

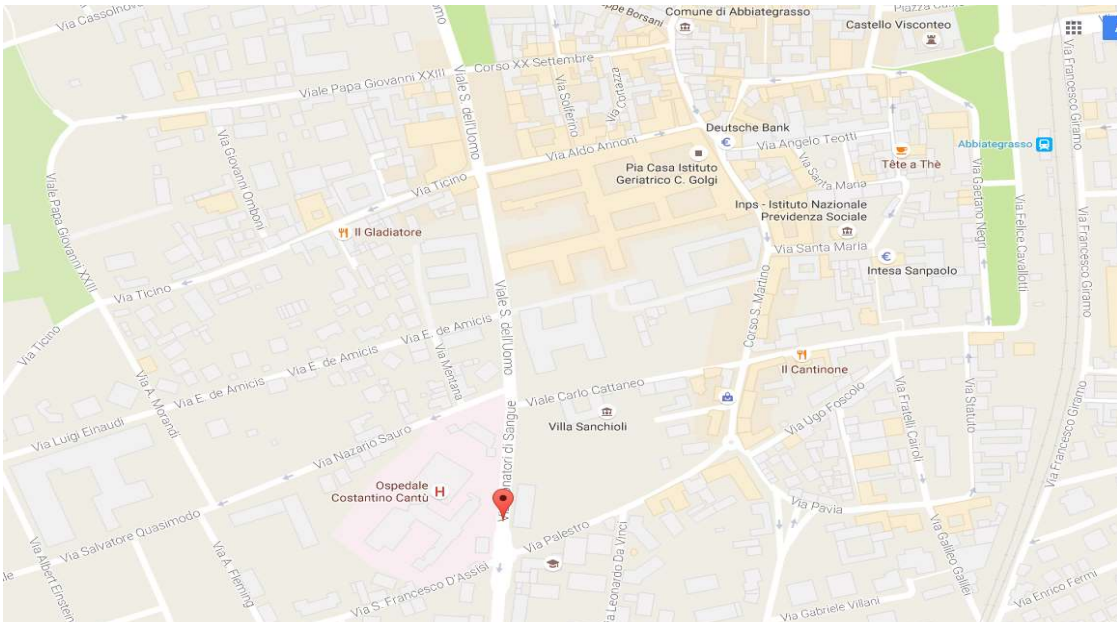
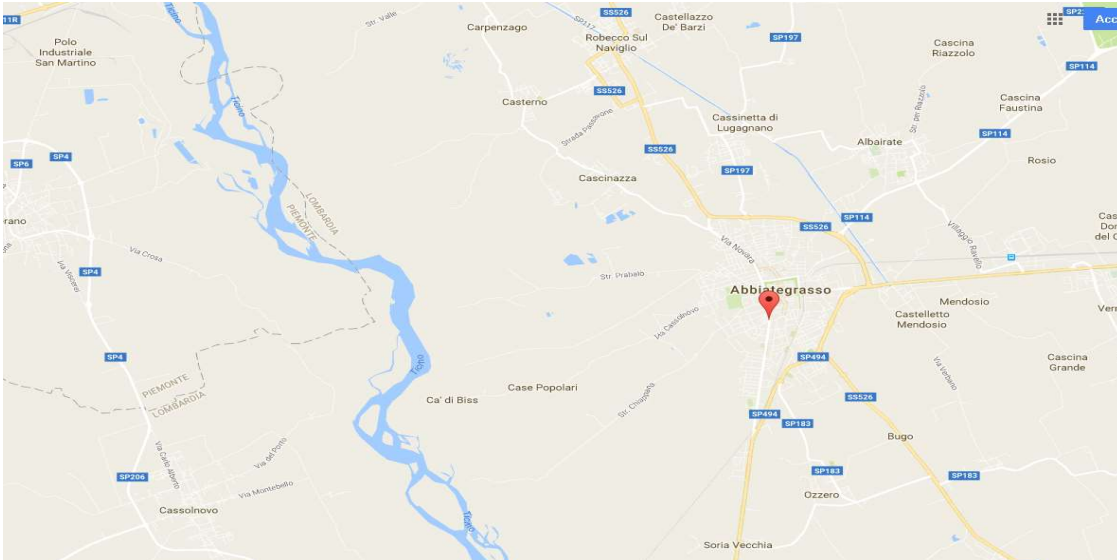


# Carta dei Servizi NOA di Abbiategrasso 2025

**Via Donatori di Sangue, 2  
20081 Abbiategrasso (MI)  
Telefono 02/9486264  
e-mail : [noa.abbiategrasso@asst-ovestmi.it](mailto:noa.abbiategrasso@asst-ovestmi.it)  
Sito Internet [www.asst-ovestmi.it](http://www.asst-ovestmi.it)**



## Dove siamo?



La struttura è raggiungibile anche con i mezzi pubblici (autobus e treno); il tragitto dal NOA al centro della città è di circa dieci minuti a piedi.



