
PRENOTAZIONE	Disponibilità di informazioni preventive sulle prestazioni	Informazioni scritte sulle prestazioni erogate Informazioni telefoniche	Revisione Periodica Carta dei Servizi Orario prolungato di apertura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico	Periodica Continue
	Facile accesso alla prenotazione	Possibilità di prenotazione telefonica o in farmacia	Revisione periodica Carta dei Servizi	Continue
	Tempi di attesa ridotti	Rispetto tempi di attesa programmati	Rilevazione tempi di attesa	Periodica
	Rispetto delle modalità di accesso	Possibilità di consultare registri di prenotazione	Verifica periodica dei registri da parte della Direzione Sanitaria	Periodica
ACCESSO ALLA PRESTAZIONE	Ambulatorio strutturato per l'accoglienza	Presenza di personale identificabile	Strutturazione turni del personale	Continua
		Presenza di sala d'attesa accogliente		Continua
			Ristrutturazione spazi	In corso
	Sportelli per pagamento ticket	Disponibilità sportello	Protocolli intesa con Tesoreria bancaria	Continua
Possibilità di pagamento tramite casse automatizzate			Continua	

FASE DELLA PRESTAZIONE	CRITERI DI QUALITÀ	INDICATORI	METODI DI VERIFICA	TEMPI
EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE	Qualità delle prestazioni erogate	Qualificazione del personale	Corsi di formazione e di agg. continuo E.C.M. (Registrazioni)	Continua
	Cortesia e disponibilità del personale	Rilevazione qualità percepita	Somministrazione sistematica di questionari secondo Progetto Aziendale	Annuale
	Informazioni sulle prestazioni da erogare e relative procedure	Documento organizzativo dell'ambulatorio	Verifica della soddisfazione dell'utente tramite Customer Satisfaction	Annuale
		Linee guida nel pieno rispetto della privacy	Monitoraggio suggerimenti reclami ed elogi (Mod. 603)	Continua
	Garanzia di pulizia e sanificazione degli ambienti	Disponibilità e rispetto delle procedure	Presenza delle procedure verifica e check list	Mensile
			Verifica e soddisfazione degli utenti	
PERFORMANCE ASSISTENZIALE	Misura della qualità dell'assistenza	Rilevazione della qualità percepita	Somministrazione sistematica tramite questionari secondo Progetto Aziendale	Annuale
		Rilevazione dei suggerimenti, reclami ed elogi (Mod. 603)	Gestione dei Suggerimenti, Reclami ed Elogi	Continuo
		Indicatori di processo e di esito della cura utilizzo di linee guida (E.B.M.)	Obiettivi nella scheda di Budget Audit interno Percorsi diagnostico - terapeutici	Annuale
		Gestione del rischio clinico	Registrazione eventi sentinella Audit clinico e organizzativo su supporto magnetico	Continua
		Corsi di aggiornamento E.C.M. per il personale	Piano della formazione agg.to continuo Registrazioni	Annuale

TUMORI CUTANEI



GASTRO ENTERICO

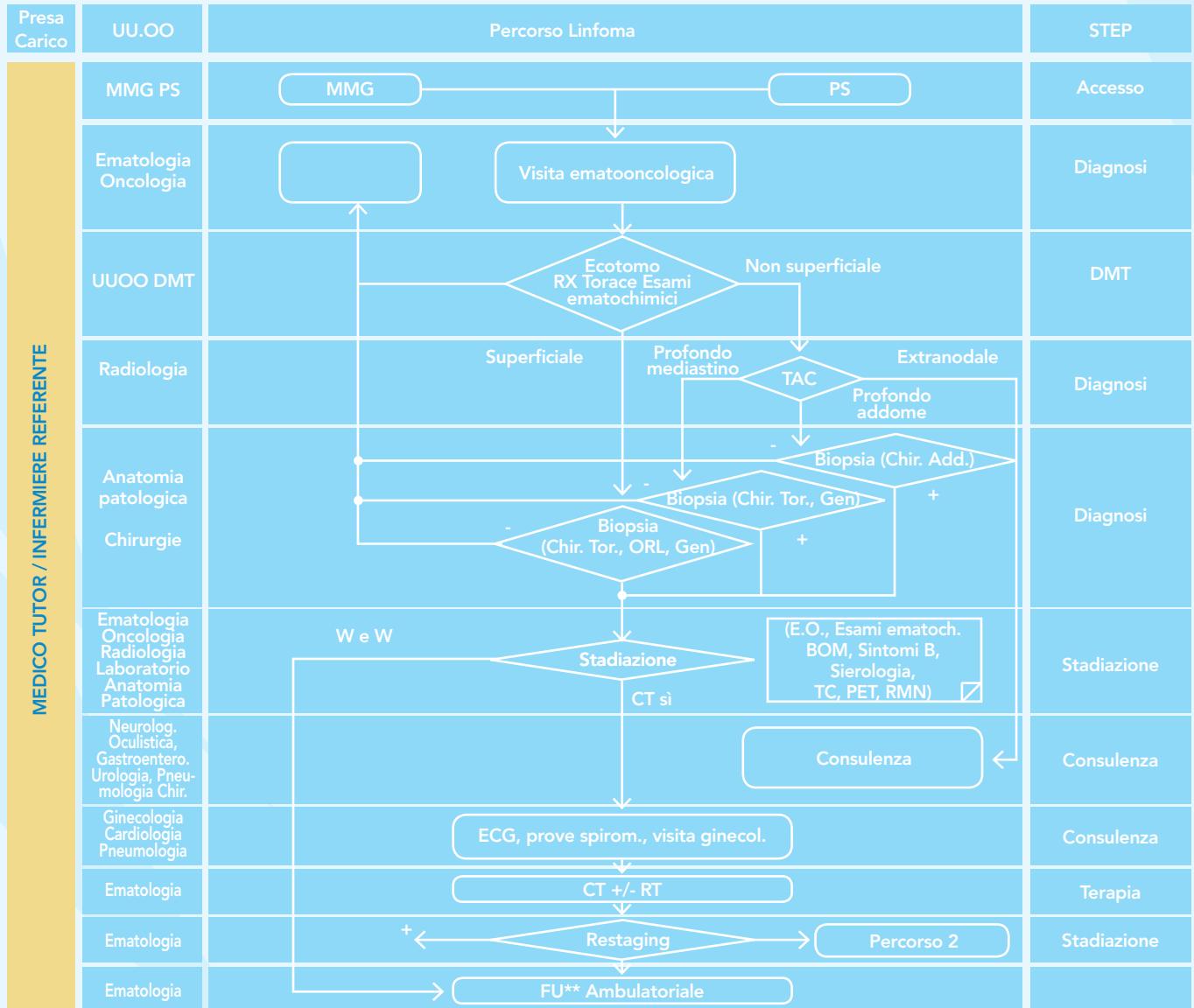
Presa Carico	UU.OO	Percorso Carcinoma colo-rettale: malattia operabile	STEP
MEDICO TUTOR / INFERMIERE REFERENTE SPCT T202 Riab. Onco. H1 N Nutrizione H94 Psicologia H1 G Foniatria HP52 Serv. ass. sociali U29 Clinica psichiatrica T1C Hospice e cure palliative	Chirurgie oncologie Gastro		Accesso
	Gastroenterologia ed endoscopia digestiva • Radiologia • Anatomia Patologica Laboratorio centrale		Diagnosi stadiazione
	DMT		DMT
	Oncologia Radio-terapia		Terapia oncologica
	Chirurgia Anatomia patologica		Chirurgia
	Chirurgia Anatomia patologica		Terapia Oncologica
	Gastroenterologia Radiologia Laboratorio centr. Chirurgia Oncologica		Follow Up

FOLLOW UP CLINICO - STRUMENTALE RELATIVO AI PRIMI 5 ANNI POST-INTERVENTO

UOVO	ESAMI	CA colon e retto Basso rischio (A-B1)	Ca colon Alto rischio (B2-C)	Ca retto Alto rischio (B2-C)
Laboratorio centrale Gastroenterologia Chirurgia Oncologia	Esame clinico + CEA	A 6, 12, 24 mesi poi ogni anno per 3 anni	Ogni 4 mesi per i primi 3 anni poi ogni 6 mesi per 2 anni.	Ogni 4 mesi per i primi 3 anni poi ogni 6 mesi per 2 anni
Gastroenterologia	Colonscopia Entro 6 mesi se non eseguita prima di intervento (colon intraoperatoria)	1, 3, 5 anni	1, 3, 5 anni	1, 3, 5 anni
Gastroenterologia	Rettosigmoidoscopia			6, 12, 24 mesi
Radiologia	US addome	Annuale per 3 anni	Dopo i primi 3 anni 1 volta/anno	
Radiologia	RX torace	Annuale per 3 anni		
Radiologia	TC addome+pelvi+torace	Annuale per 3 anni	Ogni 8 mesi per 3 anni	Ogni 8 mesi per 3 anni poi 1 volta anno per 2 anni

Pz stomizzato: FU annuale per prescrizione presidi

MALATTIE LINFO PROLIFERATIVE



FOLLOW UP CLINICO AMBULATORIALE

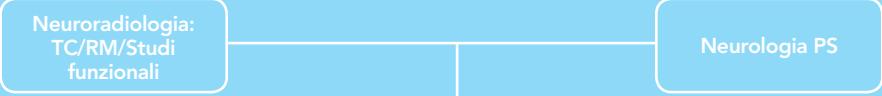
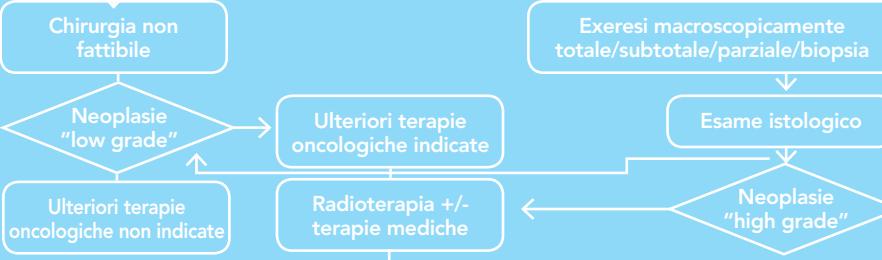
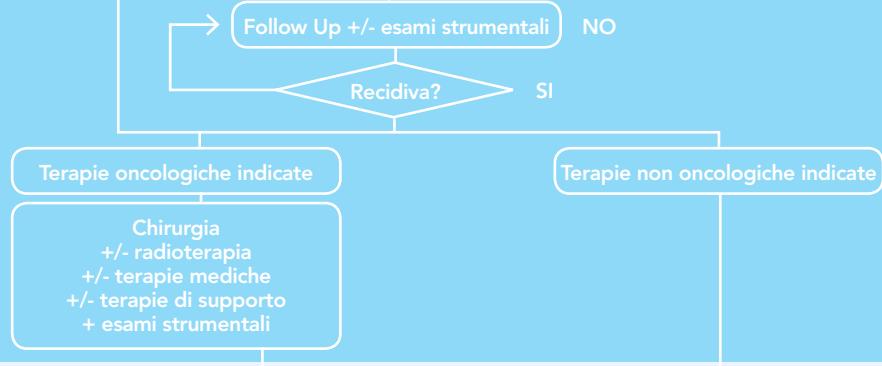
- nei primi 2 anni dal termine della terapia: controlli ambulatoriali ogni 3 mesi, includenti: visita, esami di laboratorio, ogni 6 mesi: TAC (anche solo il 1° anno). PET solo su indicazione clinica.
- nel 3° e 4° anno dal termine della terapia: controlli ambulatoriali ogni 6 mesi includenti: visita, esami di laboratorio. TAC e/o PET solo su indicazione clinica.
- a partire dal 5° anno dal termine della terapia: controlli ambulatoriali ogni 12 mesi includenti: visita, esami di laboratorio ed eventuali altre indagini su indicazione clinica.

Percorso 2

Pazienti RIC/REF:

- Valutare protocolli di salvataggio
- Terapia di salvataggio +/- comprensiva di trattamento trapiantologico (AUTO/ALLO).

