

# Carta dei Servizi

## *Poliambulatorio*

Giugno 2026 Rev. 5

**Casa di Cura Beato Luigi Palazzolo**



## **Offerta e Struttura Organizzativa**

Presentazione

**Pag. 3**

Lo staff

Pag. 3

Pag. 4

## **Accesso al Poliambulatorio**

**Pag. 5**

Prenotazione

Pag. 5

Accettazione

Pag. 5

Tempi d'attesa

Pag. 6

Al momento dell'ingresso in struttura

Pag. 6

Richiesta di copia di documentazione sanitaria e certificati

Pag. 7

Indicazioni per una buona convivenza presso le strutture del Poliambulatorio

Pag. 7

Oggetti e beni personali

Pag. 8

## **Caratteristiche dell'offerta: Specialità e Prestazioni**

**Pag. 8**

Le Specialità accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale

Pag. 8

Le Prestazioni

Pag. 8

## **Servizi alberghieri e comfort**

**Pag. 9**

L'Istituto Palazzolo

Pag. 9

Comfort ambientale presso il Poliambulatorio

Pag. 10

Servizio Bar e piccola distribuzione

Pag. 10

Pulizia ambienti

Pag. 10

## **Informazioni utili**

**Pag. 11**

Parcheggi

Pag. 11

Divieto di fumo

Pag. 11

Telefono

Pag. 11

Come raggiungere la struttura

Pag. 11

## **Tutela e partecipazione**

**Pag. 12**

Principi Fondamentali

Pag. 12

Tutela della Privacy

Pag. 12

Consenso informato alle cure

Pag. 12

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

Pag. 13

Ufficio di Pubblica Tutela

Pag. 13

Customer satisfaction

Pag. 13

Comunicazione con gli utenti

Pag. 13

## **Diritti del malato**

**Pag. 14**

## **Allegati**

- 1) Questionario di customer satisfaction
- 2) Modulo segnalazioni e reclami

**POLIAMBULATORIO**

**CASA DI CURA BEATO LUIGI PALAZZOLO – FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ETS**

Via Don Luigi Palazzolo 21, 20149 Milano

**Centro Unico Prenotazioni:** Tel. +39 02 39701 – Email: [poliamb.palazzolo@dongnocchi.it](mailto:poliamb.palazzolo@dongnocchi.it)

Portale: [www.dongnocchi.it](http://www.dongnocchi.it)

# Offerta e Struttura Organizzativa

## Presentazione

**Il Poliambulatorio della Casa di Cura Beato Palazzolo Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS** offre un'ampia gamma di prestazioni che integrano le attività sanitarie e socio sanitarie **dell'Area Territoriale Nord - Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS.**

**L'Area Territoriale Nord**, di cui è **Direttore Antonio Troisi**, è costituita da:

- *MILANO, IRCCS "Santa Maria Nascente", via Capecelatro 66*
- *MILANO, Istituto "Palazzolo - Don Gnocchi", via Don Palazzolo 21*
- *MILANO, Centro "Girola - Don Gnocchi", via C. Girola 30*
- *MILANO, Centro "Vismara", via dei Missaglia 117*
- *LEGNANO, Centro "Multiservizi"(MI), via Ferraris 30*
- *ROVATO, Centro "Spalenza"(BS), via Golgi 1*
- *TORINO, Centro "Santa Maria ai Colli- Presidio Sanitario Ausiliatrice" (TO), viale Settimo Severo 65*
- *PESSANO CON BORNAGO (Mi), Centro "S. Maria al Castello", piazza Castello 22*
- *MONZA, Hospice "S. Maria delle Grazie", via Montecassino 8*
- *SEREGNO (Mb), Centro "Ronconi Villa - Don Gnocchi", viale Piave 12*
- *INVERIGO (Co), Centro "S. Maria alla Rotonda", via privata D'Adda 2*
- *MALNATE (Va), Centro "S. Maria al Monte", via Nizza 6*
- *SALICE TERME (Pv), Centro "S. Maria alle Fonti", viale Mangiagalli 52*
- *Ambulatori territoriali collegati e dipendenti*

Il Poliambulatorio della Casa di Cura Beato Luigi Palazzolo è autorizzato con Delibera ASL Milano nr. 318 del 07/02/2000 e accreditato con il SSN con DGR 49154 del 17/03/2000 e s.m.i.

Il Poliambulatorio dispone di ambulatori specialistici, di un Punto Prelievi e di una U.O. di Radiologia/Diagnostica per Immagini.

Le prestazioni ambulatoriali possono essere effettuate:

- **in convenzione con il SSN:** è necessaria la prescrizione del Medico di Medicina Generale o del Medico Specialista (impegnativa); la prestazione è erogata previo pagamento del ticket o in esenzione per gli aventi diritto, come previsto dalla normativa vigente;
- **in regime di solvenza ALPI:** la prestazione erogata è a totale carico del paziente ed è possibile scegliere lo specialista sanitario.
- **in regime di solvenza API:** la prestazione erogata è a totale carico del paziente - il professionista sanitario sarà il primo disponibile in agenda a soddisfare la richiesta
- **in convenzione con Fondi sanitari e assicurazioni:** se si possiede una polizza di copertura sanitaria, è necessario verificare la copertura del fondo/assicurazione e consultare il rispettivo Ente Gestore

La Struttura si colloca nella sezione Generosa dello stabile. Il Servizio di Accettazione è situato in prossimità del porticato d'accesso e del Cortile d'Onore, gli Ambulatori specialistici sono siti al piano terra e al terzo piano dell'edificio, l'U.O. di Radiologia/Diagnostica per Immagini al piano interrato

## Lo Staff

Fondazione Don Carlo Gnocchi è dotata di **Codice Etico** ai sensi del D.Lgs. 231/2001, documento che definisce il quadro di valori, di diritti e di doveri entro i quali sono attuati i principi deontologici e di responsabilità che sottendono i processi decisionali aziendali e orientano i comportamenti del management.

