

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 dei malati oncologici in fase terminale mediante un approccio globale alla persona e al suo nucleo familiare impegnandosi a diffondere la cultura dei diritti dei malati, della solidarietà e dell'assistenza fino alla fine della vita.

Il malato nel suo contesto socio-familiare rappresenta il centro del nostro operare e ci proponiamo di tutelarlo e accompagnarlo nell'aggravarsi della sua malattia, di sostenerlo con interventi coordinati e integrati tra professionisti, impegnandoci non solo a contenere il dolore, ma a stemperare l'angoscia, la solitudine e la paura, intrecciando una relazione d'aiuto paritetica con lui e la sua famiglia, dal momento che consideriamo primariamente il nucleo paziente/famiglia una risorsa fondamentale da valorizzare.

IN COSA CONSISTE UCP-Dom

Utilizzando un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare in équipe, le cure palliative rispondono ai bisogni dei malati e delle famiglie: forniscono il sollievo dai sintomi, sono garanti della vita e considerano la morte un processo naturale che non intendono affrettare né ritardare, migliorano la qualità della vita e possono influire positivamente sul decorso della malattia.

Le cure palliative integrano gli aspetti psicologici e spirituali della cura dei pazienti e offrono un sistema di supporto per aiutare i malati a vivere nel modo più attivo e dignitoso possibile fino alla morte; offrono anche un sistema di sostegno per aiutare le famiglie ad affrontare, qualora necessario, la problematica dell'elaborazione del lutto.

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 (**Oncologi**) e **psicologo**. 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.

Il servizio di Cure Palliative Domiciliari viene attivato entro 48 ore dal colloquio orientativo (in caso di urgenza entro le 24 ore) ed è attivo 7 giorni su 7 per 10 ore al giorno dal lunedì al venerdì e 6 ore al giorno il sabato ed i festivi, secondo le indicazioni del PAI.

E' inoltre garantita la pronta disponibilità medica e infermieristica nelle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. 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

Ci rivolgiamo a tutti i malati oncologici terminali e alle loro famiglie per garantire assistenza e cura, secondo i dettami delle cure palliative e le direttive dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale.

La sussistenza dei criteri di arruolamento socio sanitari e clinico-assistenziali viene valutata nel corso di un colloquio orientativo svolto dal responsabile Medico dell' UO o dal altro medico dell' equipe delegato.

I principali criteri di presa in carico sono: residenza presso i comuni che afferiscono ai distretti sanitari ATS Milano corrispondenti ai seguenti territori dell'ASST Nord Milano, ASST della Città metropolitana di Milano (Distretto di Milano) e ATS Brianza solo per ASST Monza, con patologia oncologica in fase avanzata che non necessita più di terapia antitumorale, non autosufficienza, presenza di uno o più referenti per l'assistenza quotidiana con caratteristiche di continuità, adeguatezza e disponibilità.

Il servizio è completamente a carico del SSN.

EVENTUALI DIMISSIONI O TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA

Se, per qualsiasi motivo, la gestione domiciliare del paziente diventasse troppo difficile è possibile, valutando la problematica con gli operatori di riferimento, in qualsiasi momento fare domanda di dimissione/trasferimento presso altra struttura il più possibile vicino al domicilio.

Per farlo è necessario, prendere un appuntamento e portare la documentazione relativa al paziente. Il suo Medico di riferimento potrà contattare direttamente gli Hospice per segnalare il caso specifico. In entrambi i casi il paziente verrà inserito in una lista di attesa e chiamato alla prima disponibilità di posto letto: è necessario premunirsi dell'impegnativa del suo Medico di Medicina Generale con la dicitura "ricovero in altra struttura per neoplasia avanzata".

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.

Per ulteriori informazioni può contattare il nostro Archivio Cartelle Cliniche telefonando al numero 02-24209582 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00.

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-UCPDOM-011 "Questionario di gradimento").

Il personale dedicato al Servizio UCP-Dom, 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-UCPDOM-064).

Annualmente viene elaborato un report sui risultati della customer e delle misure di miglioramento che viene pubblicato sul periodico aziendale disponibile al pubblico.

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 primo piano dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 - tel. 02-24109288.

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 ritorno del danno arrecato.

COME RAGGIUNGERCI

Metropolitana Linea 1: fermata Sesto Rondò, uscita V.le Gramsci, Autobus 713

Metropolitana Linea 3: fermata Zara, Autobus 723 direzione Monza

Metropolitana Linea 5: fermata Bignami

Metrotranvia 31: fermata Parco Nord

Autobus 727 con partenza dalla Stazione Centrale

Radio Taxi Sesto S. Giovanni: 02/24.48.88

Stazione FFSS Sesto S. Giovanni: 02/2421989

Radiotaxi Milano: 02/6969

L'ospedale è dotato di ampio parcheggio riservato, con accesso da V.le Fulvio Testi.

Per ulteriori informazioni e per attivare il servizio:

MultiMedica S.p.A.

U.O. di Oncologia – 9° piano

Via Milanese 300, 20099 Sesto S. Giovanni (Mi)

Segreteria 6° piano Tel. 02/24209042 Fax 02/24209832

e-mail: aomm@multimedica.it

chiamare dal lun al ven dalle 7.30 alle 15.30.

(Si riceve previo appuntamento dal lun al ven dalle 9.00 alle 14.00)

Sesto San Giovanni, 22 settembre 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 di assistenza domiciliare 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 di assistenza domiciliare?**

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

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

- Marito
- Moglie
- Figlio
- Genitore
- Parente
- Altro

- **Quanti anni ha?**

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

.....
.....

SEZ. I - DATI E DESCRIZIONE EVENTO**Struttura di:****COMPILAZIONE A CURA DI:** UTENTE - OPERATORE URP ALTRO (SPECIFICARE): _____**FORMA SEGNALAZIONE / RECLAMO** VERBALE SCRITTA

DATA _____

NOME _____ COGNOME _____

INDIRIZZO _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV. _____ TEL. _____

FAX _____ E-MAIL _____

DESCRIZIONE EVENTO

Autorizzo altresì il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003**FIRMA UTENTE / ALTRO**

* * *

DA COMPILARE IN CASO DI SEGNALAZIONE/RECLAMO SCRITTA**SEGNALAZIONE / RECLAMO RICEVUTA IL** _____**FIRMA OPERATORE URP** _____**FIRMA UTENTE / ALTRO** _____

SEZ. II - GESTIONE SEGNALAZIONE / RECLAMO

DA COMPILARE A CURA DI: OPERATORE URP

N° PROGRESSIVO: _____**U.O./REPARTO/SERVIZIO:** _____**TIPOLOGIA SEGNALAZIONE / RECLAMO**

- INFORMAZIONI ACCESSIBILITA' RELAZIONALE ASPETTI STRUTTURALI E COMFORT
 UMANIZZAZIONE E PRIVACY RILASCIO REFERTI E DOCUMENTAZIONE CLINICA
 PRESTAZIONI ASPETTI ECONOMICI CONTENZIOSO ENCOMI VARIE

 SOLUZIONE DIRETTA: DESCRIZIONE ATTIVITA'

 SOLUZIONE DIFFERITA: DESCRIZIONE ATTIVITA'

FIRMA OPERATORE URP