## INDICE

La C.d.S., oltre ad essere un documento ufficiale e di valore giuridico, è uno strumento d'informazione che serve all'utente come guida per conoscere i servizi da noi erogati.

Al fine di favorire una più corretta aderenza alla situazione attuale del centro e dei suoi ospiti la carta dei servizi è uno strumento soggetto a continue verifiche e aggiornamenti, grazie anche ai contributi di chi volesse fornirci ulteriori elementi utili a migliorare la qualità del servizio.

La definizione e la pubblicazione delle Carte dei Servizi, costituiscono un requisito organizzativo obbligatorio ai fini dell'accreditamento.

Devono essere annualmente aggiornate.

1. Definizione
  2. Status giuridico
  3. Principi
  4. Diritti dei cittadini: strumenti e modalità atti a tutelarli
  5. Stili di lavoro
  6. Possesso dei requisiti: standard gestionali, strutturali, requisiti organizzativi
  7. Attività/prestazioni: obbligatorie, integrative e complementari, modalità di erogazione
  8. Modalità di accesso e criteri di accoglienza, presa in carico, trasferimento ad altro servizio, dimissione
  9. Calendari e orari di funzionamento
  10. Modalità di riconoscimento degli operatori
  11. Costi
  12. Tempistiche e modalità per l'accesso alla documentazione sociosanitaria o per ottenerne il rilascio
  13. Qualità del servizio e sua valutazione
  14. Modalità di segnalazione di reclamo/disservizio/gradimento
- Allegati:
- A • questionario di gradimento
  - B • scheda segnalazione reclami, encomi suggerimenti

## 1. Definizione

I Ser.D. (Servizi Territoriali per le Dipendenze) e i N.O.A. (Nuclei Operativi per le Alcoldipendenze) sono stati istituiti in ottemperanza alla l. n. 309/90 e accreditati secondo i criteri previsti dalla D.G.R.n. 12621 del 07/04/03. I Ser.D/N.O.A. rispondono, altresì, ai requisiti stabiliti dall'allegato 1 della DGR.2569 del 31.10.2014 "Revisione del sistema di esercizio ed accreditamento delle Unità d'Offerta socio sanitarie e linee operative per le attività di vigilanza e controllo".

I Ser.D. si occupano prioritariamente di prevenzione, trattamento e riabilitazione di persone con uso problematico, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive (legali o illegali) o di situazioni di dipendenza legati a comportamenti quali il gioco d'azzardo patologico. Obiettivi fondamentali della loro azione sono prevenire la diffusione dell'abuso di sostanze legali e illegali o comportamenti assimilati e intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che abusano di droghe legali e illegali o comportamenti assimilati o ne sono dipendenti.

I NOA si occupano prioritariamente di prevenzione, trattamento e riabilitazione di persone con uso problematico, abuso o dipendenza prevalentemente da alcool, ma anche da sostanze illegali o comportamenti assimilati. Obiettivi fondamentali della loro azione sono prevenire la diffusione dell'abuso di alcool e intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che ne abusano o ne sono dipendenti.

Entrambe le strutture svolgono le seguenti attività:



- accoglienza ed orientamento: il servizio provvede a colloqui di accoglienza, di orientamento, di consultazione psicologica e sociale per soggetti abusatori dipendenti
- accoglienza, diagnosi e presa in cura del paziente con abuso/dipendenza da sostanze psicotrope legali ed illegali e dipendenza senza sostanza (GAP).
- invio in strutture dedicate: il servizio provvede a certificare l'idoneità di un trattamento residenziale o semiresidenziale per utenti tossicodipendenti (o alcodipendenti nel caso dei N.O.A) che necessitino di tale intervento
- trattamento farmacologico, disassuefazione, definizione di programmi terapeutici anche in collaborazione con il medico curante
- assistenza per il trattamento delle patologie correlate alla dipendenza o all'abuso di sostanze psicoattive o comportamenti assimilati
- attività di prevenzione sul territorio anche in collaborazione con ATS CM MILANO

## 2. Status giuridico

Il NOA di Abbiategrasso è una Unità di Offerta Accreditata gestita direttamente dall'ASST Ovest Milanese ed eroga prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione.

