

CARTA DEI SERVIZI

MISSION AZIENDALE

I principi ispiratori della nostra attività sono alcuni valori fondamentali dell'uomo: la disponibilità all'ascolto e alla condivisione, l'altruismo, la difesa dei diritti primari e della libertà, il pensare e l'agire disinteressato. La nostra realtà si occupa in ambito domiciliare di persone fragili, cittadini che, per limitazioni permanenti o temporanee della propria autonomia, non sono in grado di accedere alle strutture ospedaliere o ambulatoriali per ricevere le prestazioni necessarie.

Ci occupiamo di persone fragili; per farlo al meglio sono fondamentali responsabilità, professionalità, trasparenza, miglioramento continuo e rispetto dell'individuo, in modo da garantire la permanenza nell'ambiente di vita più consono e migliorare la qualità di vita sia del paziente che della famiglia.

IN COSA CONSISTE L'ADI

L'ADI rientra nella rete di servizi che garantiscono prestazioni sanitarie e socio-sanitarie al domicilio di persone fragili impossibilitate quindi a fruire delle cure necessarie fuori dal proprio ambiente di vita.

Il personale qualificato si aggiunge ed integra l'assistenza già garantita dai familiari. Lo scopo è assicurare alla famiglia ed al malato un supporto per migliorare la qualità di vita, favorire la continuità delle cure negli eventuali passaggi tra casa e ospedale, favorire la stabilità clinica ed il mantenimento dell'autonomia, valorizzare le risorse della famiglia attraverso anche programmi di educazione e addestramento.

Il servizio consiste nell'attuazione del “**piano di cura**” di assistenza domiciliare integrata - P.A.I. - elaborato in accordo tra il Medico di Medicina Generale dell'assistito, mediante l'attivazione di interventi di professionisti a domicilio.

Ogni accesso viene regolarmente registrato e viene rilasciata una copia cartacea al domicilio della documentazione sanitaria.

Le figure professionali coinvolte sono: l'Infermiere, il terapeuta della riabilitazione (secondo i bisogni), l'Operatore Socio Sanitario (OSS) e Medici specialisti (**Fisiatra, Internista**), psicologo ed educatore. I singoli professionisti intervengono sulla base delle indicazioni del “**piano di cura**” – P.A.I.

I nominativi del personale assegnato ad ogni paziente saranno riportati in una scheda dedicata consegnata al momento dell'attivazione del servizio.

I servizi erogati sono i seguenti:

- assistenza infermieristica – trattamento delle lesioni cutanee (lesioni da pressione, vascolari, etc..), sostituzione di catetere vescicale, somministrazione farmaci, gestione stomie, accessi venosi, SNG/PEG/alimentazione enterale e parenterale, prelievi venosi, educazione sanitaria ecc..;
- assistenza riabilitativa – rieducazione motoria, rieducazione respiratoria, mobilizzazione, educazione alla famiglia/addestramento ausili;

- assistenza educativa: interventi educativi a favore di persone con disabilità, anziani dementi e loro familiari/caregiver;
- assistenza psicologica: valutazione e sostegno psicologico, case management;
- consulenze medico-specialistiche domiciliari – fisiatra, internista;
- interventi socio assistenziali e socio sanitari – aiuto nell’igiene personale, nell’alimentazione e nella mobilitazione e nella gestione domiciliare di pazienti allettati.

La presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) viene garantita entro 72 ore salvo urgenze segnalate dal medico o dalla struttura ospedaliera, che devono essere prese in carico entro 24 ore; le prestazioni di riabilitazione ricomprese nel PAI possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore.

L’assistenza domiciliare viene erogata per almeno 49 ore a settimana su 7 giorni, in ragione alla risposta al bisogno collegata al PAI.

Disponibilità di un servizio di reperibilità telefonica attivo per 7 giorni /settimana, disponibile dalle 9 alle 18. I recapiti telefonici del personale reperibile assegnato ad ogni paziente saranno riportati in una scheda dedicata consegnata al momento dell’attivazione del servizio.

CHI PUO’ ACCEDERE

E’ rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, impossibilitati a recarsi presso l’ambulatorio, indipendentemente da reddito o età.

La sussistenza dei criteri di arruolamento socio sanitari e clinico-assistenziali viene valutata nel corso di un colloquio orientativo svolto dal coordinatore infermieristico o da suo delegato per l’assistenza di tipo infermieristico o dal fisioterapista per assistenza riabilitativa.

Il principale criterio di presa in carico è la residenza presso i comuni che afferiscono ai seguenti distretti sanitari ATS Insubria, ASST Valle Olona: distretti di Busto Arsizio e Castellanza.

Il servizio è completamente a carico del SSN: la struttura fornisce direttamente il materiale sanitario necessario e previsto dalla normativa.

EVENTUALI DIMISSIONI O TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA

A raggiungimento dell’obiettivo terapeutico il paziente viene dimesso e riaffidato al Medico di Medicina Generale/Specialista.

