

**CENTRO ASSISTENZA
LIMITATA "SIMONE MARTINI"**

CARTA DEI SERVIZI

Settembre 2007

INDICE:

Pagina

▪ Generalità dell'opuscolo	3
▪ Presentazione del CAL "Simone Martini"	4
▪ Informazioni su attività e servizi	6
▪ Standard di qualità, impegni e programmi	9
▪ Tutela	10

ALLEGATI:

A) Questionario di soddisfazione degli ospiti	11
B) Modulo reclamo per disservizio	14
C) Tutela privacy	15
D) Consenso informato alla cura	16
E) Regolamento del CAL	17
F) Nomenclatore tariffario	22

GENERALITA' DELL'OPUSCOLO

Gentile Signore/Signora,

Il fascicolo che Le presentiamo costituisce la “Carta dei Servizi” del CAL “Simone Martini” di Milano, Via Simone Martini.

E' il documento che Le permetterà di prendere rapidamente visione dei servizi offerti e valutare gli obiettivi orientati all'umanizzazione della struttura.

La Carta dei Servizi, oltre al peculiare aspetto informativo, assume la caratteristica di strumento propedeutico allo sviluppo del progetto sanitario che La riguarda in prima persona.

Vi invitiamo, perciò, a sostenere il progetto contribuendo ad offrirci consiglio ed a segnalare eventuali disservizi.

Il nostro CAL farà tutto il possibile per venire incontro alle Sue esigenze e per garantirLe una confortevole seduta di trattamento.

AV Progetto Salute S.r.l.
La Direzione

PRESENTAZIONE DEL CAL

Fini istituzionali

La missione istituzionale del CAL è quella di erogare servizi sanitari a favore della popolazione con patologie afferenti alla nefrologia e alla dialisi, secondo le modalità previste dai piani di trattamento delle linee guida delle società scientifiche e dei criteri prestabiliti dalle normative nazionali e regionali.

Soggetto gestore

Il soggetto gestore della CAL è “AV Progetto salute Srl”, società a capitale privato, con sede legale a Milano in via Camperio 14, C.F. / Nr. iscrizione Registro Imprese di Milano NR. 04387930961.

La filosofia della società è quella di generare integrazione ed apertura al territorio tramite servizi di assistenza sanitaria integrata con presidi sanitari già operanti.

IL CAL “Simone Martini”

La struttura, di nuova realizzazione, risponde a tutte le norme strutturali, organizzative e tecnologiche previste dal sistema sanitario della Regione Lombardia. La capienza massima prevede 15 posti tecnici di dialisi nonché di 2 ambulatori.

Il CAL “Simone Martini” è in possesso – per tutti i 15 posti letto e per l’attività ambulatoriale – della DGR di accreditamento N° _____
Il CAL “Simone Martini”, inoltre, ha sottoscritto Contratto con la ASL per le prestazioni erogate. (Delibera _____).

La stretta integrazione fra le diverse professionalità costituisce un carattere distintivo del CAL “Simone Martini” presso il quale operano:

- Responsabile Centro;
- Direttore Sanitario;
- Direttore Scientifico;
- Medici nefrologi con reperibilità durante lo svolgimento della dialisi presso il Centro;
- Infermieri professionali con comprovata esperienza nell’esercizio dell’attività di dialisi;
- Addetti ai servizi assistenziali qualificati, in possesso di titolo di studio regionale.

Le risorse professionali presenti soddisfano, per quantità, gli standard disposti dalla Regione Lombardia per l’accreditamento; tutte le attività del CAL sono coordinate dal Responsabile Centro, mentre il Direttore Sanitario e il Direttore Scientifico rispondono degli aspetti sanitari.

Convenzione con AO San Paolo

Il Centro Simone Martini ha stipulato con l’AO San Paolo di Milano una convenzione (deliberazione n. 448 del 23/05/2007) che mette a disposizione tutte le strutture e le competenze sanitarie in grado di sopperire a qualsiasi emergenza clinica che si

presentasse durante l'orario di apertura del CAL, così come previsto dalle vigenti normative in materia.

