PROCEDURA RELATIVA ALLA GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI, DEI RECLAMI E DEGLI ENCOMI DEI CITTADINI UTENTI

Versione	Data di approv.ne	Causale	Redatto da	Approvato da	Validato da	Codificato da
1.0	19/12/2025	Prima stesura	UOSD Comunicazione Istituzionale e URP Dott. Giovanni Valeri (F.to)	Direzione Generale Dott.ssa Laura Figorilli (F.to)	Risk Manager Dott. Maurizio Musolino (F.to)	Ufficio Qualità Dott.ssa Loredana Petrocchi (F.to)

Trasmesso il	*Codificato il*	*Distribuito il*
19/12/2025	*19/12/2025*	

Destinatari come da Atto Aziendale	
UOSD Comunicazione Istituzionale e URP	Direzione Medica POU GB Grassi
Distretto Sanitario Municipio X	Distretto Sanitario Municipio XI
Distretto Sanitario Municipio XII	Distretto Sanitario Comune di Fiumicino
Case della Comunità e Ospedali di Comunità	DIPROSAN
Tutti i Dipartimenti	

INDICE

Premessa 3
1.0 Scopo 3
2.0 Campo di applicazione 4
3.0 Terminologia e abbreviazioni 4
4.0 Titolari del diritto di tutela 6
5.0 Modalità esecutive 6
5.1 Presentazione del Reclamo 6
5.2 Modalità e tempi di presentazione 7
5.3 Adempimenti preliminari 8
5.4 Attività istruttoria. 9
5.5 Risposta all'utente 10
5.6 Relazione di servizio 10
5.7 Esercizio della tutela nelle strutture private 11
6.0 Matrice delle Responsabilità 11
7.0 Bibliografia/Riferimenti normativi 12
8.0 Archiviazione e diffusione 13
9.0 Criteri e strumenti di valutazione per la redazione della relazione di servizio 14
10. Allegati 14
DIAGRAMMA DI FLUSSO 19

Premessa

L'ASL Roma 3 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 (D.C.A. 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, encomi 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 e della comunità.

1.0 Scopo

Lo scopo della procedura è quello di garantire la tutela dei cittadini utenti secondo quanto stabilito nella Carta dei Servizi Sanitari, adottata ai sensi dell'art.2 del D.P.C.M. 19 maggio 1995, definendo le modalità di presentazione e di gestione delle segnalazioni, reclami, suggerimenti ed encomi verso atti, comportamenti o fatti, relativi a prestazioni sanitarie, sociosanitarie o servizi erogati sia dalla ASL Roma 3 che dalle strutture accreditate che insistono sul territorio aziendale.

L'ASL Roma 3 riconosce come impegno prioritario la costante verifica dell'adeguatezza delle prestazioni offerte ed il miglioramento degli standard qualitativi delle stesse.

Con la presente procedura sono, pertanto, definite le modalità operative adottate dall'Azienda, attraverso la UOSD Comunicazione Istituzionale e URP, in merito:

- alla gestione dei reclami e delle segnalazioni presentate dagli utenti;

- alla messa in atto di azioni di miglioramento che, suggeriti dall'accoglimento delle istanze, siano in grado di determinare la rimozione delle criticità e permettere livelli di efficienza, efficacia e di gradimento così come attesi dagli utenti;
- alla corretta classificazione degli eventi e la conseguente attività di report.

Per quanto sopra precisato, la procedura deve intendersi come strumento di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure della ASL Roma 3.

2.0 Campo di applicazione

Il campo di applicazione della procedura riguarda tutti i professionisti della UOSD Comunicazione Istituzionale e URP e le diverse UO dell'Azienda, ivi incluse le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, che vengono a conoscenza direttamente o, per il tramite della UOSD Comunicazione Istituzionale e URP, di segnalazioni, reclami, suggerimenti ed encomi verso atti, comportamenti o fatti, relativi a prestazioni sanitarie e non sanitarie.