In caso di modificazione clinica che richieda modificazioni del PAI, il care manager contatterà il Medico di Medicina Generale per organizzare il successivo percorso di assistenza.

DIRITTI DEI PAZIENTI

Diritto all’uguaglianza e all’imparzialità:

Ognuno ha diritto a ricevere le cure mediche più appropriate, senza distinzione di sesso, razza, religione, nazionalità e condizione sociale. Tutti i pazienti vengono seguiti con la stessa professionalità.

Diritto alla continuità:

Gli operatori della struttura hanno il dovere di assicurare al malato la continuità della cura, fino al recupero del normale stato di benessere fisico e psichico.

Diritto di scelta:

In conformità alle normative vigenti:

- l'utente ha diritto di scegliere tra le diverse strutture sanitarie che erogano il servizio sul territorio.
- l'utente ha diritto di informazione sul proprio iter diagnostico e terapeutico; può accettare o rifiutare

le proposte formulate dai Medici esprimendo la propria condivisione attraverso la sottoscrizione del consenso informato.

- l'utente ha diritto a ricevere tutti i chiarimenti sul proprio stato di salute.

Diritto alla partecipazione:

E' garantita la partecipazione consensuale dell'utente alla prestazione del servizio secondo le vigenti normative.

L'utente può accedere alle informazioni, in possesso della struttura, che lo riguardano e può manifestare una propria opinione, può suggerire miglioramenti operativi dei servizi tramite la compilazione dei questionari che vengono successivamente analizzati dalla struttura ospedaliera.

Diritto all'efficacia ed efficienza:

Gli operatori hanno conoscenze tecniche-scientifiche organizzative sempre aggiornate da corsi di formazione interna ed esterna. L'obiettivo è quello di raggiungere una migliore efficacia nei confronti dell'utente salvaguardando l'efficienza nell'utilizzo delle risorse che vengono utilizzate quotidianamente.

Diritto all'informazione sanitaria.

Diritto alla privacy.

RICHIESTA COPIA FaSas

Copia del Fascicolo Sanitario (FaSas) può essere richiesta all'ufficio accettazione degenze, collocato al piano terra, tramite la compilazione di apposito modulo. La consegna della stessa avviene in circa 45 giorni dalla data della richiesta.

La consegna avverrà tramite spedizione a domicilio, tramite corriere, entro 45 giorni lavorativi dalla dimissione o dalla richiesta post ricovero al costo di 30,25€ + 10,25€ per spese di spedizione (IVA inclusa). Pagamento con contrassegno (contanti) al corriere.

VALUTAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE

E' stato predisposto un questionario di valutazione della customer satisfaction che potrà essere compilato dal paziente o da un familiare al fine di valutare il livello di soddisfazione circa il servizio ricevuto (MD-ADI-011 "Questionario di gradimento").

Il personale dedicato al Servizio ADI, durante il primo mese di assistenza, consegnerà all'utente/care-giver il questionario e contestualmente farà firmare all'utente/care-giver il modulo di dichiarazione ricevimento questionario (MD-ADI-084).

RECLAMI

Il paziente, qualora incontri difficoltà, disservizi o qualora volesse proporre suggerimenti, è invitato a rivolgersi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), attivo al piano terra dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00 - tel. 0331.393214.

Il reclamo può essere presentato verbalmente o per iscritto. In ogni caso, l'utente può avvalersi dell'assistenza dell'URP. Al momento della presentazione del reclamo, l'URP comunica all'utente il nominativo del responsabile dell'indagine e, qualora vi fosse necessità di svolgere indagini o approfondimenti specifici, i tempi previsti di svolgimento della stessa. L'ufficio riferisce comunque all'utente con la massima celerità e non oltre i 30 giorni dalla presentazione del reclamo, circa gli accertamenti compiuti, l'eventuale rimozione delle irregolarità riscontrate e l'eventuale ristoro del danno arrecato.

COME RAGGIUNGERCI

La sede di Castellanza del Gruppo MultiMedica è sita al confine fra i comuni di Castellanza e Busto Arsizio a pochi metri dal Palazzetto dello Sport di Busto Arsizio e dall'Essellunga di Castellanza (vedi indirizzo sotto riportato).

Dalla stazione ferroviaria di Castellanza è possibile raggiungere la struttura prendendo il bus della linea Arancio. Gli orari sono esposti alla stazione e fuori dall'ospedale. Inoltre possono essere reperiti sul sito delle ferrovie nord.

Dall'autostrada A8 Milano Laghi, uscita Castellanza, prendere la strada statale bustese 527 in direzione di Busto Arsizio.

Taxi Castellanza: 0331/500176
Legnano: 0331/549360
Busto Arsizio 0331/630090 – 0331/632555

Per ulteriori informazioni e per attivare il servizio:

MultiMedica S.p.A.