Principi fondamentali dell'attività

L'attività del CAL si svolge nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- **Equaglianza**: ogni persona ha diritto di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate, senza discriminazione di sorta.
- **Imparzialità**: i comportamenti degli operatori verso gli ospiti sono ispirati a criteri di obiettività ed imparzialità.
- **Continuità**: il CAL assicura la continuità e regolarità delle cure. In caso di irregolarità adotta misure volte ad arrecare ai pazienti il minor disagio possibile.
- **Partecipazione**: il CAL garantisce al paziente la partecipazione alla prestazione del servizio attraverso un'informazione corretta e completa. Garantisce altresì la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate e di inoltrare reclami o suggerimenti per il miglioramento dei servizi. Favorisce i rapporti e la collaborazione con le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti.
- **Efficacia ed efficienza**: il servizio è erogato in modo da garantire un ottimale rapporto tra le risorse impiegate, attività svolte e risultati ottenuti.

Ubicazione e descrizione struttura

La struttura si trova in Milano nei pressi di Viale Famagosta, a poche centinaia di metri dall'Ospedale San Paolo, all'indirizzo:

CAL "Simone Martini"
Via Simone Martini – 20143 Milano
Tel. 02 81 34 696 - Fax 02 89 12 89 91

La struttura è raggiungibile con la linea verde della metropolitana fermate Romolo o Famagosta, oppure con i mezzi di superficie n° 95-90-91. Intorno alla struttura sono inoltre presenti più aree di parcheggio.

Il CAL si compone di 15 posti tecnici organizzati in un unico nucleo di degenza.

INFORMAZIONI SU ATTIVITA' E SERVIZI

Il CAL offre accoglienza a pazienti in trattamento dialitico. Il periodo di somministrazione della terapia è indicato dai medici del Centro.

A completamento delle informazioni di seguito fornite, sono riportati in **Allegato E ed F** rispettivamente il **Regolamento** del CAL stesso e la parte del **Nomenclatore Nazionale** che prevede le prestazioni specialistiche erogabili dal CAL.

Accoglienza e presa in carico presso il Centro

All'interno del CAL è attivo il Servizio Accoglienza (Capo Sala e personale infermieristico) che, dal Lunedì al Venerdì (dalle 7:30 alle 20:30) è a disposizione degli interessati per fornire tutte le informazioni sul CAL e sulle modalità e tempistiche di ingresso dell'utente.

Le modalità di ammissione sono le seguenti:

- a) contatti con il Servizio Accoglienza del CAL per avviare la procedura di accettazione;
- b) visita medica preliminare;
- c) conferma all'utente, o ai familiari, della data e dell'ora di ingresso;
- d) comunicazione a tutto il personale della data e orario di ingresso del nuovo paziente tramite documentazione scritta;
- e) all'atto dell'ingresso il Capo Sala provvederà ad accompagnare al posto tecnico il paziente illustrando allo stesso la struttura e l'organizzazione dei servizi interni;
- f) durante il periodo in cui il paziente è sottoposto alla terapia dialitica, periodicamente, su specifica indicazione del personale medico verrà effettuato un menù di controllo dallo stesso prescritto.

Lista d'attesa

La lista d'attesa è gestita seguendo solo ed esclusivamente il criterio cronologico.

Per l'inserimento dell'utente nella lista d'attesa è necessaria la compilazione, da parte dell'utente stesso, della "Domanda di inserimento" da effettuarsi presso il CAL.

Non sono quantificabili i tempi medi di attesa per l'ingresso.

Dimissioni – Recesso

Le dimissioni del paziente sono di esclusiva competenza dei responsabili medici del Centro.

Il giorno previsto per le dimissioni/trasferimento il medico del Centro rilascerà al paziente una lettera di dimissioni e l'originale della documentazione clinica consegnata al momento dell'ingresso.

In caso di recesso, invece, il paziente, su sua specifica richiesta, e a suo completo carico, può trovare diversa collocazione (presso altra struttura o centro) per l'effettuazione delle prestazioni di dialisi.

La comunicazione della data di recesso da parte del paziente deve essere consegnata al Responsabile Centro che provvederà a trasmettere tale informazione all'equipe sanitaria ed infermieristica.

Presidi sanitari e ausili

Il CAL provvede alla fornitura dei farmaci e dei presidi sanitari per garantire una corretta prestazione durante il trattamento dialitico.

