MODULO DI SEGNALAZIONE E RECLAMO

INFORMATIVA PER L'UTENTE

Il **Laboratorio Diagnostica Medica S.r.l.** è costantemente impegnato a garantire elevati standard ambientali, tecnici, clinici e relazionali. La Sua opinione è fondamentale per consentirci di individuare eventuali disservizi e migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Modalità di consegna del modulo:

1. **A mano:** Presso gli sportelli dell'Accettazione / Front Office.
2. **Cassetta dedicata:** Inserimento nell'apposita *Cassetta delle Segnalazioni* situata nella sala d'attesa.
3. **E-mail:** Invio all'indirizzo dedicato: qualita@diagnosticamedica.it.

SEZIONE 1: DATI DEL RECLAMANTE *(Chi presenta il reclamo)*

Campo	**Informazioni Richieste**
Nome e Cognome:	_____
Codice Fiscale:	_____
Telefono / Cellulare:	_____
E-mail:	_____
Indirizzo di Residenza:	_____
Città e CAP:	_____

Qualifica del Reclamante rispetto al Paziente:

- [ ] Paziente diretto
- [ ] Familiare / Caregiver
- [ ] Tutore Legale / Esercente la responsabilità genitoriale
- [ ] Delegato (allegare modulo di delega M-COM-05.1)

- [ ] Medico di Medicina Generale (MMG) / Pediatra di Libera Scelta (PLS)

SEZIONE 2: DATI DEL PAZIENTE *(Compilare solo se persona diversa dal Reclamante)*

Campo	**Informazioni Richieste**
Nome e Cognome Paziente:	_____
Data di Nascita:	//_____
Codice Fiscale Paziente:	_____
Data dell'accesso / prestazione:	//2026

SEZIONE 3: AMBITO DELLA SEGNALAZIONE O DEL RECLAMO

(Barrare con una "X" le voci d'interesse)

- [ ] **Accettazione e Front Office:** Tempi di attesa, gestione delle code, informazioni errate/incomplete, cortesia del personale.
- [ ] **Fase Pre-Analitica e Sala Prelievi:** Igiene dei locali, comfort della sala prelievi, professionalità degli operatori sanitari.
- [ ] **Tempi e Modalità di Refertazione:** Ritardo rispetto alla data promessa, difficoltà di scaricamento online, errore anagrafico nel referto.
- [ ] **Comunicazione e Consulenza Clinica:** Difficoltà di contatto telefonico, scarsa chiarezza nella spiegazione dei risultati o nella gestione dei valori critici.
- [ ] **Aspetti Strutturali e Logistici:** Pulizia generale, accessibilità per persone con disabilità, comfort della sala d'attesa.
- [ ] **Riservatezza e Privacy (GDPR):** Mancato rispetto del segreto professionale o della tutela dei dati personali.
- [ ] **Aspetti Economici e Amministrativi:** Incongruenza su tariffe, ticket, fatture o ricevute fiscali.

- [ ] **Altro:** _____

SEZIONE 4: DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'EVENTO

(Fornire una descrizione precisa dei fatti, indicando data, ora indicativa e persone/settori coinvolti)

Suggerimenti o proposte dell'Utente per la risoluzione del problema:

SEZIONE 5: INFORMATIVA PRIVACY E FIRMA (Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

I dati personali forniti nel presente modulo saranno trattati dal **Laboratorio Diagnostica Medica S.r.l.** esclusivamente per l'istruttoria del reclamo, il tracciamento delle Non Conformità aziendali e la formulazione del riscontro, nel rispetto delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Richiesta di Riscontro Formale:

- [ ] **DESIDERO** ricevere riscontro scritto/telefonico in merito all'esito delle indagini interne svolte (entro 15 giorni lavorativi).
- [ ] **NON DESIDERO** riscontro formale (segnalazione a puro scopo di miglioramento organizzativo).

Data: Latina, //2026

Firma leggibile del Reclamante/Paziente: _____

SEZIONE 6: RISERVATO ALLA STRUTTURA (A cura del Responsabile della Qualità)

Parametro	**Dettaglio Operativo**
Codice Identificativo Reclamo:	REC-2026-_____
Data e Ora di Ricezione:	//2026 ore **:**
Canale di Ingresso:	[ ] Sportello Front Office [ ] Cassetta Segnalazioni [ ] E-mail [ ] Posta
Operatore che ha ricevuto il modulo:	_____

Parametro	Dettaglio Operativo
Classificazione Gravità:	[ ] Lieve (Inconveniente) [ ] Media (Disservizio) [ ] Elevata (Rischio clinico/Privacy)

Esito dell'Analisi delle Cause Radice (Root Cause Analysis):

Azioni Intraprese:

- [ ] **Azione Correttiva (AC)** aperta - Codice AC: AC-2026-_____
- [ ] **Azione di Miglioramento (AM)** aperta - Codice AM: AM-2026-_____
- [ ] **Nessuna azione richiesta** (Reclamo infondato / Motivazione): _____

Data invio riscontro all'Utente: //2026

Modalità di riscontro: [ ] E-mail [ ] Lettera Raccomandata/PEC [ ] Telefono

Firma del Responsabile Qualità (RQ): _____

Firma del Direttore Tecnico (DT): _____