



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE.....	3
2	SCOPO.....	3
3	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
4	RIFERIMENTI.....	3
5	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	5
6	MODALITA' DI ESERCIZIO DELLA PUBBLICA TUTELA IN AOUC	6
7	TITOLARI DEL DIRITTO DI TUTELA.....	6
8	MODALITA' DI INOLTRO RECLAMO.....	6
9	TEMPI DI PRESENTAZIONE	7
10	ESAME PRELIMINARE DEL RECLAMO	7
10.1	REPORT RECLAMI PERVENUTI.....	8
11	ISTRUTTORIA DEL RECLAMO	8
11.1	RECLAMI DA SOTTOPORRE A CGS.....	8
11.1.1	PARERE DEL COMITATO GESTIONE SINISTRI (CGS).....	8
11.2	RECLAMI NON RICONDUCIBILI ALLA GESTIONE SINISTRI	9
12	MODALITA' E TEMPI DI RISPOSTA ALL'UTENTE.....	10
13	ESAME ED ISTRUTTORIA DELLE SEGNALAZIONI	10
14	GESTIONE DELLE PRESE IN CARICO	10
15	ANALISI PROATTIVA DI RECLAMI E SEGNALAZIONI.....	11
16	GESTIONE DEI RINGRAZIAMENTI, APPREZZAMENTI, ELOGI	11
17	REGISTRAZIONE DI RECLAMI, SEGNALAZIONI, PRESE IN CARICO E RINGRAZIAMENTI.....	11
18	REPORTISTICA	11
19	AZIONI DI MIGLIORAMENTO SULLA QUALITA' DEI SERVIZI	12
20	COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA	13
20.1	PRESUPPOSTI DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA	13
20.2	COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA	14
20.3	MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA	14
20.4	PROCEDURA DI RIESAME	15
20.5	DECISIONE	16
21	IL DIFENSORE CIVICO REGIONALE.....	17
22	IL RUOLO DELLA REGIONE.....	17
23	DISPOSIZIONI FINALI	17
24	STRUMENTI DI REGISTRAZIONE.....	17
25	LISTA DI DISTRIBUZIONE	17



Gruppo di redazione: Filomena Autieri, Anna Maria Bartolini, Claudio Carpini, Tiziana Civai, Maria Angela Gambogi

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Claudio Carpini	Resp. Gestione percorsi Accoglienza e URP	21/12/2018	Firmato in originale
VERIFICA	Manuela Benelli	U.O. AQRM	28/12/2018	Firmato in originale
APPROVAZIONE	Rocco Donato Damone	Direttore Generale	07/01/2019	Firmato in originale

1 INTRODUZIONE

L'Azienda si impegna a garantire la tutela dei cittadini/utenti dei suoi servizi, sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, dalla Carta dei Servizi Sanitari, adottata ai sensi del DPCM 19 maggio 1995 e dalla *Carta dei Diritti e dei Doveri dei Cittadini* adottata d'intesa con le organizzazioni dei cittadini accreditate.

Nell'ambito della funzione di tutela, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi si impegna a garantire la riservatezza dei dati personali e sensibili secondo quanto previsto dal D. Lgs 196/2003 (codice della privacy).

2 SCOPO

La presente Procedura, nell'ambito del più ampio contesto della Carta dei Servizi Sanitari, ha lo scopo di definire i percorsi di tutela che possono essere attivati dal cittadino, le modalità di gestione dei reclami e dei tempi di risposta al fine di garantire:

- a) L'individuazione delle situazioni di disagio e di insoddisfazione espresse dal cittadino/utente per fornire una risposta in tempi rapidi a tali istanze;
- b) L'analisi delle esigenze degli utenti per contribuire al monitoraggio ed al miglioramento della qualità dei servizi;
- c) La consapevolezza del personale interno riguardo agli aspetti problematici segnalati dai cittadini/utenti;
- d) Il contributo all'Osservatorio Regionale della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari per la registrazione costante della qualità percepita dai cittadini/utenti.
- e) L'elaborazione dei dati acquisiti anche in funzione del Programma di implementazione di gestione del rischio di cui al Provvedimento del D.G. n 41 dell'8 febbraio 2005.

3 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Procedura viene applicata da tutte le strutture e da tutti i dipendenti dell'Azienda; si estende a quanti hanno collaborazioni o rapporti professionali con l'Azienda e anche alle Associazioni di Volontariato e di Tutela che hanno sottoscritto il Protocollo Attuativo.

E' fatto espressamente obbligo ad ogni struttura organizzativa dell'Azienda che riceva un reclamo di qualsiasi natura di inoltrarlo all'URP, secondo le modalità indicate nel successivo paragrafo 8.

Il presente Regolamento integra e sostituisce la Procedura P/903/28 "Procedura operativa gestione reclami , segnalazioni e prese in carico"

4 RIFERIMENTI

- L. 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- L. 7 giugno 2000, n. 150 *"Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"*