La giornata tipo

La giornata tipo del CAL è così articolata:

7,30 – 8,00	Arrivo presso il CAL dei pazienti e preparazione ai trattamenti
8,00 – 13,00	1° turno di somministrazione dei trattamenti
13,00 – 14,00	Fine trattamenti del 1° turno, sanificazione degli ambienti, cambio del materiale lettereccio, igienizzazione e preparazione delle apparecchiature (rene) per il 2° turno di trattamenti
14,00 – 14,30	Arrivo presso il CAL dei pazienti e preparazione ai trattamenti
14,30 – 19,00	2° turno di somministrazione dei trattamenti
19,00 – 20,30	Fine trattamenti del 2° turno, sanificazione degli ambienti, cambio del materiale lettereccio, igienizzazione e preparazione delle apparecchiature (rene) per il giorno seguente

Alla fine di ogni turno di trattamento vengono informati i pazienti dei recapiti a cui si possono rivolgere in caso di eventi clinici che si presentino post trattamento.
Recapito: Servizio di emergenza e urgenza AO "San Paolo" tel: 02.81844250.

L'attività religiosa

L'assistenza religiosa e spirituale è assicurata dal parroco del quartiere.
Gli ospiti aderenti ad altre convinzioni religiose possono chiedere l'assistenza secondo la propria fede.

Il volontariato

La Direzione del CAL ha inteso promuovere e valorizzare l'attività del volontariato, stipulando convenzioni, ai sensi della Legge n. 266/91 e della L.R. n. 22/93 con le associazioni iscritte nell'apposito albo regionale.
L'attività dei volontari è coordinata dal Responsabile Centro.
I volontari, durante il loro servizio, sono identificabili dal cartellino di riconoscimento con foto.

Servizio reception

Il centralino/reception è attivo e presidiato dalle ore 7.30 alle ore 20.30.

Telefono

All'interno del CAL è possibile effettuare telefonate attraverso un telefono presente nel nucleo.

I giornali

La struttura provvede all'acquisto di quotidiani e riviste periodiche da utilizzare all'interno del Centro.

Oggetti personali

Si suggerisce di non tenere per sé oggetti personali di valore o grosse somme di denaro per i quali la Direzione non risponde in caso di eventuali smarrimenti o furti.

Fumo

Per rispetto della propria e dell'altrui salute e per ragioni di sicurezza è vietato fumare in tutto il Centro.

Norme antincendio

Il CAL è dotato di un piano di emergenza con specifiche procedure operative in grado di scattare tempestivamente ed in modo preordinato. Il piano di emergenza è finalizzato a:

- ridurre al minimo i pericoli cui possono incorrere gli ospiti a causa di eventi calamitosi (incendi, terremoti, ecc...);
- portare soccorso alle persone eventualmente colpite;
- delimitare e controllare l'evento al fine di ridurre i danni ed i rischi.

Il personale del CAL è stato addestrato ad intervenire in caso di incendio per tutelare la sicurezza dei pazienti.

STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI

Il CAL fornisce assistenza assicurando qualità, in un ambiente che valorizza i rapporti umani e che mira alla tutela della persona.

AV Progetto Salute, quale soggetto gestore del CAL, si è impegnato ad attivare il percorso necessario per conseguire la Certificazione di Qualità ISO 9001/2000.

Aspetti strutturali e organizzativi

L'edificio è di nuova costruzione e soddisfa tutti i requisiti strutturali previsti in materia dalla normativa della Regione Lombardia. La documentazione relativa al funzionamento e all'accreditamento è depositata presso la Direzione.

Qualità delle prestazioni

I responsabili per la gestione della qualità dei servizi offerti hanno orientato la propria attenzione sui seguenti obiettivi:

- estendere la personalizzazione degli interventi;
- sviluppare l'integrazione tra le diverse figure professionali che compongono l'equipe;
- migliorare i livelli di comunicazione con i pazienti e i familiari;
- favorire la partecipazione dei pazienti al miglioramento del servizio.

Formazione

I piani formativi del personale sono studiati con l'obiettivo di realizzare un miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti. Tutti i profili professionali sono coinvolti nei processi formativi finalizzati a:

- migliorare la comunicazione;
- favorire lo sviluppo del lavoro di équipe;
- garantire il costante aggiornamento degli operatori.

