



Regolamento aziendale di Pubblica Tutela

Redazione	<p>Dott.ssa Alessandra Dionisio Responsabile Comunicazione, URP e Ufficio Stampa</p> <p>Dott.ssa Carla Napoli Direttore U.O.C. PNRR, Conservazione documentale e Segreteria di Staff della Direzione Strategica</p>
Condivisione	<p>Dott. Gianpiero Uricchio Responsabile della Protezione dei Dati</p> <p>Prof. Massimo Niola Direttore U.O.C Medicina Legale</p>
Approvazione	<p>Dr.ssa Edvige Cascone Direttore Sanitario Aziendale</p>
Adozione	<p>Dr.ssa Elvira Bianco Direttore Generale</p>

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 continuo della qualità della relazione con l'utenza, ha effettuato un aggiornamento del Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela (Delibera n. 1063 del 10/07/2025). Tale aggiornamento introduce modifiche in merito alle modalità di presentazione delle segnalazioni da parte degli utenti, alla gestione dell'attività istruttoria e alla redazione ed invio delle risposte ai cittadini. Tali cambiamenti hanno l'obiettivo di agevolare l'interazione con i cittadini, migliorare i processi di comunicazione interna e garantire agli utenti risposte sempre più efficaci.

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.

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 (Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza - Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2026-2028- Deliberazione n.122 del 30/01/2026)

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 (*"Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 14 dell'11/01/2023; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 1454 del 21/12/2023; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 190 del 04/02/2025; "Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela" Delibera n. 1063 del 10/07/2025*);
- 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"*).

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;
- proseguire nel processo di digitalizzazione dell'URP e attivare analisi di **citizen satisfaction**, utili a raccogliere valutazioni sul servizio offerto e ad attivare tempestivamente azioni correttive di miglioramento;
- istituire la **Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.)**, 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.
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**: reclamo, disservizio (a risoluzione immediata), elogio, suggerimento, 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). 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 (a risoluzione immediata): è una segnalazione che può essere risolta in modo tempestivo, senza l'attivazione della procedura istruttoria tipica del reclamo, attraverso l'attivazione della rete di comunicazione interna e di celeri verifiche. Le segnalazioni di disservizio sono sempre prese in considerazione dall'Azienda nel monitoraggio periodico e per proporre azioni di miglioramento.
 - c) Elogio: 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: ha lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite all'Azienda affinché fornisca un servizio più vicino alle esigenze del cittadino attraverso la formulazione di proposte di intervento

Reclami, disservizi (a risoluzione immediata), elogi, suggerimenti sono sempre 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 LE SEGNALAZIONI

1. La tutela può essere richiesta da qualsiasi soggetto utente dei servizi erogati dall'Azienda.
2. Le segnalazioni possono essere inoltrate 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 LE SEGNALAZIONI

1. L'U.R.P. svolge attività di front-office (contatto diretto con il pubblico telefonico o di persona) e di back-office (corrispondenza mail/pec, gestione dell'applicativo in uso, percorsi istruttori, contatti rete comunicazione interna, realizzazione reportistiche, progettazione iniziative comunicative...);
2. Gli utenti, in virtù delle attività di front e back office suindicate, possono comunicare con l'U.R.P. e presentare tutte le tipologie di segnalazione (reclamo, disservizio, elogio, suggerimento) utilizzando una delle seguenti modalità:
 - a) compilare il form disponibile alla sezione U.R.P. del portale aziendale (www.policlinico.unina.it/URP);
 - b) inviare una e-mail all'indirizzo: areacomunicazione.aou@unina.it;
 - c) inviare una pec all'indirizzo: urp.aou@pec.it;
 - d) scaricare ed usare l'app U.R.P. AOU Federico II, gratuita per Android e IOS (in corso di test);
 - e) compilare il modulo cartaceo disponibile presso l'U.R.P. e sul sito aziendale. Tale procedura è da considerarsi in sostituzione di quella digitale esclusivamente nel caso di eventuali temporanei disservizi di rete (Allegato 1);
 - f) inviare una lettera in carta semplice indirizzata all'U.R.P. (Via Pansini, 5 – c/o Edificio 12/D Direzione Sanitaria);
 - g) recarsi di persona negli orari dedicati all'attività di apertura al pubblico (front-office):
 - ✓ Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 8.30 alle 12.00
 - ✓ Martedì e Giovedì dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00

