

AZIENDA USL ROMA H

Borgo Garibaldi, 12 00041 Albano Laziale (Roma)
 Tel. 06 93.27.1 – Fax 06 93.27.38.66



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
 Su proposta del Dirigente **U.O.C. AFFARI GENERALI**

N. 419 del 2 AGO. 2011

OGGETTO: Approvazione regolamento gestione, raccolta ed analisi dei reclami, segnalazioni, encomi e suggerimenti dei cittadini dell'Ausl Roma H.

CENTRO DI COSTO: _____

Tipo Atto : ATTO IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE

Con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, si attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

L'ESTENSORE - DOTT. GIUSEPPE DE RIGHI
 IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO - DOTT. GIUSEPPE DE RIGHI
 IL DIRIGENTE U.O.C. AFFARI GENERALI U.O.C. AA.GG. - Dott. Antonio PAZIENZA

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta l'assunzione di oneri a carico del bilancio dell'Azienda

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI U.O.C. AA.GG. - Dott. Antonio PAZIENZA

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Cristina Matranga

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
 (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 01/08/2011

Firma _____

Parere del Direttore Sanitario :

Dr. Vittorio Amedeo Cicogna

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
 (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 2/8/2011

Firma _____

Il Direttore Generale

Dr. Alessandro Cipolla

Data 2 AGO. 2011

Firma _____

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI

RICHIAMATA la legge n. 241 del 7 agosto 1990 recante "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi e successive modifiche e integrazioni;

CONSIDERATO che il DLgs 502/92, con particolare riferimento alle disposizioni concernenti il diritto al reclamo, art. 14, comma 5 e seguenti e sui controlli di qualità che devono essere adottati da tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, art. 10;

RILEVATO che questa Azienda USL ha partecipato al Progetto di Audit civico 2008/2009 promosso da Cittadinanzattiva e dalla Regione Lazio, il cui report finale di presentazione dei risultati ha permesso di rilevare una particolare criticità organizzativa individuata nella mancanza di un regolamento concernente la trattazione dei reclami dell'utenza e dei cittadini in genere che opportunamente regolamentati possono costituire un significativo contributo al miglioramento dei servizi sanitari e sociali erogati dall'Azienda;

VISTA la proposta di regolamento, allegato e parte integrante del presente atto, predisposto dal gruppo di lavoro aziendale Audit civico coordinato dal Referente aziendale, dott. Giuseppe De Righi in collaborazione con il dirigente delle UU.OO. URP e Implementazione programmi qualità, dott.ssa Marina Panunzi, nonché della dott.ssa Maria Luisa Erculei e della sig.ra Simonetta Visconti, dell'UO implementazione programmi qualità;

CONSIDERATO il regolamento proposto oltre a definire procedure e competenze si prefigge l'obiettivo di agevolare il rapporto tra i cittadini/utenti ed Azienda sia con modalità semplificate di presentazione dei reclami sia attraverso idonee scelte organizzative;

RITENUTO che per perseguire l'obiettivo della semplificazione considerata la dimensione ed estensione territoriale dell'azienda e la capillare diffusione dei servizi, è opportuno affidare ai Direttori dei poli ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti nelle loro sedi decentrate, la trattazione dei reclami, in sinergia con gli URP aziendali esistenti sul territorio, nonché l'attivazione di iniziative correttive anche attraverso processi di miglioramento continuo della qualità;

DATO ATTO che l'URP aziendale provvederà alla raccolta, classificazione ed archiviazione delle segnalazioni e dei reclami in apposita banca dati con l'obiettivo di costruire uno strumento di conoscenza per la Direzione strategica aziendale, di informazione per i rappresentanti della politica e di trasparenza nei confronti della società civile;

TENUTO CONTO che in generale l'Azienda è impegnata a consolidare un reale processo di partecipazione attiva dei cittadini alla tutela dei propri diritti, ad assumere la programmazione partecipata come elemento fondante dell'azione di questa azienda e a verificare e monitorare il grado di soddisfazione dell'utenza rispetto ai servizi erogati;

RITENUTO che al riguardo e tramite l'ufficio di staff, saranno attivate appropriate iniziative per sensibilizzare la popolazione, le Amministrazioni comunali, le associazioni del territorio e la società civile in genere per realizzare un percorso partecipativo dell'organizzazione e qualità dei servizi che conduca ad una maggiore consapevolezza e maturità nel rapporto con le strutture aziendali;

ACCERTATA la legittimità ed utilità per il servizio pubblico del presente atto;

**PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE,
RACCOLTA ED ANALISI DEI RECLAMI,
SEGNALAZIONI, ENCOMI E SUGGERIMENTI
DA PARTE DEI CITTADINI/UTENTI
DELL'AZIENDA USL RM H.**



INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. SCOPI E OBIETTIVI	3
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	4
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	4
5. DOCUMENTAZIONE AZIENDALE	5
6. GLOSSARIO	5
7. TIPOLOGIA DI RECLAMI	5
8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	6
8.1. Modalità di presentazione.	6
8.2. Raccolta e conservazione	8
8.3. Istruttoria per il reclamo	8
8.4. Valutazione reclami/segnalazioni e reportistica	9
8.5. Azioni correttive e miglioramento della Qualità.	9
9. CONTROVERSIE E RIESAME	9
10. RESPONSABILITÀ	10
11. DIAGRAMMA DI FLUSSO	10
12. ALLEGATI	
<i>Allegato 1.</i> Rappresentazione grafica diagramma di flusso	11
<i>Allegato 2</i> Classificazione dei reclami	12
<i>Allegato 3</i> Procedura operativa Progetto M.C.Q	15

INTRODUZIONE

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Roma H riconosce la centralità della persona, anche nella sua qualità di cittadino/a – utente, come destinataria di tutta la sua azione e la sua operatività. In virtù di questo principio l'Azienda **intende instaurare con i cittadini dei comuni appartenenti al proprio ambito territoriale e con gli utenti in genere un rapporto di reciproca confidenza, sia nell'erogazione dei servizi, sia nella partecipazione attiva e consapevole al loro miglioramento.**

Il presente regolamento applica questi principi, disciplinando le procedure di reclamo, segnalazione, encomio e suggerimenti da parte di singoli cittadini e/o di aggregazioni, formalmente costituite o spontaneamente organizzate.

