



Regolamento aziendale di Pubblica Tutela

A cura di

I.O. Comunicazione, URP e Ufficio Stampa

Dott.ssa Alessandra Dionisio

Dott.ssa Mariachiara Esposito

UOSD Coordinamento Segreteria Direzione Strategica

Dott.ssa Carla Napoli

REGOLAMENTO AZIENDALE DI PUBBLICA TUTELA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

PREMESSA

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, con l'obiettivo di proseguire il suo impegno nel miglioramento della qualità delle relazioni con l'utenza, ha proceduto ad un nuovo aggiornamento del Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela, a pochi mesi dalla precedente revisione (Delibera n. 190 del 04/02/2025). Tale aggiornamento, che introduce specifiche integrazioni relative al percorso di istruttoria delle segnalazioni e dei reclami, ha l'obiettivo di rafforzare la conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679) e di garantire maggiore trasparenza, responsabilizzazione e tracciabilità dei procedimenti. La revisione mira a tutelare meglio gli utenti, assicurando il rispetto della trasparenza, dell'accountability e del principio di privacy by design e by default, consolidando la fiducia nel rapporto tra cittadino e istituzione sanitaria.

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II (di seguito "Azienda") adotta il presente Regolamento di Pubblica Tutela riconoscendo la **centralità del cittadino**, titolare del diritto alla salute, e promuovendone la partecipazione attiva nell'organizzazione e nella valutazione dei servizi erogati.

La centralità del cittadino si traduce non solo nella soddisfazione rispetto alle prestazioni ricevute, ma anche nel suo consapevole coinvolgimento nei processi decisionali. Il cittadino ha diritto a verificare la qualità dei servizi e a contribuire alla loro progettazione e al miglioramento continuo.

In quest'ottica, l'Azienda valorizza le attività di comunicazione e informazione quali strumenti fondamentali per garantire il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa, nonché per favorire il pieno esercizio della cittadinanza e delle libertà individuali.

L'ascolto, il coinvolgimento e la comunicazione con gli utenti sono considerati strumenti essenziali di trasparenza. Le opinioni, le esperienze dirette e le valutazioni espresse dai cittadini/utenti rappresentano fonti preziose per comprendere e prevenire dinamiche che potrebbero incidere sul funzionamento dell'Azienda, anche in relazione ai profili di rischio corruttivo, come previsto nella sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del vigente P.I.A.O. aziendale.

Per garantire l'accessibilità, la partecipazione e la tutela dei cittadini, l'Azienda ha:

- istituito **un'area unificata dedicata alla comunicazione**, all'informazione e ai servizi rivolti alla cittadinanza (*P.O.F.A. - Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale, All. n. 2 alla Delibera n. 229 del 28/03/2017, par. 2.8*);
- riorganizzato la **gestione di segnalazioni e reclami**, promuovendo chiarezza e tempestività nelle risposte, anche grazie al potenziamento della comunicazione digitale e dei canali interni (*nota prot. 0040312 del 10/10/2022; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 14 dell'11/01/2023; nota prot. 0004495 del 27/01/2023; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 1454 del 21/12/2023; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 190 del 04/02/2025*);
- rafforzato il dialogo con le comunità di utenti sui **social media**, attraverso piattaforme digitali che favoriscono l'interazione in tempo reale e avvicinano cittadini e Pubblica Amministrazione, regolamentandone l'uso interno ed esterno (*Delibera n. 230 del 22/03/2019 "Piano di Comunicazione e Social Media Policy"; Delibera n. 256 del 26/02/2025 "Regolamento Social Media Policy"*);
- adottato il **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza** (*P.I.A.O. 2025-2027, Delibera n. 167 del 31/01/2025*);
- effettuato il **restyling del web magazine aziendale**, testata giornalistica registrata, oggi più moderno, accessibile e orientato al racconto delle attività e dei protagonisti dell'Azienda per agevolare un rapporto chiaro e trasparente con la cittadinanza (<https://areacomunicazione.policlinico.unina.it/>);
- avviato la campagna di comunicazione **"Siamo dove sono i cittadini, siamo dove sei tu"**, un progetto di comunicazione ideato per favorire il **diritto di informazione, accesso e partecipazione** ai servizi assistenziali dell'Azienda (<https://tinyurl.com/25awgqj3>);
- adottato una **strategia di comunicazione integrata e omnicanale**.

Inoltre, l'Azienda si sta impegnando a:

- aggiornare la **Carta dei Servizi**, documento che descrive modalità, criteri e strutture dell'erogazione sanitaria, nonché i diritti, doveri e strumenti di partecipazione a disposizione dei cittadini;
- digitalizzare l'URP, nell'ambito del progetto **"URP Digitale"** promosso da Regione Campania-So.Re.Sa., con l'obiettivo di avvicinare i cittadini al Servizio Sanitario Regionale e migliorare la comunicazione fra l'URP regionale e quello delle Aziende Sanitarie ed in questo ambito potenziare le analisi di **citizen satisfaction**, utili a raccogliere valutazioni sul servizio offerto e ad attivare tempestivamente azioni correttive di miglioramento;
- favorire la creazione di **laboratori di partecipazione civica**, promuovendo momenti di confronto tra le Associazioni e l'Azienda per consolidare relazioni fondate su rispetto e collaborazione;
- istituire la **Commissione Mista Conciliativa (CMC)**, organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica, per la risoluzione consensuale delle controversie.

