**Modulo per reclami nei confronti di persone che esercitano una professione del settore sanitario**

Le persone che esercitano una professione del settore sanitario devono soddisfare determinati requisiti. In particolare devono dimostrare di aver seguito una formazione riconosciuta e devono essere degne di fiducia e offrire la garanzia, dal profilo fisico e psichico, di un esercizio ineccepibile della professione. Inoltre queste persone devono rispettare diversi obblighi professionali.

In qualità di paziente, (ex) collaboratore/trice di uno studio oppure persona esterna può presentare all'Ufficio dell'igiene pubblica reclami concernenti trattamenti da parte di persone che esercitano una professione del settore sanitario, irregolarità in seno agli studi o segnalare episodi di altro tipo.

|  |  |
| --- | --- |
| Persona che segnala l'episodio | |
| Cognome, nome |  |
| Via |  |
| NPA, luogo |  |
| Telefono |  |
| E-mail |  |
| Rapporto con il/la professionista della salute (ad es. paziente, collaboratore) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Professionista della salute | |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Professione |  |
| Nome e indirizzo dello studio |  |
| Data del trattamento / dell'episodio |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nuovo/a professionista della salute curante  (se la segnalazione riguarda un trattamento) | |
| Nome |  |
| Cognome |  |
| Professione |  |
| Nome e indirizzo dello studio |  |
| Data del trattamento successivo |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo del reclamo   * Descrizione precisa dell'episodio: affinché l'Ufficio dell'igiene pubblica possa esaminare la questione è necessario descrivere la situazione per iscritto in modo esaustivo e concreto. * Qualora il reclamo riguardi un trattamento, occorre indicare la data precisa dell'episodio e la durata del trattamento. | |
|  |

|  |
| --- |
| Allegato(i)  La preghiamo di inoltrare le copie di tutta la documentazione relativa al Suo reclamo. |
|  |

**Spiegazione**

Apponendo la mia firma mi dichiaro d'accordo che:

* l'Ufficio dell'igiene pubblica richieda al/alla professionista della salute e a un'eventuale persona che si occupa ora del trattamento tutte le informazioni necessarie in relazione al trattamento contestato;
* il/la professionista della salute possa rilasciare a un eventuale rappresentante legale tutte le informazioni necessarie in relazione a questa segnalazione.

Prendo inoltre atto del fatto che

* questa segnalazione, con indicazione del mio nome, può essere sottoposta al/alla professionista della salute per una presa di posizione;
* a me in qualità di persona che ha effettuato la segnalazione non spetta qualità di parte in un eventuale procedimento di vigilanza nei confronti del/della professionista della salute coinvolto/a, ragione per cui non sarò informato/a in merito all'ulteriore modo di procedere dell'Ufficio dell'igiene pubblica.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data Firma

Il modulo firmato deve essere inoltrato all'Ufficio dell'igiene pubblica dei Grigioni, Servizio giuridico, Hofgraben 5, 7001 Coira.