L'azione dei cittadini di segnalare disservizi o disfunzioni, inoltrare reclami o suggerimenti, esprimere ringraziamenti o soddisfazione per le cure ricevute rappresenta un canale comunicativo diretto tra servizi sanitari e cittadini. Inviando una segnalazione, l'utente dimostra di essere in relazione con la struttura e con le risorse umane che ne assicurano il funzionamento.

Il reclamo e le altre forme di segnalazione sono quindi considerati dall'Azienda come una forma di partecipazione attiva del cittadino che vuole collaborare per migliorare i servizi.

Essi non rappresentano, quindi, un "disturbo" per l'Azienda, ma sono considerate come elementi che provocano processi positivi di cambiamento utili per tutti.

Con questo regolamento l'Azienda **predispone molteplici canali di ascolto**, affinché chiunque sia interessato possa facilmente esprimere critiche, suggerimenti, proposte, inoltrare reclami, ma anche ringraziamenti ed encomi.

2. SCOPI E OBIETTIVI

2.1. Scopi:

Il presente regolamento costituisce atto di indirizzo per tutte le strutture aziendali, riguardo alla gestione dei RECLAMI, delle SEGNALAZIONI, delle NOTE di ENCOMIO e dei SUGGERIMENTI, presentati dai cittadini all'Azienda USL RM H.

Esso definisce le modalità operative e le procedure adottate dall'U.O.C. Organizzazione, Sviluppo, Comunicazione e Formazione – Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (URP), da implementare su tutto il territorio aziendale.

2.2. Obiettivi:

- **Attuare processi di cambiamento** che, suggeriti dall'accoglimento delle istanze, **siano in grado di favorire livelli di efficienza, efficacia, qualità e gradimento, attesi dagli utenti**
- **Dotare l'Organizzazione di uno strumento sensibile**, per la rilevazione e la risposta tempestiva alle situazioni di insoddisfazione/disagio dell'utente, che può essere inteso come un impegno istituzionale all'erogazione di servizi di qualità.
- **Implementare un sistema di analisi** delle segnalazioni, utile a identificare i punti critici (sensori della qualità percepita), a orientare le decisioni aziendali per gli interventi correttivi finalizzati al miglioramento continuo della qualità dei servizi e a coinvolgere tutti gli operatori, secondo il principio della responsabilità diffusa.

- **Incardinare nell'U.O.S. URP la responsabilità del coordinamento di tutte le attività previste nel presente regolamento** ai fini della migliore applicazione degli strumenti qui individuati e del conseguimento degli obiettivi di miglioramento.

3. AMBITO DI APPLICAZIONE

3.1. La procedura si applica alle segnalazioni dei cittadini singoli o di loro aggregazioni, quali le associazioni di volontariato, di tutela dei diritti dei cittadini e delle Istituzioni (Difensore Civico) che pervengono presso l'Azienda USL RM H, nello specifico all'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico), alle Direzioni Sanitarie Ospedaliere, Distrettuali e Dipartimentali e a tutte le strutture sociosanitarie aziendali.

Nella tipologia sono compresi reclami, segnalazioni, note di encomio, suggerimenti, richieste di chiarimenti, rimborsi e risarcimenti.

3.2. Le richieste di rimborso e risarcimento, non essendo di competenza dell'URP, tuttavia possono essere, talvolta, inoltrate allo stesso, per la presa in carico della parte di competenza (coinvolgimento di aspetti relazionali, fase istruttoria e risposta al cittadino contestuale e parallela all'invio agli uffici preposti).

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 07/08/1990 n. 241 e successive modifiche e integrazioni;
- DLgs 502/92, art. 10 commi 1 e 2 e succ. modifiche e integrazioni, concernente i controlli di qualità, che devono essere adottati in via ordinaria da tutti i soggetti erogatori pubblici e privati del S.S.N.;
- DLgs 502/92, art. 14 comma 5 e succ. modifiche e integrazioni, concernente il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso;
- Legge Regionale n. 57/93;
- D.p.c.m. del 19/05/1995 - Schema generale dei servizi sanitari pubblici;
- Legge 273 dell'11/07/1995 – Misure urgenti per la semplificazione di procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficacia nelle P. A.;
- D.M.S. del 24/07/1995 – “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del S.S.N.;
- D.P.R. 14/0171997 – in materia dei requisiti minimi accreditamento per l'esercizio delle attività sanitarie;
- Legge 150/2000 – Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni e relativo Regolamento per la determinazione dei titoli per l'accesso alle attività di informazione e comunicazione, approvato con D.P.R. 422/2001;
- DLgs. del 30/06/2003, n. 196 e successive modifiche e integrazioni-"Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Norme UNI ISO 10002:2006 – concernente la gestione per la qualità – soddisfazione del cliente – linee guida per il trattamento dei reclami nelle organizzazioni.

