

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

N° protocollo _____

COMPILAZIONE A CURA DI: UTENTE OPERATORE URP

ALTRO (specificare): _____

FORMA RECLAMO: DIRETTA (Verbale o Scritta) POSTALE/E-MAIL TELEFONICA

DATA _____

Nome _____ Cognome _____

Sesso _____ Et  _____ Scolarit  _____ Professione _____

Indirizzo _____ CAP _____

Citt  _____ Prov. _____ Tel. _____

Fax _____ E-mail _____

AREA COINVOLTA DAL RECLAMO: AMBULATORIALE DEGENZE

UNIT  OPERATIVA/SERVIZIO COINVOLTO: _____

DESCRIZIONE EVENTO

Firma operatore URP

Firma utente (se di persona)

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E/O SENSIBILI NELLA RILEVAZIONE DI SEGNALAZIONI E RECLAMI

Gentile Signora/ Egregio Signore,

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, di seguito indicati come "Regolamento" o "GDPR", **MultiMedica S.p.A.** (di seguito denominata **MultiMedica**), con sede in via Fantoli 16/15, IT-20138 MILANO, in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi Dati Personali (d'ora innanzi, per brevità, il "Titolare" o "l'Azienda"), Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali definibili ai sensi della normativa vigente come "comuni" e "particolari" (ossia ad esempio dati idonei a rivelare l'identità, l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose, nonché dati genetici, dati biometrici, i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute), con riferimento alla attività che complessivamente può essere esercitata all'interno della azienda nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture ospedaliere, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere. I dati personali sopra indicati saranno di seguito definiti come "Dati Personali". Il Titolare ha nominato il responsabile per la protezione dei dati ("RPD") raggiungibile all'indirizzo mail rpd@multimedica.it.

1) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO: I dati personali "comuni" trattati dal Titolare sono direttamente conferiti dagli utenti all'URP, mediante la compilazione dell'apposito modulo, al fine di effettuare segnalazioni e/o reclami. In tal caso il trattamento si fonda sull'esecuzione di sue specifiche richieste e sull'adempimento di misure precontrattuali (ex art. 6.1.b del GDPR). Possono venire trattati dati cd. "particolari" ove inseriti nel campo libero di descrizione dell'evento all'URP: in tal caso il trattamento trova fondamento nell'art. 9.2.h del GDPR, per finalità di assistenza sanitaria.

2) NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI RISPONDERE: Il conferimento dei dati personali è facoltativo ma necessario al fine di fornire riscontro alle richieste di informazioni o assistenza avanzate dagli utenti. In particolare, la mancata compilazione dei campi presenti nel modulo impedisce la possibilità di contattarla. In tal caso il consenso al trattamento dei dati personali è "obbligato" in quanto strumentale al fine di ottenere riscontro alle richieste di informazioni o assistenza all'Azienda.

3) MODALITÀ DEL TRATTAMENTO: I Suoi Dati Personali saranno trattati - secondo i principi correttezza, liceità e la trasparenza sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

4) CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI: I Dati Personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'articolo 5, comma 1, lettera c) del GDPR nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Il Titolare fa riferimento ai tempi stabiliti nel Massimario di scarto del "Titolaro e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia", adottato da Regione Lombardia che si applica a tutto il Sistema Socio-sanitario Lombardo e che si intende nella presente informativa integralmente richiamato.

5) CATEGORIE DI SOGGETTI DESTINATARI: Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 1, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi Dati Personali, anche riguardanti il Suo stato di salute, a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema informatico ecc...);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare (es. alcune delle prestazioni sanitarie potrebbero essere poi eseguite da altri soggetti esterni altamente qualificati per quella prestazione);
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, enti o autorità che agiscono nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i Dati Personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;
- l'ambito della comunicazione potrà essere esteso a favore di soggetti terzi aventi diritto (ad esempio in caso di esercizio dei diritti di accesso agli atti amministrativi ex L.241/1990 e s.m.i.) e di chiunque l'interessato indichi espressamente come familiari, medico curante ecc... In caso di ricovero l'interessato ha diritto di richiedere che non vengano rilasciate notizie della propria presenza in ospedale e della dislocazione del ricovero stesso;
- fornitori di servizi (come consulenti, istituti di credito, enti certificatori, la società di gestione dell'archivio delle cartelle cliniche, gestione delle conferme telefoniche delle prenotazioni di esami e/o visite, ecc..) i quali agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del Regolamento - strettamente correlati e funzionali all'attività del Titolare.

I dati potranno essere accessibili alle altre aziende del Gruppo MultiMedica per le medesime finalità di cui sopra e/o per finalità amministrativo-contabili ai sensi all'art. 6 ed ai Considerando 47 e 48 del Regolamento. L'elenco completo ed aggiornato dei destinatari dei dati potrà essere richiesto al Titolare, scrivendo all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD) mediante comunicazione scritta alla sede di MultiMedica (via Fantoli 16/15, Milano) o alla mail rpd@multimedica.it.

6) DIRITTI DELL'INTERESSATO: Lei ha il diritto di accedere in qualunque momento ai dati che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del GDPR; la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art. 7 del GDPR; di ottenere la portabilità dei dati che La riguardano nei casi previsti dall'art. 20 del GDPR; di opposizione al trattamento ex art. 21 del GDPR, nella quale dare evidenza delle ragioni che giustificano l'opposizione: il Titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgano sui Suoi interessi, diritti e libertà. Le richieste vanno rivolte all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati Personali (RPD) mediante comunicazione scritta alla sede di MultiMedica (via Fantoli 6, Milano) o alla mail rpd@multimedica.it. Qualora MultiMedica non Le fornisca riscontro nei tempi previsti dalla normativa o la risposta all'esercizio dei Suoi diritti non Le risulti idonea, potrà proporre ricorso o reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, le cui coordinate di contatto sono: Garante per la protezione dei dati personali - www.gpdp.it - www.garanteprivacy.it - E-mail: garante@gpdp.it - Fax: (+39) 06.69677.3785 - Centralino telefonico: (+39) 06.69677.1

Data _____

Firma per presa visione _____
(firma)

SEZ. II - GESTIONE RECLAMO

N° protocollo _____

TIPOLOGIA RECLAMO

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