REGOLAMENTO AZIENDALE DI PUBBLICA TUTELA

TITOLO I - PRESENTAZIONE DI SEGNALAZIONI E RECLAMI

ART.1 – FINALITÀ DELLA PUBBLICA TUTELA

1. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II (di seguito Azienda) riconosce la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incoraggia la partecipazione nell'organizzazione e nella verifica delle prestazioni rese, impegnandosi a garantire la tutela degli utenti dei suoi servizi ai sensi dell'art. 5 del D.P.C.M. 27 gennaio 1994 *"Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"* e dell'art.2 del D.P.C.M. 19 maggio 1995 *"Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari"*.
2. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda (di seguito U.R.P.) è un servizio di comunicazione che favorisce l'incontro e la relazione tra l'Azienda stessa e il Cittadino; riconosce e valorizza il diritto dei cittadini ad essere informati rispetto ai servizi, alle attività e alle procedure di accesso, ne promuove l'ascolto e contribuisce al miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate dall'Azienda ai sensi dell'art.8 Legge 150/2000 *"Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"* e della Direttiva del Ministero della Funzione Pubblica 07/02/2002 *"Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"*.
3. Il Regolamento di Pubblica Tutela dell'Azienda si pone come obiettivo:
 - a) il miglioramento del processo di gestione delle segnalazioni e dei reclami;
 - b) il progressivo e costante consolidarsi della rete di comunicazione interna;
 - c) il miglioramento della comunicazione esterna attraverso il rinsaldarsi del rapporto fiduciario con l'utenza;
 - d) l'individuazione di azioni correttive per favorire il miglioramento dell'accoglienza, dell'accessibilità e dei percorsi di cura, la cui attuazione è responsabilità dei Direttori dei D.A.I. e delle U.O.C. in cui tali azioni si ritengono necessarie, a seguito di eventuali segnalazioni.
4. Nello specifico, il presente Regolamento disciplina le procedure di presentazione e di gestione delle segnalazioni/reclami pervenute in riferimento a prestazioni, atti, provvedimenti, atteggiamenti, comportamenti, situazioni organizzative e/o operative, in conseguenza dei quali:
 - a) si neghi o si limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria di competenza dell'Azienda;
 - b) si verifichino disservizi o disfunzioni di varia natura o comunque situazioni potenzialmente lesive del diritto dei cittadini alla tutela della salute ed al rispetto della propria dignità e della propria riservatezza;

- c) si rilevi la necessità di avanzare proposte e suggerimenti per migliorare i servizi e la qualità delle prestazioni, per promuovere la semplificazione di percorsi assistenziali o l'eventuale modifica di altri aspetti dell'organizzazione.

ART.2 – AMBITO DELLA PUBBLICA TUTELA

1. Ogni cittadino, direttamente o tramite persona delegata, Associazioni di volontariato e/o organismi di tutela dei diritti può esercitare il proprio diritto di tutela (ai sensi del D.Lgs 502/1992) attraverso la presentazione di segnalazioni e reclami per:
 - a) qualsiasi disservizio, inteso come mancanza di efficacia-efficienza, che abbia negato o limitato al reclamante la fruibilità delle prestazioni;
 - b) qualsiasi violazione di leggi o regolamenti che disciplinino la fruizione dei servizi sanitari.
2. Il cittadino ha, inoltre, la possibilità di esprimere:
 - a) apprezzamenti, ringraziamenti e/o elogi;
 - b) suggerimenti e/o proposte finalizzate al miglioramento degli standard di efficacia, efficienza, economicità e qualità delle funzioni esercitate e dei servizi resi.
3. L'U.R.P. riceve da parte degli utenti le seguenti tipologie di segnalazioni: reclami, disservizi/rilevi, elogi/encomi, suggerimenti/proposte, di seguito dettagliatamente definite:
 - a) Reclamo: è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti che richiede l'attivazione di un percorso formale di valutazione (istruttoria) e si chiude sempre con una risposta scritta al cittadino. Il reclamo non può essere anonimo e deve contenere informazioni tali da consentire l'apertura dell'istruttoria interna. Costituisce un'opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione degli stessi.
 - b) Disservizio/Rilievo: di solito presentato verbalmente o telefonicamente, si conclude con una risoluzione diretta o con una risposta di cortesia. Nel caso della segnalazione di disservizio non si attiva la procedura di valutazione tipica del reclamo (istruttoria). La risoluzione "diretta" dei disservizi evidenziati permette di fornire risposte in tempi brevi, valorizzare e rafforzare la relazione tra Azienda e cittadino, consentendo tra l'altro di conoscere rapidamente le criticità. Le segnalazioni di disservizio sono sempre prese in considerazione dall'Azienda per migliorare i servizi e nel monitoraggio periodico.
 - c) Elogio/Encomio: è un'espressione di soddisfazione del cittadino/utente rispetto a servizi/competenze/professionalità offerte dall'Azienda. Si sostanzia in un apprezzamento alle equipe e/o ai processi organizzativi ed incoraggia e stimola i professionisti al miglioramento del servizio.
 - d) Suggerimento/proposta: ha lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite all'Azienda affinché fornisca un servizio più vicino alle esigenze del cittadino.