5. DOCUMENTAZIONE AZIENDALE

- Delibera n. 1064 del 07/07/2010 – Approvazione del regolamento di accesso agli atti dell’Azienda USL Roma H
- Delibera Aziendale - Costituzione della Commissione mista conciliativa;
- Delibera Aziendale - Costituzione dell’Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
- Carta dei Servizi ed eventuali guide delle strutture ospedaliere e territoriali dell’ASL RM H;
- Regolamento di Pubblica Tutela in tema di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione;
- Atto Aziendale - delibera n. 815 del 29/04/2008 –BUR Lazio suppl. ordinario n. 76 del 07/07/2008;
- Piano locale Audit Civico –anno 2010.

6. GLOSSARIO

Reclamo:

espressione d’insoddisfazione rivolta a un’organizzazione in relazione ai suoi prodotti o allo stesso processo di trattamento dei reclami, dove si attende in modo esplicito o implicito una risposta o una soluzione.

Segnalazione:

comunicazioni da parte del cliente di disfunzione di un servizio e/o prestazione, anche da parte di altri “soggetti” non direttamente coinvolti con chi ha fatto la segnalazione.

Nota di Encomio:

rappresentazione di un motivo di gradimento per una prestazione ricevuta, per una situazione vissuta o per una pratica, luogo o comportamento osservato e giudicato particolarmente soddisfacente nei confronti dei cittadini utenti.

Suggerimenti:

indicazione di un miglioramento quali/quantitativo che, a giudizio del suggerente, si può ottenere in una o più strutture o prestazioni specificate, adottando precise azioni correttive

Azioni correttive:

secondo le Norme ISO 9001:2000:...ogni organizzazione deve implementare un processo di miglioramento per ridurre o addirittura eliminare le cause delle non conformità e, tra i requisiti definiti, non devono mancare le non conformità ai reclami dei clienti;
secondo le Norme ISO 9004:2000: “...l’organizzazione dovrebbe pianificare e stabilire le azioni correttive”.

Progetto M.C.Q. (Miglioramento Continuo della Qualità):

progetto che parte dall’identificazione di un possibile problema ed i relativi punti critici, stabilisce indicatori e soglie di buona qualità, valuta l’entità dello stesso, ne individua le possibili cause, effettua in intervento migliorativo e ne valuta i risultati per la soddisfazione degli utenti.

7. TIPOLOGIA DEI RECLAMI

Sono considerate **due tipologie di reclami:**

- a) quelli concernenti **comportamenti, atti, disservizi che, a giudizio del reclamante, hanno procurato un disagio;**

- b) quelli che **denunciano e reclamano anche un danno per il quale si chiede un indennizzo.**

8. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1. MODALITÀ DI PRESENTAZIONE:

8.1.1. Soggetti abilitati alla presentazione:

Possono far pervenire reclami, segnalazioni, note di soddisfazione e suggerimenti:

- i cittadini che fruiscono direttamente dei servizi;
- loro parenti, affini, delegati, legale rappresentante;
- associazioni e organismi di volontariato e tutela dei diritti degli utenti;
- istituzioni.

8.1.2. Soggetti abilitati a ricevere e trattare i reclami e le altre modalità di segnalazione di cui all'art. 6 per i servizi resi dall'Azienda:

Sono destinatari dell'azione di reclamo:

- Gli Uffici URP.
- I Direttori dei Distretti, dei Presidi ospedalieri e dei Dipartimenti.
- I Responsabili e i CPSE delle singole UU.OO.

Per la concreta attivazione del percorso decentrato di trattamento dei reclami, ogni Polo ospedaliero, Distretto sanitario e Dipartimento, avvalendosi del supporto dell'UOS URP, applica i principi stabiliti nel presente regolamento e predispone i mezzi e gli strumenti idonei ad assicurare la massima trasparenza nel rapporto con l'utenza e la certezza della risposta.

8.1.3. La presentazione dei reclami non impedisce né preclude impugnative in via giurisdizionale.

I reclami devono essere presentati **entro 30 giorni** dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o del comportamento segnalato, secondo le seguenti modalità:

- a) SCRITTA b) VERBALE c) TELEFONICA

a) IN FORMA SCRITTA:

In questo caso tutte le note in originale devono essere firmate dall'utente, indirizzate al Direttore del polo ospedaliero, del distretto sanitario, del singolo dipartimento e recapitate nelle forme indicate presso ogni presidio.

I soggetti abilitati al trattamento di cui al precedente paragrafo 8.1.2. assicurano il rilascio di apposita ricevuta dell'avvenuto deposito del reclamo.

Eventuali allegati possono essere esibiti in fotocopia conforme all'originale.

Qualora il reclamo è presentato, in nome e per conto dell'utente interessato, da altro soggetto abilitato alla presentazione, quest'ultimo dovrà presentare delega scritta autorizzativa.

La trasmissione delle note di reclamo può altresì avvenire:

- via fax al seguente numero: 06/93273855 (URP centrale);
- tramite modulo on-line presente sul sito aziendale;
- tramite posta elettronica al seguente indirizzo: **reclami.urp@aslromah.it**; ovvero ai seguenti ulteriori indirizzi: r.pubbliche@aslromah.it (ufficio per le relazioni con il pubblico - URP - sede centrale); urp.frascati@aslromah.it (URP presso il distretto H1); urp.nettuno@aslromah.it (URP presso il distretto H6);

- tramite posta R/A presso l'indirizzo dei soggetti abilitati alla ricezione.

L'orario di apertura al pubblico delle sedi URP è, attualmente, il seguente: dal lunedì al venerdì ore 9,00 – 13,00 martedì e giovedì 14,30 -17,00.

Le sedi URP, le direzioni sanitarie ospedaliere e distrettuali e dei servizi sanitari aziendali sono dotate della modulistica in uso.

Il referente per i contatti con l'URP è il Direttore Sanitario, di Distretto e di Dipartimento. Qualora lo riterrà opportuno, potrà delegare tale funzione ad altro dirigente, o coordinatore, o altro personale. Tale nomina deve essere comunicata al Dirigente e al Referente URP competente territorialmente.