Il NOA di Abbiategrasso è stato autorizzato al funzionamento e, contestualmente, accreditato con D.G.R. n8/8984 del 20 febbraio 2009 e con successivo riaccreditamento (del. ATS 1377/2018 e nota Regione Lombardia dell'aprile 2019)

## 3. Principi

Le Prestazioni dei Ser.D./N.O.A. sono erogate secondo principi di:

**Eguaglianza:** le prestazioni sono erogate secondo regole uguali per tutti, senza discriminazioni di età, genere, etnia, religione, condizione sociale e opinioni politiche.

**Imparzialità:** ogni cittadino è seguito in maniera appropriata erogando le prestazioni necessarie e richieste.

**Rispetto:** ogni cittadino è assistito e trattato con cortesia e attenzione nel rispetto della persona, della sua dignità e della sua riservatezza.

**Personalizzazione:** il servizio cerca di assicurare al massimo grado possibile il diritto della persona ad effettuare scelte libere e consapevoli.

**Continuità:** il Ser.D./N.O.A. garantisce al cittadino la continuità delle prestazioni di sua pertinenza e si impegna, laddove ne rilevi la necessità, a orientare la persona verso servizi che possono rispondere ai bisogni espressi o sottesi.

**Efficacia:** i Ser.D./N.O.A. sono valutati in base alla loro capacità di raggiungere gli obiettivi previsti.

**Efficienza:** i Ser.D./N.O.A. sono valutati secondo la capacità di ottimizzare le risorse a disposizione.

**Qualità:** i Ser.D./N.O.A. sono il risultato di una storia trentennale di un sistema di Welfare orientato a rispondere e prevenire i problemi del tossico/alcodipendente della sua famiglia e della comunità nella quale sono inseriti, di una competenza accumulata dagli operatori e di un continuo lavoro per il miglioramento degli standard di servizio.

**Equidistribuzione:** con la loro dislocazione logistica i Ser.D./N.O.A. garantiscono una uniformità di intervento e di erogazione delle prestazioni su tutto il territorio dell'ASST

**Equifruizione:** il cittadino ha diritto ad ottenere le stesse prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, indipendentemente dalla sede Ser.D./N.O.A. di accesso



## 4. Diritti dei cittadini: strumenti e modalità atti a tutelarli

**Tutela della riservatezza:** ogni cittadino ha diritto alla riservatezza

**Accesso e attenzione:** ogni cittadino ha diritto di accesso ai servizi presso i quali deve essere accolto con educazione, cortesia, disponibilità e attenzione

**Informazione:** ogni cittadino ha diritto di ricevere informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni e sulla documentazione relativa ad esse.

**Trasparenza:** ogni cittadino ha diritto di conoscere in qualunque momento ciò che lo riguarda in merito alle prestazioni erogate.

**Fiducia e attenzione:** ogni cittadino ha diritto di ottenere fiducia quando fornisce informazioni sulla propria condizione e sui propri bisogni e di conservare la propria sfera di decisione e responsabilità,

**Suggerimento o reclamo:** ogni cittadino ha diritto di presentare suggerimenti o reclami in merito alla prestazione ricevuta e di ricevere risposta in tempi brevi e in modo adeguato.

La tutela dei diritti sopra citati si esplica attraverso i seguenti strumenti:

- procedure atte a proteggere i dati personali e sensibili e ad evitarne la diffusione impropria
- codice di comportamento del dipendente pubblico
- linee guida per la presa in carico e per la gestione di specifiche attività, coerenti con la normativa vigente e con le evidenze scientifiche, opportunamente validate dagli organi superiori preposti a livello aziendale
- consenso informato al trattamento
- redazione di PI/ PAI condiviso
- codici deontologici delle rispettive professioni
- procedure per rilascio della documentazione inerente la propria presa in carico e per suggerimenti/reclami (vedi punti 12 e 14)

## 5. Stili di lavoro

### Integrazione con il territorio

Particolare attenzione è rivolta all'integrazione con la rete dei servizi territoriali (presidi ospedalieri, enti istituzionali, servizi sociali dei Comuni, scuole, gruppi, associazioni, agenzie educative, ecc.) e alla necessità di stabilire rapporti significativi al fine di garantire percorsi di presa in carico globale della persona e in modo particolare di chi si trova in condizioni di necessità.

### Lavoro d'Equipe

L'attività erogata dai Ser.D. /N.O.A è multidisciplinare: gli interventi sono integrati, programmati e verificati nelle riunioni d'equipe e l'offerta sanitaria non è separata da quella psico-sociale.