- L. 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. *“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”*;
- D. lgs 25 maggio 2016, n. 97 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”*;
- D.lgs 30 giugno 2003, n.196 *“Codice in materia dei dati personali”*;
- D.Lgs. n. 266 del 30 giugno 1993 e s.m.i. *“Riordinamento del Ministero della Sanità a norma dell’art. 1, comma 1, lettera h, della legge 23.10.1992 n. 421”*
- D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. Art. 14 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”*;
- D.P.R. 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”*;
- D.P.C.M. 19 maggio 1995 *“Schema generale di riferimento della “Carta dei Servizi Pubblici Sanitari”*;
- L.R.T. n. 75/2017 *“Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell’utenza nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale. Modifiche alla L.R.T. 40/2005”*;
- L.R.T. 28 dicembre 2015, n. 84 *“Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. 40/2005”*;
- L.R.T. 27 aprile 2009, n. 19 *“Disciplina del Difensore Civico Regionale”*;
- L.R.T 5 agosto 2009 n° 51 *“Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento”* aggiornata con le modifiche introdotte da L.R.T.2 agosto 2016 n° 50
- L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i. *“Disciplina del Servizio Sanitario Regionale”*;
- D.G.R.T. 26 febbraio 2018, n. 177 *“Indirizzi regionali per il funzionamento degli organismi di partecipazione di cui alla L.R.T. 75/2017”*;
- D.G.R.T. 15 gennaio 2018, n. 21 *“Nuovi indirizzi regionali per il regolamento di funzionamento della Commissione Mista Conciliativa. Revoca parziale DGR 996/2016”*;
- D.G.R.T. 11 ottobre 2016 n. 996 *“Direttive regionali per l’esercizio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario della Toscana”*;
- D.G.R.T. 28 aprile 2014, n. 335 *“Il patto con il cittadino nuovo repertorio di impegni per la carta dei servizi sanitari con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica”*;
- DGRT n. 46 del 30 gennaio 2012 *“Costituzione Gruppo dell’Accademia del Cittadino della Regione Toscana (GART)”*;
- D.G.R.T. 4 giugno 2007, n. 404 *“Percorso Privacy nella Sanità Toscana Direttive alle Aziende Sanitarie sui profili privacy nell’esercizio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario Toscano”*;
- D/903/54: *“Regolamento di Pubblica Tutela”* (approvato con provvedimento del Direttore Generale n. 120 del 28, n. marzo 2007);
- D.G.R.T. 29 maggio 2006, n. 392 *“Direttive regionali alle Aziende Sanitarie sulla gestione del Sistema integrato di Tutela di cui al PSR 2005/2007 in relazione al Percorso Privacy nella Sanità Toscana”*;
- D.G.R.T. 9 gennaio 2006, n. 10 *“Aggiornamento Osservatorio Regionale Carta dei Servizi Pubblici Sanitari (D.C.R. 60/2005 modifica D.G.R. 1366/2003)”*;
- D.G.R.T. 17 maggio 2004, n. 462 *“Direttive regionali per l’esercizio della tutela degli utenti del Servizio Sanitario della Toscana”*;
- Provv. D.G. AOUC 18 giugno 2018, n. 383 *“Approvazione del protocollo d’intesa con le associazioni di volontariato, assistenza socio-sanitaria, tutela e promozione sociale”*;
- Provv. D. G. AOUC 6 ottobre 2016, n. 549 *“Progetto Accoglienza”*;



- Provv. D.G. AOUC n. 39 del 29/01/ 2015 “Approvazione del Regolamento del Comitato di Partecipazione Aziendale”;
- Provv. D.G. AOUC 18 luglio 2014, n. 499 “Adozione del Codice etico e di comportamento aziendale”;
- Provv. D.G. AOUC n. 763 del 31.12.2010 e s.m.i. “Istituzione Comitato Gestione Sinistri”;
- Provv. D.G. AOUC n. 41 dell’8 febbraio 2005 “Azioni di miglioramento dell’appropriatezza dell’assistenza: approvazione di un percorso aziendale di risk management. Costituzione di un comitato aziendale ed individuazione dei gruppi esecutivi”;

5 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **Comunicazione:** è qui intesa concettualmente quale partecipazione ad altri (per scritto, a voce o telematica) di notizie, fatti, situazioni o propri stati d’animo.
- **Chiusura:** si realizza attraverso la trasmissione al cittadino/utente della comunicazione scritta di risposta al reclamo o alla segnalazione.
- **Evento:** è qui inteso come accadimento o stato positivo (elogio) o negativo (reclamo) ed è l’entità concettuale che dà origine alla prima comunicazione del cittadino.
- **Presa in carico:** è la richiesta di aiuto dei cittadini/utenti che segnalano un disservizio, o in generale, ostacoli incontrati nell’accesso ai servizi, gestita direttamente dal personale URP con l’immediata soluzione del problema rilevato, che non porta di conseguenza ad una formalizzazione per iscritto.
- **Reclamo:** è una comunicazione formale di disservizio, sottoscritta ed indicante i dati della persona che sporge il reclamo, che implica una risposta di chiarimento da parte dell’Azienda.
- **Ringraziamento, apprezzamento ed elogio:** sono tipologie positive di segnalazione che possono essere rese dai cittadini/utenti con le stesse modalità dei reclami o segnalazioni scritte.
- **Segnalazione:** è una osservazione, un rilievo che non necessariamente attiva la procedura tipica del reclamo, ma che può esitare in una risposta all’interessato da parte dell’Azienda. La segnalazione può anche essere anonima.

- AAGG: UOc Affari Generali
- AALL: UOc Affari Legali
- AGENAS: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari
- AOUC: Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi
- AQRM: UOs Accreditamento Qualità e Risk Management
- CGS: Comitato Gestione Sinistri
- CMC: Commissione Mista Conciliativa
- CRM: ClinicalRisk Management
- DA1: Dipartimento ad Attività Integrata
- DO: Direzione Operativa
- DPS: Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- GART: Gruppo Accademia del cittadino Regione Toscana
- LEA: Livelli Essenziali di Assistenza
- RSD: Responsabile Sanitario Dipartimento ad Attività Integrata
- SOD: Struttura Organizzativa Dipartimentale
- UO: Unità Operativa
- URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico



6 MODALITA' DI ESERCIZIO DELLA PUBBLICA TUTELA IN AOUC

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assicura l'ascolto attivo delle istanze dei cittadini e, al fine di garantirne la tutela nei confronti di atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni erogate dall'Azienda, raccoglie e gestisce i reclami e le segnalazioni.

L'esercizio della tutela è prevista:

- a) per qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato la fruibilità delle prestazioni,
- b) per qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi socio-sanitari.