- Direttore Sanitario – **Chiara Carla Monti**
- Medico Responsabile Poliambulatorio – **Eleonora Paola Fusi**

**Gli operatori che svolgono la loro attività all'interno del Poliambulatorio sono dotati di un cartellino di riconoscimento che permette all'utente l'agevole identificazione.**

Per facilitare l'individuazione del personale medico, tecnico, infermieristico e addetto all'assistenza, gli operatori indossano divise cromaticamente distinguibili:

|                                                                                 |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MEDICI</b><br>(camice bianco)                                                |    |
| <b>COORDINATORE INFERMIERISTICO</b><br>(pantalone bianco/casacca bordeaux)      |    |
| <b>INFERMIERI</b><br>(pantalone bianco/casacca blu)                             |  |
| <b>OPERATORI SOCIO SANITARI (OSS)</b><br>(pantalone bianco/casacca arancione)   |  |
| <b>AUSILIARI SOCIO ASSISTENZIALI (ASA)</b><br>(pantalone bianco/casacca bianca) |  |
| <b>FISIOTERAPISTI</b><br>(pantalone verde/casacca bianca)                       |  |

## Accesso al Poliambulatorio

### ➤ PRENOTAZIONE

La prenotazione può essere effettuata mediante le seguenti modalità:

- **TELEFONICA** contattando il numero **02 39701** dal lunedì al venerdì, dalle ore 10:00 alle ore 15:00 o il Centro Unico Prenotazione Regione Lombardia gratuitamente all'**800.638.638** da rete fissa o al numero a pagamento **02.999599** da rete mobile
- **DI PERSONA** presentandosi presso lo sportello prenotazioni dal lunedì al venerdì dalle ore 07:30 alle ore 18:30
- Tramite **POSTA ELETTRONICA** inviando la richiesta di prenotazione all'indirizzo [poliamb.palazzolo@dongnocchi.it](mailto:poliamb.palazzolo@dongnocchi.it)
- **ON LINE** collegandosi al Portale Regione Lombardia (Sezione Prenota on line)
- **APP SALUTILE PRENOTAZIONE** scaricando gratuitamente sul proprio cellulare l'applicazione di Regione Lombardia

### ➤ ACCETTAZIONE

Gli sportelli sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì. Nell'arco dell'apertura giornaliera i servizi specifici sono così articolati:

- **PUNTO PRELIEVI:** attivo dal lunedì al venerdì **dalle ore 07:30 alle ore 09:30**; si accede senza prenotazione, purché in possesso di prescrizione medica.
- **PRENOTAZIONE-ACCETTAZIONE:** attivo dal lunedì al venerdì **dalle ore 07:30 alle ore 18:30**.
- **RITIRO REFERTI:** i referti possono essere ritirati presso la Portineria di Istituto **dalle ore 14.00 alle ore 18:30** a partire dal primo giorno utile riportato sul modulo rilasciato in fase di accettazione. Il ritiro è consentito esclusivamente al titolare dei dati sanitari o ad un suo delegato munito di apposita delega. Possono essere altresì consultati direttamente on line 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 sul sito [www.crs.regione.lombardia.it](http://www.crs.regione.lombardia.it) utilizzando la Carta Regionale dei Servizi (CRS) per l'accesso al proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).  
Per il ritiro di referti radiologici il tempo di attesa è di 3 giorni lavorativi. I referti di ecografie vengono consegnati dallo Specialista contestualmente al momento dell'esecuzione dell'esame.

### ➤ DOCUMENTI DI ACCESSO alle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale in regime SSN

TESSERA SANITARIA



IMPEGNATIVA



Eventuale  
**DOCUMENTAZIONE**  
attestante il diritto  
all'**esenzione dal**  
**PAGAMENTO**  
**DEL TICKET**

Eventuale  
**DOCUMENTAZIONE**  
**CLINICA e/o**  
**DIAGNOSTICA**  
**PRECEDENTE**

### ➤ DOCUMENTI DI ACCESSO alle prestazioni ambulatoriali e di Diagnostica strumentale in regime di solvenza

TESSERA SANITARIA



RICHIESTA MEDICA



Eventuale **DOCUMENTAZIONE**  
**CLINICA e/o DIAGNOSTICA**  
**PRECEDENTE**

Al termine dell'accettazione, l'utente riceverà il foglio (comprensivo di delega) necessario per ritirare il proprio referto, le etichette identificative da consegnare al personale infermieristico prelevatore in caso di esami emato chimici biologici/raccolta di campioni biologici, l'attestazione del pagamento del ticket/fattura.

Per l'erogazione di prestazioni in convenzione con il SSN, **sono valide solo le impegnative compilate correttamente in tutti i campi definiti "obbligatori" ai sensi della circolare 28/SAN del 21.10.1996 e s.m.i. Con circolare 30/SAN del 30.12.2009 e s.m.i. ATS Città Metropolitana di Milano ha stabilito che il tempo massimo che deve intercorrere dalla data di prescrizione dell'impegnativa a quello della prenotazione è di un 6 mesi. Entro tale periodo il paziente è tenuto a prenotare la prestazione indipendentemente dalla data di erogazione della medesima.**

#### Tempi d'attesa

I tempi d'attesa per le prestazioni di diagnostica e per consulenza clinica sono in linea con le disposizioni normative. I dati sono trasmessi periodicamente alle istituzioni competenti e resi pubblici.