3.0 Terminologia e abbreviazioni

URP	Ufficio Relazioni con il Pubblico
UO	Unità Operative
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UOS	Unità Operativa Semplice
CDC	Casa della Comunità
ODC	Ospedale di Comunità
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
D.Lgs	Decreto Legislativo
GU	Gazzetta Ufficiale
L.R.	Legge Regionale
s.m.i.	successive modifiche e integrazioni
D.C.A	Decreto del Commissario ad Acta

DSA	Direzione Strategica Aziendale
Reclamo	Espressione di insoddisfazione formale, ovvero sottoscritta, con la quale il cittadino (sia singolo che organizzato) esprime un disagio e/o disservizio nei confronti dell'Azienda che richiede un'istruttoria complessa e una risposta da parte dell'Azienda stessa.
Segnalazione	Osservazione, indicazione specifica 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.
Elogio/Encomio	Espressione di soddisfazione del cittadino/utente, presentata all'Azienda sotto qualsiasi modalità e in forma scritta.
Suggerimento/Proposta	Segnalazione che ha lo scopo di fornire indicazioni volte al miglioramento dei servizi.
Segnalazione a mezzo stampa/social media	Segnalazioni sui servizi che vengono pubblicate su mezzi di comunicazione pubblici (mass media o social media).
Disservizio	E' mal funzionamento o una mancanza di efficienza del servizio sanitario che causa un disagio, scarsa comunicazione, difficoltà nell'accesso alle cure, o problemi organizzativi.
Customer satisfaction	Misura la soddisfazione dei pazienti su qualità, tempi e umanizzazione delle cure, usando questionari anonimi per raccogliere feedback (cortesia, chiarezza informazioni, igiene, condizioni dei Presidi aziendali, etc) al fine di migliorare i servizi, monitorare la qualità e creare una cultura partecipativa, nel rispetto della privacy, analizzando dati aggregati per interventi mirati e migliorando l'esperienza complessiva del paziente.

4.0 Titolari del diritto di tutela

La tutela può essere richiesta da qualsiasi utente che usufruisce dei servizi erogati dall'Azienda Sanitaria nonché dei servizi erogati dai professionisti convenzionati con l'Azienda sanitaria e dalle strutture private accreditate in rapporto con l'Azienda Sanitaria.

5.0 Modalità esecutive

La tutela è prevista:

a) per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato al reclamante la fruibilità delle prestazioni;

b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi sanitari, in particolare:

- della Carta dei Servizi adottata dall'ASL Roma 3;
- dei principi contenuti nel D.P.C.M. 19 maggio 1995 e nella direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 27 gennaio 1994 ("Principi sull'erogazione dei servizi pubblici");
- del codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. del 16 aprile 2013, n. 62 - Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (GU n.129 del 4-6-2013);
- dei codici deontologici delle professioni sanitarie;
- dei principi contenuti negli accordi nazionali di lavoro in merito a doveri e norme comportamentali dei dipendenti;
- della legge 241/90;
- delle norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche (Decreto 165 del 30 marzo 2001);
- delle eventuali carte dei diritti firmate dall'ASL Roma 3 con le Associazioni di volontariato e/o gli organismi di tutela.

5.1 Presentazione del Reclamo/Disservizio

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 (Modulo di Delega – All.3), specificando nello stesso, l'intestatario della segnalazione e chi fa la segnalazione, nel rispetto delle norme dettate in materia di privacy.

5.2 Modalità e tempi di presentazione

Gli utenti o gli altri soggetti, così come sopra precisati, esercitano il proprio diritto inoltrando la comunicazione redatta su carta bianca o avvalendosi dell'apposito modello Modello-Segnalazione-URP-agosto-2025.pdf completo in ogni sua parte, reperibile anche sul sito aziendale all'indirizzo Urp - Asl Roma 3 ed inoltrando la comunicazione attraverso una delle seguenti modalità:

- e-mail URP territoriale: urp@aslroma3.it;
- e-mail URP ospedaliero: urp.ospedalegrassi@aslroma3.it;
- PEC: urp@pec.aslroma3.it
- colloquio diretto o telefonico Numero Verde 800 018 972, con gli operatori dell'URP propedeutico alla trasmissione scritta e firmata dal presentante;
- consegna a mano presso gli URP aziendali consultabili al seguente link del sito Aziendale Urp - Asl Roma 3 oppure presso la Sede legale della ASL Roma 3, Via Casal Bernocchi 73 - 00125 Roma, Ufficio protocollo.