NEOPLASIE CEREBRALI

Presca Carico	UU.OO	PDTA Neoplasie cerebrali	STEP
MEDICO TUTOR / INFERMIERE REFERENTE	Diagnostica Neurorad. Neurologia		Accesso
	Diagnostica Neurorad. Neurologia		Diagnosi
	DMT		DMT
	Neurochirurgia Anatomia Patologica Radioterapia Ter. mediche Neurologia		Diagnosi/Terapia
	Neurochirurgia Terapia supporto Neurologia Terapie mediche Radioterapia Radiologia		Follow Up
			Palliazione

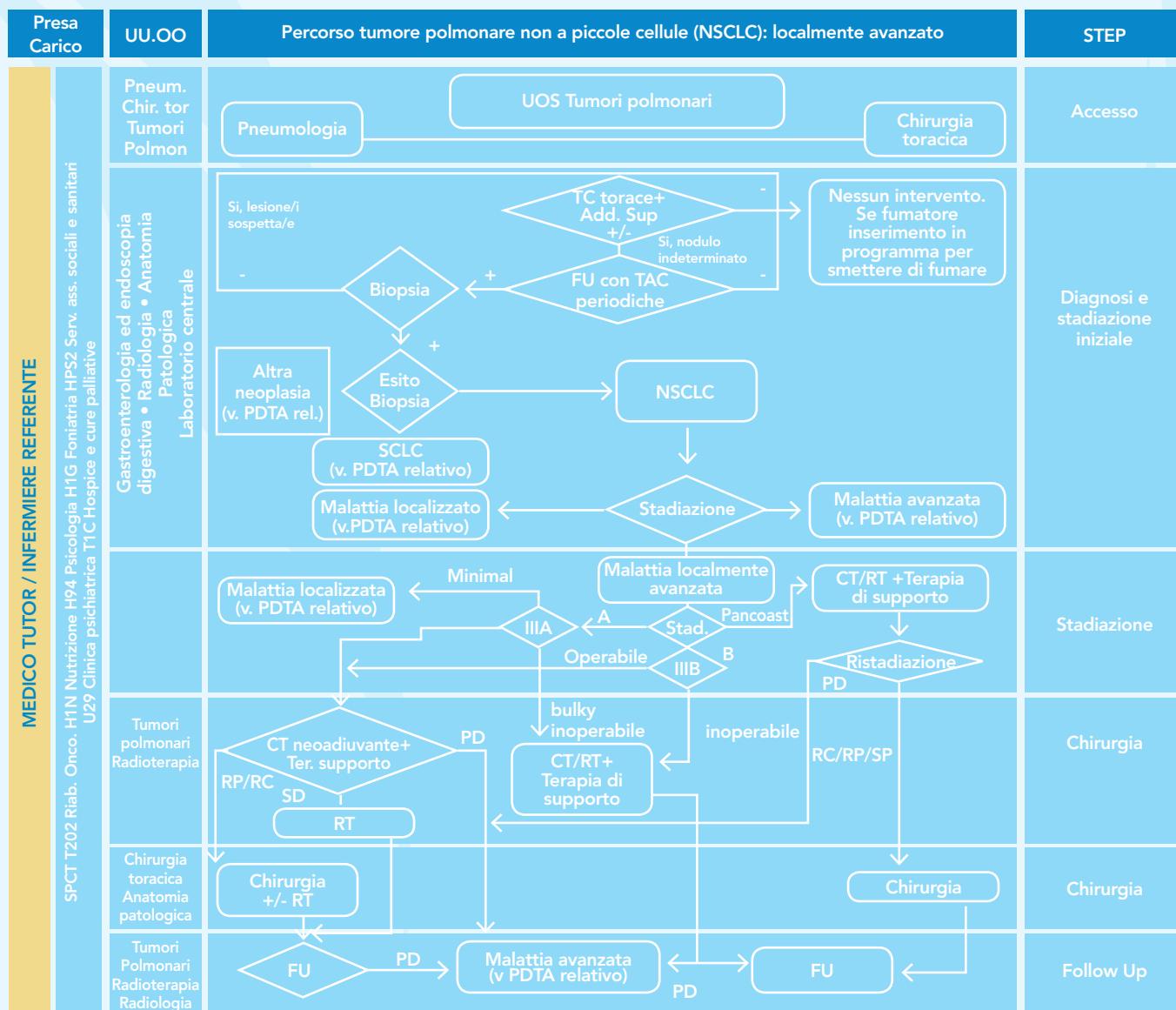
NEOPLASIE GINECOLOGICHE

Preso Carico	UU.OO	Percorso PDTA tumori ovaio accesso-diagnosi	STEP
MEDICO TUTOR / INFERMIERE REFERENTE	Diagnostica Clinica Ostetrica e ginecologia Ostetricia e ginecologia	Invio per rilievo clinico e/o esame strumentale o sintomatologia sospetta o dal pronto soccorso	Accesso
	Ambulatorio oncologico Clinica ostetrica e ginecologica Ostetricia e ginecologia	Visita + Ecografia	Diagnosi
	Radiologia Clinica ostetrica e ginecologia Ostetrica e ginecologia	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Cisti probabilmente benigna</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Neoformazione ovarica dubbia</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Neoformazione fortemente sospetta e/o ascite e/o segni di carcinosi</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 60%; margin: 0 auto;">Ulteriori accertamenti</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Parametri clinico-strumentali per benignità</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Parametri clinico strumentali dubbi</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Parametri clinico strumentali suggestivi per neoplasia</div> </div>	Diagnosi
	Radiologia Endoscopia Clinica ostetrica e ginecologia Ostetrica e ginecologia	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 60%; margin: 0 auto;">Procedure diagnostiche/terapeutiche invasive</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 45%;">Neoformazioni mobili di diametro <8 cm; origine dubbia LAPAROSCOPIA</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 45%;">Neoformazioni >8 cm o fisse, origine certa età >40 anni LAPAROTOMIA</div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 60%; margin: 0 auto;">Altre procedure per escludere tumori altri organi</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Avviata a terapia convenzionale secondo indicazioni</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">Eventuale invio altre strutture</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: 30%;">PDTA_02_Procedure oncologica</div> </div>	Terapia DMT/ Diagnosi

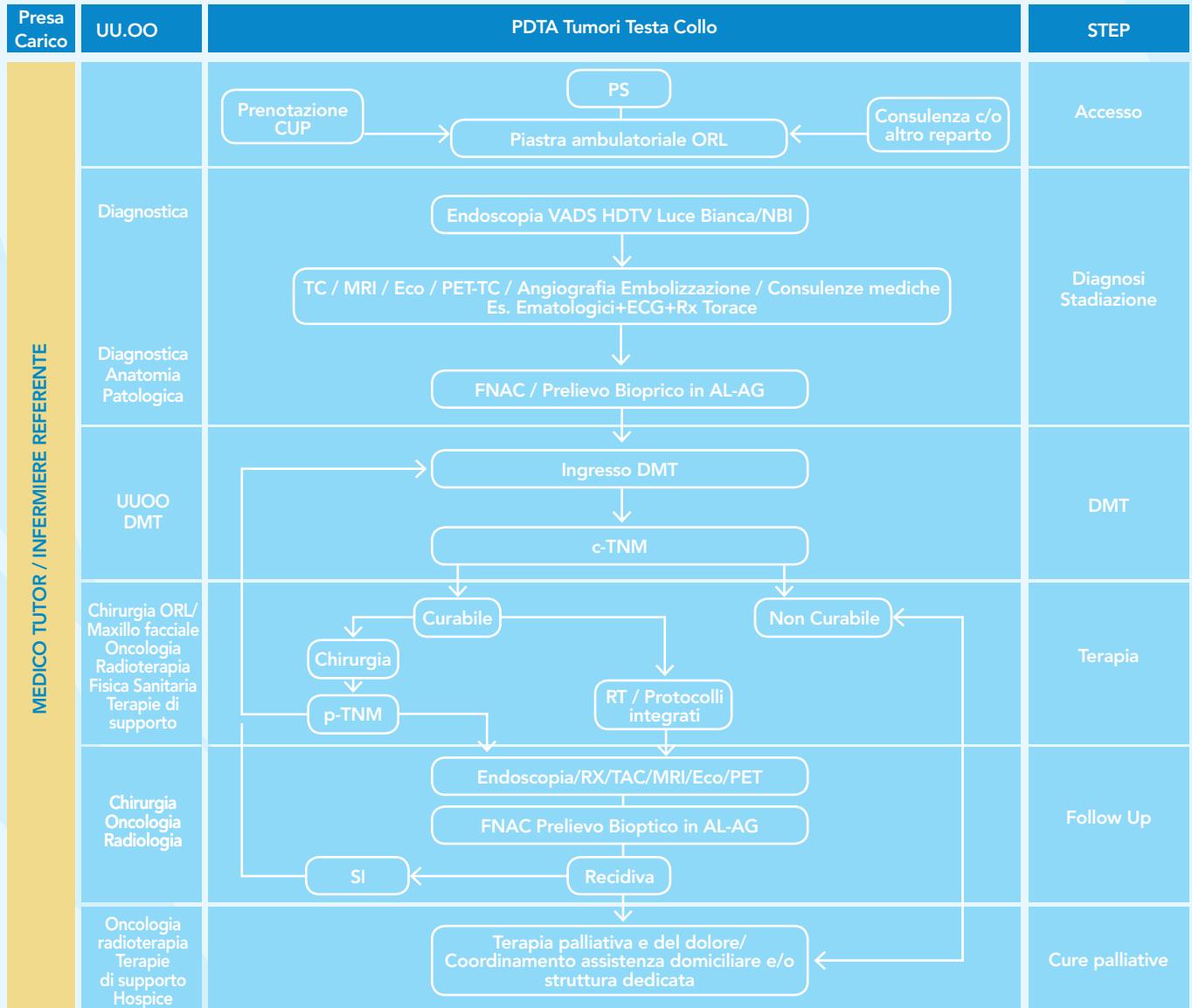
NEOPLASIE MAMMARIE

Presca Carico	UU.OO	PDTA Neoplasie mammarie	STEP
MEDICO TUTOR / INFERMIERE REFERENTE SPCT T202 Riab. Onco. H1N Nutrizione H94 Psicologia H1G Foniatria HPS2 Serv. ass. sociali U29 Clinica psichiatrica T1C Hospice e cure palliative	Diagnostica senologica Chirurgia		Accesso
	Anatomia patologica Diagnostica senologica		Diagnosi
	DMT		DMT
	Chirurgia senologica Oncologia		Diagnosi/Terapia/ Stadiazione/ Terapie di supporto
	Anatomia patologica Chirurgia plastica Radio-terapia Radiologia		Diagnosi/Terapia/ Stadiazione/ Terapie di supporto
	Chirurgia Oncologia Radioterapia Radiologia	<p style="text-align: right; font-size: small;">* riabilitazione oncologica es. mts ossee</p>	Follow Up
			Palliazione