3. Per tutte le segnalazioni è sempre necessario indicare:
- Nome e Cognome
 - Data e luogo di nascita
 - Recapito telefonico
 - Descrizione dettagliata dell'evento che si desidera segnalare e/o della richiesta che si intende effettuare, indicando l'unità operativa di riferimento.

Si sottolinea che le segnalazioni prive di uno o più delle suindicate informazioni non potranno essere prese in carico.

4. Per le richieste informative e le segnalazioni di disservizio è possibile contattare l'U.R.P telefonicamente allo 0817462674 negli orari di apertura al pubblico (front-office)
- ✓ Lunedì, Mercoledì e Venerdì dalle ore 8.30 alle 12.00
 - ✓ Martedì e Giovedì dalle ore 8.30 alle 12.00 e dalle 13.00 alle 15.00
5. I reclami, gli elogi e i suggerimenti possono essere effettuati esclusivamente attraverso comunicazione scritta ovvero seguendo le modalità di cui al punto 2 e 3 del presente articolo.
6. In caso di segnalazioni per conto di altre persone è necessario sempre fornire: delega firmata e documento di identità del delegato e del delegante.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Tutte le richieste informative, le segnalazioni di disservizio, i reclami, gli encomi, 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

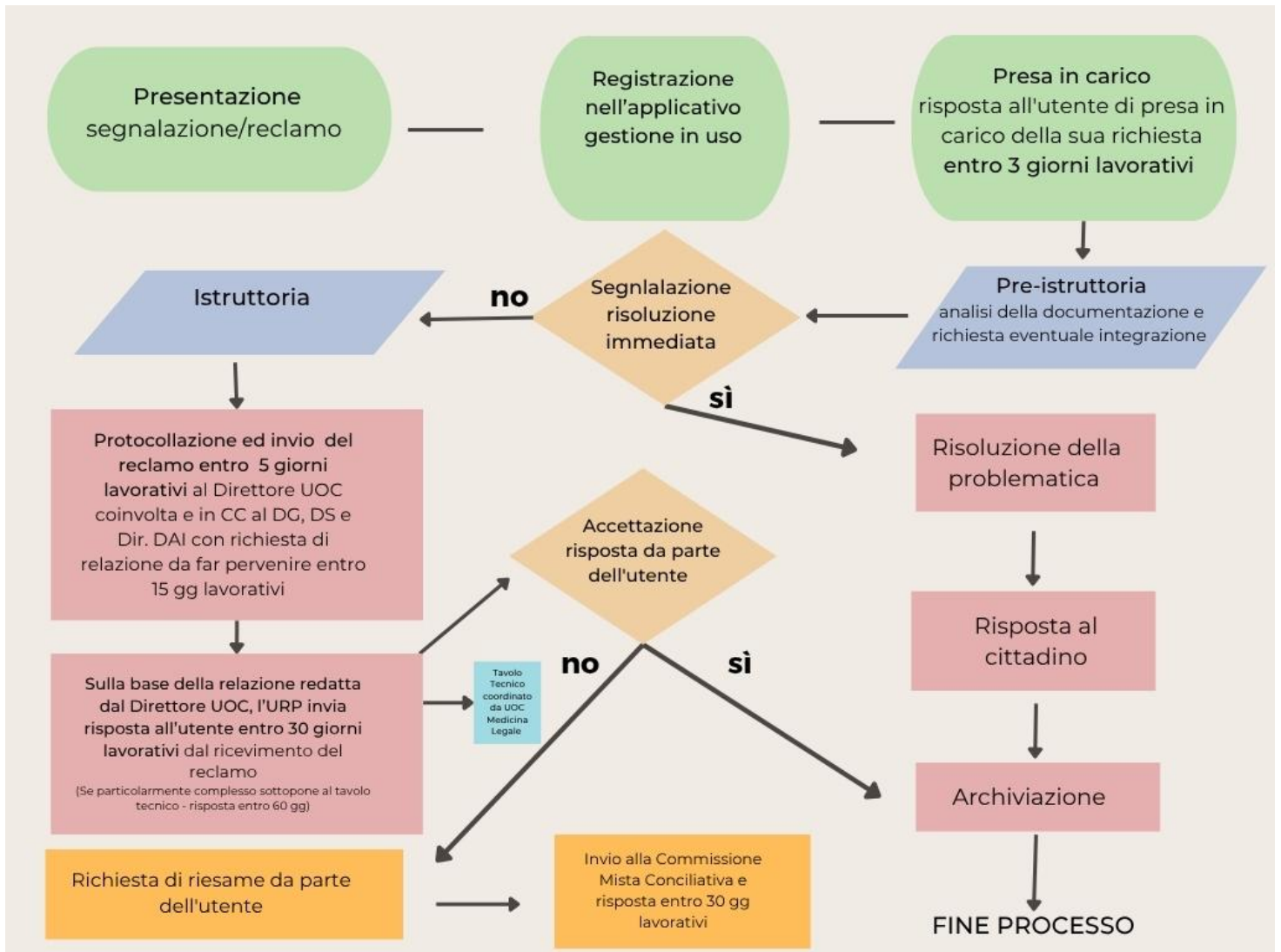
