

# REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA

## INDICE

Premessa

Riferimenti Normativi

Art. 1 – Finalità del Regolamento

Art. 2 – Ambito di applicazione

Art. 3 – Titolari del diritto di tutela

Art. 4 – Modalità di presentazione

Art. 5 – Termini di presentazione

Art. 6 – Fase pre-istruttoria

Art. 7 – Fase Istruttoria

Art. 8 – Fase conclusiva

Art. 9 – Tempi del procedimento

Art. 10 – Attività conciliativa

Art. 11 – Encomi

Art. 12 – Relazioni di servizio

Art. 13 – Archiviazione

Art. 14 – Decorrenza e Inosservanza

Allegato 1 – Natura e classificazione

Allegato 2 – Modello Pubblica Tutela e informativa sul trattamento dei dati personali

Allegato 3 – Modulo delega

## Premessa

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 è da sempre impegnata ad operare nel rispetto dei principi fondamentali di uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia secondo quanto stabilito dalla Carta dei servizi ai sensi del D.P.C.M. del 19 maggio 1995 (schema generale di riferimento della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari) e delle Linee guida regionali (DCA U00342 del 2014 e DCA U00311 del 2014).

L'Azienda Sanitaria riconosce come prioritaria l'attività costante di verifica dell'adeguatezza delle prestazioni erogate, con riferimento ai bisogni e alle attese dei propri utenti.

A tal proposito e quale utile strumento per il miglioramento degli standard qualitativi ha inteso attivare strumenti di ascolto continuo attraverso la raccolta e la gestione dei contributi, in termini di osservazioni, segnalazioni, suggerimenti che gli utenti del servizio intendono offrire. Le segnalazioni dei cittadini rappresentano, infatti, informazioni non strutturate e spontanee che costituiscono una fonte preziosa di indicazioni sulle attività aziendali; la cui analisi ed utilizzo da parte della ASL permette di individuare aspetti critici delle diverse componenti delle qualità delle prestazioni (ad es. qualità professionale, organizzativa, relazionale) rispetto alle quali è possibile studiare ed attivare percorsi di miglioramento o semplificazione di procedure. La gestione dei contributi dei cittadini consente quindi di realizzare concretamente il più ampio concetto della partecipazione attiva e costruttiva dell'utente finale.

## Riferimenti Normativi

Il presente Regolamento è elaborato alla luce dei seguenti riferimenti normativi:

1. L. 7 agosto 1990, n. 241 *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"* modificata dalla L. 11 febbraio 2005, n.15 *"Modifiche ed integrazioni alla legge 7 agosto 1990, n. 241, concernenti norme generali sull'azione amministrativa"* e s.m.i.
2. D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n.421"* e s.m.i.;
3. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'11 ottobre 1994, *"Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli Uffici per le Relazioni con il Pubblico"*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 8 novembre 1994, n.261;
4. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994 *"Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"*;
5. Il Decreto Legge 12 maggio 1995, n. 163 *"Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni"*
6. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995, n. 65 *"Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari"*,
7. Ministero della Sanità, Linee guida 2/95 *"Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale"*;
8. Legge del 7 giugno 2000 n.150, *"Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni"*;
9. D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze"*

*delle amministrazioni pubbliche*”;

10. Direttiva del Ministro per la Funzione Pubblica e per il Coordinamento dei Servizi di Informazione e Sicurezza 7 febbraio 2002 *“Direttiva sulle attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”*;
11. Direttiva del Ministero per l’innovazione e le tecnologie del 27 novembre 2003 *“Direttiva per l’impiego della posta elettronica nelle pubbliche amministrazioni”*;
12. D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 *“Codice in materia di protezione dei dati personali come modificato dal D. Lgs. 10.08.2018, n.101 che recepisce la norma europea di cui al GDPR 2016/679”*;
13. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i.

## **Art. 1 – Finalità del Regolamento**

Il presente regolamento disciplina le modalità di presentazione dei contributi dei cittadini, siano essi encomi o reclami, segnalazioni e suggerimenti verso atti, fatti o comportamenti.

In particolare, con il presente atto, viene inteso disciplinare, altresì, le modalità di gestione e trattazione delle segnalazioni e reclami avanzate dagli utenti e relativi a prestazioni sanitarie, sociosanitarie o dei servizi erogati sia dalla ASL Roma 1 che dalle strutture accreditate che insistono sul territorio aziendale, consentendo quindi di far sì che l’attività di Pubblica Tutela si ponga quale strumento utile per orientare i percorsi di miglioramento continuo delle prestazioni e della qualità dei servizi erogati, proficuo ausilio in sede di pianificazione strategica e programmazione operativa aziendale.