Nelle riunioni d'equipe si concretizza il momento collegiale di confronto tra tutte le professionalità presenti nel servizio.

### Accoglienza

Il Ser.D. / N.O.A. è una struttura territoriale di ascolto e di intervento e l'accoglienza costituisce il momento in cui viene offerto al cittadino un ascolto attento e partecipe volto a capire la domanda e i bisogni per fornire risposte utili e qualificate e un supporto in momenti critici della vita.

### Formazione permanente

Particolare attenzione è posta alla formazione degli operatori, finalizzata all'arricchimento di conoscenze specifiche e trasversali ad ogni profilo professionale ed alla crescita e allo sviluppo di una visione condivisa della realtà lavorativa.



## 6. Possesso dei requisiti

Il NOA di Abbiategrasso possiede i requisiti strutturali, gestionali e organizzativi così come previsto dalla D.G.R.n. 12621 del 07/04/03 e dalla circolare regionale n. 23 del 1/7/2003.

Sono presenti almeno:

- ☐ 1 locale per accoglienza utenti, segreteria informazioni
- ☐ 1 locale per consulenza sociale, psicologica, diagnostica e terapeutica
- ☐ 1 locale per visite mediche
- ☐ 1 locale per riunioni
- ☐ Spazio per archivi
- ☐ Servizi igienici distinti per utenti e personale

Gli spazi della struttura risultano adeguati e conformi.

I locali garantiscono la privacy dell'utente. I locali in cui vengono eseguiti eventuali raccolte di campioni di urina, sono adeguati per garantire gli opportuni controlli nel rispetto della persona sottoposta ad esame.

Il personale in servizio rispetta lo standard di tempo dedicato per utente per quanto concerne il comparto, e risponde al volume di prestazioni richieste per quanto riguarda il personale dirigenziale.

Presso il NOA di Abbiategrasso operano le seguenti figure professionali:

- ☐ Medico
- ☐ Psicologo
- ☐ infermiere professionale
- ☐ assistente sociale
- ☐ educatore professionale

La qualifica professionale degli operatori è conforme ai requisiti richiesti dalla normativa nazionale e regionale. Ad essi è garantita la formazione continua tramite corsi di aggiornamenti accreditati sia in sede che fuori sede. Il NOA di Abbiategrasso concorre con il Servizio Territoriale per le Dipendenze all'apertura giornaliera di otto ore con orario continuato dal lunedì al venerdì, fatte salve le ore dedicate alle riunioni di equipe. L'accesso al pubblico presso il NOA di Abbiategrasso è garantito per non meno di sei ore, durante le quali è assicurata la presenza di tutte le figure professionali. A seguito del primo contatto viene predisposto il successivo iter di inquadramento diagnostico psico-sociosanitario.

In caso di primo contatto in sede viene effettuata una valutazione medica immediata, se necessario, e nel caso i necessari interventi E' garantita visita medica immediata alle tossicodipendenti in stato di gravidanza.

Il servizio utilizza un fascicolo sociosanitario, numerato progressivamente, per ogni paziente. E' garantita la valutazione multidisciplinare degli utenti da parte dell'equipe pluri-professionale. E' garantita, in un periodo massimo di 10 giorni dalla data del primo contatto, una prima valutazione generale della situazione del paziente che dovrà essere anche di tipo sociale nel caso che il soggetto conviva con minori o sia un minore. Inoltre per ogni paziente per cui viene previsto un intervento terapeutico è stilato un Piano di Assistenza Individuale, che viene concordato con il paziente.

Questa carta dei servizi è a disposizione del pubblico presso il servizio.

## 7. Attività/prestazioni: obbligatorie, integrative e complementari

Con riferimento a quanto definito dal D.P.R n. 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", dall'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" del 21/1/1999





e della D.G.R. 7/4/2003 n. 12621 "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite( art. 12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull' organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle A.S.L.: Progetto Regionale Dipendenze" **le seguenti 11 funzioni costituiscono i Livelli Essenziali di Assistenza** e sono garantite presso ogni Ser.D. o N.O.A.