In caso d'impossibilità dell'interessato, l'istanza potrà essere presentata da altro soggetto interessato, utilizzando il modello presente sul Sito della Asl Roma 3 all'indirizzo: Modello-Segnalazione-URP-agosto-2025.pdf

Qualora una struttura organizzativa aziendale diversa dall'URP riceva un reclamo/segnalazione/disservizio, è tenuta ad inoltrarlo all'URP.

Qualora il reclamo pervenga dagli Uffici del Difensore Civico della Regione o dall'Urp Sanità della Regione Lazio, l'URP della Asl Roma 3, a seguito del ricevimento dello stesso, si attiverà come da procedura aziendale.

I casi segnalati all'URP, gestiti direttamente dall'ufficio coinvolto, che consentono una rapida soluzione, non vengono registrati come reclami, ma come "rilievi".

I reclami anonimi, i "rilievi" e qualsiasi segnalazione di disservizio presentata oralmente o a mezzo stampa sono comunque utilizzati dall'URP nell'ambito del suo compito istituzionale, al fine di proporre adeguamenti e correttivi per favorire l'ammodernamento delle strutture, la semplificazione dei linguaggi e l'aggiornamento delle modalità con cui l'Azienda si propone all'utenza.

I reclami/segnalazioni/disservizi dovranno essere presentati, nei modi sopra elencati, di norma entro 15 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza del disservizio o comportamento lesivo dei propri diritti, in armonia con il disposto dell'art. 14 comma 5 D.Lgs. 502/92 e successive modifiche.

L'Azienda può valutare anche reclami presentati oltre tale termine se il ritardo è giustificato dalle condizioni ambientali e personali del soggetto titolare del diritto di tutela, sempre che sia possibile procedere all'accertamento dei fatti.

5.3 Adempimenti preliminari

L'URP riceve i reclami/segnalazioni/disservizi, provvede a protocollarli direttamente o presso il protocollo generale informatizzato dell'Azienda, all'archiviazione degli stessi nel "Programma di gestione delle segnalazioni" nel rispetto del diritto alla riservatezza degli utenti, e a:

a) dare sollecita risposta all'utente, a firma del Direttore Generale, per i reclami che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione. L'URP interpella comunque gli uffici, le UU.OO. o strutture interessate per informare del reclamo affinché adottino tutte le misure necessarie ad evitare la persistenza dell'eventuale disservizio;
b) avviare, per gli altri casi, l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi conoscitivi del caso trasmettendo la segnalazione alla Direzione della struttura interessata per verificare i fatti esposti per predisporre la risposta a firma del Direttore Generale. Per questo viene chiesta una relazione al Responsabile del servizio, su quanto riferito nel reclamo ed eventuali provvedimenti adottati o le modifiche organizzative che si intendono attivare per prevenire il ripetersi del problema evidenziato;
c) monitorare l'esito delle segnalazioni inoltrate, con una procedura interna (allegando la stessa al fine di verificare periodicamente le risposte pervenute), attraverso il programma gestionale Urp e nel caso entro 30 giorni dalla data di inoltro non perverrà una relazione da parte del Responsabile del servizio coinvolto, invierà un primo sollecito tramite protocollo, alla Direzione della struttura interessata al quale farà seguito, dopo ulteriori 30 giorni, un secondo sollecito. Infine, passati 90 giorni complessivi previsti dalla L.241/90 e s.m.i., senza che la struttura competente abbia dato riscontro, l'Urp chiuderà la segnalazione considerando il reclamo come inevaso per mancata risposta e segnalandolo alla Direzione Generale;
d) nei casi in cui si ravvisi un fatto che possa dare origine a responsabilità penali, civili o amministrative, dare notizia della vicenda e consegnare copia della relativa documentazione all'Ufficio Legale che ne diventa l'unico referente;
e) nei casi in cui si ravvisi un rischio clinico dalla segnalazione presentata, inviare, attraverso la scheda "Incident reporting", al link intranet: Scheda Incident Reporting la segnalazione alla Unità Risk Management;