Le prestazioni di laboratorio non richiedono prenotazione; se rispettate le condizioni per la praticabilità dell'esame, sono erogate in costanza di richiesta degli utenti, nei giorni e orari previsti per l'apertura del servizio.

**Le classi di priorità di cui osservare i criteri definiti dalla normativa per la gestione delle liste d'attesa, sono le seguenti:**

|                          |                                                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>U = URGENTE</b>       | da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore                    |
| <b>B = BREVE</b>         | da eseguire entro 10 giorni                                                            |
| <b>D = DIFFERIBILE</b>   | da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici |
| <b>P = PROGRAMMABILE</b> | da eseguire entro 120 giorni                                                           |

**Le indicazioni relative alla classe di priorità sono di esclusiva competenza del medico prescrittore e devono essere riportate nella richiesta (impegnativa) negli appositi spazi dedicati.**

#### Al momento dell'ingresso in struttura

Il giorno della prestazione/esame/visita l'utente deve presentarsi presso l'Ufficio Accettazione per il disbrigo delle formalità amministrative in sufficiente anticipo (30 minuti); presso l'Ufficio Accettazione l'utente consegna i documenti amministrativi ed effettua il pagamento della prestazione.

Eventuali documenti clinici e referti di visite o esami svolti in precedenza, dovranno essere consegnati al medico specialista nel corso della consulenza.

Al termine dell'accettazione l'utente viene indirizzato, dal personale sanitario, presso l'ambulatorio dove verrà svolta la prestazione/esame/visita.

#### Richiesta copia di documentazione sanitaria e certificati

Tutti i documenti di seguito elencati possono essere richiesti dagli aventi diritto all'Ufficio Controllo CC/FASAS dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 16.00 o via email all'indirizzo [dir-san.palazzolo@dongnocchi.it](mailto:dir-san.palazzolo@dongnocchi.it) mediante compilazione dell'apposito modulo, previo pagamento anticipato. In casi di urgenza la richiesta può essere depositata in portineria. La copia della documentazione sanitaria sarà resa disponibile agli aventi diritto non oltre 7 giorni dalla data di ricezione della richiesta. Il costo del procedimento è di seguito specificato:

-Seconda copia di lastra radiografica/CD con referto e successive: € 20,00

-Seconda copia di referto e successive: € 5,00

La prima copia di referto/lastra radiografica o CD con referto: gratuita

Relazioni e certificati sanitari possono essere richiesti al Personale di Accettazione Ambulatoriale

#### Indicazioni per una buona convivenza presso le strutture del Poliambulatorio

La serenità dell'ambiente e la piena efficienza operativa dipendono in larga misura dal rispetto di alcune elementari norme di comportamento da parte di tutti gli utenti della struttura. È diritto dell'utente ricevere le cure e le attenzioni in tranquillità e in sicurezza; è dovere di tutti, compresi gli utenti, contribuire al mantenimento di tali condizioni attenendosi scrupolosamente ad alcune semplici indicazioni.

- L'utente ed eventuali accompagnatori sono invitati ad **osservare comportamenti rispettosi per il lavoro di tutto il personale e a non creare situazioni di disturbo e disagio.**
- Durante le procedure di assistenza, consulenza clinica, atti infermieristici/tecnico-riabilitativi rivolti agli utenti, gli eventuali accompagnatori sono tenuti ad attendere il termine delle operazioni al di fuori dell'ambulatorio, salvo diversa indicazione e autorizzazione concessa dai professionisti.
- **Le informazioni di carattere clinico o assistenziale devono essere richieste, dagli aventi diritto, esclusivamente al Medico/Professionista che eroga la prestazione.**
- L'utente ed eventuali accompagnatori che utilizzano gli spazi ed i servizi comuni sono invitati a contribuire a mantenerne la pulizia e il decoro.
- In struttura vige il divieto di introdurre oggetti potenzialmente pericolosi (armi, oggetti contundenti) e/o assumere iniziative che possano risultare a rischio della propria o della altrui incolumità.
- In tutti gli ambienti della struttura non possono essere conservati prodotti infiammabili. In ugual modo è fatto divieto di fumo e di utilizzo di fiamme libere all'interno di tutti i locali della struttura e di ogni ambulatorio.
- Ogni cittadino conserva il proprio diritto alla privacy e alla tutela dell'immagine. **Entro i confini dell'Istituto è vietato acquisire immagini, registrazioni, riprese video, anche e soprattutto mediante gli strumenti resi disponibili sui social network, relative a persone, ambienti, strumenti di lavoro, documentazione, se non dietro esplicita autorizzazione rilasciata dalla Direzione/Direzione Sanitaria.** Si configura, inoltre, come **grave violazione del codice della Privacy, con rilevanza anche civile e penale, la pubblicazione di immagini e riprese video** acquisite all'interno della struttura in assenza di autorizzazione esplicita rilasciata dalla Direzione/Direzione Sanitaria e del Consenso liberatorio acquisito da tutte le persone direttamente o indirettamente coinvolte.
- L'utente ed eventuali accompagnatori sono invitati ad osservare eventuali ulteriori indicazioni e norme di comportamento, previste all'interno degli Ambulatori/U.O. Radiologia Diagnostica per Immagini, funzionali alle esigenze organizzative, di clima e di sicurezza.