Gli utenti possono presentare note e suggerimenti nelle **apposite cassette di raccolta predisposte nelle stesse sedi.**

b) IN FORMA VERBALE:

In questo caso gli utenti sono indirizzati presso le sedi URP, le direzioni sanitarie ospedaliere, distrettuali e dipartimentali e il cittadino può decidere se trasformare in nota scritta quanto dichiarato verbalmente, compilando il modulo predisposto.

L'operatore URP, e ogni altro soggetto abilitato alla ricezione, annoterà quanto accaduto, su apposito registro, come "evento sentinella" e ne dà tempestiva informazione all'URP centrale.

c) IN FORMA TELEFONICA:

per facilitare questa modalità di partecipazione, l'Azienda mette a disposizione i seguenti numeri telefonici:

- il numero verde **800489984**;
- URP Frascati: 06/93274314 - Distretto H1, Via E. Fermi, 3
- URP Nettuno: 06/93276320–Distretto, Via San Benedetto Menni
- URP Albano Laziale: 06/93273926-3920–Borgo Garibaldi,12

In questo caso, il ricevente, se trattasi di reclamo o segnalazione di una disfunzione che descrive un fatto di media e grave entità e che necessita di un'istruttoria, invita l'utente a presentarsi per fare un reclamo scritto.

Anche i contatti telefonici devono essere riportati su apposito registro.

8.1.4. Le note di encomio seguono l'iter dei reclami, con l'obiettivo di rendere visibili situazioni e/o servizi di "buona sanità", attraverso i mezzi di comunicazione presenti in Azienda (sito web, giornale aziendale e/o locali, ecc).

L'operatore e/o il servizio oggetto dell'encomio, riceverà eventuale **riconoscimento a cura della Direzione Strategica e/o dal Dirigente del Servizio**, nei modi che riterranno più opportuni.

8.1.5. I suggerimenti che sono espressi dagli utenti sono annotati sul modulo predisposto e raccolti come da iter per i reclami.

8.1.6. Le note anonime, cioè senza firma, non avendo un valore giuridico, possono essere cestinate o archiviate dal ricevente.

8.1.7. Pur tuttavia, se le note anonime, segnalano un comportamento o una situazione giudicata dal ricevente come medio/grave, **possono essere, discrezionalmente,** meritevoli di un eventuale approfondimento e verifica della veridicità.

La nota anonima di medio/grave entità sarà presa in considerazione anche allo scopo di chiarire i fatti, se effettivamente accaduti e risolvere l'eventuale problema e, non ultimo, per **tutelare la struttura e/o gli operatori.**

8. 2. RACCOLTA E CONSERVAZIONE:

8.2.1. A livello di URP Centrale, tutte le note e gli atti conseguenti, sono registrati in un sistema di classificazione informatizzato e cartaceo (modulistica predisposta) e conservati aggregandoli per anno, provenienza, tipologia.

Il **data-base** fornisce output utili alla Direzione Strategica, per implementare sia **azioni correttive di miglioramento** sia di **benchmarking, coinvolgendo l'U.O.S. Implementazione Programmi Qualità,** per competenza e le UU.OO. coinvolte.

8.2.2. I reclami scritti sono protocollati e digitalizzati dal Servizio protocollo archivio e gestione documentale.

I reclami digitalizzati sono archiviati e conservati presso le sedi URP periferiche e centrale.

A livello di UU.OO.CC. coinvolte, le note ricevute devono essere conservate unitamente a tutti gli atti conseguenti.

8.2.3. Ogni tre mesi, gli operatori URP territoriali, elaborano il report riassuntivo da presentare al Dirigente URP, al fine di redigere il report completo, da inviare alla Direzione Generale, alla Direzione sanitaria e amministrativa aziendale, al Direttore dell'U.O.C. O.S.F.C. e alle DD.SS. Ospedaliere, Distrettuali e Dipartimentali.

8.3. ISTRUTTORIA PER IL RECLAMO:

8.3.1. I problemi e le disfunzioni rappresentati nelle note, che riguardano la qualità dei servizi e delle prestazioni, l'organizzazione delle singole attività, gli orari al pubblico e, in generale, il comportamento delle strutture dipendenti, sono valutati dal Direttore Sanitario Ospedaliero, Distrettuale e di Dipartimento entro 10 giorni.

Essi provvedono altresì, anche avvalendosi degli uffici da loro dipendenti e/o degli uffici URP decentrati, ad acquisire le necessarie informazioni e a convocare, ove ritenuto utile, il reclamante per un chiarimento verbale.

8.3.2. Il procedimento si conclude, con la risposta elaborata dalla Direzione Sanitaria competente e inoltrata dall'operatore URP all'utente.

8.3.3. In assenza dell'URP territoriale, in vista del potenziamento del servizio di relazioni con i cittadini, l'istruttoria sarà curata in tutte le sue fasi dalla Direzione Sanitaria coinvolta, che dovrà, in tempi utili, trasmettere al Dirigente URP un report trimestrale, elaborato secondo il sistema di classificazione allegato alla presente procedura per consentire la stesura dei report aziendali trimestrali ed annuale, a cura della sede centrale URP.