Il controllo dei risultati della formazione è esercitato dalla Direzione in qualità di responsabile per la pianificazione e sviluppo dei programmi.

Strumenti di verifica e controllo

Al fine di verificare e controllare il gradimento dei servizi offerti è prevista la somministrazione periodica di un **Questionario di soddisfazione dei pazienti**, come riportato in **Allegato A**.

Di questo vengono annualmente diffusi i dati raccolti.

TUTELA E PARTECIPAZIONE

IL CAL considera fondamentali i rapporti con i pazienti ed i loro familiari.

Tutela

Il CAL esercita la funzione di tutela nei confronti dei pazienti il quale può formulare suggerimenti e presentare reclami per iscritto o verbalmente.

Il CAL darà immediata risposta alle segnalazioni ed ai reclami che si presentano di facile soluzione, altrimenti predisporrà verifica e approfondimento del reclamo riservandosi risposta scritta entro i 7 giorni successivi.

Chiunque volesse esprimere le proprie osservazioni od inoltrare reclami può farlo tramite:

- colloquio con la Direzione;
- lettera in carta semplice;
- comunicazione da depositare nel box rosso della posta adiacente alla reception;
- segnalazione a mezzo fax.

Presso la Reception è disponibile un **Modulo reclamo per disservizio** da presentare alla Direzione, come riportato in **Allegato B**.

Partecipazione

La funzione di partecipazione si realizza attraverso forme di coinvolgimento dei pazienti e degli organismi che li rappresentano.

Il CAL garantisce la verifica degli obiettivi e degli standard prefissati, almeno annualmente, effettuando idonea diffusione dei risultati conseguiti.

La verifica sulla qualità del servizio e sull'attuazione degli standard viene effettuata tramite l'utilizzo di questionari, indagini campionarie ed interviste sul grado di soddisfazione dei pazienti.

Informazione, privacy e sicurezza

Al fine di gestire privacy, informazione e sicurezza si è previsto quanto segue:

- trattamento e gestione dei dati personali secondo la normativa sulla privacy di cui al D.Lgs. 196/2003; l'utilizzo dei dati personali viene autorizzato attraverso sottoscrizione di apposito modulo di **Tutela privacy**, secondo **Allegato C**;
- riconoscibilità del personale attraverso apposito cartellino d'identificazione e divise differenziate;
- accurata comunicazione dell'iter terapeutico e assistenziale al paziente o al parente da parte del medico referente;
- partecipazione informata del paziente alle cure fornite, con sottoscrizione, ove richiesto, di **Consenso informato alla cura**, secondo **Allegato D**;
- sicurezza tecnologica e impiantistica delle attrezzature, anche nei riguardi di possibili incidenti.

QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEGLI OSPITI E DEI FAMILIARI

Il questionario di soddisfazione degli ospiti e dei familiari è stato studiato con le caratteristiche seguenti:

- *Periodicità*: con cadenza almeno annuale, per consentire la comparazione dei dati nel tempo per verificare su quali aspetti aumenta o diminuisce il gradimento;
- *Consegnato*: all'ospite od alla famiglia dal Servizio Accoglienza della RSA, in modo da consentire delle risposte più veritiere possibili (se si coinvolgessero gli operatori impiegati nel servizio si teme che l'utenza potrebbe sentirsi limitata nelle risposte);
- *Semplice*: in considerazione della fascia di "utenza debole" alla quale è destinato;
- *Anonimo*: l'ospite in questo modo si sente più libero di esprimere il proprio giudizio, non sentendosi impegnato dal punto di vista di una individuazione personale (raccolta dei questionari compilati tramite apposita cassetta);
- *Oggetto di un'elaborazione*: i dati raccolti attraverso i questionari si traducono in stimoli utili alla programmazione ed alla gestione delle attività, in modo da poter essere utilizzati come risorse per l'innovazione ed il miglioramento del servizio;
- *Divulgazione dei risultati*: tramite apposite riunioni organizzate con la partecipazione degli ospiti e dei parenti delegati; divulgazione inoltre tramite lettera ai non partecipanti alle riunioni.

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO

INFORMAZIONI GENERALI

- Il questionario viene compilato in struttura in data/...../.....

