

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI BRENTONICO	<b>GESTIONE RECLAMO</b>	<b>N.</b>
MOD.PQ 8.01.GERE Rev. 01 pag. 1 di 2 Emissione: 01/01/2013 Approvazione: Direttore		

<b>1. Identificazione del reclamo/segnalazione</b>	
<i>Nome e cognome del dichiarante</i>	<i>Data segnalazione</i>

<b>2. Servizio coinvolto ( barrare la casella corrispondente con una X)</b>	
Rsa: assistenza e cura dell'ospite	
Rsa: front office e centralino	
Rsa: ufficio ricevimento/accoglienza	
Rsa: servizio ristorazione	
Rsa: servizio pulizia	
Centro diurno	
Servizio fisioterapia a favore di pazienti esterni	
Punto prelievi	
Pasti a domicilio	
Servizi infermieristici, fisioterapici e assistenziali a domicilio	
Residenza ai Fiori	

<b>3. Reclamo/segnalazione (breve descrizione del fatto contestato o segnalato)</b>		

Il Dichiarante	Firma:	
Il Responsabile Qualità	Firma:	Data presa in carico:

**NB. Da consegnare all'ufficio qualità.**

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA DI BRENTONICO	<b>GESTIONE RECLAMO</b>	<b>N.</b>
MOD.PQ 8.01.GERE Rev. 01 pag. 2 di 2 Emissione: 01/01/2013 Approvazione: Direttore		

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

<b>4. Analisi e valutazione del reclamo</b> (di competenza del Responsabile Qualità)		
<b>Evidenze riscontrate in base alla descrizione del reclamo</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>Presenza di personale/testimoni (se SI compilare punto 5)</i>		
<i>Evidenze oggettive/danni concreti</i>		
<i>Ricaduta su standard di servizio</i>		
<b>Note aggiuntive:</b>		
<i>Valutazione della fondatezza</i>	<input type="checkbox"/> <b>si</b>	<input type="checkbox"/> <b>in parte</b>
<input type="checkbox"/> <b>no</b>		
<i>Il Responsabile del servizio</i>	<i>Firma:</i>	<i>Data:</i>
<b>5. Dichiarazione del personale coinvolto/ testimoni</b> (solo nel caso in cui sia coinvolto il personale o il fatto abbia testimoni terzi del dichiarante)		
<i>Il Dipendente/testimone</i>	<i>Firma:</i>	<i>Data:</i>
<b>6. Decisioni e misure correttive adottate</b> (di competenza del Responsabile del servizio in collaborazione con Responsabile Qualità e/o Direttore)		
<b>Decisioni/Note Operative</b>		
<i>Il Responsabile del servizio</i>	<i>Firma:</i>	<i>Data:</i>
<b>7. Chiusura del Reclamo</b> (di competenza del Responsabile Qualità e/o Direttore in collaborazione con Responsabile del servizio)		
<b>Gestione del Reclamo</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<i>E' stata data attuazione alle decisioni/note operative?</i>		
<i>Le decisioni intraprese si sono dimostrate efficaci?</i>		
<i>Se No, aprire azione correttiva</i>		
<b>Azioni correttive intraprese:</b>		
<b>Archiviazione del Reclamo</b>		
<i>Il Responsabile Qualità</i>	<i>Firma:</i>	<i>Data:</i>