L'Azienda riconosce agli utenti dei suoi servizi due livelli di tutela:

- l'URP, in prima istanza;
- il Difensore Civico Regionale in seconda istanza.

Fermo restando l'obbligo di una risposta all'utente sulla base del reclamo ricevuto, l'URP può attivare procedure di gestione diretta del reclamo diverse da quelle di seguito delineate, finalizzate a ripristinare la corretta interrelazione fra gli utenti e le strutture aziendali interessate.

L'Azienda rende pubbliche le modalità con cui può essere richiesta la tutela, attraverso il sito WEB istituzionale.

La presentazione del reclamo non sostituisce la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale e/o amministrativa e non ne interrompe i termini (V. art. 14 D.lgs 502/92 comma 5).

Ai sensi dell'art.14, comma 5, del D.lgs. 502/92, l'Azienda ha stipulato protocolli d'intesa con le Associazioni di volontariato e tutela, prevedendo fra l'altro la disponibilità di spazi all'interno dell'Azienda, in condivisione tra le suddette associazioni, per l'attività di tutela e promozione dei diritti, accoglienza, orientamento e informazioni (vedi art. 2 del protocollo d'intesa tra l'AOUC e le Associazioni di Volontariato di Assistenza Socio-Sanitaria, di Tutela e di promozione Sociale".

7 TITOLARI DEL DIRITTO DI TUTELA

La tutela può essere richiesta da qualsiasi utente dei servizi erogati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

La richiesta di tutela può essere inoltrata direttamente dall'interessato o tramite parenti, affini, Associazioni di Volontariato e Tutela, nel rispetto delle norme dettate dal D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196 e dalle disposizioni regionali in materia.

In particolare, nel caso di reclami presentati per il **tramite di Associazioni di Volontariato e Tutela**, queste ultime sono tenute a dichiarare formalmente di essere state autorizzate dall'utente al trattamento dei dati che lo riguardano, ad agire per conto dell'utente e ad avere copia della risposta inviata dall'Azienda all'utente stesso.

Nel caso di reclami presentati **da parenti o affini dell'utente**, cui si riferisce il disservizio, è necessaria l'autorizzazione dell'utente stesso tramite delega scritta, nei casi previsti dalla legge.

8 MODALITA' DI INOLTRO RECLAMO

I soggetti di cui al precedente punto esercitano il proprio diritto comunicando la propria istanza mediante:



1. comunicazione scritta, anche con l'utilizzo del modello predisposto dall'Azienda e disponibile sia presso l'URP, sia nel sito WEB istituzionale con le seguenti modalità:
2. consegna di persona all'URP c/o il Padiglione NIC 1
3. trasmissione per posta all'indirizzo: URP dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Largo Brambilla, 3 50134 Firenze
4. per fax al n. 055 7947791
5. per e-mail: allegando il file del reclamo sottoscritto ai seguenti indirizzi di posta elettronica:
 - a. urp@aou-careggi.toscana.it;
 - b. per i possessori di PEC: aoucareggi@pec.it;
 - c. protocollo@aou-careggi.toscana.it
6. colloquio diretto o telefonico con gli operatori dell'URP al numero 055/7947790. In questo caso il personale dell'URP dovrà invitare l'utente alla sottoscrizione del reclamo e all'invio del medesimo secondo le modalità previste.
7. inserimento delle schede, a tal scopo predisposte, all'interno di appositi contenitori (urne) dislocati nei padiglioni dell'Azienda. A cadenza periodica, gli operatori URP provvedono a raccoglierle ed a rifornire i padiglioni di nuove schede.

E' fatto obbligo che ogni struttura organizzativa dell'Azienda che riceva un reclamo, segnalazione di qualsiasi natura da parte degli utenti dovrà inoltrarlo al Settore Tutela dell'URP, anche nel caso venga trattato e risolto direttamente dagli operatori della struttura

Nel caso di reclami presentati da parenti o affini dell'utente, cui si riferisce il disservizio, è necessaria l'autorizzazione dell'utente stesso tramite delega scritta (M/903/D54-A), nei casi previsti dalla legge.

9 TEMPI DI PRESENTAZIONE

I reclami dovranno essere presentati nei modi sopra elencati, di norma entro 60 giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti.

L'amministrazione può valutare anche reclami presentati oltre tale termine, sempre che sia possibile procedere all'accertamento dei fatti.

10 ESAME PRELIMINARE DEL RECLAMO

L'istruttoria del reclamo è gestita dal Settore Tutela dell'URP che riceve i reclami e provvede a:

1. analizzarli al fine di evidenziare le criticità riferite dall'utente e conseguentemente stabilire le modalità di gestione dell'istruttoria;
2. dare sollecita risposta all'utente per i reclami che si presentano di univoca e certa definizione. Anche in questo caso L'URP provvede comunque a fornire riscontro ai Direttori o Responsabili delle strutture interessate e informazione al Direttore della UO AQRM;
3. individuare i reclami da sottoporre al parere del CGS specificato al successivo punto 11.1;
4. predisporre l'attività istruttoria per i reclami, come specificato al punto 11.2;
5. inviare al Referente aziendale privacy i reclami inerenti ipotesi di violazione del diritto alla riservatezza degli assistiti connesse alla erogazione delle prestazioni sanitarie;
6. inviare al Responsabile della prevenzione dell'anticorruzione le pratiche attinenti ai profili d'interesse;



7. nei casi in cui si ravvisi un fatto che possa dar origine a responsabilità penali, dare notizia della vicenda alla Direzione Aziendale e consegnare copia della relativa documentazione all'UO Affari Legali;
8. trasmettere al Difensore Civico Regionale le pratiche individuate nella normativa di riferimento.