## Oggetti e beni personali

Gli utenti che accedono ai servizi della struttura sono direttamente responsabili della custodia del denaro e degli oggetti di loro proprietà. L'Istituto declina ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto. Si suggerisce di non lasciare incustoditi denaro contante, preziosi o oggetti di particolare valore negli ambulatori/palestre/spogliatoi.

## Caratteristiche dell'Offerta: Specialità e Prestazioni

Il **Poliambulatorio** della Casa di Cura Beato Luigi Palazzolo è accreditato con il SSN per le seguenti **specialità**:

|                                  |
|----------------------------------|
| CARDIOLOGIA                      |
| CHIRURGIA GENERALE               |
| CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA |
| DERMOSIFILOPATIA                 |
| ENDOCRINOLOGIA                   |
| GASTROENTEROLOGIA                |
| MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE |
| NEUROLOGIA                       |
| OCULISTICA                       |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA        |
| OSTETRICIA E GINECOLOGIA         |
| OTORINOLARINGOIATRIA             |
| PNEUMOLOGIA                      |
| PSICHIATRIA                      |
| UROLOGIA                         |

Si riassumono qui di seguito le principali macrocategorie di **prestazioni erogate in regime ambulatoriale**. Per informazioni dettagliate si rimanda al contatto diretto con il Centro Unico Prenotazioni.

Presso il **Punto Prelievi** può essere eseguita un'ampia offerta di **esami ematici** e di **altri campioni biologici**. Lo SMEI a cui afferisce il Punto Prelievi è dell'IRCCS Santa Maria Nascente. E' necessario informarsi presso il Medico di Medicina Generale/Medico Specialista/Accettazione ambulatoriale su eventuali modalità di preparazione da eseguire prima dell'esame diagnostico.

Nell'**U.O. di Radiologia/Diagnostica per Immagini** vengono effettuati i seguenti esami diagnostici:

- **Esami radiologici:** RX convenzionali, RX dei segmenti ossei, RX del cranio, RX della colonna vertebrale, RX del bacino, RX degli arti superiori e inferiori; RX dell'addome; RX del torace; Teleradiografia del cranio.
- **Esami ecografici:** Ecografia della tiroide, Ecografia dell'addome, Ecografia dell'apparato urinario, Ecografia prostatica-transrettale; Ecografia trans-Vaginale; Ecodoppler TSA, Ecodoppler venoso e arterioso agli arti; Ecocardiocolodopplergrafia; Ecografia mammaria; Ecografia muscolo tendinea

All'interno della branca specialistica di **Cardiologia** vengono effettuati i seguenti **esami di diagnostica strumentale**: Elettrocardiogramma (ECG), Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro, Holter Cardiaco, Holter pressorio.

Sono inoltre eseguibili:

- Laringoscopia e Fibroscopia
- Spirometrie semplici e globali; DLCO
- Test bronco dinamici
- Polisonnografie dinamiche ambulatoriali
- Prick Test
- Trattamenti con Tossina Botulinica
- Onde d'urto focalizzate
- Infiltrazioni con acido ialuronico
- Agopuntura
- Mesoterapia
- Ozono terapia
- Terapie strumentali

I seguenti trattamenti ambulatoriali vengono eseguiti **esclusivamente in regime di solvenza** in quanto non compresi in nomenclatore tariffario:

- Medicina manuale
- Fibrolisi
- Tecar terapia

Su richiesta è disponibile in visione un elenco delle prestazioni eseguite in regime libero professionale con i rispettivi costi.

Per approfondimenti in riferimento alle prestazioni di Riabilitazione ambulatoriale si rimanda all'apposita Carta dei Servizi

## Servizi alberghieri e comfort

### L'Istituto Palazzolo

Nel cuore del quartiere di City Life, l'Istituto rappresenta da sempre una delle realtà cardine nell'area del milanese per la gestione dei bisogni dell'età geriatrica e per lo sviluppo e il mantenimento delle autonomie degli anziani.

Voluto negli anni '30 dall'Arcivescovo, cardinale Ildefonso Schuster, su invito del Comune di Milano, la sua edificazione e gestione fu affidata alle Suore delle Poverelle, congregazione fondata dal Beato Luigi Palazzolo. Nel 1998 l'istituto viene acquisito dalla Fondazione Don Gnocchi che, in linea con la missione originaria, ne sviluppa la vocazione, aprendosi a innovative forme di servizio di prossimità, di cura e di assistenza per dare risposta ai bisogni emergenti della comunità.

Nel tempo, l'offerta si è ampliata fino ad includere l'area della clinica, della diagnosi e della riabilitazione anche del paziente giovane e adulto. **Percorsi sanitari e sociosanitari Integrati e accessibili, costruiti per assistere la persona in una logica di continuità assistenziale e di cure dalla fase ambulatoriale fino alla gestione di fase di cronicità avanzata sul territorio o in ambito residenziale.**

L'Istituto Palazzolo è situato su un'area complessiva di 35.850 metri quadrati con una superficie calpestabile dei vari piani di poco superiore a 52.275 mq e un volume di 221.691 metri cubi. Ha un "polmone verde" interno di 11.750 mq. È articolato in tre grandi edifici e in due sezioni: sezione Generosa (dal nome della Superiora Generale delle Suore delle Poverelle dal 1908 al 1939) e sezione Montini (in ricordo dell'Arcivescovo di Milano diventato poi Papa Paolo VI).

Ogni sezione è costituita da cinque piani di degenza collegati, nella parte finale, dalla grande Chiesa dell'Istituto. Ai piani di degenza si aggiunge il seminterrato, che ospita i servizi generali e alcuni servizi ambulatoriali. All'esterno dei tre grandi edifici e delle due sezioni ci sono la Palazzina (sede del Centro Diurno Integrato), la Cappella del Suffragio e la Morgue.