Reclami, segnalazioni di disservizi/rilievi, elogi/encomi, suggerimenti/proposte sono tutti registrati e monitorati attraverso l'applicativo gestionale in uso.

4. L'U.R.P. riceve, inoltre, le richieste informative e si occupa di favorire una crescente consapevolezza dei cittadini nella relazione con l'Azienda. Tutte le richieste informative vengono anch'esse registrate e monitorate attraverso l'applicativo gestionale in uso. Sulla base delle richieste, l'U.R.P. propone alla Direzione Strategica aziendale azioni di comunicazione specifiche per intervenire sulle eventuali criticità emerse.

ART.3 – CHI PUÒ PRESENTARE SEGNALAZIONI E RECLAMI

1. La tutela può essere richiesta da qualsiasi soggetto utente dei servizi erogati dall'Azienda.
2. Il reclamo può essere inoltrato direttamente dall'interessato; nel caso di minori, da chi ne ha la potestà genitoriale; tramite parenti, affini, associazioni di volontariato e tutela, con apposita delega.

ART.4 – COME PRESENTARE SEGNALAZIONI E RECLAMI

1. Gli utenti possono presentare segnalazioni/reclami attraverso comunicazione scritta attraverso i seguenti strumenti:
 - a) sezione U.R.P. del portale aziendale (www.policlinico.unina.it/URP). Attraverso l'applicativo gestionale in uso, gli utenti possono effettuare segnalazioni/rilievi, reclami, elogi/encomi o indicare suggerimenti/proposte seguendo la procedura online;
 - b) app URP Federico 2.0, scaricabile gratuitamente per Android e IOS, attualmente in fase di test;
 - c) e-mail all'indirizzo: areacomunicazione.aou@unina.it;
 - d) pec all'indirizzo: urp.aou@pec.it;
 - e) modulo cartaceo disponibile presso l'U.R.P. Tale procedura è da considerarsi in sostituzione di quella digitale in caso di eventuali temporanei disservizi di rete e come processo di accompagnamento alla digitalizzazione del processo (**Allegato 1**);
 - f) lettera in carta semplice indirizzata alla I.O. Comunicazione, U.R.P. e Ufficio Stampa Via Pansini, 5 – c/o Edificio 12/D Direzione Sanitaria.

2. È possibile contattare l'U.R.P. anche telefonicamente al numero 081 7462674, (Lunedì, Mercoledì, Venerdì 8.00-12.00 -- Martedì, Giovedì 8.00-12.00; 13.00-15.00), oppure recarsi presso l'ufficio (edificio 12/D, Direzione Sanitaria, Piano Terra) nei medesimi orari.
3. Per le segnalazioni di disservizio ed i reclami è sempre necessario indicare:
 - a) Nome e Cognome
 - b) Data e luogo di nascita
 - c) Recapito telefonico
 - d) Descrizione dettagliata dell'evento che si desidera segnalare
4. In caso di segnalazioni di disservizio e reclami effettuati per conto di altre persone è necessario fornire: delega firmata e documento di identità del delegato e del delegante.
5. Le segnalazioni di disservizio ed i reclami devono essere presentati, nelle modalità sopraelencate, **entro 30 (trenta) giorni lavorativi**, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento lesivo dei propri diritti.
6. I dati relativi a tutte le tipologie di segnalazione saranno conservati per un periodo massimo di 5 anni dall'avvenuta segnalazione, come da informativa allegata.
7. Per le sole richieste informative è possibile utilizzare anche il canale di messaggistica istantanea collegato alla pagina Facebook; Instagram; X (ex Twitter) dell'Azienda, nel caso l'utente manifestasse l'esigenza di esprimere un reclamo gli operatori hanno cura di indicare le modalità idonee descritte al punto 1 ,2, 3 art.4.
8. Tutte le segnalazioni sono utilizzate dall'U.R.P. nell'ambito del suo compito istituzionale, al fine di proporre alla Direzione Strategica azioni di comunicazione volte alla semplificazione del linguaggio, alla valorizzazione di servizi e alla produzione di materiale digitale informativo che migliori la qualità della comunicazione tra Azienda e cittadino e a tal fine collabora con tutte le strutture coinvolte garantendo maggiore fluidità dei rapporti tra interno ed esterno, tra snodi organizzativi e finestre di accesso all'utenza.
9. Tutte le richieste informative, le segnalazioni di disservizio, i reclami, gli elogi, i suggerimenti sono sempre registrati nell'applicativo gestionale ai fini del monitoraggio periodico, per un tempo di conservazione non superiore ai 5 anni come da informativa allegata.

