

DIPARTIMENTO FRAGILITÀ - ASST LECCO

RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

Direttore Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi

L.go Mandic 1
23807 MERATE - LCSegreteria
tel. 039 5916466 - fax 039 5916467dipartimento.fragilita@asst-lecco.it**ALLEGATI: QUESTIONARI SODDISFAZIONE e MODULI RECLAMI/ENCOMI****ALLEGATO 1 - MODULO SEGNALEZIONE/RECLAMO/ENCOMIO E DELEGA**

Sistema Socio Sanitario


 Regione
Lombardia
ASST Lecco
SEGNALEZIONE

Tutto il personale ospedaliero opera all'interno dell'organizzazione con il massimo impegno al fine di garantirne il miglior servizio. Possono tuttavia verificarsi situazioni di disagio che La invitiamo a segnalare (mediante osservazione o reclamo) con il presente modulo così che le Sue indicazioni diventino per noi fonte di miglioramento. Nel caso in cui, invece, desidera esprimere il suo apprezzamento, può farlo barrando la voce "encomio". I reclami presentati per iscritto riceveranno risposta scritta entro 30 gg.

Tipologia

(selezionare un solo valore)

 RECLAMO OSSERVAZIONE ENCOMIO**PRESIDIO**

(selezionare un solo valore)

- Ospedale di Lecco
 Ospedale di Merate
 Ospedale di Bellano

SEDI TERRITORIALI

- Calolziocorte Costamasnaga Galbiate
 Oggiono Olginate Valmadrera
 Casatenovo Lecco Merate
 Mandello Colico Introbio
 Cernusco Lombardone

Luogo ove si è verificato l'evento:(nome del **Reparto, Ambulatorio, Consultorio** o altro)**Segnalante**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg mm anno C.F.

Recapito postale: via _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

* Telefono _____ * Cell. _____ * E-Mail _____

* Recapiti presso cui potrà essere contattato per eventuali chiarimenti, informazioni o per l'invio della risposta alla presente segnalazione, se prevista. Indicare i numeri di telefono senza spazi o punteggiatura.

in qualità di: Diretto interessato Delegato**Se delegato, prego inserire dati Paziente**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita gg mm anno

Le ricordiamo, che ai sensi del D.lgs. 196/2003, nel caso in cui avesse presentato un reclamo per conto terzi, potrà ricevere risposta scritta solo previo invio della delega del diretto interessato, con allegata copia dei documenti d'identità di delegato e delegante. Può scaricare l'apposito modulo dalla pagina LRP del sito internet dell'ASST www.asst-lecco.it.

DIPARTIMENTO FRAGILITÀ - ASST LECCO

RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

Direttore Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi

L.go Mandic 1
23807 MERATE - LCSegreteria
tel. 039 5916466 - fax 039 5916467dipartimento.fragilita@asst-lecco.it**MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE:**

- AUTORIZZO, ai sensi dell'art. 13 e 79 del D.lgs. 196 del 30/06/2003, l'ASST di Lecco al trattamento dei dati personali e sensibili miei (o della persona che rappresento) per fini amministrativi nel rispetto della privacy conformemente a quanto disciplinato dall'art. 7, 8 e 9 del suddetto Decreto.

La segnalazione da Lei compilata può essere consegnata o inviata tramite fax o e-mail ad uno dei seguenti Uffici Relazioni con il Pubblico :

Ufficio Relazioni con il Pubblico, via dell'Ereмо, 9/11, 23900 **Lecco**tel. 0341/489105 fax 0341/489104
email: urp@asst-lecco.itUfficio Relazioni con il Pubblico, via Carlo Alberto, 25, 23822 **Bellano (LC)**tel. 0341/829206 fax 0341/821115
email: dirsan.be@asst-lecco.itUfficio Relazioni con il Pubblico, largo Mandic, 1, 23807 **Merate (LC)**tel. 039/5916431 fax 039/5916420
email: urp.merate@asst-lecco.it

Data

Firma

(in caso di presentazione non in forma elettronica)

SPAZIO RISERVATO ALL'URP

NUM. PRATICA

Segnalazione ricevuta il:

Classificazione

Inviato alla Struttura:

in data

Risposta verbale dell'URP all'utente:

DIPARTIMENTO FRAGILITÀ - ASST LECCO

RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

Direttore Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi

L.go Mandic 1
23807 MERATE - LC

Segreteria
tel. 039 5916466 - fax 039 5916467

dipartimento.fragilita@asst-lecco.it

Sistema Socio Sanitario



Ufficio Relazioni con il Pubblico
Referente: dott.ssa Lidia Zambelli
Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco
Tel. 0341.489105 - Fax. 0341.489104
e-mail : urp@asst-lecco.it

DELEGA

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n.196 del 30/06/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" le segnalazioni presentate da persona diversa dal diretto interessato, affinché possano ricevere una risposta scritta è necessario che siano accompagnate da regolare delega.