#### Comfort ambientale presso il Poliambulatorio

I locali del Poliambulatorio e dell'U.O. di Radiologia/Diagnostica per Immagini sono disposti ed organizzati in modo da accogliere l'utenza in ambienti comodi e nel rispetto degli spazi necessari per lo svolgimento delle attività e della tutela della privacy del paziente. Tutti i locali beneficiano di un sistema di condizionamento/raffrescamento comune dell'aria.

#### Servizio Bar e piccola distribuzione

Il Bar beneficia di un ampio spazio prospiciente coperto e dotato di tavoli per la consumazione e la socializzazione. Lo spazio comunica con gradevoli giardini interni. La gestione è affidata ad una società esterna. All'ingresso della Struttura sono collocati distributori automatici di bevande.

#### Pulizia ambienti

Il servizio di pulizia, igienizzazione e sanificazione degli ambienti è affidato ad una società esterna di comprovata esperienza in ambito ospedaliero, scolastico e della Pubblica Amministrazione. Le attività sono programmate e sottoposte a verifiche periodiche secondo precisi protocolli che assicurano la qualità degli interventi. I prodotti, le tecniche e gli strumenti utilizzati sono innovativi e il personale qualificato si rapporta costantemente con i Coordinatori delle Unità Operative/Servizi al fine di praticare interventi tempestivi e verificare la funzionalità dei processi di sanificazione degli ambienti.

La verifica del gradimento del servizio da parte dell'utenza avviene attraverso la somministrazione di un'indagine di customer satisfaction almeno annuale. Sono sempre disponibili on line e presso il servizio di prenotazione/accettazione/URP i moduli per la raccolta di segnalazioni in ordine ad eventuali non conformità o per suggerimenti/encomi.

## Informazioni utili

### Parcheggi

Sono presenti spazi adibiti a parcheggio con particolare attenzione ai posti destinati alle persone disabili. Il parcheggio è consentito solo nelle aree contrassegnate.

### Divieto di fumo

In conformità all'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, in tutti i locali dell'Istituto vige il Divieto di Fumo, fatte salve le aree esterne appositamente segnalate.

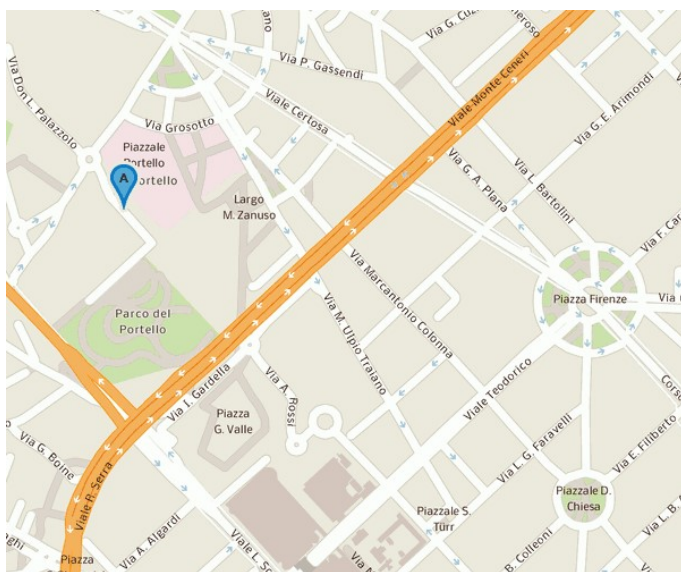
Il divieto è richiamato da apposita segnaletica affissa nella struttura.

### Telefono

In caso di necessità, l'utenza può richiedere in Portineria di usufruire del telefono senza corresponsione relativa.

### Come raggiungere la struttura

L'Istituto Palazzolo si trova nelle immediate vicinanze della Fiera di Milano, zona Piazzale Accursio, e del Centro Commerciale Iper Portello. È facilmente raggiungibile dalle autostrade A8 e A4 (uscita Milano-Certosa sul raccordo). È servito dai seguenti mezzi pubblici:



- Linee tranviarie 14 -1 (fermata P.le Accursio)
- Linea autobus 69 (fermata P.le Accursio)
- Linea autobus 48 (collegamento con M1 – P.le Lotto)
- Stazione della Metropolitana M5 “La Lilla” – Portello (Ex Alfa Romeo)

## Tutela e partecipazione

Il cittadino-utente-paziente viene messo nella condizione di percepire l'efficacia dei servizi a tutti i livelli, senza condizionamenti materiali e morali. L'attività, in sintonia con gli indirizzi espressi dalle istituzioni nazionali dalla U.E. e dall'O.M.S. è improntata sui seguenti principi fondamentali:

- **EGUAGLIANZA**  
Ogni utente ha il diritto di ricevere le cure mediche più appropriate senza alcuna discriminazione di età, sesso, razza religione, nazionalità e condizione sociale.
- **IMPARZIALITÀ**  
Il personale che opera all'interno della struttura non deve favorire nessun paziente in merito ad interessi di qualsiasi natura
- **CONTINUITÀ**  
Agli utenti è garantita la continuità delle cure necessarie, senza alcuna interruzione, fino al recupero del normale stato di benessere fisico e/o psichico.
- **DIRITTO DI INFORMAZIONE E DI SCELTA**  
Il paziente deve essere informato di tutte le azioni diagnostiche e terapeutiche che si intendono compiere ed ha il diritto di prendere liberamente decisioni riguardo alle cure proposte dai sanitari.
- **PARTECIPAZIONE**  
Agli utenti deve essere garantita la partecipazione ed il coinvolgimento diretto in merito alla diagnosi, alla terapia ed alla relativa prognosi.
- **EFFICACIA ED EFFICIENZA**  
Il miglioramento continuo, la dotazione di tecnologie avanzate, lo svolgimento delle attività sanitarie nel rispetto delle linee guida e dei protocolli operativi deve essere perseguito al fine di garantire il raggiungimento di sempre migliori condizioni di salute.