## **Art 2- Ambito di applicazione**

L’attività di tutela del cittadino/utente si realizza attraverso il sistema di gestione delle comunicazioni che, per lo specifico ambito, si possono distinguere in:

**segnalazione:** osservazioni, indicazioni specifiche di criticità o rilievi di un disservizio da parte del cittadino/utente che ha lo scopo di segnalare all’Azienda la necessità di azioni di miglioramento;

**reclamo:** espressione di insoddisfazione con la quale il cittadino (sia singolo che organizzato) esprime un disagio e/o disservizio nei confronti dell’Azienda che richiede un’istruttoria complessa;

**suggerimento:** ha lo scopo di fornire indicazioni volte al miglioramento dei servizi;

**encomio:** espressione di soddisfazione del cittadino/utente, presentata all’Azienda sotto qualsiasi forma o modalità.

### **Art. 3 – Titolari del diritto di tutela**

La Tutela può essere richiesta da qualsiasi utente dei servizi erogati direttamente dall'Azienda o dai professionisti convenzionati o dalle strutture private accreditate con l'Azienda medesima. La richiesta di Tutela può essere inoltrata direttamente dall'interessato o tramite parenti, affini, legali rappresentanti e dagli organismi di volontariato o tutela dei diritti espressamente delegati (Modulo di Delega – All.3) nel rispetto delle norme dettate in materia di privacy.

Il ricevimento della segnalazione o del reclamo determina l'avvio del percorso di tutela se regolarmente presentata, completa di generalità e sottoscrizione.

Qualora la comunicazione venga presentata da soggetto diverso dall'interessato e carente dei requisiti necessari (ad es. priva di delega) la UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali provvede a dare tempestiva comunicazione al segnalante della necessità di integrazione ai fini della successiva lavorazione.

In caso di mancata integrazione l'utente non riceverà riscontro.

Le segnalazioni e i reclami pervenuti in forma anonima o privi della documentazione necessaria, se presentano aspetti rilevanti, verranno comunque trattati per la verifica dei fatti evidenziati e l'eventuale adozione di misure idonee ad evitare o eliminare le criticità.

### **Art. 4 – Modalità di presentazione**

Gli utenti o gli altri soggetti, così come individuati all'art. 3, esercitano il proprio diritto inoltrando la comunicazione o redatta su carta bianca o avvalendosi dell'apposito modello (Allegato 2) completo in ogni sua parte, reperibile sul sito aziendale all'indirizzo <https://www.aslroma1.it/urp-ufficio-relazioni-con-il-pubblico-1> ed inoltrando la comunicazione attraverso una delle seguenti modalità:

- a. e-mail [aslinascolto@aslroma1.it](mailto:aslinascolto@aslroma1.it) ;
- b. PEC [protocollo@pec.aslroma1.it](mailto:protocollo@pec.aslroma1.it) ;
- c. e-mail [urpsfn@aslroma1.it](mailto:urpsfn@aslroma1.it);
- d. contatto telefonico all'URP durante il quale l'operatore chiede, nelle forme consentite, la formalizzazione che sarà trasmessa al protocollo informatico aziendale;
- e. consegna a mano presso gli URP aziendali oppure presso la sede legale della ASL Roma 1, Borgo S. Spirito n. 3, cap. 00193, Roma, Ufficio protocollo.

In caso d'impossibilità dell'interessato, l'istanza potrà essere presentata utilizzando il modulo di delega (Allegato 3) reperibile sul sito aziendale <https://www.aslroma1.it/urp-ufficio-relazioni-con-il-pubblico-1>.

Alla segnalazione verbale non seguirà, salvo eccezionali casi valutabili di volta in volta, riscontro scritto.

La presentazione della segnalazione, genericamente intesa, non preclude la possibilità di adire

le vie legali, ai sensi dell'art 14, co5 Dlgs 502/1992 e s.m.i.

### **Art. 5 – Termini di presentazione**

Ai sensi dell'art. 14 comma 5 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., le segnalazioni e i reclami devono essere presentati entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento percepito come lesivo dei propri diritti e possono essere presentate oltre termini solo in ragione di giustificazioni connesse con condizioni ambientali o personali dell'avente diritto.