f) attivare anche - fermo restando l'obbligo di una risposta all'utente, sulla base del reclamo ricevuto - procedure di chiarimento diverse da quelle delineate, promovendo, ove si incontrino le necessarie disponibilità, incontri informali fra utente e operatori coinvolti, al fine di chiarire più rapidamente i fatti.

Nell'espletamento delle attività, di cui ai punti precedenti, è assicurato il raccordo con la Direzione Strategica Aziendale.

Le attività di cui sopra si applicano anche quando il reclamo è presentato tramite il Difensore Civico Regionale, l'Urp Sanità, altri Enti o Associazioni di volontariato e tutela.

I dipendenti dell'Azienda sono tenuti a fornire la necessaria collaborazione all'URP per gli adempimenti loro richiesti, ai sensi della presente procedura.

Costituisce violazione dei doveri d'ufficio non dare seguito alle richieste, senza adeguata motivazione e, pertanto, tale difetto di collaborazione è segnalato ai competenti organi aziendali per le valutazioni di competenza.

5.4 Attività istruttoria.

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

L'URP, per l'espletamento dell'attività istruttoria, può:

1	Acquisire tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio, consultare e ottenere copia di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento.
2	Richiedere relazioni o pareri di tecnici ed esperti dell'Azienda Asl Roma 3.
3	Accedere agli uffici o reparti per adempiere gli accertamenti che si rendano necessari.
4	Informare la Direzione Sanitaria e/o Amministrativa nei casi in cui vengano in rilievo aspetti di competenza tecnico-professionale, concordando con essa le modalità di risposta.
5	Informare U.O.C. Affari Generali e Attività Libero Professionale, l'Ufficio procedimenti disciplinari e l'Ufficio legale nei casi relativi a ipotesi di possibili responsabilità civile o disciplinare a carico di dipendenti, concordando le modalità di risposta all'utente.

L'URP, acquisita la documentazione necessaria, trasmette l'istanza alla/e U.O. dell'Azienda coinvolte, vigilando sullo stato di avanzamento dell'istruttoria controllando che siano rispettati i tempi previsti dalla normativa per il riscontro.

I Direttori delle U.O. aziendali coinvolti devono fornire ogni informazione utile e necessaria al fine di consentire al dirigente della UOSD Comunicazione Istituzionale e URP un tempestivo ed esaustivo riscontro all'utente.

Le istanze pervenute per il tramite di Associazioni e/o altre Istituzioni (Regione, Ministero, ecc.) saranno trattate come alla presente procedura.

5.5 Risposta all'utente

L'URP fornisce all'utente una risposta scritta, almeno interlocutoria, con la massima celerità e comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento del reclamo. Nel caso in cui la segnalazione si riveli di complessa definizione e l'istruttoria si protragga oltre i 30 giorni previsti, tale termine potrà essere prorogato, previa comunicazione a chi ha presentato la segnalazione, per un tempo che comunque non potrà essere superiore a 90 gg.

La lettera di risposta all'utente, è sottoscritta dal Dirigente Responsabile UOSD Comunicazione Istituzionale e URP e firmata dal Direttore Generale della Asl Roma 3. Copia della risposta inviata all'utente è trasmessa al Direttore della Struttura interessata, per l'eventuale adozione delle misure e dei provvedimenti necessari.

Le proposte e/o suggerimenti indirizzati a migliorare sia i servizi che la qualità delle prestazioni erogate, saranno inviate ai Responsabili di Struttura, ma non daranno luogo a risposta formale all'utente e non vengono registrati nel programma di gestione delle segnalazioni.