8.3.4. Ove l'intervento conseguente al reclamo o la risposta da inviare coinvolgano competenze e funzioni che esulano la specifica competenza del Direttore sanitario ospedaliero, distrettuale e di dipartimento, questi, svolta l'istruttoria preliminare, entro dieci giorni inviano il fascicolo al Responsabile URP aziendale, secondo la seguente scala di gravità: lieve, medio, grave entità:

- **lieve entità:** se il problema trova **immediata soluzione**, a cura dell'operatore URP, il cittadino ne viene informato, la pratica viene chiusa e nel registro viene annotata l'azione avviata per il superamento della disfunzione. Di ciò, se richiesta dal cittadino, deve essere data evidenza scritta **entro 15 giorni dalla data di ricezione della segnalazione.**
- **media entità:** se il problema necessita di avvio istruttoria, l'Operatore URP territorialmente competente, entro 3 giorni dalla data di protocollo, invia la nota alla Direzione Sanitaria (e Amministrativa e Dipartimentale) responsabile della struttura coinvolta ed invia la risposta al ricorrente, che deve avvenire **entro 30 giorni dalla data di ricezione della nota.**
- **grave entità:** se deve essere avviata l'istruttoria e il problema, oltre il carattere clinico, è **d'impatto sull'immagine dell'Azienda**, il Dirigente URP, entro 48 ore, adotterà tutte le misure necessarie per la risoluzione del caso.

Le azioni correttive individuate e adottate saranno comunicate all'interessato entro 30 giorni dalla data di ricezione della nota.

8.3.5. Se trattasi di nota che denuncia e reclama anche un danno per il quale si chiede un indennizzo, il dirigente URP la invia all'U.O.C. Affari Generali, entro 5 giorni dalla data dalla sua ricezione e lo comunica per iscritto all'utente ricorrente.

8.3.6. Se trattasi di segnalazione che investe problemi riguardanti l'intera organizzazione aziendale, il Dirigente URP concorda con la Direzione Strategica le informazioni da fornire. La risposta deve essere inoltrata entro 30 giorni dalla data di ricezione della nota.

8.4. VALUTAZIONE DEI RECLAMI/SEGNALAZIONI E REPORTISTICA:

8.4.1. Le segnalazioni e i reclami saranno presi in esame e classificati secondo le seguenti modalità di valutazione:

- **analisi di tipo quantitativo** (frequenza dei reclami per territorialità e servizi, volume complessivo dei reclami disaggregato nelle principali categorie e Unità Operative/Servizi coinvolti, modalità d'inoltro, comparazione con periodi precedenti e tra strutture, valutazione dei tempi di evasione dei procedimenti);

- **analisi di tipo qualitativo** (approfondimento di eventi sentinella, audit, esame delle maggiori criticità), proposte di possibili azioni di miglioramento.

8.4.2. I risultati sono elaborati in un report annuale a cura dell'URP centrale, di concerto con l'U.O. Implementazione Programmi Qualità e inviati alle Direzioni ospedaliere, distrettuali e dipartimentali, che provvederanno a divulgarne i risultati a tutte le UU.OO. e alle Associazioni e Organismi di Volontariato e Tutela dei diritti dei cittadini.

8.4.3. Il report annuale sarà pubblicizzato attraverso gli strumenti di comunicazione propri dell'Azienda (giornalino aziendale, sito, pubblicazioni, ecc) e sarà **oggetto di confronto nella riunione annuale con le Organizzazioni di Rappresentanza dei cittadini.**

8.5. AZIONI CORRETTIVE E MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ:

8.5.1. Le criticità emerse dall'analisi delle note di cui sopra, saranno oggetto di **azioni correttive di miglioramento** a cura dell'U.O.S. Implementazione Programmi Qualità, secondo la metodologia aziendale elaborata e standardizzata dei progetti M.C.Q. (miglioramento continuo della qualità).

8.5.2. L'U.O.S. Implementazione Programmi Qualità, in sinergia con l'U.O.S. URP e le unità operative interessate e/o proponenti, **istituisce i Gruppi di lavoro M.C.Q./Circoli della Qualità** e fornisce la massima collaborazione, oltre che la supervisione necessaria, per implementare i **programmi di miglioramento** necessari al superamento delle criticità emerse. **Inoltre, monitorerà se l'azione correttiva è stata messa in atto e se ha prodotto la risoluzione del problema segnalato dall'utente.**

8.5.3. Sarà cura del Dirigente URP, la **verifica del rispetto della presente procedura da parte di tutte le strutture aziendali.**

9. CONTROVERSIE E RIESAME

9.1. Se l'utente manifesta la propria insoddisfazione relativamente alla risposta ricevuta, si può procedere a :

- **UN RIESAME INTERNO:**

- *in forma scritta* (medesimi tempi e procedura dell'istruttoria)
- *disponendo un incontro*, diretto tra Direttore dell'U.O. coinvolta, la Direzione Sanitaria, l'URP e il cittadino/utente o i suoi rappresentanti;

- **UN RIESAME ESTERNO:**

nei casi in cui l'istanza abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalle Carte dei Diritti e dei Doveri dei cittadini, sottoscritte dall'Azienda USL RM H e dalle Associazioni di Volontariato e di Tutela, **l'esame è deferito alla Commissione Mista Conciliativa, che può essere richiesta dall'utente tramite l'URP.**

9.2. La Commissione è presieduta dal Difensore Civico Regionale, istituito ai sensi delle disposizioni dello Statuto Regionale, in attuazione della legge 142/90, ovvero da altra figura esterna all'amministrazione dell'Azienda USL, individuata di concerto con le associazioni interessate e nominata dal Legale Rappresentante dell'Ente.

9.3. Il Difensore Civico riceve le osservazioni, opposizioni, denunce o i reclami in via amministrativa, con relativa documentazione scritta, dispone l'istruttoria e le segnalazioni necessarie per la conclusione del caso e invia le osservazioni al Direttore Generale, quale legale rappresentante dell'Ente, per eventuali successivi provvedimenti di competenza.