L'Azienda può valutare segnalazioni o reclami presentati oltre tale termine se ricorrono le predette condizioni e in ragione della gravità del contenuto, purché sia possibile procedere all'accertamento dei fatti.

Non è previsto termine per la presentazione di encomi o suggerimenti.

### **Art. 6 – Fase pre-istruttoria**

La presa in carico e la gestione di reclami, segnalazioni, encomi e suggerimenti presentati dagli utenti o delegati, la raccolta di dati e informazioni, la loro classificazione, la vigilanza sul procedimento è di competenza della UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali.

La UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali attiva una fase studio e provvede alla richiesta di integrazione delle istanze presentate che non siano, a prima analisi, complete della documentazione prevista, prima del formale avvio del procedimento.

Le istanze (segnalazioni o reclami) illeggibili non vengono accolte e lavorate.

I casi segnalati e presentati con le modalità di cui al presente regolamento, vengono inoltrati al protocollo e qualora non trovino immediata soluzione, vengono istruiti entro 5 giorni lavorativi dalla UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali e trasmessi ai Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e di tutte le UU.OO dell'Azienda.

Le istanze per cui si ravvisi una particolare specificità e complessità verranno, a cura della UOC Relazioni con il Cittadino, Comunicazione e Relazioni Istituzionali, valutate con il Servizio interessato determinando la possibilità che lo stesso fornisca diretto riscontro all'utente.

Qualora una diversa struttura aziendale riceva un reclamo, segnalazione, encomio, suggerimento, la stessa dovrà inoltrarlo al protocollo informatico che lo assegnerà alla UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali e alla struttura interessata oggetto della comunicazione.

Le istanze che lascino presupporre un seguito risarcitorio o di riserva risarcitoria vengono trasmesse alla UOC Affari Generali, e per conoscenza alla struttura coinvolta, evidenziando che non è più percorribile la Tutela di cui al presente regolamento, in quanto viene attivato il percorso risarcitorio. La UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali,

pertanto archivia la pratica.

Le istanze che lascino presupporre un sospetto evento avverso vengono trasmesse alla UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management, e per conoscenza alla struttura coinvolta, evidenziando che non è più percorribile la Tutela di cui al presente regolamento. La UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali pertanto archivia la pratica.

#### **Art. 7 – Fase Istruttoria**

Le segnalazioni e i reclami saranno oggetto d'istruttoria entro 5 giorni lavorativi secondo la procedura di seguito indicata:

1. la UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali, acquisita la documentazione necessaria, trasmette l'istanza ai Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e di tutte le UU.OO. dell'Azienda coinvolti;
2. la UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali vigila sullo stato di avanzamento dell'istruttoria controllando che siano rispettati i tempi previsti dalla normativa per il riscontro;
3. i Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e di tutte le UU.OO. dell'Azienda coinvolti devono fornire ogni informazione utile e necessaria al fine di consentire alla UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali un tempestivo ed esaustivo riscontro all'utente;
4. le istanze pervenute per il tramite di Associazioni e/o altre Istituzioni (Regione, Ministero, ecc.) saranno trattate come al presente regolamento.

#### **Art. 8 – Fase conclusiva**

All'esito della definizione dell'istruttoria la UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali, acquisite le informazioni dai Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e di tutte le UU.OO. dell'Azienda, predispone una nota di riscontro al cittadino a firma congiunta del Direttore della UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali e del Responsabile del procedimento e infine archivia la pratica.

La nota di riscontro alle Direzioni delle Istituzioni sovraordinate è predisposta a firma congiunta del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore della UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali, salvo diverse valutazioni.

Ogni qualvolta non sarà possibile fornire risposta nel termine suddetto la UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali invierà una comunicazione interlocutoria al cittadino.

#### **Art 9 – Tempi del procedimento**

Le istanze – segnalazioni e reclami – devono ottenere riscontro entro 30 giorni dalla data di

arrivo oppure di 60 gg per le attività di medicina convenzionata, continuità assistenziale e specialistica ambulatoriale coerentemente con quanto previste dai relativi ACN.

È sempre possibile l'interruzione dei termini in caso di necessità di approfondimenti o acquisizione di informazioni. In tali casi sarà cura della UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali inviare una comunicazione interlocutoria al cittadino, rappresentando le motivazioni del ritardo.