Gli elogi, intesi quali espressioni di apprezzamento indirizzati dai cittadini a singoli o gruppi di operatori che si sono dimostrati particolarmente disponibili e comprensivi al momento del contatto con il servizio, saranno registrati come "apprezzamenti" nel "Programma di gestione delle segnalazioni" e riportati nel report annuale presentato alla Direzione Generale.

Gli encomi, intesi quali indicazioni da parte degli utenti di comportamenti eccezionali degli operatori atti a prodigarsi al di là di ogni consueta attività lavorativa al fine di risolvere il problema sanitario, saranno inviati, a firma del Direttore Generale, all'operatore interessato e al Direttore dell'Area personale per l'inserimento nel fascicolo personale.

5.6 Relazione di servizio

Il Dirigente della UOSD Comunicazione Istituzionale e URP predispone per la Direzione Generale, report annuali utilizzando i dati inseriti nel "Programma di gestione delle segnalazioni" corredati da dati statistici circa le segnalazioni pervenute, le decisioni adottate, le strutture interne interessate, ivi incluse le Case della Comunità e Ospedali di Comunità, e sui provvedimenti da queste assunti per rimuoverne le cause.

La relazione, in rapporto ai fatti accertati, individua i punti critici dell'organizzazione aziendale e formula proposte al riguardo.

I report annuali verranno pubblicati sul Sito della Asl Roma 3: www.aslroma3.it.

5.7 Esercizio della tutela nelle strutture private

Gli esposti e le segnalazioni riguardanti fatti imputabili a soggetti erogatori di servizi pubblici sanitari che intrattengono specifici rapporti con l'ASL Roma 3 sono inoltrati all'URP.

Le procedure di accreditamento devono prevedere e assicurare agli utenti delle strutture private la tutela prevista dalla presente procedura.

6.0 Matrice delle Responsabilità

Attività	**UOSD Comunicazione Istituzionale e URP**	**Direttori/Dirigenti Responsabili UU.OO. che riceve Reclamo - segnalazione**	**Risk manager**	**Direzione strategica Aziendale**	**UOC Affari Generali**	**Utente/ cittadino**
Invio all'URP reclamo/disservizio/ segnalazione/ encomio	C					**R**
Invio all'URP del reclamo/segnalazione/disservizio/ encomio trasmessa a struttura diversa dall'URP	C	**R**				
Registrazione segnalazione/disservizio/reclamo e avvio istruttoria entro 5 gg	**R**	C	I***	I*	I**	I

dal ricevimento (richiesta relazione)						
Relazione sulla segnalazione/disservizio/reclamo	C	**R**				
Formulazione e inoltro risposta all'utente segnalazione/disservizio/reclamo	**R**	I		C		I

Legenda: R-Responsabile C- Coinvolto I Interessato

*in caso di rilievo su aspetti di competenza tecnico-professionale

** nei casi relativi a ipotesi di possibili responsabilità civile o disciplinare a carico di dipendenti

***si ravvisi un rischio clinico dalla segnalazione presentata, inviare, attraverso la scheda "Incident reporting"

7.0 Bibliografia/Riferimenti normativi

- art. 14 comma 5 D.Lgs. 502/92
- art.2 del D.P.C.M. 19 maggio 1995.
- Carta dei Servizi dei Servizi
- 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.
- 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.;
- 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;
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici
- 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"

- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995, n. 65 “Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari”
- Ministero della Sanità, Linee guida 2/95 “Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale”;
- Legge del 7 giugno 2000 n.150, “Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni”
- D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- 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”;
- Direttiva del Ministero per l’innovazione e le tecnologie del 27 novembre 2003 “Direttiva per l’impiego della posta elettronica nelle pubbliche amministrazioni”;
- 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”;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i.
- 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.
- Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. del 16 aprile 2013, n. 62 - Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. (GU n.129 del 4-6-2013);