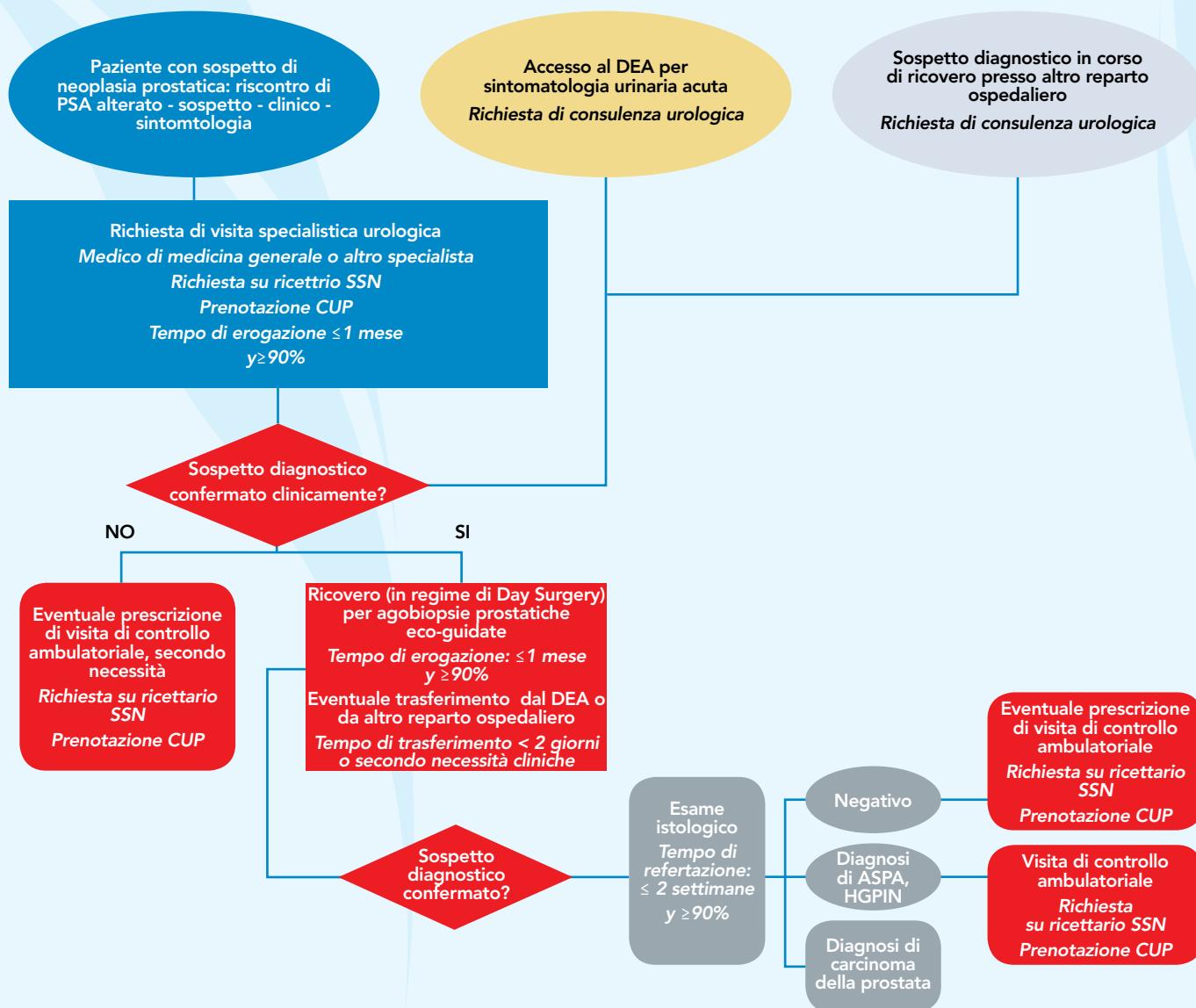
NEOPLASIE POLMONARI



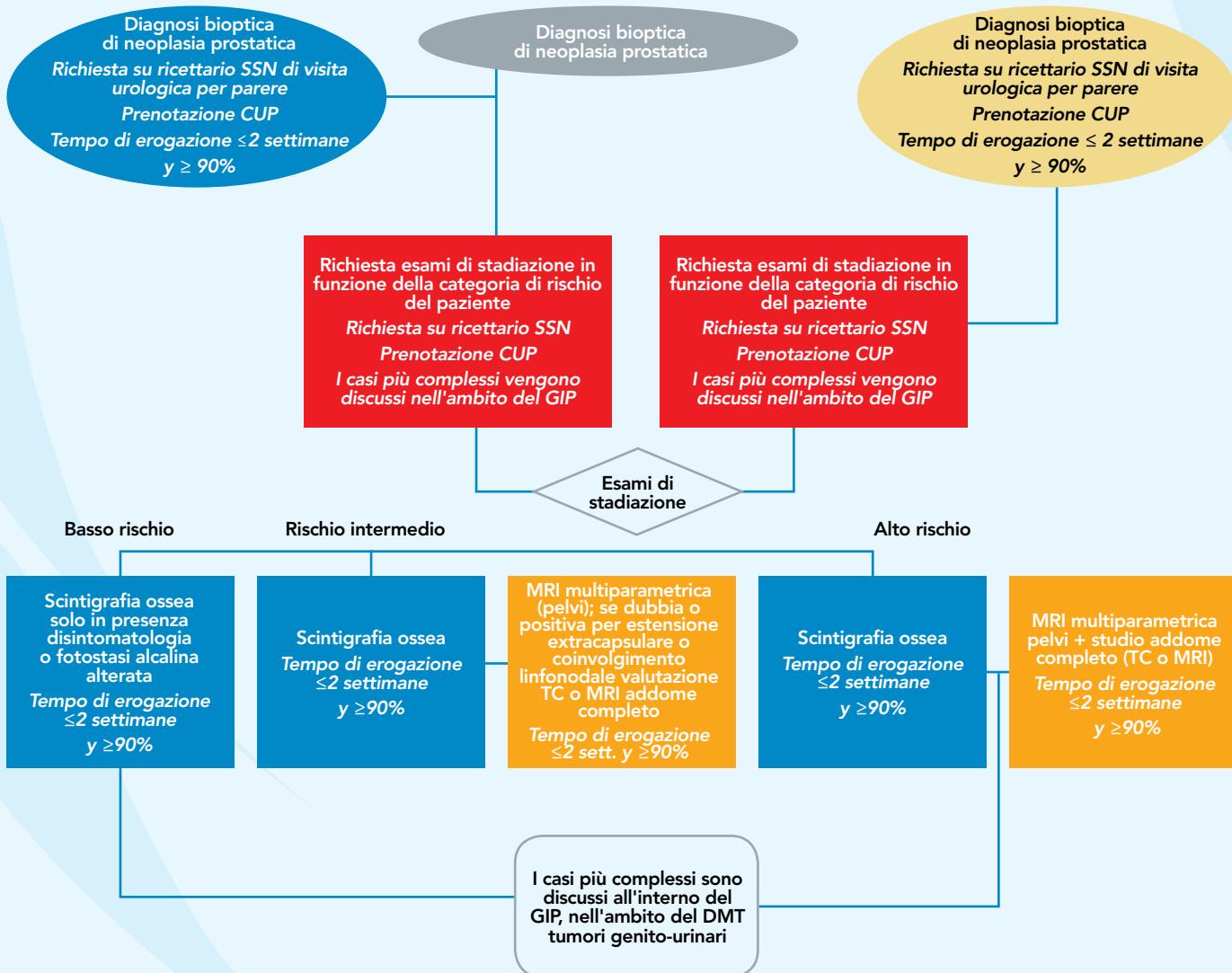
NEOPLASIE TESTA COLLO



NEOPLASIE UROLOGICHE - PDTA URO PROSTATATA

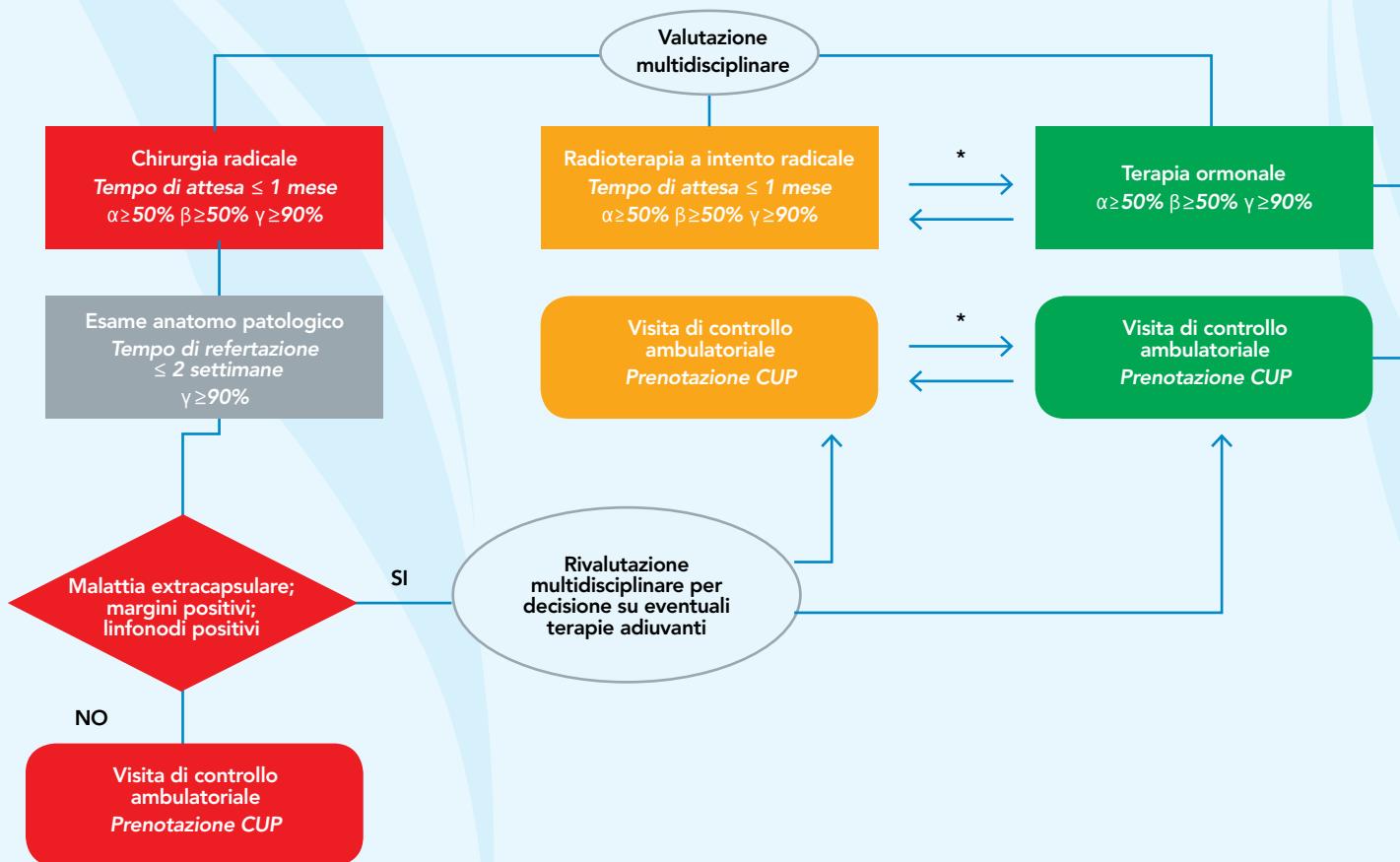


NEOPLASIE UROLOGICHE INQUADRAMENTO E STADIAZIONE - DIAGNOSI



NEOPLASIE UROLOGICHE

TERAPIA INIZIALE



QUARTA SEZIONE

MECCANISMI DI TUTELA E VERIFICA

Regolamento di Pubblica tutela dell'Istituto

A - Presentazione delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami

- art. 1: Finalità della tutela
- art. 2: Soggetti aventi titolo
- art. 3: Presupposti per l'esercizio del diritto di tutela
- art. 4: Modalità con cui è richiesta la pubblica tutela
- art. 5: Termini di presentazione

B - Procedura d'Esame delle istanze (fase 1)

- art. 6: Procedura delle istanze
- art. 7: Risposta all'utente

C - Procedura di Riesame (fase 2)

- art. 8: La Commissione Mista Conciliativa
- art. 9: Composizione della Commissione Mista Conciliativa
- art. 10: Procedura del riesame
- art. 11: Decisione della Commissione Mista Conciliativa

D - Competenze, funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico

- art. 12: Competenze U.R.P.
- art. 13: Il Direttore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico - funzioni



A - Presentazione delle osservazioni, opposizioni, denunce e reclami

Art. 1: Finalità della tutela

L'Istituto si impegna ad assicurare l'adeguatezza e la qualità delle prestazioni erogate in conformità agli standard esplicitati nella Carta dei Servizi e garantisce agli utenti il diritto di tutela, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e la Commissione Mista Conciliativa, mediante la possibilità di presentare osservazioni, opposizioni, denunce e reclami nei casi e con le modalità disciplinate dai successivi artt. 3 e 4.

Le segnalazioni sono interpretate come strumento che consente di migliorare la conoscenza e la comprensione di eventuali criticità, legate ai servizi erogati e di prevedere possibili interventi per migliorare il servizio e superare, in completa sinergia con l'utenza e la struttura, le percezioni negative vissute.

È impegno prioritario dell'Istituto, la verifica delle prestazioni offerte ed il continuo monitoraggio dei loro standards qualitativi in una visione dinamica del miglioramento del Sistema Qualità.

Art. 2: Soggetti aventi titolo

La tutela può essere chiesta da qualsiasi utente dei servizi erogati dall'Istituto, direttamente o tramite: parenti, affini, professionisti, Associazioni e Organismi di tutela accreditati presso l'Istituto o la Regione Liguria, da cui il reclamante voglia farsi assistere, nel rispetto delle norme disciplinate dal D. Lgs. 30/06/2003 n. 196. La presentazione di reclami non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale e/o amministrativa.

Art. 3: Presupposti per l'esercizio del diritto di tutela

La tutela è prevista:

- a) per qualsiasi disservizio che abbia negato o limitato la fruibilità del servizio offerto ovvero per atto o comportamento lesivo del rispetto della persona o del diritto dell'utente
- b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi sanitari come meglio specificato, a scopo meramente esemplificativo, nell'elenco seguente:
 - qualsiasi disservizio, inteso come evidenziabile mancanza;
 - atti o comportamenti che limitano totalmente o parzialmente la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria;
 - atti o comportamenti che limitano la corretta fruibilità delle prestazioni, in relazione all'atteggiamento degli operatori sanitari o alla qualità ed alle condizioni di erogazione delle prestazioni;
 - atti o comportamenti che compromettono il rispetto della privacy;
 - qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinano la fruizione dei servizi sanitari, in particolare della Carta dei Servizi adottata dall'Istituto ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. 19/05/1995, del Codice dei dipendenti pubblici (Decreto 31.03.1994), della L. 241/1990 (Diritto di accesso agli atti amministrativi), e dei Protocolli d'intesa tra l'Istituto e le Associazioni di Volontariato e di Tutela.

Art. 4: Modalità con cui è richiesta la pubblica tutela

La Pubblica Tutela può essere richiesta dai soggetti aventi diritto tramite una segnalazione di disservizio presentata con le seguenti modalità:

- a) invio all'U.R.P. dell'apposito modulo, reperibile presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Istituto o le altre Unità Operative dell'Istituto o attraverso il sito www.hsanmartino.it nel sottomenù U.R.P. (modulo scaricabile formato pdf), debitamente compilato e sottoscritto, con una delle seguenti modalità:
 - posta ordinaria,
 - fax,
 - posta elettronica, all'indirizzo: urp@hsanmartino.it;
 - inserimento nelle cassette di raccolta dei reclami, dislocate nei punti di raccolta predisposti; Nel caso eccezionale in cui non venga utilizzato l'apposito modulo, le segnalazioni sono ricevute solo previa autorizzazione al trattamento dei dati (D. Lgs. 30/06/2003 n. 196.)
- b) colloquio diretto con gli operatori dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Per i colloqui, verrà compilato apposito modulo a cura dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Istituto, con l'annotazione di quanto segnalato e l'individuazione delle generalità per le comunicazioni di merito.

Le segnalazioni anonime o compilate in maniera incomprensibile non daranno luogo ad alcun tipo di procedura né verranno considerate valide ai fini delle determinazioni statistiche.

Art. 5: Termini di presentazione

Le osservazioni, le opposizioni, le denunce e reclami dovranno essere presentate, nei modi sopra elencati, entro 30 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento che ritenga lesivo dei propri diritti o interessi legittimi, con disposizione più favorevole rispetto al termine di 15 giorni previsto dall'art. 3 del D.P.C.M. 19/5/95, in armonia con l'art. 14, comma 5, del D.Lgs. 30/12/1992, n. 502, come modificato dal D.Lgs. 7/12/1993, n. 517.

L'Istituto si riserva la facoltà di esaminare anche le segnalazioni presentate oltre tale termine, purché il ritardo risulti giustificato da fondati motivi personali e/o ambientali e sia possibile procedere all'accertamento dei fatti.