1. Garantire pronta accoglienza, diagnosi e presa in cura del paziente per dipendenza da sostanze stupefacenti e dipendenze senza sostanza (Disturbo da Gioco d'Azzardo).
2. Predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psicosociali, evoluzione delle patologie correlate.
3. Effettuare terapie farmacologiche specifiche, compreso il monitoraggio clinico, tossicologico, ematochimico, secondo le linee guida elaborate dalla UOC Dipendenze.
4. Svolgere attività di psicodiagnosi, di counseling, di sostegno psicologico.
5. Svolgere attività di educazione alla salute, in gruppo o individualmente, finalizzate a migliorare la consapevolezza rispetto ai rischi relativi all'assunzione di sostanze legali e illegali.
6. Svolgere attività di prevenzione, screening, counseling e collaborazione con altri servizi specialistici specificamente accreditati, per la cura delle patologie correlate all'uso di sostanze.
7. Svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità correlate all'uso di sostanze.
8. Attivare specifici programmi destinati alle donne gravide con problemi di dipendenza e a genitori affetti da dipendenze patologiche, in collaborazione con altri servizi specialistici.
9. Rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale, regionale e locale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza
10. Svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute.
11. Promuovere ed attivare anche in collaborazione con altri servizi aziendali e con organizzazioni od enti impegnati nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria, iniziative e progetti mirati alla riduzione ed al controllo dei fattori di rischio più prossimi al consumo ed all'abuso di sostanze.

#### Prestazioni integrative:

1. Interventi dedicati ai familiari di soggetti dipendenti (in carico o non) tramite counselling individuale e attività di gruppo.
2. Interventi specifici per la fascia di utenti dai 15 ai 27 anni.

#### Prestazioni complementari:

1. Collaborazione con l'amministrazione penitenziaria a fini trattamentali preventivi e di reinserimento detenuti.
2. Collaborazione con la prefettura per l'intervento preventivo su soggetti di cui all'art. n. 75 e n. 121 del D.P.R. 309/90
3. Collaborazione con servizi per la Tutela dei Minori, Tribunale dei Minori e USSM per i procedimenti civili, penali ed amministrativi a carico di soggetti minorenni
4. Collaborazione con istituzioni pubbliche e altre agenzie territoriali (compreso l'Ufficio Scolastico Regionale) per attività di prevenzione e promozione della salute.
5. Collaborazione con le C.M.L.P. (Commissione Medica Locale Patenti) per gli accertamenti medico legali finalizzati al giudizio di idoneità alla guida.
6. Collaborazione con i medici competenti per gli accertamenti di secondo livello relativi ai lavoratori adibiti alle mansioni a rischio.



## 8. Modalità di accesso, criteri di accoglienza, presa in carico, trasferimento ad altro servizio, dimissione

Il cittadino può accedere al servizio in modo spontaneo, non è necessaria la richiesta del medico curante e non ci sono vincoli territoriali per l'accesso alle strutture.

Per gli appuntamenti è sufficiente recarsi o telefonare presso la sede del Ser.T. N.O.A. durante gli orari di segreteria a disposizione del pubblico.

Fatta eccezione per la somministrazione di farmaci sostitutivi, è prevista la possibilità di ricevere prestazioni in regime di anonimato.

L'accoglienza è finalizzata a raccogliere le informazioni relative alla richiesta della persona e a verificare se la stessa rientri nell'ambito di competenza del servizio, condizione per ammettere il soggetto alle attività fornite dall'unità d'offerta.

La successiva presa in carico è articolata secondo un programma condiviso con la persona, il cui svolgimento è registrato puntualmente sul FASAS a cura degli operatori di riferimento.

Le dimissioni possono essere determinate da: conclusione del programma, interruzione del programma da parte della persona, assenza delle condizioni indispensabili ad effettuare il trattamento, trasferimento ad altro servizio più idoneo o appropriato alla situazione.

La continuità assistenziale è garantita in caso di urgenze o eventi previsti, in relazione alla tipologia e alla complessità assistenziale dell'utenza. In caso di trasferimento sono messe a disposizione tutte le informazioni inerenti il percorso effettuato dall'utente nell'unità di offerta.

## 9. Calendari ed orari di funzionamento

Il SerD/NOA è un servizio ambulatoriale, di norma funzionante 5 giorni a settimana, tranne i festivi. L'accesso del pubblico ai Ser.D./N.O.A. è garantito per almeno 6 ore al giorno dal lunedì al venerdì, eccettuato il periodo dedicato alla \*riunione d'equipe settimanale (martedì mattina); E' garantita la somministrazione delle terapie anche sostitutive nei giorni di sabato, domenica e festivi per 365 giorni anno, compresa erogazione al domicilio nei casi di accertata impossibilità di accesso al servizio del paziente o di un familiare.