8.0 Archiviazione e diffusione

Il Responsabile della Documentazione di Dipartimento/Area/POU, dopo la codifica effettuata dal Referente della Qualità Aziendale, diffonde con nota protocollata il documento ai destinatari previsti dalla Procedura.
La documentazione viene archiviata in originale a cura del Responsabile della Documentazione del POU e in copia a livello di UU.OO. dal Direttore della U.O.C. e/o Coordinatore Infermieristico/Tecnico in luogo accessibile e noto a tutti gli operatori afferenti alla Struttura, ed acquisiscono le firme per ricevuta informazione che verranno inviate alla UOC Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio.

In copia presso la UOC Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio dove il Responsabile della Qualità aziendale archivia tutta la documentazione nel Manuale della Qualità aggiornandolo sul portale aziendale

9.0 Criteri e strumenti di valutazione per la redazione della relazione di servizio

L' URP inserisce tutte le tipologie di comunicazioni scritte dall'utenza e le relative risposte in un data base dedicato e predispone relazioni alla Direzione Strategica con cadenza annuale (cfr punto 5.6), allegando una reportistica secondo una griglia adottata a tal fine (Allegato1), comprensiva di strategie utili a rimuovere i disservizi e migliorare la qualità dei servizi.

N° di percorsi corretti di reclami-segnalazioni/Tot. dei reclami-segnalazioni pervenute in un anno (valore atteso 95%)

Percentuale di reclami con riscontro entro 30 giorni/Tot. dei reclami/anno (valore atteso 80%)

Fonte dei dati: UOSD Comunicazione Istituzionale e URP.

10. Allegati

Allegato 1 - CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEI RECLAMI/SEGNALAZIONI

Allegato 2 – MODELLO DELEGA

Allegato 1 - CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEI RECLAMI/SEGNALAZIONI

La creazione di un elenco di classificazione delle tipologie di reclami/segnalazioni/suggerimenti ed encomi, che andrà ad alimentare un database, fornisce un contributo metodologico 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).

Allegato 2 – MODELLO DELEGA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 3
REGIONE LAZIO

MODELLO DELEGA

__sottoscritt_.....nat_a.....il.....

residente a.....via.....n.....cap.....

tipo di documento.....numero.....

rilasciato da.....il.....*

DELEGA

Il sig./Sig.ra.....nat_a.....il.....

residente a.....via.....n.....

rilasciato da.....il.....**

per la presentazione della segnalazione per proprio conto.....

.....

Roma lì.....

Firma del delegante

Privacy: *Informativa breve per il trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del GDPR.*
Il Titolare del trattamento dei dati raccolti con il presento modulo è l'ASL ROMA 3 con sede legale a ROMA nella Via Casal Bernocchi n. 73 cap. 00125, contattabile scrivendo a direzione.generale@pec.aslroma3.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a direzione@nbconsulting.it oppure alle pec direzione@pec.nbconsulting.it. Il Titolare tratta i tuoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, in particolare per finalità strettamente connesse alla gestione della richiesta cui si riferisce il presente modulo, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per poter dare seguito alla tua richiesta. L'eventuale rifiuto di fornire i dati richiesti comporterà l'impossibilità di procedere all'istruttoria. I dati saranno trattati da personale autorizzato e, se necessario, potranno essere comunicati a soggetti esterni designati come Responsabili del trattamento ai sensi dell'art. 28 del GDPR. I dati non saranno diffusi né trasferiti verso Paesi terzi, salvo quanto previsto dalla legge o autorizzato con consenso esplicito. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario a conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e, successivamente, in conformità alle norme sulla conservazione degli atti amministrativi. In qualsiasi momento puoi esercitare i diritti riconosciuti dagli articoli da 15 a 22 del GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione), scrivendo al Titolare o al Responsabile della Protezione dei Dati ai recapiti sopra indicati. Hai inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR.

*Copia documento dichiarante
**Copia documento delegato

DIAGRAMMA DI FLUSSO