B - Procedura d'esame delle istanze (fase 1)

Art. 6: Procedura delle istanze

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari. A tal fine darà notizia delle opposizioni, osservazioni o reclami al Direttore e/o al Responsabile di ciascuna Unità Operativa interessata, affinché questi, sentito il Responsabile Assicurazione Qualità (R.A.Q.), fornisca all'ufficio richiedente entro 7 giorni tutte le informazioni necessarie per comunicare una risposta esauriente e completa all'utente.

Il Direttore dell'U.O. interessata dalla segnalazione, sarà tenuto, ove possibile, ad adottare tempestivamente le misure necessarie ad evitare la persistenza del disservizio lamentato.

Le osservazioni, le opposizioni o i reclami con un contenuto ritenuto di alta gravità vengono analizzati dettagliatamente per verificare se siano presenti le condizioni per trasmetterlo alla Direzione Medica di Presidio affinché provveda a gestirlo interpellando direttamente i clinici coinvolti.

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, nei casi di denunce o in cui ravvisi un fatto che possa dar origine a responsabilità penali, civili o amministrative, provvede a fornire comunicazione alla U.O. Affari Generali e Legali. Rientra nelle competenze dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico quella di attivare, laddove ritenuto opportuno, procedure di chiarimento integrative di quelle sopra indicate, mediante la promozione di incontri con l'utente, nell'ottica di pervenire ad un più completo e soddisfacente chiarimento.

Nel caso in cui l'osservazione presentata dall'utente rivesta un contenuto elogiativo, ne sarà data comunicazione all'U.O. relativa con richiesta di far pervenire la comunicazione anche ed all'operatore interessato, ove espressamente citato. I suggerimenti pervenuti sono presi in considerazione dal Direttore dell'U.R.P. che provvede a valutarne la conformità ai fini di procedere ad una eventuale implementazione.

Art. 7: Risposta all'utente

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, una volta acquisiti tutti gli elementi utili, predispone la risposta, validata e firmata dal Direttore dell'U.R.P., che sarà trasmessa all'utente con la massima tempestività, e comunque non oltre 30 giorni dalla registrazione del reclamo. Nei casi di segnalazioni che si presentino di prevedibile, univoca e certa definizione, provvede a dare risposta immediata all'utente. Qualora, in casi eccezionali, la particolare complessità del reclamo richieda tempi più lunghi per la definizione nei termini sopra indicati, viene data all'interessato comunicazione interlocutoria, con l'indicazione dei motivi che precludono al momento la possibilità di fornire una risposta definitiva. Alla risposta interlocutoria, di cui al comma precedente, seguirà comunque la risposta definitiva, di norma entro i successivi 30 giorni.

Qualora l'utente si dichiari motivatamente insoddisfatto degli esiti prodotti in prima istanza, può presentare richiesta al Direttore dell'U.R.P. di partecipare alla Commissione Mista Conciliativa.

C - Procedura di riesame delle istanze (fase 2)

Art. 8: La Commissione Mista Conciliativa

La Commissione Mista Conciliativa è un organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica, presieduta da persona esterna all'Istituto che riveste natura arbitrale "super partes". La Commissione opera con lo scopo preminente di raggiungere la mediazione del contenzioso, mirando a gestire e risolvere le controversie mediante procedure conciliative, al fine di pervenire ad una decisione condivisa dalle parti, al di fuori di ogni altro mezzo amministrativo o giurisdizionale, attraverso l'accertamento dei fatti e l'individuazione delle cause che hanno eventualmente limitato o negato il diritto alla prestazione, con l'obiettivo di contribuire al loro superamento.

La Commissione ha il compito di:

- riesaminare i fatti oggetto di reclamo, qualora l'utente si sia dichiarato motivatamente insoddisfatto degli esiti prodotti in prima istanza ed abbia presentato richiesta al Direttore dell'U.R.P.;
- esaminare i fatti oggetto di reclamo, nei casi in cui Direttore dell'U.R.P. abbia ritenuto opportuno, avuto riguardo al contenuto del reclamo medesimo, di rimettere la questione alla valutazione della Commissione Mista Conciliativa.

Art. 9: Composizione della Commissione Mista Conciliativa

La Commissione Mista Conciliativa è così composta:

- Presidente, quale figura esterna all'Amministrazione dell'Istituto con funzione di natura arbitrale super partes, individuato nel Difensore Civico della Regione Liguria;
- Cinque dipendenti dell'Istituto;
- Cinque rappresentanti delle Associazioni di Tutela e Volontariato

La nomina del Presidente e dei Componenti compete al Direttore Generale, con le modalità stabilite nel relativo Regolamento.

In caso di motivata assenza, il Presidente nomina un suo sostituto nell'ambito della Commissione stessa.

La Commissione Mista Conciliativa delibera a maggioranza semplice dei presenti; le sedute sono valide con la presenza del Presidente o di suo sostituto e della metà più uno dei Componenti che rappresentano entrambe le categorie che formano la Commissione, indicate al presente articolo.

I membri della Commissione Mista Conciliativa restano in carica per tre anni; è prevista decadenza dalla nomina in caso di mancata partecipazione, senza giustificato motivo, a tre riunioni consecutive della Commissione.

Le funzioni di Segreteria sono svolte a cura dell'Ufficio Relazioni con Pubblico, che mette a disposizione una figura professionale con adeguate competenze.

Art. 10: Procedura del riesame

Il Presidente acquisisce l'istruttoria dal Direttore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Ha facoltà di accedere ai documenti inerenti l'oggetto della controversia, di richiedere chiarimenti agli Amministratori ed ai Dirigenti dell'Istituto, di sentire le parti interessate: costituisce violazione dei doveri d'ufficio, per i dipendenti dell'Istituto, non dar seguito alle richieste della Commissione.

Il Presidente cura inoltre gli adempimenti relativi alle determinazioni della Commissione Mista Conciliativa e ne sottoscrive gli atti.

Art. 11: Decisione della Commissione Mista Conciliativa

La Commissione promuove, ove possibile, un tentativo di conciliazione tra le parti. Successivamente, nei tempi previsti dal relativo Regolamento, la Commissione emette parere di merito, nel quale sono riportate le valutazioni espresse e le determinazioni assunte, che saranno trasmesse all'utente e all'Unità Operativa coinvolta, per l'adozione degli eventuali adempimenti di competenza.

La decisione della Commissione deve contenere l'indicazione se sia stata adottata all'unanimità o a maggioranza, nel qual ultimo caso i membri che hanno espresso parere contrario o si sono astenuti devono motivare la non adesione alla decisione espressa dalla Commissione.

La pronuncia della Commissione Mista Conciliativa fa salvo e impregiudicato ogni eventuale procedimento disciplinare, contestualmente o susseguentemente avviato dall'Istituto.

Le decisioni che riguardano iscritti ad ordini e collegi professionali, relative a questioni attinenti a responsabilità professionale e ad aspetti deontologici, sono portate a conoscenza degli ordini e collegi professionali interessati.

Il ricorso alla Commissione Mista Conciliativa non dà adito a richieste risarcitorie, cui l'utente ha facoltà di ricorrere per le ordinarie vie giudiziarie.



D - Competenze, funzioni dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Art. 12: Competenze U.R.P.

L'U.R.P. ha competenza a svolgere le funzioni, i compiti e le prestazioni appresso descritte:

1. Riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami da presentarsi entro 30 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende opporsi, in qualunque forma (art 14 del D.Lgs. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni).
2. Provvede a dare risposta immediata all'utente per le segnalazioni che si presentino di prevedibile, univoca e certa definizione.
3. Predisporre l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dei Responsabili delle UU.OO. o loro delegati (R.A.Q.) e dagli uffici interessati.
4. Assicura i servizi all'utenza per i diritti di partecipazione di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241.
5. Garantisce la funzione di "Accoglienza" relativa all'informazione sull'accesso alle prestazioni e sulle modalità di erogazione delle stesse, ispirandosi alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94 all'art. 14 comma 1 e 4, al D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.
6. Assicura il coinvolgimento degli Organismi di Volontariato e di Tutela organizzando le sedute del Comitato Misto Consultivo.
7. Fornisce informazioni all'utenza in armonia con il principio di partecipazione.
8. Promuove la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (depliant, opuscoli, guide, informazioni utili).
9. Aderisce al Piano Regionale di Comunicazione, Educazione e Promozione della Salute e segue le Linee guida fornite dalla Commissione Regionale, Settore Comunicazione, Ricerca e Sistemi Informativi.
10. Attua, mediante indagini periodiche di Customer Satisfaction, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti (art. 8 L. 150 del 07/06/2000).
11. Registra su supporto informatico secondo una classificazione condivisa da numerose altre Regioni, i reclami/suggerimenti/elogi, al fine di un monitoraggio continuo e di una corretta informazione alle UU.OO. tramite reports.
12. Predisporre l'aggiornamento e la revisione della Carta dei Servizi, e di eventuali pieghevoli.
13. Informa il Comitato Permanente, di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94, circa le revisioni della Carta dei Servizi.

Art. 13: Il Direttore dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico - funzioni

- a) dispone in merito alle attività svolte dall'U.R.P. elencate all'art. 12;
- b) attiva, dove ritenga opportuno, le procedure di chiarimento, previste dall'art. 6 del presente Regolamento, al fine di pervenire ad un più rapido e soddisfacente chiarimento, mediante la promozione di incontri con l'utente;
- c) convoca la Commissione Mista Conciliativa nei casi previsti all'art. 8 del presente Regolamento;
- d) organizza gli incontri sistematici del Comitato Misto Consultivo, al fine della condivisione e del coinvolgimento degli Organismi di Tutela e Volontariato
- e) valida ed è responsabile di tutti i processi svolti all'interno dell'U.R.P.

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Presso l'Istituto sono attive molte Associazioni di Volontariato. È possibile consultare l'elenco di queste Associazioni, con relative finalità, sede ed orari presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

L'A.V.O., Associazione Volontari Ospedalieri, è presente capillarmente; assicura una presenza durante il ricovero ai malati ed ai familiari. L'A.V.O. risponde al numero telefonico 010 5553546. Il Servizio dei Volontari è completamente gratuito. Oltre all'A.V.O. in Istituto sono presenti le seguenti associazioni:

A.C.O.S. (Associazione Cattolica Operatori Sanitari)
Tel. 010 5552575

A.I.D.O. (Associazione Italiana Donatori Organi)
Tel. 010 5552301

A.N.E.D. (Associazione Nazionale Emodializzati)
Tel. 010 5553366

Banca degli occhi – Melvin Jones Tel. 010-5553486

S.A.S. (Servizio di Animazione Spirituale)
Tel. 010 5555076

L.I.L.T. (Lega Italiana Lotta contro i Tumori)
Tel. 010 5600309

Gigi Ghirelli Tel. 0105222000

A.A.A. (Associazione Alcolisti Anonimi)

Tel. 010 5552482 - Accettazione U.O.S. Alcologia e patologie correlate

C.A.T. (Club alcolisti in trattamento)

Tel. 010 5552482 -Accettazione U.O.S. Alcologia e patologie correlate

Genitori Insieme Tel. 010 5552482 -Accettazione U.O.S. Alcologia e patologie correlate

A.D.I.S.CO. (Associazione donatrici italiane sangue cordone ombelicale) Tel. 335 6784546

A.I.L. (Associazione italiana contro la leucemia) Tel. 010 5552584 – Accettazione U.O. Ematologia

A.I.M.A.C. (Associazione italiana malati di cancro) Tel. 010 5554799

A.I.P.A. (Associazione italiana pazienti anticoagulanti) Tel. 010 555090

A.I.T.F. (Associazione trapiantati fegato) Tel. 010 5555417

ARCA (Sostegno e sviluppo in neonatologia) Tel. 010 5552572

AS.LI.DIA. (Associazione ligure per la lotta contro il diabete) Tel. 010 5554049

ASSOCIAZIONE ITALIANA ASMA Tel. 010 5553510

ASSOCIAZIONE RETINITE PIGMENTOSA Tel. 010 5552900

AVDS (Associazione volontari donatori sangue) Tel. 010 5554429

LES (Gruppo italiano per la lotta contro il lupus) Tel. 0105552842

ASSOCIAZIONI DI TUTELA DEI DIRITTI DEL MALATO

All'interno dell'Istituto hanno sede anche Associazioni che si occupano della tutela del malato:

- La Confederazione dei Centri Liguri per la tutela dei Diritti del Malato, telefono 010 5553512 oppure 010 352690)
- Il Tribunale dei Diritti del Malato aderente al Movimento Federativo Democratico, telefono 010 5553451)

Entrambe hanno sede al Pad. 8.

Le Associazioni attualmente presenti nel **COMITATO MISTO CONSULTIVO** sono: Associazione Nazionale Emodializzati (ANED), Associazione Volontari Ospedalieri (AVO), Confederazione dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato, Tribunale per i Diritti del Malato e Lega Italiana Lotta contro i Tumori.

Le Associazioni attualmente presenti nella **COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA** sono: Associazione Nazionale Emodializzati (ANED), Associazione Gigi Ghirelli, Confederazione dei Centri Liguri per la Tutela dei Diritti del Malato, Tribunale per i Diritti del Malato e Lega Italiana Lotta contro i Tumori.

UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO

1. Riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami da presentarsi entro 30 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende opporsi, in qualunque forma (Regolamento Pubblica Tutela; art 14 del D.Lgs. 502 del 30/12/92 e successive modificazioni).
2. Predispone gli atti necessari per la formulazione delle risposte ai reclami
3. Predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dei Responsabili delle UU.OO. o loro delegati (R.A.Q.) e dagli uffici interessati; fornisce parere al Direttore Generale o al Direttore Sanitario per la definizione di quei reclami che non si prestino all'immediata e rapida definizione (codici rossi).
4. Convoca la Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad esso pervenute per il tramite delle Associazioni di Volontariato o degli Organismi di Tutela o su parere del Direttore Sanitario, per tutti quei casi che non si siano risolti secondo il percorso di prima istruttoria.
5. Attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi al Difensore Civico Regionale, qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza.
6. Informa il Comitato Permanente, di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94, circa le revisioni della Carta dei Servizi.
7. Assicura i servizi all'utenza per i diritti di partecipazione di cui al capo III della legge 7 agosto 1990, n. 241.
8. Garantisce la funzione di "Accoglienza" relativa all'informazione sull'accesso alle prestazioni e sulle modalità di erogazione delle stesse, ispirandosi alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/01/94 all'art. 14 comma 1 e 4, al D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni.
9. Assicura il coinvolgimento degli Organismi di Volontariato e di Tutela convocando il Comitato Misto Consultivo tramite la pianificazione e la conduzione di incontri sistematici.

10. Fornisce informazioni all'utenza, in armonia con il principio di partecipazione, sviluppando in modo esauriente informazioni sulle procedure di attuazione del diritto di accesso e di partecipazione.
11. Promuove la realizzazione di materiale informativo e divulgativo (depliant, opuscoli, guide, informazioni utili) al fine di un miglioramento continuo delle informazioni necessarie ai bisogni dell'utenza.
12. Predisporre l'aggiornamento e la revisione della Carta dei Servizi.
13. Aderisce al piano regionale di Comunicazione, Educazione e Promozione della Salute e segue le Linee guida fornite dalla Commissione Regionale, Settore Comunicazione, Ricerca e Sistemi Informativi
14. Promuove e realizza iniziative di comunicazione di pubblica utilità per assicurare la conoscenza di normative, strutture pubbliche e servizi erogati e l'informazione sui diritti dell'utenza nei rapporti con le amministrazioni.
15. Attua, mediante indagini periodiche di Customer Satisfaction, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti (art. 8 L. 150 del 07/06/2000)
16. Registra su supporto informatico, secondo una classificazione condivisa all'interno della rete regionale degli URP, i reclami/suggerimenti/elogi, al fine di un monitoraggio continuo e della relativa corretta informazione alle UU.OO. tramite reports.
17. Aderisce al progetto "Linea Amica", progetto ministeriale che valorizza tutti i servizi al cliente offerti via telefono dalle P.A
18. Risponde alle mail del cittadino/cliente per segnalazioni/informazioni.

CONOSCERE I PROPRI DIRITTI

Nessuna persona può essere sottoposta a trattamenti sanitari senza il suo consenso informato.

- L'accesso ai servizi sanitari è garantito ai cittadini in maniera equa.
- La dignità personale è sempre rispettata.
- Il personale sanitario deve tenere un comportamento rispettoso di ogni paziente
- È garantita la riservatezza sulle informazioni che riguardano la salute di ogni paziente.
- La comunicazione verso l'esterno dei pazienti ricoverati viene facilitata.
- Chi presta attività in istituto deve essere identificabile; in particolare, al paziente è comunicato il nome del medico responsabile delle cure.
- Le informazioni su diagnosi, terapia, eventuali rischi o disagi ad essi legati, nonché le possibili alternative, devono essere complete, aggiornate e comprensibili per il paziente.
- Per i minori il consenso ai trattamenti sanitari è espresso da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore.
- Il paziente è informato dell'intenzione di usare il suo caso clinico per attività di insegnamento o di ricerca, e deve sempre essere richiesto il suo consenso scritto.
- Viene garantito il coordinamento tra il medico ospedaliero e il medico curante.
- La dimissione dall'Istituto è preceduta da adeguata informazione al paziente e/o ai familiari.
- Il paziente e i suoi familiari sono invitati a proporre suggerimenti utili al miglioramento della attività ospedaliera.
- È garantita la possibilità di sporgere reclami, suggerimenti od effettuare elogi
- Sono tutelati i diritti dei pazienti in fase terminale tramite una organizzazione che tenga conto il più possibile delle loro particolari complesse esigenze (fisiche, emotive, sociali...).

SENZA DIMENTICARE I DOVERI

- Il paziente (o i suoi familiari) deve fornire informazioni complete e precise sulla propria salute.
- È responsabilità del paziente rispettare le prescrizioni raccomandate dal medico.
- Ogni paziente deve tenere un comportamento rispettoso delle esigenze degli altri pazienti e degli operatori ospedalieri.
- Ogni paziente deve aver cura nell'utilizzo dei beni dell'Istituto e di proprietà altrui.
- È assolutamente vietato fumare.
- È necessario limitare il numero dei propri visitatori.
- Gli appuntamenti fissati devono essere rispettati o disdetti in tempo affinché possano essere riservati ad altri pazienti.

MOD. 603

L'Istituto garantisce la funzione di tutela nei confronti del Cittadino attraverso la possibilità di sporgere reclamo a seguito di disservizio, atto o comportamento che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

Il Cittadino può presentare reclami, suggerimenti e elogi compilando l'apposito modulo (Modello 603) disponibile presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e presso tutti i Reparti e Ambulatori dell'Istituto; la segnalazione può essere inviata per posta ordinaria al seguente indirizzo: IRCCS San Martino - IST, L.go R.Benzi n° 10, 16132 Genova oppure via Fax al n° 010 5556695 o all'indirizzo e-mail: urp@hsanmartino.it.

È inoltre possibile scaricare il Modello 603 Suggerimenti Reclami Elogi dal sito dell'Istituto www.hsanmartino.it.

I contenuti di tale modello sono standard per tutti gli IRCCS e le Aziende Sanitarie Pubbliche della Regione Liguria.

Ogni utente ha il diritto di porre **suggerimenti** circa il miglioramento del servizio offerto dalla struttura sanitaria.

I differenti servizi e Unità Operative dell'Istituto devono tenere in considerazione tali suggerimenti in quanto costituiscono un sistema efficace e rapido per conoscere la percezione di qualità dell'utenza e migliorare l'erogazione delle proprie prestazioni.

Ogni utente ha il diritto di porre **reclami**, che devono essere sollecitamente esaminati dalla struttura sanitaria ed ha il diritto di essere informato sull'esito degli stessi.

Gli **elogi**, come i **suggerimenti**, costituiscono un sistema rapido ed efficace per misurare la qualità delle prestazioni erogate e nello stesso tempo sono un'attestazione di merito per i professionisti che operano all'interno dei Servizi e delle Unità Operative.

Non possono essere accettati moduli anonimi o privi della compilazione dei dati anagrafici e del consenso al trattamento dei dati personali in base alla normativa vigente sulla privacy.

Errore. Nome della proprietà del documento sconosciuto.

IRCCS
San Martino-IST
Ufficio Relazioni con il Pubblico

Errore. Nome della proprietà del documento sconosciuto.

Errore. Nome della proprietà del documento sconosciuto.

Errore. Nome della proprietà del documento sconosciuto.

SPAZIO A CURA DELL'UTENTE

In riferimento al D.Lgs. 196 del 30-6-2003 (codice in materia di protezione di dati personali) il sottoscritto autorizza l'U.R.P. al trattamento dei dati relativamente alle operazioni necessarie alla gestione del reclamo. I dati verranno trattati come da informativo, nel rispetto della normativa, garantendo i diritti del sottoscritto ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003

DATA SEGNALAZIONE _____ FIRMA DI CHI SEGNA _____

! N.B. I reclami devono essere presentati entro 30 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende opporsi

DATI ANAGRAFICI DI CHI SEGNA:
I campi con asterisco (*) sono obbligatori

COGNOME* _____ NOME* _____

SESSO
Femmina Maschio DATA DI NASCITA _____

VIA* _____

RESIDENZA* _____ CAP _____

CITTADINANZA* _____

TELEFONO* _____

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE SULLA PRIVACY

Le seguenti Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali e sensibili costituiscono uno strumento transitorio di disciplina della materia, in attesa dell'emanazione del Regolamento previsto dal Codice per la protezione dei dati personali, attualmente in corso di predisposizione da parte del gruppo tecnico interregionale in conformità al parere del Garante.

SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di definire e uniformare le modalità e le responsabilità adottate per la gestione del trattamento dei dati con o senza l'ausilio di strumenti elettronici presso l'IRCCS San Martino – IST di Genova

Le attività per la gestione e il trattamento dei dati personali consistono in:

- identificazione delle figure introdotte dalla legge;
- regole di comportamento;
- monitoraggio;
- archiviazione;
- individuazione delle responsabilità;
- miglioramento della qualità del servizio erogato;
- porre l'Istituto in linea con la normativa vigente.

I dati dei pazienti sono un elemento essenziale per il funzionamento dell'Istituto.

Senza i dati del paziente non si potrebbero erogare i servizi.

Considerato l'elevato numero di terminali in rete e le implementazioni del software che verranno poste in essere, i dati del paziente si trovano, oltre che in cartelle cliniche e vari documenti cartacei, anche negli elaboratori elettronici centrali e nei PC dell'Istituto.

L'integrità e veridicità dei dati è fondamentale per la vita dell'Istituto e del paziente. Si parte dalla registrazione delle prestazioni effettuate per la fatturazione (aspetto economico), per proseguire con la precisa annotazione del gruppo sanguigno del paziente (aspetto clinico) e la riservatezza sullo stato di salute (aspetto morale).

Errori od alterazioni di questi dati possono essere causa di danni più o meno severi, da quello economico a quello fisico o morale del paziente (seguito da altro danno economico).

La protezione di questi dati include pertanto documenti cartacei (cartelle cliniche, radiografie, etc.) ed informatici.

Il D.lgs. 196 del 30/06/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali)

L'introduzione dal 1° gennaio 2004 del nuovo codice in materia di protezione di dati personali mira sostanzialmente ad un rafforzamento ed una miglioria di una legge (ex 675/96) la quale sancisce l'adeguamento dell'Italia alla normativa vigente nell'ambito dell'Unione Europea e alla "Convenzione di Schengen" sulla libera circolazione delle persone. Ogni paese firmatario della "Convenzione di

Schengen” ha promulgato una legge equivalente che protegge i dati delle persone non solo nel rispettivo territorio nazionale ma, di conseguenza, in tutta l’Unione Europea. Il nuovo D.lgs. 196/03 nasce non solo dalla vecchia legge sulla privacy, ma da una serie di esperienze concrete susseguite in questi ultimi anni. La legge individua le persone coinvolte nel trattamento di dati, classifica i dati, elenca le modalità del trattamento, descrive le circostanze della loro comunicazione o diffusione e stabilisce l’adozione di adeguate misure tecniche ed organizzative atte a garantire la sicurezza. Qui intesa nella duplice eccezione di protezione dalla illecita intrusione di terzi e di rischi di distruzione o perdita accidentale.

LE LINEE GUIDA

E’ ormai da anni che la citata legge sulla privacy è entrata prepotentemente nel nostro modo di vivere quotidiano, introducendo così nuove procedure e nuovi comportamenti. Nonostante sia difficile abituarsi alle nuove regole si deve tenere conto dei vantaggi e della protezione che la legge offre ad ognuno di noi. Nella vita quotidiana infatti costantemente seminiamo intorno a noi informazioni circa i nostri gusti, preferenze, abitudini, i nostri spostamenti ed acquisti. Un osservatore attento raccogliendoli potrebbe facilmente ricostruire il nostro tenore o stile di vita, e conoscere anche gli aspetti più riservati delle nostre scelte, in modo così incisivo da permettergli di definire persino il profilo

della nostra personalità. La legge sulla Privacy offre al cittadino la possibilità di controllare il flusso dei dati che lo riguardano esercitando nuovi diritti e imponendo regole di comportamento a tutti coloro che trattano dati personali.

Il Documento è il risultato dell’applicazione del D.lgs. 196 del 2003, completata da leggi correlate, codici deontologici e normativa sul segreto professionale e d’ufficio.

Esso contiene, oltre alla “policy” generale dell’Istituto in riferimento al trattamento ed alla protezione dei dati personali, anche le regole comportamentali da seguire.

La sua applicazione è pertanto un obbligo.

Il Documento è rivolto a tutte le persone che svolgono un’attività all’interno dell’Istituto o hanno accesso o trattano, per qualsiasi motivo, dati personali.

Tali soggetti sono, per esempio, medici, coordinatori, infermieri, fisioterapisti, addetti all’archiviazione cartelle cliniche, personale dell’accettazione o centralino, amministrativi, consulenti, borsisti, frequentatori e via dicendo.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il D.lgs. 196 del 30/06/2003 ALL'INTERNO DELL'IRCCS

DEFINIZIONI

Dati personali

Per dato personale si intende qualunque informazione relativa a persona fisica, persona giuridica, ente od associazione, identificati o identificabili, anche indirettamente, mediante riferimento a qualsiasi altra informazione, ivi compreso un numero di identificazione personale (ex lettera b, art. 4 D.lgs 196/03).

Dati identificativi

Per dati identificativi si intendono i dati personali che permettono l'identificazione diretta dell'interessato (ex lettera c, art. 4 D.lgs 196/03).

Dati giudiziari

Per dati giudiziari si intendono i dati personali idonei a rivelare provvedimenti in materia di casellario giudiziario, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o indagato ai sensi degli art. 60 61 cpp. (ex lettera e, art. 4 D.lgs 196/03).

Dati sensibili

Per dati sensibili si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni po-

litiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

Tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante (ex lettera d, art. 4 D.lgs 196/03).