10.1 REPORT RECLAMI PERVENUTI

Il Settore Tutela predispose settimanalmente un report dei reclami pervenuti da sottoporre al CGS. Lo stesso report viene inviato a: Segreteria Direzione Generale, Segreteria Direzione Sanitaria, Responsabile Staff Direzione Aziendale, al Clinical Risk manager aziendale, Direttore UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Responsabile UO Supporto alle funzioni Direzionali e integrazione organizzativa, Responsabile Ufficio Stampa, Responsabile della prevenzione dell'anticorruzione. E per conoscenza al Responsabile Gestione dei Percorsi di Accoglienza e Relazioni con il Pubblico.

11 ISTRUTTORIA DEL RECLAMO

Il Settore Tutela, per l'espletamento dell'attività istruttoria, al fine di acquisire tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio, può:

- Acquisire tutti gli elementi necessari alla formazione del giudizio, consultare e ottenere copia, senza i limiti del segreto di ufficio, di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento;
- richiedere relazioni o pareri di tecnici ed esperti della Azienda;
- accedere agli uffici o servizi per adempiere gli accertamenti che si rendano necessari, anche in con la collaborazione delle strutture aziendali che attuano monitoraggi in ambiti specifici, o richiedere alle strutture competenti l'attivazione di attività di audit dedicata.

11.1 RECLAMI DA SOTTOPORRE A CGS

I reclami con le seguenti caratteristiche sono da sottoporre al parere del CGS::

- a) un contenuto tecnico-professionale, cioè riferito alle prestazioni diagnostiche, cliniche e assistenziali ricevute, senza richiesta di risarcimento danni o con riserva dello stesso;
- b) un contenuto misto, nel quale oltre ad aspetti tecnico professionali sono presenti anche altri aspetti (relazionali, organizzativi etc.), con o senza richiesta di risarcimento danni o da cui si evince una riserva dello stesso.

11.1.1 PARERE DEL COMITATO GESTIONE SINISTRI (CGS)

Per l'analisi delle suddette tipologie di reclami l'URP si avvale del supporto del CGS di cui il responsabile della Tutela o suo delegato è membro attivo e partecipa alle riunioni settimanali di analisi dei reclami e segnalazioni.

- 1) Il Settore Tutela si riunisce una volta alla settimana con il CGS, previo accordo tra i componenti, per stabilire la natura del reclamo e definirne la gestione;
- 2) analizzare i reclami che abbiano un profilo tecnico-professionale;
- 3) facilitare la presa in carico precoce di situazioni che partendo da criticità organizzative potrebbero avere profili risarcitori;
- 4) valutare la presa in carico secondo il modello di Qualità e Risk Management aziendale;



Il Settore Tutela procede a verbalizzare e conservare secondo modalità definite le decisioni assunte e quindi procede:

- a) Alla trasmissione alla UO AAGG dei fascicoli di loro competenza (sinistri) per quei reclami che contengono richieste risarcitorie, le sottintendono o sono da ritenersi presumibili. Al momento della presa in carico da parte della UO AAGG il reclamo/segnalazione viene subito registrato nell'applicativo informatico dei sinistri condiviso dai membri del CGS (da reclamo a sinistro). Con l'invio alla UO AAGG, l'istruttoria si considera conclusa per quanto riguarda gli adempimenti della Tutela.
- b) All'attività istruttoria per tutte le azioni decise e che esulano il procedimento amministrativo del sinistro secondo l'iter indicato al paragrafo 11.3

L'URP provvede a dare comunicazione all'utente della modalità di presa in carico avviata

11.2 RECLAMI NON RICONDUCEBILI ALLA GESTIONE SINISTRI

Il Settore Tutela predispone l'attività istruttoria del procedimento amministrativo:

1. contattando per vie brevi (telefono, mail) l'utente per comunicare direttamente la presa in carico della sua istanza ed avere ulteriori informazioni rispetto al reclamo scritto;
2. inviando la richiesta di chiarimenti al responsabile della struttura competente, identificata sulla base del contenuto del reclamo. A tal fine si precisa che:
 - a. nel caso siano coinvolti dirigenti medici l'interlocutore viene individuato, oltre che nel Responsabile della struttura, anche nel RSD e ne viene messo a conoscenza il Direttore del Dipartimento di afferenza.
 - b. Nel caso si tratti di personale sanitario di comparto l'interlocutore è individuato nella figura del Direttore del Dipartimento delle Professioni Sanitarie.
 - c. Nel caso si tratti di personale amministrativo addetto alle attività di accoglienza, l'interlocutore è individuato nel Responsabile Gestione percorsi di Accoglienza e Relazioni con il pubblico per le attività svolte presso il NIC e con il Responsabile della Piattaforma Servizi Integrati di Padiglione e Logistica Sanitaria per le attività svolte negli altri padiglioni dell'Azienda;

I suddetti interlocutori hanno il compito di rispondere agli aspetti evidenziati nel reclamo, attraverso una relazione scritta, previo accertamento dei fatti. Il tempo utile per l'invio di quest'ultima è fissato in 15 giorni dall'invio della richiesta di chiarimenti da parte del Settore Tutela.

Si ricorda che il Settore Tutela ha l'obbligo d'informare i Responsabili delle attività coinvolte nell'istruttoria delle azioni poste in essere e che **tutti i dipendenti** dell'Azienda sono tenuti a fornire la necessaria collaborazione al Settore Tutela per gli adempimenti loro richiesti. Costituisce violazione dei doveri d'ufficio non dare seguito alle richieste, senza adeguata motivazione e, pertanto, tale difetto di collaborazione è registrato nel sistema di registrazione dell'URP.

Nel caso in cui, trascorsi 15 giorni dall'invio della richiesta, i chiarimenti non siano pervenuti, il Settore Tutela provvede a sollecitare l'interlocutore.