9.4. La Commissione può avere anche compiti propositivi sulle materie riguardanti il miglior funzionamento delle strutture sanitarie: in tal senso si relazionerà con il Responsabile dell'URP e il Dirigente dell'U.O.S. Implementazione Programmi Qualità.

10. RESPONSABILITÀ

10.1. Qualora la struttura interessata, oggetto del reclamo, non ottemperi nei tempi previsti, **entro 7 giorni dal ricevimento del reclamo**, ovvero **non fornisca tutte le informazioni necessarie** per comunicare una risposta all'utente, sarà cura del Direttore Sanitario informare il Dirigente dell'URP, che coinvolgerà la **Direzione Aziendale per i provvedimenti in merito all'inadempienza**.

10.2. Il Direttore Generale individua:

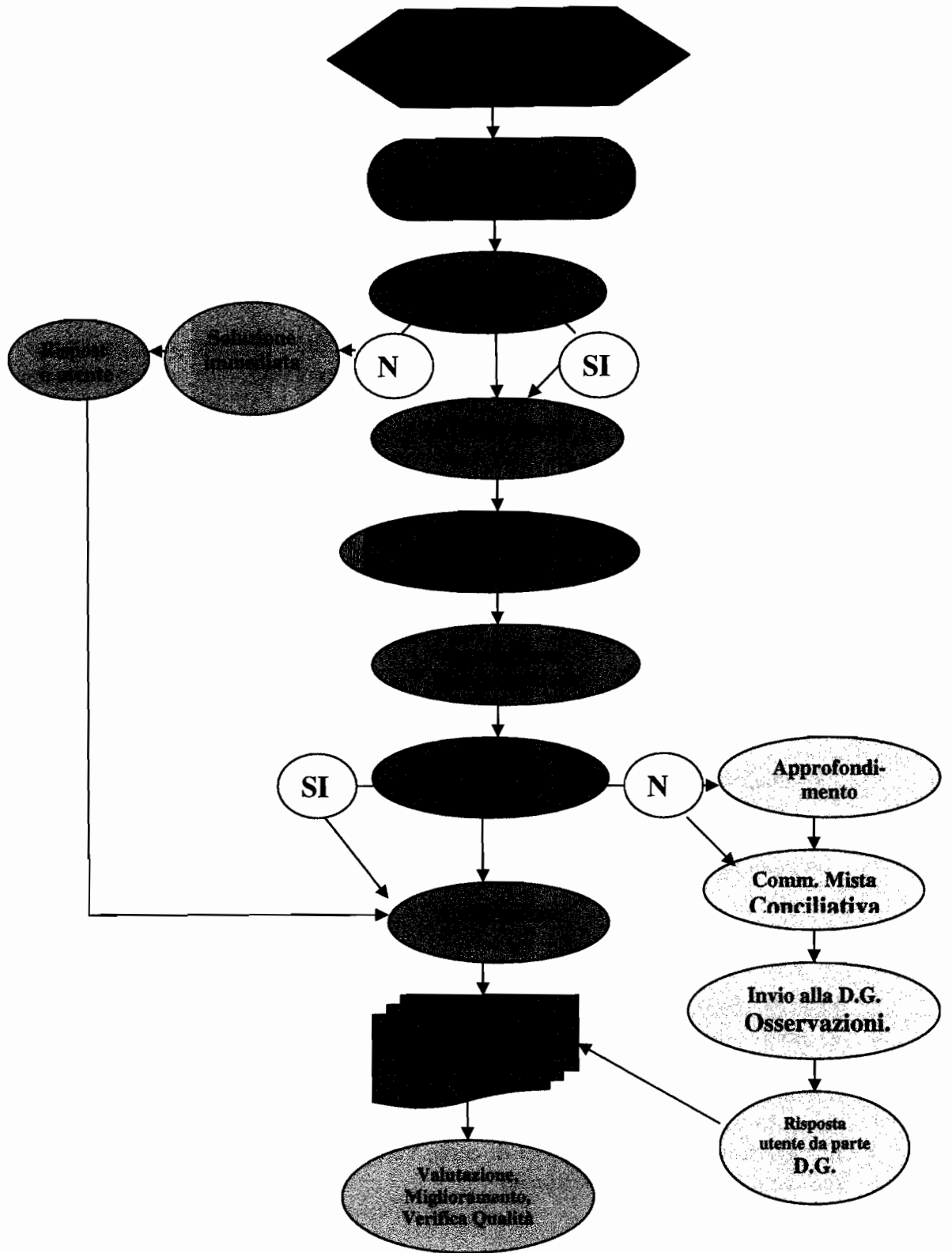
- Il Dirigente URP e il Dirigente dell'U.O.S. Implementazione Programmi Qualità i responsabili della procedura, che può essere gestita senza istruttoria formale nei casi di segnalazioni semplici, nonché della verifica della corretta applicazione.
- Nei Direttori Sanitari Ospedalieri, Distrettuali e Dipartimentale, il livello di responsabilità per la conduzione dell'istruttoria interna.
- Nel Responsabile della Qualità, la responsabilità dell'analisi qualitativa e quantitativa delle segnalazioni e reclami.
- Nel Responsabile URP la predisposizione e redazione del report.

11. DIAGRAMMA DI FLUSSO

11.1. Il **diagramma di flusso** sotto riportato, identifica sinteticamente le tappe della gestione dei reclami che viene rappresentata graficamente sotto forma di algoritmo, permettendo così una comprensione immediata del funzionamento del nostro percorso operativo esaminato.

Essendo tutta la procedura più complessa, le indicazioni fornite servono esclusivamente per avere un quadro completo di come vengono articolate le attività dell'intero processo, indicandone le azioni prioritarie.