L'orario di accesso del pubblico al N.O.A di Abbiategrasso è il seguente:

|           |                                                |
|-----------|------------------------------------------------|
| Lunedì    | dalle 8,30 alle 13,00 dalle 14,00 alle 16,00   |
| Martedì   | dalle 8,30 alle 10,00 * dalle 14,00 alle 16,00 |
| Mercoledì | dalle 8,30 alle 13,00 dalle 14,00 alle 16,00   |
| Giovedì   | dalle 8,30 alle 13,00 dalle 14,00 alle 16,00   |
| Venerdì   | dalle 8,30 alle 13,00 dalle 14,00 alle 16,00   |

E' prevista l'apertura del servizio nella mattinata del sabato secondo i bisogni evidenziati e le prestazioni da erogarsi

## 10. Modalità di riconoscimento degli operatori

Gli operatori che lavorano nei Ser.T./N.O.A. sono dotati di cartellino di riconoscimento in ogni momento visibile dall'utente e che riporta nome, cognome e qualifica.





## 11. Costi

L'attività dei Ser.D. e dei N.O.A. è gratuita per l'utente, non essendo prevista alcuna compartecipazione alla spesa sanitaria (Ticket) per fruire delle prestazioni erogate in riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza e quindi gratuite, ad eccezione degli esami ematochimici soggetti al pagamento ticket salvo esenzione per patologia.

Fanno eccezione le prestazioni erogate a cittadini ed altri soggetti non ricomprese nei L.E.A., per le quali è previsto il pagamento del costo della prestazione o la compartecipazione alla spesa sanitaria.

## 12. Tempistiche e modalità per l'accesso alla documentazione socio-sanitaria o per ottenerne il rilascio

Ad ogni cittadino, al fine di assicurare trasparenza nell'azione amministrativa e di favorirne lo svolgimento imparziale, è riconosciuto il diritto di accesso ai documenti amministrativi, secondo quanto stabilito ai sensi dell'art.22 della Legge 241/90 e del artt. 15 e seguenti della Legge Regionale n. 1/2012

In particolare è presente in azienda un "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti" adottato con deliberazione n. 169/17 del 25 maggio 2017 nel quale sono disciplinate le modalità di richiesta ed i costi previsti per il rilascio di documentazione amministrativa.

I dettagli per richiedere la copia della cartella ambulatoriale sono reperibili al seguente link <http://www.asstovestmi.it/home/pazienti#rPrenotazioni> - cliccare sulla destra la voce "Vuoi richiedere una copia della cartella clinica e/o documentazione sanitaria?"

## 13 Qualità del Servizio e sua valutazione

Le prestazioni vengono erogate secondo "standard" che orientano l'azione degli operatori e ne determinano il livello di qualità. Essi sono definiti sia da organismi regionali (standard autorizzativi e di accreditamento), sia interni ai Ser.D. e N.O.A. e si concretizzano in:

- Qualifica professionale degli operatori
- Formazione continua degli operatori
- Valutazione multidisciplinare d'équipe dei bisogni degli utenti
- Informazione trasparente agli utenti
- Linee guida che orientano gli interventi

Riguardo alle modalità di erogazione dei servizi alla persona, il Ser.T./N.O.A. opera secondo principi di efficienza ed efficacia. Si impegna di conseguenza ad una completa informazione sui servizi offerti, alla valutazione dei livelli di qualità dei servizi effettivamente resi mediante la verifica degli indicatori di qualità sopra esposti, a svolgere indagini sulla soddisfazione degli utenti.

Quali strumenti di verifica della qualità del servizio sono stati adottati:

- questionario di gradimento degli utenti i famigliari (allegato A)
- scheda reclami/encomi (allegato B),
- report periodici di valutazione sull'efficacia e sull'efficienza dei servizi

L'esito della verifica viene discussa in équipe per la programmazione di obiettivi continui di miglioramento e condiviso con gli utenti.



## **14. Modalità di segnalazione di reclamo/di servizio/gradimento**

E' in uso una scheda di reclami/encomi aziendale. Le segnalazioni possono essere:

- depositate presso un'apposita cassetta posta nell'atrio di ingresso della struttura;
- inviata all'URP dell'ASST Ovest Milanese, via Papa Giovanni Paolo II, 20025-Legnano oppure via mail all'indirizzo [urp@asst-ovestmi.it](mailto:urp@asst-ovestmi.it)

In tutti i casi, come previsto dalla normativa, le segnalazioni vengono evase entro 30 giorni.