___ dal degente ___ dai familiari ___ con l'aiuto di un operatore

- Sesso: M F

- Nazionalità: ___ italiana ___ straniera

- Data dell'ingresso/...../..... Data delle dimissioni/...../.....

- Al momento dell'ingresso era a conoscenza del motivo per cui Lei veniva ricoverato? ___ SI' ___ NO

- Al momento dell'ingresso è stato/a informato/a sull'organizzazione del Centro? ___ SI' ___ NO

ASPETTI ALBERGHIERI

1. ALL'INGRESSO DA CHI E' STATO ACCOLTO ?

___ Medico ___ Capo sala ___ Resp. Amministrativo

2. COME GIUDICA LA PULIZIA DELLA POSTAZIONE E DEGLI SPAZI COMUNI ?

___ Ottima ___ Buona ___ Sufficiente ___ Scadente ___ Pessima

3. COME GIUDICA LA PULIZIA DEI SERVIZI IGIENICI (WC-DOCCIA-LAVANDINO) ?
 Ottima Buona Sufficiente Scadente Pessima
4. COME GIUDICA GLI ORARI E L'ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA ?
 Ottima Buona Sufficiente Scadente Pessima

ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA ED ASSISTENZIALE

5. COME GIUDICA IL TRATTAMENTO RICEVUTO DAL PERSONALE MEDICO ?
 Ottimo Buono Sufficiente Scadente Pessimo
6. COME GIUDICA IL TRATTAMENTO RICEVUTO DAL PERSONALE INFERMIERISTICO ?
 Ottimo Buono Sufficiente Scadente Pessimo
7. COME GIUDICA IL TRATTAMENTO RICEVUTO DAL PERSONALE DI ASSISTENZA ?
 Ottimo Buono Sufficiente Scadente Pessimo
8. COME GIUDICA LE CURE A LEI PRESTATE ?
 Ottime Buone Sufficienti Scadenti Pessime
9. COME VALUTA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE CHE GLI OPERATORI HANNO AVUTO NEI SUOI CONFRONTI ?
 Ottimo Buono Sufficiente Scadente Pessimo
10. COME VALUTA, NEL SUO COMPLESSO, IL SERVIZIO OFFERTO DAL PERSONALE DEL CENTRO ?
 Ottimo Buono Sufficiente Scadente Pessimo

COMMENTI, SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI

11. QUALI ASPETTI GRADISCE MAGGIORMENTE DURANTE LA SUA PERMANENZA PRESSO IL CENTRO ?
(SONO POSSIBILI AL MASSIMO 3 RISPOSTE)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Organizzazione ed efficienza | <input type="checkbox"/> Informazioni e comunicazione |
| <input type="checkbox"/> Attenzione al paziente | <input type="checkbox"/> Riservatezza e privacy |
| <input type="checkbox"/> Professionalità | <input type="checkbox"/> Qualità delle cure ricevute |
| <input type="checkbox"/> Comfort alberghiero | Altro _____ |

12. QUALI ASPETTI GRADISCE MENO DURANTE LA SUA
PERMANENZA PRESSO IL CENTRO ?
(SONO POSSIBILI AL MASSIMO 3 RISPOSTE)

<input type="checkbox"/> Organizzazione ed efficienza	<input type="checkbox"/> Informazioni e comunicazione
<input type="checkbox"/> Attenzione al paziente	<input type="checkbox"/> Riservatezza e privacy
<input type="checkbox"/> Professionalità	<input type="checkbox"/> Qualità delle cure ricevute
<input type="checkbox"/> Comfort alberghiero	Altro _____

MODULO RECLAMO PER DISSERVIZIO

Reclamo effettuato da: _____

Ospite di riferimento: _____

Periodo del disservizio: _____

Area disservizio:

- Servizi socio-sanitari:
 - Area medica
 - Area infermieristica
 - Area assistenza alla persona
- Servizi alberghieri:
 - Pulizia
- Altro:

Descrizione del disservizio:

Data _____

Firma _____

TUTELA PRIVACY

AUTORIZZAZIONE LEGGE 196/03
(CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Milano,

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto per iscritto da parte della Direzione le informazioni di cui alla legge 196/03.