TITOLO II - PROCEDURA D'ESAME DELLE SEGNALAZIONI E DEI RECLAMI

ART.1 – ADEMPIMENTI PRELIMINARI

1. L'U.R.P. riceve le segnalazioni e provvede a:

- a) protocollare in entrata la segnalazione e registrarla nell'applicativo gestionale qualora la stessa non sia transitata già digitalmente. Se la segnalazione avviene digitalmente, attraverso l'applicativo gestionale, la registrazione avviene in maniera automatica;
- b) confermare all'utente l'avvenuto ricevimento della segnalazione, la presa in carico e l'avvio del procedimento, **entro 3 (tre) giorni lavorativi dal ricevimento dello stesso;**
- c) effettuare la pre-istruttoria nella quale vengono esaminati i documenti presentati e valutato se si tratta di una segnalazione di disservizio a risoluzione immediata o di un reclamo con necessità di istruttoria;
- d) chiedere, ove necessario, ulteriori chiarimenti all'utente, anche per via telefonica, anche al fine di far sentire l'utente tempestivamente accolto ed ascoltato rispetto alle sue istanze;
- e) se si tratta di segnalazioni di disservizio: dare sollecita risposta all'utente, per le segnalazioni di disservizio che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione **entro 5 (cinque) giorni lavorativi dal ricevimento della stessa.** L'U.R.P. interpella, se necessario, per le vie brevi, gli uffici e le UU.OO interessate. Le segnalazioni vengono registrate e protocollate, chiuse ed archiviate al fine di consentirne un idoneo monitoraggio;
- f) se si tratta di reclami: avviare l'attività istruttoria **entro 5 (cinque) giorni lavorativi dal ricevimento dello stesso.**

2. Il personale dell'Azienda è tenuto a fornire la necessaria collaborazione all'U.R.P. per gli adempimenti ad esso richiesti, ai sensi del presente Regolamento.

ART.2 – ATTIVITÀ ISTRUTTORIA, RISPOSTA ALL'UTENTE E CHIUSURA DEL RECLAMO

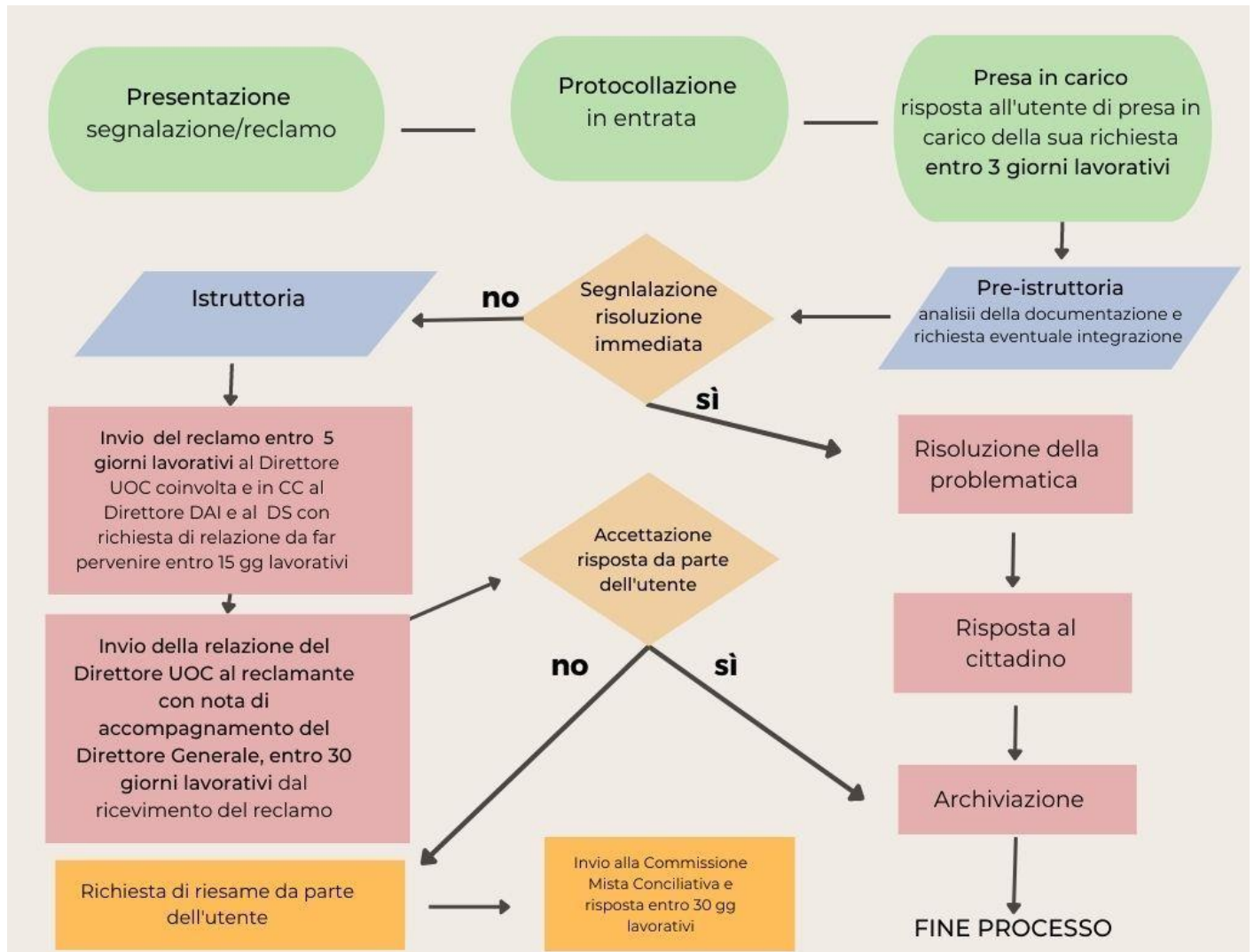
1. L'U.R.P. per l'espletamento dell'attività istruttoria procede a:
 - a) Richiedere una relazione al Direttore dell'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di riferimento/Responsabile della struttura coinvolta, inviando la documentazione del reclamo per conoscenza al Direttore Sanitario dell'Azienda e al Direttore del Dipartimento ad Attività Integrata (D.A.I.) di cui fa parte l'U.O.C./Struttura coinvolta. La relazione del Direttore/Responsabile della struttura coinvolta deve pervenire all'U.R.P., e per conoscenza al Direttore Sanitario e al Direttore del D.A.I. **entro 15 (quindici) giorni lavorativi** dal ricevimento dello stesso.
2. La relazione deve essere redatta e firmata dal Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta, inviata all'U.R.P. (mezzo mail/pec/protocollo interno) ma **rivolta ed indirizzata al reclamante**. La relazione viene, quindi, sottoposta all'attenzione del Direttore Generale che, con nota di accompagnamento a Sua firma, la invia al reclamante attraverso pec dell'Ufficio Protocollo della Direzione Generale. **La risposta al reclamante va inviata entro un massimo di 30 (trenta) giorni lavorativi** dalla data di presentazione del reclamo.
3. La relazione del Direttore della U.O.C. deve essere idonea a fornire tutte le informazioni relative alla segnalazione pervenuta e contenere le conclusioni cui si è giunti a seguito dell'istruttoria che ha avuto cura di effettuare, avvalendosi della collaborazione di tutti i soggetti e le strutture eventualmente coinvolte.
4. Il Direttore della U.O.C./Responsabile della struttura, in cui è avvenuta l'eventuale problematica, adotta tutte le misure ed i provvedimenti necessari ad evitare il ripetersi di criticità analoghe e propone alla Direzione strategica aziendale eventuali suggerimenti migliorativi.
5. **La mancata o tardiva trasmissione della relazione richiesta costituisce elemento di responsabilità disciplinare.**
6. Nei casi in cui la relazione del Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta non risulti pienamente conforme alle indicazioni del presente Regolamento, l'U.R.P. contatta il Direttore della U.O.C./Responsabile struttura per chiedere una revisione della relazione suddetta o in alternativa, al fine di fornire una tempestiva risposta all'utente, redige una nota rivolta al reclamante, in cui sintetizza i contenuti della relazione del Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta, citandone il numero di protocollo. Tale relazione, a firma del Responsabile dell'U.R.P., viene sottoposta all'attenzione del Direttore Generale che, con nota di accompagnamento a Sua firma, la invia al reclamante attraverso pec dell'Ufficio Protocollo della Direzione Generale.
7. Una volta conclusa la procedura, l'U.R.P. archivia i reclami attraverso l'applicativo in uso e cura il monitoraggio periodico degli stessi.