1. L'U.R.P. riceve la segnalazione e provvede a:
 - a) registrarla nell'applicativo gestionale in uso;
 - b) confermare all'utente l'avvenuta ricezione della segnalazione, la presa in carico e l'avvio del procedimento, **entro 3 (tre) giorni lavorativi dal ricevimento dello stesso**;
 - c) effettuare la pre-istruttoria nella quale vengono esaminati i documenti presentati; chiedere, ove necessario, ulteriori chiarimenti all'utente, anche per via telefonica; valutare se la segnalazione può essere gestita come disservizio a risoluzione immediata oppure come reclamo con necessità di effettuare un'istruttoria;
 - d) se si tratta di segnalazioni di disservizio: interpellare per le vie brevi, gli uffici e le UU.OO interessate per fornire risposta all'utente, mezzo mail/pec, **entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della stessa**. Le segnalazioni vengono chiuse ed archiviate al fine di consentirne un idoneo monitoraggio;
 - e) se si tratta di reclami: protocollare in entrata la segnalazione e avviare l'attività istruttoria **entro 5 (cinque) giorni lavorativi dal ricevimento dello stesso**.
2. Tutto il personale dell'Azienda è tenuto a fornire tempestiva collaborazione all'U.R.P. per tutti gli adempimenti richiesti, ai sensi del presente Regolamento.