Fermo restando l'obbligo di una risposta all'utente sulla base del reclamo ricevuto, l'URP può attivare procedure di chiarimento diverse da quelle delineate, anche promuovendo, ove si riscontrino le necessarie disponibilità, incontri fra utente e Responsabili delle strutture interessate.

Ottenuti i chiarimenti il Settore Tutela predispone bozza di risposta da sottoporre all'attenzione del Responsabile Gestione dei Percorsi di Accoglienza e Relazioni con il Pubblico, che sigla la lettera da porre



alla firma del Direttore Sanitario (delegato dal Direttore Generale). Copia della risposta viene sempre inviata al responsabile della struttura interessata dal reclamo e al Direttore della UO AQRM.

12 MODALITA' E TEMPI DI RISPOSTA ALL'UTENTE

Il Settore Tutela contatta l'utente tempestivamente per comunicare direttamente la presa in carico della sua istanza ed avere ulteriori informazioni rispetto al reclamo scritto. Predispone entro 30 giorni la risposta all'utente che, se interlocutoria, deve essere seguita da risposta definitiva entro i successivi 30 giorni. La risposta inviata all'utente è firmata dal Direttore Sanitario (delegato dal Direttore Generale). Copia della risposta viene sempre inviata al responsabile della struttura interessata dal reclamo e al Direttore della UO AQRM o suo delegato.

Nella risposta deve essere indicata la possibilità di chiedere, entro 30 giorni dal ricevimento, il riesame dell'istanza.

13 ESAME ED ISTRUTTORIA DELLE SEGNALAZIONI

Le modalità di presentazione delle segnalazioni sono le stesse dei reclami (paragrafo8).

L'istruttoria delle segnalazioni è gestita dagli operatori URP e dal Settore Tutela, secondo modalità di gestione delle segnalazioni e di risposta condivisa e uniforme sotto il profilo metodologico.

All'arrivo della segnalazione viene valutata, in base alla natura di questa, la necessità o meno di chiedere chiarimenti alle Strutture coinvolte. Ottenuti gli eventuali chiarimenti, viene predisposta una risposta da fornire all'utente, di norma seguendo lo stesso canale comunicativo della presentazione.

Se l'utente riferisce di un evento che si sta verificando e per il quale l'operatore può intervenire per la risoluzione del problema, l'operatore contatta il Servizio cercando di capire l'accaduto e trovare di conseguenza una risposta celere e soddisfacente. In tale caso, la segnalazione diventa "Presa in carico" e la risposta è data all'utente telefonicamente o di persona.

Le segnalazioni anonime sono comunque utilizzate dall'Azienda nell'ambito del proprio compito istituzionale per proporre adeguamenti e correttivi nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati

14 GESTIONE DELLE PRESE IN CARICO

Le modalità di arrivo delle prese in carico sono le stesse delle precedenti istanze (punto 8).

L'istruttoria delle "Prese in carico" è gestita dagli operatori URP e dal Settore Tutela, secondo modalità di gestione delle segnalazioni e di risposta condivisa e uniforme sotto il profilo metodologico.

Gli operatori mettono in condizione l'utente di esprimere il suo problema attraverso tecniche di ascolto attivo, analizzando il caso ed elaborando una possibile soluzione. Talvolta può essere sufficiente una corretta informazione ed orientamento; oppure può essere necessario contattare i servizi coinvolti per trovare con essi una soluzione. Nel caso in cui non sia possibile una risposta immediata, l'utente viene ricontattato telefonicamente dagli operatori.



Le Prese in carico sono utilizzate dall'Azienda per proporre adeguamenti e correttivi nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

Tutte le segnalazioni di qualsiasi tipo vengono analizzate nel loro complesso (per ambito, impatto, tipologia etc.) in collaborazione con la UO AQRM in ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi come descritto al paragrafo 15

15 ANALISI PROATTIVA DI RECLAMI E SEGNALAZIONI

Dall'analisi dai reclami e segnalazioni nelle varie fasi del procedimento, o dalla reportistica generale, può emergere su iniziativa del Responsabile della Tutela e/o del Clinical Risk Manager aziendale la proposta di avvio di iniziative atte ad effettuare analisi di contesto attraverso gli strumenti metodologici disponibili e in base degli standard di qualità e sicurezza di riferimento in collaborazione fra l'URP e la UO AQRM, finalizzate a sviluppare azioni e progetti di miglioramento della qualità dei servizi con un impatto di risposta più ampio rispetto al singolo reclamo ma sviluppato in ottica di miglioramento continuo. Degli esiti di tali azioni sarà comunque data notizia tramite gli strumenti di comunicazione aziendale da parte dell'URP

16 GESTIONE DEI RINGRAZIAMENTI, APPREZZAMENTI, ELOGI

Le modalità di arrivo di ringraziamenti, apprezzamenti, elogi sono le stesse delle precedenti istanze (paragrafo8).

L'istruttoria dei ringraziamenti è gestita dagli operatori URP, che provvedono:

1. ad inviare una lettera di ricevimento formale al cittadino;
2. ad inviare al Direttore della Struttura copia della comunicazione del cittadino con lettera di accompagnamento a firma generalmente del Direttore Generale.

17 REGISTRAZIONE DI RECLAMI, SEGNALAZIONI, PRESE IN CARICO E RINGRAZIAMENTI.

Gli operatori dell'URP e del Settore Tutela provvedono a registrare i reclami, le segnalazioni, le prese in carico ed i ringraziamenti tramite l'apposito applicativo secondo la classificazione prevista dall'"Osservatorio regionale carta dei servizi sanitari pubblici" approvato con delibera di Giunta n. 335/2017.

18 REPORTISTICA

La registrazione degli eventi in un apposito sistema informativo consente l'elaborazione di una reportistica standardizzata e la realizzazione di elaborazioni personalizzate sulla base di specifiche esigenze.