8. La chiusura del reclamo avviene sull'applicativo gestionale in uso con la registrazione digitale dello stesso. I reclami che sono transitati in modalità cartacea sono registrati sia in modalità cartacea sia digitale.
9. Nei casi in cui, in assenza di una relazione da parte del Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta, risulti evidente e dimostrabile che la richiesta dell'utente è stata evasa e abbia trovato idonea soluzione, l'U.R.P. procede alla "chiusura d'ufficio" del reclamo sull'applicativo in uso, con una breve relazione del responsabile U.R.P. Tale procedura viene adottata, previo contatto telefonico con l'utente, in modalità residuale al solo fine di snellire le procedure, favorire sempre la tutela del cittadino ed una relazione diretta con l'utenza. La risposta del Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta resta sempre necessaria come specificato nel presente articolo (commi 2, 3, 4,5).
10. In caso il reclamante non fosse soddisfatto della risposta, può richiedere il riesame che prevede la riattivazione del processo di istruttoria e l'invio alla Commissione Mista Conciliativa (vedi Titolo III, Art.2).

11. L'U.R.P. per l'espletamento dell'attività istruttoria può inoltre:

- a) consultare e ottenere copia, senza i limiti del segreto di ufficio, di tutti gli atti e documenti relativi all'oggetto del proprio intervento;
- b) accedere agli uffici o reparti per adempiere gli accertamenti che si rendano necessari.

1. FLOW – CHART DEL PROCESSO DI GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEI RECLAMI



TITOLO III – ESAME DI SECONDA ISTANZA

ART. 1 – AUDIT

1. L'U.R.P., alla luce dei casi segnalati, della documentazione ricevuta, e della possibilità che si ripeta l'eventuale disservizio occorso, valuta con la Direzione strategica aziendale se proporre un audit interno sul caso per un'analisi del problema generale.
2. Nell'audit vengono coinvolti il Direttore della U.O. cui afferisce l'U.R.P., il Direttore Sanitario, le strutture interessate.