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

1. L'U.R.P. per l'espletamento dell'attività istruttoria del reclamo procede 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 Generale, Direttore Sanitario 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 Generale, Direttore Sanitario e al Direttore del D.A.I. **entro 15 (quindici) giorni lavorativi** dal ricevimento dello stesso.
2. La relazione deve essere firmata e timbrata dal Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta, ed inviata attraverso protocollo informatizzato.
3. La relazione del Direttore della U.O.C./Responsabile struttura coinvolta deve essere idonea a fornire tutte le informazioni relative al reclamo pervenuto 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. La relazione deve contenere tutti gli elementi utili a:
 - a) ricostruire e motivare l'accaduto
 - b) indicare quali azioni sono state poste/si porranno in essere per evitare il ripetersi di analoghi episodiIn assenza dei suddetti elementi sarà richiesto al Direttore della U.O.C. di rielaborare la relazione in modo conforme alle indicazioni del presente regolamento.
5. 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.
6. **La mancata o tardiva trasmissione della relazione richiesta costituisce elemento di responsabilità disciplinare.**
7. Nei casi che presentino particolari complessità, l'U.R.P. sottopone la relazione del Direttore U.O.C./Responsabile della struttura ad un tavolo tecnico coordinato dalla U.O.C. di Medicina Legale, i cui componenti saranno individuati con successiva delibera, che ha l'obiettivo di suggerire una accurata ed efficace conclusione dell'iter istruttorio e che si interfacerà con l'U.O.C. Rischio Clinico e Qualità e, ove necessario, con il Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.).
8. Dopo aver consultato tutte le strutture e le professionalità dovesse ritenere idonee ad ottenere chiarimenti sul caso e, ove necessario, dopo aver sottoposto il percorso istruttorio e la risposta ricevuta dal Direttore U.O.C./Responsabile della struttura al tavolo tecnico, l'U.R.P. predisponde la risposta all'utente.

9. La risposta all'utente viene fornita entro **30 (trenta) giorni lavorativi** dalla data di presentazione del reclamo. Nei casi più complessi, qualora fosse necessaria un'istruttoria più approfondita e/o l'intervento del tavolo tecnico, la risposta viene fornita entro **(60) sessanta giorni lavorativi**.
10. Una volta conclusa la procedura, l'U.R.P. archivia i reclami attraverso l'applicativo in uso e cura il monitoraggio periodico degli stessi.
11. 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.
12. 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 e 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).
13. Nel 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) che sarà istituita con apposita deliberazione.
14. . 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. ed il tavolo tecnico, 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.