### Tutela della Privacy

L'Istituto assicura che la raccolta e gestione dei dati personali e sensibili dei propri assistiti avvenga nel pieno rispetto di quanto stabilito dal **Regolamento Europeo UE 679/2016** nonché dalla **normativa nazionale vigente** in materia di **protezione dei Dati Personali**. È garantito il segreto professionale relativamente a tutte le informazioni di carattere privato e personale dell'Utente. Si ribadisce che entro i confini dell'Istituto **è vietato acquisire immagini**, registrazioni, riprese video, anche e soprattutto mediante gli strumenti resi disponibili sui social network, relative a persone, ambienti, strumenti di lavoro, documentazione, se non dietro esplicita autorizzazione rilasciata dalla Direzione/Direzione Sanitaria. **Si configura, inoltre, come grave violazione al Regolamento Europeo UE 679/2016** nonché alla **normativa nazionale vigente** in materia di **protezione dei Dati Personali, con rilevanza anche civile e penale, la pubblicazione di immagini e riprese video acquisite all'interno della struttura** in assenza di autorizzazione esplicita rilasciata dalla Direzione/Direzione Sanitaria e del Consenso liberatorio acquisito da tutte le persone direttamente o indirettamente coinvolte.

### Consenso informato alle cure

**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. Il consenso informato viene richiesto in quanto ogni atto di cura non può compiersi senza che sia stabilita una relazione fra curante e paziente; tale relazione avviene attraverso la partecipazione attiva dell'assistito alle decisioni sulla sua salute.

Il consenso informato deve essere espresso in forma scritta dall'interessato (salvo nei casi in cui sia prevista una tutela giuridica) attraverso la compilazione di apposita modulistica. Nel caso in cui l'intervento sia

necessario o urgente per la sopravvivenza del paziente e questi non sia in grado di esprimere una volontà cosciente, il medico può operare in stato di necessità. Il paziente sarà comunque informato appena recuperato lo stato di coscienza. Il consenso informato può essere revocato in qualsiasi momento prima che venga praticato l'atto per il quale è stato espresso e sottoscritto.

#### Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

In Istituto è attivo l'**Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)** ubicato al piano 1 della palazzina degli Uffici Amministrativi e di Direzione.

L'URP è il punto di riferimento a disposizione dell'utenza e degli eventuali accompagnatori per portare all'attenzione della Direzione eventuali segnalazioni di disservizi che non trovino adeguata risposta nei servizi, per avanzare suggerimenti o per gli elogi.

Ai reclami presentati in forma scritta e che contemplano il ricorso ad istruttoria sarà fornito riscontro, di norma, entro 30 giorni e comunque in coerenza con le indicazioni della normativa vigente.

I riferimenti dell'ufficio (orari, modalità di accesso, opportunità di contatto) sono pubblicati nelle bacheche delle U.O./Servizi e sul portale web di Istituto, disponibili presso il Coordinatore Infermieristico.

**L'URP è accessibile al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 e dalle ore 14:00 alle ore 15:30; recapiti: 02/39703366 – email: [urp.mi.palazzolo@dongnocchi.it](mailto:urp.mi.palazzolo@dongnocchi.it).**

#### Ufficio di Pubblica Tutela

L'Ufficio di Pubblica Tutela è a disposizione dei cittadini presso ATS Milano Città Metropolitana.

Ha ruolo autonomo e indipendente di tutela e rappresentanza dei cittadini verso le strutture sanitarie e sociosanitarie milanesi. Opera per affermare trasparenza e partecipazione, miglioramento della qualità del servizio e dei rapporti tra cittadini e servizio sanitario con il primato della persona. Ad esso possono rivolgersi anche con segnalazioni, esposti e reclami, i cittadini, le Organizzazioni e gli Enti interessati ai temi trattati dall'Ufficio.

#### Customer satisfaction

Attraverso la somministrazione agli utenti di un questionario di gradimento, viene rilevato annualmente l'indice di soddisfazione dell'utenza ambulatoriale; i risultati dell'indagine sono periodicamente forniti alle Istituzioni di riferimento e pubblicati.

Lo strumento per la rilevazione del gradimento è parte integrante della Carta dei Servizi e viene fornito in allegato. L'utente è invitato a **restituirlo compilato in forma anonima** al personale di accettazione ambulatoriale oppure inserirlo nelle cassette dedicate

#### Comunicazione con gli utenti

Qualsiasi variazione intervenga nell'offerta di servizi, nelle modalità di erogazione, nelle rette previste, viene tempestivamente comunicata agli utenti (mediante affissione di avvisi nelle bacheche comuni, revisioni di documenti istituzionali (i.e. Carta dei Servizi), comunicazioni in forma scritta, pubblicazioni su Portale web [www.dongnocchi.it](http://www.dongnocchi.it)).