ART. 2 – LA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

1. La Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.) è un organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica, che ha la principale funzione di collaborare con l'U.R.P. alla tutela dei cittadini.
2. L'obiettivo della C.M.C. è risolvere le controversie con procedure conciliative, al fine di giungere ad una decisione condivisa dalle parti, al di fuori di ogni altro mezzo amministrativo o giurisdizionale.
3. La C.M.C. si occupa di:
 - a) riesaminare i casi oggetto di reclamo per i quali l'utente e/o Associazione di volontariato/ organismo di tutela dei diritti si sia dichiarato insoddisfatto della risposta dell'Azienda, motivandone dettagliatamente le ragioni;
 - b) esaminare i casi per i quali non sia stata data risposta entro i termini previsti dal presente Regolamento (Titolo II, art.2, comma 2);
 - c) esaminare problematiche generali, relative a reclami ricorrenti, dai quali emergano necessità di riflessioni in merito ad organizzazione, funzionamento, qualità e sicurezza dei servizi.
4. La C.M.C. è composta da 7 membri e relativi sostituti:
 - a) n. 1 (uno) Presidente, individuato in una persona esterna all'Azienda, che abbia una funzione "super partes";
 - b) n. 3 (tre) rappresentanti dell'Azienda e relativi sostituti;
 - c) n. 3 (tre) rappresentanti e relativi sostituti del mondo delle associazioni dei pazienti e del volontariato, convenzionate con l'Azienda.
5. Per l'individuazione del Presidente della C.M.C. si procede a nomina con Delibera da parte del Direttore Generale. Per l'individuazione dei componenti della C.M.C. si procede ad avviso di interpello e successivamente alla nomina con Delibera del Direttore Generale.
6. La C.M.C. rimane in carica per 3 anni e i membri titolari non possono espletare più di due mandati consecutivi.
7. Nessun onere economico ulteriore è previsto per l'istituzione della C.M.C.

8. I membri esterni della C.M.C. hanno diritto al rimborso spese.
9. La sede disponibile per gli incontri della C.M.C. è la Direzione Generale.
10. Ai sensi della normativa in materia di protezione dei dati personali, il Presidente ed i membri della C.M.C. (interni ed esterni), nell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali, operano in qualità di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 29 del Regolamento UE 2016/679 e dell'art 2 quaterdecies del codice in materia di protezione dei dati personali, e soggetti autorizzati al trattamento ai sensi dell'art. 29 del Regolamento UE 2016/679 e sono sempre tenuti alla riservatezza sulle notizie di cui siano venuti in possesso nell'adempimento del loro ruolo.
11. La C.M.C., all'atto del proprio insediamento sancisce le regole per il proprio funzionamento in un apposito regolamento.