E' cura del Responsabile Gestione Percorsi di Accoglienza e Relazioni con il Pubblico:

- informare trimestralmente la Direzione Aziendale sull'andamento di reclami, segnalazioni, prese in carico, ringraziamenti e proposte di miglioramento, predisponendo una reportistica standard;



- redigere annualmente il flusso dell'Osservatorio Regionale della Carta dei Servizi Pubblici Sanitari, fornendo alla Regione Toscana le informazioni necessarie per monitorare il processo di attuazione della carta dei servizi nelle Aziende Sanitarie secondo il format regionale e gli indicatori regionali del Patto con il cittadino;
- predisporre annualmente la Relazione di Pubblica Tutela, sulla propria attività; la relazione è corredata dei dati statistici circa i reclami pervenuti, le decisioni adottate e le strutture interne interessate. La relazione, in rapporto ai fatti accertati, individua i punti critici dell'organizzazione aziendale e formula proposte al riguardo. E' presentata alla Direzione Aziendale, alla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, al Difensore Civico Regionale e al Comitato di Partecipazione;
- fornire alle strutture aziendali preposte report utili alla negoziazione di Budget e alle procedure di valutazione dei Dirigenti;

19 AZIONI DI MIGLIORAMENTO SULLA QUALITA' DEI SERVIZI

L'Azienda riconosce come impegno prioritario la costante verifica della adeguatezza delle prestazioni offerte ed il miglioramento degli standard qualitativi delle stesse. A questi fini, si avvale della collaborazione degli utenti dei suoi servizi e delle loro organizzazioni.

I reclami, le segnalazioni e le prese in carico sono utilizzati dall'Azienda come contributi alla valutazione della qualità dei servizi sanitari. Per questo motivo, nel percorso di gestione dei reclami e delle segnalazioni, è coinvolta direttamente la UO Accreditamento, Qualità e Risk Management come descritto al paragrafo 15..

In ottica sistemica, al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti, l'Azienda incentiva la partecipazione attiva dei cittadini per rendere più fruibili i percorsi assistenziali e rinforzare il rapporto di fiducia tra utenti e operatori dell'Azienda.

In questo percorso intervengono:

1. il Comitato di Partecipazione (istituito con provv. del D.G. n. 39/2015), che riunisce le associazioni di volontariato e di tutela che hanno sottoscritto il Protocollo d'intesa con l'AOUC. Il Comitato, tramite le associazioni ivi rappresentate, ha funzioni di consultazione, proposta, verifica, in raccordo con l'URP e la AQRM.
2. AGENAS – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – istituito con D.Lgs. n. 266 del 30 giugno 1993 e s.m.i “Riordinamento del Ministero della Sanità a norma dell’art. 1, comma 1, lettera h, della legge 23.10.1992 n. 421” che svolge funzioni di supporto al Ministero della Salute e alla Regione per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio Sanitario Nazionale relativamente alla valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.
3. GART Gruppo dei cittadini formati ai temi della qualità e sicurezza delle cure con il percorso di formazione l'Accademia del Cittadino della Regione Toscana istituito con DGRT n. 46 del 30 gennaio 2012 “Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale”. Il Gruppo accresce il ruolo dei cittadini nei processi di promozione e valutazione di qualità e sicurezza nelle strutture sanitarie della Regione Toscana. In particolare ha il compito di supportare le iniziative del settore Qualità dei Servizi e Reti Cliniche della Regione Toscana; le attività del Centro Regionale per la gestione del Rischio Clinico e sicurezza del paziente;

20 COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

20.1 PRESUPPOSTI DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

La Commissione Mista Conciliativa (CMC), in collaborazione con l'URP, ha la funzione di cooperare alla corretta informazione del cittadino sugli strumenti di tutela, di coadiuvare l'Azienda nella gestione del conflitto, su aspetti relazionali, e di facilitare un percorso di cittadinanza attiva, anche attraverso una autonoma attività mediativa, nonché approfondire e promuovere aspetti attinenti al miglioramento della qualità dell'organizzazione sanitaria.

La CMC ha il compito di:

- a) riesaminare i casi oggetto di reclamo, qualora l'utente si sia dichiarato motivatamente insoddisfatto della risposta dell'URP di cui all'art. 12, indicandone di norma, i motivi;
- b) esaminare i casi per i quali non è stata data risposta entro i termini previsti dal precedente art.12;
- c) esaminare i fatti oggetto del reclamo per i quali l'URP abbia ritenuto opportuno, in ragione della complessità e della delicatezza della materia, rimettere alla decisione della CMC;
- d) esaminare problematiche generali, relative anche a reclami ricorrenti, dalle quali emergano necessità di riflessioni più generali in merito all'organizzazione, funzionamento ed alla qualità e sicurezza dei servizi sanitari.

Nell'esame di tali reclami la CMC può raccordarsi con il Comitato Aziendale di Partecipazione, con le strutture aziendali del Rischio Clinico ed il Centro Regionale per le Criticità Relazionali.

La CMC, fatti salvi i casi di minore complessità e/o che hanno carattere di routine, già trattati dall'URP e con questo eventualmente valutati in merito alla rilevanza, esercita la sua competenza nei seguenti casi:

- a) reclami inerenti ipotesi di lesione della dignità umana, del diritto alla umanizzazione delle prestazioni sanitarie e all'informazione sulle modalità di fruizione dei servizi, prestazioni e percorsi assistenziali;
- b) reclami inerenti ipotesi di riservatezza delle persone assistite;
- c) reclami attinenti agli ambiti della comunicazione e relazione;
- d) reclami inerenti i tempi di attesa delle prestazioni, con particolare riguardo a presunte criticità organizzative dei servizi determinanti carenze o difformità, in ambito aziendale, dei tempi di erogazione dei Lea e in genere di tutto quanto attiene agli ambiti dell'organizzazione dei servizi sanitari;

La CMC ha il compito di indicare al Direttore Generale l'opportunità di approfondire gli aspetti connessi con necessità di modifiche organizzative generali e questioni che possono avere rilievo di ordine disciplinare e deontologico.