Il riscontro conclusivo dovrà comunque esser fornito entro e non oltre i successivi 60 giorni.

#### **Art. 10 – Attività conciliativa**

L'Azienda identifica il Tavolo Misto Permanente per la partecipazione con le Associazioni civiche di Tutela e di Volontariato quale strumento di mediazione per eventuali controversie tra l'Azienda e il Cittadino, relativamente alle modalità di erogazione delle prestazioni e alla tutela dei diritti.

#### **Art. 11 – Encomi**

Gli encomi vengono protocollati e assegnati alla UOC Relazioni con i cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali e ai Direttori dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri, dei Dipartimenti e di tutte le UU.OO. dell'Azienda interessati dalla comunicazione, i quali notificheranno al dipendente coinvolto e all'ufficio del personale.

#### **Art. 12 – Relazioni di servizio**

La UOC Relazioni con i Cittadini, Comunicazione e Relazioni Istituzionali con cadenza semestrale/annuale, redige dei report sull'andamento delle segnalazioni, reclami, encomi, suggerimenti, evidenziando le criticità riscontrate, i punti di eccellenza e le eventuali azioni di miglioramento da intraprendere. I report saranno trasmessi alla Direzione Strategica per la programmazione e la predisposizione dei piani di miglioramento.

#### **Art.13 – Archiviazione**

Tutto il materiale relativo alle segnalazioni e ai reclami viene conservato digitalmente in apposite cartelle all'interno del server della ASL Roma 1 cui si accede solo con username e password personali, o in forma cartacea se la documentazione viene presentata in originale, conservandola nel rispetto delle disposizioni aziendali.

## **Art. 14 – Decorrenza e inosservanza del Regolamento**

Il presente Regolamento ha effetto dalla data di adozione della relativa deliberazione.

L'inosservanza delle disposizioni del presente Regolamento, oltre a configurare possibili responsabilità, potrà costituire elemento per la valutazione dei risultati conseguiti, in relazione agli incarichi assegnati.

L'analisi del report semestrale o annuale, redatto sui risultati del monitoraggio dell'attività di Pubblica Tutela, potrà essere considerato strumento utile ai fini della valutazione delle strutture coinvolte. Inadempimenti e criticità conseguenti a comportamenti difformi da quelli ivi prescritti, potranno produrre conseguenze dirette a livello disciplinare e penalizzazioni circa i risultati di produttività.

## **NATURA E CLASSIFICAZIONE**

La creazione di un database, fornisce un contributo metodologico e costituisce uno strumento di classificazione di tutti i reclami, segnalazioni, suggerimenti ed encomi che consente una trasparente e funzionale lettura della situazione e delle singole realtà tematiche proposte. Attraverso l'analisi dei dati è possibile rilevare fenomeni non solo a livello di ogni singola struttura ma di tutta l'Azienda, prevedendo interventi nell'ottica del miglioramento dei servizi e dell'offerta sanitaria per l'utenza e i cittadini.

Pertanto, le comunicazioni ricevute, verranno classificate, in funzione dei contenuti, nei seguenti macro gruppi:

### **1 Aspetti relazionali:**

- 1.1 cortesia, gentilezza, disponibilità ad ascoltare;
- 1.2 cura della persona e congruità dell'abbigliamento;
- 1.3 rispetto delle normative (divieto di fumo, tesserino);
- 1.4 congruità del comportamento (comprende uso cellulari).

### **2 Umanizzazione:**

- 2.1 tutela della fragilità (disabilità, sofferenza e morte);
- 2.2 rispetto della persona (comprende dignità, riservatezza, idee, convinzioni religiose e personali);
- 2.3 mantenimento della quotidianità e delle abitudini;
- 2.4 mantenimento delle relazioni sociali (comprende orario delle visite di familiari e conoscenti, possibilità di presenza prolungata di un familiare in determinate circostanze, assistenza scolastica per i giovani);
- 2.5 rispetto delle pratiche pre e post-mortem;
- 2.6 omogeneità dei comportamenti ed equità.