ALLEGATO 1



ALLEGATO 2

1. ASPETTI STRUTTURALI - dimensioni, distribuzione spazi e attrezzature:

1.1. Accessibilità esterna

Segnalazioni che riguardano le difficoltà d'accesso alle strutture: parcheggi, barriere architettoniche, trasporti pubblici, segnali stradali, panchine, ecc.

1.2. Accessibilità interna

Segnalazioni che riguardano le difficoltà all'utilizzo delle strutture: scale, percorsi complicati, ascensori, barriere architettoniche, servizi igienici per portatori di handicap, pavimenti e illuminazione.

1.3. Sicurezza e adeguatezza degli spazi

Segnalazioni che riguardano la carenza di misure per la sicurezza del cittadino come impianti elettrici difettosi, scivolosi del pavimento, mancanza del corrimano. Per la riservatezza delle informazioni cliniche quando le cause sono dovute ad ambulatori non adeguatamente protetti dalle sale d'attesa o altri locali. Ampiezza ed estetica degli ambienti, servizi igienici, mancanza di spazi adeguati per il rispetto e la dignità della morte e della sofferenza dei famigliari. Infortuni avvenuti nelle strutture dell'azienda.

1.4. Attrezzature e strumentazione sanitaria

Segnalazioni di carenza o mal funzionamento di strumenti diagnostici e terapeutici

2. INFORMAZIONE - verbali, scritte:

2.1. Adeguatezza del materiale d'informazione

Segnalazioni per l'assenza, carenza, incomprendibilità, errata collocazione d'opuscoli e manifesti informativi.

2.2. Adeguatezza della segnaletica esterna e interna

Segnalazioni che evidenziano l'assenza, la collocazione errata, la non chiarezza delle indicazioni, della segnaletica

2.3. Correttezza e chiarezza delle informazioni fornite per l'accesso ai servizi/prestazioni

Segnalazioni che riguardano le errate o insufficienti informazioni per l'accesso ai servizi forniti dagli operatori nei punti informativi, reparti, servizi, URP. Mancate o errate risposte telefoniche

2.4. Informazioni agli utenti e ai famigliari, percorso di cura, disponibilità ad incontrarli

Segnalazioni per il rifiuto o la riluttanza degli operatori sanitari a fornire informazioni sulla prognosi, sulla cura proposta, alternative alla conduzione del proprio percorso di cura.

2.5. Riconoscibilità degli operatori

Segnalazioni che evidenziano l'impossibilità di riconoscere l'operatore con cui si viene in contatto, mancata esposizione del tesserino, rifiuto a presentarsi.

2.6. Adeguatezza delle modalità d'informazione

Segnalazioni sulla trasparenza delle liste d'attesa, del percorso d'accesso a prestazioni, del metodo con cui vengono informati i cittadini.

3. ASPETTI ORGANIZZATIVI E BUROCRATICI/AMMINISTRATIVI:

3.1. Percorsi d'accesso e di cura (trasparenza, complessità e burocrazia)

Segnalazioni per difficoltà nell'ottenimento di una prestazione o di un accesso ai servizi sanitari per la complessità di meccanismi burocratici aziendali.

3.2. Funzionalità organizzativa

Segnalazioni che evidenziano disorganizzazione interna e assenza d'operatori. Mancato preavviso alla cancellazione di visite o esami prenotati.

3.3. Disponibilità di servizi/prestazioni

Segnalazioni per l'assenza di servizi e prestazioni, mancato rispetto orari ambulatori

3.4. Raccordo tra le unità operative e tra aziende/enti e servizi esterni

Segnalazioni di mancato raccordo tra servizi, dimissioni protette non concordate con famigliari,
adeguata prescrizione per ausili necessari, mancata prescrizione medica.

4. ASPETTI TECNICO PROFESSIONALI:

4.1. Perizia e serietà professionali (compresi i problemi derivati dall'utilizzo delle attrezzature)

Segnalazioni d'insoddisfazione in funzione delle aspettative. Errata o mancata diagnosi e cura negligente o carente da parte degli operatori sanitari come causa di danno biologico. Segnalazioni d'infortuni derivanti dall'uso non appropriato d'attrezzature. Segnalazioni riguardanti operatori che svolgono attività illecite, che manifestano incompetenza che mostrano scarse motivazioni al lavoro

4.2. Appropriatezza delle informazioni e acquisizione del consenso sul percorso di cura

segnalazioni delle carenti/assenti informazioni agli utenti sul proprio percorso di cura e mancata o inadeguata acquisizione del consenso.

5. UMANIZZAZIONE E ASPETTI RELAZIONALI:

5.1. Cortesia e gentilezza

Segnalazione del non gradimento del rapporto interpersonale tra utente e operatore, diretto o indiretto, anche telefonico.

5.2. Conflittualità interpersonale

Segnalazioni che mettono in evidenza uno stato di malessere dovuto a cattivi rapporti fra gli operatori con conseguenze sul servizio e nei rapporti con utenti e famigliari.

5.3. Rispetto della dignità della persona

Segnalazioni sul non rispetto delle caratteristiche individuali sociali, culturali, religione e della dignità personale. Rispetto della morte e della dignità dei famigliari.

5.4. Rispetto della riservatezza

Segnalazioni che evidenziano in ogni ambito, il non rispetto della riservatezza in merito a notizie riservate e alla privacy individuale ad esempio visite mediche di fronte a personale non professionalmente coinvolto, servizi igienici senza chiusura, attività assistenziali in pubblico, ecc

5.5. Maltrattamenti

Segnalazioni su aspetti comportamentali offensivi e violenti sia fisici sia psicologici da parte di operatori, atteggiamenti volume voce, ecc.