## Diritti del Malato

L'Istituto Palazzolo pone al centro della propria attività sanitaria il paziente, nel massimo rispetto delle sue esigenze e della sua persona, anche attraverso un'informazione semplice ed esaustiva sui suoi diritti. Una sintesi efficace e riconosciuta a livello mondiale di tali diritti è contenuta nella **Carta Europea dei Diritti del Malato (2002)** che recepisce molte indicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Consiglio d'Europa. Le indicazioni della Carta sono declinate e rese operative in coerenza con le disposizioni normative vigenti in ogni Paese. Di seguito, le principali voci:

### **Diritto a misure preventive**

Ogni individuo ha diritto a servizi appropriati a prevenire la malattia.

### **Diritto all'accesso**

Ogni individuo ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede. I servizi sanitari devono garantire eguale accesso a ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio.

### **Diritto all'informazione**

Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutti i tipi di informazione che riguardano il suo stato di salute e i servizi sanitari e come utilizzarli, nonché a tutti quelli che la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica rendono disponibili.

### **Diritto al consenso**

Ogni individuo ha il diritto ad accedere a tutte le informazioni che lo possono mettere in grado di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la sua salute. Queste informazioni sono un prerequisito per ogni procedura e trattamento, ivi compresa la partecipazione alla ricerca scientifica.

### **Diritto alla libera scelta**

Ogni individuo ha il diritto di scegliere liberamente tra differenti procedure ed erogatori di trattamenti sanitari sulla base di adeguate informazioni.

### **Diritto alla privacy e alla confidenzialità**

Ogni individuo ha il diritto alla confidenzialità delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico-chirurgici in generale.

### **Diritto alla sicurezza**

Ogni individuo ha il diritto di essere libero da danni derivanti dal cattivo funzionamento dei servizi sanitari, dalle pratiche scorrette e dagli errori medici, e ha il diritto di accesso a servizi e trattamenti sanitari che garantiscano elevati standard di sicurezza.

### **Diritto alla innovazione**

Ogni individuo ha il diritto all'accesso a procedure innovative, incluse quelle diagnostiche, secondo gli standard internazionali e indipendentemente da considerazioni economiche o finanziarie.

### **Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari**

Ogni individuo ha il diritto di evitare quanta più sofferenza possibile, in ogni fase della sua malattia.

### **Diritto a un trattamento personalizzato**

Ogni individuo ha il diritto a programmi diagnostici o terapeutici quanto più possibile adatti alle sue personali esigenze.

### **Diritto al reclamo**

Ogni individuo ha il diritto di reclamare ogni qualvolta abbia sofferto un danno e ha il diritto a ricevere una risposta o un altro tipo di reazione.

## Questionario di gradimento Servizi Ambulatoriali Istituto Palazzolo

Gentile Signora, Egregio Signore,

Le chiediamo cortesemente alcuni minuti del Suo tempo per esprimere un parere sulla qualità del servizio ricevuto presso il nostro ambulatorio. Il questionario dovrà essere compilato in maniera assolutamente anonima e la Sua opinione sarà di grande importanza per migliorare i servizi che offriamo. Potrà inserire il questionario compilato nell'apposita casella di raccolta presente presso l'ambulatorio.

Un sentito ringraziamento per la sua preziosa collaborazione.

**Il questionario viene compilato in data:** \_\_\_\_\_

**Da:**

- ☐ dall'assistito    ☐ con l'aiuto di parenti/amici/assistente familiare    ☐ da un familiare  
☐ tutore/curatore/amministratore di sostegno

**A14 – Sesso:**    ☐ M    ☐ F

**A15 - Età dell'utente:** \_\_\_\_\_

**A16 – Scolarità:**    ☐ Scuola Obbligo    ☐ Scuola Superiore    ☐ Laurea    ☐ Nessuna

**A17 – Nazionalità:**    ☐ Italiana    ☐ Europea    ☐ Extraeuropea

**A18 - Le chiediamo di indicare la prestazione e di seguito la specialità in caso di visita:**

- |                                                    |                                           |                                                |                                              |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prima Visita              | <input type="checkbox"/> Ecodoppler       | <input type="checkbox"/> Agopuntura            | <input type="checkbox"/> Visita di Controllo |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramma           | <input type="checkbox"/> Elettromiografia | <input type="checkbox"/> Prelievo              | <input type="checkbox"/> ECG da Sforzo       |
| <input type="checkbox"/> Prest. Infermieristica    | <input type="checkbox"/> Radiologia       | <input type="checkbox"/> Intervento Chirurgico |                                              |
| <input type="checkbox"/> MOC                       | <input type="checkbox"/> Spirometria      | <input type="checkbox"/> Ecografia             | <input type="checkbox"/> Medicazione         |
| <input type="checkbox"/> Altro (Specificare) _____ |                                           |                                                |                                              |

**A19 - Il questionario, è relativo alle prestazioni erogate all'utente in ambito:**

- ☐ Poliambulatorio specialistico    ☐ Riabilitazione Adulti (Ex Art. 26)    ☐ Riabilitazione minori    ☐ NPI

**A20 - Ha usufruito delle prestazioni tramite:**

- ☐ Servizio Sanitario Nazionale    ☐ Privatamente

Da chi è venuto a conoscenza della nostra Struttura?

- |                                                                |                                                   |                                        |                                   |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medico Curante / Pediatra<br>/parenti | <input type="checkbox"/> Medico di altro Ospedale | <input type="checkbox"/> Sito internet | <input type="checkbox"/> Amici    |
| <input type="checkbox"/> ATS/ASL<br>Sociale                    | <input type="checkbox"/> Associazioni             | <input type="checkbox"/> Operatori     | <input type="checkbox"/> Servizio |

Per la compilazione, indicare punteggi da 1 (per nulla soddisfatto) a 7 (molto soddisfatto)

D01 Come ha Prenotato?