La CMC è tenuta ad esprimersi sia sul singolo caso, sia in senso generale, e può formulare al Direttore Generale specifiche proposte di soluzione delle criticità eventualmente riscontrate. La CMC ha una funzione di monitoraggio sul livello di adeguamento delle strutture alle soluzioni proposte. A



tal fine il Direttore Generale provvede a dare periodica informativa alla Commissione sull'attuazione delle soluzioni individuate.

20.2 COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

L'Azienda USL Toscana Centro e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi stabiliscono di istituire una CMC congiunta.

La CMC è composta da tredici membri titolari, e relativi sostituti:

- il presidente;
- sei rappresentanti degli organismi di volontariato e di tutela, di cui tre rappresentanti degli organismi di volontariato e di tutela accreditati presso l'Azienda UsI Toscana Centro e tre rappresentanti degli organismi di volontariato e di tutela accreditati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi: quattro per le associazioni di tutela e due per le associazioni di volontariato;
- tre dipendenti dell'Azienda UsI Toscana Centro e tre dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi.

Il Presidente della CMC è il Difensore Civico Regionale o un suo delegato. Il sostituto del Presidente è un delegato del Difensore Civico Regionale.

La nomina degli altri componenti della CMC spetta ai Direttori Generali delle due Aziende, i quali vi provvedono:

- per i sei membri rappresentanti degli organismi di volontariato e di tutela (e dei loro sostituti), su designazione del Comitato di Partecipazione delle rispettive Aziende;
- per i sei membri rappresentanti dell'Azienda sanitaria e dell'Azienda ospedaliera (e dei loro sostituti), direttamente, previo accordo tra le Direzioni delle due Aziende, garantendo, di norma, la presenza di un medico legale, di un dirigente infermieristico e/o ostetrico e di due rappresentanti della Direzione dell'Azienda USL Toscana Centro e di due della Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (di cui uno, per ciascuna Azienda, competente sui percorsi organizzativo-amministrativi e socio-sanitari). Per tali membri la partecipazione alle riunioni rientra tra gli obblighi di servizio.
- per il Presidente della CMC, e del suo sostituto, su indicazione dei nominativi da parte del Difensore Civico Regionale o, in caso di vacatio, da parte del Segretario Generale del Consiglio Regionale che lo rappresenta.

Nelle designazioni e nelle nomine vanno indicati i nominativi dei supplenti di ciascuno dei componenti della CMC.

20.3 MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELLA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

La CMC dura in carica tre anni ed i membri non possono espletare più di due mandati consecutivi.

I membri esterni della CMC hanno diritto al rimborso delle spese.



I membri decadono dalla nomina per la mancata partecipazione, senza giustificazione, a tre riunioni consecutive della CMC.

Ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, il Presidente ed i membri titolari e supplenti della CMC (sia interni che esterni), nell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali, operano in qualità di incaricati del trattamento. I membri della CMC sono sempre tenuti alla riservatezza sulle notizie di cui siano venuti in possesso nell'adempimento del loro ruolo.

La CMC delibera validamente con la presenza di 9 membri, purché sia presente il Presidente e sia pari la rappresentanza di entrambe le componenti della Commissione.

La CMC decide di norma entro 60 giorni.

Qualora sia necessario, a completamento e integrazione della fase istruttoria, il Presidente può convocare alla seduta:

- a) l'autore del reclamo e/o l'organismo di tutela o l'associazione di volontariato che lo assiste;
- b) i responsabili dei servizi interessati o gli autori dei comportamenti lamentati.

Le Aziende provvedono al funzionamento della CMC con le risorse necessarie e, per le funzioni di segreteria e di supporto mettono a disposizione della Commissione una figura professionale con adeguate competenze appartenente all'URP.

La CMC, all'atto del proprio insediamento, elabora un proprio regolamento per la definizione delle procedure da seguire per il proprio funzionamento. Il regolamento è adottato dall'Azienda sanitaria e dall'Azienda ospedaliera e viene trasmesso alla Regione Toscana Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, e al Difensore Civico Regionale.

20.4 PROCEDURA DI RIESAME

Il Presidente acquisisce dall'URP tutta l'istruttoria già svolta e, dopo la valutazione della documentazione e l'eventuale integrazione, invia ai componenti l'ordine del giorno con la relativa documentazione almeno 7 giorni prima della riunione, indicando i relatori.

La CMC si pronuncia, ove siano stati acquisiti gli elementi necessari; in caso contrario la Commissione procede ad un'ulteriore istruttoria avvalendosi eventualmente anche degli Ordini o dei Collegi professionali.

La CMC nell'espletamento delle sue funzioni può avviare eventuali istruttorie integrative. A tal fine il Presidente può avvalersi della collaborazione dell'URP.

Ogni questione viene decisa, di norma, non oltre la seconda riunione. Tra la prima e la seconda riunione è completata l'istruttoria, anche con l'acquisizione di pareri di esperti da richiedere ad operatori in servizio presso altre Aziende Sanitarie della Regione, per i quali l'adempimento delle richieste della CMC costituisce, ai sensi della normativa vigente, obbligo di servizio.

Qualora siano coinvolti operatori, alle riunioni della CMC possono partecipare i Presidenti degli Ordini o Collegi professionali o loro delegati, nonché i rappresentanti delle categorie di relativa appartenenza. Nella parte della riunione dedicata alla relazione e all'istruttoria possono partecipare l'autore del reclamo nonché i soggetti del cui atto o comportamento la CMC è chiamata a decidere.