Dati personali e sensibili utilizzati all'interno dell'Istituto sono per esempio:

- personale dipendente: anagrafica (nome, cognome, indirizzo, numero telefonico, etc.), stipendio, iscrizioni a sindacati, stato della salute (visite mediche, verifiche periodiche in radiologia) etc.
- pazienti: anagrafica, condizione ed altre informazioni sulla sua salute e comportamento sessuale, informazioni relative alle prestazioni erogate, dati contabili, documentazione iconografica, etc.
- persone giuridiche: aziende, anagrafica, numero partita iva, fatture, nomi di contatti e numeri telefonici
- immagini ottenute da camere di video-sorveglianza, registrazioni su nastro video.

È ovvio, come scritto nell'art.4, che s'intende per dato sensibile la combinazione tra dato personale (anagrafica) ed informazioni aggiuntive (es. lo stato di salute).

Si evidenzia che non solo i dati relativi alla salute della persona sono sensibili ma anche altri, come ad esempio l'appartenenza a sindacati. Altresì è chiaro che non tutti i dati sono sensibili, come il numero telefonico o l'indirizzo.

È richiesta particolare attenzione durante il trattamento dei dati personali sensibili.

L'Interessato

Per *interessato* si intende la persona fisica, la persona giuridica, l'ente o l'associazione cui si riferiscono i dati personali (ex lettera i, art. 4 D.lgs 196/03).

Il trattamento dei dati

Per trattamento dei dati si intende qualunque operazione o complesso di operazioni, svolti con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, concernenti la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la consultazione, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati (ex lettera a, art. 4 D.lgs 196/03).

Anche l'attività di semplice custodia o conservazione dei dati personali rientra nel concetto di trattamento ed è pertanto soggetta alle disposizioni di legge. Il dato personale dal momento della sua nascita o raccolta al momento in cui è utilizzato e comunicato,

sino a quello in cui viene distrutto, rientra nel concetto di trattamento ed è, quindi, sottoposto all'applicazione della legge. Attraverso tale definizione il legislatore ha voluto estendere la legge sulla privacy sia alle singole operazioni di trattamento che all'intero complesso dello stesso, ampliando in modo sostanziale l'ambito di applicazione della normativa.

Con trattamento s'intende ogni tipo di elaborazione o gestione d'informazioni, sia manuale che con strumenti automatizzati od informatici.

Alcuni esempi di trattamenti sono:

- l'introduzione dei dati anagrafici del paziente in Accettazione nel sistema informativo dell'Istituto, quella dei dati anagrafici dei fornitori presso l'ufficio acquisti o contabilità, la stampa dei medesimi
- il trasporto di cartelle cliniche/radiologiche o la loro riorganizzazione, consultazione, archiviazione, gestione in archivio
- la visualizzazione su video di dati di persone, per gestione appuntamenti, controlli contabili od altro
- la stampa di fatture e loro consegna al destinatario o soltanto la loro distruzione in caso di errata emissione
- il trasferimento di dati tra computer (da PC a PC, o da computer centrale ad uno strumento del laboratorio analisi)
- le annotazioni manuali nella cartella clinica

- le annotazioni manuali nei registri
- l'esposizione di elenchi di nominativi dei pazienti abbinati agli interventi programmati nel blocco operatorio
- la ripresa da camere di video-sorveglianza.

In poche parole, il trattamento è qualunque tipo di gestione dei dati, dalla loro nascita (data input, scrittura su carta), vita (visualizzazione, emissione, modifica, archiviazione) alla morte (cancellazione, distruzione) e può avere luogo in molteplici punti dell'Istituto.

La finalità del trattamento

La finalità è lo scopo per il quale raccogliamo i dati. L'Istituto raccoglie dati da persone diverse per scopi diversi.

Esempi sono:

- da parte del paziente le informazioni necessarie esclusivamente per erogazione di prestazioni mediche e gestione amministrativa
- da parte dei fornitori e del personale dipendente esclusivamente per gestione del rapporto contrattuale
- da parte dei medici di base per realizzare l'invio di materiale informativo (formazione, aggiornamento)
- scopo scientifico.

Le finalità del trattamento dei dati dei pazienti dell'Istituto sono esplicate dettagliatamente nell'informativa "Privacy" disponibile in vari punti dell'Istituto. (Ufficio Relazioni con il Pubblico, Accettazioni, Direzione Sanitaria, Reparti, Ambulatori e sportelli).

IL CONSENSO AL TRATTAMENTO

L'interessato, un nostro paziente per esempio, ci conferisce informazioni di cui non sempre vorrebbe mettere a conoscenza un'altra persona.

Qualunque informazione comunicataci è pertanto da trattare come riservata.

Questo vale in modo speciale per i dati sensibili come già spiegato prima.

La legge protegge l'interessato dall'uso dei suoi dati per finalità diverse da quelle per le quali ha espresso il suo consenso al trattamento. Il consenso potrebbe essere visto allora come una condivisione di una regola tra l'interessato e l'Istituto stabilendo finalità, modo del trattamento, ambito di comunicazione o diffusione ed altro, alle quali il personale interno deve attenersi. L'ottenimento del consenso è obbligatorio prima di poter trattare i dati personali.

Per tale motivo si chiede il consenso, anche in forma scritta, prima di instaurare un rapporto.

Per essere valido il consenso deve essere preceduto da una corretta informazione al paziente. Tale informazione viene fornita attraverso una specifica "informativa" che l'interessato può consultare prima della espressione del consenso stesso.

Il consenso in forma scritta viene richiesto tipicamente al:

- paziente, al momento della prima accettazione (prima di creare la posizione anagrafica);
- personale, al momento dell'assunzione o della stipulazione del contratto di collaborazione.

Esistono anche casi per i quali non è richiesto il consenso da parte dell'interessato.

Esempi ne sono il trattamento di dati disponibili pubblicamente (derivanti da registri pubblici od altro), o necessari per la gestione di un rapporto contrattuale (ovviamente con esclusione dei dati sensibili).

I DIRITTI DELL'INTERESSATO

È diritto dell'interessato rifiutare il consenso al trattamento dei dati tranne che per le competenze specifiche in materia sanitaria.

Subentrano ovviamente le conseguenze del rifiuto esplicate nell'Informativa, le quali ci rendono impossibile accettare tale paziente.

Tuttavia l'interessato può esercitare una serie di diritti elencati all'art. 7 del D.lgs 196/03.

Sarà cura dell'URP (non dell'incaricato) dare seguito alle richieste pervenute da parte dell'interessato in riferimento all'art 7, D.lgs 196/03. Gli interessati sono da indirizzare all'URP che dispone della modulistica adatta e che si farà carico di trasferire le richieste ai responsabili.

Tutte le altre richieste relative all'accesso a dati clinici rimangono competenza della Direzione Sanitaria con regolamentazione specifica.

LE FIGURE PREVISTE DALLA LEGGE

Il Titolare del trattamento dei dati

Il Titolare del trattamento è “la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo cui competono le decisioni in ordine alle finalità ed alle modalità del trattamento di dati personali, ivi compreso il profilo della sicurezza” (ex art. 28 D.lgs 196/03).

Come Titolare (possessore) di tutti i dati personali è considerato l'istituto in sé, rappresentato dal suo Legale Rappresentante. Il titolare ha la responsabilità finale e assume le decisioni fondamentali riferite al trattamento dei dati personali. Poiché non è pensabile che una sola figura possa garantire la corretta adozione delle misure di sicurezza previste per il trattamento dei dati, la normativa prevede la possibilità di individuare le figure dei Responsabili del trattamento, e di impartire ad essi delle istruzioni scritte, condividendo con loro la responsabilità.

I Responsabili del Trattamento dei Dati Personali

Il responsabile del trattamento è definito dall'art. 4, lett. g, del D.lgs n.196/03, come “la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, associazione od organismo

preposti dal titolare al trattamento dei dati personali”. La normativa pone al titolare del trattamento un obbligo “in eligendo” nella scelta dei responsabili, poiché essi, “se designati devono essere nominati tra soggetti che per esperienza, capacità ed affidabilità forniscano idonea garanzia del pieno rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo relativo alla sicurezza”.

Nell'ambito dell'Istituto, nel rispetto dell'esistente struttura organizzativa, i responsabili sono stati individuati nei Direttori sia per quanto riguarda l'area clinica che quella gestionale.

Essi garantiscono assieme al Titolare l'osservanza della legge e la protezione dei dati personali con responsabilità civile e penale.

Per tale motivo devono conoscere ogni singola parte del trattamento dei dati (acquisizione, gestione, archiviazione, emissione, cancellazione, flussi organizzativi, natura dei dati) stabilendone anche gli aspetti della sicurezza applicata.

L'individuazione e la nomina dei responsabili è fondata su un principio di “pertinenza e non eccedenza”, ossia i responsabili saranno considerati responsabili per il trattamento dei dati che riguarda le loro U.O./Servizi di appartenenza e/o che sono gestiti presso le aree di pertinenza di tali U.O./Servizi. Per le medesime ragioni che inducono il Titolare del trattamento dei dati a condividere la responsabilità con i Responsabili, anche questi ultimi, gestendo un numero a volte considerevole di risorse: medici,

infermieri, ausiliari, impiegati, (gli “incaricati”) nelle loro U.O./Servizi, li coinvolgeranno nel meccanismo della gestione dei dati, ed in particolare sotto il profilo della sicurezza, condividendone la responsabilità.

Gli incaricati

Gli incaricati al trattamento dei dati sono tutti coloro che quotidianamente gestiscono i dati, sia su supporto cartaceo che su supporto informatico. Anche la nomina degli incaricati, come quella dei responsabili, è fondata sul medesimo principio di pertinenza e non eccedenza; ossia gli incaricati avranno accesso a tutti quei dati che rientrano nello svolgimento delle loro mansioni nelle U.O./Servizi di appartenenza, e saranno responsabili per le operazioni di trattamento di tali dati; inoltre gli incaricati devono elaborare i dati personali ai quali hanno accesso attenendosi alle istruzioni del titolare e del responsabile (ex lettera h, art. 4 D.lgs 196/03).

L'Amministratore di Sistema è il soggetto cui è conferito il compito di sovrintendere alle risorse del sistema operativo di un elaboratore o di un sistema di base dati e di consentirne l'utilizzazione. La figura dell'Amministratore di sistema, con l'entrata in vigore del nuovo codice, perde la sua rilevanza formale, ma restano ferme le nomine fatte in ottemperanza della L. 675/96.

Il Preposto alla custodia delle password è il soggetto preposto alla custodia delle parole chiave o che ha le informazioni concernenti le medesime. Riguardo a quest'ultima figura il nuovo codice stabilisce che quando l'accesso ai dati ed agli strumenti elettronici è consentito esclusivamente mediante uso della componente riservata della credenziale per l'autenticazione, sono individuati preventivamente per iscritto i soggetti incaricati della loro custodia, i quali possono utilizzarle per necessità operative e di sicurezza dei sistemi al fine di garantire la disponibilità di dati o strumenti elettronici in caso di prolungata assenza o impedimento dell'incaricato.

LA SICUREZZA DEI DATI PERSONALI (art. 33 e 36 Disciplinare Tecnico)

Obblighi di sicurezza

I dati personali oggetto di trattamento devono essere custoditi e controllati, anche in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, alla natura dei dati e alle caratteristiche specifiche del trattamento, in modo da ridurre al minimo mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta. Il Titolare del trattamento è tenuto ad adottare per assicurare "il livello minimo di protezione dei dati personali" richiesto dal codice, le misure di sicurezza previste dagli art. 34 e 35, secondo le modalità previste dal Disciplinare Tecnico. Il Disciplinare tecnico è inserito in appendice al Codice della Privacy (allegato B) e sostituisce il vecchio DPR 318/99.

Trattamenti senza l'ausilio di strumenti elettronici

In secondo luogo gli atti e i documenti contenenti i dati devono essere conservati in archivi ad accesso controllato e, se affidati agli incaricati del trattamento, devono essere da questi ultimi conservati e restituiti al termine delle operazioni affidate (allegato B).

La norma oltre a garantire la sicurezza dei dati anche durante le fasi del trattamento, ha l'evidente scopo di responsabilizzare gli incaricati, che dovranno pertanto aver cura dei dati che trattano e, una volta terminato il trattamento, dovranno riporre gli atti e i documenti che li contengono proprio in quegli archivi ad accesso selezionato.

Inoltre l'accesso agli archivi dei dati sensibili deve essere "controllato" e devono essere identificati e registrati i soggetti che vi sono ammessi dopo l'orario di chiusura degli archivi stessi (allegato B). L'accesso agli archivi potrebbe essere controllato ad esempio tramite un registro cartaceo e/o tramite un sistema di badge magnetici.

Trattamenti dei dati mediante l'ausilio di strumenti elettronici

Il trattamento dei dati personali con strumenti elettronici è consentito agli incaricati dotati di credenziali d'autenticazione.