La richiesta di copia dei documenti amministrativi o la loro visione è possibile in aderenza alla normativa vigente. Inoltre il cittadino può esprimere le proprie opinioni sul servizio ricevuto attraverso un Colloquio con il referente del Ser.T. / N.O.A. o un Colloquio con la Direzione Servizio per le Dipendenze/ la Direzione Socio Sanitaria

La presente carta dei servizi è aggiornata al 05/03/2025

## **15. Allegati**

A- Questionario per gli utenti

B- Scheda per le segnalazioni

**ALLEGATO A****ABBIATEGRASSO**

Ser.D - NOA

Data: \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DEGLI UTENTI**

Le chiediamo la sua collaborazione nella compilazione, in forma anonima, del seguente questionario, che ci permetterà di comprendere dove concentrare i nostri sforzi per migliorare la qualità del Servizio.

Per ogni affermazione la preghiamo di attribuire un punteggio da 0 se è completamente in disaccordo con l'affermazione, a 3 se è sufficientemente d'accordo, a 6 se, invece, è completamente d'accordo.

| <b>Qualità delle strutture</b> |                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1                              | Gli orari di apertura del Ser.T./N.O.A. sono adeguati alle Sue esigenze per: |   |   |   |   |   |   |   |
|                                | a) la somministrazione delle terapie                                         |   |   |   |   |   |   |   |
|                                | b) l'esecuzione dei controlli urinari                                        |   |   |   |   |   |   |   |
|                                | c) le visite mediche                                                         |   |   |   |   |   |   |   |
|                                | d) i colloqui psico-sociali                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 2                              | La posizione del Ser.T./N.O.A. garantisce l'anonimato degli utenti           |   |   |   |   |   |   |   |
| 3                              | Gli spazi di attesa sono adeguati                                            |   |   |   |   |   |   |   |
| 4                              | Le informazioni che si trovano nella bacheca o nei poster sono utili         |   |   |   |   |   |   |   |
| 5                              | I locali (uffici, corridoi, infermeria) sono confortevoli e puliti           |   |   |   |   |   |   |   |
| 6                              | I servizi igienici sono sufficientemente puliti                              |   |   |   |   |   |   |   |

| <b>Rapporto con gli operatori</b> |                                                                                               | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 7                                 | Ritengo che gli operatori mi stiano aiutando a risolvere i miei problemi                      |   |   |   |   |   |   |   |
| 8                                 | Il numero di colloqui o visite che mi propongono gli operatori mi sembra adeguato             |   |   |   |   |   |   |   |
| 9                                 | Ritengo di poter liberamente raccontare le mie esperienze perché gli operatori sono riservati |   |   |   |   |   |   |   |
| 10                                | Ho fiducia negli operatori che mi seguono                                                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 11                                | Mi sento rispettato dagli operatori                                                           |   |   |   |   |   |   |   |
| 12                                | Mi sembra che gli operatori si impegnino a sufficienza di capire i miei problemi              |   |   |   |   |   |   |   |
| 13                                | Nei momenti di difficoltà mi sento seguito dagli operatori                                    |   |   |   |   |   |   |   |



| Organizzazione del Ser.T./N.O.A. |                                                                                                              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 14                               | Mi è facile mettermi in contatto con l'operatore che mi segue                                                |   |   |   |   |   |   |   |
| 15                               | Mi è facile mettermi in contatto telefonico con il Servizio                                                  |   |   |   |   |   |   |   |
| 16                               | Quando vengo al Ser.T./N.O.A. con l'appuntamento fissato non debbo aspettare troppo prima di essere ricevuto |   |   |   |   |   |   |   |
| 17                               | I tempi di attesa fra la richiesta/prenotazione e la prestazione (colloquio, visita, ecc.) sono brevi        |   |   |   |   |   |   |   |
| 18                               | Il tempo dedicatomi dagli operatori è adeguato                                                               |   |   |   |   |   |   |   |

| Capacità di intervenire sulla dipendenza |                                                                                                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 19                                       | Chi ha problemi di dipendenza può trovare al Ser.T./N.O.A. un valido aiuto                                       |   |   |   |   |   |   |   |
| 20                                       | Il Ser.T./N.O.A. può aiutare ad uscire dalla dipendenza                                                          |   |   |   |   |   |   |   |
| 21                                       | Il Ser.T./N.O.A. è attento alle caratteristiche dei singoli utenti nel proporre il percorso terapeutico          |   |   |   |   |   |   |   |
| 22                                       | Gli interventi sanitari del Ser.T./N.O.A. sono soddisfacenti per le necessità dell'utente                        |   |   |   |   |   |   |   |
| 23                                       | Gli interventi psicologici del Ser.T./N.O.A. sono soddisfacenti per le necessità dell'utente                     |   |   |   |   |   |   |   |
| 24                                       | Gli interventi socioassistenziali ed educativi del Ser.T./N.O.A. sono soddisfacenti per le necessità dell'utente |   |   |   |   |   |   |   |

| Soddisfazione complessiva nei confronti del servizio |                                                                       | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 25                                                   | Tenuto conto di tutto, sono complessivamente soddisfatto del Servizio |   |   |   |   |   |   |   |