### **3 Informazioni:**

- 3.1 adeguatezza degli strumenti informativi;
- 3.2 informazioni sui servizi dell'Azienda (procedure, orari, modalità di accesso e di svolgimento e correttezza delle pratiche, ecc.);
- 3.3 informazioni su variazioni organizzative;
- 3.4 informazioni ai familiari, informazioni sulle modalità di comportamento;
- 3.5 adeguatezza e completezza della segnaletica;
- 3.6 leggibilità e comprensibilità della modulistica;
- 3.7 leggibilità e comprensibilità della documentazione (prescrizioni, ricevute, cartella clinica, etc.);
- 3.8 sito internet;
- 3.9 accessibilità telefonica;

3.10 informazioni su prestazioni (preparazione, modalità di esecuzione, refertazione, ecc).

#### **4 Tempi:**

4.1 tempi di attesa per l'erogazione di esami, prestazioni, ricoveri in elezione;

4.2 tempi di attesa per la consegna documentazione, certificati, presidi e ausili;

4.3 tempi di attesa per effettuare la prenotazione di visite specialistiche e prestazioni diagnostiche;

4.4 tempi di attesa al Pronto Soccorso;

4.5 tempi di attesa presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;

4.6 rispetto della priorità acquisita.

#### **5 Aspetti alberghieri e comfort:**

5.1 pulizia, silenziosità degli ambienti, gradevolezza degli ambienti (sale d' attesa, locali di soggiorno, stanze di degenza, etc.);

5.2 adeguatezza e comfort dei luoghi di attesa o delle sedi di coda (sedie, distanza di cortesia, elimina-code, ecc.);

5.3 adeguatezza e pulizia dei servizi igienici, adeguatezza degli ascensori;

5.4 qualità, temperatura e orario dei pasti;

5.5 adeguatezza e diversificazione dei servizi offerti all' interno dei presidi ospedalieri (punti vendita accessori personali, edicola e distribuzione giornali, telefoni pubblici fissi e mobili, banca e/o bancomat);

5.6 adeguatezza e comfort degli ambulatori dei Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta, Servizio di Continuità assistenziale, strutture convenzionate.

#### **6 Offerta, Sicurezza, Strutture e logistica:**

6.1 dislocazione territoriale dei servizi, distanze all'interno delle aree dell'Azienda;

6.2 accessibilità fisica ai servizi, barriere architettoniche, parcheggi, parcheggi per disabili, trasporti interni;

6.3 sicurezza della persona (molestie, furti, aggressioni);

6.4 disponibilità figure professionali, funzioni e attrezzature;

6.5 sicurezza e manutenzione delle strutture e apparecchiature;

6.6 numero e dimensioni dei locali, dei corridoi, numero di letti per stanza, porte automatiche;

6.7 climatizzazione ambienti;

6.8 adeguatezza materiali e prodotti.

#### **7 Aspetti burocratici e amministrativi:**

7.1 importi e procedure per pagamenti o rimborsi ticket (orari di sportello, di cassa, disponibilità di moduli, etc.);

7.2 procedure per l'erogazione di prestazioni sanitarie, per ottenere documentazioni inclusa

la cartella clinica, certificazioni amministrative ecc.;

7.3 problemi di interpretazione/applicazione delle norme;

7.4 prenotazioni visite ed esami (Cup, Call Center, segreteria reparti);

7.5 adeguatezza degli orari degli sportelli, degli ambulatori;

7.6 accessibilità dei “percorsi” organizzativi o burocratico-amministrativi per accedere alle prestazioni (nelle richieste, nella prenotazione, nella documentazione necessaria);

7.7 problemi legati a carenze di materiali;

7.8 rispetto della normativa della privacy.

### **8 Aspetti tecnico-professionali:**

8.1 mancato intervento (visita, esami, prestazioni, compilazione ricetta, certificazioni);

8.2 consenso informato;

8.3 comunicazioni cliniche a pazienti e familiari (diagnosi, terapie, prescrizioni, trattamenti, controindicazioni, percorsi, ecc.)

8.4 modalità di erogazione della prestazione – aspetto sanitario;

8.5 modalità di erogazione della prestazione – aspetto amministrativo;

8.6 completezza, chiarezza e correttezza delle certificazioni o nella compilazione della cartella clinica;

8.7 mancato intervento di prevenzione;

8.8 conservazione documentazione ed effetti personali (smarrimenti)

8.9 approccio fisico ( es. nell’assistenza ad un allettato, in una visita medica).

### **9 Richieste improprie o non evadibili:**

9.1 non pertinenti all' Azienda o al Sistema Sanitario;

9.2 incomplete o incomprensibili;

9.3 Anonime.

### **10 Altro (per contenuti non classificabili in nessuna delle categorie precedenti)**