In particolare dichiara di aver liberamente preso atto che i dati raccolti al momento della presentazione della domanda di inserimento saranno utilizzati per la gestione della prestazione specialistica presso il CAL Simone Martini ubicato in Milano e che gli è stato riconosciuto il diritto di conoscere, cancellare, rettificare, aggiornare, integrare ed opporsi al trattamento dei dati stessi nonché gli altri diritti identificati nella legge 196/03.

Per far valere i propri diritti, potrà rivolgersi alla Direzione del Centro.

Di conseguenza vengono autorizzati il titolare, il responsabile e gli incaricati dell'Istituto al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi, ai fini istituzionali, ad altri enti pubblici, medici, organismi sanitari, con particolare ed espresso riferimento a quelli riguardanti lo stato di salute, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria.

In fede

.....

CONSENSO INFORMATO ALLA CURA

Io sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____ accetto di essere sottoposta/o agli interventi terapeutici che mi saranno di volta in volta proposti.

A tale proposito dichiaro che:

Ho avuto modo di discutere in maniera adeguata ed esauriente le caratteristiche dell'intervento terapeutico con il Dottor/Dott.ssa _____, che mi ha esposto in termini a me pienamente comprensibili le terapie disponibili per le mie patologie e che mi aggiornerà costantemente qualora queste dovessero modificate a causa di alterazioni del mio stesso stato di salute. Ho avuto ampia e dettagliata spiegazione dei rischi correlati ad esse, inclusa la possibilità di non sottopormi ad esse e le eventuali conseguenze di quest'ultima opzione.

Acconsento pertanto a sottopormi:

a terapie a cui potrei avere necessità di sottopormi per il trattamento di sopravvenute complicanze, tra queste incluse la terapia antibiotica, cortisonica, antidolorifica e farmacologia in genere;
ad accertamenti diagnostici particolari e da effettuarsi presso strutture ospedaliere accreditate;
ad interventi chirurgici resisi necessari, sempre effettuati presso strutture ospedaliere di mio gradimento e convenzionate con il SSN;
a vaccinazioni, per le quali chiedo di essere informato preventivamente;
a trasfusioni.

Autorizzo la registrazione del mio stato di salute e l'archiviazione assieme ai miei dati clinici di tutti i miei accertamenti (diagnostici ecc...). Tale autorizzazione è intesa per i soli fini medico legali e ne sono specificatamente esclusi gli utilizzi sia scientifici che divulgativi se non dietro una mia autorizzazione aggiuntiva scritta.

Successivamente alla mia visita con il Dottor/Dott.ssa _____, ed alla mia discussione con lui/lei, ho avuto tempo più che sufficiente per valutare adeguatamente e con tranquillità le informazioni ricevute. In conseguenza di quanto dichiarato e del rapporto di piena fiducia instauratosi, autorizzo il Dottor/Dott.ssa _____ ed i suoi collaboratori a farsi carico del mio stato di salute attraverso le modalità che riterranno più consone.

Autorizzo altresì il Dottor/Dott.ssa _____ all'effettuazione di tutte le eventuali procedure e terapie di urgenza che, a suo giudizio, si dovessero rendere necessarie per la mia sicurezza durante la permanenza in struttura.

Milano, _____

L'OSPITE E/O IL DELEGATO

IL MEDICO DI STRUTTURA

REGOLAMENTO
CENTRO ASSISTENZA LIMITATA
“SIMONE MARTINI”

Gentile Sig.ra/re,

Prima di tutto le rivolgo il benvenuto presso la il Centro di Assistenza Limitata di dialisi "Simone Martini" e Le auguro una buona permanenza.

Al fine di agevolare il Suo periodo di ricovero abbiamo pensato di fornirLe questo documento informativo contenente alcune informazioni relative alla Struttura ed al suo funzionamento per fare in modo che si possa sentire a suo agio nel minore tempo possibile.

Insieme alla brochure troverà un modello da compilare a Sua discrezione e su richiesta del Responsabile del Centro.

Questo modello è il customer satisfaction che ha la funzione di rilevare il grado di soddisfazione del paziente durante la fase di ricovero.

Una volta compilato dovrà consegnarlo presso la reception.

AugurandoLe di nuovo una buona degenza rimango a Sua disposizione per ogni esigenza.

