



ENTE CERTIFICATO UNI ISO 45001:2018  
CERTIFICATO N. 9192.IP82

## “ Centro Servizi Anziani Umberto Bagarella ”

Via IV Novembre, n.° 11, 36031 Dueville (VI)  
Cod. Fisc. 80014550240 p. IVA 02317600241  
Tel. 0444 590 320

[www.ipabcsa.it](http://www.ipabcsa.it)

e-mail: [segreteria@ipabcsa.it](mailto:segreteria@ipabcsa.it)



ENTE CERTIFICATO UNI EN ISO 9001:2015  
CERTIFICATO N. 9122.IPAB

## Apprezzamenti, reclami, comunicazioni

*La vostra collaborazione per migliorare*

L'IPAB Centro Servizi Anziani - Dueville garantisce la funzione di tutela nei confronti dell'ospite attraverso la possibilità di sporgere reclami su eventuali disservizi che si dovessero presentare prima, durante e dopo l'inserimento in Struttura.

Per reclamo si intende ogni comunicazione scritta nella quale l'utente, oppure un suo familiare, esprime chiaramente una lamentela motivata riguardante la non coerenza del servizio da lui stesso ricevuto, con quanto previsto dalla Carta dei Servizi, oltre che dalle norme e dai regolamenti amministrativi in vigore.

Le segnalazioni saranno utilizzate al fine di conoscere e comprendere al meglio le ragioni di eventuali disservizi o problemi esistenti. Sulla base di tali segnalazioni verranno intraprese azioni volte a poter prevedere possibili miglioramenti delle prestazioni offerte oppure a correggere eventuali disservizi.

L'ospite o il familiare può presentare reclamo compilando e sottoscrivendo il modulo predisposto per la "Comunicazione dell'Utente", che può essere ritirato presso la portineria della struttura, o scaricato dalla home page del sito istituzionale ([www.ipabcsa.it](http://www.ipabcsa.it)) e fatto poi recapitare in busta chiusa per posta in Amministrazione o consegnato a mano in portineria;

Sarà cura della Direzione dell'Ente provvedere a dare immediata risposta alle segnalazioni e ai reclami che si presentano di veloce soluzione; nei casi più complessi, si avvierà un'indagine con i responsabili dei servizi interessati e si fornirà una risposta scritta al cliente/committente entro 20 giorni dalla presentazione, informando anche il Presidente dell'accaduto.

**Non verranno presi in considerazione moduli anonimi o compilati da non poter risalire al mittente.**

Periodicamente (almeno una volta l'anno) si provvederà ad analizzare attentamente tutte le osservazioni pervenute. Eventuali apprezzamenti saranno trattati allo stesso modo dei reclami; ciò al fine di permettere una visione equilibrata, realistica ed orientata in tutte le dimensioni dell'insieme dei servizi offerti ed erogati all'utenza. L'esito di tale analisi sarà poi trasmessa al Comitato rappresentativo degli ospiti e dei famigliari, e pubblicata sul sito istituzionale.



# “ Centro Servizi Anziani Umberto Bagarella ”

Via IV Novembre, n.° 11, 36031 Dueville (VI)  
Cod. Fisc. 80014550240 p. IVA 02317600241  
Tel. 0444 590 320  
[www.ipabcsa.it](http://www.ipabcsa.it)  
e-mail: [segreteria@ipabcsa.it](mailto:segreteria@ipabcsa.it)



## Modulo comunicazioni dell'Utente

*(reclami, osservazioni, apprezzamenti)*

Per aiutarci a migliorare la qualità dei servizi offerti Le mettiamo a disposizione il presente modulo che potrà compilare per segnalarci disservizi riscontrati o eventuali non conformità rispetto a quanto dichiarato nella Carta dei Servizi.

Oltre ai reclami, può allo stesso modo proporci suggerimenti relativi ai servizi dell'Ente oppure segnalarci apprezzamenti rivolti agli operatori o dipendenti in generale che ci permetteranno di avere una visione più completa e realistica del nostro operato

All'Amministrazione dell'Ente

Luogo e data: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

*Compilare in tutte le parti richieste per l'accettazione del modulo, compilazioni assenti o incomplete non verranno prese in considerazione.*

Mail (facoltativo) \_\_\_\_\_ Telefono (facoltativo) \_\_\_\_\_

In qualità di  Ospite  Familiare  Altro

Segnala che

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE

Comunicazione di risposta in data: \_\_\_\_\_

Al sig./ra \_\_\_\_\_

Il Responsabile del servizio interessato: \_\_\_\_\_

Per la risposta si trasmette la segnalazione a:

Direttore  Presidente  Consiglio di Amministrazione