Regole operative

Chi effettua un trattamento informatico deve poter essere, anche indirettamente, identificato dal sistema:

- Ciascun incaricato per effettuare un trattamento di dati personali con strumenti elettronici, dovrà utilizzare la propria credenziale d'autenticazione (es. un proprio nome utente ed una password personale) cui verrà associato uno dei profili di sicurezza predisposti dal titolare
- Le password devono essere trattate confidenzialmente ed i dispositivi di cui si ha il possesso devono essere custoditi in modo diligente
- Devono essere impartite istruzioni agli incaricati affinché non lascino incustoditi o accessibili gli strumenti elettronici
- Le password devono essere trattate confidenzialmente ed i dispositivi di cui si ha il possesso devono essere custoditi in modo diligente
- Devono essere impartite istruzioni agli incaricati affinché non lascino incustoditi o accessibili gli strumenti elettronici



RIFERIMENTI ED ABBREVIAZIONI

RIFERIMENTI

- **Aut. Garante n. 2/2000**
Trattamento dei dati idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale (rilasciata di anno in anno)
- **D. Lgs. 196 del 30/06 2003**
“Codice in materia di protezione dei dati personali” (legge delega n. 127/2001)
- **Allegato B**
“Disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza”
- **Codice di Deontologia Medica (16 Dicembre 2006)**
- **Codice di Deontologia “Patto Infermiere-Cittadino” (Maggio 1999)**
Art. 1 - (Doveri del dipendente) Segreto d’ufficio
- **Codice Penale**
(segreto d’ufficio e segreto professionale)

ABBREVIAZIONI

Abbreviazione	Descrizione
D.lgs	Decreto legislativo
A.S.	Amministratore di sistema
C.C.	Codice Civile



RESPONSABILITÀ

Responsabilità giuridica

Responsabilità di legge

L'uso illegittimo delle informazioni e la divulgazione di informazioni inesatte integrano la fattispecie del c.d. danno da informazione. Esso è configurabile sia in caso di violazione del c.d. principio di finalità (uso dei dati diverso rispetto a quello per cui è stato dato il consenso), sia per la divulgazione di informazioni false o parziali.

Art. 15. Danni cagionati per effetto del trattamento di dati personali

1. Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dall'art. 2050 del c.c.

2. Il danno non patrimoniale è risarcibile anche in caso di violazione dell'art. 11."

Questo articolo riguarda la disciplina della responsabilità civile applicabile alle attività pericolose, e prevede un'inversione dell'onere della prova rispetto alla regola generale dell'art. 2043 del c.c., perché in questo caso il danneggiato deve solo provare il fatto storico, mentre spetta a chi ha causato il danno (il danneggiante) l'onere di dimostrare di aver adottato tutte le misure idonee ad evitare il danno; o meglio di "ridurre al minimo il rischio di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta".

E' agevole comprendere che con la qualificazione dell'attività di gestione delle banche dati in termini

di "attività pericolose", e con la conseguente inversione dell'onere della prova, in caso di danno, a carico del danneggiante, il legislatore ha inteso agevolare gli interessati, ai quali i dati si riferiscono, e contestualmente, responsabilizzare sia i Responsabili che gli Incaricati.

Art. 167. Trattamento illecito di dati personali

1. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, al fine di trarne per sé o per altri profitto o di recare ad altri un danno, procede al trattamento di dati personali in violazione di quanto disposto dagli articoli 18, 19, 23, 123, 126 e 130, ovvero in applicazione dell'articolo 129, è punito, se dal fatto deriva nocumento, con la reclusione da sei a diciotto mesi o, se il fatto consiste nella comunicazione o diffusione, con la reclusione da sei a ventiquattro mesi.

2. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque, al fine di trarne per sé o per altri profitto o di recare ad altri un danno, procede al trattamento di dati personali in violazione di quanto disposto dagli articoli 17, 20, 21, 22 commi 8 e 11, 25, 26, 27 e 45, è punito, se dal fatto deriva nocumento, con la reclusione da uno a tre anni."

Art. 169. Misure di sicurezza

Per omessa adozione di misure minime di sicurezza individuate dall'allegato B, il D.lgs. 196/03 prevede una responsabilità di tipo penale.

In particolare l'art. 169 stabilisce che: “chiunque essendovi tenuto, omette di adottare le misure minime previste dall'art. 33, è punito con l'arresto sino a due anni o con l'ammenda da diecimila a cinquantamila euro.

Art. 165. Pubblicazione del provvedimento del Garante

La condanna per uno dei delitti previsti dalla presente legge può comportare la pubblicazione della sentenza.

Art. 161. Sanzioni amministrative (Omessa o inidonea informativa all'interessato)

La violazione delle disposizioni di cui all'articolo 13 è punita con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da tremila euro a diciottomila euro o, nei casi di dati sensibili o giudiziari o di trattamenti che presentano rischi specifici ai sensi dell'articolo 17 o, comunque, di maggiore rilevanza del pregiudizio per uno o più interessati, da cinquemila euro a trentamila euro.

La somma può essere aumentata sino al triplo quando risulta inefficace in ragione delle condizioni economiche del contravventore.



MODALITÀ DI GESTIONE

REGOLE DI COMPORTAMENTO

Dopo aver esposto nelle pagine precedenti quali sono i concetti fondamentali della normativa in relazione alle misure di sicurezza, si è ritenuto opportuno stabilire delle regole di comportamento chiare ed agevoli, volte ad uniformare il più possibile i comportamenti dell'Istituto, **destinate sia ai Responsabili che agli Incaricati**. Le seguenti regole rivestono carattere vincolante sia per il personale interno che per tutte le persone che a vario titolo trattano dati personali per conto dell'IRCCS San Martino - IST.

NORME GENERALI

Strumenti informatici

- L'accesso ai PC ed agli applicativi è consentito esclusivamente al personale dell'Istituto in possesso del proprio codice d'accesso ("password").
- La propria password va custodita appropriatamente.
- Non è consentito utilizzare un codice d'accesso diverso dal proprio.
- Alla fine del lavoro bisogna scollegarsi dal PC eseguendo la "chiusura di sessione" di Windows.
- Non bisogna lasciare in vista le informazioni presenti sul monitor.
- Non bisogna lasciare incustodito il PC con l'utenza abilitata per impedirne l'utilizzo fraudolento.
- Non è consentita l'installazione di programmi o parti di essi senza previa autorizzazione da parte dell'Amministratore di Sistema.

Sui PC sono installati programmi/applicativi testati ed autorizzati dall'Amministratore di Sistema, che dispone di un elenco di software ufficiale.

- Tutti i dati e supporti informatici provenienti dall'esterno vanno controllati, prima dell'uso, per presenza di virus informatici mediante un programma anti-virus.
- Non è consentito l'allacciamento di dispositivi hardware (modem, sistemi wireless wi-fi, scanner, masterizzatori, etc.) senza previa autorizzazione dell'Amministratore di Sistema.
- PC di terzi, prima di poter essere collegati alla rete dell'Istituto, devono essere verificati ed autorizzati dall'AS in merito alla conformità ai requisiti di sicurezza.
- Floppy, CDROM, cassette di backup ed ogni altro supporto informatico contenente dati personali o sensibili non vanno gettati interi nei cestini, poiché è possibile che siano recuperati e letti da terzi. Vanno formattati o in alternativa devono essere resi illeggibili.
- I responsabili e gli incaricati dovranno seguire le istruzioni per l'adozione delle misure di sicurezza per il trattamento dei dati tramite elaboratori (sia quelli non in rete che quelli in rete) fornite loro dall'Amministratore di Sistema.

Documentazione cartacea

- Documenti contenenti dati personali o sensibili non vanno gettati interi nei cestini, poiché è possibile che siano recuperati e letti da terzi. Vanno utilizzati i distruggi documenti, o in alternativa devono essere resi illeggibili.
- I documenti vanno posizionati in modo tale da escludere la visione da parte di terzi (occhi indiscreti).
- Tutta la documentazione cartacea contenente dati personali e/o sensibili (soprattutto nel caso dei dati sensibili) deve essere conservata dai responsabili e dagli incaricati, alla fine del trattamento, in contenitori muniti di serratura. Se vi è la possibilità all'interno dei locali/uffici di utilizzare: schedari, armadi, cassetti e quant'altro chiudibile con serratura, si provvederà all'utilizzo dei medesimi. In caso contrario si considererà il locale come contenitore, pertanto quando sono terminate le operazioni di trattamento, e non vi è nessuno tra il personale autorizzato che possa vigilare sulla documentazione, il locale dovrà essere chiuso a chiave. In aggiunta a tale misura di sicurezza, è inoltre consigliabile collocare un cartello sulla porta che vieti l'ingresso ai soggetti non autorizzati al trattamento dei dati.

Documentazione clinica

- Va tenuta in un luogo presidiato e non aperto al pubblico (p.e. stanza capo sala, studio medico, carrello) o resa inaccessibile (contenitore, armadio, la stanza stessa chiusa a chiave) quando non presidiata.
- Va restituita all'archivio clinico immediatamente dopo l'uso e senza ritardi.
- L'accesso e la consultazione della documentazione clinica è consentita esclusivamente a personale incaricato ed autorizzato.
- Le cartelle cliniche vanno gestite in modo tale da evitare la lettura del nome del paziente (frontespizio, etichette) da persone non autorizzate.
- In nessun caso possono essere apportate modifiche ai dati contenuti nella documentazione clinica. Ove risulta necessario rettificare o integrare dati si procede con annotazione separata, secondo le specifiche della Direzione Sanitaria.
- Non è possibile annotare informazioni relative al paziente sul retro della modulistica o sulla copertina della cartella clinica.
- Le cartelle cliniche e la documentazione non devono mai lasciare i luoghi o i percorsi autorizzati. Quando le cartelle cliniche (ed altri dati sensibili) devono essere trasportate all'interno dell'istituto è opportuno utilizzare tutti gli accorgimenti utili al fine di impedire un accesso non autorizzato a tale documentazione; inoltre chi trasporta tale documentazione deve effettivamente custodirla con attenzione.

Banche Dati

- Banche dati presenti su PC portatili devono essere prive d'anagrafica dei pazienti, ma portare un numero identificativo in sostituzione (p.e. numero cartella clinica).
- Qualunque creazione di banche dati contenente dati personali deve essere comunicata all'AS ed autorizzata singolarmente.

Sistemi Informativi

Rendere inutilizzabili tutti i dati, eventualmente contenuti sugli HD/Floppy/CD di PC dismessi, via cancellazione, formattazione o distruzione.

- I dati devono risiedere su sistemi server centralizzati oppure devono essere identificate politiche di accesso e di backup della banca dati locale.
- Disabilitare l'accesso alla rete di PC dismessi.

Floppy, CD Rom, Masterizzatori

- Floppy disk, CD-Rom ed altri supporti per la registrazione di dati contenenti dati personali sono da tenere custoditi o resi inaccessibili (armadio chiuso a chiave).
- Floppy disk, CD-Rom ed altri supporti per la registrazione di dati non più utilizzati e contenenti dati personali sono da "formattare" o da rendere inutilizzabili.
- In ogni caso è sempre da evitare l'utilizzo di supporti mobili per la registrazione di dati personali o sensibili.

Internet e Posta elettronica

- Si deve porre molta attenzione durante la consultazione di pagine WEB Internet evitando assolutamente di scaricare qualunque componente di programmi o simili.
- L'invio di dati sensibili via posta elettronica/e-mail o attraverso altri mezzi elettronici all'esterno dell'Istituto è consentito solo in forma criptata. In alternativa i dati devono essere convertiti in modo da renderli anonimi (p.e. sostituendo l'anagrafica del paziente con il numero dell'episodio).
- Sono da intendersi destinazioni esterne anche le utenze e le e-mail di personale dell'Istituto presso altri service-providers come Hotmail, Iol, Libero, Tiscali, Virgilio etc..
- Sono esclusi i casi per i quali l'interessato ha espresso specifica autorizzazione o i casi previsti da norme o regolamenti.
- Per limitare i rischi d'introduzione di virus informatici, la apertura di eventuali allegati ("attachments") è da effettuarsi con estrema cautela. Verificare bene il nome file dell'allegato e valutare attentamente se la presenza dell'allegato abbia una sua ragione (verifica dell'oggetto del messaggio, testo contenuto, nome del mittente, etc.)
- Nomi file pericolosi e da non aprire contengono, per esempio, estensioni tipiche come BAT, COM, DLL, EXE, PIF, SCR, VBS.

Stampanti

- Non va utilizzata carta riciclata che abbia sull'altro lato dati personali o sensibili.
- Documenti contenenti dati personali o sensibili non vanno gettati nei cestini, poiché è possibile che siano recuperati e letti da terzi. Vanno utilizzati i distruggi documenti, o in alternativa devono essere resi illeggibili.
- In caso di stampa di documenti contenenti dati personali o sensibili questi vanno immediatamente recuperati dalla stampante di rete, a meno che non si utilizzi una stampante presidiata (ad esempio presso la segreteria del reparto).

Fax

- Non è consentito l'invio, via Fax, di certificati o altra documentazione contenente dati sensibili, senza specifica autorizzazione scritta da parte dell'interessato.
- L'invio è altrimenti comparabile alla diffusione di dati sensibili, poiché non è possibile verificare chi è il ricevente.
- Nel caso si debba procedere alla comunicazione di dati sensibili all'interno tramite fax, è necessario che ogni Unità Operativa abbia predisposto uno specifico numero di fax adibito anche a questa funzione, che tale fax sia collocato in un'area protetta e presidiata, accessibile facilmente e

continuativamente da parte del personale in servizio, e che i responsabili e gli incaricati prestino attenzione alle fasi di invio e di ricevimento della documentazione contenente dati personali sensibili.

Per le fasi di invio alle altre U.O. si dovrà far riferimento all'elenco telefonico interno, contenente tutti i numeri di fax corrispondenti alle diverse U.O. abilitati a tale scopo.