20.5 DECISIONE

La decisione della CMC deve indicare se essa è stata presa a maggioranza e, in caso negativo, i membri che hanno votato contro possono motivare espressamente il loro dissenso.

Le decisioni sono redatte a cura di chi ha presieduto la seduta della CMC.

Qualora la CMC abbia individuato aspetti da approfondire, nelle sedi opportune, legati a condotta inadeguata di operatori dell'Azienda, le segnala per i provvedimenti di competenza al Direttore Generale e al diretto interessato, che ha facoltà di presentare eccezioni formali alla Commissione. La CMC ha l'obbligo di esaminare le eccezioni presentate ed esprimersi in merito con parere motivato.

La CMC può promuovere un preliminare tentativo di conciliazione tra le parti. Ove il tentativo di conciliazione dia esito negativo, la Commissione emette parere di merito tenendo conto dei riscontri oggettivi emersi e delle possibili soluzioni prospettate nel tentativo di conciliazione. Il tentativo di conciliazione potrà essere esperito da un collegio ristretto di componenti la Commissione. La CMC garantisce il contraddittorio con il dipendente oggetto del reclamo e con l'interessato, quando richiesto da quest'ultimo o ritenuto utile ai fini della gestione del caso.

Le sedute, alle quali viene convocato il cittadino autore del reclamo, hanno luogo presso una sede aziendale situata almeno nella provincia di residenza /domicilio del cittadino.

Il Direttore Generale, acquisita la decisione della CMC, è tenuto entro 60 giorni a dare informativa alla Commissione stessa dei provvedimenti eventualmente adottati.

La CMC invia al Direttore Generale la decisione per la sua firma. Se il Direttore Generale non condivide la decisione ne richiede, entro 30 giorni, il riesame alla Commissione, indicando i motivi del suo dissenso oppure chiede una proroga di altri 30 giorni, per ulteriori accertamenti. La CMC riesamina il caso alla luce dei motivi indicati dal Direttore Generale. Il decorso del termine di 30 giorni dal ricevimento della decisione della Commissione da parte del Direttore Generale senza richiesta di riesame o proroga costituisce silenzio assenso.

Il Direttore Generale, se accetta la decisione della CMC, lo comunica a tutti i soggetti interessati, comprese le Associazioni di volontariato e di tutela che hanno eventualmente assistito l'autore del reclamo, entro un tempo massimo di 10 giorni dall'acquisizione della delibera della Commissione. Le decisioni riguardanti gli iscritti agli Albi professionali, relative a questioni che attengono agli aspetti etici e deontologici, sono trasmesse agli Ordini e ai Collegi interessati.

La risposta da parte del Direttore Generale riporta la decisione della CMC ed è inviata al soggetto interessato e all'eventuale patrocinatore del reclamo, entro un tempo massimo di 30 giorni dall'acquisizione delle conclusioni della Commissione.

Se il Direttore Generale non condivide la decisione, entro 10 (invece che 30) giorni ne richiede il riesame alla CMC, indicando i motivi del suo dissenso. La Commissione riesamina il caso alla luce dei motivi indicati dal Direttore Generale. Il decorso del termine di 10 giorni dal ricevimento della decisione della CMC da parte del Direttore Generale senza richiesta di riesame o proroga costituisce silenzio assenso.

21 IL DIFENSORE CIVICO REGIONALE

Il Difensore Civico Regionale interviene:

- per la trattazione dei reclami in materia tecnico-professionale con le modalità indicate al paragrafo 11;
- per esaminare, anche coinvolgendo, se del caso, i competenti uffici presso la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, gli aspetti connessi a questioni organizzative di ordine generale, emergenti dai reclami ricevuti direttamente o anche d'ufficio.

Il Difensore Civico nel caso in cui il cittadino si rivolga direttamente a lui, trasmette il reclamo all'URP di competenza che provvede a svolgere l'istruttoria ed ad inviare gli esiti della stessa al Difensore Civico. Il Difensore Civico ha accesso a tutti i documenti relativi al caso in esame, ivi compresi quelli coperti da segreto d'ufficio, ai sensi della LRT 19/2009 e del provvedimento del Garante per la Protezione dei dati personali n.1/P/2000, che ha incluso i Difensori Civici tra i soggetti abilitati al trattamento dei dati sensibili.

Ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali il Difensore Civico Regionale nell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali opera in qualità di Responsabile Esterno al trattamento in conformità dei contenuti della DGRT n. 404/2007.

22 IL RUOLO DELLA REGIONE

Ferma la facoltà della Regione Toscana di utilizzare reclami e segnalazioni ricevuti per affrontare tematiche specifiche di valenza regionale, tutti i reclami pervenuti alla Regione, inerenti problematiche di interesse aziendale, sono trasmessi direttamente all'Azienda per gli adempimenti necessari.

I reclami pervenuti alla Presidenza della Regione sono trasmessi all'Assessorato al Diritto alla Salute che li gestisce con le modalità sopra indicate.

Il Settore Tutela gestisce le istanze trasmessa dagli Organi regionali con le stesse modalità descritte nei precedenti paragrafi.

23 DISPOSIZIONI FINALI

I Direttore Generale delega il Direttore Sanitario alla firma delle note da inviare agli utenti in esito alle istanze gestite dall'URP.

24 STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

- Scheda di segnalazione (**M/903/D54-B**)
- Delega all'inoltro di reclamo (**M/903/D54-A**)
- Gestione istanze utenti - Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (**D/903/D02-A**)
- Scheda di segnalazione e modulistica aziendale di richiesta tutela
- Applicativo Workflow "Pratiche WEB" di gestione reclami

25 LISTA DI DISTRIBUZIONE

Tutti gli operatori aziendali per conoscenza e ottemperanza

Tutti i livelli di Responsabilità e Coordinamento per conoscenza e applicazione