- ☐ Telefonicamente    ☐ Allo Sportello    ☐ Internet    ☐ Altro    ☐ Non So    ☐ Nessuna  
Prenotazione

D1.1 Conosceva già il nostro Istituto?

- ☐ SI    ☐ NO

D1.2 Se sì, per quale motivo?

.....

D1.3 Se no, chi glielo ha consigliato?

.....

D1.4 All'atto della prenotazione Le è stato offerto materiale informativo sul nostro istituto (carta dei servizi, borchures, etc.?)

☐ SI      ☐ NO

D02 Come valuta il Servizio di prenotazione (orari di apertura, attesa al telefono/allo sportello, cortesia degli operatori, informazioni ricevute)

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D03 Come valuta i Tempi di Attesa dalla Prenotazione alla Prestazione

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D04 Quanto è soddisfatto complessivamente del servizio di accettazione / segreteria / accoglienza (attesa allo sportello, cortesia, informazioni ricevute, ecc.)?

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D05 In generale, come valuta accessibilità, comfort e pulizia degli ambienti

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D5.1 In particolare, come valuta l'accessibilità alla struttura (parcheggi, ascensori, rampe, ecc.)

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D5.2 In particolare, come valuta la pulizia degli ambienti (ambulatori, palestre, sale di attesa, etc.)?

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D06 Come valuta il rispetto degli orari previsti

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D6.1 La prestazione è stata erogata in ritardo?

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D07 Come valuta l'attenzione e cortesia ricevuta dal personale medico

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D08 Come valuta la chiarezza e completezza delle informazioni e delle spiegazioni ricevute

①      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦

D09 Come valuta l'attenzione e cortesia ricevuta dal personale infermieristico, tecnico o riabilitativo

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D10 Come giudica il rispetto della sua Privacy e Intimità?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D11 Come giudica il suo gradimento complessivo?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D12 Consiglierebbe ad altri questo centro? (1= decisamente no / 7= assolutamente sì)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D13 E' soddisfatto dei tempi di attesa rispetto alla consegna referti?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

D14 E' stato semplice individuare il poliambulatorio all'interno della struttura? (presenza di segnaletica chiara, indicazioni fornite all'ingresso, etc.)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

SOLO PER GLI AMBULATORI DI RIABILITAZIONE

|     |                                                                                                                                            |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| D15 | All' inizio del trattamento è stato condiviso con lei il percorso riabilitativo, compreso l'eventuale programma da proseguire a domicilio? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| D16 | Come valuta la disponibilità del personale della riabilitazione ad ascoltarLa e a rispondere alle Sue domande?                             | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| D17 | Come valuta la chiarezza delle informazioni fornite dal personale della Riabilitazione sui trattamenti?                                    | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |
| D18 | Il Personale di Riabilitazione si è rivolto a Lei con rispetto, cortesia ed empatia?                                                       | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ | ⑥ | ⑦ |

Le chiediamo, infine, di volerci esprimere eventuali carenze, suggerimenti o segnalare aspetti particolarmente positivi o eventuali altri servizi di cui sente particolarmente l'esigenza.

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

Nel ringraziarLa per la cortese attenzione, La informiamo che la raccolta delle informazioni del presente questionario è finalizzata ad elaborazioni statistiche che ci permettono di migliorare il servizio

**UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO**

**Orario:** dal lunedì al venerdì dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 15.30

**Indirizzo:** via Don Luigi Palazzolo n. 21 - 20149 Milano

**Telefono:** 02.39703366

**Mail:** urp.mi.palazzolo@dongnocchi.it

|                                                              |              |                                     |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| MGF.URP.01<br>Rev. 0 del 08/10/2025                          | SERVIZIO URP | Fondazione Don Carlo Gnocchi, ONLUS |  |
| <b>MODULO SEGNALAZIONI / OSSERVAZIONI / RECLAMI / ENCOMI</b> |              |                                     |                                                                                     |

| DATI DEL SEGNALANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|
| Nome e Cognome del Segnalante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| Indirizzo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| Genere:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Maschio<br><input type="checkbox"/> Femmina | Età:                                            | Professione:                    | Scolarità:                                      |
| Recapito telefonico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                      |                                                 | Email:                          |                                                 |
| SEGNALAZIONE PER CONTO DI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Per se stesso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Per conto di:                               | (Nome – Cognome)                                |                                 |                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Relazione di parentela o altro:                                      |                                                 |                                 |                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Altre informazioni utili:                                            |                                                 |                                 |                                                 |
| UNITA' COINVOLTA/E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| UO/Ambulatorio/Reparto /Servizio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | Nucleo / Piano:                                 |                                 |                                                 |
| TIPOLOGIA CONTATTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Reclamo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                      | <input type="checkbox"/> Disservizio            |                                 | <input type="checkbox"/> Suggerimento/Richiesta |
| <input type="checkbox"/> Segnalazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                      | <input type="checkbox"/> Ringraziamento/Encomio |                                 |                                                 |
| Contatto in forma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Verbale/telefonica                          | <input type="checkbox"/> Nota Scritta           | <input type="checkbox"/> e-mail |                                                 |
| OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE / OSSERVAZIONE / RECLAMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| (specificare date, luoghi, persone coinvolte ed ogni altra informazione utile alla esatta ricostruzione dei fatti)                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali solo ed esclusivamente nell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'art. 13 L.196/2003. La privacy policy di Fondazione è disponibile all'indirizzo <a href="http://www.dongnocchi.it/privacy">www.dongnocchi.it/privacy</a> |                                                                      |                                                 |                                 |                                                 |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Firma del Segnalante:                                                |                                                 |                                 |                                                 |