6. ASPETTI ALBERGHIERI E COMFORT:

6.1. Caratteristiche strutturali

Segnalazione che riguardano l'ampiezza e l'estetica degli ambienti in merito alla vivibilità: n° di letti per stanza, servizi igienici, stanze per colloqui. Sale d'attesa, ausili per la privacy, e tutto ciò che riguarda l'agibilità della struttura.

6.2. Vitto

Segnalazioni inerenti la qualità quantità orari di distribuzione, temperatura e la possibilità di personalizzare i pasti. Carenza di norme igieniche.

6.3. Condizioni ambientali

Segnalazioni per evidenziare la presenza di rumori, scarsa o scorretta illuminazione, temperatura ambiente non adeguata, umidità, correnti d'aria. Funzionalità del sistema di chiamata. Presenza di fumo nei luoghi vietati.

6.4. Pulizia e igiene

Segnalazioni che riguardano la mancanza di pulizia, come eccessi di polvere sporcia, materiali di scarto abbandonati, servizi igienici non idonei.

6.5. Servizi accessori

Segnalazioni che evidenziano la mancanza o carenza di punto vendita riviste, telefoni pubblici, servizio ristoro o macchine erogatrici di acqua e bibite.

7. TEMPI:

7.1. Orari d'apertura dei servizi

Segnalazioni sul mancato rispetto degli orari d'apertura dei servizi, degli orari di vista

7.2. Coda per la prenotazione

Segnalazioni per tempi troppo lunghi per le prenotazioni d'esami o prestazioni presso cup

7.3. Tempi d'attesa tra prenotazione prestazione

Segnalazioni che riguardano i tempi che intercorrono tra la prenotazione e la fruizione della prestazione

7.4. Coda per il pagamento

Segnalazioni per tempi eccessivi per effettuare il pagamento ticket

7.5. Coda per la prestazione

Segnalazioni che riguardano i tempi d'attesa per ottenere la prestazione (pronto soccorso, studi di MMG, PLS, ambulatori, mezzi di soccorso, ecc)

7.6. Tempi d'attesa per ricevere documentazioni, presidi, ausili

Segnalazioni per l'attesa nell'ottenimento della cartella clinica, di certificati, sedie a rotelle, ausili sanitari, invalidità, ecc

7.7. Tempi d'attesa per la ricezione della risposta alle segnalazioni

Segnalazioni per i tempi elevati d'attesa o mancata risposta ai reclami

8. ASPETTI ECONOMICI:

8.1. Contestazioni al ticket delle prestazioni sanitarie

Segnalazioni per l'errata attribuzione di ticket

8.2. Richiesta di rimborsi

Richiesta di rimborso per ticket non appropriati o per prestazioni non eseguite o prestazioni sanitarie non ottenute nel rispetto dei tempi stabiliti nella carta dei servizi

8.3. Richiesta di risarcimenti collegati al contenzioso

Richieste di risarcimenti in seguito a danni o infortuni subiti

9. ALTRO:

9.1. Vanno sempre associate alla categoria e sub-categoria a cui si riferiscono.

10. IMPROPRI:

10.1. Sono quelle segnalazioni che pur evidenziando un disagio del cittadino non attengono all'azienda ma competono ad altri enti, comune, trasporti, ecc..

ALLEGATO 3



1. **IDENTIFICAZIONE DELL'AMBITO** (chiarire se s'intende intervenire su un singolo servizio, U.O., e/o un processo);
 2. **ANALISI DELLA SITUAZIONE;**
 3. **IDENTIFICAZIONE DEI PUNTI CRITICI;**
 4. **ANALISI DELLE CAUSE DEI PUNTI CRITICI;**
 5. **SCELTA DEL PROBLEMA PRIORITARIO** (sulla cui causa è possibile intervenire);
 6. **FATTIBILITA'** (realismo del bilancio, risorse/vincoli e stima del rapporto costi/benefici);
 7. **DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI CON RELATIVI INDICATORI E STANDARDS DI RIFERIMENTO;**
 8. **PROGETTAZIONE DELL'INTERVENTO MIGLIORATIVO** (chi-cosa-come-quando);
 9. **EFFETTUAZIONE DELL'INTERVENTO MIGLIORATIVO E MONITORAGGIO COSTANTE DEGLI INDICATORI ;**
 10. **VALUTAZIONE DI IMPATTO A BREVE, MEDIO E LUNGO TERMINE** dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
 11. **COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI RISULTATI.**
-

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

per quanto sopra riportato che integralmente si richiama:

- di approvare la proposta di Regolamento aziendale per la gestione, raccolta ed analisi dei reclami, segnalazioni, encomi e suggerimenti da parte dei cittadini/utenti dell'Azienda USL RM H, costituito di sedici pagine, allegata e parte integrante della presente deliberazione;
- di affidare al Dirigente UOS URP la responsabilità del procedimento nonché la realizzazione di iniziative per avviare le procedure previste dal presente regolamento anche attraverso specifiche azioni di comunicazione e formazione verso le strutture decentrate ed i servizi territoriali;
- di favorire quei cambiamenti che, suggeriti dall'accoglimento delle istanze dei cittadini, siano in grado di migliorare i livelli di efficienza, efficacia, qualità e gradimento da parte degli utenti;
- di dare atto che con l'adozione del presente atto non derivano costi a carico dell'azienda;
- di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile..

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Alessandro Cipolla



DELIBERAZIONE N° 49 del 2 AGO. 2011
composta di n. 4 pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 1 allegati

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale ed è stata affissa all'Albo dell'Azienda

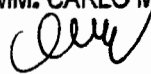
in data 3 AGO. 2011

IL FUNZIONARIO

AZIENDA U.S.L. ROMA - F

U.O. AFFARI GENERALI

COLLAMM. CARLO MISSORI



Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa Amministrazione

IL FUNZIONARIO DELEGATO

.....