Il/la sottoscritto/a _____

identificato con documento di riconoscimento allegato in copia,

delega a ricevere riscontro alla segnalazione di cui sopra il/la

Sig./Sig.ra _____

rapporto/grado di parentela _____

identificabile in base al documento di riconoscimento allegato in copia.

Firma _____

Firma del delegato _____

Luogo _____

Data ____/____/____

DIPARTIMENTO FRAGILITÀ - ASST LECCO

RETE LOCALE CURE PALLIATIVE

Direttore Dr. Gianlorenzo Scaccabarozzi

L.go Mandic 1
23807 MERATE - LCSegreteria
tel. 039 5916466 - fax 039 5916467dipartimento.fragilita@asst-lecco.it

ALLEGATO 2 - QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE CURE GERIATRICHE E RIABILITATIVE


 Rete Locale Cure Palliative
 Direttore: Dott. Gianlorenzo Scaccabarozzi
 L.go Mandic, 1 - 23807 Merate (LC)
 Tel. 039.5916466 Fax. 039.5916467
 e-mail dipartimento.fragilita@asst-lecco.it

 Azienda ASST di Lecco
 Unità d'offerta Dipartimento della Fragilità - cure geriatriche/riabilitative
 Data compilazione ___ / ___ / ____

Gentile signora/e, le chiediamo di dedicare qualche minuto per rispondere, in maniera del tutto anonima, ad alcune domande che ci permetteranno di capire se è rimasto/a soddisfatto/a del servizio di cure domiciliari geriatriche e riabilitative e quali sono le aree che necessitano di un miglioramento.

INFORMAZIONI GENERALI SULLA PERSONA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO											
<input type="checkbox"/> assistito		<input type="checkbox"/> familiare		<input type="checkbox"/> colf/badante		<input type="checkbox"/> altro					
SESSO		<input type="checkbox"/> maschio		<input type="checkbox"/> femmina		età in anni _____					
NAZIONALITA'		<input type="checkbox"/> italiana		<input type="checkbox"/> comunitaria		<input type="checkbox"/> extracomunitaria					
SCOLARITA'		<input type="checkbox"/> nessuna		<input type="checkbox"/> scuola obbligo		<input type="checkbox"/> scuola sup. <input type="checkbox"/> laurea/altro					
PROFESSIONE		<input type="checkbox"/> casalinga		<input type="checkbox"/> operaio		<input type="checkbox"/> impiegato					
		<input type="checkbox"/> artigiano		<input type="checkbox"/> commerciante		<input type="checkbox"/> studente					
				<input type="checkbox"/> dirigente		<input type="checkbox"/> pensionato					
				<input type="checkbox"/> disoccupato		<input type="checkbox"/> altro					
ACCOGLIENZA											
1. COME VALUTA L'ACCESSO AL SERVIZIO IN QUANTO A CORTESIA E DISPONIBILITA'?											
SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
2. COME VALUTA LA TEMPISTICA DELLA PRESA IN CARICO?											
SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
ASSISTENZA MEDICA, INFERMIERISTICA e RIABILITATIVA											
3. DURANTE IL PERIODO DI CURA ERA INFORMATO SU QUALI ERANO GLI OPERATORI SANITARI (MEDICO, INFERMIERE, TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE) DEDICATI ALLE CURE DEL MALATO?											
MAI		SI, A VOLTE		SI, SPESSO		SI, SEMPRE					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					
4. COME CONSIDERA IL RISPETTO DELLA RISERVATEZZA PERSONALE (comunicazioni di informazioni riservate, svolgimento di azioni delicate da parte degli operatori, privacy, ecc...)?											
SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
5. COME VALUTA COMPLESSIVAMENTE LE PRESTAZIONI RICEVUTE?											
SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
6. SE IL SUO PROGRAMMA DI CURA PREVEDEVA L'INTERVENTO DOMICILIARE DI PERSONALE INFERMIERISTICO, È STATO SODDISFATTO DELLA CORTESIA, DELLA PROFESSIONALITA', DELLA SOLLECITUDINE DIMOSTRATA?											
NON PREVISTO		SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
7. SE IL SUO PROGRAMMA DI CURA PREVEDEVA L'INTERVENTO DOMICILIARE DI PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE, È STATO SODDISFATTO DELLA CORTESIA, DELLA PROFESSIONALITA', DELLA SOLLECITUDINE DIMOSTRATA?											
NON PREVISTO		SCARSO		SUFFICIENTE		DISCRETO		BUONO		OTTIMO	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	