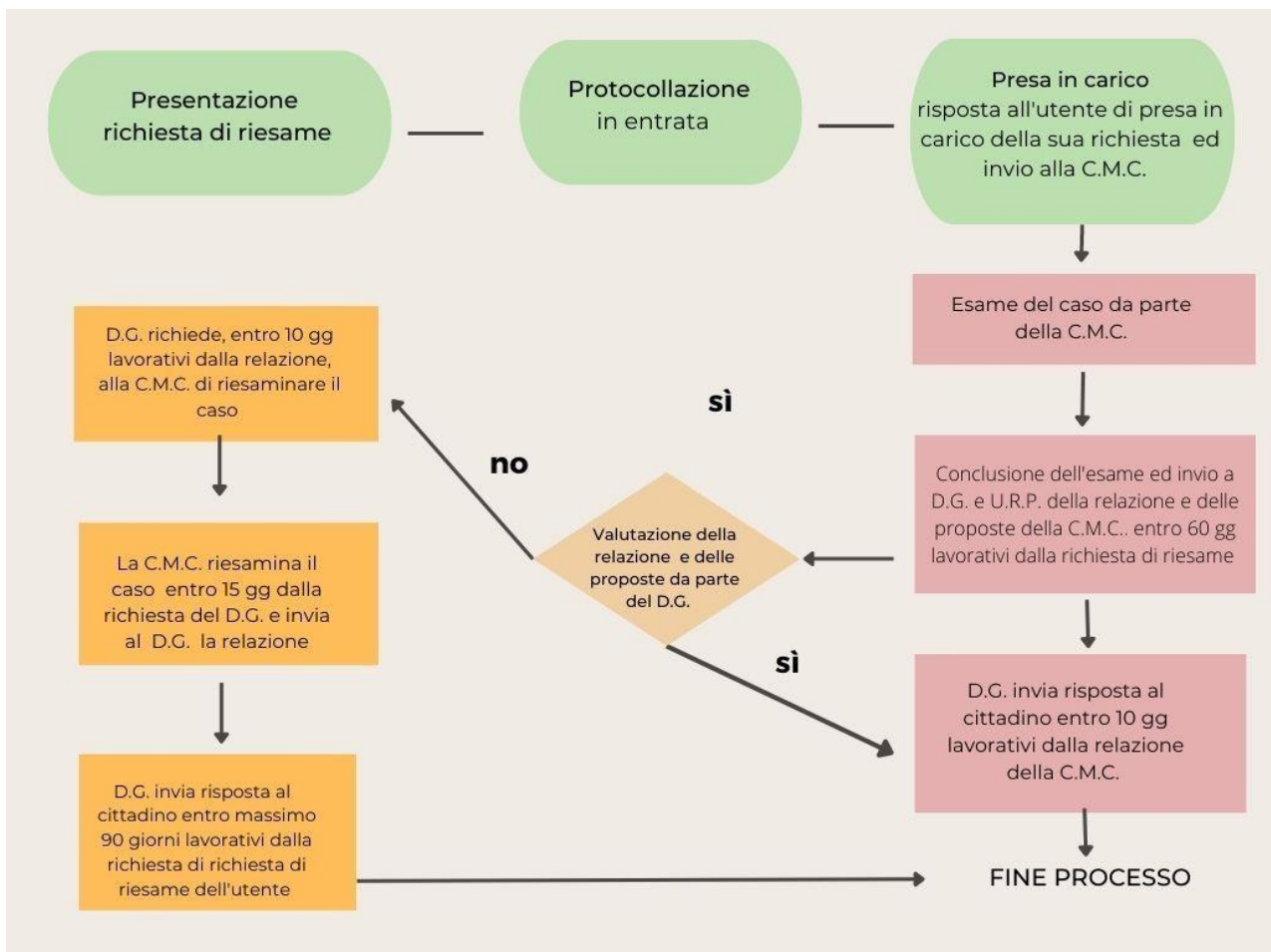
ART. 3 – RICHIESTA DI RIESAME

1. Il cittadino o Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti che non si ritenga soddisfatto della risposta dell'Azienda può, **entro 30 (trenta) giorni lavorativi dal ricevimento** della stessa, chiedere che venga riesaminato il caso;
2. la richiesta del cittadino o della Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti, **dettagliatamente motivata**, deve pervenire via e-mail oppure pec ad uno dei seguenti indirizzi dell'U.R.P.:
 - a. areacomunicazione.aou@unina.it;
 - b. urp.aou@pec.it
3. l'U.R.P. **entro 3 (tre) giorni dalla ricezione** della richiesta di riesame, dopo averla fatta protocollare, la invia, mezzo pec, alla C.M.C.;
4. la C.M.C. esamina il caso, conclude la sua indagine e invia la relazione con le risultanze ed eventuali proposte migliorative, mezzo PEC, al Direttore Generale e all'U.R.P., **entro 60 (sessanta) giorni lavorativi** dal ricevimento della richiesta di riesame;
5. la C.M.C., qualora lo ritenga opportuno o comunque sia richiesto dagli interessati, può chiedere di partecipare alla seduta: all'autore del reclamo e/o Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti; ai responsabili dei servizi interessati; agli altri soggetti che si ritengano utili all'approfondimento del caso trattato.
6. la relazione viene, quindi, sottoposta all'attenzione del Direttore Generale che, con nota di accompagnamento a Sua firma, la invia al cittadino o alla Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti, mezzo pec dell'Ufficio Protocollo della Direzione Generale. **La risposta va inviata entro un massimo di 10 (dieci) giorni lavorativi** dalla ricezione della relazione della C.M.C.;
7. qualora il Direttore Generale non ritenga soddisfacenti la relazione e le proposte della C.M.C. può chiedere un ulteriore riesame **entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla ricezione delle stesse**. In tal caso, informa il cittadino o l'Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti della richiesta di

ulteriore riesame.

8. La C.M.C. procede al riesame ed invia la relazione aggiornata **entro 15 (quindici) giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Generale.**
9. La risposta conclusiva al cittadino dovrà in ogni caso pervenire entro un massimo di **90 (novanta) giorni lavorativi dalla richiesta di riesame** pervenuta dal cittadino o dalla Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti.
10. Il personale dell'Azienda è tenuto a fornire la necessaria collaborazione alla C.M.C. per gli adempimenti ad esso richiesti, ai sensi del presente Regolamento.

2. FLOW – CHART DEL PROCESSO DI GESTIONE DELLA RICHIESTA DI RIESAME



TITOLO IV – MONITORAGGIO ED ALTRI ADEMIMENTI

ART. 1 - RELAZIONE DELLE ATTIVITÀ

1. L'U.R.P. predispone trimestralmente una relazione sulla propria attività e una rilevazione sulle criticità riscontrate, corredata da dati statistici circa le richieste informative, le segnalazioni ed i reclami pervenuti, da trasmettersi alla Direzione Aziendale e al Referente Rischio Clinico.
2. L'U.R.P. predispone annualmente una relazione di sintesi sulle proprie attività e una rilevazione sulle criticità riscontrate, corredata da dati statistici circa le richieste informative, le segnalazioni ed i reclami pervenuti. Tale relazione è pubblicata sul portale web aziendale nella sezione U.R.P.
3. Per favorire una maggiore partecipazione attiva dei cittadini, l'U.R.P. intende promuovere questionari di *citizen satisfaction* ed iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza attraverso tutti i canali di comunicazione disponibili, sempre favorendo una compilazione digitale degli stessi e un processo di autonomizzazione degli utenti.

ART.2 AREE TEMATICHE PER LA CATEGORIZZAZIONE DI SEGNALAZIONI E RECLAMI

1. Sono state individuate le seguenti aree tematiche per la classificazione dei reclami. Tali aree tematiche saranno aggiornate periodicamente al fine di attualizzare la classificazione in base alle segnalazioni che saranno presentate.



ART. 3 –Tutela dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Generale UE 679/2016 (G.D.P.R), l'U.R.P. può trattare i dati personali di cui venisse a conoscenza nello svolgimento delle attività descritte nel presente regolamento e ha, inoltre, facoltà di comunicarli a terzi, secondo le specifiche disposizioni al riguardo, quando ciò risultasse necessario per l'esercizio delle funzioni a esso attribuite. Può, infine, trattare i dati particolari, nell'esercizio delle sue funzioni, per le finalità indicate nella vigente normativa nazionale e comunitaria in materia; nell'ambito di dette finalità, e, nei limiti stabiliti dalla normativa, ne è consentita anche la comunicazione a terzi. Per ulteriori informazioni in merito alla tutela dei dati personali si rimanda all'informativa allegata al presente Regolamento.