ADI Ordinaria

Viale Piemonte 70, 21053 Castellanza (VA)

Segreteria 5° piano Tel. 0331/393520

e-mail: adism@multimedica.it

Chiamare dal lun al ven dalle 8.30 alle 17.00.

Presenza di segreteria telefonica negli orari di chiusura.

Si riceve previo accordo telefonico o tramite mail (numeri ed indirizzo sopra riportati)

Castellanza, 24 ottobre 2017

SCHEDA CUSTOMER SATISFACTION QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

Data _____

Gentile Sig.ra/Sig.,

il questionario che le chiediamo di compilare ha lo scopo di farci capire se l'assistenza domiciliare che le è stata fornita ha risposto alle sue attese oppure se si poteva fare di più.

Il questionario è completamente anonimo e le sue risposte serviranno a migliorare il servizio, adeguandolo ai bisogni ed alle aspettative delle persone che lo utilizzano.

• **Date una valutazione del servizio di assistenza domiciliare barrando una sola delle alternative:**

○ Gli operatori sono gentili:

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ Ci danno sicurezza perché sanno sempre gestire la situazione:

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ Sono affidabili nel rispetto degli orari:

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ Sono capaci di stabilire buoni rapporti con il paziente e i familiari:

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ L'operatore domiciliare vi viene cambiato spesso?

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ Capita a volte che gli operatori si rifiutino di svolgere compiti di assistenza al malato da voi richiesti?

- Per niente
- Poco
- Abbastanza
- Molto

○ Se questo avviene, potete fornire qualche esempio dei compiti che gli operatori si rifiutano di svolgere?

.....
.....
.....

- **Che voto (da 1 a 10) darebbe complessivamente al servizio che le viene fornito?**

Molto negativo ----- Molto Positivo

- **Avete la possibilità di far modificare gli orari del servizio a seconda delle esigenze familiari?**
SI NO

- **Quali suggerimenti vorrebbe dare per migliorare la qualità del servizio?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **La persona che ha compilato il questionario che relazione ha con il paziente?**

- Paziente
- Coniuge
- Figlio
- Genitore
- Parente
- Altro

- **Quanti anni ha?**

- **Come è composto complessivamente il nucleo familiare?**

.....
.....

SEZ. I – DATI E DESCRIZIONE EVENTO

N° progressivo _____

COMPILAZIONE A CURA DI: UTENTE OPERATORE URP

o ALTRO (SPECIFICARE): _____

FORMA RECLAMO DIRETTA/SCRITTA POSTALE / E-MAIL TELEFONICA

DATA _____

NOME _____ COGNOME _____

SESSO _____ ETA' _____ SCOLARITA' _____ PROFESSIONE _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV. _____ TEL. _____

FAX _____ E-MAIL _____

AREA COINVOLTA DAL RECLAMO:

 AMBULATORIALE DEGENZE

UNITÀ OPERATIVA/SERVIZIO COINVOLTO: _____

DESCRIZIONE EVENTO

Autorizzo altresì il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003

FIRMA OPERATORE URP

FIRMA UTENTE (se di persona)

SEZ. II - GESTIONE RECLAMO

TIPOLOGIA RECLAMO

<input type="checkbox"/> <u>INFORMAZIONE/ORIENTAMENTO</u>			<input type="checkbox"/> <u>CONDIZIONI DELL'ACCESSO</u>		
1a	1b	1c	2a	2b	2c
<input type="checkbox"/> <u>COMUNICAZIONE E RELAZIONE</u>			<input type="checkbox"/> <u>ASPETTI STRUTTURALI, AMBIENTALI E SICUREZZA</u>		
3a	3b	3c	4a	4b	4c
<input type="checkbox"/> <u>RISPETTO DEI DIRITTI</u>			<input type="checkbox"/> <u>PRESTAZIONI</u>		
5a	5b		6a	6b	6c 6d
<input type="checkbox"/> <u>ASPETTI ECONOMICI</u>			<input type="checkbox"/> <u>RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA</u>		
7a	7b		8a	8b	8c
<input type="checkbox"/> <u>ASSISTENZA PROTESICA</u>			<input type="checkbox"/> <u>ASSISTENZA FARMACEUTICA</u>		
9a	9b		10a	10b	
<input type="checkbox"/> <u>INTEGRAZIONE SERVIZI SOCIO SANITARI</u>			<input type="checkbox"/> <u>VARIE</u>		
11a	11b	11c	11d	11e	11f 12

DESCRIZIONE CORREZIONE/SOLUZIONE

Trasmissione per competenza a:

Inviato a	il
Ricevuta risposta da	il

Inviato a	il
Ricevuta risposta da	il

Inviato a	il
Ricevuta risposta da	il

Inviato, per opportuna conoscenza , all' Ufficio Legale	il
---	----

Firma Direzione Sanitaria (per approvazione): _____

Trasmessa comunicazione all'utente il _____ o Scritta o Verbale