Il Responsabile del Centro
AV Progetto Salute

ACCOGLIENZA

Un paziente che inizia la dialisi, inizia una vita diversa, scandita dal ritmo delle sessioni del trattamento sostitutivo. Ma nascono anche nuove esigenze: trasporto, richieste di pensione di invalidità, permessi lavorativi ed altre pratiche. AV Progetto Salute dispone di un servizio di assistenza sinergico con questa attività.

Il paziente viene avviato al trattamento sostitutivo da un ospedale e di seguito inviato al Centro AV Progetto Salute. La presa in carico da parte di AV Progetto Salute è seguita dal medico specialista, da una visita dietologica e psicologica di sostegno, quest'ultima anche con la famiglia.

Verranno consegnati in occasione del primo incontro, un kit contenente una carta dei servizi, un libretto con consigli dietetici e di stili di vita. L'informativa sul trattamento dei dati sensibili (privacy), il consenso informato per il trattamento. Nel caso di rifiuto di iscrizione in lista d'attesa trapianto, un modulo di rifiuto esplicito.

Ricordiamo ai pazienti che dovranno presentarsi al trattamento con abbigliamento comodo e idoneo alla somministrazione (tuta da ginnastica, pigiama o similari).

POSTO TECNICO

Ogni posto tecnico dispone di un letto a tre snodi con spondine, un comodino e una sedia per ogni degente. Ad ogni posto tecnico è abbinata un'apparecchiatura ad alta tecnologia per la somministrazione dei trattamenti di emofiltrazione. Inoltre il posto tecnico è dotato di presa ossigeno, presa aspirazione e di uno schermo LCD da utilizzarsi come TV oppure come personal computer durante il trattamento a disposizione del paziente.

Per l'utilizzo delle spondine, che sono un dispositivo di contenzione, è necessaria la prescrizione medica e il consenso del paziente.

COME CHIAMARE UN OPERATORE

Vicino al letto trovate una tastiera con un pulsante rosso. Premendolo viene attivata la chiamata agli operatori.

SPAZI COMUNI

SPOGLIATOIO

Il Centro è dotato di spogliatoi maschili e femminili con bagno attrezzato e armadietti con serratura a disposizione dei singoli pazienti.

GIARDINO

Salendo in ascensore a piano terra e utilizzando l'apposito passaggio indicato è possibile usufruire del giardino piantumato ed attrezzato per trascorrere qualche ora all'aperto.

Vi preghiamo, per ragioni di privacy, di non visitare altri luoghi al di fuori di quelli elencati.

Vi ricordiamo, inoltre, che è severamente vietato fumare in tutti gli spazi del Centro.

ORARI DI APERTURA DEL CENTRO

Dal Lunedì al Sabato dalle ore 7.30 alle ore 20.30.

ORARIO RICEVIMENTO MEDICI

I medici ricevono il lunedì e il giovedì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

DIMISSIONI - TRASFERIMENTI

Le dimissioni – trasferimenti saranno determinate dal Responsabile Medico del Centro. In caso di trasferimento, lo stesso sarà gestito in accordo o su richiesta del paziente. Al momento delle dimissioni – trasferimenti all'utente verranno forniti tutti i documenti all'uopo utili alle necessità del caso.

CUSTOMER SATISFACTION

Si prega, l'ultimo giorno, prima delle dimissioni - trasferimenti, di compilare e consegnare il nostro Customer satisfaction disponibile in reparto.

STAFF DEL CENTRO

Nel Centro potete incontrare operatori con divise di diverso colore; questo facilita il riconoscimento delle loro mansioni che sono così sottoelencate a titolo esemplificativo e non esaustivo:

CAMICE BIANCO, PANTALONI E MAGLIETTA BIANCA: medici

DIVISA BLU E PANTALONI BIANCHI: Capo Sala e Infermieri professionali; si occupano di tutte le prestazioni e gli interventi sanitari prescritte a favore dei pazienti.

DIVISA GIALLA E PANTALONI BIANCHI: Operatori Socio Sanitari (OSS); forniscono prestazioni a supporto dell'attività alberghiera e collaborano con il personale infermieristico.

Tutti gli operatori sono identificabili attraverso il tesserino di riconoscimento con relativa foto che indica nome, cognome e qualifica professionale ricoperta.

NOMENCLATORE TARIFFARIO