ART. 2 – LA COMMISSIONE MISTA CONCILIATIVA

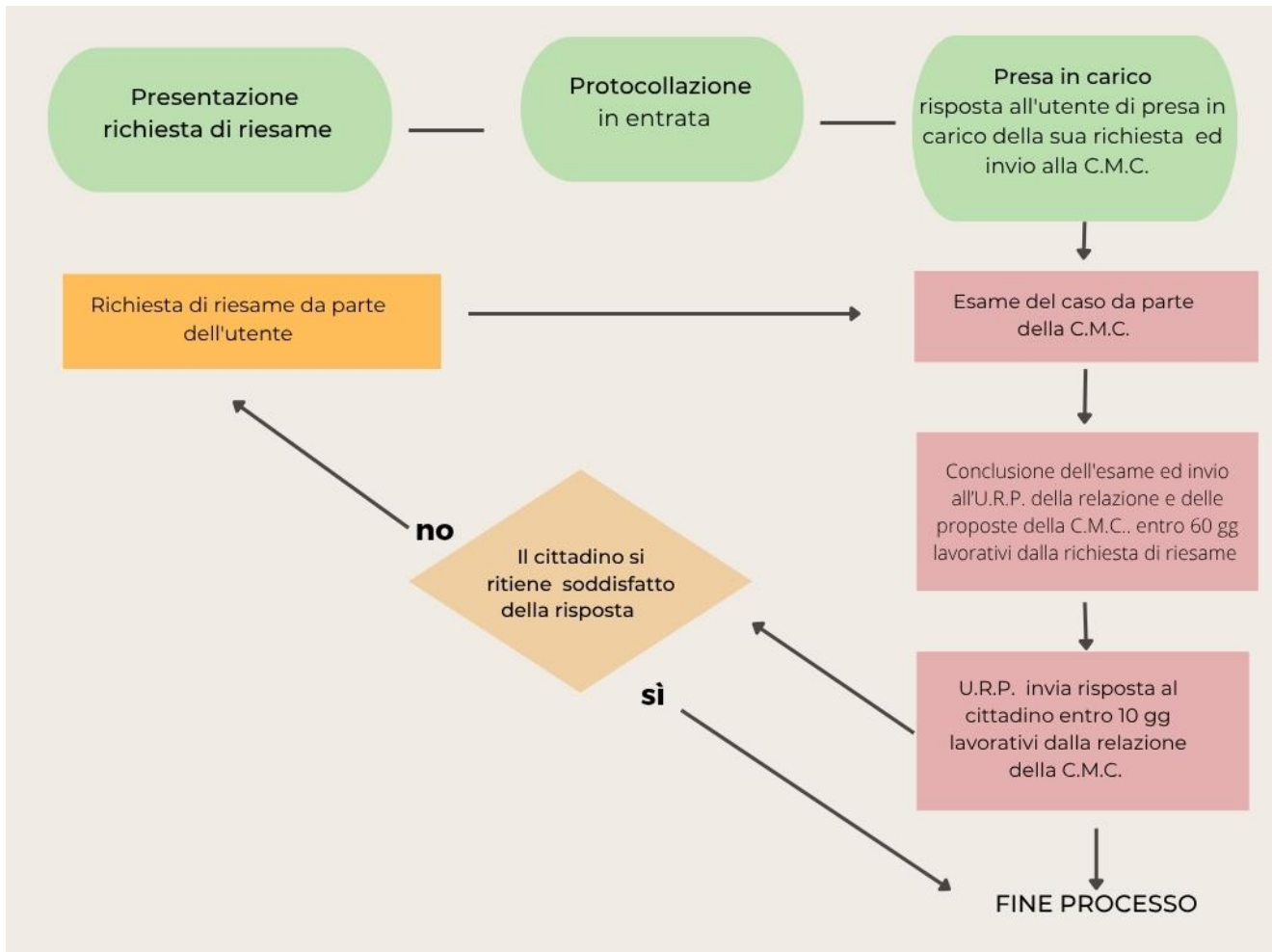
1. La Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.) è un organismo di tutela di secondo livello, a composizione paritetica, che ha la principale funzione di collaborare con l'U.R.P. alla tutela dei cittadini.
2. L'obiettivo della C.M.C. è risolvere le controversie con procedure conciliative, al fine di giungere 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:
 - a) n. 1 (uno) Presidente, individuato con Deliberazione del Direttore Generale;
 - b) n. 3 (tre) rappresentanti dell'Azienda;
 - c) n. 3 (tre) rappresentanti del mondo delle associazioni dei pazienti e del volontariato, convenzionate con l'Azienda.
5. 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. 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 2026/679 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 2016/679e e sono sempre tenuti alla riservatezza sulle notizie di cui siano venuti in possesso nell'adempimento del loro ruolo.
10. 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 mezzo pec al seguente indirizzo dell'U.R.P.:
 - a. urp.aou@pec.it
3. l'U.R.P. **entro 3 (tre) giorni dalla ricezione** della richiesta di riesame, la invia, mezzo pec, alla C.M.C.;
4. la C.M.C. esamina il caso, conclude la sua istruttoria e invia la relazione con le risultanze ed eventuali proposte migliorative, mezzo PEC, 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. L'U.R.P. invia al cittadino o alla Associazione di volontariato/organismo di tutela dei diritti la relazione conclusiva cui si è pervenuti. **La risposta va inviata entro un massimo di 10 (dieci) giorni lavorativi dalla ricezione della relazione della C.M.C.**;
7. 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.
8. 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 ADEIMENTI

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 alla UOC Rischio Clinico e Qualità.
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. L'U.R.P. per favorire un costante monitoraggio dell'andamento dei reclami e dell'iter istruttorio, ove necessario, realizza ad uso della Direzione aziendale report sintetici settimanali.

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.122 del 30/01/2026
 - 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*)
 - 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.aou@pec.it