- Nel caso si debba procedere alla comunicazione di dati sensibili sempre tramite fax con un ente esterno, autorizzato per legge all'acquisizione di tale documentazione, si dovrà comunque adottare un accorgimento. Ossia, la prima volta che si stabilisce un rapporto con questo ente, che prevede la comunicazione di dati sensibili tramite fax, bisognerà chiedere all'ente, prima dell'invio della documentazione, di indicare qual è il numero di fax al quale inviare tale documentazione (la risposta l'ente dovrà fornirla via fax). Pertanto occorrerà avere un documento cartaceo, inviato dall'ente, ove quest'ultimo indica il numero di fax presso il quale inviargli la documentazione contenente dati sensibili.

Fotocopiatrici

- Gli originali posti sul piano della fotocopiatrice vanno recuperati immediatamente.
- E' necessario ritirare tutte le copie; non vanno lasciati documenti in giro.
- Vanno utilizzati i distruggi documenti ove possibile, o in alternativa le copie devono essere illeggibili.

Reception

- Nel caso venga chiesto se una persona è ricoverata o meno presso uno dei Reparti dell'Istituto (e il relativo reparto e numero di camera), è possibile dare tale informazione. se l'interessato (paziente) non ha chiesto al momento della sua accettazione, che la sua presenza sia mantenuta anonima. Pertanto se il paziente non si pronuncia, con modalità di cui risulti documentazione, il personale può fornire tale informazione.

Accettazioni – C.U.P.

- Tutti i punti accettazione devono essere muniti di strumenti idonei a garantire la distanza di cortesia per gli utenti; tali strumenti possono essere ad esempio: una riga di segnalazione a terra ed un cartello che indichi il rispetto della distanza di cortesia; o qualunque altro sistema garantisca il medesimo risultato.

Reparto

- Le tabelle relative ai degenti presenti non vanno esposte nei corridoi od in altri punti visibili a terzi ma devono essere collocate in locali od aree più riparate dove solo il personale autorizzato può consultarle (ad esempio nel locale infermieristico).

Colloqui tra parenti e medici

- Nel caso si presentino parenti, amici, conoscenti che chiedono informazioni inerenti lo stato di salute dell'interessato - paziente (patologia, diagnosi, terapia etc), non è possibile fornire tali informazioni senza aver prima raccolto il consenso per iscritto dell'interessato. A tal fine al momento dell'accettazione l'interessato, previa visione dell'apposita informativa predisposta dalla Direzione Sanitaria, dovrà compilare e firmare il modulo del consenso al trattamento dei dati, ove indicherà quali sono i soggetti da lui autorizzati a ricevere comunicazioni inerenti il suo stato di salute (comunicazione di dati personali sensibili); tale modulo del consenso, conservato nella cartella clinica, dovrà essere consultato dal personale prima di fornire indicazioni inerenti lo stato di salute dell'interessato.

Ambulatori

- La chiamata dei pazienti alla visita negli ambulatori è da effettuarsi, ove possibile, in forma anonima.

Archivi

- L'accesso agli archivi è consentito esclusivamente a personale autorizzato dalla Direzione Sanitaria e dal Responsabile del Trattamento per lo scopo definito.
- Gli archivi sono da tenere chiusi a chiave quando non custoditi, anche se per periodi brevi.
- Per i locali adibiti ad archivio, contenenti dati personali, è necessario che tali locali siano chiusi a chiave e che le chiavi siano in possesso del personale autorizzato (accesso selezionato); mentre per i locali adibiti ad archivio contenenti dati sensibili, in aggiunta alla misura di sicurezza sopra esposta, è necessario predisporre un foglio - registro cartaceo, ove vengono indicati i soggetti autorizzati che vi accedono "nominativo, data, ora di ingresso e uscita, il dato consultato e/o prelevato, firma" (accesso selezionato e controllato).



IL CONTATTO CON IL PUBBLICO:

Volontariato

- I volontari devono mantenere il massimo segreto su tutte le informazioni ottenute durante la loro attività.
- I volontari non possono accedere ai dati clinici o alle generalità del paziente.

Servizi appaltati

(ristorazione, pulizia, trasporti, etc.)

- Il personale delle Società appaltatrici è tenuto a mantenere il massimo segreto su tutte le informazioni ottenute durante la prestazione del servizio.
- Per individuare le preferenze alimentari del paziente (società di ristorazione o il personale della mensa) vanno evitate domande relative alla convinzione religiosa (raccolta di dati sensibili).

In generale

- Il dialogo-colloquio tra personale dell'IRCCS (medici, infermieri etc) e gli utenti, qualora abbia ad oggetto informazioni inerenti lo stato di salute dell'interessato, e qualora avvenga in spazi od in situazioni ove vi è la presenza di altri soggetti oltre all'utente interessato, come ad esempio nelle stanze di degenza doppie o nei punti ove vengono ritirati dagli interessati, esami, referti etc. o presso le accettazioni e le segreterie delle Divisioni e Unità, deve essere improntato ad un criterio di prudenza.

A tale prudenza devono essere improntate tutte le condizioni usuali di colloquio tra operatori nell'esercizio della professione: discussione di casi clinici durante il giro-visita, supervisione di casi in luoghi aperti all'utenza, consulenze specialistiche effettuate al letto di degenza, passaggi di consegne tra personale, comunicazioni di servizio effettuate mediante apparecchi telefonici portatili o meno non posizionati in luoghi protetti, informazioni fornite a studenti o frequentatori.

- Gli interessati che richiedono l'esercizio del loro diritto (informazioni, conferma d'esistenza e rettifica di dati personali, cancellazione) in riferimento all'art. 7 del D.lgs. 196/03 sono da indirizzare all'URP che dispone della modulistica adeguata da compilare, la raccoglie e la trasferisce immediatamente alla Direzione Sanitaria.

- Tutte le altre richieste relative all'accesso a dati clinici rimangono competenza della Direzione Sanitaria con regolamentazione specifica.

Conversazioni al telefono

- In via generale è preferibile non fornire indicazioni inerenti lo stato di salute degli interessati via telefono, se non si è certi dell'identità dell'interlocutore e del fatto che egli sia autorizzato ad acquisire tali informazioni. Un suggerimento potrebbe essere quello di farci lasciare, da colui che ci ha contattato per ricevere tali informazioni, il nominativo ed il suo numero di telefono; dopo di che si provvederà a ricontattarlo, dopo aver verificato la veridicità dei dati forniti e dell'autorizzazione dello stesso soggetto ad acquisire tali informazioni.
- Non è possibile verificare chi sia il nostro interlocutore né che la conversazione sia trattata in modo riservato presso l'interlocutore. La comunicazione non autorizzata di dati sarebbe considerata conferimento illecito di dati sensibili a terzi.
- Non pronunciare nominativi ad alta voce durante la telefonata.
- Non comunicare dati sensibili (risultati d'esami etc.) all'esterno.
- Non dare informazioni al telefono riguardanti pazienti, inclusi nominativi, reparti di degenza o numeri di telefoni delle stanze dei degenti.

- Rimangono esclusi i casi d'urgenza o situazioni cliniche di necessità, con massima prudenza (p.e. richiamare la persona che si presenta come medico di famiglia del paziente per verificarne la veridicità).

Colloqui tra parenti e medici

- Ogni comunicazione ai parenti, ivi incluso il coniuge, che non sia autorizzata da parte del paziente è da considerarsi conferimento illecito di dati sensibili a terzi.
- Visto il carattere strettamente confidenziale della conversazione, si sollecita di scegliere un luogo adatto per garantirne la riservatezza, evitando corridoi o stanze aperte.

Richieste di modifica/cancellazione dati delle cartelle cliniche

- Rettifiche alla cartella sono da effettuare su foglio separato senza alterarne il dato originale; cancellazioni non sono possibili.
- Non è consentita l'omissione d'informazioni dalle copie delle cartelle cliniche.

Religione, domande relative

- Evitare, ove possibile, domande dirette relative alla convinzione religiosa del ns. interlocutore. La persona potrebbe sentirsi infastidita. Inoltre rappresenta trattamento di dati sensibili non necessari ai fini della permanenza della persona stessa nell'Istituto (e pertanto illecito). Sono da preferire forme alternative ed indirette. Esempio: Per stabilire la preferenza alimentare del paziente (nel caso specifico per evitare le portate a base di maiale) non domandare "A quale religione appartiene?" o "E' di religione ebraica?", ma usare forme indirette del tipo "Ha delle preferenze alimentari?"

Eccezioni

Esistono delle eccezioni alla regola del consenso, ed in particolar modo quella prevista dall'art.24, del D.lgs. 196/03 (I dati personali "sensibili" possono essere oggetto di trattamento: qualora il trattamento sia necessario per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo, nel caso in cui l'interessato non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o volere). Tale articolo va letto in combinazione con le disposizioni dell'art. 23 del D.lgs. 196/03 (In caso di incapacità di agire, ovvero di impossibilità fisica o di incapacità di intendere o di volere, il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute è validamente manifestato nei confronti di esercenti le professioni sanitarie e di organismi sanitari, rispettivamente, da chi esercita legalmente la potestà ovvero da un familiare, da un prossimo congiunto, da un convivente, o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimori).

REGOLAMENTO PER IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

RIFERIMENTI

- Hanno diritto al rimborso del ticket pagato tutti gli utenti che non effettuano le prestazioni per responsabilità dell'Istituto o che disdicono le prenotazioni con il congruo preavviso di 3 giorni o di 5 giorni per prestazioni con particolari preparazioni preventive.
- Hanno diritto al rimborso del ticket gli utenti che non hanno fruito delle prestazioni a causa di ricovero urgente, attestato da certificato di ricovero, il giorno della prenotazione o nei tre giorni immediatamente precedenti.
- Hanno diritto al rimborso i soggetti affetti dalle patologie previste dal D.M. 1.2.1991 e successive modificazioni, per le prestazioni ammesse, o con le esenzioni previste dalla vigente normativa con regolare trascrizione sul libretto sanitario, dal momento che tale documentazione deve essere presentata all'atto della prenotazione o per le patologie che devono essere attestate dal medico curante sulla stessa prescrizione medica su ricettario regionale (es. gravidanza).
- Hanno diritto al rimborso gli utenti che per eventuali impedimenti della struttura nel giorno e nell'ora stabiliti al momento della prenotazione, risultante dalla bolla fornita dal C.U.P. o dal Reparto, non sia effettuabile. Tali motivazioni devono essere documentate dal Reparto o Ambulatorio stesso. Naturalmente gli impedimenti della struttura devono essere comunicati tempestivamente all'utente, riprogrammando o con l'impegno a riprogrammare d'intesa con l'utente, la data di prenotazione.
- Hanno diritto al rimborso gli utenti che per dichiarazione sottoscritta dal medico del Reparto o Ambulatorio non possano essere sottoposti a visita o ad accertamenti diagnostici a causa di controindicazioni o motivazioni cliniche.
- Hanno diritto al rimborso gli utenti che hanno attestato il diritto all'esenzione al momento della prenotazione o prima del pagamento, nei casi previsti dalla vigente normativa in materia, ed hanno pagato erroneamente il ticket.
- Hanno diritto al rimborso gli utenti che hanno erroneamente corrisposto all'Istituto cifre dovute ad altri enti.

MODALITÀ DI RIMBORSO

Gli utenti ambulatoriali o di diagnostica strumentale e di laboratorio aventi diritto possono ritirare e compilare l'apposito modulo di rimborso presso l'Ufficio Relazioni Pubbliche mostrando la documentazione ed allegando:

- 1 - Le copie originali dell'attestazione del pagamento (copia utente e copia per il Reparto), che vengono consegnate al momento del pagamento o stampate dal proprio PC (se il pagamento viene effettuato via web).
- 2- Eventuale dichiarazione del Reparto o cancellazione della prenotazione, nei termini previsti, effettuata presso il Centro Unificato Prenotazioni o l'Ambulatorio prenotante.

In caso di disdetta, anche telefonica, dovrà annotare il giorno e nominativo del dipendente ricevente. Il responsabile del procedimento provvederà ad apporre la firma di approvazione del rimborso motivato opportunamente.

L'utente potrà scegliere le seguenti modalità:

- Il ritiro della somma presso lo sportello della Banca CARIGE;
- Il ricevimento a domicilio dell'importo dovuto;

Individuazione del responsabile del procedimento:

- Responsabile C.U.P. o suo sostituto.
- Addetti U.R.P.

NUMERI DI TELEFONO DI PARTICOLARE INTERESSE

Centralino	010 5551
Centralino Cliniche Universitarie	010 35371 in via di dismissione
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico	010 5554300
CUP - Centro Unificazione Prenotazioni	010 5383400 - 800 098 543
Cartelle Cliniche	010 5553072
Centro Antiveleni	010 352808
Posto di Polizia	010 5552229
Pronto Soccorso	010 5552316
Cappellano	010 5552628
Camere mortuarie	010 5552629
Infopoint - informazioni parcheggi	010 354660

Codice IBAN: **IT18Q0617501594000002286990**

c/c bancario n. **22869.90** presso Agenzia n **49** della Banca Carige, tesoriere dell'Ente.

IRCCS AOU San Martino - IST

Codice partita IVA: 02060250996



Tutti per 1... 5 per 1000!

Devolvere il tuo cinque per mille all'IRCCS A.O.U. San Martino - IST è un gesto di coscienza che coinvolge tutti quanti, anche te.

Nella prossima dichiarazione dei redditi firma nel riquadro

Finanziamento Ricerca Sanitaria e indica

Codice Fiscale 02060250996



IRCCS

Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino

IST Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro

Sede

Largo Rosanna Benzi n. 10 - 16132 Genova