Ha dei suggerimenti da proporci per migliorare il servizio? Li scriva qui sotto

**La ringraziamo per la Sua collaborazione**

**ALLEGATO B**
**MODULO SEGNALAZIONE  
DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO**

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)  
Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano (MI)  
Tel. 0331/449707 [urp@asst-ovestmi.it](mailto:urp@asst-ovestmi.it)

Il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ \*

- ☐ persona direttamente interessata ai fatti (attenzione: allegare fotocopia carta d'identità)  
☐ persona delegata dal diretto interessato ai fatti (attenzione: compilare modulo di delega alla pagina successiva)  
☐ altra persona avente titolo (attenzione: compilare il riquadro autocertificazione in fondo alla pagina successiva)

segnala l'evento di seguito descritto, a titolo di ☐ **reclamo/disservizio** ☐ **encomio**  
avvenuto in data \_\_\_\_\_ presso il Reparto/Ambulatorio/Servizio \_\_\_\_\_

Ospedale di: ☐ Legnano ☐ Cuggiono ☐ Magenta ☐ Abbiategrasso

Servizi territoriali di: ☐ Legnano ☐ Cuggiono ☐ Magenta ☐ Abbiategrasso ☐ Altra sede \_\_\_\_\_

**Descrizione evento:**


---

---

---

---

---

---

---

---

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679(\*), dichiara di aver preso visione dell'informativa MAC545 resa disponibile presso lo sportello dell'URP centrale e pubblicata sul sito istituzionale (link <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>).

☐ **autorizza** ☐ **non autorizza\*** a comunicare i dati a soggetti terzi (Medico di Medicina Generale, Medico di Continuità Assistenziale, Pediatra di Libera Scelta) quando il reclamo viene presentato all'URP per attività sanitaria svolta dagli stessi.

Il Responsabile della Protezione dei Dati e contattabile alla casella e-mail: [dpo@asst-ovestmi.it](mailto:dpo@asst-ovestmi.it)

Il Titolare del trattamento dei dati e l'ASST Ovest Milanese nella persona del Direttore Generale pro-tempore. Dati di contatto: [privacy@asst-ovestmi.it](mailto:privacy@asst-ovestmi.it)

\*In caso di mancata indicazione dei dati completi e in caso di mancata autorizzazione al trattamento dei dati, non sarà possibile dare seguito alla Sua segnalazione che verrà, pertanto, archiviata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



## MODULO SEGNALEZIONE DISSERVIZIO - RECLAMO - ENCOMIO

Il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ \*

Documento d'Identita n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DELEGA

Il Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ tel n° \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ \*

Documento d'Identita n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a inoltrare la presente segnalazione presso l'URP dell'ASST OVEST MILANESE.

- Allego copia di entrambi i documenti d'identita indicati.

Il sottoscritto, ai sensi del Regolamento UE 2016/679(\*), dichiara di aver preso visione dell'informativa MAC545 resa disponibile presso lo sportello dell'URP centrale e pubblicata sul sito istituzionale (link <http://www.asst-ovestmi.it/home/Privacy>).

☐ autorizza ☐ non autorizza\* a comunicare i dati a soggetti terzi (Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta) quando il reclamo viene presentato all'URP di ASST Ovest Milanese per attivita sanitaria svolta dagli stessi.

Il Responsabile della Protezione dei Dati e contattabile alla casella e-mail: [dpo@asst-ovestmi.it](mailto:dpo@asst-ovestmi.it)

Il Titolare del trattamento dei dati e l'ASST Ovest Milanese nella persona del Direttore Generale pro-tempore. Dati di contatto: [privacy@asst-ovestmi.it](mailto:privacy@asst-ovestmi.it)

\*In caso di mancata indicazione dei dati completi e in caso di mancata autorizzazione al trattamento dei dati, non sara possibile dare seguito alla Sua segnalazione che verra, pertanto, archiviata.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### AUTOCERTIFICAZIONE (ART. 46 – D. P. R. 28 DICEMBRE 2000 n. 445)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 documento d'identita n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)

#### DICHIARO

di essere \_\_\_\_\_ (specificare: genitore, tutore, erede ecc.)

di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Allego copia di entrambi i documenti d'identita

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_