ART. 4 – RINVIO

1. Per quanto non previsto nel presente Regolamento si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Art. 5 – NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- L. 241/90 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
 - D.Lgs. 502/92 e s.m.i "Riordino della disciplina in materia sanitaria;
 - D.P.C.M. 27 gennaio 1994 "Principi sull'erogazione dei servizi pubblici";
 - D.P.C.M. 11 ottobre 1994 "Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico";
 - D.P.C.M. del 19.05.1995 "Schema generale di riferimento della *Carta dei servizi pubblici sanitari*";
 - Legge 150 del 07.06.2000 "Disciplina delle Attività di informazione, di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni";
 - D.P.R. 21 settembre 2001, n. 422 "Regolamento recante norme per l'individuazione dei titoli professionali del personale da utilizzare presso le pubbliche amministrazioni per le attività di informazione e di comunicazione e disciplina degli interventi formativi";
 - Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica, 7 febbraio 2002 "Attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni";
 - D. Lgs n. 82/2005 CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale)
 - D.Lgs 150/2009 "Attuazione della legge 04.03.2009 n.15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" (Riforma Brunetta);
 - D.P.R. 16 aprile 2013, "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici";
 - D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni della P.A.";
 - Regolamento (UE) del 27 aprile 2016, n. 679 "Regolamento Generale della Protezione dei Dati";
 - D.P.C.M. 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"
 - DPR 81/2023 "Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165».
-
- Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) Delibera di approvazione n. 167 del 31/01/2025
 - Delibera n. 229 del 28/03/2017 Atto Aziendale Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e P.O.F.A.;
 - Delibera n. 1106 del 28/12/2022 "Codice di comportamento dell'A.O.U. "Federico II" - Avviso del 25/01/2024: Modifiche al D.P.R. 16 aprile 2013 art. n. 62 (*Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici*)
 - Carta dei Servizi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II (https://www.policlinico.unina.it/archivio_documenti/cartaservizi.pdf).
 - Regolamento Social Media Policy (Delibera n. 256 del 26/02/2025)

Informativa per il trattamento dei dati personali (ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR 679/2016)

1. Finalità del trattamento

I dati personali saranno trattati dall'Azienda per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali ed in particolare per l'attivazione e la gestione dell'istruttoria connessa al reclamo presentato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio alla procedura di istruttoria e fornire risposta all'utente reclamante.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità prevalentemente informatiche ed in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere utilizzati esclusivamente in forma aggregata a fini statistici per le relazioni trimestrali ed annuali a cura dell'U.R.P.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Ai Suoi dati personali possono avere accesso:

- 1) i dipendenti debitamente autorizzati;
- 2) i responsabili del trattamento con i quali viene stipulato un contratto ai sensi dell'art. 28 del GDPR.

I suoi dati personali potranno essere oggetto di specifiche comunicazioni in tutti i casi prescritti per legge. Non saranno comunque diffusi in alcun modo.

5. Per quanto tempo conserviamo le sue informazioni

Conserviamo i Suoi dati personali solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti o per qualsiasi altra legittima finalità collegata. Il tempo di conservazione delle informazioni relative al Reclamo saranno conservate per un periodo massimo di cinque anni, come da Regolamento Aziendale. Se dovessero nascere contenzioni, il periodo di conservazione seguirà i termini prescritti per legge.

6. Come manteniamo sicuri i suoi dati personali

Il trattamento dei dati personali per la finalità di cui sopra avrà luogo in forma automatizzata e telematica, con logiche strettamente correlate alle finalità indicate e, in ogni caso, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto dell'art. 32 del GDPR, nonché la possibilità dell'interessato di acconsentire anche ad una sola delle modalità di contatto (elettronica o tradizionale).

7. Diritti dell'interessato

Potrà esercitare i propri diritti tramite mail, scrivendo al seguente indirizzo email privacy.aou@unina.it oppure tramite lettera raccomandata indirizzata alla sede legale della società.

Lei ha il diritto di chiedere alla Società:

- l'accesso ai Suoi dati personali (art. 15 Regolamento UE 2016/679),
- Rettifica (art. 16 Regolamento UE 2016/679),
- Cancellazione (art. 17 Regolamento UE 2016/679),
- Limitazione (art. 18 Regolamento UE 2016/679),
- Portabilità, intesa come diritto ad ottenere dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti (art. 20 Regolamento UE 2016/679),
- Opposizione al trattamento (art. 21 Regolamento UE 2016/679).

Inoltre, nei casi in cui la base giuridica sia il consenso, lo stesso potrà essere da lei revocato in qualsiasi momento.

8. Reclamo

Si ricorda che ai sensi dell'art. 77 del Regolamento UE 2016/679 potrà proporre reclamo all'Autorità Garante in caso di violazione della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

9. Trasferimento dei dati all'estero

Non è previsto alcun trasferimento dei dati personali in paesi terzi europei o extraeuropei.

10. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II

Email: aouproto@unina.it PEC: aou.protocollo@pec.it

11. Responsabile protezione dei dati

Indirizzo: Via S.Pansini, 5- 80131 Napoli

pec: dpo@pec.it